

SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL (*Burnout*) Y APOYO FAMILIAR EN MÉDICOS RESIDENTES DE LA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES.

Libia Cabello R.¹ y Silvana D'Anello K.²

¹ Médico de Familia. Clínica Quiriquire-PDVSA. Distrito Norte-Monagas.Venezuela, ² Centro de Investigaciones Psicológicas. Facultad de Medicina. Universidad de Los Andes. Mérida. Venezuela.

E-mail: doctoracabello@yahoo.es; silvana@ula.ve

Resumen

En el estudio se evaluó el Síndrome de Desgaste Profesional (*Burnout*) y su relación con variables demográficas y de apoyo familiar. Los participantes fueron 187 médicos residentes. Se utilizaron la versión adaptada a la población venezolana del Maslach Burnout Inventory para medir el síndrome y el APOFA para medir el apoyo familiar. Los resultados indicaron que: (a) de las tres dimensiones que conforman el Síndrome de Desgaste Profesional, el Agotamiento Emocional fue más alto que la Despersonalización y ésta más alta que la Falta de Realización Personal; (b) cerca del 50% de la muestra experimentó de moderado a alto agotamiento emocional; (c) el agotamiento emocional fue mayor en los residentes cursantes del primer año, los de menores ingresos y los que laboraban en guardias completas; (d) no hubo asociación entre las dimensiones del Síndrome y las variables sexo, estado civil y número de hijos; (e) el Apoyo Familiar percibido para la muestra total fue alto y, (f) la correlación entre las dimensiones del Síndrome y el Apoyo Familiar fueron negativas. Se recomienda implementar planes dirigidos a disminuir el agotamiento emocional así como la continuidad de la presente línea de investigación en el medio sanitario.

Palabras claves: Síndrome de Desgaste Profesional, Burnout, apoyo familiar, médicos residentes.

Abstract

Professional burnout syndrome and family support in postgraduate clinical and surgical residents of the Faculty of Medicine, Universidad de Los Andes, Mérida, Venezuela.

The study evaluated the syndrome of burnout and its relationship with demographic variables and family support. The participants were 187 medicine residents. The Venezuelan version of the Maslach's Burnout Inventory and the APOFA were used to measure burnout and family support respectively. Results showed that: (a) of the three components of the syndrome, emotional exhaustion was higher than depersonalization and this was higher than lack of professional accomplishment, (b) close to 50% of the sample experienced moderate to high level of emotional exhaustion, (c) emotional exhaustion was higher among residents with lower incomes, first year of residence, and working fulltime, (d) gender, marital status, and number of children were not associated with any components of the syndrome, (e) in general, perceived family support was high, and (f) dimensions of burnout were negatively

associated with family support. Implementation of training programs to diminish emotional exhaustion and the continuity of research with health care professionals are recommended.

Key words: Burnout, family support, medicine residents.

INTRODUCCIÓN

Síndrome de Desgaste Profesional (SDP) o *Burnout*.

En el marco de los estudios sobre estrés ocupacional, ha surgido en las dos últimas décadas un profundo interés por la investigación del Síndrome de Desgaste Profesional (SDP) o Síndrome del *Burnout*. Este síndrome, concebido como un trastorno adaptativo ante el estrés crónico, ha sido caracterizado por (a) un marcado *Agotamiento Emocional (AE)* representado por tedio, disminución de energía y sentimientos de no poder dar más a nivel afectivo; (b) *Despersonalización (DP)* o mecanismo de defensa ante el aumento de sentimientos de impotencia y expresado por pérdida de empatía humana y cinismo ante las personas objeto del trabajo; y (c) abandono de la *Realización Personal (RP)*, entendida como una desvalorización profesional manifiesta en el cuestionamiento de las tareas y de las propias capacidades (Maslach y Jackson 1986, Capilla 2001). El SDP suele ser caracterizado como un estado de decaimiento físico, emocional y mental evidenciado por cansancio, sentimientos de desamparo, desesperanza, vacío emocional y actitudes negativas hacia el trabajo, la vida y la gente, además de baja autoestima, sentimientos de inferioridad, ineficacia e incompetencia (Cordes y Dougherty 1993).

La mayoría de los autores plantean que el período desadaptativo puede originarse por exceso en el grado de exigencias y acompañarse de escasez en los recursos de afrontamiento (Báez 2001, Capilla 2001). En este mismo orden de ideas se refiere que el SDP resulta de una discrepancia entre los ideales individuales y la realidad de la vida ocupacional diaria.

Inicialmente se pensó que el SDP era exclusivo de trabajadores insertos en organizaciones de servicios en las cuales el involucramiento con personas es crucial para el desempeño del trabajo (enfermeras, médicos, docentes, etc.) pero, a medida que se ha avanzado en su estudio, los resultados refieren su presencia en trabajadores de diversas profesiones expuestos a situaciones de alta exigencia (Posig y Kickul 2003).

El personal de salud generalmente más vulnerable al estrés y al SDP son los médicos en formación. Se considera que el desarrollo de los problemas generales del estrés producto del trabajo tiene un período crítico que se gesta entre el segundo y quinto

año de experiencia laboral en el ámbito médico asistencial. Según Deckard et al. (1994) es durante este período que se producen los procesos claves de adaptación y ajuste a las nuevas tareas o surge el fracaso en el afrontamiento de las funciones básicas que han de desarrollarse.

La transición entre la preparación teórica y la práctica médica, la incertidumbre ante los síntomas y los recursos, la inexperiencia y el enfrentamiento a situaciones desconocidas, coloca a este personal en una situación de estrés constante, especialmente en situaciones de urgencia. Estos factores contribuyen a que la etapa de formación activa sea especialmente un período de vulnerabilidad al estrés y al SDP (Hamberger y Stone 1984). Ya en 1981, Pugno reportó datos indicando que cerca del 23% de los médicos residentes se caracterizaban por altos niveles de ansiedad, depresión, hostilidad e inestabilidad emocional, asociados al SDP. Estudios recientes con muestras norteamericanas de médicos residentes reportan altos índices del síndrome (Goldberg et al. 1996, Lemkau et al. 1994, Chopra et al. 2004). Shanafelt et al. (2002) en una muestra de 115 médicos encontraron que el 75% presentaban indicadores de SDP en niveles moderados y altos; adicionalmente, se reportó en el grupo alto indicadores de disminución en la calidad de la asistencia a los enfermos, insatisfacción con la profesión y bajo bienestar psicológico.

Con base en lo anterior, en la presente investigación se plantean como primero y segundo objetivos los siguientes: (1) Examinar la presencia de los componentes del SDP (Agotamiento Emocional, Despersonalización y Falta de Realización Personal) y (2) Determinar el efecto de variables socio-demográficas sobre los componentes del SDP en una muestra de médicos residentes.

Apoyo familiar y SDP

House (1981) definió el apoyo social como una interacción interpersonal que incluye ayuda instrumental (intercambio de información) y apoyo emocional. Sin embargo, la revisión de la literatura acerca del tema y la comparación de las definiciones que de este concepto se han propuesto, hacen evidente diferentes tipos de apoyo social y diversas fuentes. En cuanto a los tipos, la clasificación más aceptada incluye las siguientes variedades de apoyo: *emocional* (implica la presencia de alguien dispuesto

a ofrecer empatía, cuidado, amor y confianza); *instrumental* (comprende la emisión de conductas instrumentales que directamente ayudan a quien lo necesita); *informativa* (referido a la información ofrecida para ser usada como un medio de enfrentar la situación problemática) y *evaluativo* (implica el uso de otras personas como fuentes de comparación para la auto-evaluación). Las fuentes más comúnmente estudiadas son la pareja, la familia, amigos, vecinos, jefes, compañeros de trabajo y personal profesional de servicio.

Varios estudios han evaluado la relación entre los tipos y las fuentes del apoyo social y la salud (Kennedy et al. 1990). Específicamente, se ha documentado un efecto positivo y directo sobre la salud y uno indirecto como amortiguador de los efectos nocivos del estrés. Así, el apoyo social afecta tanto la vulnerabilidad como el afrontamiento de la situación y ofrece, de manera oportuna, herramientas para manejar adecuadamente las demandas, frustraciones y retos (Sarason et al. 1990, Smith et al. 1994), resultando más beneficioso en personas bajo estrés crónico que en personas libres de tal estrés (McLeod y Kessler 1990). Uchino et al. (1999, p.147) después de una amplia revisión, expresan la dramática conclusión: “La fuerza de la relación entre apoyo social y mortalidad es tan grande como la existente entre altos niveles de colesterol y mortalidad o entre fumar y mortalidad”

En los estudios sobre burnout, las fuentes de apoyo social relacionadas directamente con el trabajo (jefes y compañeros) han sido abordadas con mayor frecuencia que aquellas externas al ambiente laboral, tales como el apoyo de amigos y familiares (Cheuk y Wong 1995, Brown y O'Brien 1998, Zellars y Perrewé 2001; Raruch-Feldman et al. 2002). En general, los resultados evidencian un poderoso efecto del apoyo social sobre el burnout. No obstante, dado que el apoyo social es un constructo multifacético, su efecto depende de variables que incluyen, entre otras, el contenido específico del apoyo, los mecanismos de enfrentamiento significativos para el individuo y la naturaleza de las medidas (Gerstner y Day 1997).

El apoyo familiar nace del sentido de pertenencia a la familia, de saber que se comparte como grupo las creencias, proyectos y afectos comunes (De la Revilla et al. 1991). Según Liang y Bogot (1994) numerosos esfuerzos se han realizado para dilucidar el efecto protector del apoyo familiar, pero mientras algunos estudios revelan que su impacto tiene efecto amortiguador en situaciones de estrés (Caplan y Killiea 1976, Cohen y McKay 1984; Eaton 1978) otros demuestran que el recurso de la familia tiene

efectos beneficiosos, independientemente de los niveles de estrés existentes (Cohen et al. 1988 y Lin et al. 1979). Algunos datos sugieren que, bajo condiciones de SDP, el apoyo de la familia puede ser más efectivo que el de los compañeros (Greenglass et al. 1994).

Raruch-Feldman et al. (2002) recientemente identificaron una importante relación inversa entre el apoyo familiar y el SDP en una muestra de 211 agentes de tránsito (92 hombres y 119 mujeres). De hecho, dicha asociación fue más fuerte que la encontrada con apoyo de los compañeros y de los supervisores.

En resumen, la familia como célula elemental de la sociedad y como unidad biopsicosocial cumple diversas funciones y una de las principales para evaluar la funcionalidad de la misma es el apoyo inter-miembros. En una sociedad como la nuestra, caracterizada por un alto nivel de colectivismo y en la cual las relaciones familiares son tan valoradas, debe esperarse que en presencia de situaciones estresantes los miembros de la familia implementen estrategias de apoyo que funcionen como bloqueadores de los efectos nocivos del estrés.

Bajo este razonamiento se plantean los objetivos tercero y cuarto del estudio: (3) Identificar la presencia del apoyo familiar y (4) Evaluar la asociación entre apoyo familiar y SDP.

METODOLOGÍA

Sujetos. El estudio pretendía cubrir a 269 residentes de los postgrados académicos, clínicos y quirúrgicos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Los Andes que laboran en el Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes (IAHULA), pero debido a varias razones (vacaciones, negativa a participar en el estudio, ausentismo laboral) apenas fue posible estudiar a 187 (69,52% de la población). En la muestra final, las edades estaban comprendidas entre los 28 y 42 años con una media de 32,6 años. En la distribución por sexos, 82 eran de sexo masculino (43,85%) y 105 de sexo femenino (56,15%). El 51,87% estaban casados, 43,85% solteros y 4,28% divorciados. El 42,78% no tenían hijos y el 57,22% tenían entre 1 y 3 hijos. En cuanto a ingresos, 66,84% reportó un ingreso mensual entre quinientos un mil y un millón de bolívares, un 22,46% menos de quinientos mil bolívares; el restante 10,70% no reportó ingresos. El 43,32% cursaban primer año de residencia, 24,60% segundo y 32,08% tercero. Con relación al horario laboral para el momento del estudio, 10,70% laboraba en horario de la mañana, 28,88% trabajaban el horario de mañana y tarde y

60,42% en horario de mañana, tarde y noche; 68,98% hacía guardia nocturna a cuerpo presente y 18,72% a disponibilidad.

Instrumentos. Los instrumentos se aplicaron entre los meses de junio a agosto del año 2002. El primer instrumento incluía las características sociodemográficas: edad, sexo, estado civil, número de hijos, antigüedad profesional, año de residencia, ingreso mensual, horario de trabajo y tipo de guardia. El segundo instrumento mide el Síndrome de Desgaste Profesional (SDP) y evalúa las dimensiones de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal. Está fundamentado en el Maslach Burnout Inventory (MBI) (Maslach y Jackson 1981), modificado por Moreno, Oliver y Aragoneses para la población española (1991). Dicha versión fue revisada y adaptada por D'Anello (2001) para su uso en muestras venezolanas. El instrumento consta de 22 ítemes diseñados en una escala tipo Likert de 5 puntos (1. Nunca, 2. Algunas veces al año, 3. Algunas veces al mes, 4. Algunas veces a la semana y 5. Diariamente). En la versión venezolana, la subescala de agotamiento emocional (AE) consta de 6 ítemes y valora la vivencia de estar emocionalmente exhausto por las demandas del trabajo. La subescala de despersonalización (DP) integrada por 8 ítemes, mide deshumanización ó desarrollo de actitudes negativas, cínicas e insensibles hacia los receptores de la atención (pacientes). La subescala de realización personal (RP) se compone de 8 ítemes y mide los sentimientos de competencia y consecución de logros en el trabajo. Las tres subescalas muestran buena consistencia interna determinada mediante el índice Alfa de Cronbach (AE= .74; DP= .75; RP= .66). Como indicadores de validez divergente la sub-escala de AE presenta una asociación negativa con Internalidad (-.22).

El tercer instrumento fue especialmente diseñado para esta investigación por D'Anello y Cabello (2002) para medir el Apoyo Familiar (APOFA). La versión inicial constaba de 21 ítemes en formato tipo Lickert de 6 puntos que van de completo desacuerdo (1) a completo acuerdo (6). Se realizó el estudio psicométrico con una muestra de 106 médicos especialistas y residentes. A partir de los resultados del análisis factorial, la escala quedó conformada por 14 ítemes organizados en dos dimensiones: Apoyo Específico (8 ítemes) con una confiabilidad de .90 e Intimidación Familiar (6 ítemes) con una confiabilidad de .77 (alfa de Cronbach). El instrumento total ofreció un índice de confiabilidad de .85. Como indicador de validez convergente la escala APOFA

presenta una correlación positiva con motivación de afiliación (.28).

Debido a que las subescalas que miden agotamiento emocional, despersonalización, realización personal y las que miden los factores del apoyo familiar contienen diferente número de ítemes, se decidió, para efectos de mayor comprensión y posterior análisis, transformar las puntuaciones absolutas a puntuaciones escalares. Este procedimiento consiste en dividir la puntuación obtenida en cada subescala entre el respectivo número de ítemes, de modo que el rango oscila entre 1 y 5 para las dimensiones de la variable desgaste profesional y entre 1 y 6 para las de apoyo familiar. Los valores de la escala de realización personal se invirtieron a fin de facilitar la interpretación. Por tanto, las puntuaciones se interpretan en la dirección de la variable, es decir, a mayor puntuación mayor desgaste profesional y apoyo familiar.

RESULTADOS

Tabla 1. Medias y Desviaciones Estándar para las dimensiones del Síndrome de Desgaste Profesional.

Dimensiones	Media	D. E.	F	P
Agotamiento Emocional	2.751	.889	29.9	.000
Despersonalización	1.653	.608		
Falta de Realización Personal	1.490	.481		

La técnica estadística ANOVA para medidas repetidas reveló una diferencia significativa entre las tres dimensiones del SDP ($F(2,183)=29.9$; $p < .000$). Las comparaciones múltiples ofrecieron diferencias entre todos los pares de medias. Se encontró que el agotamiento emocional ($M= 2.75$) es mayor que la despersonalización ($M= 1.65$), y que la falta de realización personal es menor ($M= 1.49$) que las dos dimensiones anteriores ($p < .000$). (Ver tabla 1).

A fin de tener un diagnóstico más específico sobre la presencia del SDP se generaron tres grupos para cada dimensión. Sobre la base de las puntuaciones escalares (1 a 5), el grupo *bajo* lo conformaron los participantes con puntuaciones de 1 y 2, el grupo *moderado* con puntuaciones de 3 y el grupo *alto* con puntajes de 4 y 5.

Tabla 2. Frecuencia y porcentaje de participantes categorizados en tres grupos en las dimensiones del Síndrome de Desgaste Profesional

AE = Agotamiento Emocional, DP = Despersonalización, RP = Falta de Realización Personal, f = Frecuencia

Para cubrir el segundo objetivo de la investigación se realizaron varios análisis que evalúan la relación entre variables socio-demográficas y las dimensiones del SDP. Al realizar las comparaciones por sexo mediante la prueba t de Student, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre mujeres y hombres en ninguna de las dimensiones del SDP. Tampoco se encontraron diferencias en las variables edad, estado civil y número de hijos.

Al comparar los horarios laborales se encontró una diferencia significativa en AE, $F(2,183) = 8.94$; $p < .000$. Específicamente, los residentes que cubren el horario mañana/tarde/noche obtuvieron la media más alta ($M = 2.94$) en agotamiento emocional al compararse con los residentes que laboran solo en la mañana ($M = 2.13$) y los que tienen horario de mañana y tarde ($M = 2.58$) $p < .000$. En las dimensiones DP y RP no se encontraron diferencias.

Las comparaciones en función del tipo de guardia nocturna indicaron una diferencia marginalmente significativa solamente en la dimensión de AE, $F(2,183) = 2.63$; $p < .07$, siendo los residentes con guardia nocturna a cuerpo presente los que presentaron la media más alta ($M = 2.85$).

En cuanto al año de residencia, nuevamente se encontró diferencia en la dimensión AE, $F(2,183) = 3.02$; $p < .04$. Los residentes del primer año presentan mayor Agotamiento Emocional ($M = 2.94$) que los del segundo ($M = 2.61$) y los del tercero ($M = 2.60$), $p < .05$. Finalmente, se halló que los residentes con ingresos mensuales menores a 500000 bolívares presentan mayor AE ($M = 2.09$, $DE = .59$) que aquellos residentes con ingresos superiores a los 500.000 ($M = 1.90$, $DE = .49$), $t(165) = 2.10$; $p < .03$.

El tercer objetivo del estudio era examinar la presencia del Apoyo Familiar. Para ello se determinaron las medias en las dimensiones y en la puntuación total. La prueba t de Student reveló que la dimensión de Apoyo Específico es mayor ($M = 5.65$, $DE = .50$) que la de Intimidad Familiar ($M = 5.12$, $DE = .90$), $t(177) = 7.5$; $p < .000$. La media del Apoyo Familiar total fue de 5.38, lo cual indica que los médicos residentes de la muestra perciben un elevado apoyo familiar. Al realizar comparaciones por sexo, se encontró que la media en las mujeres fue superior ($M = 5.26$) a la de los hombres ($M = 4.95$), $t(177) = 2.29$, $p < .02$.

Para cumplir con el cuarto objetivo, se utilizó la correlación de Pearson. Las asociaciones entre apoyo familiar y las dimensiones de agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal

Grupos	AE		DP		RP	
	f	%	f	%	f	%
Bajo	72	38.5	168	89.8	179	95.7
Moderado	63	33.7	16	8.6	8	4.3
Alto	52	27.8	3	1.6	0	0

fueron respectivamente: $-.13$ ($p < .08$), $-.18$ ($p < .004$) y $-.20$ ($p < .01$). Se evidencia, tal como se esperaba, que a mayor apoyo familiar menor presencia del SDP. En la tabla 3 se reportan las correlaciones para cada dimensión y el total en Apoyo Familiar.

Tabla 3. Correlación entre dimensiones del SDP y dimensiones de Apoyo Familiar

	DP	RP	IF	ApE	ApF
AE	.48***	.35***	-.13*	-.064	-.12*
DP		.32***	-.21**	-.049	-.18**
RP			.03	-.13*	-.20**

AE= Agotamiento emocional, DP= Despersonalización, RP= Falta de Realización Personal, IF= Intimidad Familiar, ApE= Apoyo Específico, ApF= Apoyo Familiar
*** $p < .01$; ** $p < .05$; * $p < .07$

DISCUSIÓN

Los resultados mostraron que de las tres dimensiones que conforman el SDP, el agotamiento emocional se presenta con una intensidad moderada, mientras que la despersonalización y la falta de realización profesional están prácticamente ausentes. Es importante destacar que el 27.8% de la muestra total presenta altos índices de agotamiento emocional y más del 30% presenta niveles moderados, siendo los residentes de primer año los más afectados. En estudios previos también se ha encontrado que el agotamiento emocional es la dimensión del síndrome que más caracteriza a los médicos residentes (Atance 2001; Shanafelt et al. 2002). Chopra et al. (2004) en una revisión que incluía investigaciones realizadas entre 1984 y 2001 concluyen que, en promedio, el 46% de los médicos residentes sufren de agotamiento emocional. Maslach y Jackson (1986) encontraron que en la población médica, comparada con otras profesiones, se reportan con mayor frecuencia índices altos de agotamiento emocional.

Este resultado supone un alerta ante la inminente presencia del inicio del síndrome en estos profesionales. Igualmente, se plantea la necesidad de implementar estrategias que contrarresten las posibles

fuentes del estrés crónico que han generado dicho agotamiento. El proceso del Síndrome de Desgaste Profesional, aunque ha sido diferencialmente conceptualizado por los investigadores, en la secuencia de su desarrollo, lo primero que se presenta es el agotamiento emocional para luego desencadenar en despersonalización y disminución de la realización personal (Lee y Ashforth 1993). Adicionalmente, se ha sugerido que los sentimientos de agotamiento emocional conforman el núcleo del síndrome. De hecho, la investigación ha mostrado que el mayor porcentaje de varianza en las relaciones con otras variables es explicado por el agotamiento emocional (Leiter 1993).

Es de hacer notar que en términos generales la despersonalización y la falta de realización personal no están presentes entre los residentes estudiados. Ello implica que dicho personal cuenta con mecanismos personales que les permiten enfrentar las condiciones relativamente adversas del medio hospitalario de una manera ajustada. Es evidente que los médicos residentes se ven expuestos a una elevada demanda laboral. Trabajan en un ambiente caracterizado por situaciones de alta exigencia: la presión de conformar antes las demandas de los pacientes y médicos supervisores, las emergencias, la impotencia para cumplir con sus obligaciones sin los recursos indispensables, la competencia, la burocracia organizativa y quizás lo de mayor impacto, la inconsistencia entre las expectativas y la realidad, todos estos elementos que predisponen a la generación del SDP.

Respecto al efecto de las variables socio-demográficas, no se encontraron diferencias entre hombres y mujeres en las distintas dimensiones del SDP. Los hallazgos en estudios previos son contradictorios: en variadas ocasiones se ha encontrado que los hombres puntúan más alto en despersonalización, pero en agotamiento emocional y falta de realización, los resultados no son concluyentes (Gil-Monte y Peiró 1997). Respecto a la edad, aunque la evidencia disponible demuestra que los jóvenes reportan mayores niveles en las dimensiones del síndrome (Cordes y Dougherty 1993) en el presente estudio solo aparece una tendencia a puntuar más alto el agotamiento y la despersonalización en los menores de 35 años. La gran mayoría de los estudios han encontrado que las personas casadas experimentan el síndrome menos que las solteras (Leiter 1990). No obstante, los resultados del presente estudio nada evidenciaron en esta dirección. Dado que la mayoría de las investigaciones previas se han realizado en países

individualistas, donde las relaciones interpersonales son menos relevantes que el desarrollo personal, es probable que la condición de soltero implique mayor aislamiento social que el experimentado en una sociedad colectivista como la nuestra, en la cual la convivencia con la familia de origen se mantiene generalmente hasta el matrimonio. El número de hijos es una variable que en algunos estudios ha mostrado asociación negativa y significativa con los componentes del SDP (Maslach y Jackson 1985), sin embargo, los resultados del presente estudio no revelaron asociación alguna.

Los residentes que laboran en el horario mañana/tarde/noche presentan niveles significativamente más altos de agotamiento emocional que los que cubren horarios más flexibles. Tal resultado probablemente refleja una sobre-carga de trabajo con escaso tiempo para el descanso. Se ha encontrado que el agotamiento emocional es proporcional al tiempo dedicado a la atención de pacientes (Moreno y Peñacoba 1999). También se encontró que los sentimientos de agotamiento emocional son mayores en los residentes con ingresos inferiores a 500000 bolívares mensuales. Posiblemente, la incapacidad de cubrir necesidades económicas constituye un elemento laboral adicional directamente vinculado a la aparición del agotamiento.

Es necesario resaltar que para la muestra total la percepción del apoyo familiar fue alto (en una escala de 1 a 6 la media fue de 5.38). Este hallazgo puede explicarse mediante la teoría del individualismo/colectivismo cultural (Triandis 1996). Siendo Venezuela una cultura altamente colectivista, es de esperar que los nexos familiares constituyan una fuente poderosa de apoyo social. De hecho, la motivación de afiliación se presenta con una alta intensidad entre los venezolanos (Romero 1999). Estudios previos han demostrado que la percepción en la disponibilidad del apoyo social es mayor en este tipo de culturas (Pines et al. 2002).

Otro de los objetivos del estudio fue evaluar la relación entre el apoyo familiar y el SDP. Los resultados indican que, efectivamente, a mayor apoyo familiar, menor la frecuencia en las tres dimensiones del síndrome. Este resultado apoya los hallazgos de estudios previos. Por ejemplo, Gabbe et al. (2002) encontraron que el síndrome estaba inversamente relacionado con el apoyo emocional de la pareja.

Al analizar las asociaciones con los componentes específicos del apoyo familiar se encontró que el componente de intimidad familiar está asociado con una disminución del agotamiento emocional y la

despersonalización, mientras que el apoyo específico mitiga la disminución en la falta de realización personal. Este resultado es esperable: los ítemes del componente de apoyo específico miden el aspecto instrumental del apoyo (ej. “mi familia me ofrece buenas ideas para solucionar mis problemas”) lo cual implica un interacción centrada en las tareas y rol del desempeño laboral estimulando los sentimientos de realización profesional. Por su parte, el componente de intimidad familiar evalúa la percepción sobre la cercanía, cohesión, apertura e incondicionalidad familiar (ej. “cuando me siento mal busco apoyo en los miembros de mi familia”). Estos aspectos generan la humanización en la relación con los otros y estimulan los sentimientos de empatía tan necesarios para evitar la despersonalización del paciente; igualmente podrían servir como medios para disminuir la tensión emocional y propiciar la calidez humana que contrarrestaría el agotamiento emocional.

El apoyo social, en general, hace que las personas perciban que otros les proveen de los recursos necesarios para manejar y enfrentar exitosamente las situaciones estresantes. De manera específica, la familia representa un recurso personal de apoyo que enriquece la habilidad para enfrentar las demandas exigentes del trabajo. Este apoyo se expresa de diferentes maneras a nivel emocional y permite al individuo expresar sus emociones y reacciones ante las tensiones y frustraciones del trabajo, además de que facilita la posibilidad de re-construir las situaciones desde una perspectiva más balanceada y madura (Cordes y Dougherty 1993). En otras palabras, se alivian los efectos que los estresores puedan ejercer sobre el individuo. Visto de esta manera, la percepción subjetiva de contar con el apoyo de la familia es un recurso valioso a la hora de mitigar los efectos nocivos del estrés crónico vivido en el ámbito laboral.

REFERENCIAS

Atance J. 2001. Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. *Revista Española de Salud Pública*. 131:55-70.

Báez G. 2001. El síndrome de burnout en mujeres que trabajan en el campo de la violencia familiar. *Atención Primaria*. 8:178-183.

Capilla P, 2001. El síndrome de burnout o de desgaste profesional. *JANO*. 58: 56-58.

Caplan G, Killilea M. 1976. Support systems and mutual help: Multidisciplinary explorations. *Journal of Marital and Family Therapy*. 21:545-583.

Cohen S. 1988. Psychosocial models of the role social support in the etiology of physical disease. *Health Psychology*. 7:269-297.

Cohen S, McKay G. 1984. Social support stress and the buffering hypothesis: A theoretical analysis. *Journal of Applied Psychology*. 77:65-78.

Chopra S, Sotile W, Sotile M. 2004. Physician burnout. *JAMA*, 291: 633.

Cordes C, Dougherty T. 1993. A review and an integration of research in job burnout. *Academy of Management Review*. 18: 621-656.

D’Anello S. 2001. Inventario para medir el Síndrome de Desgaste Profesional. Adaptación a la población venezolana del MBI. *Papel de Trabajo*. Centro de Investigaciones Psicológicas. Universidad de los Andes. Mérida. Venezuela. (No publicado).

D’Anello S, Cabello L. 2002. APOFA: Una medida de Apoyo Familiar. *Papel de Trabajo*. Centro de Investigaciones Psicológicas. Universidad de los Andes. Mérida. Venezuela. (No publicado).

Deckard G, Meterko M, Field D. 1994. Physician burnout: an examination of personal professional and organizational relationships in medical care. *Journal of Occupational Health Psychology*. 32:745-754.

De la Revilla L, Bailón E, Luna J. 1991. Validación de una escala de apoyo social funcional para uso en la consulta del médico de familia. *Atención Primaria*. 8:688-691.

Eaton W. 1978. Life events, social supports and psychiatric symptoms: A reanalysis of the new heaven data. *Journal of Health and Social Behavior*. 19:230-234.

Gabbe S, Melvilla J, Walter M. 2002. Burnout in chairs of obstetrics and gynecology. *Am J Obstet Gynecol*. 186: 601-612.

Gerstner C, Day D. 1997. Meta-analytic review of leader –member exchange theory: Correlates and construction issues. *Journal of Applied Psychology*. 82: 827-844.

Gil-Monte P, Peiró J. 1997. Desgaste psíquico en el trabajo: El síndrome de quemarse. Editorial Síntesis. Madrid.

Goldberg R, Boss R, Chan L et al. 1996. Burnout and its correlates in emergency physicians: four years’ experience with a wellness booth. *Acad Emerg Med*. 3: 1156-1164.

Greenglass R, Fiksenbaum L, Burke J. 1994. The relationship between social support and burnout over time in teachers. *Journal of Social Behavior and Personality*. 9:219-230.

Hamberger L, Stone G. 1984. Burnout prevention for human service professional: proposed for a

- systematic approach. *Journal of Holistic Medicine*. 5:149-162.
- House J. 1981. *Work stress and social support*. Addison- Wesley. Nueva York.
- Kennedy S, Kiecolt-Glaser J, Glaser R. 1990. Social support, stress, and the immune system. En Sarason B, Sarason I. (Eds.). *Social Support: An Interactional View*. Wiley. Nueva York. P 253-266.
- Lee R, Ashforth B. 1993. A longitudinal study of burnout among supervisors and managers: Comparisons between the Leiter and Maslach (1988) and Golembiewski et al (1986) models'. *Organizational Behavior and human decision processes*. 54: 369-398.
- Leiter M, Maslach C. 1988. The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. *Journal of Organizational Behavior*. 9: 297-308.
- Leiter M. 1990. The impact of family resources, control coping and skill utilization on development of burnout. A longitudinal study. *Human Relations*. 43:1067-1083.
- Leiter M. 1993. Burnout as a developmental process: Consideration of models. En W. Schaufeli, C. Maslach C, Merck T. (Eds). *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 237-250). Hemisphere. Washington DC
- Liang B, Bogot A. 1994. Culture, control and coping: new perspectives on social support. *American Journal of Community Psychology*. 22:123-147.
- Lin N, Simeone R, Enzel W. 1979. Social support, stressful life events, and illness: a model and an empirical test. *Journal of Health and Social Behavior*. 20:108.
- Maslach C, Jackson S. 1981. The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*. 2:99-113.
- Maslach C, Jackson S. 1985. The role of sex and family variables in burnout. *Sex Roles*. 12: 837-851.
- Maslach C, Jackson S. 1986. *MBI: Maslach Burnout Inventory*. Manual Research edition. Consulting Psychologist Press. Palo Alto. California. U. S. A.
- McLeod J, Kessler R. 1990. Socioeconomic status differences in vulnerability to undesirable life events. *Journal of Health and Social Behavior*. 31: 162-172.
- Moreno B, Oliver C, Aragonese A. 1991. El burnout, un informe específico de estrés laboral. En: Bulos G. Casal V. (Eds.). *Manual de Psicología Clínica Aplicada*. Siglo XXI. Madrid. España.
- Moreno-Jiménez B, Peñacoba C. 1999. El estrés asistencial en los servicios de salud. En: Simón MA (Ed.). *Manual de Psicología de la Salud*. Fundamentos, metodología y aplicaciones. Biblioteca Nueva: Madrid.
- Pines A, Ben-Ari A, Utasi A et al. 2002. A cross-cultural investigation on social support and burnout. *European Psychologist*. 7: 256-264.
- Posig M, Kickul J. 2003. Extending our understanding of burnout: Test of an integrated model in nonservice occupations. *Journal of Occupational Health Psychology*. 8: 3-19.
- Pugno P. 1981. Psychologic stresser encountered by residents' physicians. *Family Medicine*. 13:9-16.
- Raruch-Feldman C, Brondolo E, Ben-Dayana D et al. 2002. Sources of social support, job satisfaction, and productivity. *Journal of Occupational Health Psychology*. 7: 84-93.
- Romero O. 1999. *Crecimiento psicológico y motivaciones sociales*. Ediciones ROGYA. Mérida-Venezuela
- Sarason B, Sarason G, Pierce G. 1990. Social support: The search for theory. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 9:133-147.
- Shanafelt T, Bradley K, Wipf J et al. 2002. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Annals of Internal Medicine*. 136: 358-367.
- Smith C, Fernengel K, Holcroft C et al. 1994. Meta-analysis of the associations between social support and health outcomes. *The Annals of Behavioral Medicine*, 16: 352-362.
- Triandis H. 1996. The psychological measurement of cultural syndrome. *American Psychologist*. 51: 407-415.
- Uchino B, Cacioppo J, Kiecolt-Glaser J. 1996. The relationship between social support and physiological processes: A review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychological Bulletin* 119: 488
- Zellars K, Perrewé P. 2001. Affective personality and the content of emotional social support: coping in organizations. *Journal of Applied Psychology*. 3: 459-467.

MedULA le invita a publicar en sus páginas, los resultados de sus investigaciones u otra información en ciencias de la salud.

Dirección: **Apartado 870. Mérida. Venezuela.** E-mail: medula@ula.ve