



FRECUENCIA DE RIESGO DE SINDROME DE BURNOUT EN
ODONTÓLOGOS DOCENTES DE LA ESCUELA DE ODONTOLOGIA
DE LA UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO

Trabajo de investigación
Requisito para optar al
Título de Cirujano Dentista

Alumnos: Matías Andreo Donoso

María José Araneda Godoy

Pamela Calisto Gómez

Docente Guía: Prof. Dr. Rodrigo Fuentes Cortés

Cátedra de Patología y Diagnóstico Oral

Valparaíso – Chile

2014

AGRADECIMIENTOS

“Agradezco especialmente a mis padres y hermano que han estado siempre presentes en este largo proceso y que pacientemente me han entregado la energía para retomar día a día esta lucha por convertirme en una buena profesional. Además, considero a todos quienes han formado parte de mi vida, ya que las experiencias vividas me han construido y reconstruido logrando cerrar pequeños e importantes ciclos como el presente”.

Pamela Calisto Gómez

“Esta investigación es el fin de un largo camino y el comienzo de otro. Agradezco a todas las personas que me permitieron recorrerlo y apoyaron en cada momento, especialmente a mi familia y amigos. Muchas gracias”.

María José Araneda Godoy

“Agradezco a mi familia y a mi polola, quienes me han apoyado incondicionalmente. Sin ellos llegar a esta meta hubiese sido imposible”.

Matías Andreo Donoso

INDICE

Contenido

INTRODUCCION	1
MARCO TEORICO.....	2
1) Antecedentes generales, etiológicos y desarrollo del Síndrome de Burnout.....	2
2) Instrumentos de medición del Síndrome de Burnout.....	5
3) Síndrome de Burnout y su relación con profesionales de la salud	9
4) Síndrome de Burnout y su relación con la docencia	10
OBJETIVOS	14
Objetivo General	14
Objetivos Específicos.....	14
Hipótesis.....	14
MATERIALES Y MÉTODO	15
I) DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN:	15
II) SUJETOS DEL ESTUDIO:	15
III) VARIABLES A MEDIR:	16
IV) Instrumento de recolección de datos:	18
V) ANÁLISIS DE DATOS:	19
RESULTADOS	20
1. Características del grupo de estudio	20
2. Análisis Descriptivo	22
3. Análisis Correlacional	25
DISCUSION.....	28
CONCLUSION	33
SUGERENCIAS	34
RESUMEN	35
BIBLIOGRAFÍA	36

INDICE DE TABLAS Y GRAFICOS

Tabla I.....	23
Tabla II.....	24
Tabla III.....	25
Tabla IV.....	26
Tabla V.....	27
Tabla VI.....	28
Tabla VII.....	28
Tabla VIII.....	28
Tabla IX.....	29
Tabla X.....	29
Tabla XII.....	29
Grafico 1.....	24

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Burnout (SBO) aunque no está clasificado aun dentro de las patologías psiquiátricas, es una alteración del estado del ánimo que se presenta en individuos en cuyo trabajo tratan con personas directamente, y está asociado a la incapacidad de cumplir con los objetivos que llevan a la persona a desempeñarse en ese campo. Este es el caso, tanto de docentes como de profesionales de la salud, y más aún cuando asumen una doble función, ya que tienen la responsabilidad de enseñar a los estudiantes y el cuidado de los pacientes que se encuentran a su cargo. Sin embargo, la enseñanza puede estar asociada a un aumento de estatus, mayor autonomía, y variedad e interés ocupacional (Rutter, Herzberg & Paice, 2002). Debido a estos factores que se contraponen aun no es posible determinar si el ejercer la docencia, además de la práctica clínica habitual de un odontólogo podría ser un determinante para una mayor o menor aparición de casos de Síndrome de Burnout en este grupo.

Lo anterior nos lleva a plantearnos la siguiente pregunta ¿Cuál es la frecuencia de riesgo de presentar Síndrome de Burnout en odontólogos docentes de la Escuela de Odontología de la Universidad de Valparaíso y su relación con diferentes variables socio-demográficas?

La importancia de esta investigación radica en determinar con qué frecuencia se presenta el riesgo de padecer este síndrome en odontólogos que se dediquen a la docencia en la facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso. Lo anterior, con el fin de aportar nuevos antecedentes que sirvan para evaluar el comportamiento del Síndrome de Burnout en relación a edad, sexo, estado civil, situación laboral, ingresos económicos, ambiente laboral, horas dedicadas a la docencia y horas dedicadas a la actividad clínica. Los hallazgos de esta investigación pueden ser útiles para la implementación de medidas que logren disminuir los factores estresantes y mejorar la productividad de los docentes si se encontraran niveles de riesgo elevado, para que no influyan en el proceso de aprendizaje de los alumnos de aquella escuela, como tampoco se vea afectada la relación con sus pacientes.

MARCO TEÓRICO

1) Antecedentes generales, etiológicos y desarrollo del Síndrome de Burnout

El "Síndrome de Burnout" (SBO) también llamado "síndrome de estar quemado", "síndrome de la quemazón", "síndrome del estrés laboral asistencial" o "síndrome del desgaste profesional" es el conjunto de síntomas médico-biológicos y psicosociales inespecíficos que se desarrollan en la actividad laboral como resultado de una demanda excesiva de energía. (Ponce et al. 2005, citado por Ibañez, Bicenty, Thomas, Martínez, 2012)

Se trata de una experiencia subjetiva de carácter negativo compuesta por cogniciones, emociones y actitudes negativas hacia el trabajo, hacia las personas con las que se relaciona el individuo en su trabajo, en especial los clientes, y hacia el rol profesional. Se manifiesta bajo síntomas *psicosomáticos* (cansancio, fatiga crónica, dolores frecuentes de cabeza, malestar general, pérdida de peso, taquicardia, hipertensión), *conductuales* (mala comunicación, ausentismo laboral, abuso de drogas como café, tabaco, alcohol, fármacos etc., trastornos del apetito y su ingesta) y *emocionales* (impaciencia e irritabilidad, sentimiento de omnipotencia, desorientación, incapacidad de concentración, disminución de la memoria inmediata, sentimientos depresivos, agotamiento, baja autoestima) (Ponce et al. 2005, citado por Ibañez, et al., 2012).

El SBO se inicia con el deterioro cognitivo (perdida de ilusión por el trabajo) y emocional (desgaste psíquico) del individuo y, posteriormente aparecen las actitudes negativas hacia los usuarios de la organización (indolencia), que funcionan como una estrategia de afrontamiento frente a la experiencia crónica de deterioro cognitivo y emocional (Gil-Monte, 2011).

El desarrollo de actitudes y conductas negativas hacia los usuarios no es una estrategia de afrontamiento de elección inicial para el profesional, probablemente debido a que están proscritas por el rol profesional y por los valores sociales. Esto explicaría por qué el Síndrome de Burnout es una respuesta al estrés laboral crónico y no aparece en los primeros años de ejercicio profesional (Gil-Monte, 2011).

Además en algunos individuos se puede observar sentimientos de culpa, configurando son perfiles de SBO: 1) con sentimientos de culpa y 2) sin sentimientos de culpa. La culpa es una emoción social, vinculada a las relaciones

comunales, íntimas o de proximidad, en las que el individuo responde a las necesidades de la otra persona y no a un intercambio en el que se espera la reciprocidad (Baumeister, Stilwell y Heatherston, 1994, citado por Gil-Monte, 2011). Este sentimiento tiene efectos prosociales, pues motiva a las personas a desagraviar a los demás, a corregir sus errores y a disculparse, y corresponde a una variable clave en el modelo para explicar la relación del SBO con algunas de sus consecuencias más importantes como la depresión. En los casos de SBO asociado a síntomas de culpa, esta última constituye con frecuencia un problema serio, con una clínica caracterizada por la existencia de síntomas de stress y bajo desempeño laboral, que es la fase final del SBO (Gil-Monte, 2011).

El progreso del síndrome va a ser en función de la interacción entre las condiciones del entorno laboral y variables personales. El entorno laboral es el desencadenante de la etiología de los síntomas y de su progreso, pues las diferentes fuentes de estrés afectan de manera diferente a la intensidad y frecuencia con la que se desarrolla la sintomatología. Junto a las condiciones de trabajo, algunas variables individuales (sociodemográficas y de personalidad) juegan una papel importante en el proceso, pues influyen en la frecuencia e intensidad con la que los individuos perciben los síntomas y en sus consecuencias (Gil-Monte, 2011).

Es importante matizar, que los síntomas que se asocian al SBO, no indican necesariamente la presencia del síndrome. Diagnosticar a un profesional de SBO sólo porque se encuentra agotado emocionalmente, puede ser un error, al igual que si éste es indiferente con los pacientes o estudiantes, ya que lo anterior puede ser por motivos de personalidad o educación y no de desarrollo del síndrome (Gil-Monte, 2011).

1.1) Historia

El síndrome de Burnout en su forma clínica fue descrito por primera vez en 1974 por el psiquiatra americano Herbert Freudenberger, quien lo definió como un "síndrome de desgaste profesional", "un estado de fatiga o frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o relación que no produce la esperada retribución". Este fenómeno, comenzó a aparecer en los años setenta, en Estados Unidos de América, para hacer referencia al desgaste o sobrecarga profesional de los profesionales de servicio. En esa misma época, la psicóloga Cristina Maslach estudiaba las respuestas emocionales que se producen entre las personas que trabajaban con los profesionales de ayuda. Y en 1977 dentro del Congreso anual de la Asociación Americana de psicólogos, lo utilizó para describir a las personas que trabajan en los sectores de recursos humanos, profesionales

de la salud y de la educación, bajo condiciones difíciles, en contacto directo con los usuarios (Castañeda, García de Alba, 2012).

En 1981, Maslach y Jackson, entienden el Síndrome de Burnout desde una perspectiva tridimensional de los síntomas, configurado por: agotamiento *emocional* (manifestado por la pérdida progresiva de energía, cansancio, fatiga y por la experiencia de no poder dar más de si mismos a nivel afectivo), *despersonalización* (definida como el desarrollo de actitudes y sentimientos negativos hacia las personas destinatarias del trabajo), y *baja realización personal en el trabajo* (entendida como la tendencia de los profesionales a evaluar negativamente su actividad laboral y el ejercicio de la misma). Y en 1982 establecieron una de las definiciones más aceptadas y utilizadas por los distintos autores para la realización de sus investigaciones: como una "respuesta inadecuada a un estrés emocional crónico cuyos rasgos principales son: agotamiento emocional, despersonalización y un sentimiento de inadecuación a las tareas que se han de realizar" (Castañeda & García de Alba, 2012).

1.2) Síndrome de Burnout y su relación con edad y sexo

Según el estudio realizado por Cheng Y. y cols (2012) se ha encontrado una asociación positiva entre las demandas físicas y psicológicas del trabajo, y un mayor riesgo de niveles altos de desgaste en todos los grupos de edad y sexo. Se encontró que las mujeres tienen una puntuación media más alta de burnout que los hombres (34,1 vs 31,6), evaluado según la versión china de Copenhagen Burnout Inventory (CBI). Se encontró además, una asociación no lineal de burnout con la edad, con edades comprendidas entre 30 a 40 años en empleados que tienen niveles más altos de burnout. Además, los empleados femeninos de edades entre 30 a 35 años tienen niveles mucho más altos de burnout que los de otros grupos de edad. Se sospecha que las mujeres más jóvenes, cuando se exponen a altas demandas en el trabajo, también se pueden exponer a mayor conflicto trabajo-familia, y con ello tener respuestas de estrés, resultantes de factores adversos en el lugar de trabajo (Bakker & Demerouti, 2007 citado por Cheng, 2012).

1.3) Estrés y Síndrome de Burnout

El estrés se ha definido como un proceso que causa o precipita a las personas a creer que son incapaces de hacer frente a la situación que enfrentan, y los sentimientos de ansiedad, tensión, frustración e ira que resultan del reconocimiento de que están fallando de alguna manera y que la situación está fuera de su control (Payne et al., 1999 citado por Rutter, 2002). El estrés sostenido puede conducir a reacciones de ansiedad y depresión, así como problemas de

salud física como la enfermedad cardíaca coronaria (Fisher, 1994, citado por Rutter et al., 2002).

Cox (1985) declara que "el concepto de estrés es difícil de alcanzar, ya que no está bien definido. No existe una definición consensuada única. Es un concepto familiar tanto para personas comunes como para el profesional, se entiende por todos cuando se utiliza en un contexto general, pero por muy pocos cuando se requiere una descripción más precisa" (Cox, 1985, citado por Malach et al., 2005).

Toch (2002) también argumenta que el estrés tiende a ser sobreocupado como término general, en el que las causas y las consecuencias a menudo se confunden. No mucho se gana poniendo al SBO en el marco conceptual del estrés (Toch, 2002, citado por Malach et al., 2005).

Además, existe una amplia evidencia que sugiere que el SBO no es siempre el resultado de un alto nivel de estrés. A veces, el trabajo que se desempeña es muy importante, y existe un menor nivel de SBO cuando se puede realizar ampliamente y sin problemas (Pines, 2000, citado por Malach et al., 2005).

2) Instrumentos de medición del Síndrome de Burnout

En base a los estudios realizados por Maslach y Jackson (1981), se elaboró el Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS) dirigido a los profesionales de la salud, y validado por Te Brake, Bouman, Gorter, Hoogstraten y Eijkman en los odontólogos. Posteriormente se mostró la versión holandesa del Maslach Burnout Inventory-Nederlandse versie (MBI-NL) desarrollado por Schaufeli y Van Dierendonck y validado por Gorter, Hoogstraten y Eijkman (Castañeda, García de Alba, 2012).

Del mismo modo, varios estudios citados por Cheng (2012) declaran que el Oldenburg Burnout Inventory (OLBI) define y evalúa el SBO por los niveles de "agotamiento" y "separación" que se centran en el grado de agotamiento físico y psicológico general experimentado por la persona, independientemente de su relación con el trabajo.

En el instrumento de medición denominado Maslach Burnout Inventory (MBI), se plantea al sujeto una serie de enunciados sobre los sentimientos y pensamientos con relación a su interacción con el trabajo. Es el instrumento que ha generado un mayor volumen de estudios e investigaciones, formado por 22 ítems que se valoran con una escala tipo Likert, el sujeto valora, mediante un rango de 6 adjetivos que van de "nunca" a "diariamente", con qué frecuencia experimenta

cada una de las situaciones descritas en los ítems. (Maslach & Jackson, 1986 citado por García y Rodríguez, 2013)

En la última edición del manual (Maslach et al., 1996) se presentan tres versiones del MBI. En primer lugar encontramos el MBI-Human Services Survey (MBI-HSS), dirigido a los profesionales de la salud. Este instrumento es la versión clásica del MBI (Maslach y Jackson, 1981). Está constituido por 22 ítems que se distribuyen en 3 escalas para evaluar la frecuencia con que los profesionales perciben *baja realización personal en el trabajo* (8 ítems); *agotamiento emocional* (9 ítems); y, *despersonalización* (5 ítems). Luego, encontramos el MBI-Educators (MBI-ES), que es la versión para profesionales de la educación, esta versión cambia la palabra paciente por alumno, reproduce la misma estructura factorial del MBI-HSS, y mantiene el nombre de las escalas. Y, finalmente, el MBI-General Survey (MBI-GS), una nueva versión del MBI, que presenta un carácter más genérico, no exclusivo para profesionales cuyo objeto de trabajo son los servicios humanos. Aunque se mantiene la estructura tridimensional del MBI, sólo contiene 16 ítems y las dimensiones se denominan *eficacia personal* (6 ítems), *agotamiento* (5 ítems), y *cinismo* (5 ítems) (Olivares & Gil-Monte, 2009).

A pesar de que ha demostrado ser un instrumento válido, fiable y con una gran aceptación internacional, el MBI presenta algunas debilidades que obligan a utilizarlo con precaución, especialmente fuera del contexto estadounidense y anglosajón: a) una estructura factorial del modelo con una fundamentación teórica diferente de la ofrecida por el manual, así como la ambigüedad factorial de algunos ítems, b) la baja fiabilidad de la escala de Despersonalización, en especial cuando el MBI se aplica fuera de EEUU y en muestras que no son de habla inglesa, c) la falta de validez discriminante con otros conceptos relacionados (por ejemplo depresión), o d) la elaboración de modelos teóricos diferentes derivado de las distintas versiones del MBI (MBI-HSS, MBI-GS) (Gil-Monte, 2011).

En la actualidad gran parte de la investigación realizada en Chile sobre la prevalencia del SBO, ha utilizado el MBI. Estos trabajos, en su mayoría, no han considerado las dificultades que este instrumento plantea, especialmente fuera del contexto norteamericano, a la hora de determinar el procedimiento diagnóstico para valorar la prevalencia de esta patología en una muestra determinada, siendo en general muestras muy reducidas y no aleatorias, todo lo cual limita enormemente la validez de los resultados obtenidos; de hecho, en el manual del MBI no se ofrece puntos de corte, o criterios diagnósticos validados clínicamente (Maslach y Jackson 1981; Maslach et al. 1996 citados por Olivares & Gil-Monte, 2009).

Una alternativa es la planteada por algunos autores, quienes recomiendan utilizar instrumentos alternativos de evaluación, más próximos a la realidad sociocultural que

el contexto evaluativo dispone (Gil-Monte y Moreno-Jiménez, 2007, citado por Olivares & Gil-Monte, 2009).

En este sentido, alternativamente al MBI se han desarrollado otros instrumentos de evaluación, que han puesto el énfasis en aspectos complementarios, como es el caso del “*Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de quemarse por el Trabajo*” (CESQT) (Olivares & Gil-Monte 2009 Anexo 1).

El modelo teórico que subyace al CESQT fue desarrollado por Pedro Gil-Monte (Gil-Monte, 2005) desde la *Unidad de Investigación Psicosocial de la Conducta Organizacional (UNIPSCO) de la Universidad de Valencia*, España; y considera que el Síndrome de Burnout o Síndrome de Quemarse por el Trabajo es una respuesta al estrés laboral crónico de carácter interpersonal y emocional, que aparece en los profesionales de las organizaciones de servicios que trabajan en contacto con los clientes o usuarios de la organización. En este modelo, el deterioro cognitivo (bajas puntuaciones en Ilusión por el trabajo) y afectivo (altas puntuaciones en Desgaste psíquico) aparece como primera respuesta a las fuentes de estrés laboral crónico, desarrollando los individuos, con posterioridad, actitudes negativas hacia las personas que atienden en su trabajo (altos niveles de Indolencia). La aparición de los sentimientos de Culpa es posterior a estos síntomas, no presentándose en todos los profesionales. Tomando como referencia el modelo expuesto y a efectos diagnósticos, se puede hipotetizar la existencia de dos perfiles de individuos en el desarrollo del SBO, uno que presenta altas puntuaciones en el CESQT, excluida la escala de Culpa, es decir, si el sujeto presenta bajas puntuaciones en Ilusión por el trabajo, junto con altas puntuaciones en Desgaste psíquico e Indolencia (perfil 1), situación considerada como grave, y cuando altas puntuaciones en el CESQT se acompañan de altos sentimientos de Culpa (perfil 2), situación considerada como muy grave. Dado que las dimensiones de este instrumento son independientes, altas puntuaciones en una dimensión no conllevan necesariamente a altas puntuaciones en las otras (bajas en el caso de Ilusión por el trabajo) (Pine 1982; Vanheule et al. 2003 citados por Olivares V. & Gil-Monte, 2009).

El CESQT en su versión inicial ha sido diseñado para evaluar el síndrome en Profesionales de la Salud (CESQT-PS) y en Profesionales que trabajan hacia personas con Discapacidad (CESQT-PD). En Chile, ha sido adaptado a Profesionales de Atención al Público (CESQT-PAC) (Olivares y Gil-Monte 2007 citados por Olivares V. & Gil-Monte P. 2009).

Mediante el CESQT -cuando se cite este cuestionario en inglés en alguna publicación, el nombre que deberá utilizarse será Spanish Burnout Inventory (SBI)- se evalúan las cogniciones, las emociones y las actitudes de la persona relacionadas con sus experiencias laborales. Estas variables se estiman mediante las cuatro

escalas que componen este instrumento para evaluar el síndrome de quemarse por el trabajo (SQT), junto con la puntuación total del instrumento (Gil-Monte, 2011).

Está formado por 20 ítems que se valoran mediante un formato de respuesta de frecuencia de cinco puntos, desde “Nunca” (0) hasta “Muy frecuentemente: todos los días” (4). La persona debe indicar con qué frecuencia experimenta cada una de las situaciones descritas en los elementos del cuestionario (Gil-Monte, 2011).

0	1	2	3	4
NUNCA	RARAMENTE (algunas veces al año)	A VECES (algunas veces al mes)	FRECUENTEMENTE (algunas veces por semana)	MUY FRECUENTEMENTE (todos los días)

Existen dos versiones del CESQT, cada una de las cuales se responde en un ejemplar autocorregible distinto. La versión principal (CESQT), que se debe aplicar a todos los trabajadores que realizan su actividad laboral atendiendo a personas, y una versión alternativa, Desencanto profesional (CESQT-DP), dirigida a aquellos profesionales que no trabajan en contacto directo con personas. En la versión principal, diseñada para evaluar a los profesionales que trabajan atendiendo a personas (p. ej., psicólogos, enfermeros, médicos, docentes, fuerzas del orden público, trabajadores de prisiones, trabajadores sociales, etc.), los ítems se distribuyen en las siguientes escalas: (Gil-Monte, 2011)

1. Ilusión por el trabajo (It). Esta dimensión está formada por 5 ítems. Se define como el deseo del individuo de alcanzar las metas laborales porque suponen una fuente de satisfacción personal. El individuo percibe su trabajo como atractivo y alcanzar las metas profesionales es una fuente de realización personal. Incorpora también un componente de autoeficacia profesional. Debido a que los ítems que componen esta escala están formulados de manera positiva, bajas puntuaciones en la misma indican niveles altos de SQT.

2. Desgaste psíquico (Dp). Esta escala está formada por 4 ítems. Se define como la aparición de agotamiento emocional y físico debido a que en el trabajo se tiene que tratar a diario con personas que presentan o causan problemas.

3. Indolencia (In). Esta escala está formada por 6 ítems. Se define como la presencia de actitudes negativas de indiferencia y cinismo hacia los clientes de la organización (p. ej., pacientes, alumnos, etc.). Los individuos que puntúan alto en ella muestran insensibilidad y no se conmueven ante los problemas de los clientes.

4. Culpa (C). Esta escala está formada por 5 ítems. Se define como la aparición de sentimientos de culpa por el comportamiento y las actitudes negativas desarrolladas en el trabajo, en especial hacia las personas con las que se establecen relaciones laborales.

Además, de las cuatro escalas anteriores, el CESQT también ofrece la puntuación total de SBO, que es el resultado de promediar las puntuaciones en los 15 ítems que conforman las escalas de Ilusión por el trabajo, Desgaste psíquico e Indolencia. Los ítems de Culpa no contribuyen al cálculo de la puntuación SB, ya que la escala Culpa tiene la función de permitir distinguir entre dos perfiles diferenciados de SB: perfil 1 (sin niveles altos de culpa) y perfil 2 (con niveles altos de culpa) (Gil-Monte, 2011).

Las puntuaciones obtenidas en el análisis del CESQT no son directamente interpretables, ya que para ello es necesario ponerlas en relación con un grupo de referencia normativo. Para lo cual, se debe consultar el baremo correspondiente: General, Sexo o Sector ocupacional (Gil-Monte, 2011).

Los ítems se construyeron tras una revisión de la literatura, y a partir de los resultados de entrevistas realizadas a individuos que habían desarrollado el SBO en algún grado. Siguiendo el protocolo de entrevista de Sackman (1992), se obtuvieron un conjunto de síntomas, causas y desencadenantes del SBO, así como una descripción cualitativa del proceso. Los síntomas fueron sometidos a un análisis en el que se etiquetaron como emociones, cogniciones, o actitudes (Gil-Monte & Zúñiga-Caballero, 2010).

3) Síndrome de Burnout y su relación con profesionales de la salud

Los trabajos de los profesionales de la salud como médicos y dentistas son inherentemente estresantes, ya que tratan con gente con dolor o malestar, y con recursos limitados (Rutter et al., 2002).

Muchos estudios han mostrado altos niveles de estrés en los médicos, con una morbilidad psicológica que va del 19% al 47 %, (Wall, 1997 & Firth-Cozens, 1987 citados por Rutter et al., 2002) en comparación con una tasa de alrededor del 18 % de la población general (Firth-Cozens, 2000, citado por Rutter et al., 2002). En un estudio de 1.133 profesionales llevado a cabo por Ramírez et al. (1996) el estrés estaba asociado a la sobrecarga de trabajo, seguido de sentirse mal gestionado y financiado, responsabilidades de gestión, tratar con pacientes que sufren, mantenerse actualizado, ser responsable de la calidad del trabajo del resto del personal y tener que lidiar con los familiares. Los que se sentían insuficientemente capacitados en la gestión y la comunicación, expresaron mayores niveles de despersonalización y menores niveles de realización personal que los que sentían una formación adecuada. La satisfacción en el trabajo era un factor protector contra el estrés laboral y despersonalización. La autonomía y sensación de buen manejo y dotación de recursos fueron los principales contribuyentes a la satisfacción en el trabajo (Rutter et al., 2002).

Las mayores recompensas en términos de satisfacción en el trabajo fueron proporcionadas por los pacientes, pero también provocó una de las mayores tensiones, ya que estaban cada vez más exigentes en tiempo y energía, tenía expectativas poco realistas, eran cada vez más agresivos y, tal vez lo más estresante de todo, eran las posibles quejas. (Rutter et al., 2002).

3.1) Síndrome de Burnout y su relación con la práctica odontológica

La práctica odontológica ha sido considerada como la que cada vez experimenta más problemas de salud física y mental, en comparación con otras profesiones sanitarias. Esto se debe a que ha sido reconocida como una actividad demandante. Para desempeñar sus funciones necesitan gran variedad de equipos y materiales, por lo que están expuestos a sufrir diversos accidentes de trabajo y estar en contacto con agentes infecciosos, todo esto, aunado a las nuevas tecnologías utilizadas, con aparatos y materiales cada vez más sofisticados que hacen que su labor profesional sea más complicada. (Castañeda & García de Alba, 2012)

Los factores que inciden en el aumento de la tensión en los odontólogos son: el realizar su actividad laboral en un área limitada (con exigencias de tiempo entre un paciente y otro), bipedestación prolongada, posturas forzadas y restringidas a la cavidad bucal en condiciones no óptimas, procedimientos quirúrgicos y dentales prolongados. Además un ambiente de trabajo ruidoso con insuficiente iluminación y ventilación, así como factores ambientales que influyen negativamente en la productividad: una estructura organizacional y un ambiente laboral donde no existe la comunicación entre los trabajadores (Castañeda & García de Alba, 2012).

Los dentistas denominan con más frecuencia como causa de estrés los cambios en el sistema de funcionamiento de un consultorio dental, y el aumento de las expectativas del paciente. La rotación de personal, preocupaciones financieras, la sensación de tener que ver a muchos pacientes, la agresión de los pacientes, los litigios y el estrés de trabajar con otros miembros del equipo. Trabajar con colegas puede ser una fuente de estrés, pero también lo es el aislamiento. El estrés, el agotamiento y la depresión debe ser un motivo de preocupación en las profesiones donde la humanidad, la compasión y la competencia son atributos esenciales (Rutter et al., 2002).

4) Síndrome de Burnout y su relación con la docencia

Así como las profesiones que se desempeñan en el sector de salud han sido consideradas un factor de riesgo para el síndrome de Burnout que se presenta por consecuencia del estrés laboral crónico que afecta a los profesionales que

trabajan en contacto directo con otras personas, igualmente, la docencia universitaria es considerada una profesión estresante, que se acompaña de otras situaciones como el trabajo, la familia y otros factores presentes en la rutina de cada individuo (Caballero et al., 2009, citado por Ibañez et al., 2012).

En cuanto a las consecuencias del Burnout en los docentes, diversas investigaciones señalan las alteraciones relativas a la salud física y psicológica que dan lugar a bajos niveles de satisfacción profesional, por lo cual se ha identificado como uno de los principales predictores de las intenciones de abandono del cargo y del propio abandono de la profesión docente (Marqués & otros, 2005; Moreno & otros, 2009; Arias, González & Zermeño, 2009 citados por García y Rodríguez, 2013).

En docentes, los factores como permanecer de pie, elevar y forzar la voz, una supervisión estricta, revisar tareas, concentración excesiva, las largas jornadas de trabajo, los bajos salarios, la antigüedad en el cargo desempeñado, la sobrecarga de trabajo, y la falta de motivación son desencadenantes para que se presente el síndrome de Burnout que altera la calidad de vida del profesional, generando una disminución en la productividad del trabajo, y generando un aumento de costos económicos y sociales para la misma institución educativa (Bañeño et al 2010 citado por Ibañez, et al., 2012).

Los niveles de estrés y depresión en los maestros de las escuelas han demostrado ser tan o más altos que los de los médicos y dentistas (Chambers, 1992a citado por Rutter et al. 2002). Muchos de los factores de estrés son similares: la carga de trabajo, la falta de recursos, las malas relaciones con los compañeros, las expectativas poco realistas de los administradores y difíciles interacciones con los alumnos y padres de familia (Griffith et al., 1999 citado por Rutter et al., 2002).

Otros estudios han demostrado que el estrés en los docentes puede estar relacionado con las horas de trabajo (Sugisawa et al., 1996 citado por Rutter et al. 2002), sobrecarga de rol (Pithers & Soden, 1998 citado por Rutter et al., 2002), y las preocupaciones como mala conducta de los alumnos, dificultades de tiempo/recursos, necesidades de reconocimiento profesional, carga de trabajo y las malas relaciones. Los factores de estrés en la educación superior (incluida la educación médica y dental) están relacionados con que los profesores pueden tener mayores demandas en términos de productividad académica que en la educación escolar (Boyle et al., 1995 citado por Rutter et al., 2002).

4.1) Síndrome de Burnout en odontólogos dedicados a la docencia

Muchos médicos y dentistas asumen una doble función, tienen la responsabilidad de enseñar a los estudiantes y personas en formación de posgrado, así como el cuidado de los pacientes. Harden ha sugerido que hay especial presión sobre los profesores médicos que implican cambios en la prestación de atención de salud, en las expectativas del público y en la educación médica. Ha reunido los factores que interactúan y causan estrés en los docentes médicos en la forma de una ecuación compleja (Harden, 1999 citado por Rutter et al., 2002). Los factores estresantes implicados en la ecuación incluyen la carga de trabajo docente, el número de semanas de enseñanza, el número de estudiantes, la intensidad de la docencia, las tareas que se realizarán por parte del profesor y el número de personal, factores adicionales incluyen la carga de trabajo clínico, las actividades de investigación y la carga de trabajo administrativo. La ecuación también incorpora otros factores, tales como la pérdida de autonomía del profesor, el conflicto de rol, las recompensas y la satisfacción en el trabajo, los recursos disponibles y las formas de apoyo para el profesor. En particular, el aumento de las demandas que en el profesor de medicina se relacionan con la evaluación de los alumnos (Rutter et al., 2002).

Además, el profesor que se compromete a asumir a un alumno que ha sido identificado con un bajo rendimiento lleva una pesada carga de responsabilidad (Sim, 1999, citado por Rutter et al., 2002). A pesar de todo esto, no se ha encontrado ninguna investigación que demuestre que los médicos y los dentistas con responsabilidades docentes universitarias o de postgrado estaban más estresados que sus colegas que no se dedican a la docencia (Rutter et al., 2002).

Hay pruebas referidas a que la enseñanza puede reducir el estrés. Una encuesta realizada en relación a los factores de estrés que afectan a los psiquiatras revela que la enseñanza a los estudiantes de medicina, provocó en los médicos poco o ningún estrés (Rathod et al., 2000 citado por Rutter et al., 2002). En una encuesta de los médicos generales, el grado de implicación en la enseñanza fue inversamente proporcional a las puntuaciones de depresión. También hubo una asociación significativa entre las puntuaciones de baja ansiedad y participar en la formación. ¿Por qué un rol docente puede mitigar el estrés en los médicos? Un factor puede ser la situación profesional y el reconocimiento entre pares (Chambers & Campbell, 1996 citado por Rutter et al., 2002).

Frederick Herzberg destacó el valor del enriquecimiento del trabajo en la mejora de la satisfacción laboral y la motivación (Herzberg, 1966 citado por Rutter et al., 2002). Sugirió que, paradójicamente, la adición de nuevas funciones podrían

motivar a los empleados a trabajar más duro, y que como consecuencia obtuvieron un mayor control sobre su entorno (Rutter et al., 2002).

Según Castañeda & García de Alba (2012), el conocimiento obtenido hasta ese momento ha puesto las bases para realizar intervenciones, con apoyo de técnicas y actividades para afrontar y manejar el estrés laboral crónico, todo ello de acuerdo al nivel en el que se intervendrá: individual, grupal o institucional. La mayoría de los programas se centran en el entrenamiento en aspectos específicos y, otros, en concientizar a los trabajadores de la importancia de prevenir los factores de riesgo (Castañeda & García de Alba, 2012).

OBJETIVOS

Objetivo General

Relacionar el riesgo de presentar el Síndrome de Burnout en odontólogos docentes de la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso con algunas variables socio-laborales.

Objetivos Específicos

- 1.- Determinar la frecuencia del riesgo de presentar Síndrome de Burnout en odontólogos docentes de la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso.
- 2.- Relacionar el comportamiento de las variables socio-laborales con los grupos de riesgo establecidos.
- 3.- Identificar comportamiento de las dimensiones del Síndrome de Burnout en aquellos docentes con niveles alto y crítico según el CESQT.
- 4.- Reconocer variaciones de la condición de riesgo del Síndrome de Burnout según los Baremos General, Sanitario y Docente.

Hipótesis

Existe relación entre el riesgo de padecer Síndrome de Burnout en odontólogos-docentes de la Universidad de Valparaíso con las distintas variables sociodemográficas.

MATERIALES Y MÉTODO

I) DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN:

Estudio No Experimental, Descriptivo Correlacional de corte transversal (CONSORT). Se trata de una investigación no experimental, ya que no existe manipulación de las variables consideradas en el estudio, estas variables son registradas en función de las características que presenta la muestra. Es Descriptivo, ya que mide la frecuencia de riesgo de presentar el Síndrome de Burnout y Correlacional ya que relaciona la presencia de éste Síndrome con distintas variables. Además, es de carácter transversal ya que las mediciones se realizan en una única ocasión.

II) SUJETOS DEL ESTUDIO:

a) **Universo:** Odontólogos que ejercen la docencia en la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso.

b) Muestra:

- Tamaño de la Muestra: La muestra considerada para el estudio será elegida por conveniencia, ya que se abordarán a los odontólogos docentes que puedan ser requeridos según disponibilidad en su horario de jornada académica, dejando fuera de la muestra a quienes no puedan ser ubicados durante el período de muestreo.
- Criterios de Inclusión: Se incluirán en este estudio a los docentes de la facultad de odontología de la Universidad de Valparaíso que cuenten con el título profesional de Cirujano Dentista; que tengan al menos 2 años de ejercicio docente continuo, independiente de que lo hayan realizado en distintas instituciones; que tengan a lo menos 11 horas de dedicación directa a la docencia y/o tutorías clínicas; y, que acepten participar en este estudio firmando el consentimiento informado.
- Criterios de Exclusión: Quienes participen en roles de gestión administrativa.

III) VARIABLES A MEDIR:

Se medirá el riesgo de presentar el Síndrome de Burnout para luego determinar la frecuencia de dicho Síndrome en el total de encuestados. Las variables señaladas a continuación (de la 2 a la 11) han sido consideradas dado los antecedentes de estudios previos revisados, en los cuales tales variables inciden sobre el riesgo de presentar el Síndrome de Burnout. Así, con los resultados se pueden establecer comparaciones posteriores con otros estudios.

1- Síndrome de Burnout: Variable cualitativa policotómica

Definición conceptual: conjunto de síntomas médico-biológicos y psicosociales inespecíficos que se desarrollan en la actividad laboral como resultado de una demanda excesiva de energía.

Definición operacional: Será determinado mediante la aplicación del "Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de quemarse por el Trabajo" (CESQT). Se establecerán cinco niveles de riesgo: Muy bajo, Bajo, Medio, Alto y Crítico de padecer Síndrome de Burnout. Luego para efectos del análisis estadístico correlacional se agruparán en dos categorías: Menor riesgo (Muy Bajo, Bajo y Medio) y Mayor Riesgo (Alto y Crítico); pasando a ser una variable dicotómica.

2- Edad: Variable cualitativa dicotómica

Definición conceptual: Tiempo en años transcurrido desde el nacimiento del individuo hasta la actualidad.

Definición operacional: Número de años desde al nacimiento hasta la actualidad. Agrupados en dos categorías: Menores de 50 años y Mayores de 50 años.

3- Sexo: Variable cualitativa dicotómica

Definición conceptual: Sexo del participante de la investigación.

Definición operacional: Se obtendrá con la aplicación de la Ficha Personal, con las opciones MASCULINO, FEMENINO.

4- Hijos: Variable cualitativa dicotómica

Definición conceptual: Situación de paternidad del participante de la investigación.

Definición operacional: Se obtendrá con la aplicación de la ficha personal, donde el participante de la investigación indicará presencia de hijos, con la opción: Si tiene hijos o no tiene hijos.

5- Estado Civil: Variable cualitativa policotómica

Definición conceptual: posición permanente que un individuo ocupa en la sociedad, en orden a sus relaciones de familia.

Definición operacional: Se obtendrá con la aplicación de la ficha personal, donde el participante de la investigación indicará su estado civil según las opciones: soltero, casado, separado, divorciado, viudo. Luego para efectos del análisis estadístico correlacional se agruparan en dos categorías: Casado y No Casado (Separado, Divorciado y Viudo); pasando a ser una variable dicotómica. Esta agrupación se hace bajo el supuesto de que los casados viven bajo un modelo familiar distinto al de los agrupados en la otra categoría.

6- Situación laboral: Variable cualitativa dicotómica

Definición conceptual: Actividades remuneradas o no remuneradas, en las que se desempeñe el participante, dentro del marco de esta investigación.

Definición operacional: Se obtendrá con la aplicación de la ficha personal, donde el participante de la investigación indicará su actividad laboral según las opciones: sólo docencia o docencia más actividad clínica.

7- Trabajo en una o más Escuelas de Odontología: Variable cualitativa dicotómica

Definición conceptual: Número de Escuelas de Odontología en las que el participante desempeña actividades remuneradas o no remuneradas, dentro del marco de esta investigación.

Definición operacional: Se obtendrá con la aplicación de la ficha personal, donde el participante de la investigación indicará si ejerce actividad laboral en: una Escuela o más de una Escuela de Odontología.

8- Ingresos económicos: Variable cualitativa dicotómica

Definición conceptual: Remuneración percibida por el participante en sus actividades de docencia y/o clínica.

Definición operacional: Se obtendrá con la aplicación de la ficha personal, donde el participante de la investigación indicará su actividad laboral según las opciones: conforme y disconforme.

9- Satisfacción con ambiente laboral: Variable cualitativa dicotómica

Definición conceptual: Percepción del encuestado en relación a la conformidad con el medio en el cual se desempeña laboralmente.

Definición operacional: Se obtendrá con la aplicación de la ficha personal, donde el participante de la investigación indicará su actividad laboral según las opciones: conforme y disconforme.

10- Horas semanales dedicadas a la docencia: Variable cuantitativa discreta

Definición conceptual: Tiempo en horas que el encuestado dedica a su labor de docente en una semana.

Definición operacional: Se obtendrá con la aplicación de la ficha personal, donde el participante de la investigación indicará el número de horas que dedica a la docencia en una semana.

11- Horas semanales dedicadas a la clínica: Variable cuantitativa discreta

Definición conceptual: Tiempo en horas que el encuestado dedica a su labor clínica en una semana.

Definición operacional: Se obtendrá con la aplicación de la ficha personal, donde el participante de la investigación indicará el número de horas que dedica a la clínica en una semana.

IV) Instrumento de recolección de datos:

- 1) Instrumentos de medida:** Para evaluar la frecuencia de riesgo de presentar el Síndrome de Burnout, se utilizará el "Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo" (CESQT) (Anexo 1). Test planteado como instrumento de evaluación más próximo a la realidad sociocultural Chilena, comparado con el Test tradicionalmente utilizado, "Maslach Burnout Inventory" (MBI). CESQT consiste en una modificación y complementación del MBI, mediante el cual se evalúan las cogniciones, emociones y actitudes de la persona relacionadas con sus experiencias laborales. Esta herramienta validada, diseñada por Pedro Gil-Monte ha sido utilizada como medio de evaluación en numerosos estudios. En el presente estudio la interpretación se realizara utilizando el baremo general. Además, se utilizó una Ficha elaborada por el equipo de investigación, que considera otras variables no incluidas en el CESQT (Anexo 2).

2) Estandarización:

- Contando con la autorización pertinente, el número de docentes y el número de horas que trabajan en la Institución, nos dirigimos a los distintos profesionales de la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso.
- Se realiza una breve explicación de la investigación y objetivos a cada uno de los sujetos.
- Si el profesional accede a colaborar con la investigación, se le solicita que lea y firme el Consentimiento Informado (Anexo 3).
- Posteriormente, se le realizan las preguntas consideradas en la Ficha y en el cuestionario CESQT.
- Los resultados son analizados y relacionados a las variables pertinentes.

3) Calibración: No se necesita calibración, ya que el instrumento consta de un manual autocorregible.

V) ANÁLISIS DE DATOS:

METODOLOGÍA ESTADÍSTICA

El análisis estadístico consistirá en realizar inicialmente un análisis exploratorio de datos, entregando algunas estadísticas descriptivas de interés que resuman la información de las distintas variables de interés. Luego, se aplicará el Test Exacto de Fisher para realizar un análisis correlacional de las variables con el SBO.

Los análisis estadísticos y los gráficos han sido desarrollados en el software estadístico Stata 11.2.

RESULTADOS

1. Características del grupo de estudio

Con formato: Esquema numerado + Nivel: 1 + Estilo de numeración: 1, 2, 3, ... + Iniciar en: 1 + Alineación: Izquierda + Alineación: 0,63 cm + Sangría: 1,27 cm, Punto de tabulación: No en 1,27 cm

La muestra de este estudio quedo constituida por 84 odontólogos-docentes entre 27 y 71 años, cuyo mayor porcentaje tiene menos de 40 años y el menor porcentaje tiene 60 o más años. Además la mayoría está casado (54,76%) y el 69% tiene hijos, el 94% trabajaba tanto en docencia como en actividad clínica y el 78% en solo una escuela de odontología. También se observa que el 83% está conforme con el ambiente laboral y la mitad no está conforme con el ingreso económico. Por otra parte, un 46,42% de las personas trabaja en docencia entre 21 y 30 horas, seguido por un 40,47% que trabaja entre 11 y 20 horas. De las horas dedicadas a la actividad clínica, la mayoría (43,37%) dedica entre 21 y 30 horas a la semana.

Variables	Sexo		Total
	Femenino	Masculino	
Grupo Etario			
Menor a 40 Años	12 (14,28%)	21(25%)	33(39,28%)
40-49 Años	6 (7,14%)	12(14,28%)	18(21,42%)
50-59 Años	10(11,90%)	7(8,33%)	17(20,23%)
60 Años o más	6(7,14%)	10(11,90%)	16(19,04%)
Total	34 (40,46%)	50 (59,51%)	84 (100%)
Estado Civil			
Soltero	8(9,52%)	13(15,47%)	21(25%)
Casado	20(23,80%)	26(30,95%)	46(54,76%)
Separado	3(3,57%)	4(4,76%)	7(8,33%)
Divorciado	3(3,57%)	7(8,33%)	10(11,90%)
Total	34 (40,47%)	50 (59,51%)	84 (100%)
Hijos			
Si	24(28,57%)	34 (40,47%)	58 (69,04%)
No	10(11,90%)	16 (19,04%)	26 (30,95%)
Total	34 (40,46%)	50 (59,51%)	84 (100%)
Trabajo			
Docencia	2 (2,38%)	3 (3,57%)	5 (5,95%)
Doc.-Act. Clínica	32 (38,09%)	47 (55,95%)	79 (94,04%)
Total	34 (40,47%)	50 (59,51%)	84 (100%)
Lugar de trabajo			
Una Escuela	21 (26,92%)	40 (51,28%)	61 (78,20%)
Más de una Escuela	8 (9,52%)	9 (11,53%)	17 (21,79%)
Total	29 (36,44)	49 (62,81%)	78 (100%)
Ingreso Económico			
Conforme	16 (19,04%)	28 (33,33%)	44 (52,38%)
Disconforme	18 (21,42%)	22 (26,19%)	40 (47,61%)
Total	34 (40,46%)	50 (59,51%)	84 (100%)
Ambiente Laboral			
Conforme	26 (30,95%)	44 (52,38%)	70 (83,33%)
Disconforme	8 (9,52%)	6 (7,14%)	14 (16,66%)
Total	34 (40,47%)	50 (59,51%)	84 (100%)

Horas de docencia			
11-20 Horas	13 (15,47%)	21 (25%)	34 (40,47%)
21-30 Horas	18 (21,42%)	21 (25%)	39 (46,42%)
Más de 30 Horas	3 (3,57%)	8 (9,52%)	11 (13,09%)
Total	34 (40,47%)	50 (59,51%)	84 (100%)
Horas de Actividad clínica			
0-10 Horas	3 (3,61%)	2 (2,40%)	5 (6,02%)
11-20 Horas	10 (12,04%)	8 (9,63%)	18 (21,68%)
21-30 Horas	15 (18,07%)	21 (25,30%)	36 (43,37%)
31-40 Horas	4 (4,81%)	12 (14,45%)	16 (19,27%)
41-50 Horas	1 (1,20%)	7 (8,43%)	8 (9,63%)
Total	33 (39,75%)	50 (60,24%)	83 (100%)

Tabla I. Relación entre las variables a medir y sexo.

1.1. Análisis de variaciones en la condición de riesgo de SBO según

Baremo utilizado

Se analizaron los niveles medio, alto y crítico obtenidos en la muestra, utilizando los tres baremos incluidos en el CESQT (general, sanitario y docente). Esto con el fin de poder identificar si existía algún cambio de categoría de nivel de riesgo de SBO en alguno de los participantes. Se decidió analizar solo estos tres grupos, debido a que del nivel medio podrían haber pasado algunos a nivel alto o viceversa, cambiando sustancialmente las medidas que se deberían tomar dependiendo del nivel encontrado en el sujeto.

Luego de la interpretación de los cuestionarios según los Baremos, se encontró que utilizando el Sanitario sólo un odontólogo docente bajó de nivel Alto a nivel Medio y, en el baremo Docente también un solo sujeto varió, subiendo de nivel Alto a nivel Crítico.

2. Análisis Descriptivo

En la tabla II, se muestra que del total de los docentes de la muestra, un 59,52% son hombres y un 40,46% son mujeres. Además en la mayoría de los odontólogos docentes se presenta un nivel de riesgo de Síndrome de Burnout Medio (41,67%), siendo un bajo porcentaje quienes presentan un nivel Alto (14,29%) y Crítico (2,38%).

En el gráfico uno se muestra la distribución general del riesgo de SBO en la población estudiada, anteriormente descrita en la tabla II.

Síndrome de Burnout	Sexo	
	Femenino	Masculino
Muy Bajo	3 (3,57%)	7 (8,33%)
Bajo	10 (11,9%)	15 (17,86%)
Medio	15 (17,85%)	20 (23,81%)
Alto	6 (7,14%)	6 (7,14%)
Crítico	0 (0,00%)	2 (2,38%)
Total	34 (40,46%)	50 (59,52%)

Tabla II. Distribución de los niveles de síndrome de Burnout según Sexo.

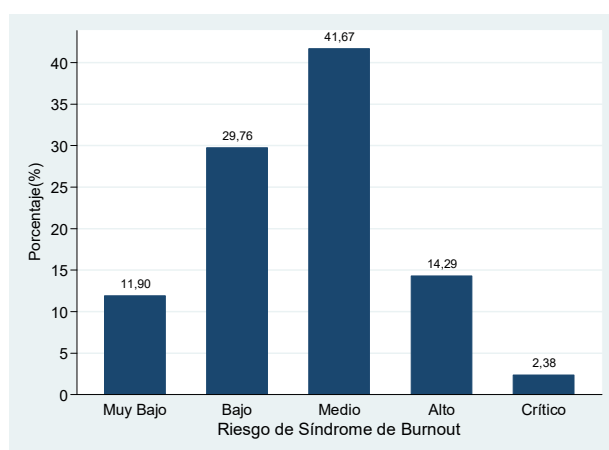


Gráfico 1. Distribución de los niveles de síndrome de BURNOUT

Con formato: Esquema numerado + Nivel: 1 + Estilo de numeración: 1, 2, 3, ... + Iniciar en: 1 + Alineación: Izquierda + Alineación: 0,63 cm + Sangría: 1,27 cm, Punto de tabulación: No en 1,27 cm

A continuación, se muestran los resultados de las distribuciones de los docentes en los niveles del Síndrome de Burnout para cada una de las variables analizadas (ver Tabla III), a partir de ella podemos indicar:

- Los dos docentes que tuvieron un nivel crítico del Síndrome de Burnout, son del sexo masculino, tienen menos de 50 años de edad, uno de ellos es soltero y el otro divorciado, además ambos no tienen hijos, los dos trabajan en docencia y actividad clínica a la vez, por otro lado, los dos trabajan en más de una escuela de Odontología y están conformes, tanto con el ingreso económico, como el ambiente laboral. Es importante mencionar que uno de ellos trabaja en docencia entre 11 y 22 horas y el otro más de 30 horas, y que ambos trabajan más de 20 horas a la semana en actividad clínica.
- Con relación a los 12 Docentes que presentaron un nivel alto del Síndrome de Burnout, se tiene lo siguiente: sin haber diferencias en la distribución según sexo. Además cerca del 92% tiene menos de 50 años de edad y el 33% tiene hijos, todos trabajan tanto en docencia como actividad clínica, sólo 4 de ellos están casados, la mitad trabaja en una sola escuela, un 75% está disconforme con el ingreso económico y un 58% está conforme con el ambiente laboral.

Variables	Valor obtenido en Cada Dimensión					Total
	Muy bajo	Bajo	Medio	Alto	Crítico	
Sexo						
Femenino	3 (3,57%)	10 (11,90%)	15 (9,52%)	6 (7,14%)	0 (0,00%)	34
Masculino	7 (8,33%)	15 (17,86%)	20 (23,81%)	6 (7,14%)	2 (2,38%)	50
Grupo Etario						
Menor a 40 Años	3 (3,57%)	8 (9,52%)	12 (14,29%)	9 (10,71%)	1 (1,19%)	33
40-49 Años	0 (0,00%)	7 (8,33%)	8 (9,52%)	2 (2,38%)	1 (1,19%)	18
50-59 Años	2 (2,38%)	6 (7,14%)	9 (10,71%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	17
60 Años o más	5 (5,95%)	4 (4,76%)	6 (7,14%)	1 (1,19%)	0 (0,00%)	16
Estado Civil						
Soltero	1 (1,19%)	5 (5,95%)	8 (9,52%)	6 (7,14%)	1 (1,19%)	21
Casado	6 (7,14%)	16 (19,05%)	20 (23,81%)	4 (4,76%)	0 (0,00%)	46
Separado	1 (1,19%)	2 (2,38%)	3 (3,57%)	1 (1,19%)	0 (0,00%)	7
Divorciado	2 (2,38%)	2 (2,38%)	4 (4,76%)	1 (1,19%)	1 (1,19%)	10
Hijos						
Sí	9 (10,71%)	18 (21,43%)	27 (32,14%)	4 (4,76%)	0 (0,00%)	58
No	1 (1,19%)	7 (8,33%)	8 (9,52%)	8 (9,52%)	2 (2,38%)	26
Trabajo						
Docencia	0 (0,00%)	5 (5,95%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	5
Doc.-Act. Clínica	10 (11,90%)	20 (23,81%)	35 (41,67%)	12 (14,29%)	2 (2,38%)	79
Lugar de trabajo						
Una Escuela	8 (9,52%)	21 (26,92%)	26 (33,33%)	6 (7,69%)	0 (0,00%)	61
Más de una Escuela	2 (2,38%)	4 (5,13%)	5 (6,41%)	4 (5,13%)	2 (2,38%)	17
Ingreso Econó.						
Conforme	5 (5,95%)	17 (20,24%)	17 (20,24%)	3 (3,57%)	2 (2,38%)	44
Disconforme	5 (5,95%)	8 (9,52%)	18 (21,43%)	9 (10,71%)	0 (0,00%)	40

Ambiente Laboral						
Conforme	10 (11,90%)	23 (27,38%)	28 (33,33%)	7 (8,33%)	2 (2,38%)	70
Disconforme	0 (0,00%)	2 (2,38%)	7 (8,33%)	5 (5,95%)	0 (0,00%)	14
Horas de docencia						
11-20 Horas	5 (5,95%)	11 (13,10%)	13 (15,48%)	4 (4,76%)	1 (1,19%)	34
21-30 Horas	3 (3,57%)	11 (13,10%)	20 (23,81%)	5 (5,95%)	0 (0,00%)	39
Más de 30 Horas	2 (2,38%)	3 (3,57%)	2 (2,38%)	3 (3,57%)	1 (1,19%)	11
Horas de Actividad clínica						
0-10 Horas	0 (0,00%)	2 (2,41%)	2 (2,41%)	1 (1,20%)	0 (0,00%)	5
11-20 Horas	1 (1,20%)	5 (6,02%)	9 (10,84%)	3 (3,61%)	0 (0,00%)	18
21-30 Horas	7 (8,43%)	9 (10,84%)	13 (15,66%)	6 (7,23%)	1 (1,20%)	36
31-40 Horas	1 (1,20%)	7 (8,43%)	7 (8,43%)	1 (1,20%)	0 (0,00%)	16
41-50 Horas	1 (1,20%)	2 (2,41%)	3 (3,14%)	1 (1,20%)	1 (1,20%)	8

Tabla III. Distribución de los niveles de síndrome de Burnout para cada una de las variables

Como se observa en la Tabla IV, de los 14 docentes que tienen una clasificación de riesgo de Síndrome de Burnout alto o crítico, el 42,86% tuvo su mayor predominio en la dimensión de Desgaste Psíquico. En cuanto a las dimensiones de baja Ilusión por el trabajo e Indolencia, cada una de ellas tuvo una predominancia media de un 42,86% para el riesgo de presentar SBO según el CESQT. Cabe destacar que sólo 1 persona presentó el mismo valor en las tres dimensiones, y que los dos odontólogos-docentes que presentaron nivel crítico tuvieron el mayor valor en Desgaste psíquico.

Con relación a la dimensión Culpa, de los 14 docentes que presentaron un nivel alto o crítico de riesgo para el Síndrome de Burnout, sólo 2 de ellos sienten culpa, lo que representa al 14,28% de los sujetos de estos niveles. Los otros 12 profesionales que no sienten culpa corresponden a un 85,71%, incluidos los sujetos con nivel de riesgo crítico para SBO.

A continuación se muestra los resultados obtenidos en los odontólogos docentes para cada una de las dimensiones del Síndrome.

Dimensiones	Valor obtenido en Cada Dimensión				
	Muy bajo Predominio	Bajo Predominio	Medio Predominio	Alto Predominio	Muy alto Predominio
Ilusión del Trabajo	1 (7,14%)	1 (7,14%)	6 (42,86%)	4 (28,57%)	2 (14,29%)
Desgaste Síquico	0 (0,00%)	0 (0,00%)	3 (21,42%)	5 (35,71%)	6 (42,86%)
Indolencia	0 (0,00%)	0 (0,00%)	6 (42,86%)	5 (35,71%)	3 (21,43%)

Tabla IV. Distribución del predominio de las dimensiones del Síndrome de Burnout en los niveles de riesgo Alto y Crítico.

2.3. Análisis Correlacional

A continuación, se realizará un análisis de correlación, con el fin de determinar, cuál de todas las variables analizadas tiene algún grado de dependencia con el Síndrome de Burnout. El test a utilizar es el Test Exacto de Fisher, por lo que se procedió a dicotomizar las variables para lograr utilizar esta prueba estadística. Se muestra a continuación un análisis separado para cada variable.

El riesgo de padecer Síndrome de Burnout se categorizó en Menor Riesgo y Mayor Riesgo. En la primera categoría se agrupan los odontólogos docentes que tienen Muy Bajo, Bajo y Medio riesgo y en la segunda categoría se agrupan aquellos que presentan un nivel Alto y Crítico de riesgo. Esta división se justifica como parte de una decisión de los investigadores, basado en la información que entrega el manual del CESQT fijando a los niveles Alto y Crítico como los niveles que representan un riesgo elevado de presentar SBO.

En la Tabla V, los resultados obtenidos para la variable sexo con la nueva categorización del riesgo de padecer de Síndrome de Burnout, al realizar el análisis de correlación por medio de la Prueba Exacta de Fisher, dió como resultado final un valor-p igual a 0,842, es decir, no se rechaza la hipótesis de independencia y por lo tanto, el sexo no afecta en el riesgo.

Síndrome de Burnout	Relación entre Riesgo SBO y Sexo		
	Femenino	Masculino	Total
Menor Riesgo	28 (33,33%)	42 (50,00%)	70 (83,33%)
Mayor Riesgo	6 (7,14%)	8 (9,52%)	14 (16,67 %)
Total	34 (40,48%)	50 (59,52%)	84 (100,00%)

Tabla V. Relación entre el Riesgo del Síndrome de Burnout y el Sexo.

A continuación se muestra en la Tabla VI, los resultados obtenidos para la variable rango etario, el cual se dicotomizó en “Menores de 50 Años” y los “Mayores de 50 Años” en relación a la nueva categorización del riesgo de padecer de Síndrome de Burnout, al realizar el análisis de correlación por medio de la Prueba Exacta de Fisher, se obtuvo como resultado final un valor-p igual a 0,007, es decir, ambas variables no son independientes entre sí y por lo tanto, la edad si afecta en el riesgo.

Síndrome de Burnout	Relación entre Riesgo SBO y Rango Etario		
	Menor de 50 años	Mayor o igual a 50 años	Total
Menor Riesgo	38 (45,24%)	32 (38,09%)	70 (83,33%)
Mayor Riesgo	13 (15,48%)	1 (1,19%)	14 (16,67 %)
Total	51 (60,71%)	33 (39,29%)	84 (100,00%)

Tabla VI. Relación entre el Riesgo del Síndrome de Burnout y el Rango Etario

En la Tabla VII, los resultados obtenidos para la variable estado civil, el que se agrupó en dos categorías, el primero de los Casados y el segundo de los Separados, Divorciados y Solteros. En relación a la nueva categorización del riesgo de padecer de Síndrome de Burnout, al realizar el análisis de correlación por medio de la Prueba Exacta de Fisher, se obtuvo como resultado final un valor-p igual a 0,041, es decir, ambas variables no son independientes entre sí y por lo tanto, el estado civil de los docentes sí afecta en el riesgo, debido a que de los que tienen mayor riesgo, la mayoría está casada y los de menor riesgo la mayoría no está casada.

Síndrome de Burnout	Relación entre Riesgo SBO y el estado Civil		Total
	Casado	No Casado	
Menor Riesgo	28 (33,33%)	42 (50,00%)	70 (83,33%)
Mayor Riesgo	10 (11,90%)	4 (4,76%)	14 (16,67 %)
Total	34 (40,48%)	50 (59,52%)	84 (100,00%)

Tabla VII. Relación entre el Riesgo del Síndrome de Burnout y el Estado Civil.

En la Tabla VIII, los resultados obtenidos para la variable Hijos, en relación a la nueva categorización del riesgo de padecer de Síndrome de Burnout, al realizar el análisis de correlación por medio de la Prueba Exacta de Fisher, se obtuvo como resultado final un valor-p igual a 0,001, es decir, se rechaza la hipótesis de independencia entre sí y por lo tanto, el tener o no tener hijos sí afecta en el riesgo, quienes tienen menor riesgo la mayoría tienen hijos a diferencia de los que tienen mayor riesgo, donde la mayoría de ellos no tiene hijos.

Síndrome de Burnout	Relación entre Riesgo SBO y Si tiene Hijos		Total
	Con Hijos	Sin Hijos	
Menor Riesgo	54 (64,29%)	16 (19,05%)	70 (83,33%)
Mayor Riesgo	4 (4,76%)	10 (11,90%)	14 (16,67 %)
Total	58 (69,05%)	26 (30,10%)	84 (100,00%)

Tabla VIII. Relación entre el Riesgo del Síndrome de Burnout y Si tiene Hijos

En la Tabla IX, los resultados obtenidos para la variable Lugar de Trabajo, en relación a la nueva categorización del riesgo de padecer de Síndrome de Burnout, al realizar el análisis de correlación por medio de la Prueba Exacta de Fisher, se obtuvo

como resultado final un valor-p igual a 0,584, es decir, no rechaza la hipótesis de independencia entre sí y por lo tanto, el lugar de trabajo no afectaría el riesgo de padecer el síndrome.

Síndrome de Burnout	Relación entre Riesgo SBO y Lugar de trabajo		
	Solo Docencia	Docencia y Act. Clínica	Total
Menor Riesgo	5 (5,95%)	42 (77,38%)	70 (83,33%)
Mayor Riesgo	0 (0,00%)	14 (16,67%)	14 (16,67 %)
Total	34 (40,48%)	50 (59,52%)	84 (100,00%)

Tabla IX. Relación entre el Riesgo del Síndrome de Burnout y Lugar de Trabajo

En la Tabla X, los resultados obtenidos para la variable Ingreso Económico, en relación a la nueva categorización del riesgo de padecer de Síndrome de Burnout, al realizar el análisis de correlación por medio de la Prueba Exacta de Fisher, se obtuvo como resultado final un valor-p igual a 0,243, es decir, no rechaza la hipótesis de independencia entre sí y por lo tanto, lo que gana mensualmente el docente no afectaría el riesgo de padecer el síndrome.

Síndrome de Burnout	Relación entre Riesgo SBO e Ingreso Económico		
	Conforme	Disconforme	Total
Menor Riesgo	39 (46,43%)	31 (36,90%)	70 (83,33%)
Mayor Riesgo	5 (5,95%)	9 (10,71%)	14 (16,67 %)
Total	44 (52,38%)	40 (47,62%)	84 (100,00%)

Tabla X. Relación entre el Riesgo del Síndrome de Burnout e Ingreso Económico

Por último, al relacionar la variable del Ambiente Laboral con la nueva categorización del riesgo de padecer de Síndrome de Burnout, al realizar el análisis de correlación por medio de la Prueba Exacta de Fisher, se obtuvo como resultado final un valor-p igual a 0,051, es decir, se rechaza la hipótesis de independencia entre sí y por lo tanto, el ambiente laboral del docente afectaría en el riesgo de padecer el síndrome (ver Tabla XII).

Síndrome de Burnout	Relación entre Riesgo SBO y el Ambiente Laboral		
	Conforme	Disconforme	Total
Menor Riesgo	39 (46,43%)	31 (36,90%)	70 (83,33%)
Mayor Riesgo	5 (5,95%)	9 (10,71%)	14 (16,67 %)
Total	44 (50,38%)	40 (47,62%)	84 (100,00%)

Tabla XII. Relación entre el Riesgo del Síndrome de Burnout y Ambiente Laboral

DISCUSION

La importancia de los estudios sobre el Síndrome de Burnout se apoya en la falta de motivación y el deterioro de la salud en el trabajo, actitudes que son causadas por el estrés laboral, lo que se puede reflejar directamente en la productividad y calidad del trabajo realizado (Zucoloto et al., 2012). En el presente trabajo de investigación de carácter descriptivo correlacional, se estudió una muestra de 84 odontólogos-docentes de la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso, para lo cual se realizó un análisis descriptivo de las variables, entregando una visión exploratoria acerca de su comportamiento. Cabe mencionar que este estudio de diseño transversal, no permite conocer la relación positiva o negativa de las variables estudiadas con el SBO, sin embargo las variables de interés para identificar los grupos de riesgo de SBO, se estudiaron con un análisis de tipo correlacional, aplicando el Test Exacto de Fisher como método para evaluar la significancia estadística. La descripción de las variables se hizo en función de los cinco niveles entregados por el CESQT y para la correlación se agruparon los niveles en dos categorías: menor riesgo y mayor riesgo de presentar SBO. De esta manera, entre los odontólogos-docentes en que se encontró un mayor riesgo de SBO (alto y crítico), cabe decir que todos ellos trabajan tanto en docencia como actividad clínica (por lo tanto en ambas actividades laborales deberían encontrarse factores asociados al desarrollo de SBO) y la mayoría tenía menos de 40 años de edad. En la categoría de mayor riesgo de SBO, se presentó una proporción similar en relación al sexo, sin embargo, el nivel crítico incluido en esta categoría estaba constituido sólo por personas del sexo masculino. Además, en relación a los ingresos económicos un alto porcentaje de ellos se encuentra disconforme con su remuneración mensual, sin embargo, en el análisis correlacional este último no afectaría el riesgo de SBO.

Cabe destacar que en esta investigación se consideró el CESQT como el instrumento idóneo para evaluar el riesgo de SBO, debido a que: 1) fue desarrollado originalmente en idioma español; 2) Se encuentra validado en el contexto hispanoamericano para evaluar casos de SBO; 3) Chile contribuyó en tercer lugar (15,08%) con parte de la muestra que se utilizó para el desarrollo del CESQT, precedido de España y México, que aportaron con un 32,87% y 24,28% respectivamente (el resto de la muestra la aportaron Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, Perú, Portugal y Uruguay); y 4) Los sectores ocupacionales que más aportaron a la muestra para el desarrollo del CESQT fueron sanidad y educación, con un 27,6% y 41,3% respectivamente. Todo lo anterior coincide con las características de la muestra de esta investigación.

Los análisis realizados sobre la población de odontólogos-docentes de la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso, nos muestran un resultado similar al de otros estudios, como el realizado por Zucoloto et al. (2012), que encontró una prevalencia de SBO del 17% en una población de las mismas características (Zucoloto et al., 2012). Además, otro estudio sobre SBO entre odontólogos de práctica general y especialistas, encontró que de 110 cuestionarios MBI realizados, el 10,9% del total de odontólogos presentó el síndrome de Burnout (Hernández de la Cruz et al, 2007), cifra similar a la frecuencia de Riesgo Mayor de SBO detectada en nuestro estudio, que fue de un 16,67%. Otro estudio hecho en odontólogos clínicos encontró una frecuencia de 24.36% de SBO (Díaz, Pérez, Lartigue, 2006), cifra un poco mayor a la encontrada en nuestro estudio. Otra investigación realizada en Odontólogos del sector educativo y privado encontró una alta frecuencia (50,3%) para SBO (Castañeda & García de Alba, 2012), lo que contrasta con los resultados encontrados en el presente estudio. Cabe destacar que este tipo de comparaciones deben hacerse con precaución, ya que se utilizaron distintos instrumentos para medir SBO, los puntos de corte para los niveles de riesgo también pueden variar y las muestras pueden tener características distintas.

En el estudio hecho en odontólogos por Hernández de la Cruz et. al. (2007), se encontró una edad media de $46,0 \pm 6,1$ años para quienes presentaron SBO (Hernández de la Cruz et al, 2007). Lo anterior coincide con otro estudio, donde evaluaron la edad de los integrantes de la muestra con respecto al SBO (correspondientes a estudiantes de quinto año de odontología y odontólogos), donde se pudo observar que las puntuaciones más elevadas de SBO, la presentaron los sujetos cuyas edades están comprendidas entre 24-40 años (Albanesi de Nasetta et al., 2006). Otro estudio hecho en odontólogos del sector educativo y privado encontró que el SBO estaba más asociado en el grupo de menos de 40 años de edad (Castañeda & García de Alba, 2012), de esta manera, según estos autores, los sujetos más jóvenes serían los más vulnerables a sufrir estrés laboral. Cabe mencionar que los resultados citados anteriormente coinciden con los encontrados en nuestra investigación, respecto a que dentro del grupo de individuos categorizados con mayor riesgo de SBO, la mayor parte eran menores de 40 años. Es importante destacar que en el estudio hecho por Albanesi de Nasetta et al. (2006), se indica un rango de edad más bajo en relación al nuestro, ello debido a que se consideró en su muestra tanto a alumnos, como odontólogos. Lo anterior también coincide con lo propuesto por Cheng et al. (2012), en una investigación donde estudió la influencia de la edad y otras características sobre el SBO, y menciona que la falta de control sobre el trabajo o la inseguridad en el empleo de los trabajadores más jóvenes, podría causar mayor malestar psicológico, teniendo en

cuenta que la actividad laboral supone un papel central en la primera etapa de la vida laboral (Cheng et al., 2012).

En cuanto a las dimensiones que involucra el SBO, en nuestro estudio el Desgaste Psíquico (DP) aparece como la dimensión predominante, presentándose en el 42,86% de los sujetos con niveles altos y críticos de riesgo de SBO, seguido de Baja Ilusión por el trabajo e Indolencia, cada una de ellas con un predominio medio de un 42,85% . Si bien es importante la característica de odontólogo-docente de nuestra muestra, es importante mencionar que se han encontrado resultados similares en otro estudio realizado en odontólogos clínicos, en que el agotamiento emocional (equivalente a Dp) junto con sentimientos de baja realización personal (homologable a baja It) son predominantes, y deben considerarse como alertas tempranas para el riesgo de SBO (Te Brake, Smits, Wicherts, Gorter, Hoogstraten, 2008). En otra investigación hecha en odontólogos clínicos, predominaron los síntomas de baja realización personal, que correspondía a un 25% de los sujetos. (Bedoya, Díaz, Dongo, Guillinta, Moncada, 2008). Otro estudio realizado en odontólogos clínicos, también mostró una mayor incidencia hacia el síntoma de baja realización personal manifestándose en un 75% de los participantes, seguido por un 16,6% de incidencia del síntoma de agotamiento emocional. Sólo el 8,3% presentó el síntoma de despersonalización (equivalente a In) (Hernández de la Cruz, 2007). Dichas variaciones en la predominancia de las dimensiones del SBO, se podrían explicar por las diferencias en el tipo de muestra (odontólogo v/s odontólogo-docente), las estructuras organizacionales (Hospitales, Universidades, Clínica privada) y a la Idiosincrasia a la que pertenecen los grupos estudiados.

En nuestro trabajo no encontramos una relación de dependencia entre la variable sexo y un mayor riesgo de presentar SBO. Por otra parte en un estudio, hecho en odontólogos clínicos (Zucoloto et al., 2012) y otro hecho en odontólogos del sector educativo y privado encontró que el SBO estaba más asociado al sexo femenino (Castañeda & García de Alba, 2012). Por último, es relevante indicar que un estudio realizado en una muestra de odontólogos-docentes, estudiantes y trabajadores administrativos de una facultad de odontología, encontró que el SBO en general se asociaba más al sexo femenino, pero en el subgrupo de los odontólogos-docentes, se presentaba más asociado al sexo masculino (Visoso, Sánchez, Montiel, 2012).

No es posible comparar del todo los resultados obtenidos sobre el estado civil, ya que esa característica sociodemográfica se encuentra estudiada de acuerdo a la realidad del país donde se realizó la investigación. En nuestro estudio se encontró que el estado civil si afecta el riesgo de SBO, y el grupo donde se encontró mayor frecuencia de SBO, fue en el de los solteros. Sin embargo tal asociación no implica que sea una relación positiva ni negativa.

Un estudio realizado en odontólogos-docentes encontró que la relación con el equipo de trabajo más frecuente fue excelente seguida de buena, lo que podría ser un factor protector para el desarrollo de SBO (Ibañez et al, 2012), lo anterior coincide con nuestra investigación donde el 83.33% de los estudiados se encuentra conforme con su ambiente laboral.

En nuestra investigación también se observó que el tener o no hijos si afecta en el riesgo de SBO, coincidiendo con lo observado por Castañeda & García de Alba (2012) en su estudio hecho en odontólogos del sector educativo y privado.

La variación en el nivel de riesgo de SBO encontrada al utilizar los distintos baremos sobre la muestra es relevante, a pesar de que solo cambiaron de riesgo dos casos (uno bajó de nivel alto a medio y otro subió de riesgo alto a crítico). Esto podría incidir en el pronóstico y tratamiento del síndrome, debido a lo cual es fundamental el análisis de estos sujetos por un psicólogo, quien finalmente determinará el diagnóstico definitivo y cuáles son los pasos a seguir en el tratamiento, tomando medidas que atenúen los síntomas descritos para dicha afección como por ejemplo, ejercicios de relajación, yoga y actividades de autocuidado, entre otras.

Una importante limitación de nuestra investigación radicó en no abordar los años de ejercicio profesional de los sujetos, ya que es un factor importante considerando que el Síndrome de Burnout no aparece abruptamente, y tiene una progresión en sus distintos niveles pudiendo desembocar incluso en un cuadro de depresión severa. Un estudio hecho en enfermeras y auxiliares de hospital, indicó que los primeros años de trabajo serían los más vulnerables para el desarrollo del SBO, de forma que a medida que aumenta la experiencia profesional disminuye el cansancio emocional (Albar, Romero, González, Carballo, García, Gutiérrez & Algaba, 2004), sin embargo hay diversos estudios que han encontrado que el SBO era más frecuente después de los diez primeros años de ejercicio profesional (Albadalejo et al., 2004; Atance, 1997; Robles & Cáceres, 2010; Cedero & Brandt, 2002; Gil-Monte, 2002 citados por Visoso, Sanchez, Montiel, 2012).

Aunque ajeno a los objetivos de nuestra investigación, una mayor comprensión del SBO permitiría la implementación de acciones de prevención y tratamiento para este, ya sea en el corto, mediano y largo plazo. Estas acciones pueden incluir diferentes aspectos psicosociales individuales y organizacionales, para que estos profesionales que asumen una doble función (docente y clínico) puedan ejercer ambas actividades con calidad y no progresen hacia cuadros depresivos. Esto concuerda con lo expresado por Visoso et al. (2012), donde indican que la implementación de medidas de prevención y tratamiento permitirían una mejor funcionalidad del entorno general de una facultad de odontología, sobre todo, si se consideran las consecuencias adversas del SBO, que por un lado provocan trastornos ansiosos o depresivos,

consumo de sustancias, aparición de adicciones, y trastornos cardiovasculares; y por el otro aumentan el ausentismo laboral, los deseos de abandonar el trabajo, disminución de la productividad y de la eficacia, así como disminución de la satisfacción laboral (Visoso, Sanchez, Montiel, 2012). Lo anterior cursa con gran importancia en nuestro estudio, ya que, la mayor parte de los individuos presenta un nivel medio de riesgo de SBO, ante lo cual se sugiere intervenir antes de que sobrepasen tal nivel y lleguen a formar parte del nivel alto o incluso el crítico.

Cabe destacar que la odontología habitualmente está muy relacionada con el arte, lo que lleva a generar una actitud de perfeccionismo dentro de los profesionales odontólogos. Si bien, el hecho de ser perfeccionistas es un atributo para alcanzar logros, un alto grado de este puede asociarse a una elevada vulnerabilidad al estrés y por consiguiente al Síndrome de Burnout (Seidemann, Torres, 2009).

CONCLUSION

1- La frecuencia de Mayor riesgo de Síndrome de Burnout en los odontólogos docentes de la Universidad de Valparaíso, corresponde a un 16,67%. Además, la mayoría presenta un nivel Medio de riesgo (41,67%), un 14,29% se encuentran en un nivel de alto riesgo y un 2,38% se encuentran en un nivel crítico de riesgo.

2- En relación a las variables socio-laborales estudiadas se obtiene que hay dependencia entre el Mayor riesgo de SBO y el ambiente laboral, tenencia de hijos, edad y estado civil. En cambio las variables sexo, lugar de trabajo e ingreso económico son independientes del riesgo de SBO.

3- EL comportamiento de las cuatro dimensiones del Cuestionario de Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo, CESQT, analizado en los niveles alto y crítico de riesgo, se presentó elevado para Desgaste psíquico con un 42,86%. Las dimensiones Baja Ilusión por el trabajo e Indolencia presentaron un predominio medio. De los categorizados con mayor riesgo de SBO, la mayoría no presentaba síntoma de culpa, siendo solo dos individuos (14,28%) los que si presentaban este síntoma.

4- No se produjeron variaciones de la condición de riesgo ante los Baremos General, Docente y Sanitario. Sólo en el Baremo Docente un docente subió desde el nivel alto al crítico, respecto a los Baremos General y Sanitario; y por otra parte, en el Baremo Sanitario un sujeto bajó desde el nivel alto al medio, respecto a los Baremos General y Docente.

SUGERENCIAS

Se pueden realizar sugerencias para nuevas investigaciones acerca del tema, como considerar un estudio de casos y controles donde se analicen las distintas variables socio demográficas de relevancia. Así también, sería importante para futuros estudios, considerar la cantidad de años que llevan los profesionales odontólogos desempeñando labores docentes y clínicas, de modo de analizar su relación con el SBO. Sería de gran aporte que los estudios en relación a este tema y sobre el mismo tipo de población, se realicen utilizando como herramienta el CESQT, para poder realizar comparaciones más certeras.

RESUMEN

El presente es un trabajo de investigación No Experimental de tipo Descriptivo Correlacional. Se encarga de buscar la frecuencia de riesgo de Síndrome de Burnout en un grupo de odontólogos docentes de la Escuela de Odontología de la Universidad de Valparaíso y relacionar el comportamiento de algunas variables socio-laborales con grupos de riesgo establecidos. Para ello se aplicó el "Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo" (CESQT) y una Ficha elaborada por el equipo de investigadores. Como resultado, se obtuvo que la frecuencia de Mayor riesgo de SBO en los odontólogos docentes de la Universidad de Valparaíso, corresponde a un 16,67%. Además, la mayoría presentó un nivel Medio de riesgo de Síndrome de Burnout (41,67%), siendo un bajo porcentaje quienes presentan un nivel Alto (14,29%) y Crítico (2,38%). Los dos docentes que tuvieron un nivel crítico, tienen menos de 50 años de edad, uno de ellos es soltero y el otro divorciado, además ambos no tienen hijos y presentan conformidad con el ambiente laboral. Es importante mencionar que uno de ellos trabaja en docencia entre 11 y 22 horas y el otro más de 30 horas, y que ambos trabajan más de 20 horas a la semana en actividad clínica. En relación a las variables socio-laborales, se obtiene que hay dependencia entre el Mayor riesgo de SBO y el ambiente laboral, tenencia de hijos, edad y estado civil. En cambio, las variables sexo, lugar de trabajo e ingreso económico son independientes del riesgo de SBO.

BIBLIOGRAFÍA

Referencias bibliográficas Primarias

- I. Albanesi de Nasetta S., Tifner S., Nasetta J. (2006). *Estrés en odontología*. Acta odontológica Venezolana. Diciembre. v.44 n.3 pp. 310-315
- II. Albar, M. J.; Romero, M.; Gonz.lez, M. D.; Carballo, E.; García, A.; Gutiérrez, I. & Algaba (2004). Características sociodemográficas y burnout en enfermeras y auxiliares de hospital. *Enferm. Clin.*, 14(5):281-5, 2004.
- III. Bareño J, Berbesi D, Montoya C. (2010) *Factores asociados al Síndrome de Burnout en docentes de enfermería*, Medellín-Colombia. Investigaciones Andina.
- IV. Bedoya A., Díaz T., Dongo D., Guillinta G., Moncada P. (2008). *Síndrome de Burnout en cirujanos dentistas*. Revista Kiru. ; 5(2): 100-104.
- V. Castañeda E., García de Alba J. (2012). *Prevalence of the syndrome of professional exhaustion (burnout) in mexican dentists of the education sector and private*. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 58 (228) julio-septiembre, pp 246-260.
- VI. Cheng Y., Chen I., Chen Ch., Burr H., Hasselhorn M. (2012). *The influence of age on the distribution of self-rated health, burnout and the irassociations with psychosocial work conditions*. *Journal of Psychosomatic Research*. 74 (3) marzo, pp213-220.
- VII. Díaz R., Pérez E., Lartigue M. (2006). *Desgaste profesional en un grupo de Odontólogos*. Revista ADM Vol. LXIII, No. 6 Noviembre-Diciembre, pp 220-224.
- VIII. Gil-Monte P. & Zúñiga-Caballero L. (2010) *Validez factorial del "Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo" (CESQT) en una muestra de médicos mexicanos*. Universitas Psychologica, 9 (1) enero-abril, 169-178.
- IX. Gil-Monte P. (2011) *Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo*. Madrid: TEA Ediciones.
- X. Harden R. (1999). *Stress, pressure and burnout in teachers: is the swan exhausted?* *Med Teacher* ;21:245-7).
- XI. Hernández, C. P.; Monroy, A.; Rivera, P.; Rojas, B. E. & Sánchez, N. S. (2007). *Estudio comparativo de los síntomas del síndrome de burnout entre*

odontólogos de práctica general y especialistas del Distrito Federal y área Metropolitana en el 2007.

- XII. Ibañez E., Bicenty A., Thomas Y., Martínez J. (2012). *Prevalencia y factores asociados al Síndrome de Burnout en docentes de odontología Fundación Universitaria San Martín, año 2011*. Revista Colombiana de Enfermería, 7 (7) noviembre, pp 105-111.
- XIII. Malach A., Keinan G. (2005). *Stress and burnout: The significant difference*. *Personality and Individual Differences*, 39 (3) agosto, pp 625–635.
- XIV. Olivares V. & Gil-Monte P. (2009) *Análisis de las principales fortalezas y debilidades del “Maslach Burnout Inventory” (MBI)*. *Ciencia & Trabajo*, 11 (31) Julio-Septiembre, 160-167.
- XV. Olivares V. & Gil-Monte P.(2007). *Análisis de las propiedades psicométricas del “Cuestionario para la evaluación del Síndrome de quemarse por el trabajo (CESQT) en profesionales Chilenos*. 13 (2-2), 229-240
- XVI. Olivares V. & Gil-Monte P.(2008). *Prevalencia del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en trabajadores de servicios en Chile*. *Información Psicológica* nº 91-92 - septiembre - páginas 43-52
- XVII. Ponce C, Bulnes M, Aliaga J, Atalaya M, Huertas R. (2005). *El síndrome del “quemado” por estrés laboral asistencial en grupos de docentes universitarios*. *Revista IIPSI Facultad de Psicología UNMSM*, 8 (2) 87-112.
- XVIII. Rathod S., Roy L., Ramsey M., Das M., Birtwistle J., Kingdon D. (2000). *A survey of stress in psychiatrists working in the Wessex Region*. *Psychiatr Bull* ;24:133–6.
- XIX. Rutter H., Herzberg J. & Paice E. (2002). *Stress in doctors and dentists who teach*. *Medical education*, 36 (6) junio, pp 543–549.
- XX. Seidemann M, Torres E. (2009). *Teaching Dentistry: A Fascinating Challenge*. Disponible en: http://www.icd.org/publications/member_articles/teaching-dentistry.htm
- XXI. Te Brake H, Smits N, Wicherts JM, Gorter RC, Hoogstraten J. (2008) *Burnout development among dentists: a longitudinal study*. *Eur J Oral Sci* 2008; 116: 545–551.
- XXII. Visoso A, Sánchez P, Montiel N. (2012) *Síndrome de Burnout en la facultad de odontología de la Universidad Autónoma del estado de México: un estudio comparativo*. *Int.J.Odontostomat* 6 (2): 129-138.

Referencias Bibliograficas Secundarias

1. Boyle GJ, Borg MG, Falzon JM, Baglioni AJ Jr. (1995). *A structural model of the dimensions of teacher stress*. Br J Educ Psychol ;65:49–67.
2. Caballero C, González O, Mercado D, Llanos C, Bermejo Y, Vergel C.(2009) *Prevalencia del Síndrome de Burnout y su correlación con factores psicosociales en docentes de la ciudad de Barranquilla*. Psicogente. 2009 junio; 142-157.
3. Chambers R, Campbell I. (1996b). *Anxiety and depression in general practitioners: associations with type of practice, fundholding, gender and other personal characteristics*. Fam Pract 1996;13:170–3.
4. Chambers R. (1992a). *Health and lifestyle of general practitioners and teachers*. Occup Med (Lond) ;42 (2):69–78.
5. García L. y Rodríguez J. (2013). *Presencia y Prevalencia del Síndrome de Burnout en profesores de la Universidad Autónoma de Occidente. Proyecto de grado. Colombia. Universidad Autónoma de Occidente. Facultad ciencias económicas y administrativas. Departamento de ciencias administrativas*.
6. Griffith J, Steptoe A, Cropley M.(1999). *An investigation of coping strategies associated with job stress in teachers*. Br J Educ Psychol ;69:517–31.
7. Herzberg F. (1966). *Work and the Nature of Man*. Cleveland, Ohio: World Publishing.
8. Pithers R. & Soden R. (1998) *Scottish and Australian teacher stress and strain: a comparative study*. Br J Educ Psychol ;68:269–79.
9. Sim F. (1999). *Record of in-training assessment (RITA): a look at ethical issues in assessment*. Hosp Med ;60:676–8.
10. Sugisawa A, Nakajima K, Kikkawa T, Sugisawa H. (1996). *Factors related to health status of teachers working at public schools located in the metropolitan area*. Bulletin of the Physical Fitness Research Institute 1996;167–72

ANEXOS

Anexo 1: CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DEL SÍNDROME DE QUEMARSE POR EL TRABAJO (CESQT)

A continuación hay algunas afirmaciones en relación a su trabajo y sobre las consecuencias que se derivan de esa relación para usted como profesional y como persona. Piense con qué frecuencia le surgen a usted esas ideas o con qué frecuencia las siente, teniendo en cuenta la escala que se le presenta a continuación. Para responder rodee con un círculo la alternativa (el número) que más se ajusta a su situación:

0	1	2	3	4
Nunca	Raramente: algunas veces al año	A veces: algunas veces al mes	Frecuentemen te: algunas veces por semana	Muy frecuentemen te: todos los días

1) Mi trabajo me supone un reto estimulante.	0	1	2	3	4
2) No me agrada atender a algunos pacientes y/o alumnos.	0	1	2	3	4
3) Creo que muchos pacientes y/o alumnos son insoportables.	0	1	2	3	4
4) Me preocupa el trato que he dado a algunas personas en el trabajo.	0	1	2	3	4
5) Veo mi trabajo como una fuente de realización personal.	0	1	2	3	4
6) Creo que los familiares de los pacientes y/o alumnos son unos pesados.	0	1	2	3	4

- | | |
|---|-----------|
| 7) Pienso que trato con indiferencia a algunos pacientes y/o alumnos. | 0 1 2 3 4 |
| 8) Pienso que estoy saturado/a por el trabajo. | 0 1 2 3 4 |
| 9) Me siento culpable por alguna de mis actitudes en el trabajo. | 0 1 2 3 4 |
| 10) Pienso que mi trabajo me aporta cosas positivas. | 0 1 2 3 4 |
| 11) Me agrada ser irónico/a con algunos pacientes y/o alumnos | 0 1 2 3 4 |
| 12) Me siento agobiado/a por el trabajo. | 0 1 2 3 4 |
| 13) Tengo remordimientos por algunos de mis comportamientos en el trabajo. | 0 1 2 3 4 |
| 14) Etiqueto o clasifico a los pacientes y/o alumnos según su comportamiento. | 0 1 2 3 4 |
| 15) Mi trabajo me resulta gratificante. | 0 1 2 3 4 |
| 16) Pienso que debería pedir disculpas a alguien por mi comportamiento. | 0 1 2 3 4 |
| 17) Me siento cansado/a físicamente en el trabajo. | 0 1 2 3 4 |
| 18) Me siento desgastado/a emocionalmente. | 0 1 2 3 4 |
| 19) Me siento ilusionado/a por mi trabajo. | 0 1 2 3 4 |
| 20) Me siento mal por algunas cosas que he dicho en el trabajo. | 0 1 2 3 4 |

Con formato: Fuente: Sin Cursiva

Con formato: Normal

**Anexo 2: FICHA PERSONAL DE ANTECEDENTES SOCIO-LABORALES EN
ODONTOLOGOS-DOCENTES**

Edad: _____ años.

Sexo:

1. F
2. M

Estado Civil:

- | | |
|---------------|-----------------|
| 1. Soltero/a | 4. Divorciado/a |
| 2. Casado/a | 5. Viudo/a |
| 3. Separado/a | |

Hijos:

1. Si
2. No

Trabajo:

1. Sólo docencia
2. Docencia y actividad clínica

En relación al ejercicio de la docencia, trabaja en:

1. Una Escuela
2. Más de una Escuela

Satisfacción general respecto a sus ingresos económicos como docente:

1. Conforme
2. Disconforme

Satisfacción general en relación al ambiente laboral:

1. Conforme
2. Disconforme

Horas semanales totales dedicadas a la docencia: _____ horas.

Horas semanales totales dedicadas a la clínica (atención de pacientes): _____ horas.

Con formato: Normal, Izquierda

Anexo 3: FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Con formato: Izquierda

Formulario de Consentimiento Informado para Odontólogos que ejercen la docencia en la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso, quienes están siendo invitados a participar de la investigación que lleva por título "Frecuencia de riesgo de Síndrome de Burnout en odontólogos docentes de la Escuela de Odontología de la Universidad de Valparaíso".

Investigador principal: Dr. Rodrigo Fuentes Cortés. Universidad: Universidad de Valparaíso.

Alumnos tesistas: María José Araneda, Matías Andreo, Pamela Calisto.

Introducción

Somos alumnos tesistas de la carrera de Odontología de la Universidad de Valparaíso y lo invitamos cordialmente a participar de nuestra investigación. Esta consiste en determinar el riesgo de presentar el Síndrome de Burnout en odontólogos que ejercen la docencia en la escuela de odontología de la Universidad de Valparaíso. No es necesario que responda de forma inmediata, puede tomarse el tiempo que estime conveniente para pensar en acceder o no a participar en la investigación. Antes de decidir puede además, conversar acerca de la investigación con quien se sienta más cómodo. Si no entiende algún concepto o palabra, se le explicará el tiempo que sea necesario, pudiendo preguntar durante la explicación o después de ella. Si surgen preguntas después, también puede realizarlas. Por otra parte, si desea acceder a los resultados que arroja el estudio se le solicitará su identificación y algún medio de contacto al final de la ficha correspondiente. Además, cabe mencionar que los resultados son de carácter anónimo y de resultar elevado el riesgo de Síndrome de Burnout, se le entregará la orientación pertinente. La información obtenida será resguardada bajo llave en la oficina del docente guía y los únicos que tendrán acceso a tales datos serán dicho docente y los alumnos tesistas. Ante cualquier consulta puede dirigirse al siguiente correo tesissbo@gmail.com, el cual será respondido a la brevedad.

Objetivo de la investigación

El Síndrome de Burnout es una alteración del estado del ánimo que se presenta en individuos que tratan directamente con personas y se asocia a la incapacidad de cumplir con sus objetivos. Así, tanto docentes como de profesionales de la salud se ven afectados, y más aún cuando asumen una doble función. En relación a ello, esta investigación busca determinar la frecuencia de riesgo con que se presenta el Síndrome de Burnout en Odontólogos que ejercen la docencia.

Tipo de intervención a realizar en el estudio

Para llevar a cabo la investigación, inicialmente se le explicarán los objetivos y el procedimiento a realizar a cada participante. Este, deberá contestar el cuestionario CESQT que consiste en 20 preguntas y además una ficha de datos anexos lo cual tomará alrededor de 5 minutos. Estos datos serán de carácter anónimo y sólo si el participante lo desea le serán comunicados los resultados.

Selección de Participantes

Invitamos a participar en esta investigación a los Odontólogos que ejercen la docencia en la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso.

Participación Voluntaria

Su participación en esta investigación es completamente voluntaria. Es su decisión aceptar la invitación y la decisión que tome no cambiará el trato hacia su persona. Si durante el estudio decide no continuar participando, puede retirarse sin problemas, incluso aunque haya aceptado en un comienzo.

PARTE II:

Certificado de Consentimiento

He leído la información entregada. He tenido la oportunidad de realizar preguntas acerca del estudio y todas las preguntas que he hecho han sido respondidas satisfactoriamente. Acepto participar, de manera voluntaria, en esta investigación.

Nombre del Participante _____

Firma del Participante _____

Fecha _____

Día/mes/año

Declaración del Investigador

He leído en voz alta y de manera exacta la información contenida en este formulario al potencial participante y utilizando mis mejores habilidades me he asegurado que el participante entienda que se llevará a cabo lo siguiente:

- Aplicación de un cuestionario a cada participante.

Confirmando que se le ha dado al participante la oportunidad de realizar preguntas sobre el estudio y todas las preguntas han sido respondidas de manera correcta. Confirmando que el individuo no ha sido obligado a dar su consentimiento, siendo éste entregado de manera libre y voluntaria

Se ha entregado una copia de este Formulario de Consentimiento Informado al participante.

Nombre del investigador _____

Firma del Investigador _____

Fecha _____

Día/mes/año

Certificado de no aceptación

He leído la información entregada. He tenido la oportunidad de realizar preguntas acerca del estudio y todas las preguntas que he hecho han sido respondidas. Sin embargo, no acepto participar en esta investigación.

Nombre del Participante _____

Firma del Participante _____

Fecha _____

Día/mes/año

