



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE MEDICINA

TEMA

**SINDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE LA SALUD Y MEDICOS
INTERNOS DEL AREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL ROBERTO
GILBERT ELIZALDE DE JUNIO 1 DEL 2014 – JUNIO 1 DEL 2015**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PRESENTADO COMO REQUISITO PARA OPTAR
POR EL GRADO DE MEDICO**

NOMBRE DEL ESTUDIANTE

Galarza Avila Karol Natalie

NOMBRE DEL TUTOR

DR. JULIO CESAR HIDALGO OLMEDO

GUAYAQUIL-ECUADOR

AÑO 2015

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGIA		
FICHA DE REGISTRO DE TESIS		
TÍTULO Y SUBTÍTULO: SINDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE LA SALUD Y MEDICOS INTERNOS DEL AREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL ROBERTO GILBERT ELIZALDE DE JUNIO 1 DEL 2014 – JUNIO 1 DEL 2015		
AUTOR/ ES: Karol Natalie Galarza Avila	REVISORES: Dra. Bravo	
INSTITUCIÓN: Universidad de Guayaquil	FACULTAD: Ciencias Médicas	
CARRERA: Medicina		
FECHA DE PUBLICACION:	Nº DE PÁGS: 60	
ÁREAS TEMÁTICAS: Emergencia		
PALABRAS CLAVE: Síndrome de Burnout, cansancio emocional, despersonalización, realización personal, profesionales de salud, médicos internos		
RESUMEN: El síndrome de Burnout es una consecuencia del estrés crónico en el cual el individuo comienza a presentar cierta distancia personal hacia las personas con quienes trabaja, no sentirse facultado para ejercer su trabajo, y cansado emocional y físicamente sintiéndose a su vez impotente e inútil. El diagnóstico del síndrome se hace mediante varios test, para este trabajo se utilizó el test MBI en los profesionales de la salud y médicos internos del área de emergencia, se obtuvo como resultado que el género más afectado es el masculino, el grupo de edad con más resultados positivos es el de 20 – 25 años y la función con mayor porcentaje de este síndrome la obtuvieron los médicos internos.		
Nº DE REGISTRO (en base de datos):	Nº DE CLASIFICACIÓN:	
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):		
ADJUNTO PDF:	SI	NO
CONTACTO CON AUTORES:	Teléfono: 0994903773	E-mail: Karito-naty@hotmail.com
CONTACTO EN LA INSTITUCIÓN:	Nombre: Universidad de Guayaquil	
	Teléfono: 04-2921722	
	E-mail: rpp@ug.edu.ec	

CERTIFICADO DEL TUTOR

EN MI CALIDAD DE TUTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN PARA OPTAR EL TITULO DE MÉDICO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS.

CERTIFICO QUE: HE DIRIGIDO Y REVISADO EL TRABAJO DE TITULACIÓN DE GRADO PRESENTADO POR LA SRTA. KAROL NATALIE GALARZA AVILA, CON C.I. # 0921770376

CUYO TEMA DE TRABAJO DE TITULACIÓN ES SINDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE LA SALUD Y MEDICOS INTERNOS DEL AREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL ROBERTO GILBERT ELIZALDE DE JUNIO 1 DEL 2014 – JUNIO 1 DEL 2015

REVISADA Y CORREGIDA QUE FUE EL TRABAJO DE TITULACIÓN, SE APROBÓ EN SU TOTALIDAD, LO CERTIFICO:

TUTOR: DR. JULIO CESAR HIDALGO OLMEDO

ESCUELA DE MEDICINA



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

Este Trabajo de Graduación cuya autoría corresponde a la Srta. Karol Natalie Galarza Avila, ha sido aprobada, luego de su defensa pública, en la forma presente por el Tribunal Examinador de Grado Nominado por la Escuela de Medicina como requisito parcial para optar el título de Médico.

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

SECRETARIA

DEDICATORIA

Les dedico este trabajo a mis padres por apoyarme en todo momento durante la preparación de mi carrera y este trabajo, por su optimismo comprensión y consejos que llevare siempre conmigo.

A mis Residentes de Pediatría y Licenciadas sin su colaboración este trabajo no hubiera sido posible.

A mi abuelo por haberme dejado este gran reto.

AGRADECIMIENTO

Agradezco sobre todas las cosas a Dios por permitirme llegar hasta aquí, por darme una fe inquebrantable y las fuerzas para continuar cada día con su bendición.

También les agradezco a mis padres por inculcarme siempre con su ejemplo que nunca hay que rendirse a pesar de los infortunio en nuestro camino, por su dedicación y esfuerzos, por su paciencia en el camino de estos largos años.

A Andrea Torres y Thalía Ortiz por ser mi familia el último año, uno de los más importantes e inolvidable en nuestras carreras.

A Javier Alvarez por ser amigo y compañero e impulsarme siempre a ser mejor.

RESUMEN

ANTECEDENTES:

El síndrome de Burnout ha sido estudiado a través de los años por diferentes autores, muchos de ellos proponían que este síndrome solo se desarrollaba en las profesiones de asistencia social y otros referían que se daba en cualquier tipo de profesión, concluyeron en q este síndrome no es solo de ciertas profesiones pero que para que aparezca se necesita un periodo prolongado de exposición a factores de riesgo psicosocial. Se caracteriza por tres dimensiones: a) cansancio emocional para enfrentarse al trabajo; b) despersonalización o desarrollo de actitudes negativas hacia los pacientes, y c) bajos logros personales o tendencia a evaluar negativamente el propio trabajo con apreciaciones de baja autoestima profesional

OBJETIVO:

Determinar la presencia del Síndrome de Burnout en los profesionales de salud y médicos internos.

MÉTODOS:

El método a usarse fue la encuesta, usando como instrumento el test de MBI.

RESULTADOS:

Se obtuvo como resultado que el género más afectado es el masculino, el grupo de edad con más resultados positivos es el de 20 – 25 años y la función con mayor porcentaje de este síndrome la obtuvieron los médicos internos.

PALABRAS CLAVES: SÍNDROME DE BURNOUT, CANSANCIO EMOCIONAL, DESPERSONALIZACIÓN, REALIZACIÓN PERSONAL, PROFESIONALES DE SALUD, MÉDICOS INTERNOS

ABSTRACT

BACKGROUND:

Burnout syndrome has been studied over the years by different authors, many of them proposed that this syndrome developed only in the professions of social work and other related that occurred in any profession, concluded this syndrome q it is only certain professions but to display a prolonged exposure to psychosocial risk factors period is needed. It is characterized by three dimensions: a) emotional exhaustion to face work; b) depersonalization or development of negative attitudes towards patients, c) low personal achievement or tendency to negatively evaluate the work itself with findings of low professional esteem

OBJECTIVE:

The presence of Burnout syndrome in health professionals and medical interns.

METHODS:

The method used was a survey, using the test as an instrument of MBI.

RESULTS:

It resulted that the most affected is the male gender, the age group with the most positive results is that of 20-25 years and the function with the highest percentage of this syndrome obtained medical interns.

KEYWORDS: BURNOUT SYNDROME, EMOTIONAL EXHAUSTION, DEPERSONALIZATION, PERSONAL ACCOMPLISHMENT, HEALTH PROFESSIONALS, CLINICIAN

INDICE

CONTENIDOS:

Contenido

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPITULO I	3
1. EL PROBLEMA.....	3
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.2 JUSTIFICACION	6
1.3 DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA	6
FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	7
1.5 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS	7
CAPITULO II	8
MARCO TEÓRICO	8
2.1 ANTECEDENTES	8
2.2 BASES CLINICAS.....	11
2.2.2 Proceso de desarrollo del Síndrome de Burnout.....	13
2.2.3 Factores de riesgo	15
2.2.4 Manifestaciones clínicas	20
2.2.5 Diagnostico.....	21
2.2.6 Prevención	22
2.5 VARIABLES.....	27
2.5.1 Variable independiente.....	27
2.2.2 Variables dependientes	27
CAPITULO III	28

3.1 MATERIAL Y METODO	28
3.1.1 CARACTERÍSTICAS DEL LUGAR DE ESTUDIO.....	28
3.1.2 UNIVERSO Y MUESTRA.....	28
3.1.3 VIABILIDAD	29
3.1.4 CRITERIOS INCLUSIÓN	29
3.1.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	29
3.1.6 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES DE INVESTIGACIÓN	30
3.1.7 OPERACIONALIZACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN	31
3.1.8 TIPO DE INVESTIGACIÓN	31
3.1.9 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	32
3.1.10 CONSIDERACIONES BIOÉTICAS	33
RECURSOS HUMANOS Y FÍSICOS.....	33
3.1.12 INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN Y RECOLECCIÓN DE LA DATA.....	34
3.1.13 METODOLOGÍA PARA EL ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	34
CAPÍTULO IV	35
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	35
CASOS DE SINDROME BURNOUT	37
SINDROME DE BURNOUT POR GÉNERO	38
SINDROME DE BURNOUT POR GRUPO DE EDADES	39
CANSANCIO EMOCIONAL DE LOS PROFESIONALES DE SALUD Y MEDICOS INTERNOS	41
DESPERSONALIZACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE SALUD Y MEDICOS INTERNOS	45
REALIZACION PERSONAL DE LOS PROFESIONALES DE SALUD Y MEDICOS INTERNOS	49
CAPITULO V	53
CONCLUSIONES.....	53

CAPITULO VI.....	55
RECOMENDACIONES.....	55
ANEXOS	56
BIBLIOGRAFÍA.....	59

INTRODUCCIÓN

Sabemos que toda causa acontece en un efecto, pues bien cuando las exigencias y presiones laborales en el entorno de un individuo rebasan sus capacidades intelectuales, emocionales y físicas en una manera constante, y se vuelven difíciles de controlar, perjudicando la salud y el desempeño laboral tendremos un resultado, el denominado estrés laboral.

Aunque ciertos niveles de exigencias y presiones pueden resultar positivas para el trabajador y la empresa, al otorgarle un desempeño con motivación e interés al poder conseguir por medio de esto; logros y estímulos, cuando existe un déficit de apoyo, trabajo con gran carga de responsabilidad, mal liderazgo, falta de reconocimiento, desinformación, horas de trabajo excesiva sumado a factores familiares, sociales y el desarrollo personal que depende de cada individuo se va a desembocar en el estrés laboral.

Por ende la salud del personal no es responsabilidad solamente del individuo, y recalcando el concepto de salud establecido por la OMS donde indica que la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedades, llegamos a la conclusión de que, para que un trabajo sea saludable cada empleador debe prestar igual atención a la salud mental de sus trabajadores así como se realiza con la seguridad física, biofísica e industrial. (1)

En el campo de la salud se vive día a día el reto de solucionar diversas situaciones en base a nuestros conocimientos, muchas veces nos encontramos sin el apoyo de un superior con más experiencia o de nuestros compañeros, ante esto nos desenvolvemos en un continuo desequilibrio entre las exigencias y las capacidades pudiendo desarrollar en ciertos casos una sintomatología de cansancio, astenia, pérdida de apetito, o como lo denomino Hans Selye “el síndrome de estar enfermo”. A esta y más sintomatología es a la que llamamos Síndrome de Burnout la cual se hace visible con frecuencia en la actividad sanitaria.

Tomando en cuenta que este estudio fue realizado en un hospital Pediátrico de gran afluencia en la ciudad a donde pertenece, el continuo e intenso contacto con el sufrimiento, el dolor, la muerte y otros sentimientos de las personas que reciben el servicio (9) La

creciente amenaza de sufrir juicios por mala praxis la presencia de patologías cada vez menos reversibles, o q implican un tratamiento muy prolongado puede llevar al personal que lo brinda a manifestar diversa sintomatología de estrés o llevarlo a un proceso crónico como es el Síndrome de Burnout y sus diferentes manifestaciones, Es por este motivo que se decidió realizar este estudio, ya que a simple vista el personal de dicho hospital se encuentra expuesto a diferentes estresores.

CAPITULO I

1. EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El estrés ocupacional crónico es considerado un factor determinante de los trastornos depresivos los cuales constituyen la cuarta causa de los costos de la enfermedad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que en 2020 los trastornos depresivos serán la segunda mayor causa de morbilidad, detrás solamente de la enfermedad isquémica del corazón (12).

A lo largo de estos años el síndrome de quemarse por el trabajo ha quedado establecido como una respuesta al estrés laboral crónico que ocurre con frecuencia en los profesionales de las organizaciones de servicios (médicos, profesionales de enfermería, maestros, funcionarios de prisiones, policías, trabajadores sociales, etc.) que trabajan en contacto directo con los usuarios de tales organizaciones (pacientes, alumnos, presos, indigentes, etc.). (13)

Este síndrome se caracteriza por ser un conjunto de factores los cuales afectan inicialmente al hombre en lo psicológico, secundariamente biológico con riesgos severos de descompensaciones incluso llegando a tener un evento coronario, y con impacto social relevante, ya que afecta directamente en el producto a entregar por el hospital, la satisfacción del usuario(13).

En la Universidad de Washington, un estudio realizado en residentes de medicina interna mostró una prevalencia del 76% de desgaste profesional, con una autopercepción de menor calidad en el cuidado profesional de los pacientes, al compararlo con los residentes no afectados (53% vs. 21% $p=0.004$), y se encontró que el componente de despersonalización era el más significativo. (14)

De acuerdo a estudios realizados en España, en materia de Salud Ocupacional, se legislo el Síndrome de Burnout como parte de las Enfermedades profesionales, siendo este un motivo de alta demanda de licencias médicas. Según estudios realizados en España, un 45% de la población total de Enfermeros de un hospital en Barcelona, presentaba más de algún factor desencadenante de Síndrome de Burnout (13)

La prevalencia del Síndrome de Burnout varía ampliamente de un país a otro e incluso dentro del mismo territorio nacional que se valore, dependiendo de las características del sistema de salud en que se opera, así como de otros factores organizacionales intrínsecos del hospital que se estudie y de los profesionales de salud en los que se realice; de allí que la prevalencia oscile entre 17.3 y 30% en diferentes regiones de España y se hallen cifras similares en Chile, donde se obtuvo una de 31%. (14)

En Barcelona, un estudio en personal sanitario mostró que el 41,6% tenía un alto nivel de cansancio emocional, particularmente los médicos y el personal de enfermería; el 23%, un alto nivel de despersonalización, en médicos, y un 27,9% tenía una baja realización personal, en especial los técnicos y los médicos. Otra investigación efectuada en otro hospital comarcal de Barcelona estimó una baja prevalencia del SQ según cada dimensión: 13,9% para grado elevado de cansancio emocional, 11,1% para despersonalización y un 6,6% para baja realización personal. (14)

En Guadalajara (México), una investigación realizada en médicos y enfermeras de atención primaria mostró una prevalencia media del SB de 44.36 y 45.36 respectivamente y de 48.34 y 47.7 en el mismo personal de atención especializada (14)

Un estudio realizado por la Clínica Mayo valoró las respuestas a una encuesta realizada a 1.098 estudiantes de medicina de tres facultades de Minnesota, de los que respondieron el 50%. Los resultados de la misma muestran que cuanto más se aproximaban los estudiantes al final de su formación médica, más probabilidades tenían de estar quemados; se encontró que el 45 % de los estudiantes que participaron en el estudio presentan el SB antes de graduarse. El informe concluye: "La medicina no sólo quema a los médicos; los estudiantes

de medicina ya empiezan a experimentar algunos síntomas de lo que se conoce como síndrome de desgaste profesional o Burnout antes incluso de empezar su vida laboral" (14)

En Colombia, un estudio efectuado en médicos internos y residentes del Hospital de la Universidad del Valle en el 2002 estimó una prevalencia del SB del 85.3 %; la distribución según categoría del síndrome indicó que el 76% de los médicos presentaban desgaste emocional entre moderado y severo, el 60% despersionalización y el 50% alta realización personal, sin diferencias estadísticas entre internos, residentes clínicos o quirúrgicos (14)

Debido a que el área de emergencia es un lugar donde hay que actuar con certeza y rapidez, y las exigencias profesionales y la demanda de una buena atención siguen creciendo. Es necesario determinar el grado de salud mental de los profesionales de salud que laboran en esta área lo que nos lleva a la siguiente interrogante:

¿Se puede encontrar el Síndrome de Burnout en los profesionales de salud y médicos internos del área de emergencia del hospital Roberto Gilbert Elizalde?

1.2 JUSTIFICACION

En la actualidad el estrés laboral va ganándose cada vez más campo, sin contar con que el área de emergencia de un hospital ha representado siempre una carga de estrés para todo el que la visita. Tanto médicos como licenciados en enfermería y médicos internos de dicha área se encuentran expuestos a las exigencias de una buena atención hospitalaria, a trabajar bajo presión, y muchas veces con bajos recursos ya que nos encontramos en un país subdesarrollado donde tanto los niveles socioeconómicos bajos de los pacientes como el sistemas de salud que aun no cuenta con la misma calidad con que se desenvolvería un médico de primer mundo, muchas veces afectan en la atención de los usuarios o pacientes.

Adicionando la falta de comunicación, déficit de información, exigencia académica, el cumplimiento de largas horas de trabajo, y la variabilidad de desencadenantes de este síndrome me justifica llevar a cabo esta investigación al personal, específicamente médicos, licenciados en enfermería y médicos internos de dicha área de emergencia del Hospital Roberto Gilbert Elizalde para determinar la prevalencia del Síndrome de Burnout.

1.3 DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA

Naturaleza: Estudio de observación indirecta, corte transversal y descriptivo

Campo: Salud pública.

Área: Adultos

Aspecto: síndrome de Burnout

Tema de investigación: Síndrome de Burnout en profesionales de la salud y médicos internos

Lugar: Hospital Roberto Gilbert Elizalde

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1. ¿Del personal encuestado cual es el porcentaje que presenta este síndrome?
2. ¿Qué género presenta más susceptibilidad al Síndrome de Burnout?
3. ¿Qué grupo de edad es más propensa a desarrollar el Síndrome de Burnout?
4. ¿En qué profesión predomina el síndrome?

1.5 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

1.5.1 Objetivo General

1. Determinar la presencia del Síndrome de Burnout en los profesionales de salud y médicos internos.

1.5.2 Objetivos Específicos

1. Establecer el porcentaje de presentación del Síndrome de Burnout en los profesionales de salud y médicos internos del área de emergencia del Hospital Roberto Gilbert Elizalde
2. Obtener el porcentaje del género que predomina en la presentación del síndrome de Burnout en el personal encuestado.
3. Establecer cuál es el grupo de edad que predomina en la presentación de este síndrome
4. Comparar los resultados del test y sus dimensiones entre médicos, licenciados en enfermería y médicos internos del área de emergencia del mencionado Hospital Pediátrico.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES

Herbert Freudenberger médico psiquiatra en 1974 uso el concepto de Burnout cuando trabajaba como voluntario en una clínica para toxicómanos en New York llamada “Free Clinic” observó a los demás voluntarios quienes casi en su totalidad después de un periodo de tiempo comprendido entre uno a tres años sufrían pérdida de energía, desmotivación, falta de interés por el trabajo que los llevo al agotamiento, además de varios síntomas de ansiedad y depresión. El trabajo de estas personas se caracterizaba por no presentar un horario fijo, largas horas de trabajo, un salario escaso , (3) estos se esforzaban en sus funciones, sacrificando su propia salud con el fin de alcanzar ideales superiores y recibiendo poco o nada de reforzamiento por su esfuerzo (4) Freudenberger describió cómo estas personas se vuelven menos sensibles, poco comprensivas y hasta agresivas en relación con los pacientes, con un trato distanciado y cínico con tendencia a culpar al paciente de los propios problemas que padece. (3)

La psicóloga social cristina Maslach en 1976 cuando estudiaba las respuestas emocionales de los empleados de profesionales de atención a personas, adopto el termino Burnout o “estar quemado” que además en aquella época se lo utilizaba tanto como referencia a los efectos del consumo crónico de sustancias tóxicas como en los deportistas cuando no conseguían los resultados esperados a pesar del esfuerzo realizado, y entre los abogados como la progresiva pérdida de responsabilidad y desinterés cínico entre sus compañeros de trabajo (3). Maslach propuso el termino se aplicara exclusivamente en quienes realizan su trabajo en contacto directo con personas en el seno de una organización (5).

Así, pues, Maslach y Jackson (1981, 1982) definen el Burnout como una manifestación comportamental del estrés laboral, y lo entienden como un síndrome tridimensional caracterizado por cansancio emocional (CE), despersonalización (DP) en el trato con clientes y usuarios, y dificultad para el logro/realización personal (RP). A partir de estos

componentes se elaboró el “Maslach Burnout Inventory” (MBI), cuyo objetivo era medir el Burnout personal en las áreas de servicios humanos, evaluando dichas dimensiones por medio de tres subescalas. Extraoficialmente, esta escala se ha convertido en la más aceptada por su amplia utilización en diversos tipos de muestras. (5)

También existen otros conceptos que amplían el término a profesiones no asistenciales como por ejemplo el de Burke en 1987 lo definió como un proceso de adaptación del estrés laboral, que se caracteriza por desorientación profesional, desgaste, sentimientos de culpa por falta de éxito profesional, frialdad o distanciamiento emocional y aislamiento (4), Farber (2000) lo describe como un reflejo de la mayoría de los ambientes de trabajos actuales, ya que la competencia laboral exige intentar producir cada vez mejores resultados al menor tiempo y con los mínimos recursos posibles. A partir de esta realidad, este autor señala cuatro variables importantes para explicar la aparición y el desarrollo del Burnout:

- 1) la presión de satisfacer las demandas de otros
- 2) intensa competitividad
- 3) deseo de obtener más dinero y
- 4) sensación de ser desprovisto de algo que se merece. (5)

Según estos estudios el síndrome se manifiesta de igual manera como un estado de agotamiento emocional, mental y física, que incluye sentimientos de impotencia e inutilidad, sensaciones de sentirse atrapado, falta de entusiasmo y baja autoestima

Dentro de la tendencia a aplicar el Burnout sólo a profesiones asistenciales, Maslach y Schaufeli (1993) intentaron una ampliación del concepto aceptando diversas definiciones en función de algunas características similares, de las que destacan:

1. Predominan más los síntomas mentales o conductuales que los físicos. Entre los síntomas disfóricos se señalan, el cansancio mental o emocional, fatiga y depresión; siendo el principal el Cansancio Emocional.

2. Los síntomas se manifiestan en personas que no sufrían ninguna Psicopatología anteriormente.

3. Se lo clasifica como un síndrome clínico-laboral.

4. Se desencadena por una inadecuada adaptación al trabajo, que conlleva a una disminución del rendimiento laboral junto a la sensación de baja autoestima. (5)

Shirom (1989), a través de una revisión de diversos estudios, concluye que el contenido del síndrome de Burnout tiene que ver con una pérdida de las fuentes de energía del sujeto y lo define como “una combinación de fatiga física, cansancio emocional y cansancio cognitivo” (5)

Hombrados (1997) propone una definición conductual basada en la coexistencia de un conjunto de respuestas motoras, verbales-cognitivas y fisiológicas ante una situación laboral con exigencias altas y prolongadas en el tiempo. (5)

En este tiempo visualizaban este síndrome desde dos perspectivas diferentes, como un estado clínico al que llega el individuo a partir del estrés laboral, y como un proceso que se desarrolla por la interacción de características del entorno laboral y de orden personal, con manifestaciones bien diferenciadas en distintas etapas.(4)

Pines y Aronson lo definieron en 1988 como “el estado de agotamiento mental, físico y emocional, producido por la involucración crónica en el trabajo en situaciones con demandas emocionales”. Pines destaca la importancia, desde la prevención, de la calidad de las relaciones interpersonales en el trabajo, del modo de supervisión y de las oportunidades de aprendizaje continuo y desarrollo de la carrera con las que cuenten el trabajador (8)

El síndrome de Burnout describe un estado psicológico que aparece luego de un periodo prolongado de exposición a factores de riesgo psicosocial. Se caracteriza por tres dimensiones: a) cansancio emocional o pérdida de recursos emocionales para enfrentarse al trabajo; b) despersonalización o desarrollo de actitudes negativas y de cinismo hacia los

pacientes, y c) bajos logros personales o tendencia a evaluar negativamente el propio trabajo con apreciaciones de baja autoestima profesional (6)

En conclusión se consideró que el Síndrome de Burnout abarca diversos grupos de profesionales y que se debe a un proceso de exposición a estrés crónico laboral y cuando las estrategias de afrontamiento no son eficaces, Es decir, que en el ámbito individual, los sujetos, en su esfuerzo por adaptarse y responder eficazmente a las demandas y presiones laborales, pueden llegar a esforzarse en exceso y de manera prolongada en el tiempo, lo que acarrea esa sensación que ellos describen como “estoy quemado” mientras en el ámbito laboral baja el rendimiento, hay un deterioro en la calidad de servicio, e incluso abandono del puesto de trabajo. (5)

2.2 BASES CLINICAS

2.2.1 Definición

A través de los años se ha otorgado diferentes definiciones a este síndrome, en primer lugar podemos decir que el termino Burnout se ha mantenido para no utilizar terminología más alarmante como se describe en las diferentes bibliografías estudiadas tal como “desmoralización” “síndrome de quemarse por el trabajo” “fatiga laboral” a pesar de que con esta terminología se evitarían las muchas interpretaciones del mismo. (10)

Después de revisar las diferentes literaturas sobre este síndrome llegue a la conclusión de que como todo síndrome, el de Burnout es un conjunto de signos y síntomas desencadenado por el hecho de haber permanecido un prolongado tiempo bajo condiciones no adecuadas que hayan producido un estrés laboral establecido en términos crónicos, llegando a producir en el individuo cierta distancia personal hacia las personas con quienes trabaja, no sentirse facultado para ejercer su trabajo, y cansado emocional y físicamente sintiéndose a su vez impotente e inútil.

Debemos definir la diferencia de este Síndrome con otros conceptos ya que se puede llegar a confusiones porque se comparte cierta sintomatología como lo son: (5)

2.2.1.1 Estrés general

Lo diferenciamos porque este es de origen psicológico que puede tener efectos positivos y negativos, mientras que el Burnout solo hace referencia a efectos negativos para el sujeto y su entorno. El estrés se puede manifestar por cualquier ámbito en la cotidianidad del individuo mientras que el Burnout se estima es un Síndrome exclusivo del trabajo.

2.2.1.2 Fatiga física

Para diferenciarlas hay que observar el proceso de recuperación, ya que el Burnout tiene una recuperación lenta y se acompaña de sentimientos de fracaso mientras que en la fatiga física la recuperación es más rápida y puede estar acompañada de sentimientos de realización personal y a veces de éxito.

2.2.1.3 Depresión

Se ha confirmado que la depresión tiene correlación significativa con el Cansancio Emocional, pero no con las otras dos dimensiones del Burnout como son la baja realización personal y la despersonalización o cinismo. Uno de los síntomas más destacados de la depresión es el sentimiento de culpa, mientras que en el Burnout los sentimientos que predominan son la cólera o la rabia. Aunque otros estudios recalcan que la depresión es un componente del Burnout en una etapa posterior.

2.2.1.4 Tedio y aburrimiento

Estudios como el de Hallberg plantó que hay diferencia en el proceso de desarrollo, determinando que cuando aumenta el agotamiento emocional, disminuye el tedio, entonces, sería este proceso lo que lleva al trabajador a desarrollar el Burnout, Maslach y Jackson concuerdan en que el Burnout es generado por repetidas presiones emocionales, mientras que el tedio o aburrimiento puede resultar de cualquier tipo de presión o falta de motivación o innovación en el ámbito laboral del sujeto, pero apoyan que ambos términos son equivalentes cuando el fenómeno es consecuencia de la insatisfacción laboral.

2.2.1.5 Acontecimientos vitales y crisis de la edad meda de la vida

La crisis de la edad media de la vida del sujeto se diferencia del Burnout porque tal crisis se puede desencadenar cuando el profesional hace un balance negativo de su posición y desarrollo laboral y, sin embargo, el Burnout se da con mayor frecuencia en los jóvenes que se han incorporado recientemente en su nuevo empleo; porque éstos no suelen estar preparados para afrontar los conflictos emocionales que se les presentan desde el exterior

En general para diferenciarlo de otros conceptos debemos tomar en cuenta su multidimensionalidad como es el cansancio emocional, la despersonalización y la falta de realización personal junto con su proceso de desarrollo progresivo y continuo.

2.2.2 Proceso de desarrollo del Síndrome de Burnout

Todos los estudios concuerdan con que este síndrome es una respuesta que se encuentra asociada a los riesgos en el entorno laboral de un individuo como puede ser la continua interacción con personas, el manejo de la organización, y que las consecuencias son tanto para el individuo como para la organización. También concuerdan en que es un proceso que se da por fases.

Edelwich y Brodsky lo definen en las siguientes etapas:

- Entusiasmo ante un nuevo puesto de trabajo y altas expectativas
- Estancamiento por incumplimiento de expectativas
- Frustración
- Apatía, que se manifiesta con sentimientos de distanciamiento y desimplicación laboral, conductas de evitación e inhibición de la actividad profesional (5)

Cherniss definió su proceso en tres fases, la primera de ellas el estrés por desequilibrio entre demandas laborales y recursos personales, le continua el agotamiento como respuesta a el estrés y la incapacidad de sobrellevarlo, la fase de afrontamiento con cambios de actitud y conducta negativa. (5)

Farber describió seis fases; el entusiasmo y dedicación, la respuesta a estresores laborales, la falta de igualdad entre el esfuerzo y resultados, el abandono de compromiso, la elevada vulnerabilidad con la presencia de sintomatología y por último el agotamiento y descuido del individuo (5)

Por ultimo tenemos el Modelo Procesual de Leiter que define como unos procesos que empieza con el desequilibrio entre demandas y recursos personales, lo que provoca en el individuo cansancio emocional, seguida de una despersonalización como método de defensa al no poder afrontar los estresores laborales. (5)

Como se puede observar, son tres las dimensiones que explican la evolución del síndrome.

- Agotamiento o cansancio emocional que se refiere a la disminución o pérdida de recursos emocionales, es decir, los que sirven para entender la situación de otras personas que también tiene emociones y sentimientos que nos puedes permitir durante la vida laboral. El trabajador elabora sentimientos de estar exhausto tanto física como psíquicamente, que ya no puede dar más de sí mismo, siente impotencia y desesperanza. (9)
- Despersonalización o deshumanización, revela un cambio consistente en el desarrollo de actitudes y respuestas negativas, como insensibilidad y cinismo hacia los beneficiarios del servicio, así como por incremento de la irritabilidad hacia la motivación laboral. Este aislamiento y evitación de otras personas se traduce en unas conductas como son: absentismo laboral, ausencia de reuniones, resistencia a enfrentarse con otros individuos o a atender público, o en s actitud emocional, que se vuelve fría, distante y despectiva. Estas conductas de endurecimiento afectivo son vistas por los usuarios de manera deshumanizada (9)
- Sentimiento de baja o falta de realización personal, este supone tendencias con respuestas negativas a la hora de evaluar el propio trabajo, con vivencias de insuficiencia profesional, baja autoestima, evitación de relaciones interpersonales, baja productividad e incapacidad para soporta la presión. Son sentimientos complejos de inadecuación personal y profesional, con deterioro progresivo de su

capacidad laboral y pérdida de todo sentimiento de gratificación personal con la misma

Esta autoevaluación negativa afecta considerablemente a la habilidad en la realización del trabajo y a la relación con las personas atendidas. (9)

Dentro del proceso de desarrollo del síndrome también tenemos otra variabilidad que lo vuelve más práctico de delimitar y consiste en:

- Leve: los afectados presentan síntomas físicos, vagos e inespecíficos como cefaleas, dolores de espaldas, lumbalgias y se vuelven poco productivos, el principal síntoma y que se encuentra dentro del test de Maslach es la dificultad de levantarse e iniciar el día.
- Moderada: aparece insomnio, déficit en atención y concentración, tendencia a la auto- medicación. Este nivel presenta distanciamiento, irritabilidad, cinismo, fatiga, aburrimiento progresiva pérdida del idealismo que convierten al individuo en emocionalmente exhausto, culpa y autovaloración negativa
- Grave: mayor en absentismo, aversión por la tarea, cinismo. Puede haber abuso de alcohol o psicofármacos.
- Extrema: aislamiento, crisis existencial, depresión crónica y riesgo de suicidio(9)

2.2.3 Factores de riesgo

2.2.3.1 Tipo de profesión:

El problema afecta de modo especial a profesiones cuya tarea se concreta en la relación confinada y estrecha con personas, sobre todo si existe una relación de ayuda o servicio.

Entre las principales profesiones que se han estudiado con mayor presentación de este síndrome tenemos a las del personal sanitario, personal de docencia y asistente sociales.

Aunque no podemos excluir a profesionales como policías, personal de justicia, personal de rescate y hostelería.

2.2.3.2 Personalidad:

Sabemos que no todas las personas se desenvuelven de la misma manera ante una situación, es por esto que la personalidad influye en qué medida esa persona puede sobrellevar una situación estresante, como ya se definió antes el Burnout es un síndrome que conlleva un proceso crónico por esto a pesar de tener entusiasmo inicial, diversos factores como ser un empleado joven, no ser fijo en el empleo, la baja remuneración económica, no contar con apoyo suficiente y el uso inadecuado de recursos (5) puede conducir al desgaste físico mental y emocional que es característico de este síndrome, sin embargo hay personalidades con mayor resistencia ante estos estresores es a la que denominamos #personalidad resistente”.

Las dimensiones que constituyen la personalidad resistente son, pues: el compromiso, el control y el reto. El compromiso hace referencia a la implicación e identificación personal con lo que se hace, reconociendo los propios valores, las metas que guían a la conducta y la confianza interpersonal con los otros. El sujeto está convencido de que al intervenir

Provocará un impacto en el curso de los acontecimientos para su propio beneficio, aunque sea parcialmente. El reto implica que el sujeto percibe el cambio como una oportunidad para mejorar la situación actual y/o las propias competencias; es decir que incluye flexibilidad cognitiva y tolerancia a la ambigüedad. Así pues, este tipo de personalidad utiliza estrategias de afrontamiento eficaces ante el estrés, como la modificación perceptiva de los estresores concibiéndolos como oportunidades, la búsqueda de apoyo social, el desarrollo de estilos de vida saludables, entre otros. (5)

2.2.3.3 Edad

Aunque es un factor muy variable debido a las fases del síndrome y no hay muchos estudios al respecto, podemos mencionar que existen edades en la q se es mas susceptible, por ejemplo al inicio de la carrera puede haber cierto grado de desilusión debido a las

grandes expectativas que se tenía, como también en una persona adulta mayor de 45 años se encaminaría más por la falta de realización personal al no haber avanzado en su trabajo y permanecer estancado en un puesto o cargo.

2.2.3.4 Sexo

En cuanto al sexo tampoco existen estudios que verifiquen que cierto género es más sensible al síndrome, pero se le ha otorgado el liderazgo de presentarlo al femenino por tener a su cargo el trabajo en casa, por este motivo también lo hemos utilizado como uno de nuestros objetivos, para poder determinar si hay una diferencia estadísticamente importante entre ambos sexos.

2.2.3.5 Relaciones Sociales

Estas pueden ser tanto factores de riesgo como amortiguadores de los estresores, tenemos dos tipos de relaciones sociales como son las extrasociales y las organizacionales.

Entre las extrasociales hablamos de las relaciones laborales y las de familia y amigos, una buena relación laboral como el apoyo familiar ayuda al individuo a mantener más resistencia al desarrollo del síndrome y a discernir los estresores de la vida cotidiana, en general la falta de apoyo social ejerce todo lo contrario del efecto amortiguador e incluso agrava la perspectiva de otros efectos estresores.

Entre los factores de relaciones laborales tenemos:

- Sobrecarga de trabajo, exigencias emocionales en la interacción con el cliente
- Descompensación entre responsabilidad y autonomía
- Falta de tiempo para la atención del usuario (paciente, cliente, subordinado, etc.)
- Disfunciones de rol: conflicto-ambigüedad- sobrecarga de rol
- Carga emocional excesiva
- Falta de control de los resultados de la tarea
- Falta de apoyo social
- tareas inacabadas que no tienen fin

- Poca autonomía decisional
- Estresores económicos
- Insatisfacción en el trabajo

En cuanto a las relaciones organizacionales tenemos diversos factores como son:

- Estructura de la organización muy jerarquizada y rígida
- Falta de apoyo instrumental por parte de la organización
- Exceso de burocracia
- Falta de participación de los trabajadores
- Falta de coordinación entre las unidades
- Falta de formación práctica a los trabajadores en nuevas tecnologías
- Falta de refuerzo o recompensa
- Falta de desarrollo profesional
- Relaciones conflictivas en la organización
- Estilo de dirección inadecuado
- Desigualdad percibida en la gestión de los RRHH
- Sobrecarga de trabajo, exigencias emocionales en la interacción con el cliente
- Descompensación entre responsabilidad y autonomía
- Falta de tiempo para la atención del usuario (paciente, cliente, subordinado, etc.)
- Disfunciones de rol: conflicto-ambigüedad- sobrecarga de rol
- Carga emocional excesiva
- Falta de control de los resultados de la tarea
- Falta de apoyo social
- tareas inacabadas que no tienen fin
- Poca autonomía decisional
- Estresores económicos
- Insatisfacción en el trabajo

2.2.3.6 Ruido

El ruido no se encuentra dentro de uno de los factores de riesgo de síndrome de Burnout, pero para este estudio se lo tiene en consideración por ser motivo de estrés una de las bases en el proceso del síndrome. Ya que el estudio fue realizado en un Hospital pediátrico y el llanto de los infantes provoca una perturbación en la comunicación a más de provocar ciertos decibeles que son estresores y perjudiciales para la salud.

Varios de los efectos producidos por el ruido en el cuerpo son:

- Cambios en la actividad cardiovascular
- Cambios en la duración de varias etapas del sueño, en la estructura del sueño y fragmentación del sueño
- Insomnio
- Cambios en los niveles de hormonas (estrés)
- Deterioro de contactos sociales
- Incremento de la irritabilidad
- Hipertensión
- Obesidad
- Depresión
- Desordenes psíquicos
- Accidentes ocupacionales

Niveles de ruido por encima de 80 dB se asocian con incrementos en el comportamiento agresivo y decrementos en el comportamiento de ayuda a otros (11), y que de acuerdo a diversos estudios el llanto de un bebe puede alcanzar esta cantidad o más, entonces tendríamos razones suficientes para creer que el ruido es uno de los estresores en el personal del estudio

2.2.4 Manifestaciones clínicas

Los síntomas del Burnout son muy complejos, después de todo, el síndrome se ha descrito en alrededor de 60 profesiones y grupos poblacionales.

Lo que puede observarse de manera subjetiva es lo siguiente:

1. Psiquiátricas. Deterioro progresivo y encubierto de la persona, como depresión y ansiedad crónicas, trastornos del carácter, suicidio, disfunciones familiares graves (violencia) y adicciones (incluida la adicción al trabajo).
- 2 Organizacionales: Deterioro en las relaciones laborales que provoca distintos tipos de efectos, como el empobrecimiento del desarrollo profesional, rivalidad, individualismo, fallas operativas reiteradas, desmotivación e inconformismo.

En la actividad profesional, el médico puede tener las siguientes conductas:

1. Ausencia de compromiso emocional: la pérdida de contacto relacional puede manifestarse en un trato distante, mal manejo de la información y falta de respuesta a las emociones del otro.
2. Disociación instrumental extrema: se expresa en conductas automáticas y rígidas, como: comunicación unidireccional, exceso de pedido de estudios, repetición de discursos automatizados, uso exclusivo de lenguaje técnico e intervenciones innecesarias.
3. Embotamiento y negación: la falta de conciencia del propio estado de agotamiento e irritación constantes se manifiesta en conductas interpersonales oposicionistas, actitudes descalificadoras, intervenciones hipercríticas y carencia de registro de autocrítica.
4. Impulsividad: la persona pasa a la acción a través de conductas reactivas de enojo, confrontaciones reiteradas con colegas, pacientes y maltrato al personal paramédico.
5. Desmotivación: se asocia con la pérdida de autorrealización y baja autoestima, que puede traducirse en falta de sostén de los tratamientos, falta de iniciativa y constancia en las tareas de equipo, ausencias, impuntualidad y poca participación o no inclusión en proyectos.

Varios de los estudios analizados señalan que los efectos negativos del agotamiento pueden aparecer no sólo en los directamente afectados, sino también en personas que les rodea

Por ejemplo, se ha demostrado que los médicos con niveles altos de Burnout reportan más errores en el tratamiento de sus pacientes con respecto a los que hacen los médicos sin desgaste (6)

2.2.4.1 Consecuencias

- Desmotivación.
- Negativismo.
- Pasividad.
- Pasotismo.
- Indiferencia.
- Muchos errores, indecisión.
- Consumo abusivo de alcohol, fármacos, drogas.
- Absentismo, ausentismo.
- Accidentes.
- Descenso del rendimiento.
- Baja productividad.
- Trabajo de poca calidad.
- Insatisfacción laboral.(5)

2.2.5 Diagnostico

Existe una serie de instrumentos de evaluación que sirve para evaluar el síndrome de Burnout; sin embargo, la prueba utilizada con más frecuencia y que esta estandarizada es el Maslach Burnout Inventory (MBI). Esta es también la prueba que fue utilizada en nuestro estudio.

En su forma original, el Maslach Burnout Inventory consta de 22 ítems divididos en tres escalas:

- Agotamiento emocional (9 ítems)
- Despersonalización (5 ítems)
- Realización personal (8 ítems) (5)

También se lo puede calificar por riesgos de presentación del síndrome en riesgo bajo, riesgo moderado y riesgo alto, en este estudio se lo estadifico con los puntos de corte de Maslach y Jackson que son los siguientes:

	Riesgo bajo	Riesgo moderado	Riesgo alto
Cansancio emocional	< 16	17 – 26	>27
Despersonalización	< 6	12 – 7	>13
Realización personal	>39	32 – 38	0 – 31

Fuente: datos obtenidos de (15)

Elaborado: Karol Galarza Avila

Se considera síndrome de Burnout positivo cuando existen valores altos en las tres escalas a la vez en una misma persona.

2.2.6 Prevención

Los enfoques para la prevención del síndrome de Burnout deben guiarse por la gravedad del síndrome. Si es leve, las medidas pueden ser el cambio de hábitos de vida. De acuerdo con Hillert y Marwitz, debe concentrarse en tres factores:

- Alivio del estrés
- Recuperación mediante relajación y practica de algún deporte
- Vuelta a la realidad, esto es en términos de abandono de las ideas de perfección.

Si el riesgo del síndrome de Burnout es grave, las intervenciones psicoterapéuticas recomendadas son los antidepresivos, de preferencia en combinación con la psicoterapia.

Para evitar el síndrome de Burnout, además de los enfoques mencionados, las medidas principales son las relativas a la promoción de la salud en el trabajo, la introducción de modelos de tiempo de trabajo y la puesta en práctica de las sesiones de supervisión. Esto trae a colación un componente social de desgaste, lo que exige un replanteamiento que lleve a cambios en el mundo del trabajo en términos de la humanización.

Para la reducción de los efectos de tensión y prevención del síndrome Burnout se han planteado diferentes estrategias, producto de factores personales y ambientales laborales, algunas de ellas serían las siguientes basadas en los hallazgos de los cuestionarios administrados: a) reconocimiento de Burnout, b) comunicación, c) relajación, y d) estrategias de afrontamiento.

Esto implica reconocer la existencia del síndrome Burnout y los factores asociados. Por ello se plantea la necesidad de aplicar el cuestionario Burnout a los profesionales, por lo menos una vez al año en el control pre - vocacional con el fin de detectarlo y buscar sus causas.

Es poco frecuente que el profesional acuda a pedir ayuda en forma voluntaria debido a prejuicios o porque no tiene conciencia del Burnout que está padeciendo.

El hecho de que el cuestionario de Maslach mida los estadios de Burnout en ausente, leve, moderado y severo, facilita la intervención terapéutica y permite programar actividades de prevención en el personal de salud.

El proceso de comunicación con otros compañeros de trabajo que están en la misma posición y que padecen los mismos síntomas permite obtener consejos para reducir al mínimo el resentimiento y la presión emocional que se acumula por la naturaleza del trabajo o de la carencia de contacto con profesionales con los que pueda compartir en el ambiente laboral. Pueden programarse reuniones terapéuticas de grupo para trabajar los sentimientos encontrados, resentimientos, malos entendidos y mejorar la comunicación entre los compañeros de trabajos.

Los profesionales de la salud están en mayor riesgo de experimentar comportamientos relacionados con el Burnout porque la práctica médica está sometida a un elevado nivel de

tensión, auto demandas excesivas, dependencia, depresión, frustración, fatiga, abuso de sustancias ilícitas o de alcohol, todo para aliviar el dolor psíquico.

Deben buscarse formas de relajación mediante la diversificación de actividades no relacionadas con la práctica médica; también deben tener periodos de descanso vacacional. Es necesario hacer frente al síndrome de Burnout mediante reestructuración cognitiva que permita combatir los pensamientos generadores de la situación aversiva y que ayude a dotar al individuo de estrategias de afrontamiento efectivas para superar su situación. Es importante el conocimiento de uno mismo, mantener buenos hábitos alimenticios, incorporar el ejercicio como estilo de vida, buenos hábitos de sueño, conformar equipos de colegas para atender la excesiva carga de atención de pacientes y habilidades sociales para no sobrecargar su agenda. (6)

2.2.6.1 Estrategias orientadas al individuo:

Las estrategias individuales se centran en la adquisición y mejora de las formas de afrontamiento. Estas estrategias se pueden dividir formando dos tipos de programas de intervención orientados al individuo: 1. Programas dirigidos a las estrategias instrumentales, centrados en la solución de problemas, por ejemplo, entrenamiento en la adquisición de habilidades de solución de problemas, asertividad, organización y manejo del tiempo, optimización de la comunicación, relaciones sociales, estilo de vida. 2. Programas dirigidos a estrategias paliativas, que tienen como objetivo la adquisición y desarrollo de habilidades para el manejo de las emociones asociadas, por ejemplo, entrenamiento en relajación, expresión de la ira, de la hostilidad, manejo de sentimientos de culpa (Matteson e Ivancevich, 1987). Por lo tanto, las estrategias recomendadas desde esta perspectiva son: el aumento de la competencia profesional (formación continuada), rediseño de la ejecución, organización personal, planificación de ocio y tiempo libre (distracción extralaboral: ejercicios, relajación, deportes, hobby), tomar descansos-pausas en el trabajo, uso eficaz del tiempo, plantear objetivos reales y alcanzables, habilidades de comunicación. Potter (1987) también recomienda el manejo del humor como medio para adquirir el control de los pensamientos y las emociones. Como último recurso se aconseja

cambiar de puesto de trabajo dentro o fuera de la institución para que el individuo no llegue al abandono de la profesión (Grau, A & cols, 1998). También hay que tener presente la posibilidad de tratamiento psicoterapéutico o farmacológico en caso necesario.

Ramos (1999) y Manassero & cols. (2003) complementan las técnicas de intervención y programas de prevención y tratamiento individual del Burnout. Entre ellas destacan: 1. Ejercicio Físico, por su efecto tranquilizante y por su efecto ansiolítico. 2. Técnicas de Relajación, las más aplicadas y conocidas para los clientes. La relajación muscular induce a la relajación mental. 3. Biofeedback, técnicas de entrenamiento para el autocontrol voluntario de ciertas funciones corporales (ritmo cardiaco, ondas cerebrales, presión sanguínea y tensión muscular), con el fin de reducir la tensión y los síntomas somáticos relacionados con el estrés. 4. Técnicas Cognitivas, cuyo objetivo es que el sujeto reevalúe y reestructure las situaciones estresantes o problemáticas de manera que pueda afrontarlas con mayor eficacia, controlando su reacción frente a los factores estresantes. 5. Inoculación del estrés, una técnica que prepara a la persona, mediante un ejercicio simulado y progresivo, para soportar las situaciones de estrés. 6. Desensibilización Sistemática, con el objetivo de que la persona supere la ansiedad ante situaciones concretas por medio de una aproximación gradual al estímulo estresante hasta que se elimine la ansiedad

2.2.6.2 Estrategias sociales

Son muy pocos los estudios que se centran en el desarrollo de habilidades sociales para la prevención y tratamiento del Burnout, pero hay acuerdo generalizado en la importancia del apoyo social, de la comprensión del entorno y de las estrategias relacionales del sujeto. Por tanto, una de las primeras recomendaciones en la actuación es fomentar el apoyo social de los grupos sociales con los que el sujeto tenga relación, de manera que sea consciente de que hay en su entorno quien realiza esfuerzo para apoyarle y comprenderle, aunque sea en su ámbito laboral, en que ha de constatar que se valora su trabajo. En nuestro ámbito, se constata la importancia de la integración en los grupos de familiares de Alzheimer, en los que aunque no existen programas específicos contra el Burnout, es constante la atención para descubrirlo en fases preliminares y así poder derivar la actuación (5)

2.2.6.3 Estrategias organizacionales

Cada día más hay acuerdo en que muchas de las fuentes de donde deriva el Burnout están fuera del sujeto, en la organización. Como hemos visto, esta ha sido la vertiente social, no individual, mas estudiada, pues interesa a las empresas; sin embargo, en nuestro caso, las asociaciones de familiares son precisamente lo contrario – lo que siempre se refleja como positivo en nuestro estudio empírico- ; podrían denominarse asociaciones para luchar contra el Burnout, pero también hay que tener en cuenta que al centrarse sobre enfermos y familiares que actúan en el entorno de la enfermedad, es difícil llegar a otros elementos fomentadores de Burnout, especialmente los relacionados con el centro de trabajo y las condiciones laborales.

No obstante, cada vez más se reconoce la importancia de una buena y exhaustiva información sobre familias y grupos en que puede apoyarse el sujeto, con el fin de orientarle hacia ellos. Pero hay que tener mucho cuidado para que la intervención no empeore la situación, ya que todo cambio es fuente potencial de estrés. (5)

2.3 OPINIÓN EL AUTOR

Mi opinión acerca del presente trabajo es de interés personal y socio laboral, debido a que en el primer ámbito es necesario para la obtención del título de tercer nivel, y en el segundo ámbito porque la atención de los pacientes se ve directamente afectada en caso de que algún personal de la salud tuviera dicho síndrome ya que el paciente se consideraría insatisfecho en su atención.

1.4 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

¿Del personal encuestado cual es el porcentaje que presenta este síndrome?

¿Qué genero presenta más susceptibilidad al Síndrome de Burnout?

¿En qué profesión predomina el síndrome?

¿Qué edad es más propensa a desarrollar el Síndrome de Burnout?

2.5 VARIABLES

2.5.1 Variable independiente

Síndrome de Burnout

2.2.2 Variables dependientes

Genero

Edad

Función

Dimensiones

CAPITULO III

3.1 MATERIAL Y METODO

3.1.1 CARACTERÍSTICAS DEL LUGAR DE ESTUDIO

El estudio se lleva a cabo en el Hospital “DR. ROBERTO GILBERT ELIZALDE” ubicado en la provincia del guayas en la ciudad de Guayaquil, la Cdla atarazana. El cual es considerado uno de los más representativos dela ciudad en el norte de la misma.

El Hospital pertenece al sector de salud privado, a la Junta de Beneficencia de Guayaquil considerada una entidad sin fines de lucro para el servicio de la comunidad del país. Se considera un hospital de especialidades ya que cuenta con las siguientes: Neumología, Gastroenterología, Cardiología, Urología, Traumatología, Neurología, Oftalmología, Infectologia, Cirugía. Cuenta además con área de hospitalización, consulta externa y emergencia en las cuales se encuentra distribuido el personal administrativo, médico y de enfermería además del personal de limpieza.

3.1.2 UNIVERSO Y MUESTRA

3.1.2.1 Universo

Se toma en cuenta para el universo de la investigación al personal médico y de enfermería que labora en el área de emergencia de esta entidad de salud.

3.1.2.2 Muestra

Se obtiene como muestra al personal médico interno, médicos residentes, médicos tratantes y de enfermería que labora en el área de emergencia de este hospital pediátrico durante el periodo de tiempo antes mencionado.

3.1.3 VIABILIDAD

La realización del presente trabajo de investigación se lo considera viable por tener los permisos correspondientes del área de emergencia del dicho Hospital.

3.1.4 CRITERIOS INCLUSIÓN

- Médicos, médicos internos y licenciadas en enfermería que laboran en el área de emergencia del Hospital Pediátrico.
- Ambos sexos.

- Profesionales que aceptaron participar en el estudio.

3.1.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- No ser médico o interno o licenciada en enfermería que labore en área de emergencia del mencionado Hospital.

- Médicos y enfermeras que se negaron a participar en el estudio.

- Personal eventual.

- Auxiliar de enfermería

- Personas que no devolvieron el test contestado

3.1.6 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES DE INVESTIGACIÓN

VARIABLE INDEPENDIENTE	INDICADORES	VERIFICADOR
Síndrome de Burnout	Cansancio emocional Despersonalización Realización personal	Test MBI

Fuente: datos de investigación

Elaborado: Karol Galarza Avila

VARIABLES DEPENDIENTES	INDICADORES	VERIFICADORES
GENERO	MASCULINO FEMENINO	Según sexo biológico
EDAD	RANGOS DE EDAD	Encuesta
FUNCION	-MEDICO -MEDICO INTERNO -LICENCIADA EN ENFERMERIA	Encuesta
DIMENSIONES	-CANSANCIO EMOCIONAL -DESPERSONALIZACION -REALIZACION PERSONAL	TEST

Fuente: datos de investigación

Elaborado: Karol Galarza Avila

3.1.7 OPERACIONALIZACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

Para la obtención de la información se utilizaron las siguientes técnicas de investigación:

- **Encuesta**
- **Test MBI**

3.1.8 TIPO DE INVESTIGACIÓN

El siguiente es un estudio de tipo observacional indirecta de corte transversal y descriptivo

3.1.9 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
PRESENTACION DE SOLICITUD	X											
APROBACION DE TEMA	X											
RECOLECCION DE DATOS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
ENTREGA DE ANTEPROYECTO									X			
CORRECCION DE ANTEPROYECTO									X			
ANALIZAR DATOS ESTADISTICOS											X	
PLANTEAR RECOMENDACIONES											X	
REVISION DE PROYECTO CON EL TUTOR											X	
ENTREGA FINAL												X

3.1.10 CONSIDERACIONES BIOÉTICAS

Con la finalidad de dar cumplimiento a las normas nacionales de bioética, la recolección de datos se realizó de forma confidencial, y de tal forma de que no afecte a la integridad de los/as profesionales. Los únicos datos de filiación que se incluyó fueron la edad, el sexo y ocupación. Se protegió en todo momento la privacidad del individuo. El presente trabajo no implica riesgo, dado que está basado en la recolección de datos mediante la revisión de los test MBI.

Los resultados de la investigación serán entregados a la Facultad de Ciencias Médicas, junto con el análisis correspondiente.

RECURSOS HUMANOS Y FÍSICOS

3.1.11.1 Recursos humanos

- Profesionales del área de Emergencia del Hospital Roberto Gilbert Elizalde.

3.1.11.2 Recursos Físicos

- Papel
- Bolígrafos
- Test MBI
- Carpeta
- Cartucho de tinta
- Copias
- Computadora
- Fotocopiadora
- Impresora
- Internet

3.1.12 INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN Y RECOLECCIÓN DE LA DATA

Para la recolección de datos en el trabajo de investigación se usó la encuesta a través del test MBI para la calificación del síndrome.

3.1.13 METODOLOGÍA PARA EL ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Una vez recolectada la información, se procedió al análisis de los test.

Para graficar los diferentes resultados a través de frecuencias y porcentajes se utilizaron hojas de cálculo electrónicas de Microsoft Excel.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

UNIVERSO DE ESTUDIO

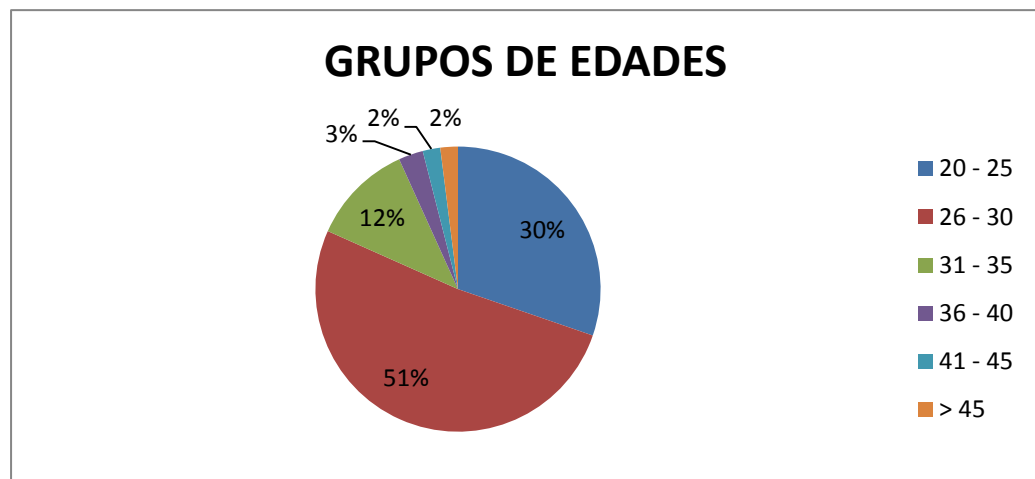
Tabla N°1

UNIVERSO DE ESTUDIO				
FUNCION	masculino	femenino	total	Porcentaje
Médicos Internos	52	68	120	48%
Médicos Residentes	13	88	101	40%
Médicos Tratantes	4	7	11	4%
Licenciados en enfermería	1	18	19	8%
total	70	181	251	100%

FUENTE: Datos de investigación

Elaborado por: Karol Galarza Avila

Grafico N°1



FUENTE: Datos de investigación

Elaborado por: Karol Galarza Avila

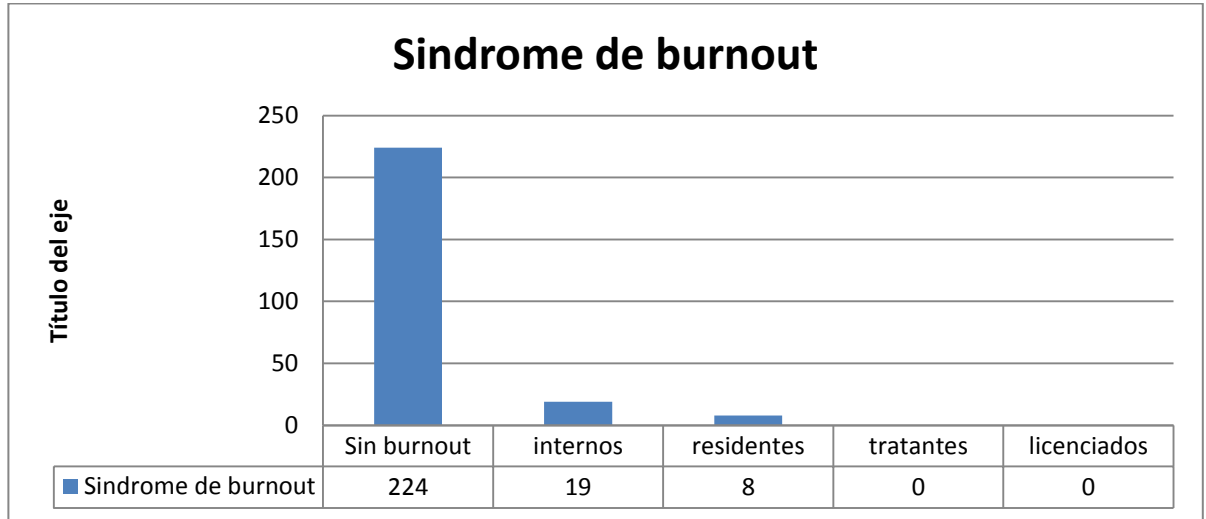
TABLA N°1 Y GRAFICO N°1

El universo de estudio estuvo conformado por un total de 251 profesionales de salud y médicos internos que cumplieron con los criterios de inclusión, de estos 120 eran médicos internos que corresponden al 48%, 52 fueron de sexo masculino y 68 de sexo femenino, 101 médicos residentes que corresponde a un 40%, 13 de sexo masculino y 88 de sexo femenino, 11 médicos tratantes que ocupan el 4%, 4 de sexo masculino y 7 de sexo femenino y 19 licenciadas en enfermería, 1 de sexo masculino y 18 de sexo femenino que equivale a un 8% del total.

En cuanto a las edades se las organizo en 6 grupos que van de 20 – 25 años el primer grupo 26 – 30 años el segundo grupo, 31 – 35 años el tercer grupo, 36 – 40 años el cuarto grupo, 41 – 45 años el quinto grupo y mayores de 45 el sexto grupo, y se obtuvo un porcentaje de 30% para el primer grupo 51% para el segundo, 12% para el tercero, 3% para el cuarto, 2% para el quinto y 2% para el sexto. A los cuales se les realizo el test MBI donde a continuación se describen y analizan los resultados del mismo y respecto a sus dimensiones (cansancio emocional, despersonalización y realización personal).

CASOS DE SINDROME BURNOUT

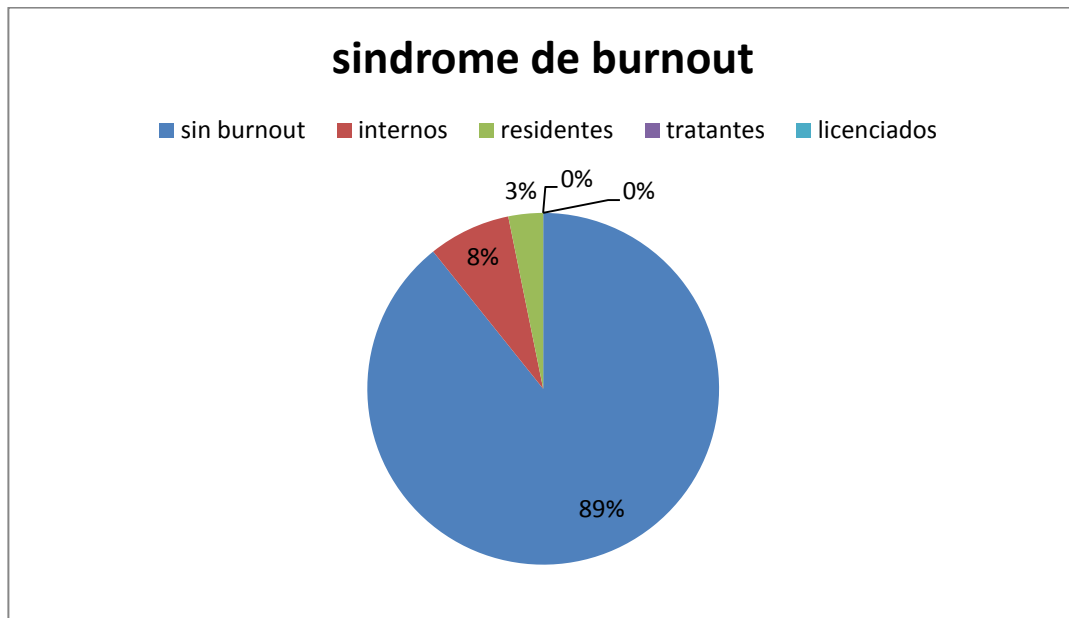
Grafico N° 2



FUENTE: Datos de investigación

Elaborado por: Karol Galarza Avila

Grafico N°3



FUENTE: Datos de investigación

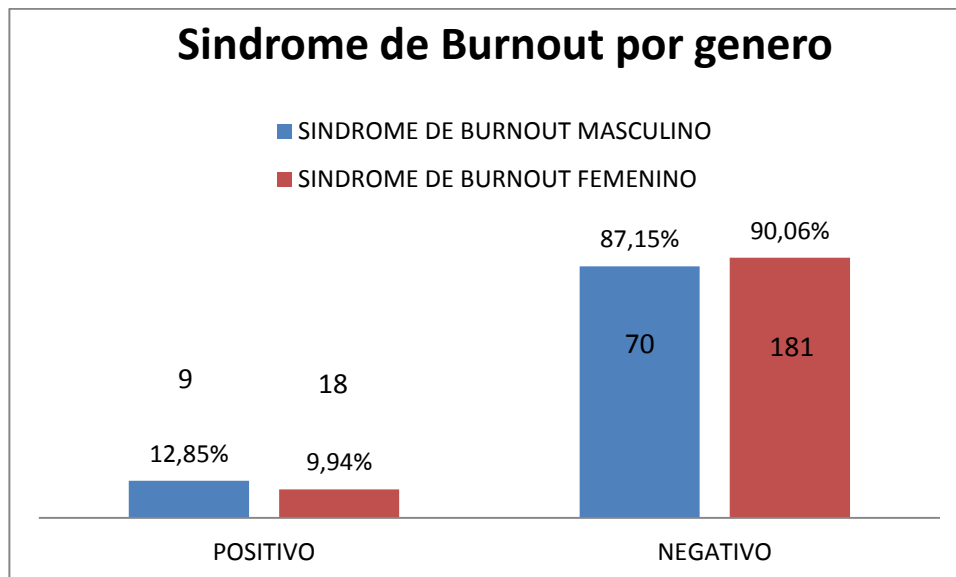
Elaborado por: Karol Galarza Avila

Análisis: En estos gráficos podemos visualizar los resultados, donde se observa que de 251 individuos, presentaron positivo a Síndrome de Burnout 27 de los cuales 19 son médicos internos ocupando el 8% de la muestra, y 8 son residentes ocupando el 3% de la muestra, los médicos tratantes y licenciadas en enfermería obtuvieron el 0% ya que ninguno de ellos presento el nombrado síndrome.

Discusión: Como podemos observar el personal que presento mayor porcentaje de presentación del Síndrome de Burnout fueron los médicos internos quizá debido a su falta de experiencia, al contrario de la experiencia de los médicos residentes que obtuvieron el 3% lo cual pudo haber sido producido por la carga horaria y el estrés continuo en el que se desenvuelven. En el otro extremo tenemos a los médicos tratantes y licenciados en enfermería quienes obtuvieron 0% en casos de síndrome de Burnout.

SINDROME DE BURNOUT POR GÉNERO

Grafico N° 4



FUENTE: Datos de investigación

Elaborado por: Karol Galarza Avila

Análisis: En este grafico podemos visualizar que el género predominante es el género masculino con un 12,85% al cual le sigue el femenino con un 9.94% de test positivos para Síndrome de Burnout

Discusión:

Según este grafico el género masculino dio 9 resultados positivos que equivale al 12,85% de la muestra masculina, y el género femenino dio 18 resultados positivos que equivale a 9,94% de la muestra. Se obtuvo un porcentaje mayor en los varones a pesar de que la cantidad de positivos fue menor porque la cantidad de mujeres en el estudio era mayoritario con el 72.11% del total de la muestra y los varones con un 27,88%

SINDROME DE BURNOUT POR GRUPO DE EDADES

TABLA N°2

SINDROME DE BURNOUT POR GRUPO DE EDADES						
GRUPO DE EDADES	RESULTADOS POSITIVOS	PORCENTAJES TOTAL	MEDICOS INTERNOS		MEDICOS RESIDENTES	
			PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA
20 – 25	14	18.42%	18.42%	14	0%	0
26 – 30	11	8.52%	3.10%	4	5.42%	7
31 – 35	2	6.89%	3.44%	1	3.44%	1
36 – 40	0	0%	0%	0	0%	0
41 – 45	0	0%	9%	0	0%	0
>45	0	0%	0%	0	0%	0

FUENTE: Datos de investigación

Elaborado por: Karol Galarza Avila

Análisis:

Este grafico nos demuestra como el primer grupo de edad el que conlleva de 20 a 25 años es el que predomina en porcentaje de presentación de Síndrome de Burnout con un 18.42% siendo en su totalidad de médicos internos.

Discusión:

La tabla nos muestra como el Síndrome de Burnout predomino en el grupo de edad de 20 a 25 años con 14 resultados positivos siendo esto el 18.42% correspondientes en su totalidad a médicos internos, a la cual le sigue 11 resultados positivos en el segundo grupo de edad que corresponde a 8.52% de los cuales 4 (3.10%) equivale a médicos internos y 7 (5.42%) equivalen a médicos residentes, por ultimo tenemos al tercer grupo de edad con 2 resultados positivos que corresponden al 6.89% de los cuales 1 (3.44%) fue de médicos internos y el otro con el mismo porcentaje fue de médicos residentes, siendo estos dos grupos de cargo funcional los dos únicos que presentaron resultados positivos al test MBI.

CANSANCIO EMOCIONAL DE LOS PROFESIONALES DE SALUD Y MEDICOS INTERNOS

Tabla N°3

CANSANCIO EMOCIONAL DE MEDICOS INTERNOS							
DIMENSIONES	FRECUENCIA TOTAL	% TOTAL	MASCULINO		FEMENINO		% TOTAL
			FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	
RIESGO BAJO	22	18.33	11	50	11	50	100
RIESGO MODERADO	50	41.66	22	44	28	66	100
RIESGO ALTO	48	40	19	49.58	29	60.42	100
TOTAL	120	100%					

FUENTE: Datos de investigación

Elaborado por: Karol Galarza Avila

Análisis:

En esta tabla podemos visualizar que de la dimensión cansancio emocional el riesgo bajo obtuvo un 18.33%, el riesgo moderado un 41.66% y el riesgo alto un 40% del 100 de la muestra de los médicos internos

Discusión:

Podemos observar según la tabla N°6 que el porcentaje mayor lo obtuvo el riesgo moderado con un 41.66% entre los internos en la dimensión de cansancio emocional y de estos 22 fueron hombres (44%) y 28 mujeres (66%) seguidos del riesgo alto con una mínima diferencia de 1.66% lo cual es de interés ya que estos son candidatos a presentar Síndrome de Burnout

Tabla N°4

CANSANCIO EMOCIONAL DE MEDICOS RESIDENTES							
DIMENSIONES	FRECUE NCIA TOTAL	% TOTAL	MASCULINO		FEMENINO		% TOTAL
			FRECUENC IA	PORCENT AJE	FRECEUNC IA	PORCENT AJE	
RIESGO BAJO	20	19.80%	3	15%	17	85%	100
RIESGO MODERADO	33	32.68%	8	24.24%	25	75.75%	100
RIESGO ALTO	48	47.52%	2	4.16%	46	95.85%	100
TOTAL	101	100%					

FUENTE: Datos de investigación

Elaborado por: Karol Galarza Avila

Análisis:

En esta tabla podemos demostrar que en los médicos residentes el porcentaje las dimensiones de cansancio emocional fue; en riesgo bajo de 19.80%, riesgo moderado de 32.68% y de riesgo alto un 47.52%

Discusión:

Podemos notar que el riesgo alto de cansancio emocional es quien se lleva mayor porcentaje con un 47.52% de estos 2 fueron de sexo masculino y 46 de sexo femenino, siguiéndole el riesgo moderado con un 32.68% del total de residentes, entonces podemos decir que en este grupo de médicos existe un cansancio emocional elevado y por ende un alto riesgo de Síndrome de Burnout

Tabla N°5

CANSANCIO EMOCIONAL DE MEDICOS TRATANTES							
DIMENSIONES	FRECUE NCIA TOTAL	% TOTAL	MASCULINO		FEMENINO		% TOTAL
			FRECUENC IA	PORCENT AJE	FRECEUNC IA	PORCENT AJE	
RIESGO BAJO	8	72.72%	2	25%	6	75%	100
RIESGO MODERADO	3	27.28%	2	66.66	1	33.34%	100
RIESGO ALTO	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	11	100%					

FUENTE: Datos de investigación

Elaborado por: Karol Galarza Avila

Análisis:

En esta tabla sobre el cansancio emocional de los médicos tratantes podemos observar que las dimensiones de riesgos obtuvimos un 72.72% para el riesgo menor, un 27.28% del riesgo moderado y ningún resultado positivo para el riesgo alto.

Discusión:

En la tabla antes mencionada podremos encontrar que en los médicos tratantes el mayor porcentaje se obtuvo en el riesgo bajo con 8 de 11 encuestados representando el 72.72% siendo 2 de género masculino y 6 de género femenino, siguiéndole el riesgo moderado con un 27.28% equivalente a 3 de los 11 encuestados de los cuales 2 fueron varones y 1 mujeres, y por ultimo del riesgo alto que no contamos con ninguno de los participantes.

TABLA N° 6

CANSANCIO EMOCIONAL DE LICENCIADAS DE ENFERMERIA							
DIMENSIONES	FRECUE NCIA TOTAL	% TOTAL	MASCULINO		FEMENINO		% TOTAL
			FRECUENC IA	PORCENT AJE	FRECUENC IA	PORCENT AJE	
RIESGO BAJO	13	68.42%	1	7.70	12	92.30	100
RIESGO MODERADO	3	15.78%	0	0	3	100	100
RIESGO ALTO	3	15.78%	0	0	3	100	100
TOTAL	19	100%					

FUENTE: Datos de investigación

Elaborado por: Karol Galarza Avila

Análisis:

Esta tabla nos muestra que en las licenciadas en enfermería el riesgo bajo obtuvo 13 de los encuestados equivalente a 68.42%, de riesgo moderado 3 de los participantes equivalente a 15.78% y del riesgo alto igualmente.

Discusión:

Contamos con un resultado elevado en el riesgo bajo con un porcentaje 68.42% de los cuales 1(7.70%) fue hombre y 12 (92.30%) mujeres, obteniendo así un resultado óptimo para las licenciadas, a estos les sigue con igual cantidad de porcentaje el riesgo moderado y alto con un 15.78%.

DESPERSONALIZACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE SALUD Y MEDICOS INTERNOS

Tabla N° 7

DESPERSONALIZACION DE MEDICOS INTERNOS								
DIMENSIONES	FRECUE NCIA TOTAL	% TOTAL	MASCULINO		FEMENINO		% TOTAL	
			FRECUENC IA	PORCENT AJE	FRECEUNC IA	PORCENT AJE		
RIESGO BAJO	27	22.50	14	58.33	13	54.17	100	
RIESGO MODERADO	50	41.67	20	40	30	60	100	
RIESGO ALTO	43	35.33	18	41.86	25	58.14	100	
TOTAL	120	100%						

FUENTE: Datos de investigación

Elaborado por: Karol Galarza Avila

Análisis:

Según esta tabla valoramos la despersonalización en sus dimensiones y se obtuvo en el riesgo bajo 22.5%, en el riesgo moderado 50% y en el riesgo alto 43%.

Discusión:

Podemos observar que en cuanto a despersonalización los médicos internos ubican su mayor porcentaje y frecuencia en el riesgo moderado con un 41.67% de la muestra, y no encontramos mucha diferencia con el riesgo alto estimado en 35.33%, una vez más valoramos que los médicos internos obtienen un riesgo alto significativo.

Tabla N° 8

DESPERSONALIZACION DE MEDICOS RESIDENTES							
DIMENSIONES	FRECUE NCIA TOTAL	% TOTAL	MASCULINO		FEMENINO		% TOTAL
			FRECUENC IA	PORCENT AJE	FRECEUNC IA	PORCENT AJE	
RIESGO BAJO	33	32.68	6	18.18	27	81.82	100
RIESGO MODERADO	34	33.66	1	2.9	33	97.1	100
RIESGO ALTO	34	33.66	6	17.64	28	82.35	100
TOTAL	101	100%					

FUENTE: Datos de investigación

Elaborado por: Karol Galarza Avila

Análisis:

Valorando la despersonalización de los médicos residentes obtuvimos un 32.68% en el riesgo bajo, 33.66% en el riesgo moderado y 33.66% igualmente en el riesgo alto.

Discusión:

Según lo que nos muestra la tabla N°11 los riesgos de despersonalización en los residentes no tienen una diferencia significativa ni en frecuencia ni en porcentaje.

Tabla N° 9

DESPERSONALIZACION DE MEDICOS TRATANTES							
DIMENSIONES	FRECUE NCIA TOTAL	% TOTAL	MASCULINO		FEMENINO		% TOTAL
			FRECUENC IA	PORCENT AJE	FRECEUNC IA	PORCENT AJE	
RIESGO BAJO	11	100	4	36.36	7	63.64	100
RIESGO MODERADO	0	0	0	0	0	0	0
RIESGO ALTO	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	11	100%					

FUENTE: Datos de investigación

Elaborado por: Karol Galarza Avila

Análisis:

En esta tabla podemos observar que en cuanto a despersonalización los médicos tratantes obtuvieron el 100% en el riesgo bajo.

Discusión:

En cuanto a despersonalización en los médicos tratantes se ubicaron en su totalidad en el riesgo bajo con el 100% de estos contando con 4 encuestados de género masculino y 7 de género femenino ocupando el 36.36% y 63.64% respectivamente.

Tabla N° 10

DESPERSONALIZACION DE LICENCIADOS EN ENFERMERIA							
DIMENSIONES	FRECUE NCIA TOTAL	% TOTAL	MASCULINO		FEMENINO		% TOTAL
			FRECUENC IA	PORCENT AJE	FRECEUNC IA	PORCENT AJE	
RIESGO BAJO	12	63.15	0	0	12	100	100
RIESGO MODERADO	5	26.31	0	0	5	100	100
RIESGO ALTO	2	10.53	1	50	1	50	0
TOTAL		100%					

FUENTE: Datos de investigación

Elaborado por: Karol Galarza Avila

Análisis:

Tenemos en la tabla los valores de despersonalización en los licenciados de enfermería, donde obtuvimos resultados en el riesgo bajo de 63.15%, riesgo moderado 26.31% y riesgo alto 10.53%.

Discusión:

En la tabla N° 13 tenemos que el mayor porcentaje del total de la muestra de las licenciadas ocupa el riesgo bajo de despersonalización con 63.15% representando en su totalidad el género femenino, aunque debemos tener en cuenta que en esta muestra solo contamos con un varón de 19 que es el totalidad de la muestra, y a este le sigue el riesgo moderado con un 26.31% de los cuales el 100% son mujeres y por último el riesgo alto obtuvo el 10.53% contando de igual manera con un varón y una mujer.

REALIZACION PERSONAL DE LOS PROFESIONALES DE SALUD Y MEDICOS INTERNOS

Tabla N° 11

REALIZACION PERSONAL DE MEDICOS INTERNOS							
DIMENSIONES	FRECUE NCIA TOTAL	% TOTAL	MASCULINO		FEMENINO		% TOTAL
			FRECUENC IA	PORCENT AJE	FRECEUNC IA	PORCENT AJE	
RIESGO BAJO	32	26.67	15	46.87	17	53.13	100
RIESGO MODERADO	39	32.50	14	35.90	25	64.10	100
RIESGO ALTO	49	40.83	23	46.94	26	53.06	100
TOTAL	120	100%					

FUENTE: Datos de investigación

Elaborado por: Karol Galarza Avila

Análisis:

En esta tabla notamos que el orden de porcentajes de realización personal de los médicos internos es con mayor porcentaje el de alto riesgo con un 40.83% siguiéndoles el riesgo moderado con un 32.5% y por último el riesgo bajo con un 26.67%

Discusión:

Tenemos en esta tabla de realización personal de los médicos internos que el mayor porcentaje que se obtuvo fue el de riesgo alto con un 40.83% a pesar que no existe una diferencia marcada en la frecuencia de nuestra muestra con los demás dimensiones de riesgos, contando con 39 casos en el riesgo moderado que equivale a 32.5% y 32 casos de riesgo bajo equivale a 26.67% del total de la muestra.

De estos se obtuvo 15 del género masculino y 17 de género femenino en el riesgo bajo, 14 del género masculino y 25 del género femenino del riesgo moderado y 23 masculinos y 26 femeninos en el riesgo alto.

Tabla N° 12

REALIZACION PERSONAL DE MEDICOS RESIDENTES							
DIMENSIONES	FRECUE NCIA TOTAL	% TOTAL	MASCULINO		FEMENINO		% TOTAL
			FRECUENC IA	PORCENT AJE	FRECEUNC IA	PORCENT AJE	
RIESGO BAJO	36	35.64	3	8.33	33	91.67	100
RIESGO MODERADO	33	32.67	8	24.24	25	75.76	100
RIESGO ALTO	32	31.68	2	6.25	30	93.75	0
TOTAL	101	100%					

FUENTE: Datos de investigación

Elaborado por: Karol Galarza Avila

Análisis:

En esta tabla observamos que el porcentaje total de casos de riesgo bajo fue de 35.64%, el de riesgo moderado fue 32.67% y de riesgo alto fue 31.68%.

Discusión:

En la tabla valoramos la realización personal de los médicos residentes donde no se encontró una diferencia significativa en la frecuencia de la muestra de las diferentes dimensiones de riesgo, sin embargo se estadifico el riesgo bajo como el porcentaje más alto donde se obtuvo 35.64% de la muestra de los residentes. Siguiéndole el riesgo moderado con 32.67% y por último y no muy diferente porcentaje el riesgo alto con 31.68%

Tabla N°13

REALIZACION PERSONAL DE MEDICOS TRATANTES							
DIMENSIONES	FRECUE NCIA TOTAL	% TOTAL	MASCULINO		FEMENINO		% TOTAL
			FRECUENC IA	PORCENT AJE	FRECEUNC IA	PORCENT AJE	
RIESGO BAJO	11	100	4	36.37	7	63.63	100
RIESGO MODERADO	0	0	0	0	0	0	0
RIESGO ALTO	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	11	100%					

FUENTE: Datos de investigación

Elaborado por: Karol Galarza Avila

Análisis:

En esta tabla podemos visualizar que el riesgo bajo obtuvo el 100% de la muestra de los médicos tratantes.

Discusión:

En esta tabla podemos observar que el riesgo bajo en la realización personal de los médicos tratantes obtuvo el 100% del total de la muestra contando con los 11 encuestados de los cuales 4 fueron del género femenino y 7 del género masculino.

Tabla N° 14

REALIZACION PERSONAL DE LICENCIADOS EN ENFERMERIA							
DIMENSIONES	FRECUE NCIA TOTAL	% TOTAL	MASCULINO		FEMENINO		% TOTAL
			FRECUENC IA	PORCENT AJE	FRECEUNC IA	PORCENT AJE	
RIESGO BAJO	10	52.63	1	10	9	90	100
RIESGO MODERADO	4	21.05	0	0	4	100	100
RIESGO ALTO	5	26.31	0	0	5	100	100
TOTAL	19	100%					

FUENTE: Datos de investigación

Elaborado por: Karol Galarza Avila

ANALISIS:

En esta la última tabla tenemos que la realización personal en enfermería se obtuvo un riesgo bajo 52.63%, un riesgo moderado de 21.05% y un riesgo de 26.31%

DISCUSION:

En esta tabla podemos visualizar que el mayor porcentaje de realización personal en los licenciados en enfermería fue el del riesgo bajo siguiéndole el riesgo alto con 26.31% y por último el riesgo moderado 21.05% del total de la muestra de los licenciados en enfermería.

De esta tabla también podemos notar que del riesgo bajo uno de los casos fue del género masculino y 9 del género femenino equivalente al 90%, del riesgo moderado el 100% fueron mujeres contando con 4 casos y del riesgo alto su totalidad fueron mujeres con 5 casos.

CAPITULO V

CONCLUSIONES

Analizando los datos estadísticos al calificar los test MBI del personal encuestado en el área de emergencia del Hospital Roberto Gilbert Elizalde podemos concluir que:

1.- Se obtuvo en este estudio 27 casos de Síndrome de Burnout de los cuales 19 fueron médicos internos y 8 médicos residentes obteniendo así el porcentaje de presentación del Síndrome de Burnout en los profesionales de salud y médicos internos que fue respectivamente:

En los médicos internos el 8% obteniendo el porcentaje mayor de presentación de dicho síndrome y de los médicos residentes fue del 3% del totalidad de la muestra y que los médicos tratantes y licenciadas en enfermería no presentaron casos de Síndrome de Burnout.

2.- De los 27 casos positivos al dicho síndrome 18 fueron del género femenino y 9 fueron del género masculino, debido a que la frecuencia del género femenino era significativamente mayor en la muestra se obtuvo que a pesar que hay más casos femeninos el porcentaje mayor en realidad es del género masculino con un 12.85% continuando el género femenino con un 9.94% de cada género respectivamente.

3.- De los grupos edades que se obtuvo con presentación del síndrome de Burnout se obtuvo que el porcentaje mayor se lo llevo el grupo de edad de 20 – 25 años con un 18.42%, siguiéndole el segundo grupo que es de 26 – 30 años con un 8.52%, y por último el tercer grupo de edad de 31 – 35 con un 6.89%, y que en los otros grupos de edad no se encontró ningún caso del síndrome.

4.- Al comparar los resultados de las dimensiones del síndrome de Burnout (cansancio emocional, despersonalización, realización personal) se obtuvo:

En cansancio emocional se observó que en los médicos internos tienen un porcentaje mayor en riesgo moderado para llegar al síndrome a diferencia de los residentes que tienen mayor

porcentaje en el riesgo alto con mayor probabilidad de presentar el síndrome, de los tratantes y las licenciadas en enfermería que presentan su mayor porcentaje en el riesgo bajo dentro de la dimensión de cansancio emocional.

En despersonalización se obtuvo que los médicos internos tienen un porcentaje mayor en el riesgo moderado con 41.67% al contrario de los residentes que no presentan una diferencia significativa de porcentajes entre los riesgos, sin embargo estos dos grupos son los que presentan mayores riesgos a presentar el síndrome, de los médicos tratantes el 100% obtuvieron el riesgo bajo a la despersonalización y las licenciadas que tienen el porcentaje más alto en el riesgo bajo de la dimensión de despersonalización.

En realización personal obtuvimos que el porcentaje mayoritario en los internos se ubicó en el riesgo alto con un 40.83%, lo cual indica que ellos presentan una baja realización personal, los médicos residentes no hubo una diferencia significativa sin embargo el porcentaje mayor se ubicó en el riesgo bajo con 35.67%, los médicos tratantes se ubicaron en su totalidad en el riesgo bajo a falta de realización personal y las licenciadas obtuvieron su mayor porcentaje para el riesgo bajo con 52.63%.

CAPITULO VI

RECOMENDACIONES

- Establecer estrategias de atención para los profesionales que son portadores de este síndrome y que ya han sido identificados
- Brindar apoyo psicosocial e información a los profesionales que pudieran tener niveles de riesgo altos para el desarrollo de este síndrome
- Establecer un control periódico del personal con el psicólogo clínico
- Realizar trabajos de investigación en este campo para la detección de casos en otras unidades hospitalarias de la Junta de Beneficencia de Guayaquil.

ANEXOS

TEST MBI

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

Edad:	20- 25	26 - 30	31 - 35	36 - 40	41 - 45	>45

**I.-
INFORMACIÓN**

Sexo:	M:	
	F:	
Función:		

GENERAL (Señale en el cuadro el número que corresponde a su condición)

A cada una de las frases debe responder expresando la frecuencia con que tiene ese sentimiento de la siguiente forma:

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

o	Preguntas	0	1	2	3	4	5	6
1	Me siento emocionalmente defraudado en mi trabajo.							
2	Cuando termino mi jornada de trabajo me siento agotado							
3	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento agotado.							
4	Siento que puedo entender fácilmente a las personas que tengo que atender.							
5	Siento que estoy tratando a algunos beneficiados de mí como si fuesen objetos impersonales.							
6	Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa.							
7	Siento que trato con mucha efectividad los problemas de las personas a las que tengo que 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	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.							
12	Me siento muy enérgico en mi trabajo.							
13	Me siento frustrado por el trabajo.							
14	Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo.							
15	Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a las personas a las que tengo que atender profesionalmente							
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 íntimamente 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 de forma adecuada.								
22	Me parece que los beneficiarios de mi trabajo me culpan de algunos de sus problemas.								

BIBLIOGRAFÍA

1. http://www.who.int/occupational_health/publications/pwh3sp.pdf
2. http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/TextosOnline/FichasNotasPracticas/Ficheros/np_efp_34.pdf
3. <http://revistas.um.es/analesps/article/view/92171/88761>
4. Buendía & Ramos, 2001; Ramos, 1999; Buendía 1998; Mingote, 1998; Hombrados, 1997
5. Dialnet El Síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. Vivat academia n° 112
6. Síndrome de Burnout en la práctica médica Raúl Carrillo-Esper, Karla Gómez Hernández, Isis Espinoza de los Monteros Estrada Med Int Mex 2012; 28 (6): 579-584
7. El síndrome de Burnout: síntomas, causas y medidas de atención en la empresa Roger Forbes Álvarez Consultor, CEGESTI Éxito Empresarial No. 160, 2011
8. NTP 704: Síndrome de estar quemado por el trabajo o "Burnout" (I): definición y proceso de generación INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDAD E HIGIENE EN EL TRABAJO
9. Guía sobre el síndrome de Quemado (Burnout) Observatorio permanente Riesgos Psicosociales UGT
10. Burnout Syndrome, Personality and a Job Satisfaction in Nurses of City of La Paz Ero Roth y Bismarck Pinto Agosto 2010, 62 – 100, ISSN 2077 – 2161
11. https://www.diba.cat/c/document_library/get_file?uuid=72b1d2fd-c5e5-4751-b071-8822dfdfdded&groupId=7294824
12. http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412010000100020&script=sci_arttext

13. <http://www.monografias.com/trabajos91/tesis-sindrome-burnout-enfermeros-unidades-criticas/tesis-sindrome-burnout-enfermeros-unidades-criticas2.shtml>
14. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522007000100006
15. http://www.msal.gov.ar/observatorio/images/stories/Dos_investigacion/Marucco2008.pdf