

Original SÍNDROME DE BURNOUT EN TERAPIA OCUPACIONAL

BURNOUT SYNDROME IN OCCUPATIONAL THERAPY

Autora **María Fernández Moreno^a**.



Resumen

Objetivo: el objetivo del estudio fue valorar la prevalencia del Síndrome de Burnout, y analizar su relación con distintas variables sociodemográficas y laborales. **Métodos:** estudio de encuesta, transversal descriptivo, realizado en 29 terapeutas ocupacionales del Plan Integral de Atención Sociosanitaria al Deterioro Cognitivo en Extremadura (PIDEX), mediante el cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI). **Resultados:** la prevalencia del S. de Burnout fue del 28,5%. Existiendo una relación, estadísticamente significativa ($p=0,007$) entre el grado de agotamiento emocional y la falta de realización personal. En el análisis de la muestra en función de las variables sociodemográficas y laborales, hay que destacar que la totalidad de la muestra estaba formada por mujeres, lo que impide la comparación entre géneros y, en cuanto al resto, encontramos relación estadísticamente significativa ($p=0,043$), en el estudio de comparación de medias, entre el número de horas de trabajo semanal y la despersonalización, y en el estudio de comparación de los grados de las tres dimensiones, entre el grado de despersonalización y número de hijos ($p=0,029$), existiendo una tendencia a la significación estadística entre el grado de despersonalización y el tiempo que lleva trabajando en el mismo centro ($p=0,053$). **Conclusión:** el estudio muestra una elevada prevalencia de Síndrome de Burnout en Terapeutas Ocupacionales, siendo un 9.52% de grado severo. Dado que ésta patología ha sido poco estudiada en la población española de terapeutas ocupacionales, a pesar de las limitaciones de éste estudio, los resultados ofrecen una base para futuras investigaciones.

DeCS Terapia Ocupacional. **Palabras clave:** Síndrome de Burnout; PIDEX.

Summary

Objective: the aim of the study was to assess the prevalence of Burnout Syndrome, and to analyze its relation with different sociodemographic and labor variables. **Methods:** survey Study, descriptive transversal, performed in 29 occupational therapists from the Integral Plan of Socio-HealthCare for Cognitive Impairment in Extremadura (PIDEX), using the Maslach Burnout Inventory questionnaire (MBI). **Results:** the prevalence of Burnout Syndrome was 28.5%. There was a statistically significant relationship ($p = 0.007$) between the degree of emotional depletion and the lack of personal accomplishment. There was a statistically significant relationship ($p = 0.007$) between the degree of emotional exhaustion and lack of personal fulfillment. In the analysis of the sample according to sociodemographic and labor variables, it is necessary to emphasize that the totality of the sample formed by women, which prevents the comparison between genders and, as for the rest, we found a statistically significant relation ($p=0,043$), in the comparison study of averages, in the comparison study of averages, between the number of weekly working hours and the depersonalization, and in the comparison study of the degrees of three dimensions, between the degree of depersonalization and number of children ($p=0,029$), there is a trend towards statistical significance between the degree of depersonalization and the time that goes being employed at the same center ($p=0,053$). **Conclusion:** the study shows a high prevalence of Burnout Syndrome in Occupational Therapists, being 9.52 % of severe grade. Provided that this pathology has been poorly studied in the Spanish population of occupational therapists, in spite of the limitations of this study, the results provide a basis for future research.

MeSH Occupational Therapy. **Keywords:** Burnout's Syndrome; PIDEX.

Como citar este documento

Fernández Moreno M. Síndrome de burnout en terapia ocupacional. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2017 [fecha de la consulta]; 14(26): 407-14. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num26/pdfs/original7.pdf>

Texto recibido: 05/05/2017 **Texto aceptado:** 12/10/2017 **Texto publicado:** 30/11/2017

Lévanos _ Get up _ Lévanos



Derechos de autor



^a Terapeuta Ocupacional. Confederación Española de Personas con Discapacidad Física y Orgánica (COCEMFE). Huelva. E-mail de contacto: mfernandzc@alumnos.unex.es



Introducción

El PIDEX es un Plan Integral de Atención Sociosanitaria al Deterioro Cognitivo en Extremadura, que delimita los modos de funcionamiento en atención sanitaria y en atención social, además de la coordinación entre ambas estructuras. Se compone de dos partes principales, la primera encaminada a atender pacientes con cuadros de demencia degenerativa, y la segunda a la rehabilitación de los pacientes con daño cerebral adquirido y, potencialmente, recuperables.

El PIDEX ha incorporado 29 terapeutas ocupacionales en toda Extremadura, coincidiendo con la demarcación de las zonas sociosanitarias, perteneciendo en la actualidad a la plantilla del SES, para la realización de terapias de estimulación cognitiva ⁽¹⁾.

Actualmente, una gran parte de nuestro tiempo lo dedicamos al trabajo que constituye una parte importante de nuestra propia identidad. Las profesiones de ayuda, entre las que se encuentra la Terapia Ocupacional, se caracterizan por el hecho de que la profesión no es algo externo al individuo, sino que abarca la totalidad de la persona. La actividad que desarrollamos los terapeutas ocupacionales, necesita un compromiso personal y una interacción directa con las personas a las que estamos atendiendo y, por tanto, solemos trabajar con los aspectos más difíciles del paciente, a nivel físico, psicológico y social. Todo ello, sumado a pequeñas, medianas o grandes dosis diarias de estrés, puede hacer que nuestro colectivo tenga una predisposición a experimentar un cierto grado de desgaste profesional, que puede conducir a la manifestación de actitudes y sentimientos desfavorables, tanto para el profesional como para la persona a la que ofrece su servicio. Estas actitudes nos pueden llevar hasta el llamado "Síndrome de Burnout", o "síndrome del quemado por estrés laboral asistencial" (Maslach y Jackson) ^(2,3).

El concepto de estrés profesional, o síndrome de Burnout, fue descrito por primera vez por el psiquiatra Herbert Freudenberger en 1974, pero la descripción realizada de la psicóloga Christine Maslach a partir de 1976 ha sido la más aceptada configurándolo como un síndrome tridimensional caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y una reducida realización personal ⁽²⁾.

El agotamiento emocional es la manifestación principal del síndrome y se refiere a que los individuos están agotados y sobrepasados en sus recursos emocionales como consecuencia de la actividad laboral.

La pérdida de realización personal implica sentimientos de incompetencia y fracaso en el ejercicio de la profesión: incapacidad, baja autoestima, ineffectividad, etc.

La despersonalización implica actitudes y sentimientos negativos hacia las personas destinatarias del trabajo: respuestas de forma impersonal, fría y/o desconsiderada. Las demandas de los pacientes son más fáciles de gestionar cuando se les considera objetos impersonales del trabajo.

Así, el individuo aquejado de Burnout se vuelve una persona rígida, terca e inflexible, bloqueando el progreso y los cambios, en la medida en que éstos exigen nuevos esfuerzos de adaptación, apareciendo desmotivado, poco comprensivo y hasta agresivo con los pacientes, con un trato distante y deshumanizado hacia ellos ⁽⁴⁻⁶⁾.

Por tanto, el primer objetivo es estimar la prevalencia del Síndrome de Burnout en los trabajadores del PIDEX y el segundo objetivo es analizar la muestra en función de las variables sociodemográficas y laborales.

Métodos

Diseño del estudio

El diseño corresponde a un estudio transversal descriptivo (estudio de encuesta).

Población

La población objeto de estudio han sido los 29 terapeutas ocupacionales que forman parte del PIDEX.



Criterios de selección

Criterio de inclusión:

Ser trabajador activo como Terapeuta Ocupacional del PIDEX.

Criterio de exclusión:

Aquel profesional que en el momento del estudio se encontraba en situación de baja laboral y aquellos que no consten como criterios de inclusión.

Recogida de datos

Se ha llevado a cabo mediante la realización de una encuesta, enviada por correo electrónico, con una presentación explicando a los participantes el objetivo del estudio y garantizando el anonimato.

La encuesta recogía el cuestionario MBI (Maslach Burnout Inventory) y una serie de variables sociodemográficas y laborales, que pudieran estar relacionadas con la aparición del Síndrome de Burnout. Las encuestas se han realizado entre el 11 de abril y el 12 de mayo de 2016.

Instrumento de medida: Maslach Burnout Inventory (MBI)

El MBI es una herramienta de medida para evaluación grupal con alta consistencia y una fiabilidad de 0.90 para el agotamiento emocional, 0.71 para la reducida realización personal y 0.79 para la despersonalización, lo que respalda su uso en este trabajo.

Se trata de un cuestionario autoadministrado, formado por 22 ítems de escala tipo Likert, que se completa en 10-15 minutos y evalúa las tres dimensiones que configuran el síndrome de burnout:

- Agotamiento emocional (AE): Consta de 9 preguntas (ítems 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20), siendo su puntuación máxima 54 puntos. Cuanto mayor es la puntuación mayor es el agotamiento emocional y el nivel de Burnout (directamente proporcional). Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo.
- Despersonalización (D): Consta de 5 preguntas (ítems 5, 10, 11, 15 y 22), siendo su puntuación máxima 30 puntos. Cuanto mayor es la puntuación mayor es la despersonalización y el nivel de Burnout (directamente proporcional). Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento.
- Realización personal (RP): Consta de 8 preguntas (ítems 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21), siendo su puntuación máxima 48 puntos. Cuanto mayor es la puntuación mayor es la realización personal y menor es el nivel de Burnout (inversamente proporcional). Evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo.

Las puntuaciones de cada dimensión se tienen que mantener separadas y no combinarlas en una puntuación única, porque no está claro el peso específico de cada una dentro de la valoración del síndrome. Por tanto, aunque no hay puntuaciones de corte a nivel clínico para medir la existencia o no de síndrome de Burnout, puntuaciones altas en las dos primeras escalas y bajas en la tercera definen el nivel o grado del síndrome de Burnout.

Así, las puntuaciones de los sujetos son clasificadas mediante un sistema de perfiles para cada escala. De ésta forma, se han elaborado varias escalas para evaluar el resultado del MBI mediante el puntaje directo conseguido en la encuesta, en éste trabajo utilizaremos la propuesta por Gil-Monte y Peiró⁽⁷⁾, que ha sido validada para la población española de profesionales de la salud y considera grado de agotamiento emocional bajo ≤ 15 , medio 16-24 y alto ≥ 25 , grado de despersonalización bajo ≤ 3 , medio 4-8 y alto ≥ 9 , y grado de pérdida de realización personal bajo ≥ 40 , medio 36-39 y alto ≤ 35 .

Se ha considerado como **presencia de Síndrome de Burnout** niveles altos en al menos una de las tres dimensiones, que es lo que recomiendan las autoras de la escala MBI⁽²⁾.

Se ha considerado **riesgo de padecer S. de Burnout** niveles medios en al menos una de las tres dimensiones.

Se ha considerado **estar libre del S. de Burnout** niveles bajos en las tres dimensiones.

Variables sociodemográficas y laborales

Sociodemográficas:

Edad, sexo, estado civil y número de hijos.

Laborales:

Situación laboral, tiempo de experiencia en la profesión, tiempo que lleva en el mismo centro, duración de la jornada laboral, número de pacientes que atiende diariamente, número de pacientes en lista de espera, realización de tareas del trabajo en casa, edad de los pacientes, patología de los pacientes que atiende y zona sociosanitaria donde trabaja.

Análisis estadísticos

Se ha realizado un estudio descriptivo de las variables incluidas en el estudio.

Las variables cualitativas se expresan como valor absoluto y porcentaje. Las variables cuantitativas como media y desviación típica.

Para la comparación de medias se ha utilizado la t de Student (variables dicotómicas) y el análisis de la varianza (ANOVA) (variables no dicotómicas). Si la variable no siguiera una distribución normal utilizaríamos el test de Mann-Whitney (variables dicotómicas) y el test de Kruskal-Wallis (variables no dicotómicas), y para determinar si la variable sigue o no una distribución normal se ha utilizado el test de KolgomorovSmirnov.

Para determinar si dos variables cualitativas se encuentran asociadas entre sí se ha utilizado el test exacto de Fisher, ya que no es posible utilizar la Chi cuadrado de Pearson debido al tamaño de la muestra.

Para la realización de los análisis estadísticos se ha utilizado el programa IBM SPSS Statistics 20.

Aspectos éticos de la investigación

Este trabajo de investigación no tiene informe de comité de ética, pero se siguieron las recomendaciones de los principios éticos de la declaración de Helsinki. Además, todos los participantes fueron informados y tuvieron la posibilidad de revocar su participación en cualquier fase del estudio. En esta misma línea se ha respetado el anonimato y confidencialidad de todos los participantes en el estudio, atendiendo a la ley orgánica 15/1999 de protección de datos de carácter personal.

Resultados

Las encuestas fueron enviadas a los 29 (100%) Terapeutas Ocupacionales que forman parte del PIDEX, de los cuales respondieron 21 (72,41%) y se perdieron 8 (27,59%). Todas las encuestas recibidas se habían cumplimentado adecuadamente, por lo que se consideraron válidas, conformando así una muestra de 21 casos.

1.- En relación con la Prevalencia del S. de Burnout (primer objetivo), la figura 1 muestra el resultado del MBI en cada uno de los terapeutas ocupacionales que forman la muestra.

En la valoración individual podemos observar que:

- Seis casos (28,5%) presentan S. de Burnout, dos de ellos (9,52%) presentan en grado severo, con puntaje medio en despersonalización y alto en agotamiento personal y realización personal en uno de ellos (caso 1), y puntaje alto en las tres dimensiones en el otro (caso 12).
- Seis casos (28,5%) tienen un puntaje medio en al menos una de las tres dimensiones, presentando así riesgo de sufrir un S. Burnout.
- Nueve casos (43%) tienen un puntaje bajo en las tres dimensiones, no presentando S. de burnout ni riesgo de padecerlo.



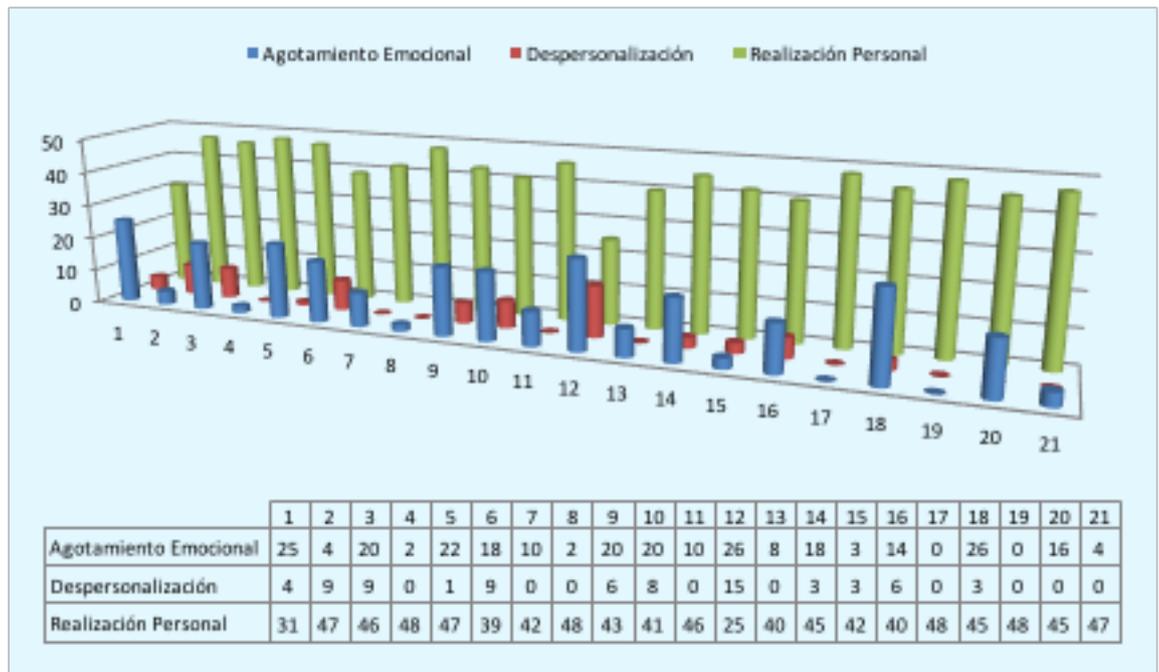


Figura 1: Puntaje individual de las dimensiones del Síndrome de Burnout. Fuente elaboración propia 2017

Tabla 1: Relación del S. de Burnout con las variables sociodemográficas y laborales

Población objeto de estudio:
29 Terapeutas Ocupacionales que forman parte del PIDEX

Encuestas realizadas	Encuestas recibidas	Encuestas perdidas	Encuestas válidas
29 (100%)	21 (72.41%)	8 (27.59%)	21 (72.41%)

Estadísticos descriptivos de las dimensiones del S. de Burnout

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación típica
Agotamiento emocional	21	0	26	12,76	9,93
Despersonalización	21	0	15	3,62	4,318
Realización personal	21	25	48	43,00	5,857

Variables sociodemográficas/laborales y su relación con la media de las dimensiones del S. de Burnout

Variable	Categoría	Frecuencia	%	Media	A. Emocional D. Típica	Signific. Estadist.	Media	Despersonalización D. Típica	Signific. Estadist.	Media	R. Personal D. Típica	Signific. Estadist.
Sexo	Mujeres	21	100	12,76	9,093	-	3,62	4,318	-	43,00	5,857	-
Edad (años)	Entre 30-39	20	95,2	12,50	9,248	-	6,65	4,428	-	42,90	5,99	-
	Más de 50	1	4,8	18	-	p=0,568	3	-	p=0,863	45	-	p=1,000
	Solteros	6	28,6	14,33	6,623	-	4,00	4,147	-	43,67	3,077	-
Estado Civil	Casados	14	66,7	11,21	9,752	p=0,317	3,43	4,686	p=0,762	43,57	6,123	p=0,271
	Otro	1	4,7	25	-	-	4,00	-	-	31,00	-	-
Nº de Hijos	Ninguno	8	38,1	14,13	8,184	-	4,50	3,381	-	42,13	5,303	-
	Uno	6	28,6	14,17	8,773	p=0,640	3,17	5,913	p=0,523	40,83	8,183	p=0,276
	Más de Uno	7	33,3	10	10,954	-	3,00	4,243	-	45,86	3,237	-
Situación Laboral	Temporal	2	9,5	20	8,485	-	4,50	2,121	-	42,50	3,536	-
	Indefinido	19	90,5	12	9,025	p=0,246	3,53	4,514	p=0,491	43,05	6,114	p=0,433
Tiempo	Entre 5-8	4	19	17	4,761	-	4,50	3,873	-	45,00	1,414	-
Experiencia	Entre 9-12	14	66,7	12,14	9,172	p=0,570	3,93	4,779	p=0,457	41,64	6,755	p=0,317
	Más de 13	3	14,3	10	14,000	-	1,00	1,732	-	46,67	1,528	-
Tiempo mismo centro (años)	De 1-3	1	4,8	3,00	-	-	3,00	-	-	42,00	-	-
	De 4-6	3	14,2	21,67	2,887	p=0,118	6,33	2,517	p=0,253	40,00	7,937	p=0,564
	De 7-9	17	81	11,76	8,969	-	3,18	4,572	-	43,59	5,734	-
J. Laboral (horas/seman)	35	7	33,3	10,71	9,32	p=0,480	1,00	1,732	p=0,043	43,71	5,992	p=0,703
Nº personas atiende al día	Más de 35	14	66,7	13,79	9,150	-	4,93	4,665	-	42,69	5,982	-
	Entre 5-9	19	90,5	12,11	9,279	p=0,320	3,95	4,416	p=0,294	42,68	6,074	p=0,460
Nº personas en lista de espera	Más de 9	2	9,5	19,00	4,243	-	0,50	0,707	-	46,00	6,074	-
	Entre 1-4	2	9,5	18,00	11,314	-	7,50	10,607	-	53,50	14,849	-
	Entre 5-9	5	23,8	9,20	8,319	p=0,421	2,40	3,286	p=0,333	44,20	3,633	-
	Entre 10-14	2	9,5	6,00	2,828	-	0,00	0,000	-	43,50	4,950	p=0,816
	Más de 15	12	57,2	14,50	9,511	-	4,08	3,704	-	43,67	4,887	-
Realización trabajo casa	Si	6	28,6	17,67	7,52	p=0,120	4,67	6,088	p=0,626	42,50	8,620	p=0,845
	No	15	71,4	10,80	9,135	-	3,20	3,570	-	43,20	4,720	-
Edad de pacient. (años)	Entre 19-64	3	14,3	16,00	6,000	p=0,519	0,33	0,577	p=0,221	44,67	2,517	p=0,607
	Más de 65	18	85,7	12,22	9,534	-	4,17	4,436	-	42,72	6,248	-

(Fuente: Elaboración propia. 2017)

El estadístico descriptivo del puntaje de las tres dimensiones, considerando el conjunto de la población estudiada (Tabla 1), muestran para el agotamiento emocional una media de 12,76 (mín. 0, máx. 26), con una desviación típica de 9,093, para la despersonalización una media de 3,62 (mín. 0, máx. 15) con una desviación típica de 4,318 y para la realización personal una media de 43 (mín. 25, máx. 48) con una desviación típica de 5,85.



Como puede observarse, las medias del puntaje de las tres dimensiones muestran un grado bajo de S. de Burnout.

El análisis pormenorizado de los grados de las tres dimensiones (Tabla 2), mostró agotamiento emocional bajo 11 (52,4%), medio 7 (33,3%) y alto 3 (14,3%); despersonalización bajo 14 (66,7%), medio 4 (19%) y alto (14,3%); y realización personal bajo 18 (85,7%), medio 1 (4,8%) y alto 2 (9,5%). Existe una relación, estadísticamente significativa ($p=0,007$) entre el grado de agotamiento emocional y falta de realización personal.

2.- En relación con el análisis de la muestra en función de las variables sociodemográficas y laborales (segundo objetivo), la tabla 1 muestra el estadístico descriptivo de las dimensiones del S. de Burnout, considerando el total de la muestra, y su relación con las variables sociodemográficas y laborales, y la tabla 2 muestra el estadístico descriptivo de los grados de las dimensiones del S. de Burnout y su relación con dichas variables.

Tabla 2: Relación del S. de Burnout con las variables sociodemográficas y laborales

Población objeto de estudio: 29 Terapeutas Ocupacionales que forman parte del PIDEX													
Encuestas realizadas	Encuestas recibidas	Encuestas perdidas	Encuestas válidas										
29 (100%)	21 (72,41%)	8 (27,59%)	21 (72,41%)										
Estadísticos descriptivos de los grados de las dimensiones del S. Burnout													
	N	Grados				Alto	Medio	Bajo	Signif. Estad.	Alto	Medio	Bajo	Signif. Estad.
		Alto	Medio	Bajo									
Agotamiento emocional	21	3 (14,3%)	7 (33,3%)	11 (52,4%)									
Despersonalización	21	3 (14,3%)	4 (19%)	14 (66,7%)									
Realización personal	21	2 (9,5%)	1 (4,8%)	18 (85,7%)									
Variables sociodemográficas / laborales y su relación con los grados de las dimensiones del S. Burnout													
Variable	Categoría	Agotamiento Emocional			Signif. Estad.	Despersonalización			Signif. Estad.	Realización Personal			Signif. Estad.
		Alto	Medio	Bajo		Alto	Medio	Bajo		Alto	Medio	Bajo	
Sexo	Mujeres	3(14,3%)	7(33,3%)	11(52,4%)	-	3(14,3%)	4(19%)	14(66,7%)	-	12(57,1%)	1(4,8%)	18(85,7%)	-
Edad (años)	De 30-39	3(15%)	6(30%)	11(55%)		3(15%)	4(20%)	13(65%)		2(10%)	1(5%)	17(85%)	
	Más 50	0	1(100%)	0	$p=0,476$	0	0	1(100%)	$p=1,00$	0	0	1(100%)	$p=1,00$
Estado Civil	Solteros	0	3(50%)	3(50)		1(16,7%)	2(33,3%)	3(50%)		0	0	6(100%)	
	Casados	2(14,3%)	4(28,6%)	8(57,1%)	$p=0,247$	2(14,3%)	1(7,1%)	11(78,6%)	$p=0,181$	1(7,1%)	1(7,1%)	12(85,7%)	$p=0,158$
	Otro	1(100%)	0	0		0	1(100%)	0		1(100%)	0	0	
Nº de Hijos	Ninguno	1(12,5%)	3(37,5%)	4(50%)		1(12,5%)	4(50%)	3(37,5%)		1(12,5%)	0	7(87,5%)	
	Uno	1(10,7%)	2(33,3%)	3(50)	$p=1,00$	0	0	6(100%)	$p=0,029$	1(16,7%)	0	5(83,3%)	$p=0,902$
	Más de 1	1(14,3)	2(28,6%)	4(57,1%)		2(28,6%)	0	5(71,4%)		0	1(14,3%)	6(85,7%)	
Situación Laboral	Temporal	1(50%)	0	1(50%)		0	1(50%)	1(50%)	$p=0,567$	0	0	2(100%)	
	Indefinido	2(10,5%)	7(36,8%)	10(52,6%)	$p=0,371$	3(15,8%)	3(15,8%)	13(68,4%)		2(10,5%)	1(5,3%)	16(84,2%)	$p=1,00$
Tiempo trabajado (años)	De 5-8	0	3(75%)	1(25%)		1(25%)	1(25%)	2(50%)	$p=1,00$	0	0	4(100%)	
	De 9-12	2(14,3)	4(28,6%)	8(57,1%)	$p=0,295$	2(14,3%)	3(21,4%)	9(64,3%)		2(14,3%)	1(7,1%)	11(78,6%)	$p=1,00$
	Más 13	1(8,3)	0	2(66,7%)		0	0	3(100%)		0	0	3(100%)	
Tiempo trabajado centro (años)	Entre 1-3	0	0	14(100%)		0	0	1(100%)		0	0	1(100%)	
	Entre 4-6	1(33,3%)	2(66,7%)	0	$p=0,198$	1(33,3%)	2(66,7%)	0	$p=0,053$	1(33,3%)	0	2(66,7%)	$p=0,489$
J. Laboral (horas/seman)	Entre 7-9	2(11,8%)	5(29,4%)	10(58,8%)		2(11,8%)	13(76,4%)	0		1(5,9%)	1(5,9%)	15(88,2%)	
	35	1(14,3%)	2(28,6%)	4(57,1%)		0	1(14,3%)	6(85,7%)		1(24,3%)	0	6(85,7%)	
Nº personas atiende al día	Más 35	2(14,3%)	5(35,7%)	7(50%)	$p=1,00$	3(21,4%)	3(21,4%)	8(67,2%)	$p=0,638$	1(7,1%)	1(7,1%)	12(85,7%)	$p=1,00$
	Entre 5-9	3(15,8%)	5(26,3%)	11(57,9%)		3(15,8%)	4(21,1%)	12(63,2%)		2(10,5%)	1(5,3%)	16(84,2%)	
	Más de 9	0	2(100%)	0	$p=0,214$	0	0	2(100%)	$p=1,00$	0	0	2(100%)	$p=1,00$
Nº personas en lista de espera	De 1-4	1(50%)	0	1(50%)		0	0	2(100%)		1(50%)	0	1(50%)	
	De 5-9	0	1(20%)	4(80%)		0	2(40%)	3(60%)	$p=0,858$	0	0	5(100%)	$p=0,586$
	De 10-14	0	0	2(100%)	$p=0,284$	0	0	2(100%)		0	0	2(100%)	
Realización tareas en casa	Más 15	2(16,7%)	6(50%)	4(33,3%)		3(25%)	2(16,7%)	7(58,3%)		1(8,3%)	1(8,3%)	10(83,3%)	
	No	1(16,7%)	4(66,6%)	1(16,7%)	$p=0,92$	1(16,7%)	0	5(83,3%)	$p=0,510$	1(16,7%)	0	5(83,3%)	$p=658$
Edad de pacient. (años)	De 19-64	0	2(66,7%)	1(33,3%)		2(13,3%)	4(26,7%)	9(69%)		1(6,7%)	1(6,7%)	13(86,6%)	
	Más 65	3(16,7%)	5(27,8%)	10(55,6%)	$p=0,711$	3(16,7%)	4(22,2%)	11(61,1%)	$p=1,00$	2(11,1%)	1(5,6%)	15(83,3%)	$p=1,00$

(Fuente: Elaboración propia. 2017)

Discusión

El síndrome de Burnout ha sido menos estudiado en Terapia Ocupacional que en otras profesiones sanitarias en todo el mundo. En concreto, en España existe un único estudio sobre una muestra de 110 terapeutas ocupacionales de la Comunidad de Madrid⁽⁴⁾, pero realizado desde la disciplina de la Psicología, como describe Vidal Sánchez MI en su revisión bibliográfica sobre burnout y terapia ocupacional⁽⁸⁾.

En otros profesionales sanitarios, la prevalencia está entre un 38,9% y un 69,2% en estudios realizados en médicos, y entre un 10-30% en estudios realizados en enfermería. Esta discordancia podría explicarse por el uso de diferentes escalas, lo que dificulta su comparación, o por el distinto



punto de corte en el que se considere o no la existencia de Síndrome de Burnout.

La prevalencia de S. de Burnout que presenta éste estudio, en 21 de los 29 terapeutas ocupacionales del PIDEX, es del 28,5%, siendo el 9,52% (2 casos) de grado severo. Otro 28,5% presenta riesgo de sufrir S. de Burnout.

Por otra parte, en el estudio comparativo entre las tres dimensiones del síndrome, se muestra una relación, estadísticamente significativa, entre el grado de agotamiento emocional y pérdida de realización personal, en consonancia con lo descrito por Eloísa Guerrero Barona en una población de profesores universitarios ⁽⁹⁾.

En cuanto a la influencia de las variables sociodemográficas y laborales en el proceso de desgaste profesional, existe una gran discordancia en lo publicado en la literatura, lo que quizás confirme la escasa influencia de las mismas sobre la aparición del síndrome de Burnout. En el presente estudio, toda la muestra está formada por mujeres, por lo que no se puede realizar un estudio comparativo en cuanto al género.

En el resto de las variables sociodemográficas y laborales encontramos una relación estadísticamente significativa entre la media del puntaje de la despersonalización y la jornada laboral (número de horas trabajadas semanalmente), y del grado de despersonalización con el número de hijos y con el tiempo trabajado en el mismo centro.

En relación con la jornada laboral, existen autores ⁽¹⁰⁾ que muestran una relación significativa sólo para agotamiento emocional y jornada laboral entre 36-40 horas. Éste estudio muestra una relación entre el grado de despersonalización y jornada laboral mayor de 35 horas/semana ($p=0,046$) y un mayor grado de agotamiento emocional, aunque no significativamente, en éste subgrupo.

En relación con el número de hijos, existen autores que no encuentran diferencia ⁽¹⁰⁾, otros encuentran que el nivel del síndrome varía en función del número de hijos a su cargo, alcanzando una cota máxima en el grupo que no tiene hijos y un nivel mínimo en el que tiene un solo hijo ⁽¹¹⁾. Observándose también, que el nivel de desgaste profesional varía a medida que se incrementa el número de hijos. En éste estudio se objetiva un mayor grado de despersonalización a mayor número de hijos.

En relación con el tiempo trabajado en el mismo centro, éste estudio muestra una tendencia a la relación, estadísticamente significativa, con el grado de despersonalización. En una población de enfermeras ⁽¹²⁾, se describe mayor desgaste laboral cuanto más tiempo en la Unidad de Cuidados Críticos (más de 15 años) y más años de experiencia profesional (más de 20 años), esto último no fue confirmado en éste estudio.

En ninguna de las restantes variables sociodemográficas y laborales estudiadas (estado civil, situación laboral, experiencia laboral, nº personas que atiende diariamente, nº personas en lista de espera, realización de tareas del trabajo en casa y edad de los pacientes) se encontró que tuviesen influencia, estadísticamente significativa, en el proceso de desgaste profesional.

Las principales limitaciones de éste estudio son su naturaleza transversal y el tamaño de la muestra. A pesar de ello, contribuye a aumentar la escasa literatura existente en la actualidad sobre la prevalencia del S. de Burnout en los terapeutas ocupacionales y a favorecer la necesaria realización de futuras investigaciones con un tamaño muestral mayor para poder generalizar y extrapolar los resultados obtenidos.

Conclusión

El estudio muestra una elevada prevalencia de Síndrome de Burnout en terapeutas ocupacionales, siendo un 9.52% de grado severo. Dado que ésta patología ha sido poco estudiada en la población española de terapeutas ocupacionales, a pesar de las limitaciones de éste estudio, los resultados ofrecen una base para futuras investigaciones.



Agradecimientos A todos los profesionales que colaboraron enviando sus respuestas. No existe conflicto de intereses por parte de la autora en el desarrollo y publicación de éste estudio, ni relaciones financieras con ninguna entidad pública o privada, que pudieran suponer un sesgo en los resultados.

Referencias bibliográficas

1. Castellanos Pinedo F, Cid Gala M, Duque San Juan P, Martín Zurdo J, Toribio Felipe R. Plan Integral de Atención Sociosanitaria al Deterioro Cognitivo en Extremadura (PIDEX), primera parte. Demencias degenerativas. Junta de Extremadura: Consejería de Sanidad y Consumo, consejería de Bienestar Social (Ed); 2007.
2. Maslach C, Jackson SE. Maslach Burnout Inventory Manual. 10ª Ed. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press; 1981.
3. Maslach C, Jackson SE. Burnout in health professions: a social Psychological analysis. In G. Sanders and J. Suls (Eds.). Social Psychology of Health and Illness. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum; 1982. 227-251.
4. González JL, Moreno R, Peñacoba C, Alcocer N, Alonso L, Del Barco P, et al. Burnout en terapia ocupacional: un análisis focalizado sobre el nivel de Consecuencias individuales y organizacionales. Rev. Psicol. Trab. Organ. 2003; 19 (1): 59-73.
5. Nabergoi M, Bottinelli M. Saude do Terapeuta Ocupacional como trabajador. Síndrome de Burnout: Eixo para pensar das relações entre reflexividade, pesquisa e prática. En Lancman S (org). Saude, Trabalho e Terapia Ocupacional. Sao Paulo (Brasil): Editora Roca; 2004. 187-208
6. Moreno Jiménez B, González Gutiérrez JL, Garrosa, E. Desgaste profesional (burnout), personalidad y salud percibida. En: J. Buendía y F. Ramos (Eds). Empleo, estrés y salud. Madrid: Pirámide; 2001. 59-83.
7. Gil-Monte PR, Peiró JM. Un estudio comparativo entre criterios normativos y diferenciales para el diagnóstico del síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) según el MBI-HSS en España. Rev. Psicol. Trab. Organ. 2000; 16(2): 135-149.
8. Vidal Sánchez MI. Revisión bibliográfica sobre burnout y terapia ocupacional. Entre la vulnerabilidad y la oportunidad. TOG (A Coruña). 2015; 12(21): [28p.].
9. Guerrero Barona E. Análisis pormenorizado de los grados de burnout y técnicas de afrontamiento del estrés docente en profesorado universitario. An. Psicol. 2003; 19(1): 145-158.
10. Atance Martínez JC. Aspectos epidemiológicos del Síndrome de Burnout en personal sanitario. Rev. Esp. Salud Pública 1997; 71: 293-303.
11. Moreno Jiménez B, González Gutierrez JL, Garrosa Hernández E. Variables sociodemográficas en el proceso de desgaste profesional en enfermería. Rev. enferm. 2002; 25(11): 18-26.
12. García Carmona RM, Robles Ortega H. Variables sociodemográficas y moderadores de Burnout en personal sanitario de cuidados críticos. Desarrollo Científ. Enferm. 2012; 20(3):76-82

Lévanos_Get up_Llévanos



Derechos de autor

