



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

**IDENTIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES LABORALES QUE
DETERMINAN LA PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE
BOURNOUT EN ESTUDIANTES DE PREGRADO Y
POSGRADO QUE ATIENDEN LA CONSULTA DE
ODONTOPEDIATRÍA DEL HOSPITAL DE LA MISERICORDIA**

Paula Juliana Rojas Parra

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Odontología
Posgrado de Estomatología Pediátrica y Ortopedia Maxilar
Bogotá, Colombia

2014

**IDENTIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES LABORALES QUE
DETERMINAN LA PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BOURNOUT EN
ESTUDIANTES DE PREEGRADO Y POSGRADO QUE ATIENDEN LA
CONSULTA DE ODONTOPEDIATRÍA DEL HOSPITAL DE LA
MISERICORDIA**

Paula Juliana Rojas Parra

Trabajo final para optar por el título de:
**ESPECIALISTA EN ESTOMATOLOGA PEDIATRA Y
ORTOPEDIA MAXILAR**

Director (a):

SANDRA LUCIA PATIÑO N.

Línea de Investigación:
MANEJO DEL COMPORTAMIENTO

Grupo de Investigación:
SALUD INFANTIL

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Odontología
Posgrado de Estomatología Pediátrica y Ortopedia Maxilar
Bogotá, Colombia

2014

Firma del jurado

Director Trabajo Final

Fecha _____

Agradecimientos

Gracias a DIOS por la fortaleza y la sabiduría por permitirme escalar un peldaño más en la construcción de mi vida profesional.

A mis padres, que me han dedicado toda su vida, me han respaldado y ayudado de forma incondicional para poder llegar hasta aquí.

A David Rey por su cariño y comprensión incondicional, así hoy día no te encuentres a mi lado pero siempre te sentí presente en esos momentos en los que sentí decaer.

A mis docentes por tener esa dedicación y comprensión de seguir e insistir cuando no le dábamos el nivel requerido para tan hermosa profesión y hacernos hoy día un profesional idóneo y ético.

Gracias inmensas a la Dra. Sandra Lucía Patiño por creer y confiar en mí para tan exigente proyecto.

Y a todas mis compañeras de Estomatología Pediátrica que me acompañaron estos dos años, de una u otra forma intervinieron para que no desfalleciera en este duro camino en tan excelente Universidad.

Propiedad Intelectual

El presente trabajo es de propiedad del realizador Paula Juliana Rojas Parra, y de su director Sandra Lucia Patiño N., según lo estipulado en el acuerdo No. 035 de 2003, del consejo académico de la Universidad Nacional de Colombia.

LISTA DE TABLAS, GRAFICAS Y ANEXOS

<u>Tablas</u>	<u>pág.</u>
Tabla 1. Las etapas del síndrome de BO.....	32
Tabla 2. Resumen de algunos estudios de prevalencia del síndrome de BO en odontólogos	35
Tabla 3. Resumen de los factores de riesgo del síndrome de BO estudiados por diferentes autores.....	42
Tabla 4. Modelos teóricos del síndrome BO.....	50
Tabla 5. . Frecuencias y porcentajes de respuestas para los ítems de cansancio emocional.....	61
Tabla 6. Frecuencias y porcentajes de respuestas para los ítems de despersonalización.....	64
Tabla 7. Frecuencias y porcentajes de respuestas para los ítems de realización personal.....	65
Tabla 8. Guía de puntaje de cada constructo según Malach, para determinar prevalencia del síndrome de BO.....	66
Tabla 9. Resultados de estadísticas básicas para los puntajes de cada constructo.....	66
Tabla 10. Frecuencias y porcentajes de Nivel cansancio emocional...	67
Tabla 11. Frecuencias y porcentajes de nivel despersonalización.....	67
Tabla 12. Frecuencias y porcentajes de nivel realización personal....	67
Tabla 13. Frecuencias y porcentajes de Diagnostico de síndrome de BO.....	68
Tabla 14. Frecuencia y porcentaje de grupos de edad.....	69

	<u>Pág.</u>
Tabla 15. Frecuencia y porcentaje de sexo.....	70
Tabla 16. Frecuencia y porcentaje de Estado Civil.....	70
Tabla 17. Frecuencia y porcentaje de cargo que ejerce en el hospital....	71
Tabla 18. Frecuencia y porcentaje del Tiempo que lleva ejerciendo Odontopediatría.....	72
Tabla 18.1 Promedio y desviación estándar del tiempo que lleva ejerciendo la odontopediatría.....	72
Tabla 19. Frecuencia y porcentaje de Cuantas horas al día trabaja.....	73
Tabla 20 .Estadísticas básicas de Cuantos pacientes atiende en su jornada de trabajo.....	74
Tabla 21. Frecuencia y porcentaje de Cuantos pacientes atiende en su jornada de trabajo.....	74
Tabla 22. Frecuencia y porcentaje de Siente que sus pacientes deberían ser citados con mayor intervalos de tiempo.....	75
Tabla 23. Frecuencia y porcentaje de Se siente presionado al tener pacientes en sala de espera.....	75
Tabla 24. Frecuencia y porcentaje de Se siente más tranquilo cuando atiende pacientes de.....	76
Tabla 25. Frecuencia y porcentaje de Alguna vez ha pensado dejar de ejercer la odontopediatría.....	76
Tabla 26. Frecuencia y porcentaje de Piensa que ejercer la odontopediatría le genera estrés.....	76
Tabla 27. Frecuencia y porcentaje de una escala de 0 a 10 como se siente en su entorno laboral.....	78

Pág.

Tabla 28. Frecuencia y porcentaje de Usted cuenta con Auxiliar personalizado mientras ejerce la odontopediatría.....	78
Tabla 29. Frecuencia y porcentaje de Siente que al no tener auxiliar cerca realizando sus actividades básicas le genera angustia.....	79
Tabla 30. Frecuencia y porcentaje de Alguna vez ejerciendo actividades en odontopediatría ha desconocido como realizar un procedimiento.....	79
Tabla 31. Frecuencia y porcentaje de Si tiene que realizar un procedimiento que desconoce usted.....	80
Tabla 32. Frecuencia y porcentaje de Alguna vez después de aplicar técnica de anestesia local, su paciente se ha quejado de dolor.....	80
Tabla 33. Frecuencia y porcentaje de Producir Dolor en su paciente le genera.....	81
Tabla 34. Frecuencia y porcentaje de Usted alguna vez ha atendido un paciente de comportamiento negativo (Según Escala de Frank), Y no sabe cómo manejar la situación.....	81
Tabla 35. Frecuencia y porcentaje de Como se sintió al no poder manejar esta situación.....	82
Tabla 36. Frecuencia y porcentaje de Al tener en la consulta un padre autoritario y Dominante usted se siente.....	82
Tabla 37. Frecuencia y porcentaje de que Le causa más estrés durante la consulta de odontopediatría.....	83
Tabla 38. Frecuencia y porcentaje de Sus pacientes que inicia tratamiento terminan tratamiento completo.....	83
Tabla 39. Frecuencia y porcentaje de cómo se siente con eso.....	84

pág.

Tabla 40. Frecuencia y porcentaje de Siente usted que se le reconoce méritos por su desempeño laboral.....	84
Tabla 41. Frecuencia y porcentaje de Como siente que es su calidad de vida.....	84
Tabla 42. Moda y Frecuencia de Organice de mayor a menor (de 1 a 6) cual es la actividad que más le causa estrés, siendo 1 la que más estrés le causa.....	85
Tabla 43. Tabla de contingencia de Cuantas horas al día trabaja? Vs Se siente presionado al tener pacientes en sala espera?.....	86
Tabla 44. Tabla de contingencia de Cuantas horas al día trabaja? Vs Piensa que ejercer la odontopediatría le genera estrés?.....	87
Tabla 45. Tabla de contingencia de Cuantas horas al día trabaja? Vs nivel de cansancio emocional.....	87
Tabla 46. Tabla de contingencia de Tiempo que lleva ejerciendo Odontopediatría Vs nivel de cansancio emocional.....	88
Tabla 47. Tabla de contingencia de Se siente presionado al tener pacientes en sala de espera? Vs Siente que al no tener auxiliar cerca realizando sus actividades básicas le genera angustia?.....	89
Tabla 48. Tabla de contingencia de Alguna vez después de aplicar técnica de anestesia local, su paciente se ha quejado de dolor? Vs Producir Dolor en su paciente le genera.....	90
Tabla 49. Tabla de contingencia de Usted alguna vez ha atendido un paciente de comportamiento negativo (Según Escala de Frank), Y no sabe cómo manejar la situación Vs Como se sintió al no poder manejar esta situación.....	90

Pág.

Tabla 50. Distribución porcentual ¿siente usted que se le reconoce méritos por su desempeño laboral? Vs nivel de realización persona.....	91
Tabla 51. Contingencia de las tres dimensiones de BO vs la edad.....	92
Tabla 52. Contingencia de las tres dimensiones de BO vs el sexo ..	93
Tabla 53. Contingencia de las tres dimensiones de BO vs el estado civil.....	94
Tabla 54. Contingencia de las tres dimensiones de BO vs Cargo que ejerce en el hospital.....	95
Tabla 55. Contingencia de las tres dimensiones de BO tiempo que lleva ejerciendo en odontopediatría.....	96
Tabla 56. Contingencia de las tres dimensiones de BO Vs pacientes que atiende en jornada de trabajo habitual.....	97
Tabla 57. Contingencia de las tres dimensiones de BO Vs cuenta con auxiliar mientras ejerce odontopediatría.....	97
Tabla 58. Contingencia de las tres dimensiones de BO Vs Producir dolor en su paciente le genera.....	98
Tabla 59. Contingencia de las tres dimensiones de BO Vs no poder manejar un paciente de comportamiento definitivamente negativo en odontopediatría.....	99
Tabla 60. Tabla de contingencia de las tres dimensiones de BO Vs Padre autoritario y dominante.....	100
Tabla 61. Histograma de valores propios y porcentajes, primer análisis multivariado	101
Tabla 62. Histograma de valores propios y porcentajes, segundo análisis multivariado.....	103

Pag

Tabla 63. Frecuencia de edad individual para los casos positivos de BO.....	104
Tabla 64. Frecuencia de edad agrupada para los casos positivos de síndrome de BO.....	104
Tabla 65. Frecuencia de sexo, para los casos positivos de síndrome de BO.....	104
Tabla 66. Frecuencia del estado civil , para los casos positivos de síndrome de BO.....	105
Tabla 67. Frecuencia de cargo en el hospital, para los casos positivos de síndrome de BO.....	105
Tabla 68. Frecuencia de cuantas horas al día trabaja, para los caso positivos de síndrome de BO.....	105
Tabla 69. Frecuencia de siente que sus pacientes deberían ser citados con mayor intervalo de tiempo, para los casos positivos de síndrome de BO. Frecuencia de siente más tranquilo cuando atiende pacientes de, para los casos positivos de síndrome de BO.....	105
Tabla 70. Frecuencia de se siente presionado al tener pacientes en sala de espera, para los casos positivos de síndrome de BO.....	106
Tabla 71. Frecuencia de siente más tranquilo cuando atiende pacientes de, para los casos positivos de síndrome de BO.....	106.
Tabla 72. Frecuencia de alguna vez ha pensado dejar de ejercer la odontopediatría, para los casos positivos de síndrome de BO.....	107
Tabla 73. Frecuencia de piensa que ejercer la odontopediatría le genera estrés, para los casos positivos de síndrome de BO.....	107
Tabla 74. Frecuencia de una escala del 0 a 10 como se siente en su ambiente laboral para casos los positivos de síndrome de BO.....	107
Tabla 75. Frecuencia de usted cuenta con Auxiliar personalizada mientras ejerce la odontopediatría, para los casos positivos de síndrome de BO.....	108

	<u>Pág.</u>
Tabla 76. Frecuencia de siente que al no tener auxiliar cerca realizando sus actividades básicas le genera angustia, para los casos positivos de síndrome de BO.....	108
Tabla 77. Frecuencia de alguna vez ejerciendo actividades en odontopediatría ha desconocido como realizar un procedimiento, para los casos positivos de síndrome de BO.....	108
Tabla 78. Frecuencia de si tiene que realizar un procedimiento que desconoce usted, para los casos positivos de síndrome de BO.....	109
Tabla 79. Frecuencia de alguna vez después de aplicar técnica de anestesia local, su paciente se ha quejado de dolor, para los casos positivos de síndrome de BO.....	109
Tabla 80. Frecuencia de Producir Dolor en su paciente le genera, para los casos positivos de síndrome de BO.....	109
Tabla 81. Frecuencia de usted alguna vez ha atendido un paciente de comportamiento negativo (Según Escala de Frank), Y no sabe cómo manejar la situación, para los casos positivos de síndrome de BO.....	110
Tabla 82. Frecuencia de cómo se sintió al no poder manejar esta un paciente de comportamiento definitivamente negativo, para los casos positivos de síndrome de BO.....	110
Tabla 83. Frecuencia de al tener en la consulta un padre autoritario y Dominante usted se siente, para los casos positivos de síndrome de BO.....	111
Tabla 84. Frecuencia de tiempo que lleva ejerciendo la odontopediatría, para casos positivos de síndrome de BO.....	111

Gráficas

Gráfica 1. Representación de los Constructos del síndrome de BO por niveles.....	68
---	----

pág.

Gráfica 2. Prevalencia de síndrome de BO en porcentaje.....	69
Gráfica 3. Distribución porcentual del sexo.....	70
Gráfica 4. Distribución porcentual del estado civil.....	71
Gráfica 5. Distribución Frecuencial de cuantas horas trabaja al día.....	73
Gráfica 6. Boxplot de una escala de 0 a 10 como se siente en su entorno laboral.....	77
Gráfica 7. Distribución frecuencial de cuantas horas al día trabaja vs nivel de cansancio emocional	88
Gráfica 8. Distribución frecuencial siente usted que se le reconoce méritos por su desempeño laboral? Vs nivel de realización personal.....	91
Gráfica 9. Primer plano factorial y asociación entre categorías.....	103

Anexos

Anexo 1. Cuestionario # 1 (test Maslach Burnout Inventory).....	134
Anexo 2. Cuestionario #2(factores de riesgo asociados al síndrome de BO en Odontopediatría).....	136
Anexo 3. Consentimiento informado participante en investigaciones Científicas.....	139

RESUMEN

Objetivo: Identificar las condiciones laborales que determinan la prevalencia del Síndrome de Bournout, (BO) en personal sanitario que atiende la consulta de odontopediatría del Hospital de la Misericordia en Bogotá, Colombia. **Material y métodos:** Estudio descriptivo realizado en 40 individuos, a quienes se aplicó el test de Malash Burnout Inventory (MBI), para medir la prevalencia del síndrome BO en sus tres dimensiones: cansancio emocional, despersonalización y realización personal. También se usó un test elaborado por los investigadores, para identificar las condiciones sociodemográficas y laborales. Se realizaron estadísticas descriptivas y de correlación bi-multivariadas. El índice de consistencia (alfa de Cronbach) del test de Malash fue de 0.55. **Resultados:** Se encontró una prevalencia del síndrome en un 5 % de la muestra (2 individuos), con un cansancio emocional alto de 22,5%, despersonalización alta de 15% y una realización personal baja de 10%. Por otro lado en cuanto los factores sociodemográficos como la edad y el estado civil, los menores de 30 años y solteros se ven más afectados y se ha relacionado directamente con el síndrome de BO, En cuanto los factores laborales, como desconocer un procedimiento, no controlar correctamente el dolor en el paciente, no contar con apoyo del equipo de trabajo, el contacto directo con los padres autoritarios y pacientes de mal comportamiento, así como el exceso de carga laboral, se relacionan con la prevalencia del síndrome de BO y alteración al menos en una de sus tres dimensiones. **Conclusiones:** A pesar que la prevalencia del síndrome de BO fue baja, se encontró que el 80 % de la muestra manifiesta síntomas de la dimensión cansancio emocional, el 52.5% en despersonalización y el 30 % en realización personal, lo que indica una primera fase del síndrome BO.

ABSTRACT

Objective: To identify the working conditions which determine the prevalence of Bournout Syndrome (BO) in the cleaning personnel working at the Pediatric Dentistry Department at Hospital de la Misericordia in Bogota, Colombia

Materials and Methods: A descriptive study was performed. The sample consisted of 40 people in whom the Maslach Burnout Inventory (MBI) test was applied in order to measure the prevalence of BO syndrome in its three dimensions: *Emotional exhaustion, depersonalization* and *low personal accomplishment*. Another test was elaborated in order to identify the social and working conditions of the sample. Descriptive and correlational bi and multivariate statistics was implemented. *Cronbach's alpha* Internal consistency was 0.55.

Results: *The prevalence of the BO syndrome was 5% (2 people), with high level of emotional exhaustion (22.5%), 15% of depersonalization, and low personal accomplishment (10%). The syndrome was more frequent in people under 30 and singles. The prevalence of BO syndrome and alteration of one of its dimensions is directly related to factors such as lack of knowledge of a certain procedure, lack of a supportive team, direct contact with authoritarian parents, patient misbehavior, and excessive work load.*

Conclusions: Although the prevalence of BO syndrome was low, we found that 80% of the studied sample showed symptoms of emotional exhaustion, 52.5% depersonalization, and 30% of low personal accomplishment. This could represent an initial stage of BO syndrome

Keywords: occupational health, syndrome burnout, Maslach Burnout Inventory, general health goldberg, job stress.

CONTENIDO

	<u>Pág.</u>
APROBACIÓN DE TESIS	3
AGRADECIMIENTOS	4
LISTA DE TABLAS, GRAFICAS Y ANEXOS	6
RESUMEN	14
1. INTRODUCCIÓN.....	18
2. OBJETIVOS.....	22
2.1. General.....	22
2.2. Específicos.....	22
3. JUSTIFICACIÓN.....	23
4. MARCO TEORICO.....	25
4.1. Desarrollo histórico del Síndrome de BO.....	25
4.2. Definición del Síndrome de BO.....	26
4.3. Características del Síndrome de BO.....	28
4.4. Etapas del Síndrome de BO.....	31
4.5. Sintomatología del síndrome de BO.....	32
4.6. Prevalencia del síndrome de BO en profesión de servicio.....	34
4.7. Factores que aumentan el riesgo de desarrollar el Síndrome BO.....	36
4.8. Consideraciones especiales en atención odontopediatria.....	43
4.8.1. Condiciones emocionales afectivas del odontopediatria.....	43
4.8.2. Influencias del comportamiento del paciente en odontopediatria.....	47
4.9. Conceptualización del Síndrome BO por modelos teóricos.....	48
4.9.1. modelos ecológico.....	48
4.9.2. modelo cognitivo.....	48
4.9.3. modelo social y organizacional.....	49

	<u>Pág.</u>
4.10. Comparación del síndrome BO con otros estados.....	50
4.10.1. Satisfacción laboral.....	51
4.10.2. Estrés.....	52
4.10.3. El síndrome BO y su relación con el Estrés.....	54
4.11. Maslach Burnout Inventory (MBI).....	55
4.11.1. Validez factorial del MBI.....	57
5. MATERIALES Y MÉTODOS.....	59
6. RESULTADOS	61
6.1. Análisis de estadístico.....	61
6.2. Resultados test Malash.....	62
6.3. Resultados en cuento factores asociados BO.....	69
6.4. Análisis resultados bivariado.....	86
6.5. Análisis resultados multivariado	100
6.6. Caracterización de resultados positivos en BO.....	104
7. ANALISIS Y DISCUSIÓN.....	112
8. LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	128
9. CONCLUSIONES.....	129
10. BIBLIOGRAFIA.....	130

1. INTRODUCCION

Desde el punto de vista epidemiológico se ha demostrado que tanto los factores sociales como los ambientales pueden contribuir a la prevalencia de muchas enfermedades humanas. Según Quinceno-Vinaacia, 2007 y Albaladejo 2004 afirman que el estrés forma parte de la cotidianidad actual, al punto que ha sido considerado como el malestar de nuestra civilización y numerosas investigaciones, se han centrado en las manifestaciones clínicas del mismo, encontrando una fuerte relación con la patología psicosomática y que afecta al ser humano en cuanto a la calidad de vida, funcionamiento social, académico, familiar, laboral e incluso su estado de salud en general. (1, 2, 3,4)

El síndrome de Burnout (BO) se define como la respuesta a los estresores laborales crónicos emocionales e interpersonales, que se produce por haber permanecido durante periodos constantes de extensa duración y de alta implicación con personas, en situaciones de alta demanda social y compuesto por tres dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal. Para determinar la presencia del síndrome en un individuo se han desarrollado varias escalas de evaluación; de ellas, la más utilizada a nivel mundial es la que se conoce con el nombre de Inventario para Burnout de Maslach, reconocida por sus siglas "IBM" o "BMI" en inglés, que se utilizó en esta investigación .(3)

La necesidad de estudiar el síndrome de BO es por la relación directa al estrés laboral dado que afectan la calidad de vida laboral de sus empleados, su autopercepción y tiene repercusiones importantes sobre la organización (absentismo, rotación, disminución de la productividad,

disminución de la calidad, etc.). Así mismo, dado que la mayor prevalencia del Síndrome de BO se da en profesionales de servicios que prestan una función asistencial o social, el deterioro de su calidad de vida laboral tiene repercusiones sobre la sociedad en general según Gil & Peiró . 1999. (7)

Actualmente se considera que los profesionales de las organizaciones que trabajan en contacto con las personas, son los más propensos a desarrollarlo (1-7). Las profesiones de mayor riesgo ocupacional son las de la salud y en esto incluyen los odontólogos, Anon, 1994 ha informado que la incidencia de suicidio, abuso del alcohol y drogas y divorcio son más altas que las de la población general (1, 4,7). Ha tomado tanta importancia este síndrome de BO, que la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo ha catalogado como un riesgo laboral. (8).

No hay datos exactos de la prevalencias de este síndrome en el personal sanitario en general, ni en odontólogos ya que los datos recolectados de diferentes estudios son muy variados de una a otra población. Con respecto a factores etiológicos del Síndrome de BO se nombran principalmente, según varios autores los factores sociodemográficos, factores personales, factores laborales y factores asociados al paciente. Los factores que actualmente más se han estudiado son los laborales (3,4).

Mediante una metodología descriptiva se utilizó el Test de Malash (MBI) y se diseñó una encuesta que recogía información de las condiciones laborales de la muestra tomada en el servicio de salud Oral del Hospital de la Misericordia en Bogotá, Utilizando análisis uni –bi y multivariados que dieron cuenta de las relaciones que tienen las condiciones laborales con las características del síndrome se determinó como influye el no conocer los procedimientos y las técnicas

anestésicas, la poca colaboración del equipo de trabajo, así como las características de los padres y pacientes; en la prevalencia del síndrome de BO en el contexto de un servicio docente asistencial de tercer nivel de complejidad.

En general, los resultados de este trabajo son relevantes para mejorar el entendimiento del síndrome y recalcar los factores sociodemográficos-laborales que más estrés causan a esta profesión, teniendo en cuenta que durante la atención el odontopediatría, tiene contacto simultaneo con dos o tres personas (padres – niños) ansiosas, temerosas o con antecedentes de difícil manejo. Así mismo aporta a la literatura existente a nivel nacional e internacional debido a que no se encontraron estudios que entreguen datos de prevalencia y/o condiciones laborales relacionadas en específico con el ejercicio de la odontopediatría.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL :

Identificar las condiciones laborales que determinan la prevalencia del síndrome de BO en estudiantes de pregrado y posgrado, que atienden la consulta de odontopediatría del Hospital de la Misericordia.

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS :

- Determinar la prevalencia del síndrome de BO mediante la aplicación del test de Malash burnout Inventory (MBI).
- Identificar las condiciones sociales y laborales relacionadas con la prevalencia del síndrome de BO, mediante un instrumento elaborado para tal fin.
- Relacionar las condiciones o factores sociales y laborales identificados con la prevalencia determinada en estudiantes de pregrado y posgrado que atienden la consulta de odontopediatría del Hospital de la Misericordia.

3. JUSTIFICACIÓN

El síndrome de BO es un problema de salud pública que va en aumento y que no sólo repercute en la salud de los profesionales de la salud sino también en la calidad asistencial, deteriorando la relación odontopediatra-paciente-padre y generando un alto costo, tanto social como económico.

Estudios recientes ponen en evidencia que la prevalencia de este síndrome en personal sanitario depende del contexto y debido a las recientes políticas de atención en salud, los profesionales se ven enfrentados a atender gran cantidad de pacientes para mejorar la cobertura a costa de la calidad, Lo anterior explica por qué a través de los años se identifica una tendencia de aumento a nivel mundial, lo cual tiene consecuencias negativas, no sólo para el trabajador sino también para la institución en la que éste trabaja.

A nivel nacional e internacional no se han reportado estudios que hayan identificado este síndrome en profesionales que ejercen la Odontopediatria, a pesar de que presentan una serie de características laborales que los hace más vulnerables, como es el tener contacto simultaneo con un mayor número de personas y muchas veces con características que hacen compleja su atención (niños de comportamiento negativo y padres dominantes), en comparación con otras especialidades de la odontología, lo que puede contribuir a su desgaste profesional.

Se decidió realizar en el hospital la Misericordia, porque es un centro de referencia nacional de alto nivel, en atención pediátrica, con un programa de reconocida trayectoria docente asistencial con la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia. En dicho hospital se tiene como misión prestar servicios integrales de salud pediátrica, con talento humano y tecnología adecuada. La asistencia prestada por el binomio estudiantes -docentes en este hospital, permite el contacto directo con pacientes de alta complejidad, con sus acudientes y personal auxiliar, lo que configura unas condiciones laborales reales, que pueden tener especialistas en espacios similares de diferentes latitudes.

Dado que este síndrome es prevenible, es muy importante disponer de datos sobre su prevalencia en el país, así como las condiciones laborales que pueden predisponer la presentación del mencionado síndrome en contextos como el Colombiano. Es fundamental que estos profesionales de la salud, se encuentren en plenas facultades psicológicas por las importantes labores que a diario desempeñan, el impacto emocional que implica para un individuo las primeras experiencias en odontología, junto con el compromiso social que tiene una atención adecuada en salud oral para la población infantil.

4. MARCO TEORICO

4.1 Desarrollo histórico del Síndrome de BO

Los trastornos físicos y psicológicos actualmente están aumentado, a causa del el ritmo de vida acelerado de las personas(1). Por tal motivo los autores se han preocupado por este fenómeno y han investigado para conocer la razón del aumento de la prevalencia de dichos trastornos y en particular estudiar aquellos de índole psicológica, como lo es el “Síndrome de burnout “(BO), que se origina del estrés laboral. (1) según Maslach y otros en 1997; Caramés en 2001 se ha observado que el Síndrome de BO en Inglés y traducido al español literalmente como quedar “quemado o consumido”, es uno de los trastornos psicológicos más virulentos en las organizaciones con y sin fines de lucro. (1-10)

El síndrome de agotamiento profesional *BO*, en su forma clínica fue descrito por primera vez en 1974 por el psiquiatra americano Herbert Freudenberger.(1,2)Lo definió como *una “sensación de fracaso y una experiencia agotadora que resulta de una sobrecarga por exigencias de energía, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador ”*, esté fenómeno, que empezó a aparecer en los años setenta en los Estados Unidos de América, hace referencia al desgaste o sobrecarga profesional de los profesionales sanitarios.(1-8)En esa misma época la psicóloga Cristina Maslach estudiaba las respuestas emocionales que se producen entre las personas que trabajaban en contacto directo con los demás.(3) Y en 1977 el Congreso anual de la Asociación Americana de psicólogos, lo utilizó para describirlo en personas que trabajan en los sectores de servicios humanos, profesionales de la salud y de la educación bajo condiciones difíciles en contacto directo con los usuarios, este término era empleado entonces por los abogados californianos para describir el

proceso gradual de pérdida de responsabilidad y desinterés entre compañeros de trabajo.(1,4)

Maslach y Jackson lo estudiaron desde una perspectiva tridimensional caracterizada por: agotamiento emocional(AE), manifestado por la pérdida progresiva de energía, cansancio y fatiga; despersonalización (DP), identificada por un cambio negativo de actitudes y respuestas hacia los demás con irritabilidad; y falta de realización personal en el trabajo (RP) con respuestas negativas hacia sí mismo y el trabajo. (1, 3,4) 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 ha de realizar”. Con base en los estudios hechos por estas autoras, fue elaborado el *Maslach Burnout Inventory-Human Service Survey*(MBI-HSS), dirigido a los profesionales de la salud. Y validado por TeBrake, Bouman, Gorter, Hoogstraten y Eijkman, en los odontólogos; posteriormente se mostró la versión holandesa del *Maslach Burnout Inventory-Nederlandseversie*(MBI-NL) desarrollado por Schaufeli y Van Dierendonck y validado por Gorter y colaboradores.(1,4)

4.2 Definición del Síndrome de BO

Cuando un profesional está "quemado", se trata de reflejar el hecho que una situación ya sea laboral, familiar o social le ha sobrepasado, agotando su capacidad de reacción de manera adaptiva. Es el final de un proceso continuo de tensión y estrés. Si bien esta experiencia negativa puede suceder en distintas esferas vitales, el término ha pasado a la investigación psicológica para reflejar una situación de desajuste entre el trabajador y el puesto que ocupa. (1-5)

La definición del "burnout" más consolidada es la de Maslach y Jackson (1981) quienes consideran que es una respuesta inadecuada a un estrés

emocional crónico cuyos rasgos principales son: un agotamiento físico y/o psicológico, una actitud fría y despersonalizada en la relación hacia los demás y no se siente bien para realizar las tareas.(1,3)

Los estudios sobre este tema se han iniciado en los profesionales de los servicios humanos, es decir, en aquellas personas que por naturaleza de su trabajo han de mantener un contacto directo con la gente. Es el caso de los trabajadores sanitarios, de la educación, del área de salud mental o del ámbito social. Si bien son muchas las variables que intervienen en este proceso de desgaste, los investigadores señalan que es la relación intensa con otras lo que de forma poderosa contribuye a la aparición de este síndrome, aunque de forma más completa podemos entender el "burnout" como el producto de una interacción negativa entre el lugar de trabajo, el equipo o staff y los "clientes". (1, 3,4)

Cordes y Dougherty en 1993 realizaron una revisión sobre el tema y plantearon que durante la primera fase de la investigación (período comprendido entre 1970 y1980) las definiciones del BO se podían clasificar en 5 tipos de conceptualizaciones: 1.Fracasar, gastarse, quedar exhausto, 2.Pérdida de la creatividad 3. Pérdida del compromiso con el trabajo 4. Distanciamiento de los clientes, compañeros de trabajo y de la organización en que se trabaja y 5. Respuestas crónicas al estrés. (4)

Con el tiempo la naturaleza del síndrome, se conoce con una mayor claridad y delimitación de las características del BO. Maslach, Schaufeliy, Leiter en el 2001 a través de sus análisis de investigación han realizado conceptualizaciones que hacen notar 5 elementos comunes del fenómeno: 1. Predominan síntomas disfóricos tales como fatiga emocional y conducta depresiva ,2. Hay un énfasis en síntomas mentales o conductuales, 3. Es un síndrome que sólo aparece en contextos de trabajo, 4. Los síntomas se manifiestan en personas normales que no han sufrido antes de

psicopatologías y 5. El desempeño del trabajo deficiente ocurre por actitudes y conductas negativas. (1,3)

Autores coinciden en decir que esta patología sería producto del estrés y que tiende a no aparecer de forma instantánea, sino que respondería a un proceso continuo (Maslach y otros, 2001; Cordes y Dougherty, 1993). (3)

Producto del trabajo de Maslach, Schaufeli y Leiter (2001), hoy en día se ha obtenido un concepto más refinado del BO, contando con una buena aceptación dentro de la comunidad académica y científica. Este concepto se deriva del análisis factorial de los resultados que obtuvieron Maslach y Jackson, por medio de la amplia aplicación en distintas muestras del instrumento denominado como el Maslach Burnout Inventory o MBI como se le abreviará en este trabajo (Maslach, 2003; Arthur, 1990; Cordes y Dougherty, 1993; Gil-Monte y Peiró, 1999a). estos autores lo define como un síndrome psicológico que se debe a un estresor interpersonal, que aparecería en el contexto laboral y que se le describe como un constructo trifactorial. Dichos constructos son el “Agotamiento Emocional”, conductas de “Despersonalización o Cinismo” hacia las personas que el profesional atiende y una sensación de ineffectividad o falta de “Realización Personal” (Maslach y otros, 2001). (3)

4.3. Características del síndrome BO

Dimensiones o constructor trifactorial del BO, se describen según Maslach 2001, que es una de las teorías más aceptadas en la actualidad.

- **Agotamiento o Cansancio Emocional :**

Es el rasgo fundamental del BO. Es la sensación de no poder dar más de sí mismo a los demás. (4)Para protegerse de tal sentimiento negativo, el sujeto trata de aislarse de los otros desarrollando así una actitud impersonal hacia los "clientes" y los miembros del equipo, mostrándose cínico, distanciado, utilizando etiquetas despectivas para aludir a los usuarios o bien tratará de hacer culpables a los demás de sus frustraciones y descenso de su compromiso laboral.(1)(3)(4)Según Cordes y Dougherty, 1993.El Agotamiento Emocional también se le describe como la fatiga o falta de energía y la sensación de que los recursos emocionales se han agotado. Puede darse en conjunto con sentimientos de frustración y tensión, en la medida que ya no se tiene motivación para seguir lidiando con el trabajo (4)

Según Maslach y Leiter (1997) las personas se sienten desgastadas e incapaces de recuperarse, cuando despiertan en las mañanas carecen de energía para enfrentarse a nuevos proyectos, sintiéndose como si no hubieran dormido en absoluto. La dimensión de Agotamiento Emocional se caracteriza por dejar a las personas sin recursos ni energías y con la sensación de que no puede ofrecer nada más, manifestando síntomas físicos y emocionales. Aparecen manifestaciones de irritabilidad, ansiedad y cansancio que no se recuperan con el descanso (Cordes y Dougherty, 1993; Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001). (1,3)

- **Despersonalización o Cinismo :**

Es el desarrollo de actitudes negativas e insensibilidad hacia las personas que se atiende y a los colegas en el trabajo. Esto deriva en conflictos interpersonales y aislamiento. Son personas que evitan cualquier acercamiento que sea desgastante (Cordes y Dougherty, 1993; Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001). (3)

En esta dimensión se pone una distancia entre sí mismos y al que recibe el servicio, ignorando activamente las necesidades de las personas, olvidando que los seres humanos son únicos y seres comprometidos con las otras personas (Maslach y otros, 2001). (3)

Se refiere a la deshumanización del individuo”, éste se torna cínico en cuanto a sus sentimientos hacia los clientes, compañeros de trabajo y la organización. Además se comienza tratar a las personas como objetos, actuando en forma distante e impersonal (Cordes y Dougherty, 1993) (1,4).

El Cinismo o despersonalización es un mecanismo que permite reducir al mínimo las emociones potencialmente intensas que podrían interferir con el funcionamiento en situaciones de la crisis. (1)

. Maslach y Leiter (1997) agregan que esto se debe a que la persona minimiza su involucramiento y compromiso con un trabajo que percibe como muy demandante, sacrificando sus ideales para protegerse de la fatiga y la desilusión. Por ejemplo, puede usar un lenguaje denigrante o descalificador para referirse a los pacientes e intelectualizaciones recurrentes de la situación. Así mismo, desarrollan actitudes rígidas y burocráticas, es decir, se guían “estrictamente por las reglas”, aunque no aporten a la solución del problema, de modo que evitan involucrarse con las dificultades de las personas con las que trabaja. (3)

- **Realización Personal**

Este rasgo es el sentimiento complejo de incompatibilidad personal y profesional al puesto de trabajo, que surge al comprobar que las demandas que se le hacen, exceden su capacidad para atenderlas debidamente. (1,4)

Este tercer componente puede estar presente o bien encubierto por una sensación paradójica de superioridad (4). Inconsciente de sentirse incompetente, el profesional trata de duplicar sus esfuerzos para afrontar

las situaciones dando la impresión a los que le observan que su interés y dedicación son inagotables. (4)

La dimensión de falta de Realización Personal alude a la sensación de que no se están obteniendo logros el trabajo, autocalificándose negativamente. Esto alude a las dificultades en el desempeño (Cordes y Dougherty, 1993; Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001) (3,4)

Esta dimensión describe la tendencia a auto evaluarse negativamente, declinando el sentimiento de competencia en el trabajo. El profesional Siente que no se desempeñan tan bien como lo hacían en un comienzo (Maslachy otros, 1997; Halbesleben y otros, 2004). (3,4)

Este rasgo hace énfasis en la evaluación personal que hace el trabajador de cómo se desempeña en el servicio o ayuda que presta a las personas. Este rasgo habla de sentimientos de insuficiencia y de baja autoestima (Bakker, 2002). (1, 3,4)

Resumiendo las tres dimensiones o rasgos del BO ,según Maslach, Schaufeli y Leiter (2001) lo plantean de la siguiente manera : El componente de estar **Agotado Emocionalmente** representa la dimensión básica e individual del estrés en el BO, El componente de **Despersonalización** o **Cinismo** representa la dimensión del contexto interpersonal del BO y por último el componente de **Realización Personal** en el trabajo se refiere a la dimensión de auto evaluación del BO.(1,4)

4.4 Las etapas de BO:

Según Grau y otros, 1998 el BO es un mecanismo particular de afrontamiento al estrés laboral y que a medida que se hace crónico y fallan las estrategias funcionales de afrontamiento habitualmente usadas por el profesional, manifiesta el síndrome. Es por ello que el síndrome tiene un

curso silencioso que avanza en gravedad, arrojando en las fases finales, los peores resultados de desempeño. (3, 4,7)

El BO se considera entonces un proceso continuo, donde su aparición no surge de manera súbita sino que emerge de forma paulatina, oculta e inclusive con un incremento progresivo en la severidad (ver Tabla 1). Se puede entonces distinguir distintas etapas para alcanzar un BO, una primera fase cuando las demandas laborales exceden los recursos materiales y humanos dándose una situación de estrés. Una segunda fase sería de exceso o sobreesfuerzo en la que el profesional daría una respuesta emocional a ese desajuste, apareciendo signos de ansiedad, fatiga, etc. El enfrentamiento defensivo correspondería a la tercera fase en la que se va a producir un cambio de actitudes y de conductas con el fin de defenderse de las tensiones experimentadas (4)

Tabla 1. Las etapas del síndrome de BO

ESTADOS SUCESIVOS DEL BURNOUT		
1.ª Fase	2.ª Fase	3.ª Fase
Stress laboral	Exceso o sobreesfuerzo	Enfrentamiento defensivo
Demandas ↔ Recursos	Tensión Fatiga Irritabilidad	Distanciamiento emocional Retirada. Cinismo Rigidez

Tabla 1. Muestra las Fases y/o etapas del burnout, tomada de Alvarez,E gallego, L. fernandezrios.The "Burnout" Syndrome or the professional attrition review of studies *Rev. Asoc. Esp. Neuropsíqu.* Vol. XI, N.O 39, 1991.

4.5 Sintomatología asociada

Son distintos los síntomas que se ven asociados al BO, sin embargo en la mayoría de estudios científicos realizados ,los síntomas se

agrupan en cuatro áreas : los psicósomáticos, los conductuales, los emocionales y los defensivos, descritos todos ellos en diferentes estudios realizados (3,6,7).

1. Los **signos psicósomáticos** son a menudo tempranos y dentro de ellos se incluyen las quejas de fatiga crónica, dolores frecuentes de cabeza y estómago, úlceras o desórdenes gastrointestinales, pérdida de peso, hipertensión, asma, dolores musculares (espalda y cuello) y en las mujeres, pérdida de ciclos menstruales.(3,6,7)
2. Los **signos conductuales** observados fueron el absentismo laboral, aumento de la conducta violenta y de los comportamientos de alto riesgo tales como conducción imprudente, inclinaciones suicidas. Incapacidad para relajarse, abuso de fármacos y alcohol, conflictos matrimoniales y familiares. (3,6,7)
3. Los **signos emocionales** estos consisten en el distanciamiento afectivo, la impaciencia e irritabilidad, los celos de llegar a convertirse en una persona poco estimada que pueden degenerar en sentimientos paranoicos. Frecuentemente la dificultad para concentrarse es debido a la ansiedad experimentada por la persona. Se produce así un descenso de las habilidades de memorización de los datos, razonamientos abstractos, elaboración de juicios, todo ello va a influir directamente en la relación del profesional con sus compañeros de trabajo y con sus pacientes, baja autoestima, presenta deseos de abandonar el trabajo y algunos casos con ideas suicidas(3,6,7)
4. Los **signos defensivos** se manifiestan cuando las personas se les dificulta aceptar sus sentimientos. La negación de sus emociones es un mecanismo con el que el sujeto trata de defenderse contra una necesidad que le es desagradable. La supresión consciente de información, la ironía, el desplazamiento de sentimientos hacia otras situaciones o cosas, la atención selectiva y la intelectualización, son otras formas de evitar la experiencia negativa. (3,6,7)

4.6 Prevalencia de BO en profesionales de la salud

Respecto a la prevalencia y a la incidencia de este síndrome, la información disponible es fragmentada, no hay aun algún estudio epidemiológico que permita visualizar el porcentaje de población real que la padece, y aunque existen investigaciones que se han unido a realizar esfuerzos en torno a determinar la prevalencia en diversos campos, y diferentes poblaciones, los datos que se han obtenido varían mucho de población en población estudiada, e incluso entre las mismas poblaciones. (10, 11,12)

En el caso del personal de salud las prevalencias varían, por ejemplo en el estudio de Grau et al (2007), en donde se toman más de diez mil personas de habla hispana que laboran en salud, a través del portal electrónico de la página Intramed, se muestran prevalencias muy variables según el país, por ejemplo: 14,9% en España, 14,4% en Argentina, 7,9% en Uruguay, 4,2% en México, 4% en Ecuador, 4,3% en Perú, 5,9% en Colombia, 4,5% en Guatemala y 2,5% en El Salvador. (12)

El Síndrome de BO, desafortunadamente tiene una gran prevalencia en los profesionales de la salud (Gil-Monte &Peiró, 1997); incluyendo a los estudiantes de dicha área (Sanders, 2002); y dentro de esta área de salud, los odontólogos se consideran como una profesión de alto riesgo para presentar el síndrome BO, causado por la naturaleza específica de su trabajo. En países europeos y americanos se evidencia una prevalencia variable del síndrome BO en odontólogos, pues las cifras reportadas, oscilan desde el 2-3 % (Alemany, Berini y Gay) hasta el 50,0 % (Mondol). Por ejemplo: en Hispanoamérica el síndrome se detecta con una frecuencia del 4,5 %; en América del 6,0 % al 50,0 %; en Europa del 2-3 % al 35,7 % y en México del 10,9 % al 36,0 %.(8,12) En cuanto la

odontopediatría no se encuentra evidencia, no se han realizado estudios para esta especialidad de la odontología.

A continuación se presenta un cuadro resumen con los datos encontrados en algunas investigaciones, de la prevalencia de Síndrome de BO en odontólogos en el 2012. (Tabla 2)(12)

Tabla 2. Resumen de algunos estudios de prevalencia del síndrome de BO en odontólogos

ESTUDIO	PREVALENCIA	LOCALIZACIÓN
Alemaný, Berini y Gay 2008	2-3 %	Barcelona, España
Gorter, et al (1999)	2,5%	Ámsterdam ,Holanda
Shelley y Wong (1991)	2,5 %	Ámsterdam Holanda
Grau , et al (2009)	45%	Hispanoamérica
Slate,Steler y Miller (1990)	6,0%	Arkansas,Estados Unidos
Gortes (2008)	8,0%	Reino Unido
Cartagena y Núñez (2003)	10,0%	Talca, Chile
Osbone y Groucher (1994)	103 %	Reino Unido
Hernandez,et al. (2007)	10,9 %	Distrito Federal, México
Ríos,et, al (2010)	13,8%	Sevilla España
Te Brake,et al (2008)	15,8%	Ámsterdam, Holanda
Gorter y Freeman (2011)	16,0%	Irlanda del Norte
Peterson, et al. (2008)	35,7%	Suecia
Díaz, Pérez y Lague(2006)	36,0%	Distrito Federal México
Marruco (2008)	38,8%	Buenos Aires, Argentina
Robles y Caceres (2010)	44,6%	Lima, Perú
Campos , et al (2010)	48,3%	Sao Paulo , Brasil
Mondol (2008)	50.0%	San José, Costa Rica
Castañeda y Garcia(2012)	50,3%	Guadalajara, Mexico

Tabla2. Tomada de CastañedaE,García,García A .Prevalence of the syndrome of professional exhaustion (burnout) in mexican dentists of the education sector and private,Med SecurTrab 2012; 58 (228) 246-260

4.7 Factores que aumentan el riesgo de desarrollar el BO

Muchos de los estudios que se han realizado, han intentado buscar una correlación entre los componentes del BO y los posibles factores de riesgo a la presentación de éste. (13, 14,15)

Leiter y Harvie (1996) agruparon estos factores en 3 grandes grupos: las características individuales, las características del cliente y las características del ambiente de trabajo, que son unos de los más utilizados. Sin embargo se mencionaran otros factores descritos por otros autores. (16, 17,18)

Características individuales:

Según Ackerley 1988 la posición teológica o ideológica tiene una gran influencia en el desarrollo del Burnout, otros factores asociados son la satisfacción que obtienen con actividades de ocio, su capacidad de empatía, el grado de aceptación de perspectivas de los otros, la capacidad de exteriorización o internalización del enojo, las estrategias de afrontamiento (Soriano, 2002), el tener un sentido o propósito en la vida, el grado de tensión experimentada en situaciones interpersonales, la práctica de ejercicio físico, relajación y calidad y cantidad de sueño, entre otras.(4, 15,16)

En los últimos años, se le está prestando atención a otro factor individual conocido con el nombre de inteligencia emocional. Según Ortiz y Jiménez en 2011, se refiere a “la habilidad de percibir con exactitud, valorar y expresar emociones, la habilidad de generar sentimientos que faciliten el pensamiento, la habilidad de comprensión emocional y conocimiento emocional y la habilidad de regular emociones para promover el crecimiento intelectual y emocional”. Este concepto plantea una nueva forma de visión en el estudio de las emociones, ya que dejan de ser elementos perturbadores de los procesos cognitivos para convertirse en

fenómenos vitales del ser humano que proporcionan información útil para solventar problemas cotidianos. “El uso inteligente de las emociones puede ayudar a nuestra adaptación psicológica y física” (Ortíz y Jiménez, 2011). (17) La relación del concepto de inteligencia emocional se relaciona con el Burnout en el tanto éste último se caracteriza por la presencia de diversas emociones negativas que llevan a una pérdida tanto de la calidad como del rendimiento en el trabajo que puede extenderse a otras áreas que afectan la calidad de vida de las personas.

Características del cliente O Paciente:

Según Maslach y Jackson (1986), citados por Leiter y Harvie (1996), las características del cliente y el tipo de contacto con este son un factor definitivo para el desarrollo de BO en todos los prestadores de servicios humanos. (3,4.17)

Los estudios se han focalizado en factores como el número y el tipo de casos, así como el nivel de contacto con el paciente, el cual se considera bajo con 50% o menos de contacto directo. En los últimos años se ha percibido que el hecho de tener demasiados pacientes, con altos niveles de tensión, poco tiempo para realizar el trabajo y el número de horas de contacto con el paciente por semana. Aumenta el riesgo de acumular momentos de estrés y posteriormente llegar a tener síndrome BO (Kandolin, 1993). Las actitudes de los pacientes tienen un gran impacto sobre el profesional, el comportamiento negativo o agresivo de parte cliente ha correlacionado positivamente para Burnout (Ackerley, 1988) (Kandolin, 1993). (17,18)

Hay contextos laborales en los que los clientes tendrán una mayor probabilidad de presentar conductas negativas y agresivas, por ejemplo, en instituciones psiquiátricas con pacientes de cuidado mental o manejo de paciente pediátrico, es importante mencionar en este punto que hay algunas situaciones que exponen al trabajador a actos violentos por parte

de los clientes. Así lo menciona Miret (2010), (4) en el caso de trabajadores de los servicios de emergencias, como lo es en la trato con pacientes pediátricos.

Otros autores Gutiérrez et al, 2006-Quinceno y Vinaccia, 2007 han descrito y clasificado los factores de riesgo para desarrollar BO en:

Factores sociodemográficos:

La mayor prevalencia de Burnout se da en personas jóvenes, género femenino, aunque varios autores refieren mayor prevalencia en los hombres ,solteros, sin pareja estable, portadores de personalidades optimistas, con expectativas altruistas elevadas, deseos de prestigio y mayores ingresos económicos, portadores de psicopatología de fondo.(4)

- **La edad** del sujeto en relación con la cantidad de experiencia en su profesión. Parece ser que cuando los años avanzan, se va adquiriendo mayor seguridad en las tareas y menor vulnerabilidad a la tensión laboral según Cherniss (1982); Maslach (1982) (3, 4,8).
Todos los autores coinciden en que la falta de formación práctica en las Escuelas y Centros Universitarios, viene a ser una trampa para los jóvenes que se inician en el ejercicio de sus labores. Algunos de los errores más comunes son, según Wilder y Plutchik (1981): excesivos conocimientos teóricos, escasos entrenamientos en habilidades prácticas, inexistencia del aprendizaje de técnica de autocontrol emocional y manejo de la propia ansiedad y falta de formación sobre el funcionamiento de las organizaciones en las que van a desarrollar su trabajo, aumentan e riesgo de presentar BO. (4)
- **Sexo y variables familiares.** Según el estudio de Maslach y Jackson (1985) las mujeres sobrellevan mejor que los hombres las situaciones conflictivas en el trabajo. En ese mismo años, Freudemberg y North

publicaban su libro dedicado a las mujeres "que han atendido a todo el mundo excepto a sí mismas". Estos autores son de la opinión de que el colectivo femenino es el que viene a engrosar las filas de los profesionales con BO, ya que ha de hacer frente a una sobreabundancia de tareas laborales y domésticas. En cuanto a las variables familiares, parece ser que la estabilidad afectiva y el ser padre o madre, mejora el equilibrio que se requiere para solucionar situaciones conflictivas. (2,3,8)

Factores propios del trabajo:

Las variables del marco de trabajo y de la organización han sido las más estudiadas en los últimos años ya que poseen el potencial suficiente para crear por sí solas, una sensación persistente de malestar o bien de satisfacción. (4)

Existen distintos factores encontrados según la división de Herzberg, Mausner y Symderman (1959) hablaremos de: *Variables intrínsecas o motivacionales* que son las relacionadas con el contenido del trabajo. Estas son: la Autonomía o libertad quedan al profesional para que decida por sí; Volumen de trabajo; significancia o importancia de la labor; Promoción y Desarrollo personal. (4)

Las variables extrínsecas, se agrupan en tres dimensiones: la física, la social y la organizacional. La primera incluiría todas aquellas variables relativas a las condiciones de habitabilidad en las que se realiza el trabajo (ruido, luz, espacio, decoración, etc). Dentro de la dimensión social estaría toda la gente con la que el profesional ha de estar en contacto (clientes, compañeros, jefes o supervisores). De las tres, es esta la dimensión que, junto con las variables intrínsecas, ha resultado ser la que tiene más relación con el desgaste laboral. (4)

Los excesivos trámites burocráticos, la estructura jerárquica, las normas y regulaciones, etc. son factores pertenecientes a la dimensión

organizacional, el que a nivel organizacional no se posibilite la toma de decisiones, que haya excesiva burocratización o demasiada complejidad y formalización de la empresa o institución para la cual se labora, ambientes donde no haya retroalimentación de la propia tarea, trabajos mal remunerados, etc. (4)

Definitivamente hay otros factores organizacionales relacionados con la aparición del BO, tales como pesadas cargas de trabajo, escasez de tiempo para cumplir con los deberes y el clima para el cuidado de la salud, sin embargo, no todos los trabajadores en un mismo lugar de trabajo se ven afectados. De ahí la importancia de considerar los factores individuales que podrían inducir susceptibilidad para desarrollar el BO. (16)

Un aspecto apoyo es el conflicto que se genera a partir de la lucha interna entre lo que una persona quiere alcanzar como trabajador y que tanto de esto puede realmente manejar o alcanzar, en otras palabras, sentimientos de inadecuación y dificultades para con la “consciencia”. El concepto de “consciencia” y su existencia como tal, se ha intentado medir en algunos estudios relacionados con BO. (17)

La consciencia puede ser percibida como una autoridad interna, una fuente de alerta, una demanda de sensibilidad, un recurso o más bien como una carga; esto se ha observado independientemente del contexto cultural del que provenga el individuo (Gustafsson, 2012).(18)

Glasberg et al (2007), demostraron la relación entre el estrés de la conciencia y la aparición del BO, en especial en correlación con aspectos como falta de tiempo para proveer un cuidado de salud adecuado, un trabajo tan demandante que influya la vida familiar y la percepción de no poder cumplir con las expectativas de los demás.

Leiter y Harvie (1996), postularon que el Burnout es más evidente en situaciones que “inhiben la capacidad del trabajador de darse cuenta de sus valores a través del trabajo”. Estos problemas surgen cuando hay asociada una demanda excesiva por número de casos o conflictos

personales que interfieren con la prestación de un adecuado servicio. Y se exacerban por percepción de un bajo apoyo de colegas, familia o escasez en los recursos para el trabajo mismo. (4)

Por su parte Penson (2000) agrupa los factores de riesgos en 4 características. En primer lugar describe el grado de entrenamiento del profesional, ya que varios estudios realizados y citados por este autor Wippen, 1991, Ramírez et al, 1995 y Creagan, 1993, han atribuido el BO a la falta de un entrenamiento adecuado, no solamente del tipo técnico, sino también en comunicación y estrategias de administración, también incluye factores de riesgo personal, como historia personal de enfermedad psiquiátrica, experiencias negativas en la infancia, y los rasgos de personalidad. Luego también presenta un apartado concerniente a los equipos de cuidado de salud, La relación que se desarrolla con el paciente juega un papel fundamental en el desarrollo de BO; es probable que por esto la prevalencia del síndrome es mayor en profesiones en que se desarrollan relaciones más cercanas con los pacientes, por ejemplo psicoterapeutas, oncólogos, servicios de cuidado infantil, en contraposición con cirujanos, ortopedistas, etc. (4,11)

Por último Miret 2010, agrupó los factores de riesgo para el Burnout en 3 grupos, el individual, el organizacional y el social. El primero de ellos se refiere a los factores psicológicos y psicopatológicos de los profesionales. En este apartado se incluyen, el optimismo, la autoestima, los trastornos de personalidad, los trastornos afectivos y ansiosos. El segundo lugar este autor propone factores sociodemográficos como edad, sexo, estado civil, presencia de una red de apoyo socio-familiar, el tipo de profesión y la historia a laboral, este último se refiere a los años de trabajo. Se refiere a factores propios de la organización laboral, como por ejemplo, turnos, horarios, rotaciones, sobrecarga laboral, equidad y justicia en el reparto de

la carga laboral, estructura de los servicios, control sobre el propio trabajo, satisfacción e identificación con el equipo de trabajo y la empresa, sistemas de recompensa, estrategias de motivación y expectativas de desarrollo profesional, conflictos entre valores de la empresa y el profesional. A continuación se encontrara un resume de los factores de riesgo de los distintos autores estudiados.

Tabla 3. Factores de riesgo del síndrome de BO estudiados por diferentes autores

AUTOR	AÑO	FACTORES DE RIESGO
Leiter y Harvie	1996	<ul style="list-style-type: none"> • Características individuales • Características del cliente • Características del trabajo
Gutiérrez et al Quinceno y Vinnacia	2006 2007	<ul style="list-style-type: none"> • Factores sociodemográficos • Factores propios del trabajo
Ortíz y Jiménez	2011	<ul style="list-style-type: none"> • Inteligencia emocional
Miret et al	2010	<ul style="list-style-type: none"> • Factores psicológicos y psicopatológicos • Factores sociodemográficos • Factores de organización laboral • Factores sociales
Weber y Jaekel	2000	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo social
Penson y Dignan	2000	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel de entrenamiento • Factores de riesgo personal • Eficacia de servicios de salud • Relación con el paciente
Glasberg Gustafsson	2007 2010	<ul style="list-style-type: none"> • Influencia del concepto propio de "conciencia"

Tabla 3. Muestra resumen de factores de riesgo para desarrollar síndrome de BO.

4.8 consideraciones especiales en atención odontopediatría

4.8.1 Condiciones emocionales afectivas del odontopediatra.

- **Personalidad:**

Los tipos de personalidad de los profesionales de los servicios humanos fueron hallados marcadamente diferentes en relación con los sujetos de otras ocupaciones, según el estudio de McCaulley (1981) (4). De acuerdo con este mismo trabajo, Keen (1982) (4) Myers y McCaulley (1985) (4) afirman que tanto en los servicios sanitarios como en los educativos, domina el "tipo emocional" frente a una personalidad de "tipo racional", con una proporción de alrededor de 80 % /20%.(4) Las personas del primer tipo tendrían más desarrollada la sensibilidad hacia materias relacionadas con el trato humano, así como una necesidad de actividades corporativistas, de afecto y entusiasmo. Dentro del segundo tipo estarían los sujetos que desarrollan un gran poder de análisis, objetividad y mirada lógica de los sucesos junto con un gran escepticismo.

La personalidad del individuo parece influir no sólo en la manifestación del "burnout" sino también en la predisposición del sujeto a él. De las dos tipologías relatadas, Garden comprueba recientemente (1989) (4) que las excesivas demandas emocionales pueden ser una importante causa del agotamiento profesional en las personalidades emotivas que son las que, por otra parte, predominan en los servicios humanos.

Cherniss (1980) (16) afirmaba que son los "activistas sociales" los que con más probabilidades pueden "quemarse". Llamaba así a aquellos sujetos que trataban de ir más en su trabajo, ofreciendo incluso ayuda individual a sus pacientes. Los calificaba de "visionarios" que tomaban su labor más como una cruzada que como una tarea para ganarse la vida. De esa forma, su vida privada quedaba reducida y supeditada a su afán transformador del mundo. (4)

- **Afrontamiento**

Para autores como Leibovich, Schmidt y Marro, 2002 afirman que actualmente hay un creciente interés por estudiar las estrategias de afrontamiento y reconocer en ellas un particular modo de responder a las diferentes situaciones que generan estrés (19)

Lazarus y Folkman (1984) definen al afrontamiento como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (19).

El afrontamiento también es definido por Everly (1989) “como un esfuerzo para reducir o mitigar los efectos aversivos del estrés, esfuerzos que pueden ser psicológicos o conductuales” (19). En la misma línea, Frydenberg y Lewis (1997) definen al afrontamiento como “las estrategias conductuales y cognitivas para lograr una transición y una adaptación efectivas” (2,19).

Se han descrito diferentes estilos de afrontamiento o estrategias de afrontamiento. “Los estilos de afrontamiento se refieren a predisposiciones personales para hacer frente a las situaciones y son los responsables de las preferencias individuales en el uso de unos u otros tipos de estrategia de afrontamiento, así como de su estabilidad temporal y situacional. Por otro lado, las estrategias de afrontamiento son los procesos concretos que se utilizan en cada contexto y pueden ser altamente cambiantes dependiendo de las condiciones desencadenantes” Fernández-Abascal, 1997. (19) Así, mientras los estilos son las formas habituales, relativamente estables, que tienen una persona para manejarse con el estrés, las estrategias son situacionalmente dependientes, constantemente cambiantes y están influidas por los estilos que tiene un sujeto de afrontar los problemas de la vida diaria. (19)

Revisando la bibliografía sobre el tema, resalta los diferentes intentos realizados por los autores por clasificar las estrategias de afrontamiento (Meichenbaum y Turk, 1982; Endler y Parker, 1990; Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, De Longis y Gruñe, 1986). Lazarus y Folkman (1984) propusieron ocho estrategias de afrontamiento: (19)

1. Confrontación: constituyen los esfuerzos de un sujeto para alterar la situación. Indica también cierto grado de hostilidad y riesgo para él.
2. Planificación: apunta a solucionar el problema. Se da durante la evaluación de la situación.
3. Aceptación de la responsabilidad: indica el reconocimiento del papel que juega el propio sujeto en el origen y/o mantenimiento del problema. Es lo que comúnmente se señala como “hacerse cargo”.
4. Distanciamiento: Implica los esfuerzos que realiza, por apartarse o alejarse del problema, evitando que éste le afecte al sujeto.
5. Autocontrol: Se considera un modo de afrontamiento activo en tanto indica los intentos que el sujeto hace por regular y controlar sus propios sentimientos, acciones y respuestas emocionales.
6. Re evaluación positiva: supone percibir los posibles aspectos positivos que tiene una situación estresante.
7. Escape o evitación: A nivel conductual, implica el empleo de estrategias tales como beber, fumar, consumir drogas, comer en exceso, tomar medicamentos o dormir más de lo habitual. También puede ser evitación cognitiva, a través de pensamientos irreales improductivos. En general, apunta a desconocer el problema.
8. Búsqueda de apoyo social: Supone los esfuerzos realiza para solucionar el problema acudiendo a la ayuda de terceros, con el fin de buscar consejo, asesoramiento, asistencia, información o comprensión y apoyo moral.

Las dos primeras estrategias estarían centradas en el problema (en tanto resultan más instrumentales ya que modifican el problema haciéndolo

menos estresante); las cinco siguientes están centradas en la emoción (ya que apuntan a la regulación de la emoción) y la última estrategia se focaliza en ambas áreas. Lazarus y Folkman (1984) señalan además que algunas estrategias son más estables a través de diversas situaciones estresantes, mientras que otras se hallan más asociadas a contextos situacionales particulares. Por ejemplo, pensar positivamente es relativamente estable y depende sustancialmente de la personalidad; en cambio, la búsqueda de soporte social es inestable y depende principalmente del contexto social como lo menciona Leibovich, Schmidt y Marro, 2002 (19).

Olson y Mc Cubbin (1989) señalan la importancia de entender al afrontamiento tanto como un proceso, como una estrategia. El afrontamiento constituye un proceso que el sujeto pone en marcha para hacer frente a situaciones estresantes; sin embargo, no siempre la puesta en marcha de este proceso garantiza su éxito. Si al hacerlo el individuo tiene éxito para solucionar el evento presente, repetirá el mismo ante situaciones similares; en caso contrario buscará otro recurso. Así, y según Fernández-Abascal (1997), estaríamos ante una situación de aprendizaje por ensayo y error. (19)

4.8. 2 Influencias del comportamiento del paciente en odontopediatría

Autores como Maslach y Jackson (1986), citados por Leiter y Harvie (1996),(3.17,18) describen que las características del paciente y el tipo de contacto con este, son un factor definitivo para el desarrollo de BO en todos los prestadores de servicios humanos.(3) basados en esta teoría se puede relacionar con los profesionales de odontopediatría, ya que a pesar que no haya evidencia científica para esta profesión, en odontopediatría hay un contacto directo con pacientes-padres y personal auxiliar, en más de un 50 %se enfrenta a diario a situaciones complejas por el

comportamiento negativo y agresivo, que se puede presentar durante la consulta y al realizar cualquier tipo de tratamiento, lo cual pone en riesgo a que el profesional tenga a diario muchas situaciones de estrés que pueden ser acumuladas, hasta desarrollar el síndrome de BO como lo constata Kandolin, 1993 .(4,20) .

Por otro lado habitualmente los niños cuando asisten a consulta de odontopediatría se enfrentan a situaciones de miedo y ansiedad. Sí el odontopediatra no controla dicha situación, esta ansiedad puede ser percibida y transmitida, al profesional, al acudiente y hasta el equipo de trabajo. Cuando esto ocurre frecuentemente el profesional se enfrenta a condiciones repetitivas de estrés; si a la anterior situación le aumentamos factores laborales como carga de trabajo, el desconocer un procedimiento, no tener apoyo del equipo de trabajo, contacto con pacientes agresivos (el caso de paciente de mal comportamiento y/o padres autoritarios y dominantes),etc. Va aumentar la tensión para el profesional como lo afirman autores como Ackerley 1988 y Kandolin, 1993. (20) Que pondría la odontopediatría en una profesión de alto riesgo para el síndrome de BO.

4.9 MODELOS TEORICOS DEL BO

4.9.1 La teoría Ecológica del Desarrollo Humano de cuyas ideas participaran autores como Bronfenbrenner (21) y Moas (22), fue utilizada por Carroll (1979) (23) Y Carroll y White (1982) (24) para hacer un análisis de las causas del desgaste profesional. Según esta perspectiva, el "burnout" es un desajuste ecológico entre los distintos ambientes en los que de manera directa o indirecta, la persona participa. Cada uno de estos contextos (familiar, político, económico, etc.) tiene su propio código de relaciones, normas y exigencias que en ocasiones se interfieren entre sí. En esta línea están las ideas de Cherniss (1982) (25) quien opina que son

las tendencias culturales, políticas y económicas las que han cambiado dramáticamente orientándose en la actualidad hacia una valoración excesiva del éxito en el trabajo y la productividad, sin tener muy en cuenta el factor humano. Más que existir unas creencias o ideales que El joven profesional suele ser el más perjudicado porque se encuentra con una falta de preparación para la que no va a encontrar un espacio adecuado de expresión ya que lo que prima en el ambiente laboral es la "eficiente ejecución".

4.9.2. La Teoría Cognitiva, el sujeto actúa de filtro de sus propias percepciones por lo que los mismos hechos no son estresantes para todos los individuos (26). El que un profesional se "queme" va a depender de su forma de entender la relación con los clientes o receptores del servicio. El ideal de actuación sería un "interés distante", es decir, la persona habría de mantener un equilibrio entre la objetividad y el acercamiento emocional. Todo lo que se aleje de esto va a suponer una excesiva identificación o bien, un comportamiento distanciado. Ambas posturas, junto con las de asumir toda la responsabilidad de la relación o por contra, considerar que no se tiene ninguna, son formas diferentes de enfrentarse a la realidad que pueden contribuir al desgaste profesional.

4.9.3. Teoría Social y de las Organizaciones. Para Golembiewski, Hills y Daly el "burnout" es el resultado de una falta de acuerdo entre los intereses de la empresa y las necesidades de los trabajadores. (26) Esta teoría pone su énfasis en la consideración del contexto laboral como un sistema familiar en el que los profesionales de los servicios humanos, necesitan superar las dificultades que surgen entre los miembros del equipo antes de pretender prestar una atención adecuada a los pacientes.

No existe una teoría única que nos explique el fenómeno del desgaste profesional, sino que todas ellas tratan de arrojar luz sobre aquellos factores que de una forma u otra, parecen contribuir a la aparición de este síndrome. Las investigaciones que se han ido realizando, más que seguir una teoría concreta, se han centrado en algunas variables para observar su contribución en la aparición del cansancio emocional.

Tabla 4. Modelos teóricos del síndrome de BO.

Teorías	Ideas que mantienen
Ecológica	La interrelación entre los distintos ambientes en los que participa el sujeto directa o indirectamente, puede hacer que se produzcan "desajustes ecológicos", esto es, cuando las distintas normas y exigencias entran en conflicto
Cognitiva	No es tanto la situación, como la percepción de la misma por el sujeto. El que resulte estresante depende de sus esquemas mentales.
Social y organizacional	Son las variables del contexto laboral las que van a determinar la experiencia negativa-del sujeto.

4.10 Comparación de BO con otros estados

La validez de la definición del síndrome necesariamente implica comparar para lograr diferenciar el BO con otros estados. Esto es relevante dado que

el proceso en que ocurre el BO supone una compleja interacción de variables afectiva cognitivo-aptitudinales, actitudinales y ambientales (Gil-Monte y Peiró, 1998). (8)

Incluso la discusión inicial sobre el síndrome se focalizó en la validez discriminante del BO, de modo que se buscaba conocer si era un fenómeno diferente y distintivo (Maslach y otros, 2001). (3,8) Entre los constructos que se han observado como más relacionados con el síndrome se encuentran la depresión, la satisfacción laboral y finalmente su estrecha relación con el estrés. A continuación se va a mencionar los más comunes.

4.10.1 Satisfacción Laboral

En cuanto a las diferencias entre satisfacción laboral y BO, las investigaciones han encontrado una correlación negativa entre estos dos constructos. Esta indica que no son idénticos, pero sí que están claramente ligados. Sin embargo, la naturaleza de cómo están ligados sigue siendo materia de especulación, dado que no queda claro si la insatisfacción lleva a BO o si es el BO el que generaría la sensación de insatisfacción laboral. No obstante a ello, se ha visto que hay personas que no están plenamente satisfechas con su trabajo y no necesariamente presentan el Síndrome (Maslach y otros, 2001). (3,8)

4.10.2 Estrés

El BO tradicionalmente se le ha conceptualizado como una forma de estrés. Estresores específicos, como por ejemplo conflictos de rol, ambigüedad y sobrecarga causarían tensión a corto plazo, y a largo plazo estos pueden tener un efecto acumulador que causa el BO (Oro y otros, 1993, citado en Densten, 2001). (27)

La investigación con relación al estrés y salud de las personas sigue principalmente dos líneas. Aquella centrada en la reacción del individuo y su vulnerabilidad (Seyle, 1978) (27) y aquella centrada en los estresores externos como principales responsables (Um y otros, 1998; Hillhouse y otros, 2000, Brunnstein1999; Chanlat, 1999). (27,28)

• **Perspectiva de vulnerabilidad individual**

Selye (1978), (17) define al estrés como la respuesta del cuerpo a cualquier demanda que se le hace. Hay estrés positivo (eustress) asociado con sentimientos de alegría y realización y estrés negativo (distress), que puede tender a la cronicidad.

Se conceptualiza al estrés como la transacción que se produce entre el organismo y su ambiente. El esquema de funcionamiento de nuestra sociedad se basa en asumir responsabilidades y cumplir exigencias. Según Silpak (1991), habría personas que tienen dificultades en adaptarse a estas exigencias. Ante las exigencias o situaciones amenazantes, objetivas o percibidas como tales, el organismo responde con una activación general, denominada por Seyle como Síndrome General de Adaptación, que busca movilizar recursos necesarios para enfrentar la amenaza. Esta condición es la que se denomina "estrés". El estrés sirve de motivación para la superación de obstáculos, sin embargo, la presencia continuada de un estresor puede agotar las energías del sujeto, haciendo que este se sienta sobreexigido, pasando así del estrés al estrés agudo o distress (Silpak, 1991). Seyle (1978) divide la reacción general de adaptación en tres etapas. (17,27)

Etapas 1: Reacción de alarma: Son todas las manifestaciones generales inespecíficas que debido a la brusca acción de estímulos, afectan a la mayor parte del organismo y no le permiten adaptarse ni cuantitativamente ni cualitativamente.

Etapas 2: Resistencia: Cuando la tensión es prolongada, el cuerpo se mantiene muy activado, en especial el sistema inmunológico, y comienza a operar mal. El organismo se debilita y es más susceptible a otros agentes estresores.

Etapas 3: Extenuación: Si el estrés continúa o surgen nuevos factores, la persona comienza a mostrar señales de agotamiento y desgaste muscular; durante este período, si continúa el estrés, el sujeto puede presentar problemas psicológicos y enfermedades (somatizaciones), que lo puede llevar hasta a la muerte.

En el progreso de las etapas arriba mencionadas, el organismo en período de estrés prolongado se debilita, afectando las funciones cognitivas, afectivas y conductuales del sujeto, además de su sistema inmunológico. Desde esta perspectiva, el énfasis se coloca en la “percepción” del estímulo como estresante, con independencia de su relación con una realidad objetiva. Así es que se puede afirmar que hay factores de personalidad y actitudinales que aumentan la propensión al desarrollo de estrés, como por ejemplo, las llamadas personalidades tipo A y B de Eysenck (citado en Silpak, 1991) respecto de las cuales en diversas investigaciones se ha reportado la relación entre estos tipos de personalidad con ciertas patologías somáticas. Por ejemplo, el tipo A (muy activo, enfrenta las situaciones vitales como un desafío constante), se encuentra predispuesto al desarrollo de patologías cardíacas, y últimamente se ha investigado la posibilidad que el tipo C (principalmente evitador de conflictos, reprimiendo la rabia) esté aparentemente ligado al desarrollo del cáncer (Fernandez-Ballesteros y Ruiz, 1997) (7 ,28)

• **Perspectiva centrada en los estímulos estresantes**

Se busca identificar y clasificar diversos estresores ambientales y su responsabilidad en el desarrollo de diversas enfermedades. Esta corriente ha cobrado fuerza en el estudio del estrés laboral.

Los estresores pueden ser clasificados como sigue (Croucher, 1991). (17,27)

A. Bio - Ecológicos

Son relacionados con hábitos pobres de alimentación (demasiada cafeína, azúcar blanco refinado, harina procesada, sal, etc.), estresores ambientales como el ruido y la polución del aire.

B. Profesionales

Incluyen elementos tales como la incertidumbre de la carrera; roles poco definidos o contradictorios, sobrecarga de tareas, bajo soporte social en el trabajo, (Cordes y Dougherty, 1993), comunicación poco clara (Leiter, 1988), liderazgo, falta de oportunidades para desarrollar la carrera, frustraciones en el manejo del tiempo (Mirivis, 1999) entre otros.(17) Este factor sería clave en el desarrollo del BO.

C. Factores Psicológicos

Incluyen cambios vitales (lesión personal, muerte de un pariente, etc.), soledad de las personas como una situación muy estresante y personalidad, e influyen en la vulnerabilidad al BO (Golembiewski, 1989). (26,28)

4.10.3 El BO y su relación con el Estrés

La principal diferencia entre estos dos estados es que el estrés tiene efectos positivos y negativos para la vida, y el BO siempre trae consecuencias negativas (Maslach, 2003). (3) Cordes y Dougherty (1993) (17)concluyen que de los factores que componen tradicionalmente el BO (Agotamiento Emocional, Despersonalización y baja Realización Personal), el Agotamiento Emocional y baja Realización Personal son constructos formalmente estudiados en relación con el estrés. Sin embargo, la Despersonalización es un constructo único del síndrome y que no es abordado en la literatura acerca del estrés (Cordes y Dougherty, 1993).

(14) Por otra parte, Maslach y Leiter (1997), señalan que el BO es un síndrome que afecta directamente a los valores y la esperanza de las personas, provocando cuestionamientos existenciales y vocacionales que no se observan en el síndrome de estrés. (8,28)

5.11. Maslach Burnout Inventory (MBI)

El primer inventario creado por Maslach y Jackson (1981, citado en Cordes y Dougherty, 1993) (3,6) para medir el nivel de Burnout o estar quemado, consistía en un cuestionario de 47 ítems aplicado a una muestra de 605 personas de organizaciones de servicio. Las respuestas obtenidas fueron sometidas a un análisis factorial, del cual se obtuvieron 10 factores compuestos por 25 ítems. Estos a su vez fueron nuevamente sometidos a prueba en una muestra confirmatoria de 420 personas, en la que reaparecieron 4 factores. Finalmente, de ellos quedaron 3 factores, que por su alta contribución a la explicación de la varianza, constituyeron las tres dimensiones del BO, con 22 ítems finales (Cordes y Dougherty, 1993). (6) Por otra parte, la primera edición del MBI mantenía dos tipos de escalas según la frecuencia e intensidad del síndrome. De éstas, la escala de frecuencias es la que muestra una mejor correlación en la mayoría de las investigaciones. Debido a estas razones, los autores han aceptado la utilización de una sola escala de frecuencia en la segunda edición. Así, se desarrolló la versión final del Maslach Burnout Inventory (MBI), el cual fue el primer instrumento científicamente validado sobre el tema (Maslach y otros, 2001). Posteriormente se desarrollaron versiones para poblaciones específicas: una versión para quienes entregan servicios a personas (MBI-HSS), una versión para educadores (MBI-ES) y la más reciente, una versión general (MBI-GS) para personas que no trabajan prestando servicios o asistencia directamente a otros (Maslach y otros, 2001).

Además del MBI, se han desarrollado una gran variedad de instrumentos para medir este fenómeno, que usan dimensiones idénticas o similares a las del MBI y que también han sido relevantes en cuanto su aporte a la investigación. Entre ellos están el Staff Burnout Scale for Health Professionals (SBS-HP) (Jones, 1980 Citado en Gil-Monte y Peiró, 1999b), el Burnout Measure (BM) (Pines y Aronson, 1988, Citado en Gil-Monte y Peiró, 1999b), el "Cuestionario Breve de Burnout" ó CBB (Moreno y otros, 1997) y el Shirom-Melamed Burnout Measure (SMBM) (Shirom y Shmuel, 2002) entre otros, que han sido empleados de manera continua, sistemática y rigurosa, propiciando estudios y resultados que han contribuido a entender mejor el fenómeno del BO. Pese a ello, solamente el MBI cuenta con muestras amplias y diversas en cuanto a características ocupacionales y de su lugar de origen, por lo que este instrumento ha sido aceptado como un estándar para medir el BO. Así mismo, su validez discriminante es mucho mejor que la de otros instrumentos, tales como el BM. Por ejemplo a este último, se le criticado su baja capacidad para discriminar entre BO y depresión, ansiedad o baja autoestima. Así, diversos autores reconocen que el MBI es el instrumento que más ha aportado a la conceptualización del síndrome (Cordes y Dougherty, 1993; Gil-Monte, 1999; Schaufeli, 2000; Maslach, 2001; Halbesleben, 2004). (1-10)

La investigación empírica basada en el MBI ha permitido llegar a una conceptualización inductiva que ha sido un aporte relevante para conocer mejor el BO e identificar los elementos comunes que componen el síndrome (Arthur, 1990; Halbesleben y otros, 2004). (8) Contiene ítems que permiten la determinación de los síntomas o dimensiones, según la frecuencia en que se presentan en el contexto del trabajo. Estas tres dimensiones ya mencionadas con anterioridad son el Agotamiento Emocional, la Despersonalización o Cinismo y la Realización Personal en el trabajo, las que no fueron derivadas teóricamente, sino que fueron

resultado de un análisis exploratorio de una serie de experiencias asociadas con el fenómeno del BO por medio del MBI (Gil-Monte, 1999). La conceptualización del BO propuesta por el MBI es un constructo multidimensional, que se refiere a dimensiones variadas, pero relacionadas en un sólo constructo teórico. Maslach y colegas (2001) (6) argumentan que esto provee una representación holística de un fenómeno complejo, sin embargo muchas investigaciones concluyen que es necesario proveer argumentos teóricos para saber por qué los tres factores están relacionados y qué ítems componen dichos factores (Gil-Monte, 1999). Sin embargo, la estructura trifactorial propuesta por los autores del MBI no ha estado exenta de problemas psicométricos lo que ha impedido su consolidación, mostrando varias debilidades. Entre ellas se pueden observar problemas de consistencia interna, por entregar valores relativamente bajos, en especial para la escala de Despersonalización, (Gil-Monte y Peiró, 1999b). Así mismo, hay diversos ítems que presentan problemas y se observan diversas recomendaciones para eliminar algunos, siendo los más frecuentes los ítems 12 y 16 (Barría, 2002; Byrne, 1993; Gil-Monte y Peiró, 1999b y Densten, 2001).(6.9,10) Por otra parte, si bien la validez factorial de las dimensiones del MBI ha sido bastante estudiada, no todas las investigaciones apoyan la estructura trifactorial original. Algunas investigaciones reportan haber obtenido una o dos dimensiones, otras llegando incluso a 6 y 7 factores. Es por ello que la discusión sobre el tema aún sigue siendo necesaria, dado que no existe una mayoría que respalde a un tipo particular de solución factorial (Gil-Monte, 1999; Schaufeli, 2000; Densten, 2001; Shirom y Shmuel, 2002).(12)

4.11.1. Validez factorial del MBI

Es así como aun cuando el MBI es un instrumento que se utiliza con mayor frecuencia para medir el BO, siendo un estándar para el tema (Schaufeli,

1999), no ha podido ser consolidada su validez y confiabilidad para distintos contextos y grupos de profesionales (Bakker, 2002; Barnett, 1999; Gil-Monte, 1999; Grajales, 2000; Halbesleben, 2004).(4,12) Esto es especialmente complejo, dado que se ha observado que se ha tendido a aplicar el instrumento sin tomar en cuenta que no hay coincidencia sobre qué factores son los que realmente mide el MBI. Esto puede deberse a que sus componentes son inestables en cuanto a la estructura factorial (variando la estructura trifactorial propuesta por los autores), a ítems que tienen una pertenencia factorial ambigua y hay problemas relacionados con la construcción de la escala (Bakker, 2002; Barnett, 1999; Gil-Monte, 1999; Grajales, 2000; Halbesleben, 2004) (4,12). Es por ello que es importante saber si existe el constructo en diferentes contextos y profesiones, para determinar el grado de variabilidad y saber si es una medida universal o circunscrita a un grupo específico. Aun así el MBI cuenta con un adecuado nivel de consistencia interna, que va de 0.75 a 0.90 en muchas de las investigaciones realizadas (Jackson y otros, 1986). (4)

El MBI cuenta con dos versiones principales:

El MBI-GS ó versión general, que es la más reciente, es para profesiones no asistenciales. Los hallazgos de esta prueba son polémicos. Por ejemplo, Bakker y sus colegas (2002) dan cuenta de una estructura factorial de tres dimensiones, que contrasta con otros resultados que muestran una estructura factorial en donde la escala de Despersonalización muestra una baja consistencia interna (Evans y Fisher, 1993)(4)

El MBI-HSS y el MBI-ES son versiones equivalentes, para profesiones asistenciales o de servicio a personas y para educadores. Para estos últimos hay una mayor cantidad de estudios que dan cuenta de la consistencia interna y buscan esclarecer la composición factorial del instrumento.

Hay una gran cantidad de estudios realizados en base a la aplicación del inventario MBI que apoyan la propuesta tridimensional del síndrome, sin embargo el instrumento aún sigue siendo cuestionado por su validez factorial y consistencia interna, para muestras representativas de diversos tipos de poblaciones. La mayoría de las investigaciones, aun cuando dan pie al modelo tridimensional de la escala, sugieren modificaciones, diversas formas de interpretarla y en otros casos la eliminación de algunos de los ítems del inventario (5,6,7) Para autores como Grajales, 2000; Gil-Monte,1999; Schaufeli, 2000; Densten, 2001; Shirom y Shmuel, 2002(10.12) evidencian que el comportamiento de los elementos de la escala es muy inestable, como se puede evidenciar en el hecho de que los ítems que se sugieren corregir o eliminar tienden a ser diferentes de estudio en estudio.

Lo anterior está reflejado en lo encontrado para Odontólogos, por lo que se hace necesario utilizar esta escala dado que es el parámetro validado hasta ahora, sin embargo se hace necesario que se diseñe una versión especial para los odontopediatría debido a las características laborales .

5. MATERIALES Y METODOS

Diseño del Estudio:

El tipo de estudio que se realizó es cuantitativo descriptivo univariado, bivariado y multivariado, mediante el cual se identificó la prevalencia y las condiciones laborales que se determinan en el síndrome de BO en profesionales que atienden la consulta de odontopediatría en el hospital de la misericordia. Para esto se empleó la escala Maslach Burnout Inventory (MBI) en su versión validada en español y un instrumento elaborado para identificar los principales factores de riesgo asociados al síndrome de agotamiento en odontopediatría, condiciones laborales asociadas al síndrome BO ,durante la atención en odontopediatría.

La Población

Personal de la salud que atiende la consulta de odontopediatría en Bogotá.

Muestra

40 individuos conformados por estudiantes de pregrado- posgrado y docentes de pregrado- posgrado, que atienden la consulta en el Hospital de la Misericordia.

Criterios de inclusión:

- Estudiantes de pregrado-posgrado y docentes que atienden la consulta de odontopediatría del Hospital la Misericordia.
- Consentimiento informado firmado (aceptación voluntaria de participar en el estudio)

Criterios de Exclusión:

- Estudiantes de pregrado-posgrado y docentes, que atiendan otras áreas de odontología que no sea odontopediatría.

- Personal de odontopediatría que ya este diagnosticado con síndrome de BO.

Técnica de recolección de datos e instrumentos utilizados:

Se utilizaron dos instrumentos de recolección de datos, el primero de ellos el Cuestionario de Datos Sociodemográficos y factores de riesgo asociados al síndrome de BO en odontopediatría (ver anexo 1), y el Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI) (ver anexo2), en su versión validada en español. Además se le entregó a cada persona antes de la participación un Formulario de Consentimiento Informado (ver anexo 3) y un folleto informativo diseñado por las investigadoras,(Ver anexo 4) que contenía una amplia explicación del propósito del estudio, así como los beneficios y riesgos de participar en el mismo.

Una vez aceptada dicha invitación a participar ,se entregaba personalmente las encuestas y se daban instrucciones verbalmente para su diligenciamiento.se sugería contestar con la mayor honestidad posible ,ya que se salvaguardaría la confidencialidad de los datos. Las encuestas fueron recogidas inmediatamente terminado el diligenciamiento.

Se procedió a realizar la tabulación de datos de frecuencia en una tabla diseñada en Microsoft Excel, para luego realizar el análisis estadístico.

6. RESULTADOS

6.1 Análisis de Datos

Inicialmente para el test de Malash participaron 40 individuos y se realizó una prueba de consistencia interna mediante el método de alfa de Cronbach con el fin de medirla prevalencia de síndrome de BO y se encontró que para las 22 preguntas del test se obtuvo un alfa de 0.5585397 lo cual indica que según Nunnally (1967, p. 226) el estudio se encuentra en las primeras fases de la investigación, también se realizó esta misma prueba para cada uno del conjunto de ítems que describen cada uno de los constructos y se encontró que para:

Cansancio Emocional (CE) se obtuvo un alfa de 0.7675435 esto indica según Huh, Delorme&Reid (2006) que el estudio en este constructo es confirmatorio, **Despersonalización** (DE) se obtuvo un alfa de 0.4933578 y **Realización Personal** (RP) se obtuvo un alfa de 0.5676309, para estos dos últimos constructos según Nunnally (1967, p. 226) el estudio se encuentra en las primeras fases de la investigación.

Luego se procedió a hacer un análisis de frecuencias por cada ítem encontrando.

En la tabla anterior se observa que para los ítems correspondientes a Cansancio Emocional el 47.5% de los participantes manifiestan pocas veces al año para el ítem “Me siento emocionalmente defraudado por mi trabajo”, por otra parte el 37% de los 40 participantes manifestaron que pocas veces a la semana y el 27,5% todos los días, “Cuando termino la jornada de trabajo me siento agotado”, mientras que para el ítem “Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada me siento fatigado” el 22.5% dicen que pocas veces al año, por otro lado el 80% de los encuestados manifiestan que todos los días Sienten que pueden entender fácilmente a las personas que tienen que atender, para el ítem “Siento que trabajar todo el día con personas me cansa” el 30% manifestaron que pocas veces al año, mientras que el 20% manifestaron que todos los días sienten que su trabajo los está desgastando, para el ítem “Me siento frustrado por mi trabajo” el 27.5% de los encuestados manifestaron que nunca. El 40% de los encuestados manifestaron que todos los días sienten que están mucho tiempo en su trabajo, mientras que el 35% manifestaron que pocas veces al año se sienten como si estuvieran al límite de sus posibilidades.

Tabla 6. Frecuencias y porcentajes de respuestas para los ítems de despersonalización

		Nunca	Pocas veces al año	Una vez al mes	pocas veces al mes	Una vez a la semana	Pocas veces a la semana	Todos los días	Total
estoy tratando a algunos pacientes como si fuesen objetos impersonales		29	7	0	1	3	0	0	40
		72,5%	17,5%	0%	2,5%	7,5%	0%	0%	100%
Siento que me he hecho más duro con la gente		14	9	6	3	3	4	1	40
		35%	22,5%	15%	7,5%	7,5%	10%	2,5%	100%
Siento que este trabajo me está endureciend o emocional mente		9	13	10	3	2	1	2	40
		22,5%	32,5%	25%	7,5%	5%	2,5%	5%	100%
realmente no me importa lo que les ocurra a las personas que tengo que atender posiblemente		32	3	5	0	0	0	0	40
		80%	7,5%	12,5%	0%	0%	0%	0%	100%
Me parece que los beneficiarios de mi trabajo me culpan de algunos de sus problemas		21	3	5	6	3	1	1	40
		52,5%	7,5%	12,5%	15%	7,5%	2,5%	2,5%	100%

Para los ítems correspondientes a despersonalización se observa que el 72,5% de las personas encuestadas manifestaron que nunca sienten que están tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales, mientras que el 35% de los encuestados dicen que nunca sienten que se han hecho más duros con la gente. Por otra parte el 80% manifestaron que nunca sienten que realmente no les importa lo que les ocurra a las personas que tienen que atender posiblemente. También el 52,5% dijeron que nunca les parece que los beneficiarios de su trabajo los culpan de algunos de sus problemas

La prevalencia se midió con el Test de Maslach 1981, de la siguiente manera consta de 22 ítems y en él se pueden diferenciar 3 constructos que miden las tres dimensiones que conforman este síndrome. Agotamiento emocional conformado por los ítems 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14,16 y 20. Despersonalización: Constituido por los ítems 5, 10, 11,15 y 22. Realización personal: la conforman los ítems 4, 7, 9, 12, 17, 18,19 y21. La relación entre puntuación y Síndrome de BO es proporcional, no existe un punto de corte que indique si existe o no tal entidad. Lo que se hace es distribuir los rangos de las puntuaciones totales de cada constructo en tres tramos que definen un nivel de BO experimentado. En la siguiente tabla se explica cómo se debe calificar los dimensiones del Maslach:(6)

Tabla 8. Guía de puntaje de cada constructo según Malach, para determinar prevalencia del síndrome de BO.

DIMENSION	BAJO	MEDIO	ALTO
Agotamiento emocional	≤ 16	17-27	28
Despersonalización	≤ 5	6-10	11
Realización personal	40	34-39	≤ 33

La Tabla anterior muestra los puntajes para cada dimensión para el test de Malash y determinar si es bajo, medio o alto y establecer la prevalencia de síndrome de BO.

Una vez categorizados los constructos de esta forma se encontró lo siguiente:

Tabla 9. Resultados de estadísticas básicas para los puntajes de cada constructo

Constructo	Mínimo	Mediana	Media	Desv. típ.	Máximo
Agotamiento emocional	4	23,50	24,18	9,941	52
Despersonalización	0	6,00	5,60	4,162	16
Realización personal	28	42,00	40,88	5,075	48

Tabla 10. Frecuencias y porcentajes de Nivel CANSANCIO EMOCIONAL

	Frecuencia	Porcentaje
ALTO	9	22,5%
MEDIO	23	57,5%
BAJO	8	20,0%
Total	40	100,0%

En la anterior tabla se observa que para nivel de cansancio emocional el 57% de los 40 participantes presentan un nivel medio de cansancio emocional, mientras que el 22,5% presentan un nivel alto de cansancio emocional.

Tabla 11. Frecuencias y porcentajes de Nivel DESPERSONALIZACION

	Frecuencia	Porcentaje
ALTO	6	15,0%
MEDIO	15	37,5%
BAJO	19	47,5%
Total	40	100,0%

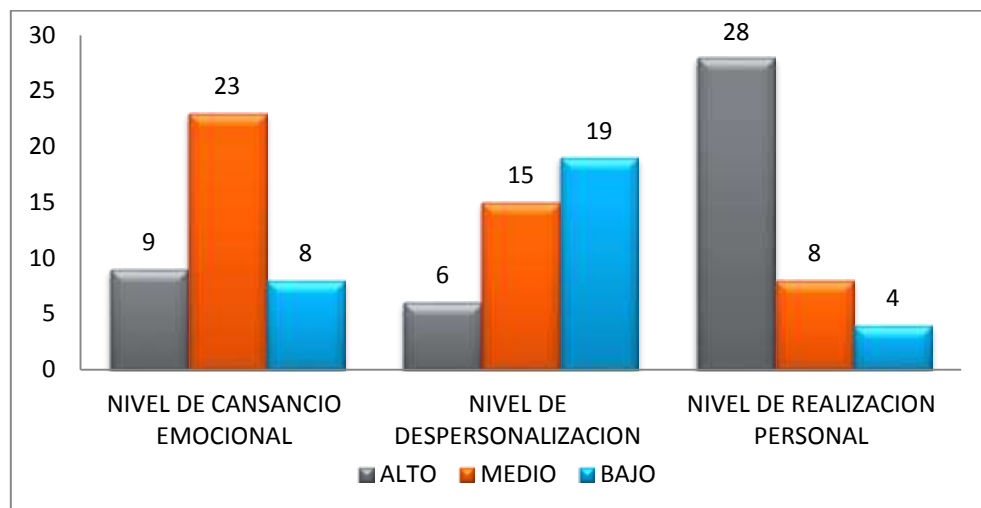
En la anterior tabla se observa que para el 47% de los 40 participantes presentan un nivel bajo de Despersonalización, mientras que tan solo el 15% presentan un nivel alto, el 37 % un nivel medio.

Tabla 12. Frecuencias y porcentajes de Nivel REALIZACION PERSONAL

	Frecuencia	Porcentaje
ALTO	28	70,0%
MEDIO	8	20,0%
BAJO	4	10,0%
Total	40	100,0%

En la anterior tabla se observa que para nivel de Realización Personal el 70% de los 40 participantes presentan un nivel Alto de Realización Personal, mientras que 20% presenta un nivel medio y tan solo el 10% presentan un nivel Bajo de Realización Personal.

Gráfica 1. Constructos O Dimensiones del síndrome de BO por niveles



En la anterior grafica se observa que en general para el nivel de realización personal fue alto, para cansancio emocional fue medio y para despersonalización fue bajo.

Una vez realizados estos niveles, para llegar a la conclusión si una persona presenta o no el síndrome de BO, se tomó como criterio de diagnóstico si hay puntuaciones altas En agotamiento emocional y despersonalización, y baja en realización personal o logros personales, esto define el síndrome. (6)

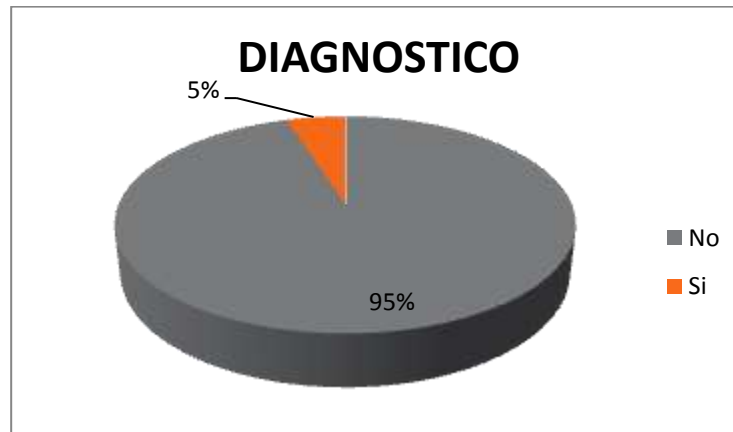
Por lo cual el diagnóstico fue el siguiente:

Tabla 13. Frecuencias y porcentajes de Diagnostico de síndrome de BO

	Frecuencia	Porcentaje
No	38	95,0%
Si	2	5,0%
Total	40	100,0%

En la anterior tabla se observa que tan solo 2 de los 40 pacientes presentan síndrome de BO, basado en el Test de Malash.

Gráfica 2. Prevalencia de síndrome de BO en porcentaje.



En la anterior grafica se muestra que el 95% de los participantes en esta prueba no presentan como diagnostico el síndrome de BO en comparación con el 5%, que si lo presenta .basado con el Test de Malash.

6.3 Resultados de encuesta de factores de riesgo asociados al síndrome de BO en odontopediatria

Para la encuesta participaron las mismas 40 personas que participaron en el Test de Malash. A continuación se ilustran los resultados obtenidos a nivel univariado, inicialmente por variables socio demográficas y luego las preguntas individuales.

Tabla 14. Frecuencia y porcentaje de grupos de edad.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
De 20 a 30 Años	32	80,0%
De 31 a 40 Años	3	7,5%
De 41 a 50 Años	2	5,0%
De 51 a 60 Años	3	7,5%
Total	40	100,0%

En la tabla anterior se interpreta que la mayoría de la muestra tenían de 20 a 30 año, donde el 80% de los participantes se encuentran entre 20 y 30 años,

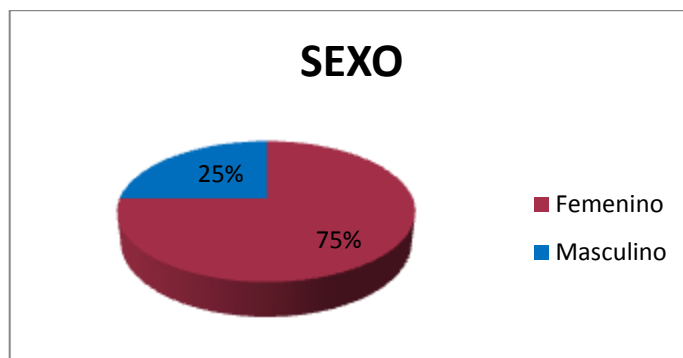
más específicamente el 25% tienen 21 años, mientras que tan solo el 7,5% tienen entre 51 y 60 años.

Tabla 15. Frecuencia y porcentaje de sexo

	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	30	75,0 %
Masculino	10	25,0 %
Total	40	100,0

En la anterior tabla se observa que 30 de los 40 encuestados son de sexo femenino mientras que tan solo 10 son de sexo masculino.

Gráfica 3. Distribución porcentual del sexo.

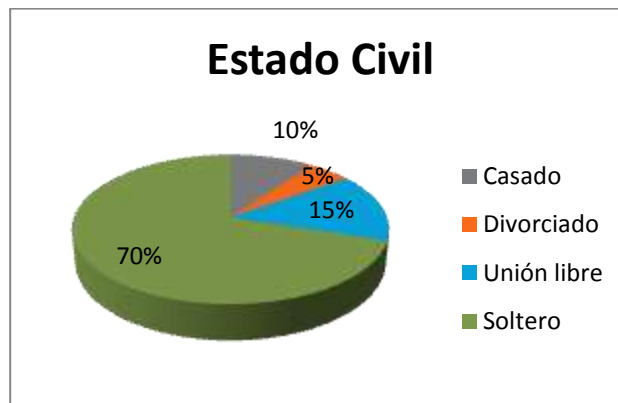


En la anterior grafica se observa que el 25% de la población encuestada son de sexo masculino mientras que el 75% son de sexo femenino.

Tabla 16. Frecuencia y porcentaje de Estado Civil

	Frecuencia	Porcentaje
Casado	4	10,0 %
Divorciado	2	5,0 %
Unión libre	6	15,0 %
Soltero	28	70,0%
Total	40	100,0%

Gráfica 4. Distribución porcentual del estado civil



Con base en lo anterior se observa que el 70% de los 40 participantes en esta encuesta son Solteros, mientras que tan solo el 5% son Divorciados.

Tabla 17. Frecuencia y porcentaje de cargo que ejerce en el hospital

	Frecuencia	Porcentaje
Estudiante Pregrado	24	60,0%
Residente primer año	5	12,5%
Residente segundo año	4	10,0%
Docente	7	17,5%
Total	40	100,0%

En la anterior tabla se observa que el 60% de los encuestados ejercen en el hospital como Estudiante Pregrado, por otro lado el 22,5 % son estudiantes de posgrado y el 17,5% ejercen en el hospital como docentes.

A continuación se describirán las frecuencias simples de las Preguntas propias de la encuesta:

Tabla 18. Frecuencia y porcentaje del Tiempo que lleva ejerciendo Odontopediatría

	Frecuencia	Porcentaje
Menos de un año	23	57,5%
Un año	6	15,0%
Más de un año	11	27,5%
Total	40	100,0%

En la anterior tabla se observa que el 57,5% de los encuestados llevan menos de un año ejerciendo Odontopediatría, Mientras que el 15% llevan ejerciendo Odontopediatría Un año y el 27% más de un año.

Tabla 18.1 Promedio y desviación estándar del tiempo que lleva ejerciendo la odontopediatría.

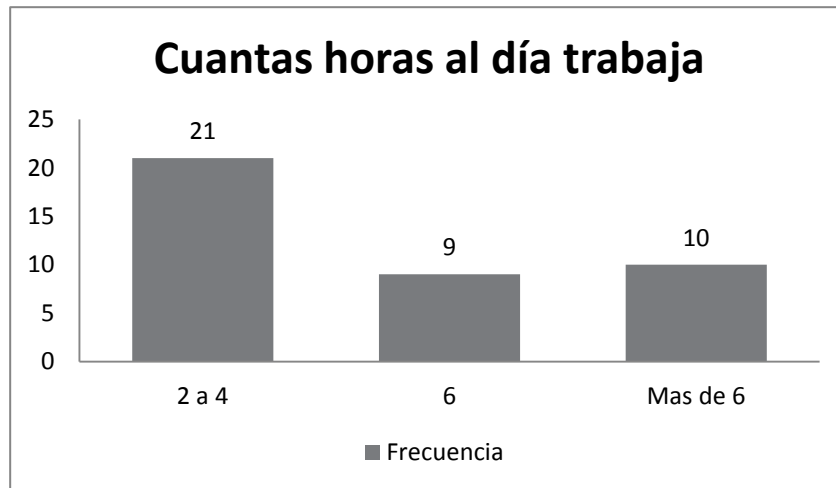
	Mínimo	Media	Mediana	Desv. típ.	Máximo
Cuantos años lleva ejerciendo Odontopediatría	1,5	11,682	3,000	11,4875	28,0

El 50 % tiene más de un año ejerciendo Odontopediatría entonces, mientras el otro 50 % tienen menos de 3 años ejerciendo Odontopediatría, en cuanto a la dispersión de los años que llevan ejerciendo la Odontopediatría se puede observar que la mayoría llevan entre un mes y 23 años, por lo tanto están muy dispersos estos valores.

Tabla 19. Frecuencia y porcentaje de Cuantas horas al día trabaja?

	Frecuencia	Porcentaje
2 a 4	21	52,5 %
6	9	22,5%
Más de 6	10	25,0%
Total	40	100,0%

Gráfica 5. Distribución Frecuencial de cuantas horas trabaja al día.



Con base en lo anterior se observa que el 52,5 % de los 40 participantes en esta encuesta trabajan de 2 a 4 horas diarias, mientras que el 25 % trabajan más de 6 horas ,22.5% Trabajan 6 horas.

Tabla 20 .Estadísticas básicas de Cuantos pacientes atiende en su jornada de trabajo

	Mínimo	Media	Mediana	Desv. típ.	Máximo
Cuantos pacientes atiende en su jornada de trabajo	1	3,98	2,00	3,431	18

Tabla 21. Frecuencia y porcentaje de Cuantos pacientes atiende en su jornada de trabajo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
1	5	12,5%	12,5
2	17	42,5%	55,0
3	3	7,5%	62,5
4	2	5,0%	67,5
5	3	7,5%	75,0
6	2	5,0%	80,0
7	2	5,0%	85,0
8	2	5,0%	90,0
9	2	5,0%	95,0
10	1	2,5%	97,5
18	1	2,5%	100,0
Total	40	100,0%	

Con base en lo anterior se observa que el 42.5% de los 40 participantes en esta encuesta atiende 2 pacientes en su jornada de trabajo, También se observa que el promedio de pacientes que atienden en su jornada de trabajo es de 3,98, y el máximo que atiende son 18pacientes en su jornada de trabajo.

Tabla 22. Frecuencia y porcentaje de Siente que sus pacientes deberían ser citados con mayor intervalos de tiempo

	Frecuencia	Porcentaje
Si	21	52,5 %
No	19	47,5%
Total	40	100,0%

En la tabla anterior se observa que 21 de los 40 participantes sienten que sus pacientes deberían ser citados con mayores intervalos de tiempo, por lo que este sentimiento está bastante dividido.

Tabla 23. Frecuencia y porcentaje de Se siente presionado al tener pacientes en sala de espera

	Frecuencia	Porcentaje
Ocasionalmente	16	40,0%
Frecuentemente	19	47,5%
Rara Vez	5	12,5%
Total	40	100,0%

En la anterior tabla se observa que el 47,5% de los encuestados Frecuentemente se sienten presionados al tener pacientes en sala de espera, Mientras que el 12,5% rara vez se sienten presionados al tener pacientes en sala de espera.

Tabla 24. Frecuencia y porcentaje de Se siente más tranquilo cuando atiende pacientes de

	Frecuencia	Porcentaje
Consulta Externa	25	62,5%
Urgencias	2	5,0%
En las dos Situaciones	12	30,0%
Ninguna	1	2,5%
Total	40	100,0%

Por otro lado, el 62,5% de las personas encuestadas Se siente más tranquilo cuando atiende pacientes de Consulta externa, mientras que tan solo una persona No siente más tranquilo cuando atiende pacientes ni de Consulta Externa, ni de Urgencias.

Tabla 25. Frecuencia y porcentaje de Alguna vez ha pensado dejar de ejercer la odontopediatría

	Frecuencia	Porcentaje
Si	22	55,0%
No	18	45,0%
Total	40	100,0%

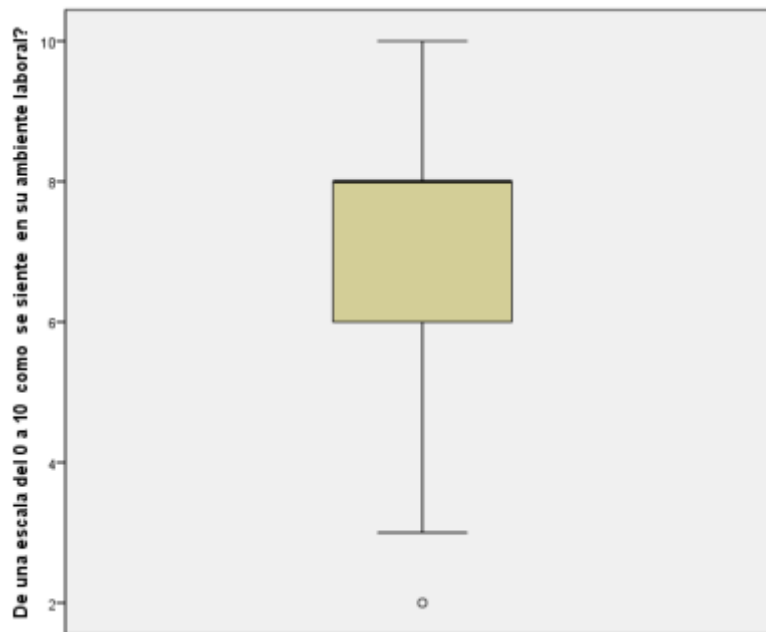
En la anterior tabla se observa que el 55,0% de los encuestados Alguna vez han pensado dejar de ejercer la odontopediatría, Mientras que el 45% No lo han hecho.

Tabla 26. Frecuencia y porcentaje de Piensa que ejercer la odontopediatría le genera estrés

	Frecuencia	Porcentaje
Poco	19	47,5%
Mucho	21	52,5 %
Total	40	100,0 %

El 52,5% de los participantes Piensa que ejercer la odontopediatría le genera Mucho estrés, mientras que el 47,5% de los participantes Piensa que ejercer la odontopediatría le genera Poco estrés.

Grafica 6. Boxplot de una escala de 0 a 10 como se siente en su entorno laboral?



En el anterior Boxplot se observa que más del 75% de los encuestados para la pregunta: “de una escala de 0 a 10 como se siente en su entorno laboral” contestaron menos de 8. Solo una persona contesto 2. En general se sienten bien en su ambiente laboral.

Tabla 27. Frecuencia y porcentaje de una escala de 0 a 10 como se siente en su entorno laboral

	Frecuencia	Porcentaje
2	1	2,5%
3	1	2,5%
4	2	5,0%
5	3	7,5%
6	4	10,0%
7	8	20,0%
8	14	35,0%
9	4	10,0%
10	3	7,5%
Total	40	100,0%

De la tabla anterior se observa que el 35% dieron una puntuación de 8 en la pregunta “de una escala de 0 a 10 como se siente en su entorno laboral”, mientras que tan solo el 17,5% contestaron 9 o más.

Tabla 28. Frecuencia y porcentaje de Usted cuenta con Auxiliar personalizado mientras ejerce la odontopediatría

	Frecuencia	Porcentaje
Si	10	25,0%
No	30	75,0%
Total	40	100,0%

Por otro lado el 75% de los encuestados contestaron que No cuentan con Auxiliar personalizado mientras ejerce la odontopediatría.

Tabla 29. Frecuencia y porcentaje de Siente que al no tener auxiliar cerca realizando sus actividades básicas le genera angustia?

	Frecuencia	Porcentaje
Si	21	70,0%
No	9	30,0%
Total	30	100,0%

En la anterior tabla se observa que de las 30 personas que No cuentan con Auxiliar personalizado mientras ejerce la odontopediatría el 70% Siente que al no tener auxiliar cerca realizando sus actividades básicas le genera angustia.

Tabla 30. Frecuencia y porcentaje de Alguna vez ejerciendo actividades en odontopediatría ha desconocido como realizar un procedimiento?

	Frecuencia	Porcentaje
Si	32	80,0%
No	8	20,0%
Total	40	100,0%

Además se observa que el 80% de los 40 participantes Alguna vez ejerciendo actividades en odontopediatría han desconocido como realizar un procedimiento.

Tabla 31. Frecuencia y porcentaje de Si tiene que realizar un procedimiento que desconoce usted:

	Frecuencia	Porcentaje
Se tensiona y no realiza el procedimiento	3	9,4%
Realiza el procedimiento bajo mucha tensión	19	59,4%
Lo realiza tranquilamente	10	31,3%
Total	32	100,0%

En la anterior tabla se observa que de los 32 encuestados que alguna vez ejerciendo actividades en odontopediatría han desconocido como realizar un procedimiento el 9,4% se tensiona y no realiza el procedimiento, mientras que el 59,4% realizan el procedimiento bajo mucha tensión, mientras que el 31,3% lo realiza tranquilamente.

Tabla 32. Frecuencia y porcentaje de alguna vez después de aplicar técnica de anestesia local, su paciente se ha quejado de dolor

	Frecuencia	Porcentaje
Si	30	75,0%
No	10	25,0%
Total	40	100,0%

El 75% de los encuestados alguna vez después de aplicar técnica de anestesia local, su paciente se ha quejado de dolor.

Tabla 33. Frecuencia y porcentaje de Producir Dolor en su paciente le genera

	Frecuencia	Porcentaje
Angustia	10	33,3%
Frustración	9	30%
Tranquilidad	3	10%
Angustia y Frustración	8	26,6%
Total	30	100%

En la anterior tabla se observa que el 33,3% de los 30 encuestados que alguna vez después de aplicar técnica de anestesia local, su paciente se ha quejado de dolor, Producir Dolor en sus pacientes les genera Angustia, mientras que tan solo el 10% Producir Dolor en sus pacientes les genera Tranquilidad.

Tabla 34. Frecuencia y porcentaje de Usted alguna vez ha atendido un paciente de comportamiento negativo (Según Escala de Frank), Y no sabe cómo manejar la situación

	Frecuencia	Porcentaje
Si	27	67,5
No	13	32,5
Total	40	100,0

Por otro lado el 67,5% de las personas encuestadas alguna vez ha atendido un paciente de comportamiento negativo (Según Escala de Frank), Y no sabe cómo manejar la situación.

Tabla 35. Frecuencia y porcentaje de Como se sintió al no poder manejar esta situación:

	Frecuencia	Porcentaje
Angustia	1	3,7
Frustración	8	29,6
Tranquilidad	6	22,2
Angustia y Frustración	12	44,4
Total	27	100,0

En la anterior tabla se observa que el 44,4% de los 27 encuestados que alguna vez ha atendido un paciente de comportamiento negativo (Según Escala de Frank), Y no sabe cómo manejar la situación, se sintió con Angustia y Frustración al no poder manejar esta situación.

Tabla 36. Frecuencia y porcentaje de Al tener en la consulta un padre autoritario y Dominante usted se siente:

	Frecuencia	Porcentaje
Tensionado	28	70,0
Tranquilo	12	30,0
Total	40	100,0

Por otra parte el 70% de los encuestados se sienten Tensionados Al tener en la consulta un padre autoritario y Dominante, mientras que el 30% se sienten tranquilos.

Tabla 37. Frecuencia y porcentaje de que Le causa más estrés durante la consulta de odontopediatría?

	Frecuencia	Porcentaje
Exceso de pacientes	14	35,0%
La Falta de apoyo de equipo laboral	6	15,0%
Manejo de comportamiento del paciente	11	27,5%
Falta comunicación con acudiente	5	12,5%
Desconocer el manejo de un procedimiento	4	10,0%
Total	40	100,0%

El 35% de las personas que participaron en la encuesta manifiestan que les genera más estrés el Exceso de pacientes, mientras que el 10% dicen que les causa mayor estrés Desconocer el manejo de un procedimiento.

Tabla 38. Frecuencia y porcentaje de Sus pacientes que inicia tratamiento terminan tratamiento completo?

	Frecuencia	Porcentaje
Frecuentemente	26	65,0
Usualmente	14	35,0
Total	40	100,0

En la tabla anterior se observa que el 65% manifiestan que Frecuentemente sus pacientes que inicia tratamiento terminan tratamiento completo, mientras que ninguno dijo que nunca sus pacientes que inicia tratamiento terminan tratamiento completo.

Tabla 39. Frecuencia y porcentaje de cómo se siente con eso?

	Frecuencia	Porcentaje
Ertrt Angustiado	2	13,3%
Frustrado	4	26,7%
Tranquilo	9	60,0%
Total	15	100,0%

De las 15 personas que contestaron esta pregunta el 60% dijeron que se sentían Tranquilos de que sus pacientes no terminen sus tratamientos completos.

Tabla 40. Frecuencia y porcentaje de Siente usted que se le reconoce méritos por su desempeño laboral?

	Frecuencia	Porcentaje
Si	27	67,5%
No	13	32,5%
Total	40	100,0%

Con base en lo anterior se observa que el 67,5% de los participantes en esta encuesta respondieron que Sienten que se le reconoce méritos por su desempeño laboral.

Tabla 41. Frecuencia y porcentaje de Como siente que es su calidad de vida?

	Frecuencia	Porcentaje
Muy buena	8	20,0%
Buena	29	72,5%
Regular	3	7,5%
Mala	0	0%
Muy mala	0	0%
Total	40	100,0%

En la anterior tabla se observa que el 72,5% sienten que su calidad de vida es Buena, mientras que ninguno contesto siente que su calidad de vida es mala o muy mala.

Tabla 42. Moda y Frecuencia de Organice de mayor a menor (de 1 a 6) cual es la actividad que más le causa estrés, siendo 1 la que más estrés le causa?

	Moda	Frecuencia
Realizar procedimientos de operatoria	1	23
Realizar exodoncias	5	20
Realizar endodoncias	6	30
Atención a pacientes discapacitados	2	19
Atención de pacientes sistémicamente comprometido	3	20
Atención de urgencias	4	20

En la Anterior tabla se observa que los valores de escala más frecuentes para las actividades que más les causa estrés a nuestros participantes fueron las siguientes: La que más les causa estrés es Realizar procedimientos de endodoncia , la siguiente que más les causa estrés es Realizar exodoncias, en tercer lugar esta Atención de urgencias, en cuarto lugar esta Atención de pacientes sistémicamente comprometido, en quinto lugar esta Atención a pacientes discapacitados y como último o que menos estrés les causa es Realizar operatoria.

6.4 Análisis resultados bivariado

Una vez realizados los análisis univariados por cada una de las preguntas del test de Malash y del cuestionario factores de riesgo asociados al síndrome de agotamiento en Odontopediatría, se procedió a realizar el análisis bivariado relacionando los resultados de los dos test

Tabla 43. Tabla de contingencia de Cuantas horas al día trabaja? Vs Se siente presionado al tener pacientes en sala de espera?

		Se siente presionado al tener pacientes en sala de espera?			
		Ocasionalmente	Frecuentemente	Rara Vez	Total
Cuantas horas al día trabaja?	2 a 4	10 47,6%	8 38,1%	3 14,3%	21 100,0%
	6	2 22,2%	6 66,7%	1 11,1%	9 100,0%
	Más de 6	4 40,0%	5 50,0%	1 10,0%	10 100,0%
	Total	16 40,0%	19 47,5%	5 12,5%	40 100,0%

En la tabla anterior se observa que el 47,6% de las personas que trabajan de 2 a 4 horas diarias se sienten presionados al tener pacientes en sala de espera Ocasionalmente, mientras que el 66,7% de las 9 personas que trabajan 6 horas diarias se sienten presionados al tener pacientes en sala de espera frecuentemente, por otro lado el 50% de las 10 personas que trabajan más de 6 horas diarias se sienten presionados al tener pacientes en sala de espera frecuentemente.

Tabla 44. Tabla de contingencia de Cuantas horas al día trabaja? Vs Piensa que ejercer la odontopediatría le genera estrés?

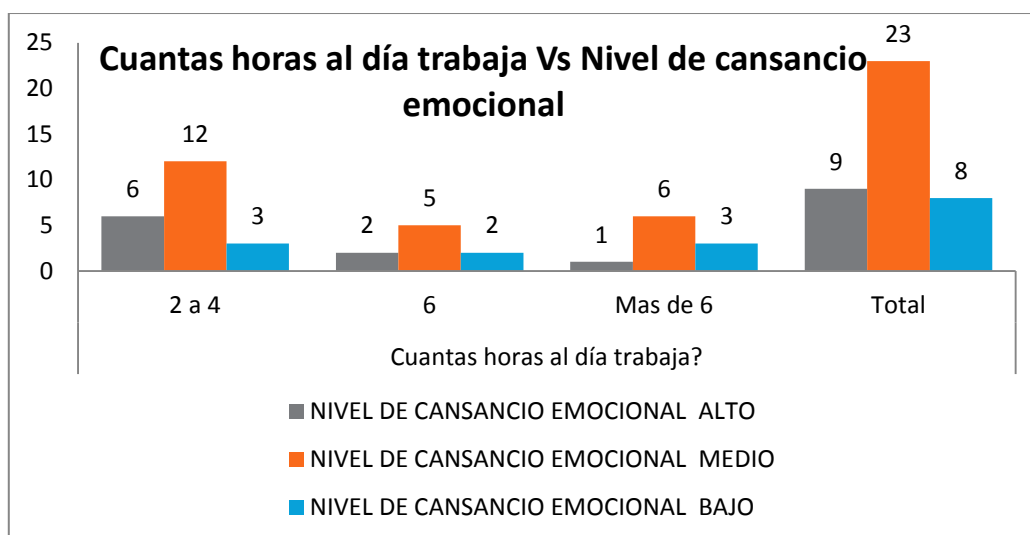
		Piensa que ejercer la odontopediatría le genera estrés?		
		Poco	Mucho	Total
Cuantas horas al día trabaja?	2 a 4	8 38,1%	13 61,9%	21 100,0%
	6	3 33,3%	6 66,7%	9 100,0%
	Más de 6	8 80,0%	2 20,0%	10 100,0%
	Total	19 47,5%	21 52,5%	40 100,0%

En la tabla anterior se observa que el 61,9% de las personas que trabajan de 2 a 4 horas Piensan que ejercer la odontopediatría les genera mucho estrés, mientras que el 66,7% de las 9 personas que trabajan 6 horas diarias Piensan que ejercer la odontopediatría les genera mucho estrés, por otro lado el 80% de las 10 personas que trabajan más de 6 Piensan que ejercer la odontopediatría les genera Poco estrés.

Tabla 45. Tabla de contingencia de Cuantas horas al día trabaja? Vs nivel de cansancio emocional

		NIVEL DE CANSANCIO EMOCIONAL			
		ALTO	MEDIO	BAJO	Total
Cuantas horas al día trabaja?	2 a 4	6 28,60%	12 57,10%	3 14,30%	21 100,00%
	6	2 22,20%	5 55,60%	2 22,20%	9 100,00%
	Más de 6	1 10,00%	6 60,00%	3 30,00%	10 100,00%
	Total	9 22,50%	23 57,50%	8 20,00%	40 100,00%

Gráfica 7. Distribución frecuencial de cuantas horas al día trabaja vs nivel de cansancio emocional



De lo anterior se observa que el 57.1% de las 21 personas que trabajan de 2 a 4 horas diarias tienen un nivel de cansancio emocional medio, mientras que el 55.6% de las 9 personas que trabajan 6 horas diarias tienen un nivel de cansancio emocional medio, además el 60% de las 10 personas que trabajan más de 6 horas diarias tienen un nivel de cansancio emocional medio.

Tabla 46. Tabla de contingencia de Tiempo que lleva ejerciendo Odontopediatría Vs nivel de cansancio emocional

		NIVEL DE CANSANCIO EMOCIONAL			
		ALTO	MEDIO	BAJO	Total
Tiempo que lleva ejerciendo Odontopediatría	Menos de un año	6 26,10%	14 60,90%	3 13,00%	23 100,00%
	Un año	1 16,70%	3 50,00%	2 33,30%	6 100,00%
	Más de un año	2 18,20%	6 54,50%	3 27,30%	11 100,00%
	Total	9 22,50%	23 57,50%	8 20,00%	40 100,00%

En la anterior tabla se observa que todas las personas no importa el tiempo que llevan trabajando tienen un nivel de cansancio medio.

Tabla 47. Tabla de contingencia de Se siente presionado al tener pacientes en sala de espera? Vs Siente que al no tener auxiliar cerca realizando sus actividades básicas le genera angustia?

		Siente que al no tener auxiliar cerca realizando sus actividades básicas le genera angustia?		
		Si	No	Total
Se siente presionado al tener pacientes en sala de espera?	Ocasionalmente	9 69,2%	4 30,8%	13 100,0%
	Frecuentemente	10 76,9%	3 23,1%	13 100,0%
	Rara Vez	2 50,0%	2 50,0%	4 100,0%
	Total	21 70,0%	9 30,0%	30 100,0%

Con base en lo anterior se observa que el 69,2% de las 13 personas que Se sienten ocasionalmente presionados al tener pacientes en sala de espera Sienten que al no tener auxiliar cerca realizando sus actividades básicas les genera angustia, Por otro lado el 76,9% de las 13 personas que Se sienten frecuentemente presionados al tener pacientes en sala de espera Sienten que al no tener auxiliar cerca realizando sus actividades básicas les genera angustia, mientras que la mitad de las 4 personas que rara vez se sienten presionados al tener pacientes en sala de espera, sienten que al no tener auxiliar cerca realizando sus actividades básicas No les genera angustia.

Tabla 48. Tabla de contingencia de Alguna vez después de aplicar técnica de anestesia local, su paciente se ha quejado de dolor? Vs Producir Dolor en su paciente le genera

		Producir Dolor en su paciente le genera				
		Angustia	Frustración	Tranquilidad	Angustia y Frustración	Total
Alguna vez después de aplicar técnica de anestesia local, su paciente se ha quejado de dolor?	Si	10 33,3%	9 30,0%	3 10,0%	7 26,7%	30 100,0%
	No	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
	Total	10 33,3%	9 30,0%	3 10,0%	8 26,7%	30 100,0%

En la tabla de contingencia anterior se concluye de las 30 personas que respondieron si a la pregunta su paciente se ha quejado de dolor después de una técnica de anestesia?, el 33.3% le genera angustia producir dolor en su paciente , por otro lado el 10 % se siente tranquilo al producir dolor en su paciente .

Tabla 49. Tabla de contingencia de Usted alguna vez ha atendido un paciente de comportamiento negativo (Según Escala de Frank), Y no sabe cómo manejar la situación Vs Como se sintió al no poder manejar esta situación:

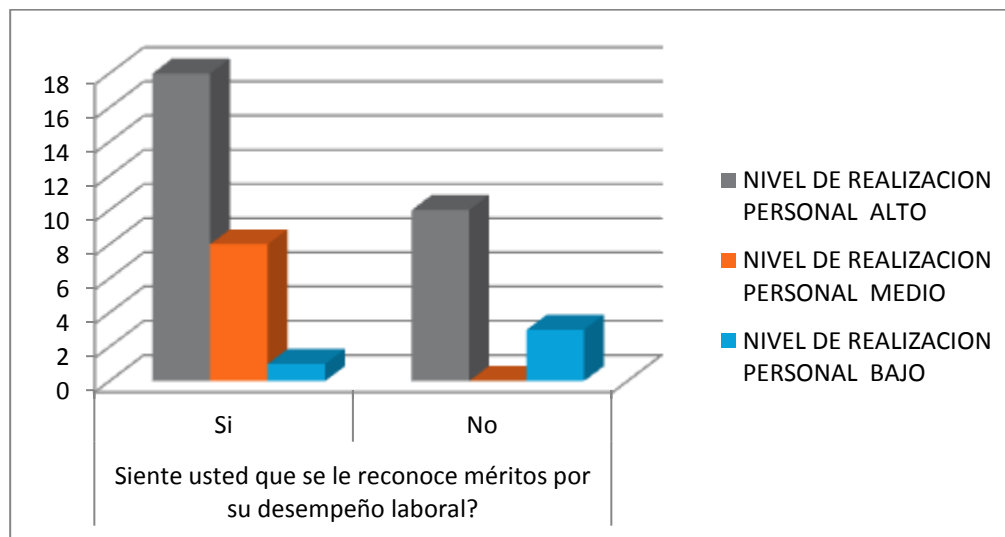
		Como se sintió al no poder manejar esta situación :				
		Angustia	Frustración	Tranquilidad	Angustia y Frustración	Total
Usted alguna vez ha atendido un paciente de comportamiento negativo (Según Escala de Frank), Y no sabe cómo manejar la situación	Si	1 3,7%	8 29,6%	6 22,2%	12 44,4%	27 100,0%
	No	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%
	Total	1 3,7%	8 29,6%	6 22,2%	12 44,4%	27 100,0%

En la tabla de contingencia anterior se concluye de las 27 personas que respondieron si a la pregunta usted atendido un paciente de comportamiento definitivamente negativo y no sabe cómo manejar la situación, el 44,4 % le genera angustia y frustración no manejar la situación, mientras el 22,2 % se siente tranquilo.

Tabla 50. Distribución porcentual siente usted que se le reconoce méritos por su desempeño laboral? Vs nivel de realización personal.

		NIVEL DE REALIZACION PERSONAL			
		ALTO	MEDIO	BAJO	Total
Siente usted que se le reconoce méritos por su desempeño laboral?	Si	18 66,70%	8 29,60%	1 3,70%	27 100,00%
	No	10 76,90%	0 0,00%	3 23,10%	13 100,00%
	Total	28 70,00%	8 20,00%	4 10,00%	40 100,00%

Gráfica 8. Distribución frecuencial siente usted que se le reconoce méritos por su desempeño laboral? Vs nivel de realización personal



Con base en lo anterior se observa que el 66,7% de las 27 personas que Sienten que se le reconoce méritos por su desempeño laboral, tienen un nivel de realización personal alto, mientras que el 23,1% de las 13 personas que Sienten que No se le reconoce méritos por su desempeño laboral, tienen un nivel de realización personal alto también. sin embargo si se compara los niveles de realización bajo entre los dos grupos , el porcentaje de nivel de realización bajo esta más alto en las personas que no se les reconoce por sus mérito

Tabla 51. Contingencia de las tres dimensiones de BO vs la edad.

		Grupos Edad				Total
		De 20 a 30 Años	De 31 a 40 Años	De 41 a 50 Años	De 51 a 60 Años	
NIVEL DE CANSANCIO EMOCIONAL	ALTO	7 77,8%	1 11,1%	1 11,1%	0 ,0%	9 100,0%
	BAJO	5 62,5%	1 12,5%	0 ,0%	2 25,0%	8 100,0%
	MEDIO	20 87,0%	1 4,3%	1 4,3%	1 4,3%	23 100,0%
NIVEL DE DESPERSONALIZACION	ALTO	6 100,0%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	6 100,0%
	BAJO	19 78,9%	0 10,5%	0 5,3%	0 5,3%	19 100,0%
	MEDIO	11 73,3%	1 6,7%	1 6,7%	2 13,3%	15 100,0%
NIVEL DE REALIZACION PERSONAL	ALTO	22 78,6%	2 7,1%	2 7,1%	2 7,1%	28 100,0%
	BAJO	3 75,0%	1 25,0%	0 ,0%	0 ,0%	4 100,0%
	MEDIO	7 87,5%	0 ,0%	0 ,0%	1 12,5%	8 100,0%

En la tabla de la edad ,se observa que de las 9 personas que presentaron nivel de cansancio emocional alto , el 77.8 % están entre 20 y 30 años ,y el 11% está entre 41 a 50 años, por otro lado de 1 persona en este mismo rango de edad que presento un nivel de despersonalización alto el 100% , mientras que de 8 personas que presentaron nivel de realización personal bajo el 78,6 % estaban entre los 20 a 30 años

Tabla 52. Contingencia de las tres dimensiones de BO vs el sexo

		Sexo					
		Femenino		Masculino		Total	
		Frec	Porcentaje	Frec	Porcentaje	Frec	Porcentaje
NIVEL DE CANSANCIO EMOCIONAL	ALTO	8	88,9%	1	11,1%	9	100,0%
	BAJO	7	87,5%	1	12,5%	8	100,0%
	MEDIO	15	65,2%	8	34,8%	23	100,0%
NIVEL DE DESPERSONALIZACIÓN	ALTO	3	50,0%	3	50,0%	6	100,0%
	BAJO	15	78,9%	4	21,1%	19	100,0%
	MEDIO	12	80,0%	3	20,0%	15	100,0%
NIVEL DE REALIZACIÓN PERSONAL	ALTO	19	67,9%	9	32,1%	28	100,0%
	BAJO	4	100,0%	0	,0%	4	100,0%
	MEDIO	7	87,5%	1	12,5%	8	100,0%

En la tabla del sexo se observa que de 9 personas que tuvieron nivel alto de cansancio emocional el 88,9 % son mujeres en comparación con los hombres que fue de 11.1%, por otra parte de 6 personas que tenían nivel de despersonalización alto el 50% son mujeres y el otro 50% son hombres. Mientras que 4 personas con el nivel de realización bajo el 100% son mujeres

Tabla 53. Contingencia de las tres dimensiones de BO vs el estado civil.

		Estado Civil					Total
		Casado	Viudo	Divorciado	Unión libre	Soltero	
NIVEL DE CANSANCIO EMOCIONAL	ALTO	2 22,2%	0 ,0%	0 ,0%	1 11,1%	6 66,7%	9 100,0%
	BAJO	1 12,5%	0 ,0%	1 12,5%	3 37,5%	3 37,5%	8 100,0%
	MEDIO	1 4,3%	0 ,0%	1 4,3%	2 8,7%	19 82,6%	23 100,0%
NIVEL DE DESPERSONALIZACION	ALTO	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	6 100,0%	6 100,0%
	BAJO	3 15,8%	0 ,0%	1 5,3%	3 15,8%	12 63,2%	19 100,0%
	MEDIO	1 6,7%	0 ,0%	1 6,7%	3 20,0%	10 66,7%	15 100,0%
NIVEL DE REALIZACION PERSONAL	ALTO	3 10,7%	0 ,0%	2 7,1%	4 14,3%	19 67,9%	28 100,0%
	BAJO	1 25,0%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	3 75,0%	4 100,0%
	MEDIO	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	2 25,0%	6 75,0%	8 100,0%

En la tabla anterior se observa que 9 personas de cansancio emocional alto, el 66,7% son solteras seguido del 22,2% son casados , por otro lado de 6 personas que tienen nivel alto de despersonalización , el 100% son solteros , mientras que de 4 personas con nivel de realización bajo el 75 % son solteros ,el 25% son casados.

Tabla 54. Contingencia de las tres dimensiones de BO vs Cargo que ejerce en el hospital.

		Ejerce en el hospital como			
		Estudiante Pregrado (24)	Residente primer año(5)	Residente segundo año(4)	Docente(7)
NIVEL DE CANSANCIO EMOCIONAL	ALTO	7 77,8%	0 ,0%	0 ,0%	2 22,2%
	BAJO	2 25,0%	2 25,0%	2 25,0%	2 25,0%
	MEDIO	15 65,2%	3 13,0%	2 8,7%	2 8,7%
NIVEL DE DESPERSONALIZACION	ALTO	6 100,0%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%
	BAJO	9 47,4%	3 15,8%	3 15,8%	1 22,0%
	MEDIO	9 60,0%	2 13,3%	1 6,7%	3 20,0%
NIVEL DE REALIZACION PERSONAL	ALTO	16 57,1%	4 14,3%	4 14,3%	4 14,3%
	BAJO	2 50,0%	1 25,0%	0 ,0%	1 25,0%
	MEDIO	6 75,0%	0 ,0%	0 ,0%	2 25,0%

En la tabla anterior se observa que 9 personas presentan cansancio emocional alto el 77,8% son estudiantes de pregrado y 22,2 son docentes, por otro lado de 6 personas que presentan nivel de despersonalización alto , el 100% son estudiantes de pregrado mientras que 4 personas con nivel bajo de realización personal el 50% son estudiantes de pregrado , 25% residentes de posgrado de primer año y 25 % docentes .

Tabla 55. Contingencia de las tres dimensiones de BO tiempo que lleva ejerciendo en odontopediatría

		Tiempo que lleva ejerciendo Odontopediatría			
		Menos de un año	Un año	Más de un año	Total
NIVEL DE CANSANCIO EMOCIONAL	ALTO	6 66,7%	1 11,1%	2 22,2%	9 100,0%
	BAJO	3 37,5%	2 25,0%	3 37,5%	8 100,0%
	MEDIO	14 60,9%	3 13,0%	6 26,1%	23 100,0%
NIVEL DE DESPERSONALIZACION	ALTO	4 66,7%	2 33,3%	0 ,0%	6 100,0%
	BAJO	9 47,4%	3 15,8%	7 36,8%	19 100,0%
	MEDIO	10 66,7%	1 6,7%	4 26,7%	15 100,0%
NIVEL DE REALIZACION PERSONAL	ALTO	16 57,1%	4 14,3%	8 28,6%	28 100,0%
	BAJO	2 50,0%	1 25,0%	1 25,0%	4 100,0%
	MEDIO	5 62,5%	1 12,5%	2 25,0%	8 100,0%

En la tabla anterior se observa que 9 personas presentan cansancio emocional alto el 66,7% han ejercido odontopediatría menos de un año y 22,2% más de dos años, por otro lado de 6 personas que presentan nivel de despersonalización alto , el 66.7% han ejercido odontopediatría menos de un año , mientras que 4 personas con nivel bajo de realización personal el 50% han ejercido menos de un año , 25% han ejercido más de un año posgrado de primer año y 25 % más de dos años.

Tabla 56.Contingencia de las tres dimensiones de BO Vs pacientes que atiende en jornada de trabajo habitual.

		Cuantos pacientes atiende en su jornada de trabajo	
		Media PROMEDIO	Desviación típica
NIVEL DE CANSANCIO EMOCIONAL	ALTO	4	5
	BAJO	5	3
	MEDIO	3	3
NIVEL DE DESPERSONALIZACION	ALTO	2	1
	BAJO	4	3
	MEDIO	4	5
NIVEL DE REALIZACION PERSONAL	ALTO	4	4
	BAJO	4	2
	MEDIO	4	3

En la tabla anterior se observa que aproximadamente el 68% de las personas atienden entre 0 a 9 personas en su jornada de trabajo. De las 9 personas que presentan cansancio emocional alto atiende de 0 a 9 pacientes, por otro lado de 6 personas que presentan nivel de despersonalización alto, atiende de 1 a 4 pacientes, mientras que 4 personas con nivel bajo de realización personal atiende de 2 a 6 pacientes en su jornada de trabajo.

Tabla 57. Contingencia de las tres dimensiones de BO Vs cuenta con auxiliar mientras ejerce odontopediatría.

		Usted cuenta con Auxiliar personalizada mientras ejerce la odontopediatría?			
		Si		No	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
NIVEL DE CANSANCIO EMOCIONAL	ALTO	2	22,2%	7	77,8%
	BAJO	2	25,0%	6	75,0%
	MEDIO	6	26,1%	17	73,9%
NIVEL DE DESPERSONALIZACION	ALTO	1	16,7%	5	83,3%
	BAJO	5	26,3%	14	73,7%
	MEDIO	4	26,7%	11	73,3%
NIVEL DE REALIZACION PERSONAL	ALTO	7	25,0%	21	75,0%
	BAJO	0	,0%	4	100,0%
	MEDIO	3	37,5%	5	62,5%

En la tabla anterior se observa que de 9 personas que presentan nivel alto de cansancio emocional el 77 % no cuentan con auxiliar , mientras que el 22 % si cuentan con auxiliar, por otro lado las personas que presentan un nivel de despersonalización alto ,el 83,3% no cuentan con auxiliar , mientras que las personas que tienen un nivel de realización bajo el 100% no cuentan con auxiliar.

Tabla 58. Contingencia de las tres dimensiones de BO Vs Producir dolor en su paciente le genera

		Producir Dolor en su paciente le genera				
		Angustia	Frustración	Tranquilidad	Angustia y Frustración	Total
NIVEL DE CANSANCIO EMOCIONAL	ALTO	1 16,7%	1 16,7%	1 16,7%	3 50,0%	6 100,0%
	BAJO	1 20,0%	0 0,0%	1 20,0%	3 60,0%	5 100,0%
	MEDIO	8 40,0%	8 40,0%	2 10,0%	2 10,0%	20 100,0%
NIVEL DE DESPERSONALIZACION	ALTO	1 20,0%	1 20,0%	2 40,0%	1 20,0%	5 100,0%
	BAJO	4 28,6%	5 35,7%	0 0,0%	5 35,7%	14 100,0%
	MEDIO	5 41,7%	3 25,0%	2 16,7%	2 16,7%	12 100,0%
NIVEL DE REALIZACION PERSONAL	ALTO	8 38,1%	5 23,8%	4 19,0%	4 19,0%	21 100,0%
	BAJO	1 25,0%	1 25,0%	0 0,0%	2 50,0%	4 100,0%
	MEDIO	1 16,7%	3 50,0%	0 0,0%	2 33,3%	6 100,0%

En la tabla anterior de 6 personas que presentan cansancio emocional alto el 50% producir dolor le general angustia y frustración ,mientras el 161% le produce tranquilidad ,por otro lado 5 personas que presentan nivel de despersonalización alto el 40 % se siente tranquilo al producir dolor a sus pacientes , mientras que de 4 personas con realización bajo el 50% se angustia y se frustración, al producir dolor en sus pacientes.

Tabla 59. Contingencia de las tres dimensiones de BO Vs no poder manejar un paciente de comportamiento definitivamente negativo en odontopediatría.

		Como se sintió al no poder manejar esta situación :				
		Angustia	Frustración	Tranquilidad	Angustia y Frustración	Total
NIVEL DE CANSANCIO EMOCIONAL	ALTO	0 ,0%	3 37,5%	1 12,5%	4 50,0%	8 100,0%
	BAJO	0 ,0%	0 ,0%	1 25,0%	3 75,0%	4 100,0%
	MEDIO	1 6,7%	5 33,3%	4 26,7%	5 33,3%	15 100,0%
NIVEL DE DESPERSONALIZACION	ALTO	0 ,0%	0 ,0%	1 33,3%	2 66,7%	3 100,0%
	BAJO	0 ,0%	5 35,7%	3 21,4%	6 42,9%	14 100,0%
	MEDIO	1 10,0%	3 30,0%	2 20,0%	4 40,0%	10 100,0%
NIVEL DE REALIZACION PERSONAL	ALTO	1 5,9%	6 35,3%	3 17,6%	7 41,2%	17 100,0%
	BAJO	0 ,0%	0 ,0%	1 25,0%	3 75,0%	4 100,0%
	MEDIO	0 ,0%	2 33,3%	2 33,3%	2 33,3%	6 100,0%

En la tabla anterior de 8 personas que presentan cansancio emocional alto, el 50% producir dolor le general angustia y frustración ,mientras el 12,1% le produce tranquilidad ,por otro lado 3 personas que presentan nivel de despersonalización alto el 66.7 % se siente angustiado y frustrado , mientras que de 4 personas con realización bajo el 75% se angustia y se frustración, al no controlar el comportamiento de un paciente definitivamente negativo.

Tabla 60. Tabla de contingencia de las tres dimensiones de BO Vs Padre autoritario y dominante.

		Al tener en la consulta un padre autoritario y Dominante usted se siente :		
		Tensionado	Tranquilo	Total
NIVEL DE CANSANCIO EMOCIONAL	ALTO	7 77,8%	2 22,2%	9 100,0%
	BAJO	6 75,0%	2 25,0%	8 100,0%
	MEDIO	15 65,2%	8 34,8%	23 100,0%
NIVEL DE DESPERSONALIZACION	ALTO	4 66,7%	2 33,3%	6 100,0%
	BAJO	14 73,7%	5 26,3%	19 100,0%
	MEDIO	10 66,7%	5 33,3%	15 100,0%
NIVEL DE REALIZACION PERSONAL	ALTO	18 64,3%	10 35,7%	28 100,0%
	BAJO	3 75,0%	1 25,0%	4 100,0%
	MEDIO	7 87,5%	1 12,5%	8 100,0%

6.5 Análisis resultados multivariado

A continuación se realizarán análisis multivariados para describir las posibles asociaciones entre las categorías de cada una de las preguntas, para esto se lleva a cabo la metodología estadística de Análisis de correspondencias múltiples, y el software que se empleó fue SPAD.

Inicialmente se tuvieron en cuenta para el primer ACM las siguientes preguntas del cuestionario:

- Cuantas horas al día trabaja?
- Se siente presionado al tener pacientes en sala de espera?

- Se siente más tranquilo cuando atiende pacientes de :
- Piensa usted que ejercer la odontopediatría le genera estrés?

A continuación se presentaran los resultados obtenidos al aplicar dicha metodología.

Tabla 61. Histograma de valores propios y porcentajes, primer análisis multivariado .

```

EIGENVALUES
COMPUTATIONS PRECISION SUMMARY : TRACE BEFORE DIAGONALISATION..
2.0000
SUM OF EIGENVALUES..... 2.0000
HISTOGRAM OF THE FIRST 8 EIGENVALUES
+-----+-----+-----+-----+
| NUMBER | EIGENVALUE | PERCENTAGE | CUMULATED |
|        |            |            |            |
| 1 | 0.4831 | 24.16 | 24.16 |
+-----+-----+-----+-----+
*****
| 2 | 0.3175 | 15.87 | 40.03 | *****
| 3 | 0.2980 | 14.90 | 54.93 | *****
| 4 | 0.2751 | 13.75 | 68.69 | *****
| 5 | 0.2434 | 12.17 | 80.86 | *****
| 6 | 0.1953 | 9.77 | 90.62 | *****
| 7 | 0.1031 | 5.15 | 95.77 | *****
| 8 | 0.0845 | 4.23 | 100.00 | *****
+-----+-----+-----+-----+
    
```

En la anterior tabla se observa que con base en el primer plano factorial se puede explicar el 40,03% de la varianza total, lo cual nos puede dar una gran aproximación de las posibles asociaciones entre las categorías de cada una de las preguntas mencionadas anteriormente.

Para el siguiente Análisis de Correspondencias Múltiples se tuvieron en cuenta las siguientes preguntas del cuestionario:

- Sus pacientes que inicia tratamiento terminan tratamiento completo?
- ¿cómo se siente con eso?

- ¿Siente usted que se le reconoce méritos por su desempeño laboral?

Y estas preguntas se relacionaron con los niveles de despersonalización, realización personal y cansancio emocional.

A continuación se presentaran los resultados obtenidos al aplicar esta metodología.

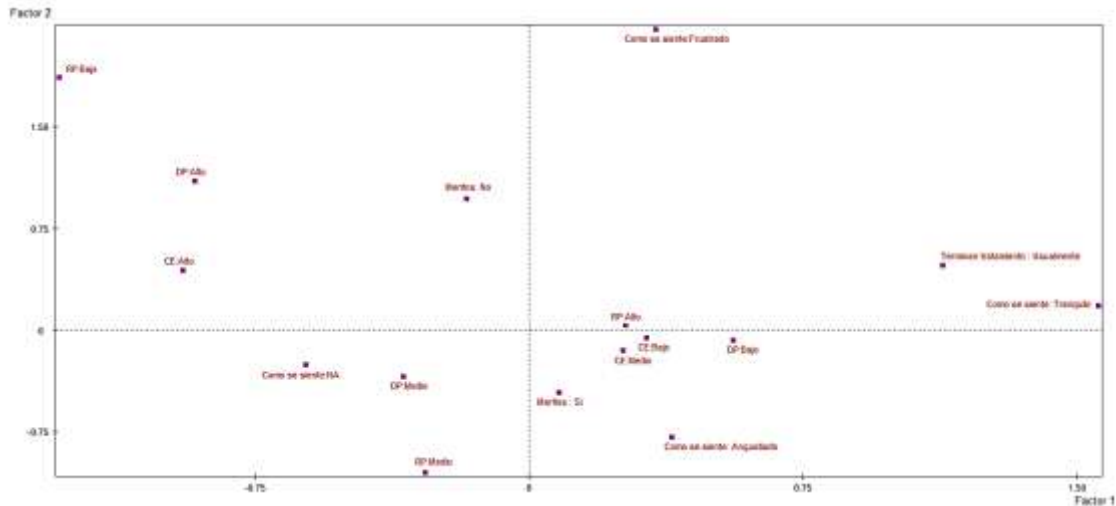
Tabla 62. Histograma de valores propios y porcentajes, segundo análisis multivariado.

```

EIGENVALUES
COMPUTATIONS PRECISION SUMMARY : TRACE BEFORE DIAGONALISATION..
1.8333
                SUM OF EIGENVALUES..... 1.8333
HISTOGRAM OF THE FIRST 11 EIGENVALUES
+-----+-----+-----+-----+
| NUMBER | EIGENVALUE | PERCENTAGE | CUMULATED |
|   |   |   | PERCENTAGE |
+-----+-----+-----+-----+
|  1 | 0.3869 | 21.10 | 21.10 |
*****
|  2 | 0.3125 | 17.05 | 38.15 |
*****
|  3 | 0.2576 | 14.05 | 52.20 | *****
|  4 | 0.2324 | 12.68 | 64.88 | *****
|  5 | 0.1830 |  9.98 | 74.86 | *****
|  6 | 0.1441 |  7.86 | 82.72 | *****
|  7 | 0.1032 |  5.63 | 88.35 | *****
|  8 | 0.0850 |  4.64 | 92.98 | *****
|  9 | 0.0764 |  4.17 | 97.15 | *****
| 10 | 0.0522 |  2.85 | 100.00 | *****
| 11 | 0.0000 |  0.00 | 100.00 | *
+-----+-----+-----+-----+
    
```

En la anterior tabla se observa que con base en los dos primeros ejes principales se puede explicar el 38,15% de la varianza total, lo cual nos puede dar una gran aproximación de las posibles asociaciones entre las categorías de cada una de las preguntas mencionadas anteriormente y de los niveles de despersonalización, realización personal y cansancio emocional

Grafica 9. Primer plano factorial y asociación entre categorías



En la anterior tabla se observa que para las personas que participaron en este estudio se encuentra una gran asociación entre nivel de Realización personal alto, niveles de cansancio emocional bajo y medio, nivel de Despersonalización bajo y Además Sienten que se les reconoce méritos por su desempeño laboral. Por otra parte con base en este plano no se observan más relaciones claras.

6.6 Caracterización de resultados positivos en BO

A continuación se realiza la relación entre los resultados positivos de BO y los factores de riesgo asociados al síndrome de agotamiento en odontopediatría .

Tabla 63. Frecuencia de edad individual para los casos positivos de BO.

Edad	Frecuencia
21	1
23	1
Total	2

En la anterior tabla muestra las edades, de los dos casos positivos para el síndrome de BO.

Tabla 64. Frecuencia de edad agrupada para los casos positivos de síndrome de BO

Grupos Edad	Frecuencia
De 20 a 30 Años	2

En la tabla anterior muestra en grupo la edad para los dos casos de síndrome de BO positivos, es de los 20 a 30 años.

Tabla 65. Frecuencia de sexo, para los casos positivos de síndrome de BO

Sexo	Frecuencia
Femenino	2

En la tabla anterior muestra que los dos casos positivos de síndrome de BO son de sexo femenino.

Tabla 66. Frecuencia del estado civil , para los casos positivos de síndrome de BO

Estado Civil	Frecuencia
Soltero	2

En la tabla anterior muestra que los dos casos positivos de síndrome de BO, son solteros.

Tabla 67. Frecuencia de cargo en el hospital, para los casos positivos de síndrome de BO.

Ejerce en el hospital como	Frecuencia
Estudiante Pregrado	2

En la tabla anterior muestra que los dos casos positivos de síndrome de BO, son estudiantes de pregrado.

Tabla 68. Frecuencia de cuantas horas al día trabaja, para los casos positivos de síndrome de BO.

Cuantas horas al día trabaja	Frecuencia
2 a 4	2

La tabla anterior muestra que los dos casos de síndrome BO, trabajan de 1- 4 horas diarias.

Tabla 69. Frecuencia de siente que sus pacientes deberían ser citados con mayores intervalos de tiempo, para los casos positivos de síndrome de BO.

Siente que sus pacientes deberían ser citados con mayor intervalos de tiempo	Frecuencia
Si	1
No	1
Total	2

La tabla anterior muestra que uno de los casos positivos para el síndrome de BO, siente que si le deberían citar pacientes con más intervalos de tiempo, al contrario del otro caso positivo de síndrome de BO, siente que no deberían citarle pacientes con mayor intervalo de tiempo.

Tabla70. Frecuencia de se siente presionado al tener pacientes en sala de espera, para los casos positivos de síndrome de BO.

Se siente presionado al tener pacientes en sala de espera	Frecuencia
Frecuentemente	2

La tabla anterior muestra que los dos casos de síndrome de BO frecuentemente se sienten presionados al tener pacientes en sala de espera.

Tabla 71. Frecuencia de siente más tranquilo cuando atiende pacientes de, para los casos positivos de síndrome de BO.

Se siente más tranquilo cuando atiende pacientes de :	Frecuencia
Consulta Externa	1
Ninguna	1
Total	2

La tabla anterior muestra que uno de los casos positivos de BO se siente tranquilos cuando atienden pacientes en consulta externa, pero el otro caso de no se siente tranquilo al atender pacientes de odontopediatría.

Tabla 72. Frecuencia de alguna vez ha pensado dejar de ejercer la odontopediatría, para los casos positivos de síndrome de BO.

Alguna vez ha pensado dejar de ejercer la odontopediatría	Frecuencia
Si	2

La tabla anterior muestra que los dos casos de síndrome BO han pesado en dejar de ejercer odontopediatría.

Tabla 73. Frecuencia de piensa que ejercer la odontopediatría le genera estrés, para los casos positivos de síndrome de BO.

Piensa que ejercer la odontopediatría le genera estrés	Frecuencia
Mucho	2

La tabla anterior muestra que los dos casos de síndrome de BO la odontopediatría les causa mucho estrés.

Tabla 74. Frecuencia de una escala del 0 a 10 como se siente en su ambiente laboral para casos los positivos de síndrome de BO.

De una escala del 0 a 10 como se siente en su ambiente laboral	Frecuencia
4	1
8	1
Total	2

La tabla anterior muestra que uno de los casos de síndrome de BO no se siente bien en su ambiente laboral, en comparación con el otro caso de síndrome de BO, que si se siente bien con su entorno laboral.

Tabla 75. Frecuencia de usted cuenta con Auxiliar personalizada mientras ejerce la odontopediatría, para los casos positivos de síndrome de BO.

Usted cuenta con Auxiliar personalizada mientras ejerce la odontopediatría	Frecuencia
No	2

La tabla anterior muestra que los dos casos de síndrome de BO no cuentan con una auxiliar mientras ejerce la odontopediatría.

Tabla 76. Frecuencia de siente que al no tener auxiliar cerca realizando sus actividades básicas le genera angustia, para los casos positivos de síndrome de BO.

Siente que al no tener auxiliar cerca realizando sus actividades básicas le genera angustia	Frecuencia
Si	2

La tabla anterior muestra que los dos casos de síndrome de BO no cuentan con una auxiliar y les genera angustia mientras ejerce la odontopediatría.

Tabla 77. Frecuencia de alguna vez ejerciendo actividades en odontopediatría ha desconocido como realizar un procedimiento, para los casos positivos de síndrome de BO.

Alguna vez ejerciendo actividades en odontopediatría ha desconocido como realizar un procedimiento	Frecuencia
Si	2

La tabla anterior muestra que los dos casos de síndrome de BO, alguna vez han desconocido como realizar un procedimiento en odontopediatría.

Tabla 78. Frecuencia de si tiene que realizar un procedimiento que desconoce usted, para los casos positivos de síndrome de BO.

Si tiene que realizar un procedimiento que desconoce usted	Frecuencia
Realiza el procedimiento bajo mucha tensión	2

La tabla anterior muestra que los dos casos de síndrome BO si desconocen cómo realizar un procedimiento lo realiza bajo mucha tensión.

Tabla 79. Frecuencia de alguna vez después de aplicar técnica de anestesia local, su paciente se ha quejado de dolor, para los casos positivos de síndrome de BO.

Alguna vez después de aplicar técnica de anestesia local, su paciente se ha quejado de dolor	Frecuencia
Si	2

La tabla anterior muestra que los dos casos de síndrome BO, alguna vez sus pacientes después de aplicar una técnica de anestesia local, su paciente se han

quejado de dolor.

Tabla 80. Frecuencia de Producir Dolor en su paciente le genera, para los casos positivos de síndrome de BO.

Producir Dolor en su paciente le genera	Frecuencia
Frustración	1
Angustia y Frustración	1
Total	2

En la tabla anterior muestra que para los dos casos de síndrome de BO, producir dolor les genera angustia y frustración.

Tabla 81. Frecuencia de usted alguna vez ha atendido un paciente de comportamiento negativo (Según Escala de Frank), Y no sabe cómo manejar la situación, para los casos positivos de síndrome de BO.

Usted alguna vez ha atendido un paciente de comportamiento negativo (Según Escala de Frank), Y no sabe cómo manejar la situación	Frecuencia
Si	2

La tabla anterior muestra que para los dos casos de síndrome de BO, alguna vez han atendido un paciente de comportamiento definitivamente negativo.

Tabla 82. Frecuencia de cómo se sintió al no poder manejar esta un paciente de comportamiento definitivamente negativo, para los casos positivos de síndrome de BO.

Como se sintió al no poder manejar un paciente definitivamente negativo :	Frecuencia
Angustia y Frustración	2

La tabla anterior muestra que los dos casos de síndrome de BO y no pueden manejar un comportamiento definitivamente negativo de un paciente se sienten angustiados y frustrados.

Tabla 83. Frecuencia de al tener en la consulta un padre autoritario y Dominante usted se siente, para los casos positivos de síndrome de BO.

Al tener en la consulta un padre autoritario y Dominante usted se siente :	Frecuencia
Tensionado	2

La tabla anterior muestra que los dos casos de síndrome de BO, al tener en la consulta un padre autoritario y dominante se sienten tensionados.

Tabla 84. Frecuencia de tiempo que lleva ejerciendo la odontopediatría, para casos positivos de síndrome de BO.

Tiempo que lleva ejerciendo Odontopediatría	Frecuencia
Menos de un año	1
Un año	1
Total	2

La tabla anterior muestra que los dos casos de síndrome de BO llevan un año o menos de un año ejerciendo odontopediatría.

En general los resultados para los casos positivos síndrome de BO hay varios factores o condiciones laborales , como lo es el desconocer un procedimiento, el no contar con apoyo de trabajo en equipo , el contacto directo con los pacientes y los padres todo el tiempo , causan síndrome de BO y alteración al menos en una de sus tres dimensiones

7. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

El objetivo de este trabajo es identificar las condiciones laborales que determinan la prevalencia del síndrome BO de los estudiantes y docentes de pregrado - posgrado (personal de que atiende la consulta de Odontopediatría del Hospital de la Misericordia).

La prevalencia es definida por Kleibaum, Kupper, Mongerstern 1982, como el número total de los individuos que presentan una enfermedad en un momento dado dividido por la población en riesgo de tener la enfermedad. (28).para esta investigación, los diagnosticados con síndrome de BO son 2 individuos del total de la muestra (40 individuos). Lo anterior significa que la prevalenciaes del 5 %lo cual concuerda con lo encontrado en estudios para Odontólogos en este mismo rango reportado por Slate, Sheler y Miller en 1990 realizado en Arkansas (Estados Unidos) con una prevalencia de 6%, Cartagena y Nuñez en el 2003 en Chile con una prevalencia del 10 %, Gortes en el 2008 en el Reino Unido con una prevalencia de 8 %, Gorter y colaboradores en 1990 en Amsterdam, Holanda con el 2.5 %. (1, 7, 8)

Por el contrario, prevalencias más altas en odontólogos fueron encontrados en los estudios de Castañeda y García en 2012 en Gualajara, (México) con un porcentaje del 50.3 %, Mondol en el 2008 en San José Costa Rica con un 50 %, Petterson y Colaboradores en 2008 en Suecia con un 35.7 %y en un estudio realizado por Grau y Colaboradores en el 2009 en Hispanoamérica arrojó una prevalencia del 45 %.(4)

Con relación a lo anterior podemos decir que los datos de prevalencia reportados en la literatura para Odontólogos se encuentran de manera dispersa, por lo cual no se puede inferir una tendencia. Lo anterior concuerda con lo mencionado por Grau en el 2007. (4)

Es importante resaltar que en la revisión de literatura no se encontraron reportes de estudios en donde se determinará la prevalencia del síndrome de BO por

especialidades. Sin embargo estudios como Mathias, Koerber y otros 2001₁(29), sostienen que las odontopediatras mujeres y las periodoncistas se encontraron más deprimidos y estresadas en comparación con los hombres. Adicionalmente Lauren D,Laporta, M (28), considera que los cirujanos maxilofaciales se reportan como los odontólogos más estresados dado que realizan procedimientos de alta complejidad que comprometen la vida del paciente , por lo cual están expuestos a una mayor demanda laboral consistente en más horas de trabajo y conflictos de roles.

Con todo lo anterior podemos afirmar que no se reporta información acerca de la prevalencia de BO en Odontopediatras, los estudios señalados anteriormente hacen referencia tan solo al Stress o a la depresión, mas no al Síndrome de BO.

De acuerdo a la literatura revisada se encontró que para realizar un diagnóstico verdadero de la patología es necesario cumplir con la presencia de los tres constructos factoriales (subescalas) descritos en el Test de Malash. Dichos constructos miden las tres dimensiones que conforman este síndrome, ellas son Cansancio Emocional (CE) en un nivel alto (mayor o igual a 28 puntos), Despersonalización (DP) en un nivel alto (mayor o igual a 11 puntos) y Realización Personal (RP) en un nivel Bajo (igual o menor a 33 puntos). Para los diagnosticados en nuestra muestra (2 individuos) se encontró que el constructo cansancio emocional fue de un nivel alto, Despersonalización de un nivel alto y realización personal de un nivel bajo.

Revisando los resultados del total de la muestra se encontró que el 22.5 % presenta nivel alto de cansancio emocional, el 15.0 % despersonalización en nivel alto y 70 % de realización personal en el mismo nivel alto. Al contrastar esta información con la teoría encontramos que la muestra cumple con dos de los tres parámetros para el diagnóstico positivo de la patología.

Combinaciones diferentes como niveles medios de cansancio emocional (57.5%) con nivel medio en despersonalización (37.5%) y nivel bajo de realización

personal (10 %) no fueron diagnosticados con síndrome de BO, en concordancia con lo determinado por Malash en el 2001, sin embargo presentan niveles importantes de las dimensiones que pueden llevar a pensar que tienen algunos síntomas del síndrome y por lo tanto están avanzando en sus etapas hacia un diagnóstico verdadero. Algunas interpretaciones realizadas del test Malash consideran que con sólo presentar un nivel alto de cansancio emocional es una manifestación de una primera fase del síndrome (4 ,21).

- ***Análisis de las condiciones socio demográficas y el síndrome de BO.***

Las condiciones sociodemográficas identificadas en la muestra son: edad, sexo, estado civil.

La distribución de edad en la muestra es amplia, siendo mayor en un rango de 20 a 30 años, con un porcentaje del 80 %. Estos individuos corresponden a estudiantes de pregrado y posgrado, lo cual implica que el nivel de experticia es el menor de la muestra.

Al analizar este mismo rango de edad con sus tres constructos, se encontraron niveles altos de cansancio emocional (77.8%) y despersonalización (100%) en conjunto con niveles bajos de realización personal (75%). Estos resultados podrían deberse a que son sus primeras experiencias en la atención de pacientes pediátricos, su inexperiencia en el manejo del stress y las expectativas idealistas frente a su desempeño. Chermis y Malash en 1982, (3,30) relacionan la edad con la cantidad de experticia en las profesiones y asegura que a medida que avanza los años se adquiere mayor seguridad en las tareas y menor vulnerabilidad en la tensión laboral. Los individuos diagnosticados con síndrome BO en la muestra, estuvieron en este rango de edad.

Las mujeres en la muestra constituyeron el porcentaje mayor, el 75 %, por lo tanto el 25 % son hombres. Los diagnosticados con síndrome de BO son mujeres.

Autores como Atance y Colaboradores en el 2000 (31) consideran que principalmente las mujeres en profesiones sanitarias son más vulnerables para presentar el síndrome de BO porque ellas tienen doble carga de trabajo, que es la carga profesional y la tarea familiar.(31) Diversos autores como Malash y Jackson, Freudenberg, North (2,3) coinciden en afirmar que las mujeres presentan con menos frecuencia el síndrome de BO dado que ellas realizan diferentes labores y sobrellevan mejor las situaciones conflictivas en el trabajo.

A pesar de las controversias manifiestas en la literatura es importante señalar que en nuestro estudio el mayor porcentaje son mujeres lo cual incide en la probabilidad de la presentación del síndrome de BO. Adicionalmente Te Brake et al (15) consideran que más que el género, las horas de trabajo tienen un profundo efecto sobre estas diferencias.

Para esta investigación las mujeres reportó los mayores porcentajes en niveles altos de cansancio emocional (88.9%), niveles medios de despersonalización (80%) y niveles altos en realización personal (67.9%), sin embargo llama la atención que en el nivel bajo de realización personal el 100 % de este ítem fuer ára las mujeres, esta combinación nos sugiere que probablemente ellas pueden tener más riesgo a Síndrome de BO, en nuestro contexto.

Con relación al estado civil podemos decir que en la muestra el 70 % son solteros, unión libre 15 %, divorciado 5 %, casados 10 %. De los cuales aquellos que tienen síndrome de BO, son solteros. En 1982 autores como Malash y Chemiss, (4) coinciden en manifestar que los solteros tienen mayor probabilidad de padecer de Síndrome de BO porque no tienen red de apoyo consistente y pueden presentar mayor cansancio emocional, mayor despersonalización, y poca realización personal que aquellas que se encuentran casadas o conviven con parejas estables.

En este mismo orden la existencia de hijos hace que las personas sean más resistentes al síndrome, porque son más maduras y estables y esa experiencia

con la familia hace que tengan la capacidad para afrontar problemas personales y conflictos emocionales, siendo más realistas con la ayuda del apoyo familiar.(31).Murtoma y otros, reportaron que los matrimonios infelices pueden generar fatiga adicional a los hombres más que a las mujeres, debido a que el odontólogo hombre tiene un más alto nivel de ocupación que las mujeres en esta profesión.(art 9 Diferencias entre géneros). Estos resultados pueden tener consecuencias prácticas en cuanto que pueden marcar el camino a la posibilidad de tener síndrome de BO. (27, 17,31) En relación con las dimensiones, los que presentan niveles más altos de cansancio emocional son los solteros, seguido de los casados y finalmente los de unión libre. Varela y colaboradores en el 2004 (32) encuentran que no hay diferencias significativas en una muestra de 70 odontólogos con relación al estado civil.

La despersonalización se presentó en nivel alto con los solteros y el más bajo con los casados, lo cual indica según lo referido en la literatura Atance y colaboradores (31) que las responsabilidades asumidas con la familia le pueden ofrecer al personal sanitario una forma diferente de afrontar las circunstancias que les genera tensión disminuyendo a largo plazo el riesgo de padecer el síndrome de BO.

- **Condiciones laborales relacionados con la carga laboral**

La sobre carga laboral es definida cuando una persona es obligada a hacer una serie de actividades o a resolver problemas por encima de sus capacidades (33) La sobrecarga está relacionada con la aparición del síndrome de BO, debido a que enfrentarse a actividades laborales para las cuales no se está preparado, conlleva mucha tensión emocional.

Para este apartado se tendrá en cuenta el tiempo de ejercicio laboral, el cargo, cuantas horas diarias ejerce y número de pacientes en la jornada laboral y los intervalos de tiempo entre un paciente y otro.

En cuanto al tiempo que lleva ejerciendo la profesión, el nivel de cansancio emocional y despersonalización alto así como un nivel bajo de realización personal lo presentaron quienes llevaban menos de un año ejerciendo la Odontopediatría, que corresponde a estudiantes de pregrado, sin embargo quienes reportaron niveles bajos de realización personal fueron el 50% estudiantes de posgrado y 50 % de estudiantes de pregrado. Para los últimos este resultado puede deberse a lo anteriormente mencionado relacionado con la edad, estado civil, su poca experticia en el oficio y la manera de afrontar situaciones tensionantes en la atención odontológica de los niños. Para los estudiantes de posgrado estos resultados los relacionamos con su edad, el sexo y el estado civil.

Quienes resultaron positivos en nuestra muestra para Síndrome BO fueron estudiantes de pregrado que llevaban menos de un año ejerciendo la Odontopediatría. Según Atance y colaboradores (31) las personas que son jóvenes y tienen menos tiempo de ejercicio laboral, son más vulnerables ya que en sus primeros años de su carrera profesional tienen un periodo de expectativas idealistas hacia la práctica cotidiana dado que suponen que obtendrán recompensas personales, profesionales y económicas que no se ajustan a la realidad. Este mismo autor también afirma que hay otra etapa de la vida que pueden tener mayor riesgo de padecer el síndrome, los que tienen un tiempo de ejercicio laboral superior a 25 años pueden padecer estrés crónico. (29,31) Por lo anterior se puede deducir que los extremos en tiempo de ejercicio laboral podrían ser los más vulnerables a padecer el Síndrome BO.

En cuanto al Cargo (estudiantes de pregrado, posgrado o docentes) y las tres dimensiones descritas para BO, los estudiantes de pregrado son los que presentan niveles más altos de cansancio emocional, seguido de los docentes y los estudiantes de posgrado con un cansancio emocional medio. En la dimensión despersonalización los niveles altos fueron registrados en los estudiantes de pregrado. En realización personal llama la atención aquellos que reportaron nivel

bajo de realización personal dado que el 50% son estudiantes de pregrado, 25% residentes de posgrado de primer año y 25 % docentes. Al analizar los resultados de los bajos niveles de realización personal podemos considerar que los estudiantes de pregrado y de primer año tienen expectativas laborales altas que no se reflejan en su actual práctica clínica, y con relación a los docentes podrían hacer referencia al poco reconocimiento de los méritos y al tiempo de ejercicio laboral.

Se encontró para la muestra que el número de pacientes que se atienden en una jornada laboral es de 0 a 9, y los positivos para síndrome de BO están en un rango de 2 a 4 pacientes, que correspondería a estudiantes de pregrado, de esta manera, el hecho de atender dos pacientes de alta complejidad es percibido como excesivo (sobrecarga laboral), dado su poco tiempo de entrenamiento para la atención de pacientes pediátricos en odontología.

Para la muestra no se encontró una correlación clara entre el número de pacientes atendidos en una jornada de trabajo y la presencia de cada una de las dimensiones del síndrome de BO. Sin embargo, aquellos individuos de la muestra quienes tuvieron el menor número de pacientes fueron diagnosticados con un nivel medio en la dimensión cansancio emocional. Estos hallazgos nos confirman que estos individuos pueden estar en la primera fase del síndrome

El 52.5 % del total de la muestra trabajan de 2 a 4 horas, dentro de este grupo se encuentran los que fueron positivos para BO. El 22.5 % trabajan 6 horas y más de 6 horas el 25%, Sin embargo 77.8% de los individuos que tienen 6 horas de trabajo diario presentan cansancio emocional en un nivel alto y medio. De manera concordante los que trabajan más de 6 horas tienen un 10 % de cansancio emocional en un nivel alto y un 60 % en un nivel medio. Así de esta manera se puede inferir que quienes trabajan mayor número de horas presentan

un nivel más alto de cansancio emocional, sin que signifique que sean diagnosticados con síndrome de BO.

Attance y colaboradores (31). Considera que no hay una clara relación entre el número de horas de trabajo y el número de pacientes. Cuando se conjugan el exceso de horas de trabajo con el número aumentado de pacientes se identifica una disminución en la calidad de atención profesional tanto en lo cualitativo como en lo cuantitativo.

En concordancia con lo anterior los encuestados consideran que los usuarios deben ser citados con mayor intervalo de tiempo, para evitar aumentar la espera de los pacientes, y la tensión de ellos y sus acudientes, que frecuentemente es percibido por el profesional y su equipo de trabajo.

Para finalizar este ítem encontramos que los estudiantes de pregrado quienes tienen el menor tiempo de ejercicio de la profesión, trabajan menos horas y con menor número de pacientes por jornada de trabajo, se sienten más presionados por tener pacientes en sala de espera y consideran que deberían tener intervalos mayores de tiempo entre un paciente y otro. Todas las anteriores circunstancias les genera mayor cansancio emocional, despersonalización y baja realización por lo cual algunos de ellos son diagnosticados como positivos para Síndrome de BO.

- **Condiciones laborales relacionados con apoyo del equipo de trabajo.**

Para la muestra de esta investigación el 75% de los encuestados no cuentan con Auxiliar personalizado mientras ejerce la Odontopediatria, y de este porcentaje el 70 % le genera angustia el no tener auxiliar realizando sus actividades básicas de apoyo para el personal sanitario de Odontopediatria. El 100 % de los casos positivos para síndrome de BO no cuentan con una auxiliar y se sienten frustrados. Según Herbert, Mauzmer, Sindermann, y Díaz et. al 1959 (2) considera que dentro de la organización administrativa del servicio, el apoyo del equipo es fundamental para disminuir los niveles de stress y generar un mejor entorno

laboral (4).A pesar de lo anterior la muestra manifestó que la mayoría se siente bien con su entorno laboral,(rango de 6 a 8 sobre 10) sin embargo uno de los individuos positivos para el síndrome manifestó que no se sentía bien en este entorno laboral.

Alvarez y Fernandez (4) afirmanque la presencia de equipo de trabajo es uno de los factores que más se ha estudiado. Mauzmer y Syndermann consideran que el no tener equipo de trabajo es un factor de riesgo extrínseco. Cuando existe equipo de trabajo y no se genera una dinámica de colaboración con el profesional o no se generan buenas relaciones entre el equipo, se aumenta el riesgo de padecer el síndrome de BO. (4)

- **Condiciones laborales asociadas al grado de conocimiento y habilidades**

En este aparte vamos a tener en cuenta el desconocer procedimientos y técnicas, manejo del comportamiento de los pacientes y de los padres en la consulta de Odontopediatria, el control del dolor durante los procedimientos y el tipo de procedimiento que más estrés le causa.

Los dos individuos que tuvieron Síndrome de BO desconocían los procedimientos, no sabían cómo manejar los pacientes de comportamiento negativo, atendieron pacientes quienes refirieron dolor durante el procedimiento y la endodoncia fue el tipo de procedimiento que más estrés les causó. En el estudio se observa que el 80% de los 40 participantes, han desconocido como realizar un procedimiento en odontopediatria, De este 80 % el 59.4 % realizan el procedimiento bajo mucha tensión, mientras que el 9,4% se tensiona y no realiza el procedimiento. Los dos individuos que tienen síndrome de BO realizan el procedimiento bajo mucha tensión.

Con relación a qué tipo de procedimiento desconocen más frecuentemente, 75% de los encuestados afirman que no conocen adecuadamente las técnicas de anestesia y de manejo del comportamiento en pacientes difíciles. Lo anterior conlleva a que el paciente pueda sentir dolor y que el personal sanitario sienta una mayor tensión emocional. Concomitantemente los padres de los pacientes entran en estrés por la situación de sus hijos, que también es percibida por los profesionales.

Autores como Wilder y Plutchik (4) coinciden en que los errores más comunes en el entrenamiento profesional del personal sanitario es el excesivo conocimiento teórico, aunado al escaso entrenamiento para las habilidades prácticas, la inexistencia en el aprendizaje de la técnica de control emocional, el manejo de la propia ansiedad y la falta de formación sobre el funcionamiento de las organizaciones sanitarias.

Por otro lado Oliveira, Jr et al (27) considera que los programas de entrenamiento para residentes tienen problemas para enfrentar el síndrome de BO en el personal sanitario, dado que esta patología puede llevar a los profesionales al alto consumo de alcohol, sustancias alucinógenas, problemas cardiovasculares y conductas poco saludables lo que refleja un tipo de afrontamiento de escape o evitación. Como lo menciona Lazarus y Folkman) (19)

En el contexto de la Odontología Pediátrica cuando no se controla de manera adecuada el dolor del paciente existe la probabilidad de que se presenten conductas agresivas y negativas del paciente y de los padres con el personal médico, que pueden llevar a exponer al odontopediatra a actos violentos físicos y emocionales para la realización del tratamiento, generándole mucha tensión y frustración. Lo anterior está correlacionado con el síndrome de BO, en contextos similares como la atención Pediátrica de Urgencias y la atención psiquiátrica.(15,16)

Con relación al tipo de procedimiento se encuentra que entre más complejo y prolongado en tiempo es el procedimiento, el paciente pediátrico puede manifestar

ansiedad, y comportamientos negativos. Lo cual hace que operador se sienta muy estresado cuando está enfrentando esta situación.

Para finalizar este punto, es importante resaltar que los conceptos básicos de los procedimientos y las técnicas para la atención en Odontopediatría, son claves disminuir la probabilidad de estrés y posteriormente del Síndrome de BO.

- ***Condiciones relacionadas con la calidad de vida***

En este ítem, se tendrán en cuenta el reconocimiento de los méritos, tratamientos terminados en los pacientes, el manejo de stress y la percepción de la calidad de vida del personal sanitario.

El 50.2 % de la muestra siente que no se le reconoce por sus méritos y al relacionarlo con la realización personal se encuentra que el 23. % de la muestra que presenta un nivel bajo del mismo, siente que no se le reconoce su desempeño laboral. Lo anterior confirma que si se reconocen los méritos del personal sanitario, estos, tendrían menor probabilidad de padecer Síndrome de BO. Mauzmer Herzberg y Symderman (4)

Para aquellos encuestados que resultaron positivos para Síndrome de BO. Se encuentra que el 100 % de los mismos se sienten estresados al ejercer la Odontopediatría. Diferentes autores Malash, Cordes, Dougherty relacionan de manera directa el stress y el síndrome de BO, sin embargo se diferencian dado que el estrés no está acompañado de despersonalización, mientras que éste, es una dimensión que caracteriza el Síndrome de BO. El hecho de que un individuo sienta estrés de manera prolongada puede llevarlo a tener a cansancio emocional y sentirse poco realizado con la actividad que ejecuta. (6,22)

El 35% de las personas que participaron en la encuesta manifiestan que les genera más estrés el atender gran cantidad de pacientes, seguido de manejo del comportamiento del paciente (27.5 %), mientras que lo que menos les causa estrés es desconocer el manejo de un procedimiento (10%).

Densten en el 2001 afirma que los estresores específicos pueden ser la ambigüedad (desconocer cómo se maneja el comportamiento) y la sobrecarga (atender gran cantidad de pacientes), implicando dos tipos de Stress de corto plazo (situaciones que generan tensión inmediata) y de largo plazo que pueden ser el acúmulo de varias situaciones tensionantes. Al relacionar lo encontrado en la muestra y la literatura referida podemos inferir que podrían estar propensos a padecer de cansancio emocional y posteriormente del síndrome de BO.

En relación a la terminación de tratamientos de los pacientes y como se sienten, se encuentra que este ítem no tiene resultados consistentes dado que la oportunidad para cita del paciente en el HOMI está a tres meses aproximadamente, sin embargo la muestra considera que usualmente y frecuentemente se terminan los tratamientos, por lo que se hace necesario revisar que percepción se tiene de esta circunstancia.

Para finalizar, los participantes de nuestro estudio perciben que su calidad de vida es buena en un 72.5 % y muy buena en un 20 %. En contraste el 50 % de quienes fueron positivos para BO, consideran su calidad de vida regular. Sin embargo, en la literatura no se encuentran relaciones consistentes entre estos dos ítems.

- **Análisis de los resultados producto de las correlaciones bivariadas**

En la relación Cuantas horas al día trabaja? Vs Se siente presionado al tener pacientes en sala de espera? podemos concluir que las personas que trabajan en un intervalo de 2 a más de 6 horas se sienten presionados al tener pacientes en sala de espera y como lo mencionamos anteriormente en la literatura no se reportan relaciones entre el número de horas y la cantidad de pacientes, pero en nuestro estudio si es importante tener en cuenta que dado el modelo de atención, el paciente llega con anterioridad para realizar los trámites administrativos por lo

que es importante tener en cuenta esta circunstancia laboral que se refleja en los resultados del estudio.

Al referirse a este punto Díaz et al (34) considera que “ los retrasos en la revisión de los pacientes, la crítica obvia del trabajo realizado por el profesional o problemas de comunicación entre los integrantes del equipo son factores esenciales que generan estrés en los cirujanos dentistas” por lo que es importante señalar que a pesar de que tenemos unos límites de tiempo prudentes de acuerdo a la experticia del estudiante, en nuestro modelo de atención no existe la presión por el tiempo muy limitado por cada paciente, como si ocurre en instituciones prestadoras de servicios de salud. Este tiempo limitado y estricto para cada paciente, ha sido reportado Castañeda y García (12) como una condición laboral que aumenta la tensión y el stress.

Al analizar la relación de Cuántas horas al día trabaja? Versus Piensa que ejercer la Odontopediatria le genera estrés?, se encuentra que quienes tienen mayor tiempo de trabajo diario consideran que ejercer la Odontopediatria les genera menos estrés. Dadas las características de nuestra muestra, quienes trabajan más de 6 horas al día tienen el nivel de especialidad o son residentes de segundo año. Lo anterior concuerda con Atance y colaboradores (31) quienes consideran que entre más experticia se tiene menor posibilidad de estrés o dicho de otra manera cuando menos experticia se tiene mayor estrés y posibilidad de sufrir el síndrome de BO.

Con relación a Si se siente presionado al tener pacientes en la sala de espera Vs le genera angustia el no tener cerca personal auxiliar se encontró que para quienes se sienten presionados al tener pacientes en sala de espera sienten que definitivamente el no tener una auxiliar cerca les genera angustia(73 % en promedio) por lo que es importante resaltar que la disponibilidad del recurso auxiliar en este tipo de oficio es importante dadas las características de la atención en Odontopediatria.

Es bien conocido que el manejo del dolor en Odontopediatría permite que el paciente se adapte a la consulta odontológica, por lo que al preguntarle a nuestra muestra si alguna vez después de la anestesia se ha quejado de dolor y que le genera el producir este dolor en el paciente, se encuentra que 30 de las 40 personas de la muestra respondieron que sí a que sus pacientes referían sentir dolor después de la anestesia, lo cual puede ser interpretado como que están en proceso de entrenamiento para odontólogos o especialistas o que las técnicas anestésicas pueden fallar en el manejo de ciertas patologías o procedimientos a realizar. Por otro lado el hecho que el 90 % de los que respondieron afirmativamente al enunciado anterior les genero angustia, frustración o la combinación de las dos significa que definitivamente el manejo del dolor en la Odontopediatría se convierte en un factor estresante para nuestra muestra y de desadaptación para los pacientes.

Al relacionar las preguntas: Usted alguna vez ha atendido un paciente de comportamiento negativo (Según Escala de Frank), Y no sabe cómo manejar la situación versus como se sintió en esta situación? se encontró que el 76.9 % se sintieron angustiados, frustrados o la combinación de las dos, una vez se dieron cuenta que no sabían manejar la situación y el restante 22.2 % sintieron tranquilidad. Estos resultados se pueden atribuir las características de la muestra dado que es un escenario clínico de aprendizaje, y lo esperable es que los estudiantes de pre y pos grado se sientan en estas condiciones frente a retos tan importantes como el manejo del comportamiento de pacientes catalogados como definitivamente negativos según la escala de Frank. Sin embargo llama la atención que el 22 % aproximadamente se siente tranquilo, lo cual puede ser debido a la experticia de algunos en la muestra o a un signo de despersonalización en los individuos jóvenes o en estado de adiestramiento.

- ***Análisis de los resultados de las condiciones laborales y las subescalas del test de malash . (análisis multivariado)***

En este primer análisis se tiene la intención de caracterizar algunos elementos de la dimensión de cansancio emocional en relación con las condiciones de trabajo (tipo de paciente, manejo del tiempo, stress) que se generan en el Hospital. Al hacer el análisis de las preguntas cuantas horas al día le dedica a ejercer al Odontopediatría?, versus se siente presionado de tener pacientes en sala de espera? versus se siente más tranquilo cuando atiende pacientes de:? versus piensa que ejercer la Odontopediatría le genera Stress se encuentra que en el plano factorial se observa que existe asociación entre las personas que consideran que atendiendo pacientes de consulta externa se sienten más tranquilos con las personas que trabajan de 2 a 4 horas y que piensan que ocasionalmente se sienten presionados al tener pacientes en sala de espera, con aquellos que sienten que ejercer la Odontopediatría les genera mucho Stress. Estos resultados caracterizan a los estudiantes de pregrado de nuestra muestra dado que el tiempo que ejercen es corto (2 a 4 horas diarias), atienden en su mayoría pacientes de consulta externa y refieren estar estresados al ejercer la Odontopediatría y confirma que se asocia el alto cansancio emocional con las características del paciente a tratar, el manejo del tiempo y la experticia del personal sanitario.

En el segundo análisis se tiene la intención de investigar las condiciones laborales referidas a la adherencia del paciente al tratamiento, es decir si terminan tratamientos una vez inician, cómo se siente el personal sanitario cuando no terminan, el reconocimiento laboral y las subescalas que presenta el test de malash, encontrando que hay una gran asociación entre el nivel de realización personal alto, niveles de cansancio emocional bajo y despersonalización en nivel bajo con el reconocimiento de los méritos por su desempeño laboral. Sin

embargo no se observa una asociación clara entre la terminación completa del tratamiento del paciente, como se sienten cuando esto ocurre y el reconocimiento de méritos por su desempeño laboral. Consideramos que esta información será de utilidad para prevenir el síndrome de BO prestando atención a la necesidad de reconocer el mérito del personal sanitario. Adicionalmente ofrece conocimientos que sustentan la necesidad de modificar las condiciones de manejo, en las cuales se están atendiendo los pacientes en el Hospital.

8. LIMITACIONES DE ESTE ESTUDIO

El tipo de estudio que se utilizó para esta investigación es descriptivo, en un escenario docente asistencial, la composición de la muestra es mayoritariamente de estudiantes de pre y posgrado con marcadas diferencias en las experticias y en los tiempos de ejecución de la especialidad. Dado que se toman los datos en un corte de tiempo se pueden evidenciar algunos condicionantes laborales, sin embargo no se puede concluir las causas más profundas de ocurrencia del síndrome de BO para esta muestra en este contexto.

Por lo anterior, ante la necesidad de aportar evidencia del BO en los odontólogos pediatras se debería contar con estudios longitudinales. Pese a ello, esta investigación puede servir como punto de partida para una investigación que comprenda varias etapas en la vida laboral de los odontopediatras. Así mismo, puede ser muy recomendable que se compruebe, en futuras investigaciones, si la solución factorial obtenida en este trabajo se relaciona con las variables que han sido descritas como asociadas al síndrome de BO tales como tipos de personalidad, tipo de afrontamiento y entre otros factores causales que no se evaluaron en este estudio.

Ante la gran controversia que existe frente al instrumento que está validado para este síndrome se hace aconsejable diseñar una encuesta de Malash ajustada al oficio, (u otra que cumpla con estándares mínimos), lo que permita mejores niveles del índice de cronbach, (consistencia interna de la prueba) lo cual nos puede dar una mayor fiabilidad de los resultados y así generar conclusiones más cercanas a la realidad.

9. CONCLUSIONES

1. La prevalencia es de 5 % sin embargo se evidencian en la muestra las dimensiones de cansancio emocional y despersonalización en nivel medio por lo que probablemente estos individuos puedan estar en el camino de un diagnóstico positivo.
2. A pesar que la prevalencia del síndrome de BO fue baja, se encontró que el 80 % de la muestra manifiesta síntomas de la dimensión cansancio emocional, el 52.5% en despersonalización y el 30 % en realización personal, lo que puede indicar una primera fase del síndrome BO en nuestro estudio las mujeres entre los 20 y 30 años solteras tienen condiciones sociodemográficas que se relacionan con la prevalencia del síndrome de BO.
3. Las condiciones laborales que afectan el síndrome de BO son: desconocer un procedimiento, no controlar correctamente el dolor del paciente, no contar con apoyo del equipo laboral, el comportamiento negativo de los pacientes y la sobre carga laboral.
4. La odontopediatría es una profesión que tiene contacto con niños, padres y equipo de trabajo por lo que la probabilidad de padecer síndrome de BO es mayor.

11. BIBLIOGRAFIA

1. Castañeda E, García J. Prevalence of professional burnout syndrome among dentists in the education and health sectors in the city of Guadalajara, Mexico, 2012. *Rev Fac Odontol Univ Antioq* 2013; 24(2): 267-288.
2. Freudenberger M. Staff Burn-out. *J Soclssues* 1974; 30: 159-166.
3. Maslach C. Understanding Burnout definitional insuses in analyzing a complex phenomenon. En: Paine: Job, Stress and Burnout. BeberlyHills: Sage: 1982.
4. Alvarez E, Fernandez L. The "Burnout" Syndrome or the professional attrition review of studies *Rev. Asoc. Esp. Neuropsíqu.* Vol. XL, N.O 39, 1991.
5. Díaz R, Pérez E, Becerra T. Desgaste profesional en un grupo de odontólogos, *Revista ADM (Asociación Dental Mexicana)* 2006; LXIII (6):220-224.
6. Maslach C, Pines A. The burnout syndrome in day care setting. *Chid Care Quart* 1977; 6, 2: 100.
7. Cherniss C. Staff burnout: Job stress in the Human Services. Sage, Beverly Hills and London 1980.

8. Shawn P. Williams D, Genevieve P. Prevalence and associated risk factors of burnout among us doctors of chiropractic, *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics* Williams and Zipp 1 87 Volume 37, Number 3.
9. Varela.C .Entelles.L. Fontao A. Desgaste profesional entre los odontólogos y estomatólogos del Servicio Gallego de Salud, *Aten Primaria*. 2005; 35(6):301-5.
10. Ibáñez. E. Bicienty A, Thomas, Y. .Prevalence and associated factors in Burnout Syndrome on professors of the Fundación Universitaria San Martín, 2011. *Revista Colombiana de Enfermería*, Volumen 7, Págs. 105-111.
11. Brake, B. Smits, N, Wicherts J. Burnout development among dentists: a longitudinal study, *Eur J Oral Sci* 2008; 116: 545–551
12. Castañeda. E , García A .Prevalence of the syndrome of professional exhaustion (burnout) in mexican dentists of the education sector and private, *Med Secur Trab* 2012; 58 (228) 246-260
13. Murtoma H, Mannila E, Kandolin I, Burnout and its causes in finish dentist, *Community Dent Oral Epidemiol* 1990; 18: 208-12.
14. Polmann. K, Harzer , w. Stress, burnout and health in clinical period of dental education, , *Eur J Oral Sci* 2005; 9: 78–84
15. Brake H, Bloemendal E, Hoogstraten J. Gender differences in burnout among Dutch dentists *Community Dental Oral Epidemiol* 2003; 31:321-7
16. Gorter R, Eijkman M, Hoogstraten J. Burnout and health among Dutch dentists , *Eur J Oral Sci* 2000; 108: 261-267.

17. Matteson T, Ivancevich J. Organizational stressors and heart disease: a research model. *Academy of Management Review* 1979; 4: 347-357.
18. Iwanicki EF, Schwab RL.: A cross validation study of the Maslach Burnout inventory. *Educational and Psychological Measurement* 1981; 41: 1167-1174.
19. Hernández L, Olmedo E, Castejón , Ibáñez E. Estar quemado (burnout) y su relación con el afrontamiento, *International Journal of Clinical and Health Psychology* ISSN 1697-2600 2004, Vol. 4, N° 2, pp. 323-336
20. Moore R, Brodagaard J. Dentists' perceived stress and its relation to perceptions about anxious patients. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2001 Feb; 29(1):73-80.
21. Moos RH, A social-ecological perspective on health. In: G Stone (Eds). *Health psychology*. San Francisco: Jossey-Bass 1979.
22. Carroll J, Staff burnout as form of ecological dysfunction. *Contemporary Drug Problems* 1979; 8: 24-56.
23. Carroll JFX, White WL.: Theory building: integrating individual and environment factors within an ecological framework. In: WS Paine (Ed). *Job stress and burnout*. Beverly Hills, CA: Sage 1982.
24. Cherniss Cultural Trends, Political, economic, and historical roots of problem. In WS Paine (Ed) *job stress and burnout*. Beverly Hills, CA: sage 1982
25. Savicki V, Cooley E. Theoretical and research considerations of burnout. *children and youth services review* 1983; 53:227-236.
26. Golembiewski R, Hills D, Daly . *Toward the responsive organization*. Salt -lake City: Brighton 1979.

27. Divaris K, Polychronopoulou, K, Taoufik, C. Stress and burnout in postgraduate dental education .European Journal of Dental Education 2011, ISSN 1396-5883.
28. Lauren D, Laporta, M. Occupational stress in oral and maxillofacial surgeons Oral Maxillofacial Surg Clinic Elsevier Inc. All rights reserved ,2010
29. Kleibaum D, Kupper I, Mongerstern H. Epidemiologic Research: Belmont, lifetime learning Publication, 1982.
30. Brake, J, Gorter, R, Hoogstraten J. Burnout intervention among Dutch dentists: long-term effects. European Journal of Sciences Oral, 2001; 10: 380-387
31. Atance J. Aspectos epidemiológicos del síndrome burnout en personal sanitario. México- Guadalajara Revista Salud Pública. 1997; 7 | Y7-103, 1997.
32. Varela, P. Fontao, L, Martínez, A. Desgaste profesional entre los odontólogos y estomatólogos del Servicio Gallego de Salud. Aten Primaria. 2005; 35(6):301-5.
33. Hornadaza, J. Aboud, J. Characteristics of successful entrepreneurs. En Personnel Psychology 1971 Pag 87-88.
34. Díaz R, Lartigue, T, Acosta, E. Síndrome de burnout. Desgaste emocional en cirujanos dentistas. revista ADM Vol. LVIII, No. 2 Marzo-Abril 2001 pag 63-67.

ANEXOS

Anexo 1

CUESTIONARIO # 1 (TEST MASLACH BURNOUT INVENTORY)

Por favor lea cuidadosamente el siguiente cuestionario y conteste las preguntas acerca cómo se siente , lo más honestamente posible (El cuestionario es totalmente anónimo):

QUE TAN SEGUIDO:

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

Que tan seguido se presenta la situación enunciada en las siguientes oraciones:

- 1.____Me siento emocionalmente defraudado por mi trabajo
- 2.____ Cuando termino la jornada de trabajo me siento agotado
- 3.____ Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada me siento fatigado.
- 4.____ Siento que puedo entender fácilmente a las personas que tengo que atender.
- 5.____ Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fuesen objetos
- 6.____ Siento que trabajar todo el día con personas me cansa.

- 7.____ Siento que trato con mucha efectividad los problemas de las personas a las que tengo atender.
- 8.____ siento que mi trabajo me está desgastando.
- 9.____ Siento que estoy influyendo positivamente en las vidas de otras personas a través de mi trabajo
- 10.____ siento que me he hecho más duro con la gente.
11. ____ siento que este trabajo me está endureciendo emocionalmente
- 12.____ Me siento con mucha energía en mi trabajo.
- 13.____ Me siento frustrado pro mi trabajo.
- 14.____Siento que estoy mucho tiempo en mi trabajo.
- 15.____ Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a las personas que tengo que atender posiblemente
- 16.____ Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa.
- 17.____ Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable en mi trabajo.
- 18.____ Me siento estimulado después de haber trabajado con quienes tengo que atender.
- 19.____ Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.
- 20.____ Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades
- 21.____ Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados en forma adecuada.
- 22.____ me parece que los beneficiarios de mi trabajo me culpan de algunos de sus problemas .

Anexo 2

CUESTIONARIO #2

(FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL SINDROME DE BURNOUT EN ODONTOPEDIATRIA)

Instrucciones: Lea cuidadosamente las preguntas y conteste con una x o anote al lado o la respuesta según sea el caso .

1. Edad cumplida en años: _____ fecha de nacimiento: Día ___ mes ___ año ___

2. Sexo Biológico : Femenino _____ Masculino _____

3. Estado civil : Casado ___ viudo ___ Divorciado ___ Unión libre ___ Soltero ___

4. Usted ejerce en el hospital como:

Estudiante de pregrado _____

Residente primer año _____

Residente de segundo año _____

Docente _____

5. Cuánto tiempo lleva ejerciendo Odontopediatría:

Menos de 1 año ___ 1 año ___ Más de 1 año _____ /Cuántos ? _____

6. Cuántas horas al día trabaja?

2- 4 horas _____ 6 horas _____ Más de 6 horas _____

7. Cuántos pacientes atiende en su jornada de trabajo Habitual _____

8. Siente que sus pacientes deberían ser citados con más intervalos de tiempo.

Si _____ no _____ (si su respuesta es SI, responde la pregunta 9.)

9. Se siente presionado al tener pacientes en sala de espera?

Ocasionalmente _____ Frecuentemente _____ Rara vez _____

10. Usted se siente más tranquilo cuando atiende pacientes de :

Consulta Externa _____

Urgencias _____

En las dos Situaciones _____

En ninguna de las dos situaciones _____

11. alguna vez ha pensado dejar de ejercer la odontopediatria Sí___ No___

12. Piensa usted que ejercer la odontopediatria le genera estrés?

Poco___ mucho___

13. En una escala del 0 a 10, siendo 0 muy mal y 10 excelente, como se siente en su ambiente laboral? _____

14. Cuenta con Auxiliar personalizada mientras ejerce la odontopediatria?

Si ___ No___ (si respuesta es No conteste la pregunta 15)

15. Le genera angustia no tener auxiliar cerca realizando sus actividades básicas ?S í___ No

16. alguna vez ejerciendo actividades en odontopediatria ha desconocido como realizar un procedimiento? Sí___ No___ . (si su respuesta es sí responda la pregunta 17)

17. Si tiene que realizar un procedimiento que desconoce usted:

Se tensiona y no realiza el procedimiento _____

Realiza el procedimiento bajo mucha tensión _____

Lo realiza tranquilamente _____

18. alguna vez después de aplicar técnica de anestesia local, su paciente se ha quejado de dolor? Sí___ No___ (si su respuesta es sí conteste la pregunta 19)

19. Producir Dolor en su paciente le genera :

Angustia _____ Frustración _____ Tranquilidad_____ Angustia y frustración _____

20. Usted ha atendido un paciente de comportamiento definitivamente negativo (Según Escala de Frank), en su consulta de odontopediatria , y no sabe cómo manejar la situación?

Sí___ No___ (si su respuesta es sí responda la pregunta 21)

21. Como se sintió al no poder manejar esta situación?

Angustiado ___ Frustrado ___ Tranquilo ___ Angustiado y frustrado ___

22. Al tener en la consulta un padre autoritario y Dominante usted se siente?

Tensionado ___ tranquilo ___

23. Organice de mayor a menor (de 1 a 6) cual es la actividad que más le causa estrés, siendo 1 la que más estrés le causa:

Cuando hay Exceso de pacientes ___

Cuando el paciente es de difícil manejo ___

Cuando existe dificultades de comunicación con el acudiente ___

Cuando desconozco el manejo o el procedimiento ___

Cuando no recibo apoyo de mi equipo de trabajo ___

24. Qué situación le causa más estrés?

Exceso de pacientes ___

La Falta de apoyo de equipo laboral ___

Manejo de comportamiento del paciente ___

Falta comunicación con acudiente ___

Desconocer el manejo de un procedimiento _

25. Sus pacientes que inicia tratamiento terminan tratamiento completo?

Frecuentemente ___ usualmente ___ nunca ___ (si su respuesta es usualmente o nunca responda la pregunta 25 -2)

25.2. Al no tener adherencia de sus pacientes usted se siente :

Angustiado ___ frustrado ___ tranquilo ___

26. Siente usted que se le reconoce méritos por su desempeño laboral? Si ___ no ___

27. Como siente que es su calidad de vida?

Muy buena ___ buena ___ regular ___ mala ___ muy mala ___

28.. Organice de mayor a menor (de 1 a 6) cual es la actividad que más le causa estrés, siendo 1 la que más estrés le causa?

Realizar procedimientos de operatoria____

Realizar exodoncias ____

Realizar endodoncias ____

Atención a pacientes discapacitados ____

Atención de pacientes sistémicamente comprometido____

Atención de urgencias (trauma dentoalveolar- celulitis faciales, etc.)_____

Anexo 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARTICIPANTE EN INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS

FECHA_____

CIUDAD: _____

NOMBRE DEL PARTICIPANTE: _____
ESTUDIANTE PREGRADO _____ ESTUDIANTE POSGRADO _____ DOCENTE _____

NOMBRE DEL INVESTIGADOR: Paula Juliana Rojas

TITULO DE LA INVESTIGACIÓN:

IDENTIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES LABORALES QUE DETERMINAN LA PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BOURN-OUT EN ESTUDIANTES-DOCENTES DE PREGRADO Y POSGRADO QUE ATIENDEN LA CONSULTA DE ODONTOPEDIATRÍA DEL HOSPITAL DE LA MISERICORDIA

OBJETIVO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN:

Identificar las condiciones laborales que determinan la prevalencia del síndrome de bournout en los estudiantes de pregrado y posgrado que atienden la consulta de odontopediatria del Hospital de la Misericordia.

LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR en esta investigación será una encuesta estructurada que constara de dos partes: Test de Malash(este es un test para identificar la presencia del síndrome de Bourn out)y una segunda parte en donde se indagaran por las condiciones laborales propios del personal de salud.

LOS BENEFICIOS DE PARTICIPAR EN LA INVESTIGACION:

-Los beneficios que usted como participante recibirá será los de conocer los resultados de esta investigación en cuanto a prevalencia del síndrome de bournout como a las condiciones laborales relacionada

- Beneficios a la comunidad científica y a los profesionales en Odontopediatria dado que no se conocen la prevalencia de este síndrome en Odontopediatria.

LOS RIESGOS ESPERADOS DE LA ENCUESTA: No se presentan dado que es una ENCUESTA que se aplicara en grupo y es completamente anónima por lo tanto no hay riesgo de estigmatización o de señalamiento. De otro lado se guardara estrictamente la confidencialidad de los datos recogidos en esta encuesta y solo se publicaran o presentaran datos del comportamiento grupal sin hacer ninguna referencia a nombres o características del participante que lo identifiquen. Para certificar lo anterior los investigadores han firmado una carta de confidencialidad de información que se presentó ante el comité de ética de la Facultad de Odontología.

El participante de la investigación tendrá la garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de la encuesta que se le va a realizar.

El participante de la investigación está en la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio sin que por ello se creen perjuicios académicos o laborales.

El participante de la investigación tendrá toda la seguridad necesaria que garantice su completo bienestar y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad, lo que implica que no se publicaran ni divulgaran datos específicos del participante y tendrá todo el derecho de recibir información actualizada obtenida durante el estudio..

En caso de cualquier sugerencia duda o inquietud puede comunicarse Paula Juliana Rojas Residente de Estomatología Pediátrica encarga del desarrollo del proceso investigativo .

AUTORIZACIÓN

Yo _____ identificado como aparece al pie de mí, firma, y en pleno uso de mis facultades mentales autorizo a la investigadora: Paula Juliana Rojas , estudiante de Odontología de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia sede Bogotá, bajo la dirección de la docente Sandra Lucia Patiño N. a que se le realicen **una encuesta estructurada que constara de dos partes: test Maslach Burnout Inventory** (este es un test para identificar la

presencia del síndrome de Bourn out)y una segunda parte en donde se indagaran por las condiciones laborales propios del personal de salud.

Declaro que se me ha explicado paso a paso los procedimientos a realizar y se me han resuelto las dudas que he tenido sobre este y posibles riesgos.

Declaro que soy consciente de que no obtendré ninguna compensación económica por participar en el estudio mencionado, y que mi participación en el mismo es estrictamente voluntaria.

Se me ha informado que el proceso será totalmente confidencial y que mi nombre no será utilizado en ningún informe cuando los resultados de la investigación sean publicados.

Yo _____, otorgo mi consentimiento reiterando que es en pleno y normal uso de mis facultades mentales, a la Investigadora Paula Juliana Rojas , bajo la dirección de la docente Sandra Lucia Patiño N., para mi participación en el estudio, en el cuál se evaluara la prevalencia del síndrome de Bournout y las condiciones laborales relacionadas con el mencionado síndrome.

-

Afirmo que se me ha informado previamente que puedo revocar este consentimiento cuando lo desee, sin ningún tipo de sanción o represalias.

Firma y cedula del Participante

Firma del Investigador

