

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



***Síndrome de Burnout de identificación de los Factores de riesgo
asociados en los trabajadores asistenciales de los establecimientos
de salud de la Red de Salud Barranco Chorrillos Surco***

(Enero –Junio 2009)

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO

ARTURO HILDEBRANDO VALENZUELA SALVADOR

LIMA – PERÚ

2010

DEDICATORIA

El siguiente trabajo de investigación se lo dedico en primer lugar a DIOS por estar siempre a mi lado apoyándome y dándome fuerza para continuar.

Este trabajo también es dedicado a mi familia por todo el apoyo brindado durante mi carrera en especial a mi padre Hildebrando Salvador La Negra

También se lo dedico a mi novia por su comprensión y su apoyo.

Y también es dedicado a la persona que me guió por el camino de la salud pública a la Dra. Doris Lituma Aguirre

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a DIOS por la familia que me ha brindado, por mi pareja, por conocer profesionales que son excelentes profesionales y magnificas personas y por la oportunidad de estudiar y poder culminar una etapa de mi vida

Resumen

La presente investigación se realizó en la Red de Salud de Barranco – Chorrillos – Surco que involucra 25 establecimientos de salud, durante los meses de enero a junio del 2009 y donde participaron todo el personal asistencial de la red, tomándose como parámetro de medición los niveles altos, medios y bajos según la escala del Maslach Burnout Inventory (**MBI**). El propósito de la investigación consistió en hallar la Prevalencia del Síndrome de Burnout y la identificación de los factores de riesgo asociados. El presente estudio se justificó por cuanto posee valor teórico, utilidad práctica, relevancia social, y en base a los beneficios netos que genera en salud pública y otras áreas. El estudio se sustenta en las investigaciones realizadas en nuestro País y en otros países. La metodología utilizada fue la de un estudio epidemiológico de tipo descriptivo-transversal, con la aplicación de un diseño de investigación de campo donde la población estuvo conformada por ochocientos veintiséis (826) trabajadores, de los cuales se tomo una muestra del 25% (180). La técnica de observación empleada fue la observación en la cual se aplicó una encuesta formada por 10 preguntas correspondientes a las variables sociodemográficas y el Maslach Burnout Inventory (**MBI**) que consta de 22 preguntas cerradas en escala de Lickert. El procesamiento de datos permitió determinar que la Prevalencia en el periodo estudiado fue del 12% y que los factores de riesgo asociados fueron la edad de 41-50 años, el estado civil sin pareja, de 0 a 2 hijos, ser técnico y/o auxiliar, tener un trabajo asistencial, la condición laboral de contratado, con un tiempo de servicio de 6 a 15 años, y con un tiempo en el trabajo actual de 6 a 10 años, tener un solo trabajo. En conclusión hallamos una Prevalencia del Síndrome de Burnout y factores de riesgo asociados.

SUMMARY

This investigation was done in the Net Health of Barranco- Chorrillos – Surco that involves 25 health facilities from January to June 2009 in which all the assistive personnel of the Net participated. It was taken in consideration as parameter of measurement high, middle and low levels according to the scale of Maslach Burnout Inventory (MBI). The intention of the investigation consisted of finding the predominance of the Syndrome of Burnout and the identification of the associate factors of risk. The present study justified itself, given that it possesses theoretical value, practical utility, social relevancy and based on the net profits that it generates in public health and other areas. The study is sustained in the investigations realized in our country and in other countries. The methodology used was that of an epidemiologic study of descriptive - transverse type, with the application of a design of field investigation where the population was made up by 826 workers of whom it was taken a sample of 25 % (180). The type of research strategy was the observation in which is applied a survey formed by 10 questions corresponding to the sociodemographic variables and Maslach Burnout Inventory that consists of 22 closed-ended questions in the scale of Licker. Data processing allowed to determine that the predominance in the studied period was 12 % and that the associate factors of risk were the age of 41-50 years old, the marital status without couple, from 0 to 2 children, to be technician and/or auxiliary, to have social work, the terms of employment, with time of services from 6 to 15 years and with time of services in the current work from 6 to 10 years, to have only one job. In conclusion we find a predominance of the Syndrome of Burnout and associate factors of risk.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	7
1.1 LÍNEA DE INVESTIGACIÓN	10
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
1.3 MARCO TEÓRICO	13
1.3.1 Estrés	13
1.3.2 Definición	13
1.3.3 Síntomas generales del estrés	14
1.3.4 Tipos de estrés	14
1.3.5 Condiciones desencadenantes del estrés (23).....	18
1.3.7.¿Cómo combatir el estrés?	22
1.4 HISTORIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT	23
1.4.1 DEFINICIÓN Y CONCEPTO.....	24
1.4.2 SIGNOS Y SÍNTOMAS DEL SÍNDROME DE BURNOUT	29
1.4.3. PRINCIPALES CAUSANTES DEL SÍNDROME (14)	30
1.4.4 ETIOLOGÍA DEL SÍNDROME	32
1.4.5 FACTOR PROFESIONAL.....	35
1.4.7. FRECUENCIA DE LOS SÍNTOMAS DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES MÉDICOS (12)	40
1.4.8. FORMA DE MEDIR EL SÍNDROME DE BURNOUT	42
1.4.9 GRADOS EN EL SÍNDROME DE <i>BURNOUT</i> (12)	43
1.4.10.EL SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA Y LA IMPORTANCIA PARA EL MEDICO (4).....	44
1.5 JUSTIFICACIÓN	47
1.6 OBJETIVOS.....	50
1.7 HIPÓTESIS	50
2 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.....	51
3. MATERIALES Y MÉTODO:	59
4. RESULTADOS	78
5. DISCUSIÓN	100
6. CONCLUSIONES.....	105
7. RECOMENDACIONES	106
8. BIBLIOGRAFIA.....	108
9. ANEXOS.....	112

1. INTRODUCCIÓN

Mucho se ha escrito y, aún más, se ha descubierto en todo los ámbitos de la ciencia; uno de ellos es la Medicina. Desde muchos siglos atrás el profesional de la salud tiene la obligación tácita de estudiar, actualizarse y desarrollarse en diferentes campos, por el papel que desarrolla dentro de la sociedad. Pero ser un profesional de la salud no es fácil, nuestro rol profesional y social ha ido cambiando a lo largo del tiempo, la convivencia diaria con el dolor, la enfermedad y la muerte de nuestros semejantes, sin estar emocionalmente adiestrados para ello, puede pasar al profesional de la salud una factura afectiva que, a veces, trastocará su ejercicio profesional hasta el punto de hacerlo inviable.

La motivación del trabajo nace con lo observado en las diferentes instituciones de salud pública o privada, grande o pequeña, donde los pacientes o usuarios externos solicitan un mejor trato por parte del personal de salud, y sé que nadie puede negarlo. En algún momento hemos sido pacientes y hemos recibido un trato rudo por parte del personal de salud, hay muchos ejemplos por citar como: “el medico, ni me vio, no me examinó y me dio la receta”, “la enfermera me hablo rudamente”, “la técnica ofendió a la enfermera o viceversa”, “solo atiende una cantidad de pacientes” “para eso tienen hijos” etc. sabemos que estos problemas existen, ¿Hemos hecho algo al respecto?, creo que no, por tal motivo nace la necesidad de investigar y encontrar por qué el personal de salud se comporta de tal manera, pues con este comportamiento no brindamos una atención de calidad, y tal situación motiva que el icono principal de la medicina que es la relación medico paciente se rompa y esta separación cada vez se va haciendo mas grande, y no es solo con el paciente, puede ser con los colegas, amigos, y la familia quedando totalmente aislado de la sociedad. Pues como todo ser humano los profesionales de salud sean médicos, enfermeras, técnicas, auxiliares son personas que sufren, padecen y enferman, y si las personas que nos brindan salud no la tienen, que nos pueden ofrecer

Revisando e investigando se encontró trabajos de muchos años atrás como el de Freudenberg, que describe las características de personas que atienden personas, que tienen la vocación de servicio pero se ven afectados física-psiqui-mental y socialmente por no alcanzar sus objetivos. Él describe un síndrome que afecta a toda

persona que este relacionado con brindar un servicio (personal de salud, maestros, asistentes sociales, etc.) el cual llamo el Síndrome de Burnout que significa: **quemado** en su traducción al español, donde Freudenberger, trata de representar a la persona totalmente agotada o desgastada.

Por tal motivo el trabajo que aquí se presenta tiene el propósito de identificar el Síndrome de Burnout en los profesionales de la salud de atención primaria de la Red de Salud de Barranco -Chorrillos - Surco y poder hallar su posible relación con factores riesgo que puedan ser prevenibles y/o manejables. Cabe resaltar que se realiza en los profesionales de la salud de atención primaria ya que ellos tienen una estrecha relación con la población y representan el primer eslabón del sistema de salud. Se ha destacado en distintos estudios que un 5-12%(12) de los médicos presenta un deterioro suficiente como para afectar seriamente su práctica laboral, con el daño que de ello puede derivarse para sus pacientes y para sí mismos. Se estima que, al menos, un 10-20%(12) de los médicos en actividad están emocionalmente perturbados.

Cabe destacar que los profesionales de la salud deben estar formados y capacitados para aceptar, asumir y analizar los problemas de su profesión así como desarrollar estrategias adaptativas estables para que su salud mental permanezca íntegra a lo largo del tiempo y para ello, será necesario su adiestramiento en recursos adaptativos eficaces con los cuales poder afrontar las dificultades de la vida profesional y lograr el autocontrol.

Por tal motivo la importancia no radica solamente con la identificación del Síndrome de Burnout y sus factores asociados, sino por la importancia que representa como problema de Salud Pública tal Síndrome, ya que no afecta solamente al profesional de la salud sino también a su entorno familiar y profesional, por tal motivo el objetivo del trabajo es mejorar la calidad de vida de los profesionales de la salud e indirectamente a su vez mejorar la calidad de atención que se brinda al paciente ya que nuestra profesión es de servicio y nos debemos a nuestros pacientes.

El siguiente trabajo es de tipo Descriptivo-Transversal-Observacional, se realizó en la Red de salud Barranco - Chorrillos - Surco en los meses de enero a junio del 2009, a través del MBI (Maslach Burnout Inventory) que mide 3 campos: el agotamiento emocional, la despersonalización y la falta de realización personal. Para el diagnóstico de Burnout se requiere la presencia de los dos primeros en niveles altos y el último en nivel bajo respectivamente. Se tomó una muestra representativa de la población general, y se seleccionó a los participantes a través de un muestreo aleatorio simple, se respetó en todo momento los criterios de inclusión y exclusión así como los aspectos éticos manteniendo la confidencialidad de los resultados individuales, cabe señalar que los resultados obtenidos han sido similares en muchos aspectos a estudios que se han realizado en el extranjero, resaltando en primer lugar la importancia de nuestro trabajo por la veracidad de sus resultados y en segundo lugar que el Síndrome de Burnout es una enfermedad global y que va en aumento cada día.

1.1 LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

Salud Mental, Salud Pública, Salud Ocupacional y Recursos Humanos

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Formulación del problema

¿Cual es la Prevalencia del síndrome de Burnout y cuales son los factores de riesgo asociados en los profesionales de la salud, personal técnico y auxiliar categorizados de la red Barranco – Chorrillos – Surco en los meses de enero - junio del 2009?

El problema

El personal sanitario se enfrenta diariamente a situaciones de vida o muerte. Su trabajo puede ser física y emocionalmente agotador. El estrés que se deriva de este contexto implica el desarrollo de problemas conductuales como Burnout y otros problemas de salud y psicológicos (ansiedad, depresión, etc.) en la actualidad esta temática es importante ya que afecta a la moral y bienestar psicológico de los trabajadores, a la calidad y tratamiento que se proporciona a los pacientes, y por ultimo, puede tener una influencia fuerte en el funcionamiento administrativo de los servicios sanitarios **(1)**.

Se atribuye al síndrome de Burnout o de Agotamiento Profesional, como el responsable de la desmotivación que sufren los profesionales sanitarios **(2)**. En nuestra realidad, poco se ha investigado y escrito sobre el síndrome de Burnout, sin embargo, puede estar presente y en incremento en el personal sanitario, dadas las condiciones socio laborales actuales **(2)**

El síndrome de Burnout se presenta como un trastorno adaptativo crónico, asociado a las demandas psicosociales del trabajo directo con personas a través de una relación de interdependencia mutua **(2)** como consecuencia de un disvalance prolongado (más de 6 meses) entre demandas y recursos de afrontamiento **(2)**. La dificultad para su diagnóstico es que no existe una definición aceptada universalmente para el síndrome

de Burnout, pero la gran mayoría de investigadores coinciden en que se trata de un estado de estrés laboral crónico **(2)**. Éste fue descrito por primera vez en 1974, por Eberth Freudenberg, psiquiatra de la Clínica Libre de Nueva York para toxicómanos **(2,18)**, quien la describió como la “*sensación de fracaso y una existencia agotada o gastada que resultaba de una sobrecarga por exigencias de energías recursos personales o fuerza espiritual del trabajador*” **(2)**. Actualmente la definición operacional más conocida es la propuesta por Maslach y Jackson en 1986, quienes la definieron como “un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir en individuos que trabajan con personas” **(2,19)**, esto es, que el Síndrome de Burnout constituye una entidad multidimensional constituida por los 3 aspectos mencionados **(2,19)**.

Con relación a las manifestaciones psicopatológicas y físicas están son variadas y han sido establecidas como manifestaciones emocionales (distanciamiento, soledad, ansiedad, impotencia y omnipotencia); actitudinales (cinismo, apatía, hostilidad y suspicacia); conductuales (agresividad, aislamiento, labilidad e irritabilidad); y somáticos (dolor precordial, palpitaciones, broncoespasmo, alteración en la esfera sexual, síntomas digestivos, insomnio, depresión, problemas musculares, etc.) **(2)**.

Las consecuencias para quien padece este síndrome pueden ser graves, pero además, trasciende hacia sus familiares y a su empresa **(2)**. No existe un perfil del profesional propenso a desarrollar el síndrome de Burnout. Múltiples variables han sido investigadas sin aporte definitivo alguno. Tanto la edad cronológica, el estado civil, el trabajo en turnos y el horario laboral ni la antigüedad profesional han demostrado relación causal con el mencionado síndrome **(2)**.

Un entorno especialmente relacionado con el Síndrome de Burnout es el ámbito laboral. La razón es que es éste un lugar en que existe un conflicto permanente entre la necesidad de resultados y los recursos necesarios para obtener dichos resultados, fundamentalmente la satisfacción del paciente. Existe una gran presión sobre los profesionales de la salud para dedicar más tiempo y conocimientos a fin de conseguir los resultados, tomar decisiones, cambiar para innovar, etc. Y esto no es nada cómodo para la naturaleza humana, los profesionales de la salud son seres humanos que traen consigo una carga emocional y que deben recibir de los pacientes todas las

preocupaciones, dudas y frustraciones esperando que el profesional de salud los resuelva, y aquí comienza el desgaste físico, psíquico y mental del profesional.

Los trabajadores que sufren esta patología sienten que no pueden controlar la situación, se sienten inseguros y su autoestima se resiente duramente. Pueden mostrarse más irritables e incluso, agresivos y son incapaces de relajarse o concentrarse.

Las personas que llevan años trabajando en situaciones hostiles que están desarrollando el *burnout* suelen tender al aislamiento y la soledad como forma de evitar dicha situación. De hecho, **pueden comenzar faltando en ocasiones al trabajo hasta llegar a solicitar amplias bajas laborales, disminuyendo su productividad laboral hasta llegar extremos que son nulos, se rompe la relación medico-paciente, se trata al paciente como un objeto, numero y/o código**

El desarrollo de este síndrome es cíclico. Después de una baja laboral, el afectado suele incorporarse a su puesto de trabajo porque tiene ganas de empezar de nuevo, sin embargo la situación y los problemas son los mismos, nada ha cambiado

El Burnout en el trabajo es difícil de identificar y el trabajador puede pasar años sufriendo esta patología sin saberlo. Estas personas pueden ser diagnosticadas de cuadros depresivos o ansiosos debido a la similitud en los síntomas que presentan.

El 30% de las bajas laborales son por motivos psicológicos y al hablar de jornadas laborables perdidas, las causadas por esta enfermedad ocuparían el primer lugar, junto con las musculares.

1.3 MARCO TEÓRICO

Al involucrarnos en este tema hay que hacer un pequeño recuerdo sobre lo que en vuelve al Síndrome de Burnout, sabiendo que es una forma de manifestación del estrés crónico, y por tal motivo debemos mencionar en primer lugar al estrés. .

1.3.1 Estrés

McGrath: (1970) En una de las definiciones más clásicas del término: "El estrés es un desequilibrio sustancial (percibido) entre la demanda y la capacidad de respuesta (del individuo) bajo condiciones en las que el fracaso ante esta demanda posee importantes consecuencias (percibidas)."

Hans Selye (1907-1982) Fisiólogo y médico vienés, fue también director del Instituto de Medicina y Cirugía Experimental de la Universidad de Montreal. Fue el responsable de acuñar este vocablo. En **1950 publicó su investigación más famosa: Estrés: Un estudio sobre la ansiedad. (23)**

A partir de esta tesis, el **estrés** o **síndrome general de adaptación (SGA)** pasó a resumir todo un conjunto de síntomas psicofisiológicos

1.3.2 Definición

Estrés, (del inglés, "**stress**"), "fatiga", en especial la fatiga de materiales es toda demanda física o psicológica fuera de lo habitual y bajo presión que se le haga al organismo, provocándole un estado ansioso. En la mayor parte de los casos, el estrés aparece debido a las grandes demandas que se le imponen al organismo. **(23)**

Es una patología laboral emergente que tiene una especial incidencia en el sector servicios. Siendo el riesgo mayor en las tareas que requieren mayores exigencias y dedicación.

1.3.3 Síntomas generales del estrés

Los síntomas generales del estrés son bien conocidos:

- estado de ansiedad
- sensación de ahogo e hipoxia aparente
- rigidez muscular
- pupilas dilatadas (midriasis)
- incapacidad de conciliar el sueño (insomnio)
- falta de concentración de la atención
- irritabilidad
- pérdida de las capacidades para la sociabilidad
- estado de defensa del yo

El **estrés se encuentra en la cabeza**, ya que es el **cerebro el responsable de reconocer y responder a los estresores de distintas formas**. Cada vez son más los estudios que corroboran el papel que juega el estrés en el aprendizaje, la memoria y la toma de decisiones. Un estudio de la Universidad de California demostró que un estrés fuerte durante un corto periodo de tiempo, por ejemplo: como lo es la espera durante la cirugía de un ser querido, es suficiente para destruir varias de las conexiones entre neuronas en zonas específicas del cerebro. Esto es, **un estrés agudo** puede cambiar la anatomía cerebral en pocas horas. El estrés crónico, por su parte, **demostró la disminución del tamaño de la zona cerebral responsable de la memoria**, por lo menos es el efecto encontrado en ratas. **(23)**

1.3.4 Tipos de estrés

Estrés agudo (25)

El estrés agudo es la forma de estrés más común. Surge de las exigencias y presiones del pasado reciente y las exigencias y presiones anticipadas del futuro cercano. El estrés agudo es emocionante y fascinante en pequeñas dosis, pero cuando es demasiado resulta agotador. Una bajada rápida por una pendiente de esquí difícil, por ejemplo, es estimulante temprano por la mañana. La misma bajada al final del día resulta agotadora y desgastante. Esquiar más allá de sus límites puede derivar en caídas y fracturas de huesos. Del mismo modo, exagerar con el estrés a corto plazo

puede derivar en distrés psicológico (SPD por sus siglas en inglés), dolores de cabeza tensionales, malestar estomacal y otros síntomas.

Afortunadamente, la mayoría de las personas reconoce los síntomas de estrés agudo. Es una lista de lo que ha ido mal en sus vidas: el accidente automovilístico que abolló el guardafangos, la pérdida de un contrato importante, un plazo de entrega que deben cumplir, los problemas ocasionales de su hijo en la escuela, y demás.

Dado que es a corto plazo, el estrés agudo no tiene tiempo suficiente para causar los daños importantes asociados con el estrés a largo plazo. Los síntomas más comunes son: **distrés emocional**: una combinación de enojo o irritabilidad, ansiedad y depresión, las tres emociones del estrés; problemas musculares que incluyen dolores de cabeza tensionales, dolor de espalda, dolor en la mandíbula y las tensiones musculares que derivan en desgarro muscular y problemas en tendones y ligamentos; problemas estomacales e intestinales como acidez, flatulencia, diarrea, estreñimiento y síndrome de intestino irritable; sobreexcitación pasajera que deriva en elevación de la presión sanguínea, ritmo cardíaco acelerado, transpiración de las palmas de las manos, palpitaciones, mareos, migrañas, manos o pies fríos, dificultad para respirar, y dolor en el pecho.

El estrés agudo puede presentarse en la vida de cualquiera, y es muy tratable y manejable.

Estrés agudo episódico (25)

Por otra parte, están aquellas personas que tienen estrés agudo con frecuencia, cuyas vidas son tan desordenadas que son estudios de caos y crisis. Siempre están apuradas, pero siempre llegan tarde. Si algo puede salir mal, les sale mal. Asumen muchas responsabilidades, tienen demasiadas cosas entre manos y no pueden organizar la cantidad de exigencias autoimpuestas ni las presiones que reclaman su atención. Parecen estar perpetuamente en las garras del estrés agudo.

Es común que las personas con reacciones de estrés agudo estén demasiado agitadas, tengan mal carácter, sean irritables, ansiosas y estén tensas. Suelen describirse como personas con "mucho energía nerviosa".

Siempre apuradas, tienden a ser cortantes y a veces su irritabilidad se transmite como hostilidad. Las relaciones interpersonales se deterioran con rapidez cuando otros responden con hostilidad real. El trabajo se vuelve un lugar muy estresante para ellas.

La personalidad "Tipo A" propensa a los problemas cardíacos descrita por los cardiólogos Meter Friedman y Ray Rosenman, es similar a un caso extremo de estrés agudo episódico.

Las personas con personalidad Tipo A tienen un "impulso de competencia excesivo, agresividad, impaciencia y un sentido agobiador de la urgencia". Además, existe una forma de hostilidad sin razón aparente, pero bien racionalizada, y casi siempre una inseguridad profundamente arraigada. Dichas características de personalidad parecerían crear episodios frecuentes de estrés agudo para las personalidades Tipo A. Friedman y Rosenman descubrieron que es más probable que las personalidades Tipo A desarrollen enfermedades coronarias que las personalidades Tipo B, que muestran un patrón de conducta opuesto.

Otra forma de estrés agudo episódico surge de la preocupación incesante. Los "doña o don angustias" ven el desastre a la vuelta de la esquina y prevén con pesimismo una catástrofe en cada situación. El mundo es un lugar peligroso, poco gratificante y punitivo en donde lo peor siempre está por suceder. Los que ven todo mal también tienden a agitarse demasiado y a estar tensos, pero están más ansiosos y deprimidos que enojados y hostiles.

Los síntomas del estrés agudo episódico son los síntomas de una sobreagitación prolongada: dolores de cabeza tensionales persistentes, migrañas, hipertensión, dolor en el pecho y enfermedad cardíaca. Tratar el estrés agudo episódico requiere la intervención en varios niveles, que por lo general requiere ayuda profesional, la cual puede tomar varios meses.

A menudo, el estilo de vida y los rasgos de personalidad están tan arraigados y son habituales en estas personas que no ven nada malo en la forma cómo conducen sus vidas. Culpan a otras personas y hechos externos de sus males. Con frecuencia, ven su estilo de vida, sus patrones de interacción con los demás y sus formas de percibir el mundo como parte integral de lo que son y lo que hacen.

Estas personas pueden ser sumamente resistentes al cambio. Sólo la promesa de alivio del dolor y malestar de sus síntomas puede mantenerlas en tratamiento y encaminadas en su programa de recuperación.

Estrés crónico (25)

Si bien el estrés agudo puede ser emocionante y fascinante, el estrés crónico no lo es. Este es el estrés agotador que desgasta a las personas día tras día, año tras año. El estrés crónico destruye al cuerpo, la mente y la vida. Hace estragos mediante el desgaste a largo plazo. Es el estrés de la pobreza, las familias disfuncionales, de verse atrapados en un matrimonio infeliz o en un empleo o carrera que se detesta. Es el estrés que los eternos conflictos han provocado en los habitantes de Irlanda del Norte, las tensiones del Medio Oriente que afectan a árabes y judíos, y las rivalidades étnicas interminables que afectaron a Europa Oriental y la ex Unión Soviética.

El estrés crónico surge cuando una persona nunca ve una salida a una situación deprimente. Es el estrés de las exigencias y presiones implacables durante períodos aparentemente interminables. Sin esperanzas, la persona abandona la búsqueda de soluciones.

Algunos tipos de estrés crónico provienen de experiencias traumáticas de la niñez que se interiorizaron y se mantienen dolorosas y presentes constantemente. Algunas experiencias afectan profundamente la personalidad. Se genera una visión del mundo, o un sistema de creencias, que provoca un estrés interminable para la persona (por ejemplo, el mundo es un lugar amenazante, las personas descubrirán que finge lo que no es, debe ser perfecto todo el tiempo). Cuando la personalidad o las convicciones y creencias profundamente arraigadas deben reformularse, la recuperación exige el autoexamen activo, a menudo con ayuda de un profesional.

El peor aspecto del estrés crónico es que las personas se acostumbran a él, se olvidan que está allí. Las personas toman conciencia de inmediato del estrés agudo porque es nuevo; ignoran al estrés crónico porque es algo viejo, familiar y a veces hasta casi resulta cómodo.

El estrés crónico mata a través del suicidio, la violencia, el ataque al corazón, la apoplejía e incluso el cáncer.

Las personas se desgastan hasta llegar a una crisis nerviosa final y fatal. Debido a que los recursos físicos y mentales se ven consumidos por el desgaste a largo plazo, los síntomas de estrés crónico son difíciles de tratar y pueden requerir tratamiento médico y de conducta y manejo del estrés.

1.3.5 Condiciones desencadenantes del estrés (23)

Los llamados **estresores** o **factores estresantes** o situaciones desencadenantes del estrés son cualquier estímulo, externo o interno (tanto físico, químico, acústico o somático como sociocultural) que, de manera directa o indirecta, propicie la desestabilización en el equilibrio dinámico del organismo (homeostasis).

Una parte importante del esfuerzo que se ha realizado para el estudio y comprensión del estrés se ha centrado en determinar y clasificar los diferentes desencadenantes de este proceso. La revisión de los principales tipos de estresores que se han utilizado para estudiar el estrés nos proporciona una primera aproximación al estudio de las condiciones desencadenantes del estrés y nos muestra la existencia de ocho grandes categorías de estresores:

- situaciones que fuerzan a procesar información rápidamente
- estímulos ambientales dañinos
- percepciones de amenaza
- alteración de las funciones fisiológicas (enfermedades, adicciones, etcétera)
- aislamiento y confinamiento
- bloqueos en nuestros intereses
- presión grupal
- frustración

Sin embargo, al haber la posibilidad de realizar diferentes taxonomías sobre los desencadenantes del estrés en función de criterios meramente descriptivos -por ejemplo, la que propusieron Lazarus y Folkman (1984), para quienes el **estrés psicológico** es una relación particular entre el individuo y el entorno (que es evaluado por el individuo como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar), se ha tendido a clasificarlos por el tipo de cambios que producen en las condiciones de vida. Conviene hablar, entonces, de cuatro tipos de acontecimientos estresantes: **(23)**

- Los **estresores únicos**: hacen referencia a cataclismos y cambios dramáticos en las condiciones en el entorno de vida de las personas, y que habitualmente afectan a un gran número de ellas.
- Los **estresores múltiples**: afectan sólo a una persona o a un pequeño grupo de ellas, y se corresponden con cambios significativos y de trascendencia vital para las personas.
- Los **estresores cotidianos**: se refieren al cúmulo de molestias, imprevistos y alteraciones en las pequeñas rutinas cotidianas.
- Los **estresores biogénicos**: son mecanismos físicos y químicos que disparan directamente la respuesta de estrés sin la mediación de los procesos psicológicos.

Estos estresores pueden estar presentes de manera aguda o crónica y, también, pueden ser resultado de la anticipación mental acerca de lo que puede ocurrir en el futuro.

El Dr. Hans Selye, considerado el padre de los estudios sobre el estrés y fundador del Instituto Canadiense de Estrés **(23)** contestando a la pregunta de por qué algunas personas se estresaban en determinadas situaciones y otras no, dijo: "Lo importante no es tanto lo que te ocurre, sino como te lo tomas". Esta afirmación subraya el carácter muy personal del estrés. De hecho nosotros no nos estresamos todos por las mismas causas o con la misma intensidad en las mismas situaciones: así alguien puede probar excitación cogiendo un avión y otros pueden estar estresados todo el viaje; algunos hacen del hablar en público su profesión mientras otros pueden sentirse incómodos hablando incluso frente a una sola persona.

1.3.6 .Estados de adaptación (23)

Selye describió el síndrome general de adaptación en tres estados:

- **Alarma de reacción**, cuando el cuerpo detecta el estímulo externo;
- **Adaptación**, cuando el cuerpo toma contramedidas defensivas hacia el agresor;
- **Agotamiento**, cuando comienzan a agotarse las defensas del cuerpo.

El estrés incluye **distrés**, el resultado de acontecimientos negativos, y **eustrés**, el resultado de acontecimientos positivos. Aunque se produzca una situación de distrés al mismo tiempo que otra de eustrés, ninguna de las dos anulará a la otra. Ambas son adictivas y estresantes por sí mismas. **(23)**

El estrés puede contribuir, directa o indirectamente, a la aparición de trastornos generales o específicos del cuerpo y de la mente.

En primer lugar, esta situación hace que el cerebro se ponga en guardia. La reacción del cerebro es preparar el cuerpo para la acción defensiva. El sistema nervioso se despierta y las hormonas se liberan para activar los sentidos, acelerar el pulso, profundizar la respiración y tensar los músculos. Esta respuesta (a veces denominada **respuesta de lucha o huida**) es importante **(23)**, porque nos ayuda a defendernos contra situaciones amenazantes. La respuesta se programa biológicamente. Todo el mundo reacciona más o menos de la misma forma —tanto si la situación se produce en la casa como en el trabajo.

Los episodios cortos o infrecuentes de estrés representan poco riesgo. Pero cuando las situaciones estresantes se suceden sin resolución, el cuerpo permanece en un estado constante de alerta, lo cual aumenta la tasa de desgaste fisiológico que conlleva a la fatiga o el daño físico, y la capacidad del cuerpo para recuperarse y defenderse se puede ver seriamente comprometida. Como resultado, aumenta el riesgo de lesión o enfermedad.

Desde hace 20 años, muchos estudios han considerado la relación entre el estrés de trabajo y una variedad de enfermedades. Alteraciones de humor y de sueño, estómago revuelto, dolor de cabeza y relaciones alteradas con familia y amigos son síntomas de problemas relacionados con el estrés que se ven comúnmente reflejados en estas investigaciones. Estas señales precoces del estrés de trabajo son fácilmente

reconocibles. Pero los efectos del estrés de trabajo en las enfermedades crónicas son más difíciles de diagnosticar, ya que estas enfermedades requieren un largo período de desarrollo y se pueden ver influidas por muchos factores aparte del estrés. Sin embargo, gran número de evidencias sugieren que el estrés tiene un papel preponderante en varios tipos de problemas crónicos de salud, particularmente en las enfermedades cardiovasculares, las afecciones músculo esqueléticas y las afecciones psicológicas.

En la actualidad existe una gran variedad de datos experimentales y clínicos que ponen de manifiesto que el estrés, si su intensidad y duración sobrepasan ciertos límites, puede producir alteraciones considerables en el cerebro. Éstas incluyen desde modificaciones más o menos leves y reversibles hasta situaciones en las que puede haber **muerte neuronal**. (23) Se sabe que el efecto perjudicial que puede producir el estrés sobre nuestro cerebro está directamente relacionado con los niveles de hormonas (glucocorticoides, concretamente) secretados en la respuesta fisiológica del organismo. Aunque la presencia de determinados niveles de estas hormonas es de gran importancia para el adecuado funcionamiento de nuestro cerebro, el exceso de glucocorticoides puede producir toda una serie de alteraciones en distintas estructuras cerebrales, especialmente en el hipocampo, estructura que juega un papel crítico en muchos procesos de aprendizaje y memoria. Mediante distintos trabajos experimentales se ha podido establecer que la exposición continuada a situaciones de estrés (a niveles elevados de las hormonas del estrés) puede producir tres tipos de efectos perjudiciales en el sistema nervioso central, a saber:

1. **Atrofia dendrítica.** Es un proceso de retracción de las prolongaciones dendríticas que se produce en ciertas neuronas. Siempre que termine la situación de estrés, se puede producir una recuperación de la arborización dendrítica. Por lo tanto, puede ser un proceso reversible. (23)
2. **Neurotoxicidad.** Es un proceso que ocurre como consecuencia del mantenimiento sostenido de altos niveles de estrés o GC (durante varios meses), y causa la muerte de neuronas hipocampales. (23)
3. **Exacerbación de distintas situaciones de daño neuronal.** Éste es otro mecanismo importante por el cual, si al mismo tiempo que se produce una agresión neural (apoplejía, anoxia, hipoglucemia, etc.) coexisten altos niveles de

GC, se reduce la capacidad de las neuronas para sobrevivir a dicha situación dañina. **(23)**

1.3.7. ¿Cómo combatir el estrés?

En el **Congreso de Neurociencias de 2008** se llevó a cabo en Washington DC se presentó una investigación y sugiere masticar chicle para combatir el estrés. Esto es sugerido por un estudio de la Universidad de Northwestern y el Wrigley Science Institute que demuestra que masticar chicle en momentos de presión, disminuye el estrés a niveles cinco veces menores de los que se perciben en condiciones normales y que además mejora la memoria a corto plazo. Aunque los científicos no saben aún cual es el factor responsable de este efecto: el azúcar, el sabor o la mecánica de masticar. Sea cual sea, replantea las estrictas reglas escolares de no masticar chicle en clase. **(23)**

1.4 HISTORIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT

- Herbert Freudenberger: 1974, describe el síndrome como "un estado de fatiga o de frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o de relación que no produce el esperado refuerzo". **(18)**
- Cristina Maslach: (1976), la psicóloga social estudiaba las respuestas emocionales de los empleados de profesiones de ayuda a personas. Eligió también el mismo término que utilizaban de forma coloquial los abogados californianos para describir el proceso gradual de pérdida de responsabilidad profesional y desinterés cínico entre sus compañeros de trabajo. Maslach decidió emplear esta misma expresión por su gran aceptación social: los afectados se sentían fácilmente identificados con este feliz término descriptivo. **(19)**
- Chernis (1980), fue el primero en proponer que se trata de un desarrollo continuo y fluctuante en el tiempo: es un proceso en el que las actitudes y las conductas de los profesionales cambian de forma negativa en respuesta al estrés laboral.
- Cox y Mackay (1981), para estos autores, este concepto se diferencia principalmente en relación a si es conceptualizado como un estímulo, una respuesta, una percepción o una transacción.
- Brill (1984), propuso una definición de *Burnout* menos conocida y más precisa: Es un estado disfuncional relacionado con el trabajo, en una persona que no padece alteración mental mayor, más que un puesto de trabajo en el que antes ha funcionado bien, tanto a nivel de rendimiento objetivo como de satisfacción personal, y que luego ya no puede conseguirlo de nuevo, si no es por una intervención externa, o por un cambio laboral. En consecuencia, es el malestar relacionado con un salario insuficiente, con las dificultades físicas, con la incompetencia por falta de conocimientos, o con cualquier otro trastorno mental existente.
- Maslach y Jackson (1986): Es un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, que ocurre entre individuos que trabajan con personas. Agotamiento emocional se refiere a la disminución y pérdida

de recursos emocionales. Despersonalización o deshumanización consiste en el desarrollo de actitudes negativas, de insensibilidad y cinismo hacia los receptores del servicio prestado. Por último, la falta de realización personal es la tendencia a evaluar el propio trabajo de forma negativa: los afectados se reprochan no haber alcanzado los objetivos propuestos, con vivencias de insuficiencia personal y baja autoestima profesional.**(19)**

- Etzion (1987), dice que es un proceso latente, solapado y silencioso, que se desarrolla lentamente desde su comienzo, sin haber señales notorias y que evoluciona casi siempre de forma escondida hasta que hace su aparición repentina e inesperada, como experiencia devastadora de agotamiento personal, sin que se pueda decir por que sucedió.
- Pines y Aronson (1988), proponen una definición más amplia, no restringida a las profesiones de ayuda: "Es el estado de agotamiento mental, físico y emocional, producido por la involucración crónica en el trabajo en situaciones emocionalmente demandantes." El agotamiento físico se caracteriza por baja energía, fatiga crónica, debilidad general y una amplia variedad de manifestaciones psicósomáticas. El agotamiento emocional incluye sentimientos de incapacidad, desesperanza y de alienación con el trabajo. El desarrollo de *Burnout* puede llevar a dejar el trabajo o cambiar de profesión para evitar el contacto con personas. Por último, agotamiento emocional se refiere al desarrollo de actitudes negativas hacia uno mismo, hacia el trabajo y a la vida misma.
- Peiró (1993), en su libro *Desencadenantes del estrés laboral*, recoge la clasificación de las definiciones de estrés que hicieron Cox y Mackay.

1.4.1 DEFINICIÓN Y CONCEPTO

Actualmente y como en sus inicios el Síndrome de Burnout no tiene una definición que sea clara y aceptada universalmente, debido que como todo en medicina esto esta en constante investigación y a cada momento aparecen conceptos nuevos, por eso veremos a continuación diferentes definiciones que se basaron en una idea y concepto inicial, muchos autores han creado sus propias definiciones basados en sus estudios y experiencias.

Las definiciones han empezado desde antes de que **Freudenberger en 1974** definiera por primera vez el Síndrome, antes la palabra Burnout era utilizada en el ámbito del deporte, para definir a los atletas que se habían preparado al máximo y tenían todas las expectativas a su favor y no alcanzaba sus objetivos. Luego se introduce la palabra al ámbito de la medicina con la primera definición que nos da **Freudenberger en 1974** basado en su experiencia y observación **define al Síndrome Burnout** como una **“sensación de fracaso y una existencia agotada o gastada que resultaba de una sobrecarga por exigencias de energías, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador”** luego aparece la definición de **Cristina Maslach y Jackson en 1986** crean la **definición mas reconocida mundialmente y aceptada** **“El Síndrome de Burnout es una respuesta inadecuada a un estrés emocional crónico cuyos rasgos principales son: un agotamiento físico, psicológico o emocional, una actitud fría y despersonalizada en la relación con los demás y un sentimiento de inadecuación para las tareas que se han de realizar.”** A partir de este momento se inicia un estudio acelerado sobre las diferentes causas de este Síndrome y aparecen multiples definiciones que se desprenden de las ya creadas por **Freudenberger en 1974 - Cristina Maslach y Jackson en 1986**.

Actualmente tenemos otras definiciones un poco mas didácticas y mas modernas pero que no dejan de tomar como base los conceptos básicos empleados por **Freudenberger en 1974 - Cristina Maslach y Jackson en 1986**.

Tenemos por ejemplo el **“Síndrome de Burnout se define como una respuesta al estrés crónico sufrido en un contexto laboral”(2)** o **“El Síndrome de Burnout o Síndrome de “estar quemado” Se refiere a un estado de agotamiento emocional, físico y mental grave en el que la persona se derrumba a causa del cansancio psíquico o estrés que surge de la interacción social y ante una rutina laboral “(3)** también se puede definir **“El Síndrome de 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)”(13,14)** Esta ultima definición también elaborada por **Cristina Maslach y Jackson la cual encierra la forma de poder medirlo**.

Tenemos otras definiciones más actuales como en el **CIE 10** lo clasifica dentro del grupo de **"problemas respecto a las dificultades para afrontar la vida"** y **figura como síndrome de agotamiento (Z 73.0)**.

Es considerado por **la Organización Mundial de la Salud** como una **"enfermedad laboral que provoca detrimento en la salud física y mental de los individuos y se produce fundamentalmente cuando hay una descompensación entre las expectativas profesionales y la realidad diaria del individuo y afecta directamente a la calidad de vida laboral del mismo."**

Podemos decir que las definiciones son múltiples para expresar todos los ámbitos que abarca el Síndrome de Burnout y tratando de abarcar una se podría definir como **"Un conjunto de signos y síntomas (físicos, mental y emocional) producidos por la exposición crónica al estrés laboral relacionado con la atención de personas, que va a afectar nuestra vida personal, familiar y social además se manifestara luego de varios años de haber sido expuesto al Factor Estresante"**

En la actualidad es una de las causas más importantes de incapacidad laboral. Su origen estaba centrado en los profesionales de la salud.

Se podría resumir en estos tres campos el Síndrome de Burnot:

Agotamiento emocional, que se refiere a la disminución y pérdida de recursos. Emocionales

Despersonalización o deshumanización, consistente en el desarrollo de actitudes negativas, de insensibilidad y de cinismo hacia los receptores de servicio prestado.

Falta de realización personal, con tendencias a evaluar el propio trabajo de forma negativa, con vivencias de insuficiencia profesional y baja autoestima personal

Síntomas físicos de estrés, como cansancio y malestar general.

El término inglés "Burnout" hace referencia a una disfunción psicológica que parece suceder de un modo más común, entre **trabajadores cuya labor se realiza en relación directa con la gente**. Es la consecuencia de elevados niveles de tensión en

el trabajo, frustración personal y actitudes inadecuadas de enfrentamiento a situaciones conflictivas. Supone por tanto un coste personal, de organización y social que pueden llegar a ser muy importantes. **Maslach y Jackson (13,19)** lo definen como 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 un sentimiento de inadecuación a las tareas que ha de realizar.***

El estudio de este tema fue iniciado por los autores antes señalados y continuó recibiendo aportaciones de otros estudiosos hasta que **en 1981** se celebró **la primera Conferencia Nacional de "Burnout" (Filadelfia)**. (14) Sirvió para unificar criterios y para hacer una apuesta en común sobre trabajos realizados sobre pequeñas muestras. ***Afecta negativamente, tanto al operador, como a su familia, al usuario y a la institución.*** (14) En muchas ocasiones, el operador intenta reducir el estrés quizás con el alcohol o con fármacos o bien alejándose de la gente.

Cuando decimos que un profesional está "quemado" tratamos de reflejar el hecho de que una situación (laboral, familiar, social) le ha sobrepasado, agotando su capacidad de reacción. ***Es el final de un proceso continuado de tensión y de estrés.*** (14) Si bien esta experiencia negativa puede ocurrir 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. Podemos precisar que el "Burnout" o "quemamiento", es un síndrome de reducción de la capacidad personal, que puede presentarse en sujetos, que por profesión, se ocupan de la "gente". ***Se trata de una reacción a la tensión emocional crónica creada por contacto continuo con otros seres humanos, en particular cuando éstos tienen problemas o motivo de sufrimiento.*** Es decir, se puede considerar ***un tipo de estrés ocupacional***, pero aunque tenga algunos efectos morbosos comunes con otras reacciones al estrés, el factor característico del ***"Burnout" es que el estrés surge de la interacción social entre el operador y el destinatario de la ayuda.*** Por ello se dice, que este síndrome es ***"el precio de ayudar a los demás"***, es por lo que está perfectamente descrito y estudiado y siempre se refiere al que pueden sufrir los profesionales que tiene por misión ayudar a los demás (médicos, enfermeras, maestros, policías, asistentes sociales, etc.).

Éste agotamiento psíquico viene determinado por **(13)**: a) conflictos entre terapeutas e incertidumbre frente a tratamientos que desencadena: una encarnizamiento terapéutico, falta de autonomía en la organización, falta de reconocimiento por parte de los enfermos, enfrentamiento con la enfermedad y la muerte, falta de respeto por su trabajo; b) falta de apoyo y trabajo excesivo por falta de efectivos, tareas paralelas, falta de tiempo, etc. Sobre las causas a parte de las situaciones anteriormente señaladas existen otras muchas que influyen en este proceso **(13)** salarios insuficientes o mejor aún, percepción de injusticia de salarios y obligaciones, lista de espera, discrepancias entre valores personales y exigencias laborales, falta de autonomía, temor a ser denunciados, etc.

Todos estos procesos tan complejos se desarrollan a lo largo del tiempo, en personas que son susceptibles a pasar por situaciones de estrés y que no son capaces a encauzar esas situaciones. Este proceso es lento y tiene una serie de etapas que ya han sido estudiadas y que son fácilmente reconocibles. Según el modelo de Maslach **(13)** la podemos ver primero como agotamiento emocional, luego se desarrolla la etapa de despersonalización y por último una baja realización personal en el trabajo.

El **síndrome de “burnout”**, según el psicólogo y profesor de la Universidad de Barcelona, **Jesús Vicenç**, es una **fase avanzada de estrés laboral** que puede llegar a desarrollar una **incapacidad total para volver a trabajar. (14)**

El trabajador se da cuenta de que algo no funciona en su trabajo, algo falla a nivel organizativo. Según el **psicólogo Ramón Ferrer (14)** al individuo le invade un sentimiento de fracaso y sufre síntomas ansiosos y depresivos, incluso llega a creer que tiene problemas físicos.

Con el paso del tiempo y por sí mismo no se soluciona el problema. El desarrollo de este síndrome es cíclico. Después de una baja laboral, el afectado suele incorporarse a su puesto de trabajo porque tiene ganas de empezar de nuevo, sin embargo la situación y los problemas son los mismos, nada ha cambiado.

El “burnout” afecta sobre todo a profesionales cuya labor está basada en el trato directo con otras personas. Los sectores más afectados son la enseñanza (según estudios aproximadamente el 30% de las bajas laborales son por motivos psicológicos), medicina y comercio. Manuel Fernández, médico responsable del Departamento de Salud de Correos y Telégrafos en Cataluña, explica que las enfermedades psicológicas

suponen un 4% del total de las bajas de la empresa. “Al hablar de jornadas laborables perdidas, las causadas por esta enfermedad ocuparían el primer lugar, junto con las musculares”, afirma. **(14)**

En síntesis, el síndrome *burnout* incluye cinco factores característicos comunes a todas las definiciones presentadas: **(6)**

1. Predominan los síntomas disfóricos, y, sobre todo, el agotamiento emocional.
2. Destacan las alteraciones de conducta (conducta anormal del modelo asistencial o despersonalización de la relación con el cliente).
3. Se suelen dar síntomas físicos de estrés psicofisiológico, como cansancio hasta el agotamiento, malestar general, junto con técnicas paliativas reductoras de la ansiedad residual, como son las conductas adictivas, que, a su vez, median en deterioro de la calidad de vida.
4. Se trata de un síndrome clínico laboral que se produce por una inadecuada adaptación al trabajo, aunque se dé en individuos considerados presuntamente "normales".
5. Se manifiesta por un menor rendimiento laboral, y por vivencias de baja realización personal, de insuficiencia e ineficacia laboral, desmotivación y retirada organizacional.

1.4.2 SIGNOS Y SÍNTOMAS DEL SÍNDROME DE BURNOUT

Manifestaciones mentales

Sentimientos de vacío, agotamiento, fracaso, impotencia, baja autoestima y pobre realización personal. Es frecuente apreciar nerviosismo, inquietud, dificultad para la concentración y una baja tolerancia a la frustración, con comportamiento paranoides y/o agresivos hacia los pacientes, compañeros y la propia familia.

Manifestaciones físicas

Cefaleas, insomnio, algias osteomusculares, alteraciones gastrointestinales, taquicardia etc.

Manifestaciones conductuales

Predominio de conductas adictivas y evitativas, consumo aumentado de café, alcohol, fármacos y drogas ilegales, absentismo laboral, bajo rendimiento personal, distanciamiento afectivo de los enfermos y compañeros y frecuentes conflictos interpersonales en el ámbito del trabajo y dentro de la propia familia.

Otras manifestaciones serian:

- Crisis de ansiedad y angustia.
- Actitud de cansancio, debilidad, fatiga, agotamiento.
- Hipersensibilidad.
- Insomnio.
- Desórdenes metabólicos y desequilibrios en la presión arterial.
- Sentimientos persecutorios.
- Pérdida de concentración en el trabajo.
- Imposibilidad de tener deseos.

Fijación en la parte oscura y conflictiva de la vida.

- Depresión.
- Falta de realización personal. Autoevaluación negativa, baja autoestima.
- Manifestación física del estrés (dolores de espalda, malestar general, etc.)
- Disminución del rendimiento laboral.

1.4.3. PRINCIPALES CAUSANTES DEL SÍNDROME (14)

La atención al paciente es la primera causa de estrés (14), así como la satisfacción laboral. El sufrimiento o estrés interpersonal del profesional se origina por la identificación con la angustia del enfermo y de sus familiares, por la reactivación de sus conflictos propios y la frustración de sus perspectivas diagnósticos-terapéuticas con respecto al padecimiento del enfermo.

La edad aunque parece no influir en la aparición del síndrome se considera que puede existir un periodo de sensibilización debido a que habría unos años en los que el profesional sería especialmente vulnerable a éste, siendo estos los primeros años de carrera profesional dado que sería el periodo en el que se produce la transición de las expectativas idealistas hacia la práctica cotidiana, aprendiéndose en este tiempo que tanto las recompensas personales, profesionales y económicas, no son ni las prometidas ni esperada.

Según **el sexo** sería principalmente las mujeres el grupo más vulnerable, quizá en este caso de los sanitarios por razones diferentes como podrían ser la doble carga de trabajo que conlleva la práctica profesional y la tarea familiar así como la elección de determinadas especialidades profesionales que prolongarían el rol de mujer.

El estado civil, aunque se ha asociado el Síndrome más con las personas que no tienen pareja estable, tampoco hay un acuerdo unánime; parece que las personas solteras tienen mayor cansancio emocional, menor realización personal y mayor despersonalización, que aquellas otras que o bien están casadas o conviven con parejas estables. En este mismo orden la existencia o no de hijos hace que estas personas puedan ser más resistentes al síndrome, debido a la tendencia generalmente encontrada en los padres, a ser personas más maduras y estables, y la implicación con la familia y los hijos hace que tengan mayor capacidad para afrontar problemas personales y conflictos emocionales; y ser más realistas con la ayuda del apoyo familiar.

La turnicidad laboral y el horario laboral de estos profesionales pueden conllevar para algunos autores la presencia del síndrome aunque tampoco existe unanimidad en este criterio; siendo en enfermeras donde esta influencia es mayor

Sobre **la antigüedad profesional** tampoco existe un acuerdo. Algunos autores encuentran una relación positiva con el síndrome manifestado en dos periodos, correspondientes a los dos primeros años de carrera profesional y los mayores de 10 años de experiencia, como los momentos en los que se produce un menor nivel de asociación con el síndrome. Naisberg y Fenning(14) encuentran una relación inversa debido a que los sujetos que más Burnout experimentan acabarían por abandonar su profesión, por lo que los profesionales con más años en su trabajo serían los que menos Burnout presentaron y por ello siguen presentes.

Es conocida la relación entre Burnout y **sobrecarga laboral en los profesionales** asistenciales, de manera que este factor produciría una disminución de la calidad de las prestaciones ofrecidas por estos trabajadores, tanto cualitativa como cuantitativamente. Sin embargo no parece existir una clara relación entre el número de horas de contacto con los pacientes y la aparición de Burnout, si bien si es referida por otros autores.

También **el salario** ha sido invocado como otro factor que afectaría al desarrollo de Burnout en estos profesionales, aunque no queda claro en la literatura

1.4.4 ETIOLOGÍA DEL SÍNDROME

Siguiendo a Rafael de Pablo podemos distinguir los siguientes núcleos etiológicos: (14)

El factor personal: Características del médico en particular

El factor profesional: Características específicas de la atención primaria

El factor empresarial: Características de los objetivos, organización que se establecen y de los recursos disponibles.

EL FACTOR PERSONAL

Hasta que punto hay un desajuste entre **nuestras expectativas y la realidad cotidiana** y cual es el grado de adaptación entre esta y aquellas. Cuando estábamos en la facultad, teníamos unas expectativas sobre que queríamos conseguir en la profesión. Básicamente teníamos tres tipos de expectativas.

A Expectativas altruistas: poder ayudar a los que sufren.

B Expectativas profesionales: ser un profesional competente y ser considerado como tal.

C Expectativas sociales: Tener un prestigio social y buenos ingresos económicos.

Creo que podía ser interesante analizar brevemente estas expectativas par entender algo mejor la Prevalencia del Burnout:

A Expectativas altruistas:

A priori, cuando comentamos nuestro papel como personas que de forma desinteresada **ayudan a la persona que sufre**, como única recompensa el gozo de su alivio, pocos lo negarían. También sería difícilmente discutible a priori, el acompañamiento a las cualidades técnicas, de valores como empatía, ternura, delicadeza, tolerancia, flexibilidad, respeto... en definitiva el humanismo.

Pero estos valores con frecuencia de forma sutil y no tal sutil entran en dilema con los requerimientos que actualmente se nos exige.

Primero es difícil mantener un equilibrio maduro, entre los aspectos positivos de estas expectativas y sus aspectos neuróticos. No es difícil pasar la barrera de la empatía al paternalismo, del humanismo a la dependencia patológica, de la responsabilidad al perfeccionismo fóbico.

Actualmente se priman de forma intensa el registro de los aspectos técnicos, el ahorro económico, que son plausibles, pero según mi opinión tal como se plantean, con frecuencia entran en colisión con los aspectos humanos. Se observa con frecuencia la peyorización de estos valores, con frases como paternalista, fomento de dependencia, falta de control de la demanda.

Es frecuente observar que aquellos médicos que priman sus aspectos humanos, se cargan de pacientes, que a demás suelen venirle de los médicos que lo priman menos (los pacientes lo tiene mas claro y si que los valoran), lo que hace que con frecuencia sus registros y ahorros sean menores y a la larga sean penalizados por ello. Parecería pues que el sistema no favorecía estos aspectos humanos, lo que hace caer al profesional en frecuentes contradicciones.

Expectativas profesionales

Sentirse competente: Este sentimiento se fundamenta en el binomio. Saber lo que hay que hacer y poderlo hacer

El saber: La atención primaria es amplísima **“todo lo humano nos interesa”**, la oferta informativa es muy amplia pero quizás poco organizada y en la mayoría de las ocasiones fuera de la jornada laboral, esto supone una ampliación encubierta de la jornada y tener que escoger con entre la familia y la profesión, haciéndote sentir culpable hagas lo que hagas.

El poder hacerlo: las condiciones laborales **“somos lo que hacemos diariamente”** Es frecuente que la alta presión asistencial y la burocratización de las consultas, nos impidan aplicar plenamente lo aprendido, con lo que se acaba perdiendo, lo que hace que nos vayamos descapitalizando profesionalmente, reduciendo nuestra capacidad resolutive y se vea acompañado de una importante frustración y sentimiento de minusvalía.

Expectativas sociales

No hace muchos años el médico era considerado como un **profesional de prestigio con una alta consideración social y un importante estatus económico. (14)**

Actualmente raro es el día, que no sale en la prensa una noticia de negligencia médica, que nos hace sentir en permanente acoso, con noticias sobre importantes logros médicos que hacen que cotidianamente se nos exijan milagros terapéuticos y muchos profesionales no sanitarios medianamente cualificados supera con creces nuestros ingresos, con una menos responsabilidad. Esto da con frecuencia una sensación de importante “tomadura de pelo “con la consiguiente desilusión .La administración nos responsabiliza del aumento del gasto y los usuarios exigen mas al sistema a través de nosotros. **¡No gaste!, ¡cúreme! ¡No cometa errores!** .Con frecuencia nos sentimos perseguidos y mal tratados socialmente.

1.4.5 FACTOR PROFESIONAL

“Características de la atención primaria” **Trato directo y continuado con los pacientes y sus familias:** “El goteo emocional” Mayor proximidad al sufrimiento cotidiano. Mayor implicación emocional. Familiaridad. **Difícil mantener la distancia terapéutica.** Gran variabilidad e incertidumbre diagnóstica: Solapamiento de lo orgánico y lo funcional. Síntomas inicialmente vagos de enfermedades potencialmente graves. Paso frecuente de rutinas a dramas. Campo de actuación muy amplio. “todo lo humano nos interesa” Es fácil tener lagunas de conocimientos. Puede haber situaciones que no sepamos controlar. Derivación frecuente al especialista. “es fácil considerarse o ser considerado de segunda fila” Por falta de competencia o de capacidad. Por una presión asistencial alta. Excesiva burocratización de nuestras consultas. “de gestores del sistema a secretarios del mismo”

La excesiva burocracia nos descapitaliza profesionalmente disminuyendo nuestra capacidad resolutoria. (14)

Las altas expectativas que se formaron con la reforma de la atención primaria y la creación de los centros de salud, están creando un importante grado de frustración al no verse cumplidas en un grado adecuado. (14)

Dado el aspecto integral de nuestra especialidad, hace que constantemente tengamos que defender su sentido y sus competencias

Por lo que estamos en permanente encrucijada de definir nuestro papel en el sistema sanitario

FACTORES ORGANIZATIVOS EMPRESARIALES

Presión asistencial excesiva Provoca agobios, escaso tiempo de dedicación al paciente y aumento de posibilidad de cometer errores.

Falta de una limitación máxima de la agenda asistencial, tanto en consulta de demanda como en avios a domicilio. No sabes como vas ha terminar el día ni que te vas a encontrar. Posibilidad de que se intercalen urgencias no previstas.

Todo esto lleva a una sensación de trabajo en cadena **“lo que te echen”** con la consiguiente falta de control sobre tu trabajo (***importante fuente de estrés***)

Burocratización excesiva

Sin un apoyo específico de un personal auxiliar Derivación de burocracia desde la especializada (nosotros les mandamos enfermos que deberíamos atender nosotros, y ellos nos mandan papeles que ellos deberían rellenar).

Estamos perdiendo el tiempo en labores burocráticas, que se nos debería auxiliar y se nos quita este tiempo para resolver problemas a los pacientes, teniendo la sensación de habernos convertidos en los secretarios del sistema (es decir profesionales de segunda).

Escaso trabajo real de equipo

Después de 15 años todavía sigue sin haber una definición clara (normalizada) entre los diferentes estamentos no médicos, con lo que al final lo que no se hace, lo tiene que hacer el médico. Este tema ha creado y sigue creando importantes tensiones y gasto intensos de energía, por dejar al voluntarismo y a las buenas intenciones de los componentes del equipo, la solución del reparto de responsabilidades .Es probable que en algunos equipos por la sintonía personal de sus componentes y otras circunstancias, se haya conseguido, pero esta situación es muy frágil e inestable rompiéndose con facilidad al menor conflicto o por el recambio lógico de las personas a lo largo del tiempo.

En equipos muy grandes es fácil que se creen subgrupos, así como también es fácil que se creen subgrupos por horarios creando diferentes corrientes de opinión. La excesiva presión asistencial no permite la existencia de espacios informales de contacto (comienzos de jornada, desayuno, final de jornada) entre los componentes del equipo, que fomenten “una buena atmósfera de grupo”

Todo esto hace que ***no se tenga un objetivo común, sino múltiples objetivos***, con frecuencia enfrentados, lo que provoca discusiones estériles y muy desgastantes, fomentando la competitividad insana, en lugar de la colaboración para conseguir un ***objetivo común (misión fundamental de un equipo de trabajo)***

Secular descoordinación con los especialistas

“Enemistad por desconocimiento” Desde siempre, no existen espacios comunes de contacto dentro de la jornada laboral tanto de primaria como de especializada, lo que provoca con frecuencia plantearse diferentes objetivos y formas de trabajar, con el consiguiente conflicto en las formas y en los intereses.

Falta de sintonía con las Gerencias

“Dialogo de sordos” No hay un acercamiento y sintonía en los objetivos, que resultan ajenos. Parece haber un problema de comunicación. La evaluación no consigue su principal objetivo, que es la búsqueda de oportunidades de mejora de la calidad asistencial y aportar al profesional ideas y herramientas para la mejora en su quehacer. Una definición de situación estresante sería aquella que se percibe como indeseable, impredecible e incontrolable.

Dos factores influyen de forma decisiva en la aparición del síndrome; las características del propio puesto de trabajo y la personalidad del trabajador. Todas las personas son diferentes y ninguna reacciona igual ante las mismas situaciones.

Características del puesto de trabajo:

La empresa es la que debe organizar el trabajo y controlar el desarrollo del mismo. Corresponde a ella la formación del empleado, delimitar y dejar bien claro el organigrama para que no surjan conflictos, especificar horarios, turnos de vacaciones, etc. Debe funcionar como sostén de los empleados y no como elemento de pura presión.

La ***mayor causa de estrés es un ambiente de trabajo tenso. (14)*** Ocurre cuando el modelo laboral es muy autoritario y no hay oportunidad de intervenir en las decisiones.

La atmósfera se tensa y comienza la hostilidad entre el grupo de trabajadores. Según los expertos, ***el sentimiento de equipo es indispensable para evitar el síndrome.***

Personalidad del trabajador:

Las ***características individuales como la personalidad del trabajador, son factores de “burnout”.*** Según Maslach y Jackson (14) el deseo de destacar y obtener resultados brillantes puede desembocar en estados de ansiedad y frustración.

La vida privada del trabajador también influye en el desarrollo del síndrome. Si alguien tiene problemas en el trabajo y en la vida privada de forma simultánea, y el balance entre ambos no es bueno, existe una predisposición al “burnout”.

Las ***personas más vulnerables son las que tienen un alto grado de autoexigencia con baja tolerancia al fracaso, buscan la perfección absoluta (14),*** necesitan controlarlo todo en todo momento, desarrollan el sentimiento de indispensabilidad laboral y son muy ambiciosos.

Todo esto se acentúa si el trabajador reúne alguna o varias de estas características:

- Si no tiene una preparación adecuada. En caso de que las expectativas respecto a su trabajo sean muy altas.
- Si tiene dificultades para pedir ayuda a los compañeros.
- Cuando no comparte las ideas del grupo de trabajo o la empresa.
- Ante los sentimientos de miedo o culpa cuando no ha cumplido algo que debería haber hecho.
- Siempre que con su pareja o familia no sea capaz de compartir las preocupaciones o miedos que le acarrea su vida laboral.
- Al no descansar lo suficiente cuando está cansado.
- Ante el deseo de querer cambiar de trabajo y no encontrar otro.

1.4.6. EVOLUCIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT

De forma continúa y fluctuante en el tiempo. **Según Chernis (14)**, el Síndrome se desarrolla en tres fases evolutivas: **En la primera**, tiene lugar un **disvalance entre las demandas y los recursos**, es decir se trataría de una situación de estrés psicosocial **En la segunda**, se produce un estado de **tensión psicofísica**. **En la tercera**, se suceden una serie de **cambios conductuales**, consecuencia de un afrontamiento de tipo defensivo y huidizo, que evita las tareas estresantes y procura el alejamiento personal, por lo que hay una tendencia a tratar a los pacientes de forma distanciada, rutinaria y mecánica, anteponiendo cínicamente la gratificación de las propias necesidades al servicio que presta.

En general el Síndrome se caracteriza por:

Es insidioso:

Se impregna poco a poco, uno no esta libre un día y al siguiente se levanta quemado, va oscilando con intensidad variable dentro de una misma persona (se sale y se entra). Con frecuencia es difícil establecer hasta que punto se padece el síndrome o simplemente sufre el desgaste propio de la profesión y donde esta la frontera entre una cosa y la otra.

Se tiende a negar:

Ya que se vive como un fracaso profesional y personal. Son los compañeros los que primero lo notan; lo que representa un una base importante para el diagnostico precoz.

Existe una fase irreversible:

Entre un 5% y 10 % de los médicos, el síndrome adquiere tan virulencia que resulta irreversible y hoy por hoy la única solución es el abandono de la asistencia. En la profesión hay bajas.

Por esta razón merece la pena realizar medidas preventivas ya que con frecuencia el

diagnostico precoz es complicado y la diferencia entre un simple desgaste y el síndrome es muy sutil.

1.4 7. FRECUENCIA DE LOS SÍNTOMAS DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES MÉDICOS (12)

Se realizó un estudio de tipo descriptivo en base a datos aportados por 50 encuestas realizadas entre profesionales médicos de las ciudades de Rosario y Santa Fe, este estudio fue realizado en los meses de julio y diciembre de 2005. El objetivo del estudio fue analizar las características generales de los profesionales médicos, conocer la frecuencia de presentación de síntomas relacionados al síndrome de *burnout* en estos profesionales, e indagar acerca de los factores de riesgo para la presentación del síndrome.

El estudio nos da estos resultados primero que el 76% de la población en estudio presentaba 4 síntomas o más, lo que se corresponde con un grado moderado, grave o extremo de síndrome de *burnout*. Segundo Al comparar la totalidad de la población en estudio con el grupo de médicos que presentaban 4 síntomas o más relacionados al síndrome, vimos que no existían diferencias significativas en cuanto a la distribución por sexo, edad, especialidades médicas, años de ejercicio de la profesión, ámbito de trabajo, horas de trabajo por semana y cantidad de horas de guardia médica. Tercero el grupo de médicos que presentaban 4 síntomas o más relacionados al síndrome de *burnout* atendían mayor cantidad de pacientes por día que la población total, y realizaban 7% más guardias médicas que el total de la población en estudio. Los principales síntomas referidos fueron irritabilidad (95%), cansancio físico (95%), distanciamiento afectivo (76%), fatiga mental (74%), ansiedad (66%), impaciencia (66%), dolores de cabeza frecuentes (50%), frustración (45%), aburrimiento (39%), tabaquismo (29%), aumento en el consumo de medicamentos (26%), mayor consumo de alcohol (18%), depresión (16%), y pensamientos suicidas (11%). **(12)** por tal motivo como vemos los síntomas y signos que nos da el síndrome de Burnout son muy variados y a veces confusos que podrían relacionarse con otras patologías y por eso el medico debe estar muy atento y alerta a cualquier manifestación que pueda derivar en la presencia del síndrome además sospechar este síndrome y no pasarlo por alto pues al no conocerlo talvez ni pensamos en el, y si se detecta poder crear métodos como

poder contrarrestar y mejorar la calidad de vida de la persona en este caso del medico mismo.

INCIDENCIA DEL BURNOUT POR PROFESIONES

ESTUDIO	PROFESION	BURNOUT
Kyriacou (1980)	Profesores	25%
Pines, Aronson y Kafry (1981)	Diversas profesiones	45%
Maslach y Jackson (1982)	Enfermeras	20- 35%
Henderson (1984)	Médicos	30- 40%
Smith, Birch y Marchant (1984)	Bibliotecarios	12- 40%
Rosse, Johnson y Crown (1991)	Policías, personal sanitario	20%
García Izquierdo (1991)	Enfermeras	17%
Jorgesen (1992)	Estudiantes de enfermería	39%
Price y Spence (1994)	Policías y personal sanitario	20%
Deckard, Meterko y Field (1994)	Médicos	50%
Sos Tena y Col. (2002)	Personal de salud de atención primaria	12%
Mingote Adan y Col.(2004)	Médicos	12- 50%
Aranda Beltran y Col.(2005)	Médicos de Familia	42%
Borda Perez y Col.(2007)	Internos de Medicina	9%
Paredes, Sanabria y Ferrand (2008)	Médicos residentes	13%

1.4.8. FORMA DE MEDIR EL SÍNDROME DE BURNOUT

Por medio de cuestionario Maslach, que de forma autoaplicada, mide el desgaste profesional. Se complementa en 10-15 minutos y mide los 3 aspectos del síndrome: Cansancio emocional, despersonalización, realización personal. El cuestionario más utilizado en la escala de Maslach de 1986. Esta escala tiene una alta consistencia interna y una **fiabilidad cercana al 0,9**. Se trata de un cuestionario autoadministrado, constituido **por 22 ítems en forma de afirmaciones**, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes.

ESCALA DE MASLACH

1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo
2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo
3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar
4. Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes
5. Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales
6. Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo
7. Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes
8. Me siento "quemado" por mi trabajo
9. Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de las personas
10. Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión
11. Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente
12. Me siento muy activo
13. Me siento frustrado en mi trabajo
14. Creo que estoy trabajando demasiado
15. Realmente no me preocupa lo que le ocurre a mis pacientes
16. Trabajar directamente con personas me produce estrés
17. Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes
18. Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes
19. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión
20. Me siento acabado
21. En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma
22. Siento que los pacientes me culpan por alguno de sus problemas

Preguntas correspondientes a cada escala:

Cansancio emocional: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20.

Despersonalización: 5, 10, 11, 15, 22.

Realización personal: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21.

Existen tres subescalas bien definidas, que se describen a continuación:

1. **Subescala de agotamiento emocional.** Consta de 9 preguntas. Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Puntuación máxima 54

2. **Subescala de despersonalización.** Esta formada por 5 ítems. Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Puntuación máxima 30

3. **Subescala de realización personal.** Se compone de 8 ítems. Evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo. Puntuación máxima 48

Estas tres escalas tienen una gran consistencia interna, considerándose el grado de agotamiento como una variable continua con diferentes grados de intensidad,

0 = Nunca

1 = Pocas veces al año o menos

2 = Una vez al mes o menos

3 = Unas pocas veces al mes o menos

4 = Una vez a la semana

5 = Pocas veces a la semana

6 = Todos los días

Puntuaciones altas en los dos primeros y baja en el tercero definen el síndrome.

1.4.9 GRADOS EN EL SÍNDROME DE *BURNOUT* (12)

Como en toda manifestación patológica de conducta, existen diferentes grados que son una escalera de gravedad, en la cual una vez adquirida una gravedad mayor es difícil retornar a niveles inferiores a menos que se adquieran técnicas de afrontamiento adecuadas. Así el síndrome de *burnout* puede ser:

- **Leve:** se comienzan a presentar síntomas vagos e inespecíficos. El afectado se vuelve poco operativo.

- **Moderado:** aparece insomnio, déficit en la atención y en la concentración, e importante tendencia a la automedicación.

- **Grave:** se desarrolla aversión por la tarea, cinismo hacia la profesión y los pacientes, lo cual lleva a mayor ausentismo laboral y frecuentemente, al abuso de alcohol y fármacos.
- **Extrema:** caracterizado por crisis existenciales severas que llevan al aislamiento, depresión crónica o enfermedades psicosomáticas.

1.4.10.EL SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA Y LA IMPORTANCIA PARA EL MEDICO (4)

El **Síndrome de Burnout** es un importante mediador patogénico que daña la salud del médico. Los **problemas emocionales** de los médicos han sido con frecuencia ocultados y mal afrontados. Los numerosos estudios revelan, con contundencia, que las tasas del alcoholismo y adicción a drogas, así como los conflictos matrimoniales, trastornos psiquiátricos, depresión y suicidio, son varias veces superiores a las de la población general. Asimismo, las **tasas de morbimortalidad** por enfermedad cardiovascular, cirrosis hepática y accidente de tráfico **son tres veces más altas entre los médicos** que en la población general.

Un preocupante porcentaje de médicos asistenciales, tanto hospitalarios como de atención primaria, padecen un excesivo sufrimiento profesional. Se hallan insatisfechos, desmotivados, desilusionados y frustrados. Las causas son numerosas y de índole diversa. Las primeras consecuencias observables son una progresiva erosión física, como cansancio acumulado, falta de recuperación de la energía corporal y alteraciones del sueño. Estas manifestaciones están directamente relacionadas con la sobrecarga de trabajo y la presión de tiempo, es decir, con un alto grado de malestar crónico. **Este *surmenage* también acaba desencadenando apreciaciones cada vez más frecuentes de estar dando más de lo que se recibe, de incumplimiento de las expectativas y, en suma, de estar siendo estafados. A ese lamentable estado personal se le denomina cansancio emocional y es la primera escala que mide el Maslach Burnout Inventory (MBI), el instrumento más utilizado para medir el problema del desgaste profesional. Y aunque estas percepciones relacionadas con el malestar crónico todavía no son un burnout establecido, sí que son su puerta de entrada. El cansancio emocional está presente en mayor o menor medida en uno de cada dos profesionales en casi todas las series recientes. Si bien**

es cierto que hay una variabilidad personal, es decir, hay personas más vulnerables que otras por sus características personales, esta dimensión está muy relacionada con factores externos como los laborales, organizacionales y, sobre todo, sociales. Con certeza es un fenómeno básicamente social, quizá expresión de tiempos de crisis y desorientación en nuestra civilización, que está tensando fuertemente los sectores laborales más críticos, como es el asistencial, pero también el educativo o el policial, por poner dos ejemplos claros.

El cansancio emocional crónico pone a prueba la capacidad de adaptación de cada individuo expuesto. Y aquí viene la cuestión crucial. La mala gestión de ese cansancio emocional genera en muchas ocasiones distorsiones en la manera de percibir amenazas y agravios. **La consecuencia es la elaboración de estrategias disfuncionales de protección, como el distanciamiento emocional en detrimento de la relación médico-paciente, el cinismo o la total falta de implicación laboral que, una vez instalados, definirían la segunda escala del MBI, la despersonalización.** Es posible que este conjunto de síntomas alrededor de las actitudes de despersonalización marque el inicio de un viaje sin retorno a través del continuo que es el síndrome de desgaste profesional y adquiere su máxima profundidad, por agotamiento de los últimos recursos, cuando llega a la claudicación de la persona afectada.

Cuando un médico atiende a un paciente quejoso del trato recibido por otro que prácticamente no le ha mirado a la cara ni lo ha atendido con un mínimo de dignidad, se apodera de éste una inevitable sensación de tristeza ante la «muerte profesional» de un compañero. Cuando se habla de una progresiva deshumanización de la medicina, es posible que estemos detectando fenómenos de despersonalización. Esta cuestión, por tanto, está afectando a la esperanza de vida profesional de muchos médicos de todos los niveles asistenciales.

Se puede afirmar que el síndrome de desgaste profesional se está convirtiendo en un problema de salud pública. Si los cuidadores se sienten mal cuidados o están exhaustos, es lógico pensar que, al final, **quien pierde es la sociedad en su conjunto.** En consecuencia, se debería considerar el bienestar de los médicos, y en general todas las profesiones de ayuda, una prioridad social. Simplemente por una cuestión de inteligencia. **(4)**

1.5 JUSTIFICACIÓN

Actualmente la medicina evoluciona rápidamente, vivimos en un mundo globalizado, donde las computadoras son cosas de cada día y donde los días pasan casi sin sentirlos, en este tiempo de tanta tecnología, el médico que recién se gradúa sale de las aulas con muchas expectativas, deseos, anhelos, metas por cumplir, pero muchas veces por no decir casi siempre se enfrenta con una realidad distinta, lo cual lo lleva a que poco a poco este profesional de salud, con el paso de los años presente un desgaste tanto físico, como mental y emocional, debido a que muchos de sus objetivos, metas trazadas no se han realizado o no las ha podido alcanzar, y si a eso le agregamos el medio en donde se desenvuelve, que en muchos casos, son condiciones precarias, el profesional de salud se frustra, y esto se manifiesta en diversas formas, y una de esas manifestaciones es el síndrome de Burnout que afecta tanto a médicos, enfermeras, personal técnico, y en todo profesional que tenga que relacionarse con pacientes y esto afecta tanto en su vida personal, familiar, profesional, trayendo como consecuencia problemas emocionales, baja autoestima, depresión, comportamientos agresivos contra los pacientes y su familia, molestias físicas, cefaleas, alteraciones gastrointestinales, alteraciones conductuales, conductas adictivas, consumo aumentado de café, alcohol, absentismo laboral, bajo rendimiento personal, distanciamiento afectivo de los enfermos y compañeros, frecuentes conflictos con compañeros de trabajo y en la familia, como vemos la calidad de vida se deteriora, y no solamente afecta a la persona sino a su entorno haciendo de este tema, un problema de Salud Pública.

Se considera importante el desarrollo del estudio en esta población, dado el papel y la importancia que desempeña hoy el estrés en la salud de los seres humanos que nos desenvolvemos en un mundo en transición entre lo moderno y premoderno, caracterizado por el cambio y lo transitorio, que incrementa el riesgo de desadaptación académica, laboral y profesional.

Debido a la falta de mayores estudios en nuestro país, es de gran relevancia investigar sobre Burnout, ya que puede ofrecer aportes orientados a satisfacer las necesidades de los funcionarios de la salud, así como también, entender la asociación de ciertos factores organizacionales con este fenómeno (2,6). Esto facilitaría el diseño de programas de prevención en el ámbito de la salud Pública, salud mental ocupacional, en miras de los cambios importantes y de las políticas de salud actuales enfocadas a la Medicina Familiar.

El síndrome de desgaste profesional se está convirtiendo hoy en un problema de salud Pública en los profesionales de la salud. Si los prestadores de este servicio se sienten mal tratados o están exhaustos, es lógico pensar que, al final, quien pierde es la sociedad. En consecuencia, se debería considerar el bienestar de los médicos, y en general de todas las profesiones de la salud, una prioridad social, recordando uno de los principios de Salud Pública “somos personas que atendemos personas”.

Por tal motivo nace la inquietud de investigar y determinar la presencia de los factores de riesgo (sociodemográficos y laborales) que el trabajador percibe como negativos y su relación con la presencia del síndrome de *burnout* en el personal sanitario de la red de salud. Ya que es importante determinar la presencia del Síndrome de Burnout en el personal de Salud debido a la importancia de en el campo de la Salud Pública buscando la promoción de la Salud y la prevención de esta enfermedad.

Por todo lo anteriormente mencionado el presente estudio pretende identificar a los trabajadores sanitarios con el Síndrome de Burnout dentro de la red de salud Surco-Chorrillos- Barranco además aportar características a las variables epidemiológicas que permitan una aproximación del perfil de riesgo en el personal sanitario y poder actuar realizando promoción y prevención de la salud en el personal sanitario y así mejore la calidad de vida de los profesionales y la calidad de atención que se brinda a los pacientes.

Tomando en cuenta que en el Perú y en Lima no hay trabajo similar principalmente dentro de una red es otro punto a favor para que este trabajo se lleve a cabo pues es nuevo e innovador buscando mejorar la calidad de vida de los profesionales de la salud y de los pacientes pues como dije antes este problema no afecta solamente a quien lo padece si no también a todo su entorno.

Los resultados obtenidos serán difundidos a las autoridades correspondientes para conocer la Prevalencia del síndrome de Burnout en el personal sanitario de la red y actuar con talleres, charlas y así mejorar la calidad de vida de nuestro personal de salud y mejorar la calidad de atención del paciente y a la vez tomar este trabajo como base para estudios posteriores y observar el aumento o disminución de esta Prevalencia ya habiendo aplicado los talleres y charlas.

1.6 OBJETIVOS

Objetivo General:

Determinar la Prevalencia del Síndrome de Burnout e identificar los factores de riesgo que condicionan el desarrollar el síndrome de Burnout en los profesionales de la salud, técnico y auxiliares categorizados de la Red Barranco – Chorrillos – Surco en los meses de Enero – Junio del 2009

Objetivos Específicos:

- Conocer la Prevalencia del síndrome de Burnout en los trabajadores sanitarios de los establecimientos de salud de la red de Surco-Chorrillos Barranco
- Identificar los factores de riesgo asociados para desarrollar el Síndrome de Burnout
- Identificar el perfil del profesional de salud en riesgo para desarrollar el Síndrome de Burnout

1.7 HIPÓTESIS

Hipótesis principal:

En la Red de salud de Barranco – Chorrillos – Surco existe la presencia del Síndrome de Burnout en los trabajadores de Salud y que esta asociado a factores de riesgo como la condición laboral de contratado, con un tiempo de servicio menor de 15 años y ser soltero

Hipótesis secundaria:

- 1. El Síndrome de Burnout se asocia a la condición laboral de contratado.***
- 2. El Síndrome de Burnout se asocia con un tiempo de servicio menor de 15 años.***
- 3. El Síndrome de Burnout se asocia con el estado civil de ser soltero.***

2 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

En este ítem presento algunos de los estudios realizados en el Perú y en el mundo además hago hincapié que de los estudios peruanos son muy escasos, será tal vez por el poco conocimiento del Síndrome o tal vez lo árido que es el tema, cabe recordar que los estudios revisados no son iguales al estudio actual pues como menciono en la justificación es un área que no se ha tocado, por tal motivo hay trabajos muy similares pero no iguales al actual y a nivel mundial se observa que hay una gran variedad de estudios y que hasta hace poco en el 2008 se siguen realizando estudios que muestran que a nivel mundial este tema va tomado importante relevancia.

Gomero Cuadra Raúl y Col. En su estudio realizado nos muestran uno de los trabajos pioneros en nuestro país en identificar la presencia del Síndrome de Burnout y aproximarse a un perfil del trabajador sanitario en riesgo, este estudio utilizó el cuestionario MBI que no estaba validado en nuestro medio, por tal motivo el mismo trabajo se considera un piloto para futuros trabajos validando la encuesta y tenga un valor mas significativo en nuestro medio. Según el estudio realizado se entregaron 130 encuestas previa sensibilización de la población sanitaria a través de charlas, posteriormente se reparten las encuestas y se recogen en tres días donde solo 82 encuestas fueron entregadas y llenadas correctamente que significa el 62% de la población total. De tal estudio se desprende el hallazgo de un medico con Síndrome de Burnout con una característica importante pocos años de servicio dentro de la institución, y revisando estudios previos el medico joven que recién sale de las aulas y pasa a la vida laboral tiene un mayor porcentaje de desarrollar el síndrome debido a que se enfrenta a una realidad dura y difícil dentro del campo de la salud diferente a la vivida como alumno. Dentro de las otras variables consideradas no hubo un porcentaje significativo que resaltar. Cabe resaltar que dentro del mismo trabajo se hace énfasis que la baja presencia del síndrome de Burnout en sus trabajadores es la seguridad económica, física y de recursos materiales que les da la empresa minera y que actuarían como factores protectores frente al síndrome de Burnout.(2)

Dueñas, Merma y Ucharico Este estudio es de tipo descriptivo, transversal y analítico que tiene como objetivo detectar la presencia del desgaste profesional y factores de riesgo en los médicos de la ciudad de Tacna, se encuestó a profesionales de la salud de hospitales de ESSALUD y del MINSA de la ciudad de Tacna, además se consideró a centros médicos periurbanos de la misma ciudad, con una población de 255 y una muestra de 90, se realiza un estudio a través de 3 instrumentos en los cuales se incluye una encuesta sociodemográfica, segundo la MBI además una encuesta de ansiedad y depresión de respuesta abierta, los resultados que se recogen de tal estudio es una baja presencia del Síndrome de Burnout dentro del personal de salud encuestados y poca relación o casi nula con los factores sociodemográficos, lo que si hay que resaltar es la presencia de un mayor porcentaje de Síndrome de Burnout en el área de Despersonalización en los centros médicos periurbanos que según se explica en el estudio se debería a la presencia de médicos jóvenes que trataría de no relacionarse emocionalmente con la enfermedad del paciente o ver al paciente desde el punto de vista científico pero según el estudio solo son conjeturas nada científicamente probado. **(3)**

En el este estudio que realizaron **Paredes y Sanabria-Ferrand** se evalúa la presencia del síndrome del Burnout y su asociación estadística con variables sociodemográficas y el bienestar psicológico, se utilizó una población de 138 médicos residentes de la especialidad de cirugía, encontrándose una Prevalencia del 12.6%, como en el mismo artículo se menciona es baja estadísticamente en comparación con otros estudios realizados, se sabe que el síndrome de Burnout se desarrolla a largo de varios años y esta cifra podría ser el comienzo de un porcentaje más alto en el futuro, el estudio estadístico revela que no hay una asociación entre las variables sociodemográficas y el síndrome, pero si una relación con el bienestar psicológico y el portador del síndrome, la relevancia se ve sabiendo que el síndrome se produce por la exposición a un estrés crónico y para poder sobre llevarlo hay que adaptarse a ciertas circunstancias y cambios, los cuales son encontrados en la evolución psicológica que nos presenta este artículo donde la esfera psicológica se ve afectada como una manera de contrarrestar el síndrome buscando adaptarse a los cambios continuos que sufre el portador del síndrome. **(15)**

El estudio de **Marine y Col.** nos brinda un panorama amplio sobre muchos estudios realizados para poder disminuir los niveles de estrés en los médicos, estos estudios fueron escogidos rigurosamente como menciona la literatura y evaluada cuidadosamente el estudio concluye diciendo que son muy pocos, muy limitados y abarcan diferentes métodos para disminuir el estrés lo que hace que cada estudio muy difícil de comparar y la vez cada método utilizado no da una satisfacción 100% para disminuir los niveles de estrés por tal motivo vemos que el estrés esta presente y aun no hay un método que nos brinde poder liberarlo totalmente de nuestra vida cotidiana y poder contrarrestar sus efectos en nuestro organismo. **(16)**

Borda Pérez y Col. Este estudio es de tipo descriptivo y estudia a una población diferente que a veces por no decir casi siempre no es tomada en cuenta debido a los pocos años del ejercicio de la profesión médica, estamos hablando de los internos de medicina, los cuales están dando sus primeros pasos en su labor profesional de tipo asistencial, este estudio revela la presencia de Síndrome de Burnout en un 9% que es inferior a las estadísticas mundiales, según los estudios realizados, esto se explicaría debido a que el síndrome se desarrolla en varios años, por tal motivo la estadística que encontramos en este estudio es menor pero tener una Prevalencia del 9% en una población entre comillas joven se puede decir que muchos futuros médicos ya llegan con una predisposición a desarrollar el Síndrome de Burnout. O que se agrave mucho mas, por tal motivo este estudio es relevante por poner en alerta a las universidades del tipo de profesionales que están formando y poder crear formas preventivas para evitar su desarrollo posteriormente, además este estudio busca factores de riesgo hallando, una relación con la presencia de hijos y el grupo de trabajo entonces como vemos nos da una cierta luz para saber cuales serian los primeros desencadenantes para desarrollar el síndrome y poder actuar o modificar estos factores. **(7)**

El estudio que realizó **Sandoval y Col.** tiene como objetivo determinar la Prevalencia del síndrome de Burnout, en profesionales medico y no médicos del hospital de Yumbel, este estudio a sido realizado usando la encuesta de MBI, validad ya en otros estudios que se han realizado y que tiene una alta confiabilidad, como se ve el estudio es de tipo transversal y descriptivo tratando de hallar la presencia o no de Burnout y su posible asociación con factores de riesgo, los resultados obtenidos nos revelan que no

hay Burnout en esta población, pero que haya una gran tendencia a padecerlo ya que muchos de los encuestados presentaban altos porcentajes de cansancio emocional, baja realización personal y despersonalización, además encuentran ciertas características que se asociarían con el desarrollo de Burnout entre las que esta ser del sexo femenino, una edad 24-40 años, soltera y con tiempo de servicio menos de 10 años y esto es comparable con otros estudios. Los estudios mencionan estos factores como predisponentes para desarrollar el síndrome pero no aun es contradictorio por tal motivo es importante tomarlos en cuenta en estudios posteriores. Aunque dentro del mismo trabajo se hace hincapié de la posibilidad de que el sexo femenino sea prevalente se debería a que la población encuestada en su mayoría eran mujeres, aunque queda la duda debido a que las otras variables también se mencionan en otros estudios seria importante tomar estos datos y profundizar mas en este tema **(9)**

El estudio que evalúa la presencia del síndrome de Burnout y la presencia de factores de riesgo en una población de 50 médicos realizada por **Anaya Aceves y Col.** Nos indican, que fueron evaluados a través de una encuesta con variables sociodemográficas y el MBI, los resultados encontrados indican la presencia de un 8% del Síndrome de Burnout en toda la población estudiada, que se relaciona con los estudios revisados, aunque sabemos que el porcentaje es muy variable en todos los estudios revisados pero coincide con el porcentaje esperado, ahora dentro de sus hallazgos sobre factores de riesgo se encuentra una edad entre 41 a 49 años de edad, sexo femenino, antigüedad laboral entre 11 a 15 años y con mas de 8 horas laborales, vemos que estos resultados en muchos casos coinciden con estudios anteriores por tal motivo se debería profundizar y analizar estos factores encontrados haber si hay relevancia estadística para ser tomados en cuenta y poder efectuar programas de prevención. **(11)**

Grau y Col. Este trabajo incluyo una población de 2 290 profesionales de la salud de los cuales solo el 47.8% respondió la encuesta, el resultado del estudio nos da gran porcentaje de médicos y enfermeras presenta cansancio emocional y un alto índice de despersonalización, pero sin llegar a reunir los tres criterios para hablar del Síndrome de Burnout, además en este estudio se observa la comparación con multiples variables sociodemográficas y variables organizacionales, donde se ve observa que los trabajadores que presentaron un nivel más alto de despersonalización eran más

jóvenes, con menos años de profesión y menos años en el centro, estos hallazgos podrían considerarse como factores de riesgo para el desarrollo del Síndrome que deberían ser tomados en cuenta para estudios futuros. En relación con los factores externos, los estudios indican que los factores organizacionales y el escaso apoyo social producen un estrés laboral que puede conducir al desgaste profesional, siendo este otro factor importante a tomar en cuenta. Este estudio además resalta un factor protector importante frente al desarrollo del Síndrome de Burnout que es el optimismo pero que en este estudio solo se menciona como un hallazgo y se debería hacer un estudio mas profundo para ver su eficacia a largo plazo. **(4)**

Aranda Beltran y Col. En este artículo se realiza un estudio para determinar la presencia de los factores psicosociales laborales y su relación con el síndrome de *burnout* en los médicos de familia en una población de 197 médicos hallándose una Prevalencia del síndrome de Burnout del 42%, y relacionarlo con dos factores de riesgo que son el estado civil (soltero) y el grado de escolaridad alcanzado refiriéndose a esta variable como el personal había alcanzado logros académicos que no se veían reflejados en el cargo que desempeñaba, además refiere el estudio que los posibles desencadenantes del síndrome de Burnout seria la forma de la organización de la empresa y el grupo de trabajo en el cual se desenvuelve la persona, acá se puede resaltar que son dos variables importantes para estudiar a profundidad en estudios posteriores. **(8)**

Casado Moragón y Col. Ellos evaluaron a profesionales de las áreas consideradas más difíciles dentro de un hospital el área de servicios de urgencias que recibe a pacientes diariamente con bastante carga familiar encima, Unidad de cuidados intensivos un área donde los familiares y los médicos están rodeados por el estrés que genera tal servicio y el servicio de cuidados paliativos en donde llegan los pacientes terminales para un manejo conservador, el estudio revela la presencia de Burnout en el área de servicios de urgencias, a diferencia de los otros dos servicios y seguido por unidad de cuidados intensivos, y según los estudios realizados es lógico detectar un mayor grado de Burnout en esa área debido a que el medico esta constantemente saturado por salvar una vida, lidiar con la desesperación y angustia de la familia además la llegada de nuevos casos que debe también enfrentar. Este estudio abarca mas que hay una diferencia significativa entre las áreas estudiadas, mas solo expone

los posibles desencadenantes sin la realización del estudio de factores de riesgo que se ha visto en otros estudios por tal motivo este estudio solamente nos permite identificar las áreas preponderantes en desarrollar el síndrome mas no poder detectar cuales serian los factores de riesgo, por tal motivo seria profundizar en estudios posteriores. **(10)**

Sos Tena y Col. En el estudio que realizaron que era de tipo transversal y descriptivo observamos una población de 528 médicos de atención primaria a los cuales se les administraron dos encuestas una con variables sociodemográficas y otra conteniendo el MBI, la encuesta se entrego directamente, y se obtuvo los siguientes resultados un gran porcentaje 40% presento desgaste profesional y un 12 % presento el Síndrome de Burnout, además cabe resaltar que con relación a las variables sociodemográficas, se vio que el sexo femenino tenia una mayor tendencia hacia desarrollar el desgaste profesional, a diferencia que los varones y seria importante tomar esta variable en posteriores estudios y comparar, y también se ve que a menor edad son mas predisponentes a desarrollar el síndrome de Burnout ya sea varón o mujer, y cabe resaltar porque son dos los estudios que encuentran un hallazgo similar y seria importante estudiarlos con mayor profundidad. **(5)**

Pardo Álvarez y Col Los autores buscaban encontrar la presencia del síndrome de Burnout en los profesionales sanitarios y su repercusión en la vida cotidiana, los resultados nos revelan que se encuentra un alto porcentaje en la presencia del síndrome de desgaste profesional y que la esfera psíquica y física se ven afectados además dentro del cuestionario que se proporciona se deja la posibilidad de una respuesta abierta para la posible forma de escape a tanto estrés que vive cada día el personal sanitario destacando disminuir el numero de pacientes, mas tiempo para cada paciente, la estabilidad laboral son los mas resaltantes y disminuir el tramite burocrático existente en cada centro de salud, y cabe resaltar que es importante el diagnostico de este síndrome y no pasarlo por alto para poder crear las medidas preventivas y correctivas para mejorar la calidad de vida del profesional de salud **(22)**

La relevancia del estrés sobre la salud es una constatación creciente como lo menciona **Mingote Adán y Col (6)** pues el aumento del estrés laboral en general y específicamente del estrés laboral médico va aumentando y nadie toma en cuenta este detalle. Una consecuencia de ello ha sido el incremento del burnout o desgaste profesional médico. Aunque las tasas de desgaste profesional pueden variar en función de contextos organizacionales y poblaciones específicas, todos los datos indican tasas altas de Prevalencia en la población médica. Las consecuencias del síndrome son amplias e importantes y afectan a la salud mental, a la salud física, a la calidad de vida y a la eficacia profesional del médico. Esta situación plantea la necesidad de desarrollar programas de prevención e intervención que ayuden a controlar y paliar tales efectos.

Los profesionales de la salud no están exentos de padecer trastornos físicos y psicológicos. Incluso no pocos autores han indicado tasas de alcoholismo, adicción a drogas, trastornos psiquiátricos, depresión y suicidio superiores a las de la población en general. En general, los datos parecen estimar que **entre un 10–12 % de los médicos en ejercicio pueden sufrir en el transcurso de su vida profesional uno o más episodios de problemas psíquicos y/o conductas adictivas al alcohol, (6)** a otras drogas o a los psicofármacos.

Según la literatura científica disponible tan solo se detecta un 60% de esos casos para su tratamiento posterior. Un porcentaje de esta sintomatología probablemente pueda estar asociada al estrés laboral, y específicamente al síndrome del burnout o desgaste profesional.

Determinadas características estresantes de las condiciones de trabajo médicas están frecuentemente relacionadas con un amplio rango de síntomas físicos y psíquicos que repercuten en la salud del profesional médico, en la propia organización, en la satisfacción laboral, y en la calidad asistencial prestada. Entre ellas pueden citarse la relación con los pacientes y sus familiares, el contacto diario con la muerte y el dolor, la responsabilidad sobre la salud de terceros, el trabajo a turnos y nocturno, la presión asistencial y la carga de trabajo, la presión social, el enfrentamiento a situaciones de emergencia, el desajuste de expectativas y situaciones organizacionales como la falta de promoción, la inequidad en el trato o los problemas con supervisores.

Las consecuencias de ese estrés laboral médico son amplias. Cuando se estudian las diferencias de género, parece que en el caso de las mujeres médicos, el mayor porcentaje de la varianza de la sintomatología proveniente del estrés (70%) se relaciona con los niveles de apoyo recibido de los compañeros, mientras que en hombres el 42% de varianza se explica por el estilo de vida, la salud mental, el apoyo en momentos de estrés y la carga de trabajo. **(6)**

La respuesta a esas situaciones crónicas de estrés puede llevar al desarrollo del desgaste profesional, síndrome que alcanza una alta extensión en la profesión médica aunque existen diferencias en la bibliografía sobre los porcentajes de médicos afectados por el mismo. Algunas estimaciones oscilan entre el 30 a 40%, otras revisiones lo elevan al 50 % de los médicos en algún momento de su carrera profesional, y en población médica española, se han señalado prevalencias que oscilan desde el 25% a casi el 70%. **(6)**

Tal como se ha expuesto, el síndrome puede manifestarse en el ámbito clínico de formas diferentes: con problemas de salud mental, conductas ansiosas o depresivas, o con una mezcla de ambos, o con conductas no saludables como el consumo de sustancias y la aparición de adicciones, (abuso de bebidas alcohólicas, sustancias tóxicas, etc.), alteraciones cardiovasculares, aparición de estilos de vida nocivos o con cambios en la actuación profesional (absentismo, mala praxis, etc.). Los efectos suelen ser igualmente notorios en la calidad y eficiencia profesional. **(6)**

3. MATERIALES Y MÉTODO:

➤ **Definición operacional**

Edad

Tipo de variable	Independiente
Naturaleza	Cuantitativa
Forma de medición	Directa
Escala de medición	Continuo
Procedimiento de medición	Años cumplidos
Definición operacional	Edad en años cumplidos en el momento de la encuesta.
Definición conceptual	Numero en años del tiempo de vida de una persona.

Sexo

Tipo de variable	Independiente
Naturaleza	Cualitativa
Forma de medición	Directa
Escala de medición	Nominal
Procedimiento de medición	1. Femenino 2. Masculino
Definición operacional	Caracteres primarios y secundarios sexuales
Definición conceptual	Condición orgánica por la que se diferencia la sexualidad humana

Estado civil

Tipo de variable	Independiente
Naturaleza	Cualitativa
Forma de medición	Directa
Escala de medición	Nominal
Procedimiento de medición	<ol style="list-style-type: none">1. soltero2. casado3. conviviente4. divorciado5. viudo
Definición operacional	Categoría en relación de pareja al momento de la encuesta
Definición conceptual	El Estado civil es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes

Numero de hijos

Tipo de variable	Independiente
Naturaleza	Cuantitativa
Forma de medición	Directa
Escala de medición	Discreta
Procedimiento de medición	Numero de hijos
Definición operacional	Numero de hijos nacidos vivos que tiene el individuo al momento de la encuesta
Definición conceptual	se refiere al número de hijos que conviven con esa persona, pertenezcan o no a su núcleo familiar

Cargo que desempeña

Tipo de variable	Independiente
Naturaleza	Cualitativa
Forma de medición	Directa
Escala de medición	Nominal
Procedimiento de medición	1.profesional medico 2. profesional no medico 3. técnico 4. auxiliar
Definición operacional	Ocupación que desempeña el individuo en el momento de la encuesta
Definición conceptual	Trabajo y/u ocupación, que realiza un individuo

Condición laboral

Tipo de variable	Independiente
Naturaleza	Cualitativa
Forma de medición	Directa
Escala de medición	Nominal
Procedimiento de medición	1.Nombrado 2. Contratado 3. Destacado
Definición operacional	Situación contractual en cuanto a las condiciones de trabajo en que se encuentra el individuo al momento de la encuesta
Definición conceptual	Situación laboral de un individuo

Tipo de trabajo

Tipo de variable	Independiente
Naturaleza	Cualitativa
Forma de medición	Directa
Escala de medición	Nominal
Procedimiento de medición	1. asistencial 2. administrativo
Definición operacional	Clase de labor que realiza el individuo al momento de la encuesta
Definición conceptual	Clase de labor que realiza un individuo

Tiempo de servicio

Tipo de variable	Independiente
Naturaleza	Cuantitativa
Forma de medición	Directa
Escala de medición	Continua
Procedimiento de medición	En años 1-5 6-10 11-15 16-20 21-25 26-30 31-35 35-40 Mayor de 40 años de servicio
Definición operacional	Periodo en años de prestaciones laborales a una entidad publica o privada que ha brindado el individuo durante su vida laboral
Definición conceptual	Periodo de prestaciones laborales a una entidad publica o privada

Tiempo en su trabajo actual

Tipo de variable	Independiente
Naturaleza	Cuantitativa
Forma de medición	Directa
Escala de medición	Continua
Procedimiento de medición	En años 1-5 6-10 11-15 16-20 21-25 26-30 31-35 35-40 Mayor de 40 años en su trabajo actual
Definición operacional	Periodo en años de prestaciones laborales que tiene el individuo en su entidad vigente al momento de la encuesta
Definición conceptual	Periodo de prestaciones laborales en su entidad publica o privada vigente

Numero de trabajos desempeñados

Tipo de variable	Independiente
Naturaleza	Cuantitativa
Forma de medición	Directa
Escala de medición	Discreta
Procedimiento de medición	Cantidad de trabajos
Definición operacional	Cantidad de servicios que desempeña en el momento de la encuesta
Definición conceptual	Cantidad de labores

Síndrome de Burnout

Tipo de variable	Dependiente
Naturaleza	Cualitativa
Forma de medición	Directa
Escala de medición	Nominal
Procedimiento de medición	<ol style="list-style-type: none">1. agotamiento emocional2. despersonalización3. baja realización personal
Definición operacional	Síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir en individuos que trabajan con personas
Definición conceptual	Se trata de un estado de estrés laboral crónico, que se caracteriza por que individuo presenta un agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal que afecta su vida individual y colectiva

Agotamiento Emocional

Tipo de variable	Dependiente - Continua
Naturaleza	Cualitativa
Forma de medición	Directa
Escala de medición	Nominal
Procedimiento de medición	Afirmaciones: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20 del MBI Consta de 9 preguntas. Será calificado con valores: 1. Alto: ≥ 27 2. Medio: 19 - 26 3. Bajo: < 18
Definición operacional	Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo
Definición conceptual	Se define como cansancio y fatiga que puede manifestarse física y psíquicamente. Es la sensación de no poder dar más de sí mismo a los demás.

Despersonalización

Tipo de variable	Dependiente – Continua
Naturaleza	Cualitativa
Forma de medición	Directa
Escala de medición	Nominal
Procedimiento de medición	Afirmaciones: 5, 10, 11, 15, 22.del MBI Consta de 5 preguntas. Será calificado con valores: 1. Alto: ≥ 10 2. Medio: 6 - 9 3. Bajo: < 5
Definición operacional	Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento
Definición conceptual	Es el desarrollo de sentimientos, actitudes y respuestas negativas, distantes, frías hacia las personas

Baja Realización Personal

Tipo de variable	Dependiente – Continua
Naturaleza	Cualitativa
Forma de medición	Directa
Escala de medición	Nominal
Procedimiento de medición	Afirmaciones: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21.del MBI Consta de 8 preguntas. Será calificado con valores: 1. Alto: < 33 2. Medio: 34 - 39 3. Bajo: ≥ 40
Definición operacional	Evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo
Definición conceptual	Surge cuando se verifica que las demandas que se hacen, exceden las capacidades para atenderlas de forma competente. Supone respuestas negativas hacia uno mismo y hacia su trabajo. Se caracteriza por una desilusión y fracaso en dar sentido personal al trabajo, experimentando sentimientos de fracaso, insatisfacción.

➤ **Diseño general del estudio**

Estudio Epidemiológico de tipo Transversal-Descriptivo-Observacional

➤ **Universo de estudio, selección y tamaño de muestra, unidad de análisis**

Población: 826 trabajadores

Muestra:

La población del estudio está conformada **826 personas** que incluye médicos, enfermeras, técnicos auxiliares y personal administrativo que laboran durante el periodo de Enero a Junio del 2009, pero solo se tomara como población global al personal asistencial por lo que retiramos al personal que realiza función administrativa exclusivamente **110**, por tanto la población global que nos queda es de **716** realizando la formula obtenemos una muestra representativa **de 180 personas** de un total de **716**, y que reúnan los criterios de inclusión planteados. La muestra fue sacada con la siguiente fórmula

$$n = \frac{N (p)(q)}{(N - 1)E^2 + (p)(q)}$$

Donde:

Tamaño de muestra (n) =?

Total de población (N) = 716

Error máximo permitido (E) = 0.05

Margen de confiabilidad (Z) = 1.96

Nivel de confianza (α) = 0.05

Se desconoce p (proporción) y q (complemento de q), por ello en la formula se les asigna el valor de 0.5 a cada una

Reemplazando

$$n = \frac{716(0.5)(0.5)}{(716-1)(0.05)(0.05) + (0.5)(0.5)} = 180$$

Selección de los participantes:

Contamos con una población de toda la red de **826 trabajadores**, de esta población sacamos los puramente administrativos por que el trabajo se refiere específicamente a los trabajadores asistenciales de la red, entonces de los **826** menos 110 que es parte administrativa no queda una población total de **716**.

De estos **716** tenemos **4** subgrupos: **106 médicos, profesionales no médicos 172, 318 técnicos y 120 auxiliares.**

Se realiza la formula para obtener la **muestra con población finita ya mencionada en la metodología** y obtenemos que nuestra muestra para que sea representativa de **716** debe ser **180 personas.**

Para saber cuanto debemos tomar por cada grupo sacamos los porcentajes de cada subgrupo con la población total que es **716** y **así obtenemos que el porcentaje de Médicos es de 16%, Profesionales no médicos es de 24%, técnicos es de 43% y de auxiliares es de 17%**, por lo tanto estos porcentajes se respetaran en la muestra obtenida, entonces por medio de regla de tres simple comparando los porcentajes obtenidos con lo muestra que es **180**, **obtenemos que 28 médicos serán encuestados, 43 de los profesionales no médicos serán encuestados, 79 de los técnicos serán encuestado y 30 auxiliares serán encuestados.**

Para la **selección de cada persona se realizo a través de muestra aleatoria simple**, en primer lugar se dividió la población del subgrupo por la cantidad de personas que se necesitaba encuestar en ese subgrupo, obteniendo un valor de 6 para cada subgrupo, en segundo lugar se escogió un numero al azar del 1 al 6, y el numero seleccionado era el numero de inicio en la lista correspondiente, y de ahí se contaba cada 6 números para seleccionar a cada persona, de la misma forma se realizo en cada subgrupo.

➤ ***Criterios de inclusión y exclusión***

Criterios de inclusión:

- Se incluyó a todo el personal sanitario de los puestos y centros de salud de la red Surco - Chorrillos – Barranco
- Así mismo los cuestionarios completos
- Tiempo de trabajo mayor de un(01) año en el centro de labores
- Todo personal sanitario que desee responder la encuesta

Criterios de exclusión:

- Se excluye del estudio a las personas que manifiesten su inconformidad con el estudio.
- Así como los cuestionarios incompletos o llenados indebidamente y a las personas que no devolvieron la encuesta.
- Asimismo, se excluye a las personas que tengan un trastorno mental que se vera reflejado como un ítem en la encuesta
- Tiempo de trabajo mayor de un(01) año en el centro de labores

➤ ***Procedimiento para la colección de datos***

Se hará a través de una encuesta anónima autoadministrada que será entregada directamente a la persona seleccionada, en caso que no se encuentre se le buscare en tres días diferentes en su centro de labores al no hallarse, se escogerá al siguiente en la lista, los encuestadores no darán información adicional sobre el tema, se remitirán exclusivamente a entregar y recoger las encuestas

La distribución será a cada puesto y centro de salud de la red Surco - Chorrillos – Barranco según el rol establecido por la Dirección Ejecutiva de la Red de Salud

➤ ***Instrumentos a utilizar y método para el control de calidad de datos***

Se hará a través de una encuesta anónima autoadministrada el cual se compone de 2 instrumentos:

1. Una encuesta de variables sociodemográficas de elaboración propia, referida a datos de filiación y aspectos laborales: sexo, edad, estado civil, número de hijos, cargo que desempeña, condición laboral, lugar de trabajo, antigüedad en la profesión, tiempo en su trabajo, número de empleos actuales, enfermedades que ha padecido o medicación que ha tomado

2. Cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) (versión española), utilizada en otros estudios y validada en nuestro País con un índice de confiabilidad del 95%, además fue evaluada por expertos del “Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins” obteniendo su aprobación por tal motivo es la encuesta que se utilizara para hallar el Síndrome de Burnout con sus tres características que valora (cansancio emocional [CE], despersonalización [DP] y logros personales [LP]) mediante 3 subescalas independientes de tipo Likert, de 7 puntos (0-6), aspectos fundamentales del desgaste profesional (sintomatología y actitudes del profesional en su trabajo diario). Altas puntuaciones en las subescalas de CE (de 9 ítems) y DP (5 ítems) y bajas en la de LP (8 ítems) reflejan un nivel alto de burnout. En contraste con los dos componentes previos, en esta última dimensión los valores bajos son indicativos del Síndrome de Burnout.

La clasificación en nivel bajo, medio y alto para cada dimensión del MBI se realizara utilizando los puntos de corte que dividen en tertiles una muestra española de 1.138 personas, incluida en el manual de uso del cuestionario (4). Los puntos de corte para:

Cansancio Emocional valor máximo: 54 (bajo:<18 medio: 19- 26 alto: >27)

Despersonalización valor máximo: 30 (bajo:<5 medio: 6- 9 alto: >10)

Realización Personal valor máximo: 48 (bajo: > ò = 40 medio: 34- 39 alto: < 33)

Puntuaciones altas en los dos primeros y baja en el tercero definen el Síndrome

Así, el desgaste profesional se entiende como una **variable continua** que ordena a los individuos en un nivel bajo, moderado o alto grado según la puntuación.

Preguntas correspondientes a cada escala:

Cansancio emocional: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20.

Despersonalización: 5, 10, 11, 15, 22.

Realización personal: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21.

Existen tres subescalas bien definidas, que se describen a continuación:

1. **Subescala de agotamiento emocional.** Consta de 9 preguntas. Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Puntuación máxima 54

2. **Subescala de despersonalización.** Esta formada por 5 ítems. Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Puntuación máxima 30

3. **Subescala de realización personal.** Se compone de 8 ítems. Evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo. Puntuación máxima 48

Estas tres escalas tienen una gran consistencia interna, considerándose el grado de agotamiento como una variable continúa con diferentes grados de intensidad,

0 = Nunca

1 = Pocas veces al año o menos

2 = Una vez al mes o menos

3 = Unas pocas veces al mes o menos

4 = Una vez a la semana

5 = Pocas veces a la semana

6 = Todos los días

➤ ***Procedimientos para garantizar aspectos éticos en la investigación***

Se solicitó la autorización respectiva presentada el día 02 de Abril del 2009 a la Dirección Ejecutiva de la Red de Salud de Barranco-Chorrillos-Surco y mediante Circular N° 014 – D - RED S-BCO-CHO-AO-2009 que otorga la autorización el día 17 de Abril del 2009 a la ejecución de la investigación.

A las personas seleccionadas se les dio una breve explicación de la investigación sin mencionar el síndrome de Burnout para no influenciar en sus respuesta ya que así lo indica el manual que se esta utilizando, será hará hincapié de que la información recolectada en las encuestas es confidencial y anónima pues no se pide datos personales que identifiquen a la persona y que serán informados de sus resultados al finalizar el estudio.

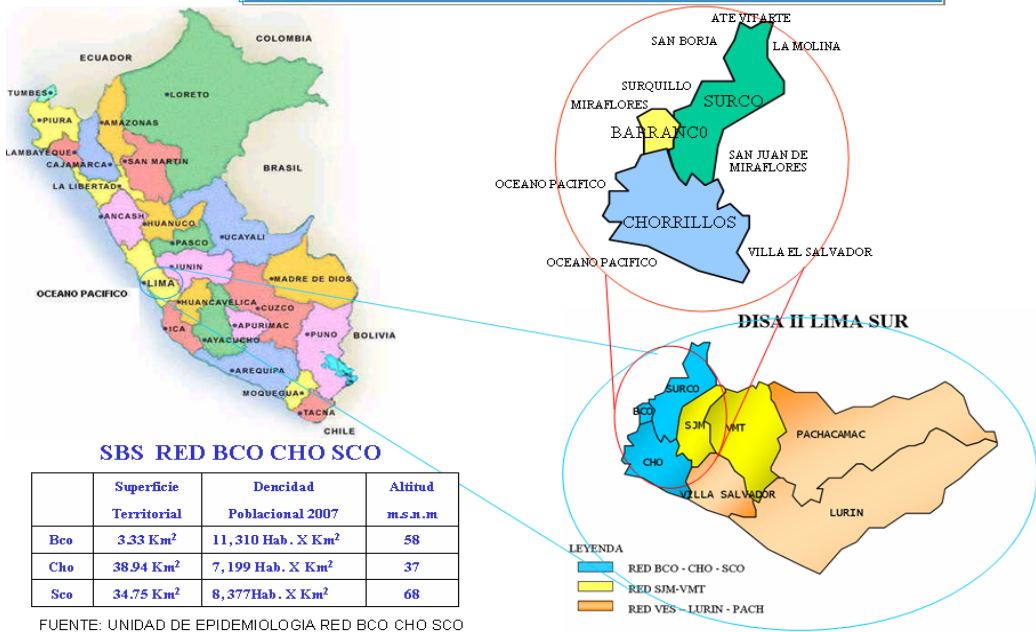
Después de toda la información brindada se le preguntara al seleccionado si desea participar al ser afirmativa su respuesta, aceptar la encuesta y entregarla resuelta el seleccionado esta aceptando su participación en la investigación por lo tanto dando su consentimiento para usar la información que brinda a través del llenado de la encuesta.

➤ **Lugar de ejecución y Ámbito de aplicación**

Conformación Geopolítica

La Dirección de Red de Salud Barranco Chorrillos Surco es un órgano de línea de la Dirección de Salud II Lima Sur, ubicada en la parte Nor Oeste de su jurisdicción geográfica y tiene a su cargo el ámbito geográfico de los Distritos de Barranco, Chorrillos y Surco.

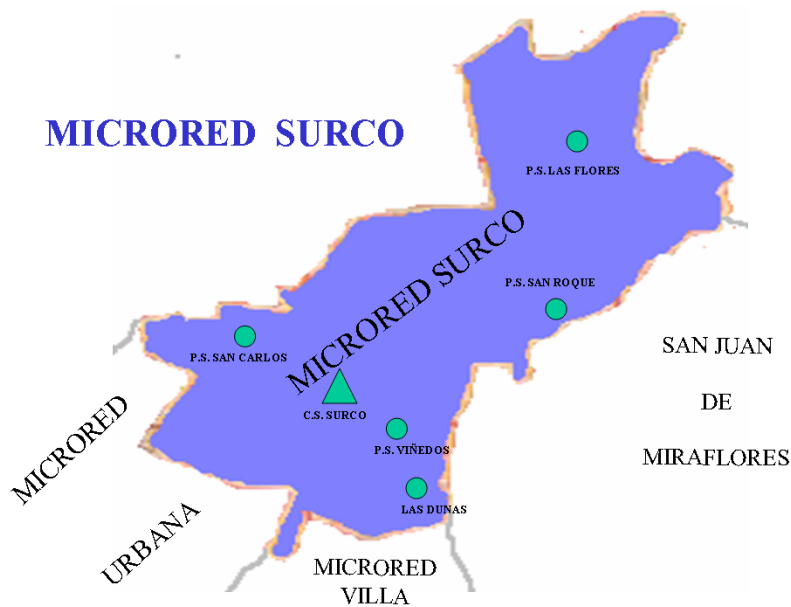
UBICACION GEOGRAFICA SBS RED BCO CHO SCO



Organización de la Red y Microrredes

La Dirección de Red de Salud barranco Chorrillos Surco está conformada por 3 Microrredes.

Microred Surco:



Microred Villa:



Microred Urbana:



La Red de Salud de Barranco-Chorrillos-Surco esta conformado por una población total de **826** trabajadores de los cuales **545** son nombrados y **271** contratados, **tenemos 4 subgrupos: 106 médicos, profesionales no médicos 172, 318 técnicos y 120 auxiliares** que atienden a una población aproximada de 445,533

Asimismo La Dirección de Red de Salud Barranco Chorrillos Surco cuenta en la Actualidad con 25 Establecimientos de Salud, distribuidos en los 3 Distritos que constituyen la Red de Salud y el cual se detalla:

Distrito de Barranco:

EESS 1 III Gaudencio Bernasconi

EESS 1 III Alicia Lastres.

Distrito de Chorrillos:

EESS 1 IV Chorrillos II

EESS 1 III Chorrillos I

Centro de Emergencias San Pedro de los Chorrillos

EESS 1 IV Buenos Aires de Villa

EESS 1 III Delicias de Villa

EESS 1 III San Genaro de Villa

EESS 1 III Tupac Amaru de Villa

EESS 1 II Armatambo

EESS 1 II Vista Alegre de Villa

EESS 1 II Mateo Pumacahua

EESS 1 II Santa Isabel de Villa

EESS 1 II San Juan de la Libertad

EESS 1 II Defensores de Villa

EESS 1 II Santa Teresa de Chorrillos

EESS 1 II Villa Venturo

EESS 1 II Nueva Caledonia

EESS 1 II Los Incas

Distrito de Surco:

EESS 1 III Surco
EESS 1 II Viñedos
EESS 1 II San Roque
EESS 1 II Las Flores
EESS 1 II Las Dunas
EESS 1 I San Carlos

Análisis de Resultados – Metodología

Debemos recordar que el Síndrome de Burnout cumple con la definición que ya se ha mencionado que es el estrés crónico producido por la interrelación con el paciente que se manifiesta con problemas físicos, mentales y psicosociales que desarrolla el personal de salud, se sabe además que el Burnout no es algo estático sino dinámico y que siendo una esfera que abarca algo subjetivo como es el estrés y que tiene ya 30 años aproximadamente de estudio se utilizó el instrumento más conocido y reconocido mundialmente para su medición que es el MBI ya anteriormente en otros estudios en nuestro país ha presentado una confiabilidad del 95%, se siguieron además las pautas para poder recoger la información descritas en el manual del MBI y así poder obtener los resultados con mayor confiabilidad, disminuyendo el sesgo.

En primer lugar se realizó un análisis descriptivo de los resultados obtenidos a través de las encuestas a través del programa **Excell 2007**, se presentan tablas, cuadros y pasteles para ver la distribución de frecuencia en cada caso.

Se realizó el análisis estadístico de las variables sociodemográficas (sexo, estado civil, condición laboral y número de trabajos, etc.) y del síndrome de Burnout a través del **Chi cuadrado** y un **Análisis Multivariado con el programa de SPSS V. 12.0**

Análisis Univariado

Se realizó la **prueba del Chi cuadrado** donde se relaciona la variable independiente (variables sociodemográficas) versus la variable dependiente (presencia o no del Síndrome de Burnout)

FORMULA CHI CUADRADO

expuesto	a	b	(a+b)
no expuesto	c	d	(c+d)
	(a+b)	(b+d)	n

$$\chi^2 = \frac{n \cdot (ad - bc)^2}{(a+c) \cdot (b+d) \cdot (a+d) \cdot (c+d)}$$

Se utilizó un nivel de significancia de $P > 0.05$ con un nivel de confianza del 95% y con valor crítico de 3.84

Análisis Multivariado

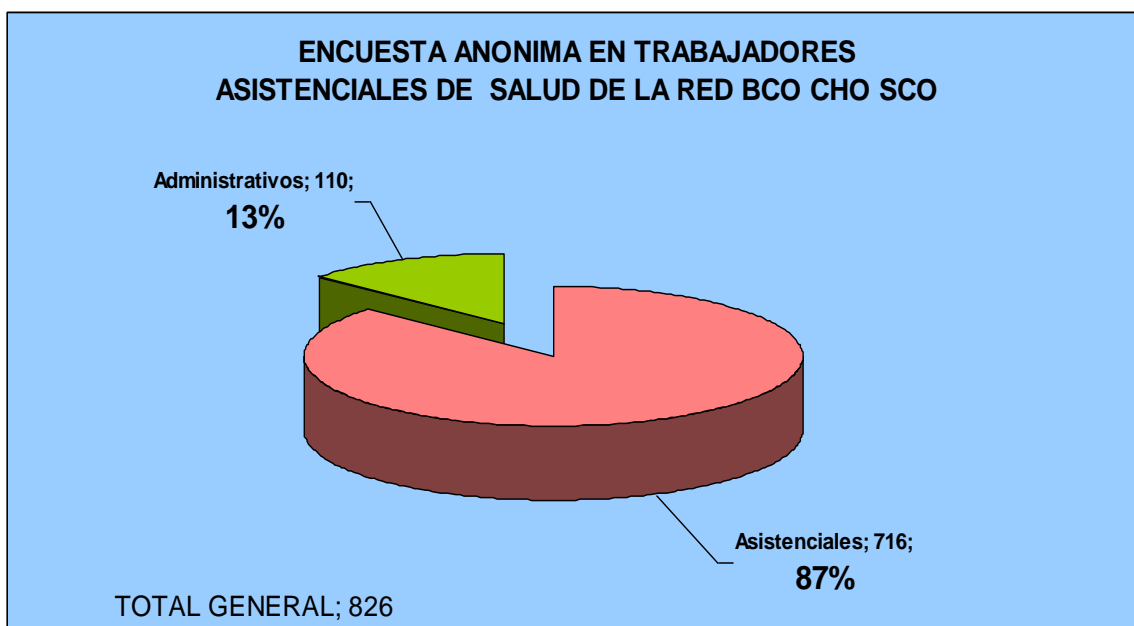
Para explorar la relación entre el Síndrome de Burnout y las características sociodemográficas, se llevó a cabo un **análisis multivariado con el programa de SPSS V. 12.0** donde las variables dependientes fueron la presencia o no del síndrome de Burnout, y como variable independiente las diversas características sociodemográficas. Las diferencias se consideraron significativas para valores de **p menor a 0.05**

4. RESULTADOS

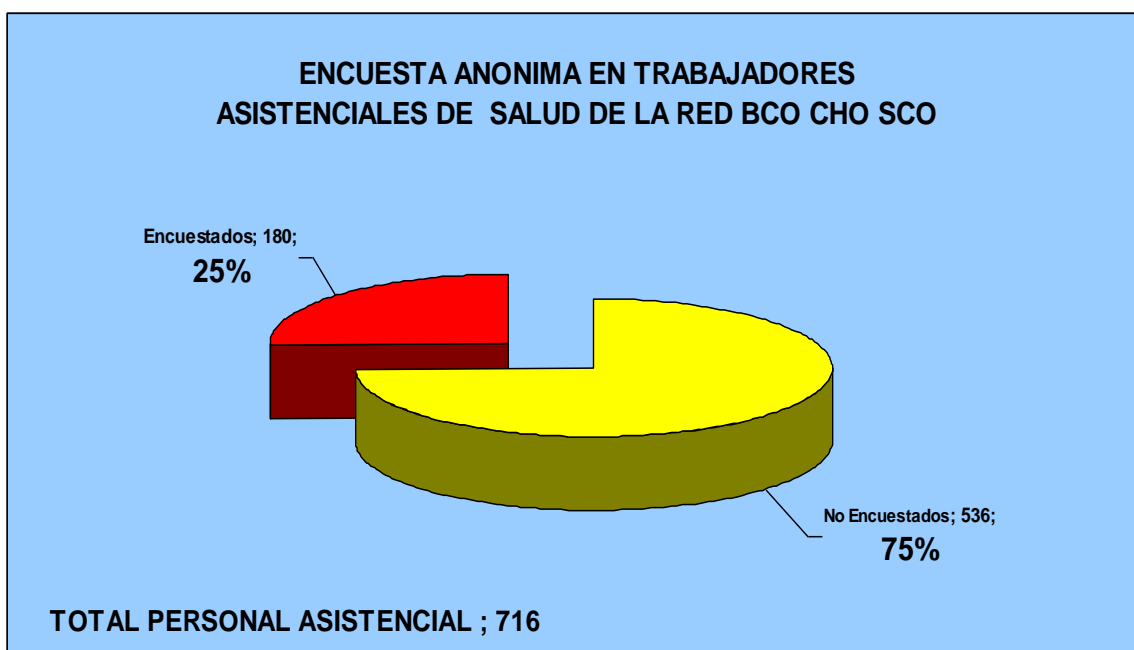
El siguiente estudio realizado nos entrega los siguientes resultados, la población de la Red de Salud de Barranco-Chorrillos y Surco estuvo conformada **por 826 personas** entre nombrados y contratados se incluye a los médicos, enfermeras, técnicos auxiliares y personal administrativo que laboraron durante el periodo de Enero a Junio del 2009. Para el presente estudio se tomó como población global al personal asistencial que labora en los establecimientos de salud ya que su interrelación con los paciente es mucho mayor, dentro de los cuales se considera algunos administrativos que realizan actividades con trato directo con el paciente, por ejemplo tenemos el personal que labora en admisión, en caja, en farmacia, de igual modo tenemos a los

médicos jefes de los establecimientos que realizan labor asistencial dando consulta externa y como también función administrativa en la conducción del establecimiento de salud. Por lo tanto no se incluyo al personal que realiza función administrativa exclusivamente dentro de la sede administrativa de la red de salud ya que su función los aleja de la parte asistencial y no tiene trato directo con el paciente, esto corresponde un total de **110 personas**, por tanto la población global que nos queda es de **716** ^(cuadro 1) Aplicando la formula ya mencionada en la metodología obtenemos una muestra representativa de **180 personas que de los 716 representa el 25% de la población** ^(cuadro 2) y de los 826 representa el 22% de la población siendo una muestra representativa para el estudio.

Cuadro 1



Cuadro 2



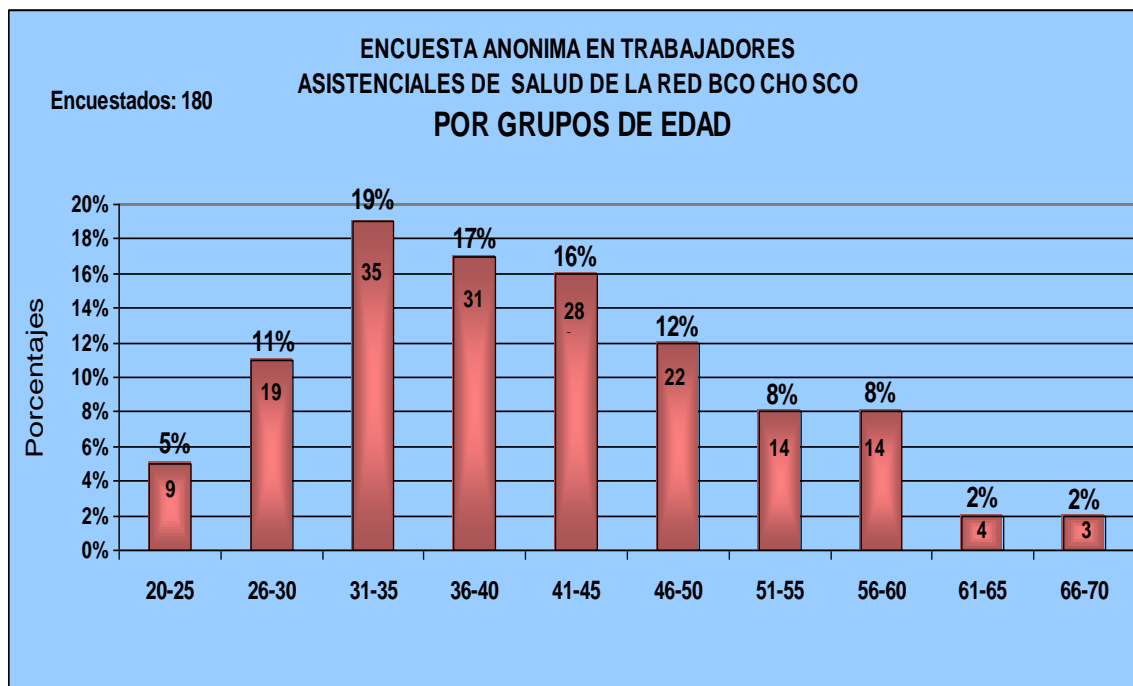
Se realizaron **202** encuestas, de las cuales fueron seleccionadas **180** que cumplían los criterios de inclusión, y **22** fueron excluidas por no cumplir los criterios de inclusión.

De las **180** encuestados en relación a los datos sociodemográficos se encontró que **142 (78.8%)** correspondieron al **sexo femenino** y **38 (21.2%)** fueron de **sexo masculino** ^(Cuadro 3), la **Edad** fue de ^(Cuadro 4) **(20 a 25 años) 5% (9)**, **(26 a 30) 11% (19)**, **(31 a 35 años) 19% (35)**, **(36 a 40 años) 17% (31)**, **(41 a 45 años) 16% (28)**, **(46 a 50 años) 12% (22)**, **(51 a 55 años) 8% (14)**, **(56 a 60 años) 8% (15)**, **(61 a 65 años) 2% (4)**, **(66 a 70 años) 2% (3)** en relación al **Estado civil** ^(Cuadro 5) se halló **solteros 74 (40%)**, **casados 73 (41%)**, **convivientes 21 (12%)**, **divorciados 10 (6%)** y **viudos 2 (1%)** en relación al **Numero de hijos** ^(Cuadro 6) se encontró que el personal encuestado tenía **de (0 a 2 hijos) 143 (79%)** de **(3 a 4 hijos) 31 (17%)** de **(5 a 6 hijos) 5 (3%)** **(7 a 8 hijos) 1 (1%)**

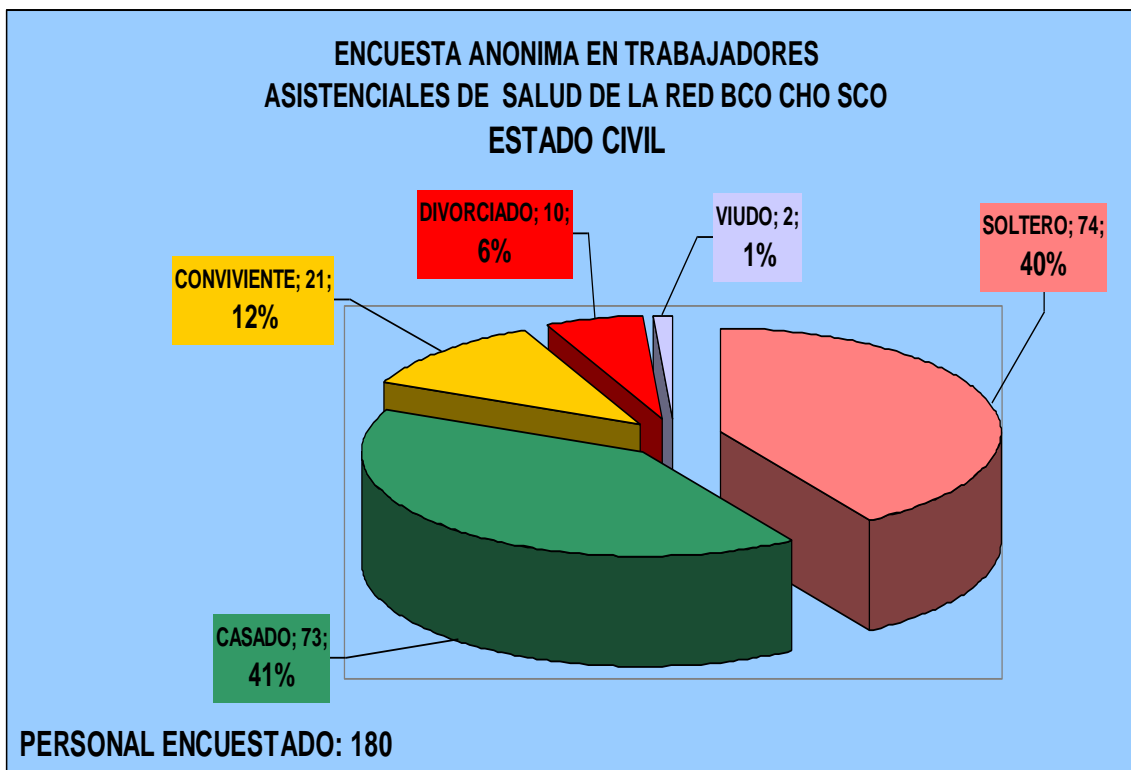
Cuadro 3



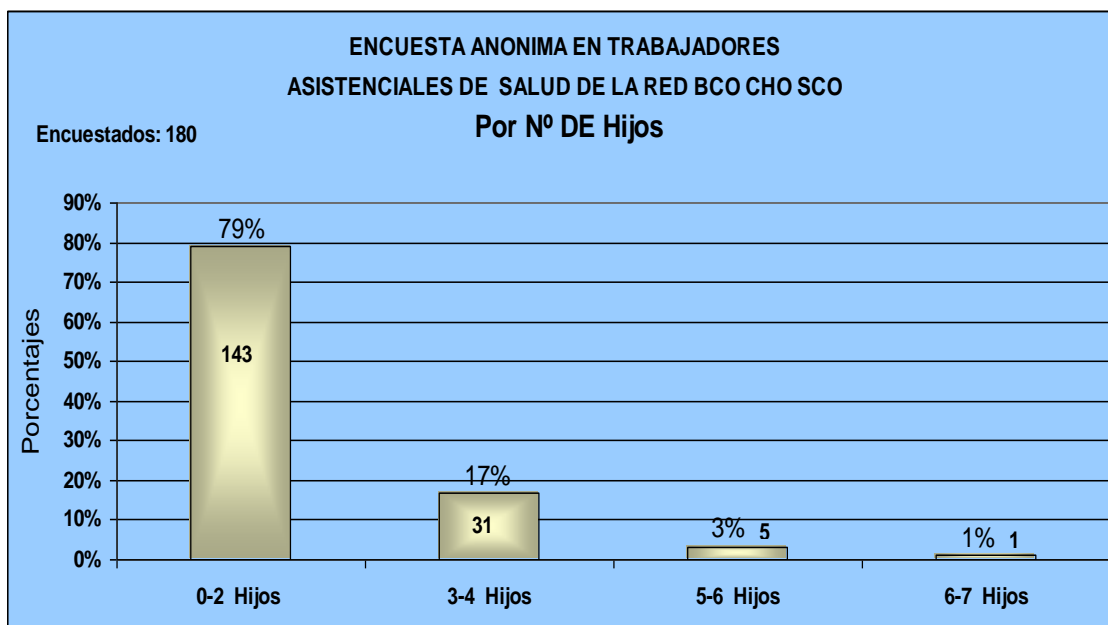
Cuadro 4



Cuadro 5

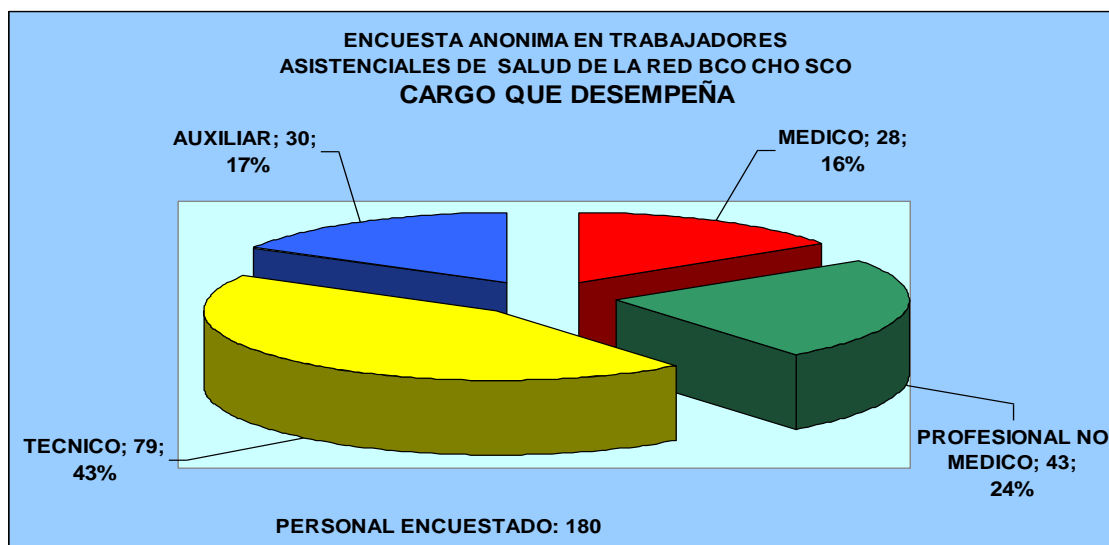


Cuadro 6

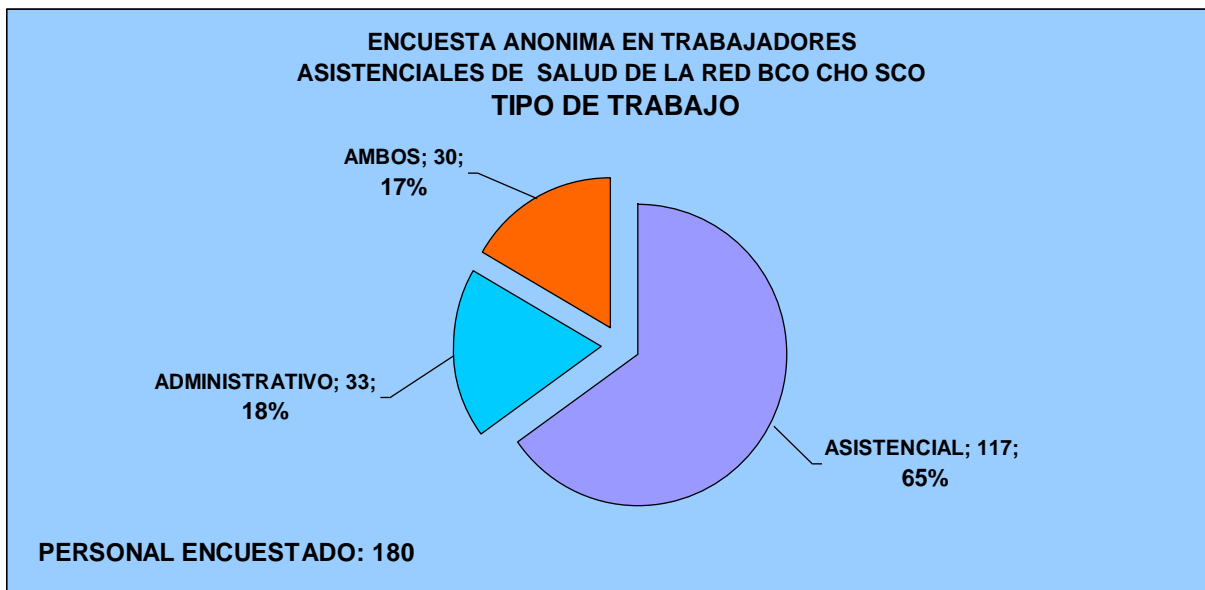


Con respecto a la esfera laboral encontramos que dentro del **Cargo que Desempeñan** (Cuadro 7) se identifico **que el total de Médicos encuestados fueron 28 (16%) Profesionales no médicos 43 (24%), técnicos 79 (43%) y de auxiliares 30 (17%),** con respecto al **Tipo de Trabajo** (Cuadro 8) que realizan encontramos **asistencial 117 (65%), administrativo** (personal que labora en admisión, en caja, en farmacia, médicos jefes) **33 (18%) y ambos 30 (17%)** con respecto a la **Condición Laboral** (Cuadro 9) de los encuestados encontramos **nombrados 97 (54%), contratados 76 (42%) y destacados 7 (4%)** en relación a los **Años de Servicio en su Profesión** (Cuadro 10) se hallo **(1-5 años) 40 (22%) (6 a 10 años) 50 (28%) (11 a 15 años) 35 (19%) (16 a 20 años) 15 (8%) (21 a 25 años) 20 (11%) (26 a 30 años) 17 (9%) (31 a 35 años) 3 (2%)** en relación a los **Años de Servicio en el Trabajo Actual** (Cuadro 11) se hallo **(1-5 años) 70 (39%) (6 a 10 años) 49 (27%) (11 a 15 años) 23 (13%) (16 a 20 años) 12 (7%) (21 a 25 años) 15 (8%) (26 a 30 años) 9 (5%) (31 a 35 años) 2 (1%)** en relación al **Número de Trabajos que tienen en la actualidad** (Cuadro12) **un solo trabajo 143(79%) mas de un trabajo 37 (21%)**

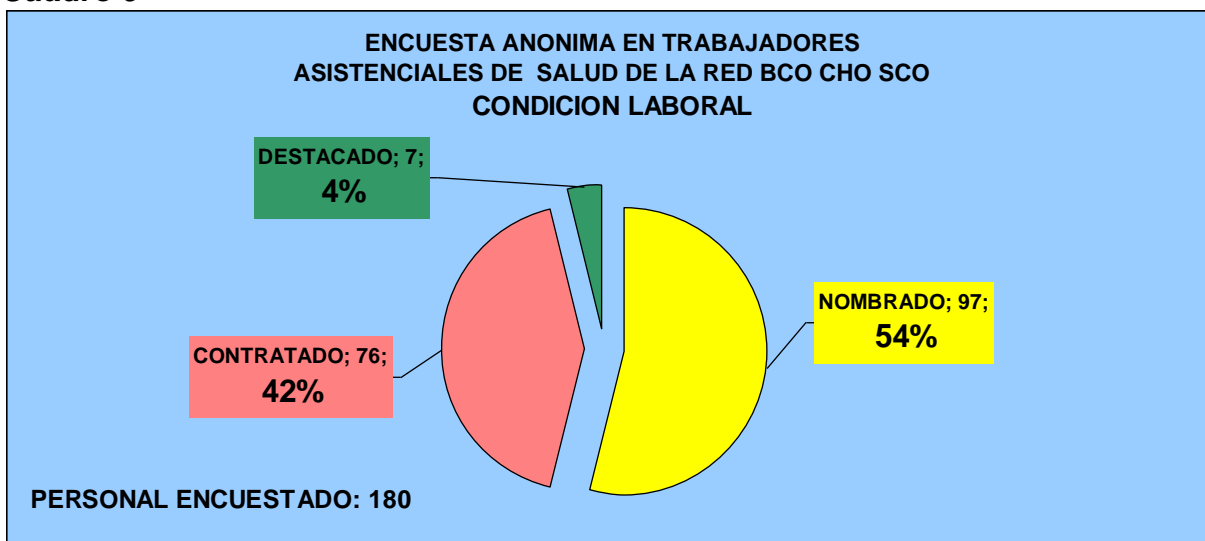
Cuadro 7



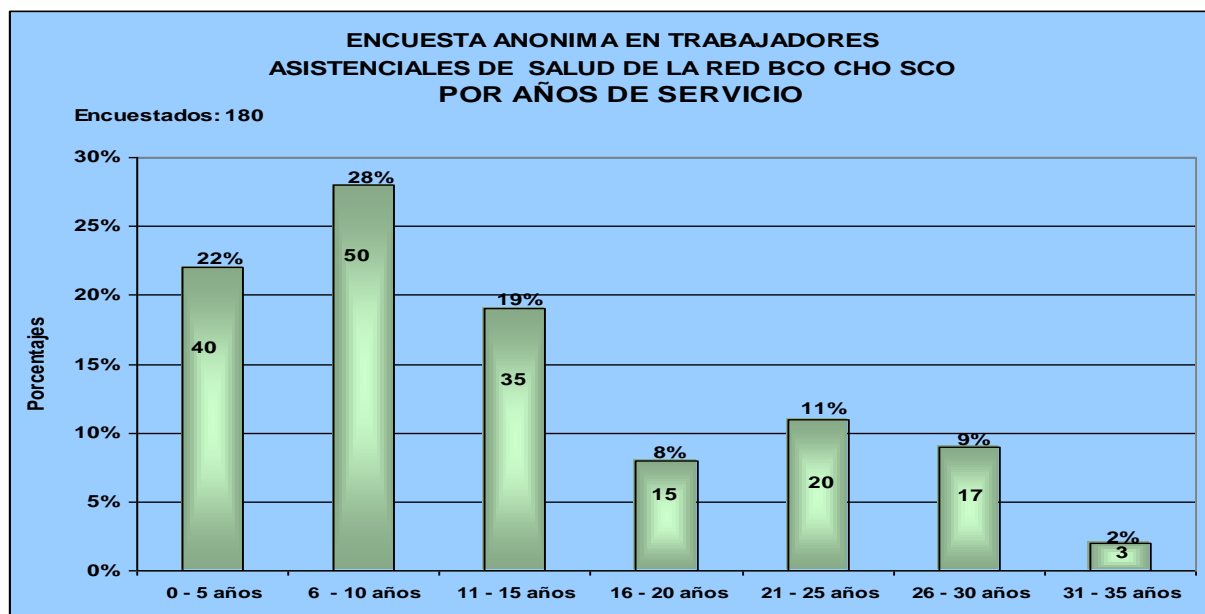
Cuadro 8



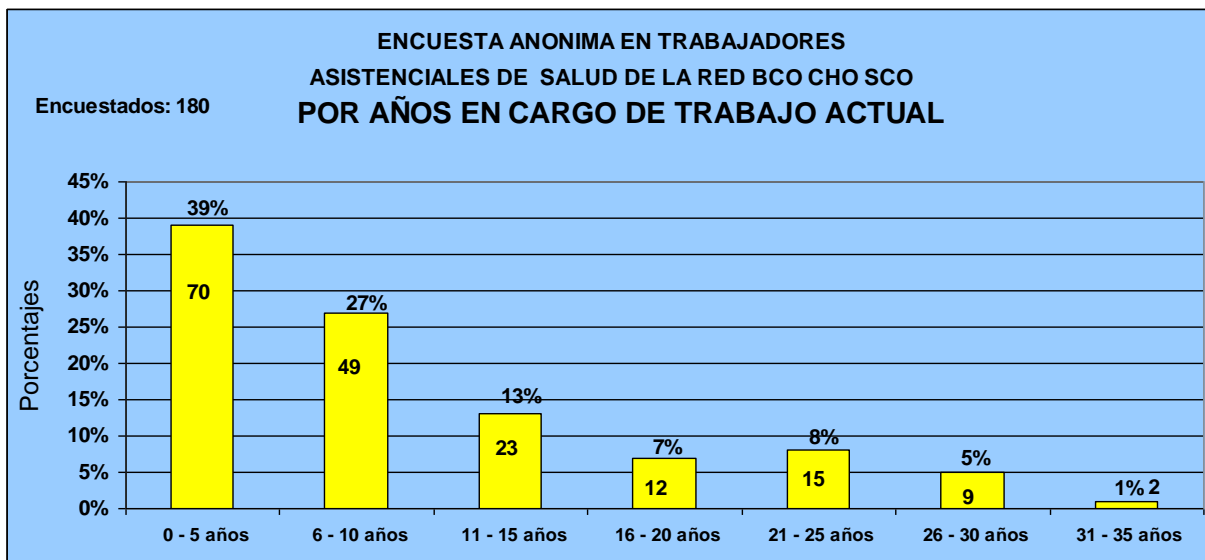
Cuadro 9



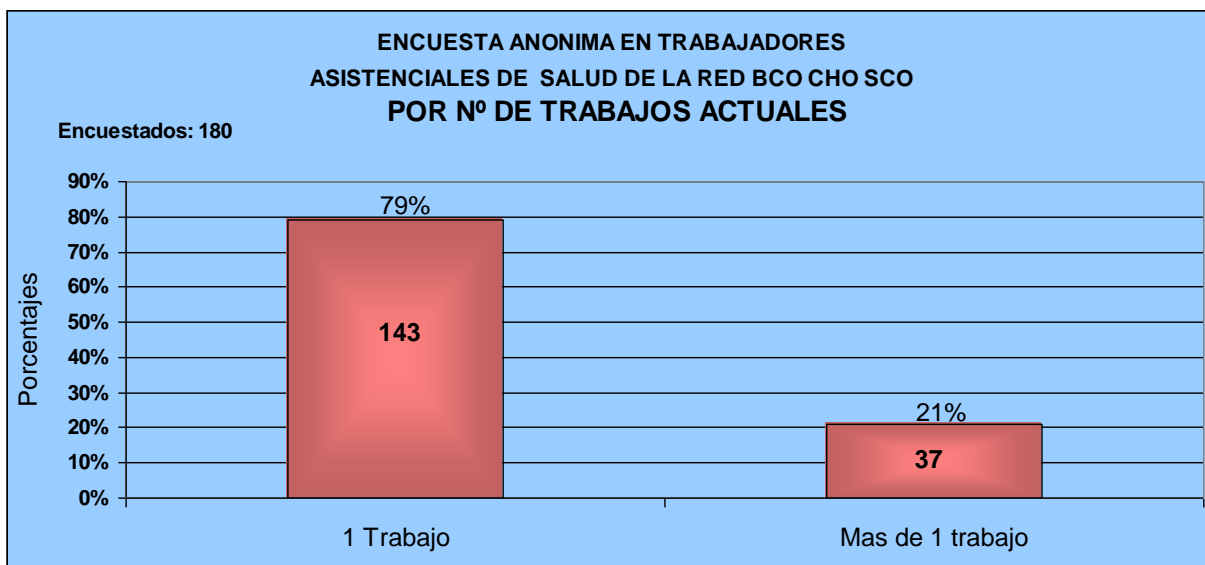
Cuadro 10



Cuadro 11

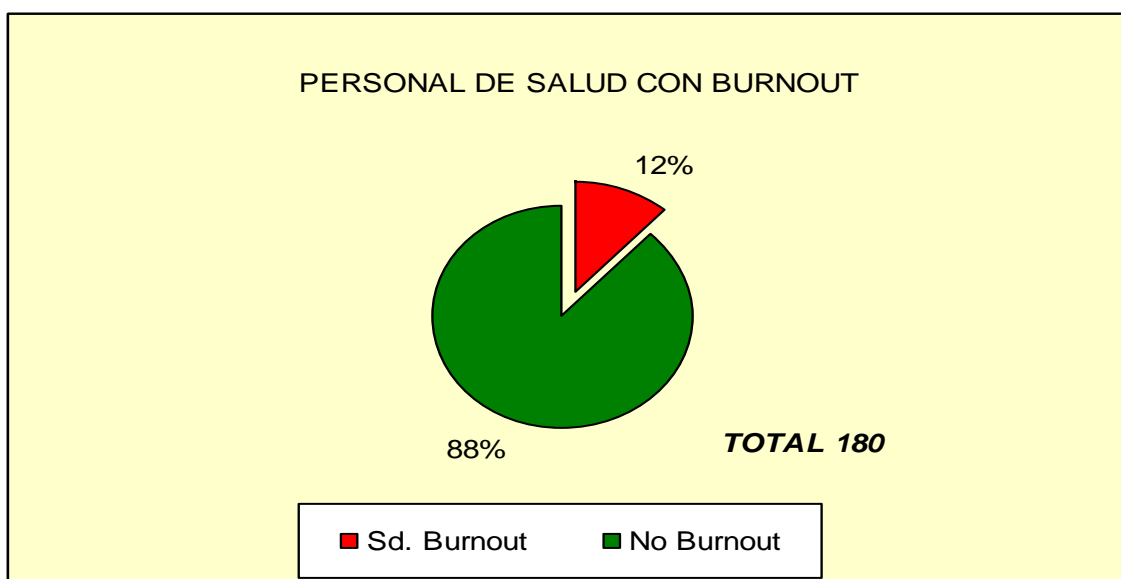


Cuadro 12

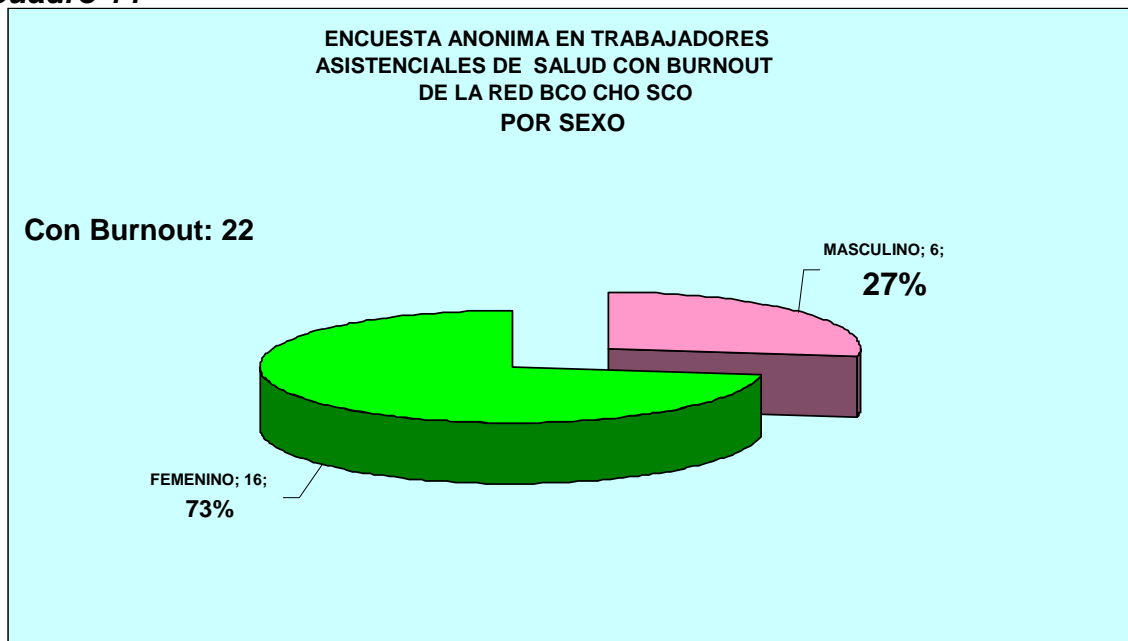


De las **180 encuestados** se halló que **22 personas (12.2%)** ^(Cuadro 13) **presentan el Síndrome de Burnout** cumpliendo los tres criterios que refiere la literatura revisada con el **Agotamiento emocional y Despersonalización en niveles altos y Baja Realización Personal en un nivel crítico**, hemos hallado según la parte sociodemográfica que según el **Sexo** ^(Cuadro 14) **16 (73%) corresponde al sexo femenino** y que **6 (27%) corresponden al sexo masculino**, la **Edad** ^(Cuadro 15) fue de **(20 a 25 años) 5% (1)**, **(26 a 30) 9% (2)**, **(31 a 35 años) 9% (2)**, **(36 a 40 años) 14% (3)**, **(41 a 45 años) 23% (5)**, **(46 a 50 años) 18% (4)**, **(51 a 55 años) 14% (3)**, **(56 a 60 años) 5% (1)**, **(61 a 65 años) 5% (1)**, en relación al **Estado Civil** ^(Cuadro 16) fueron **solteros 12 (54%)**, **casados 7 (32%)**, **convivientes 2 (9%)**, y **viudo 1 (5%)** con relación al **Numero de Hijos** ^(Cuadro 17) se encontró que tenía **de (0 a 2 hijos) 15 (68%)** de **(3 a 4 hijos) 6 (27%)** de **(5 a 6 hijos) 1 (5%)**.

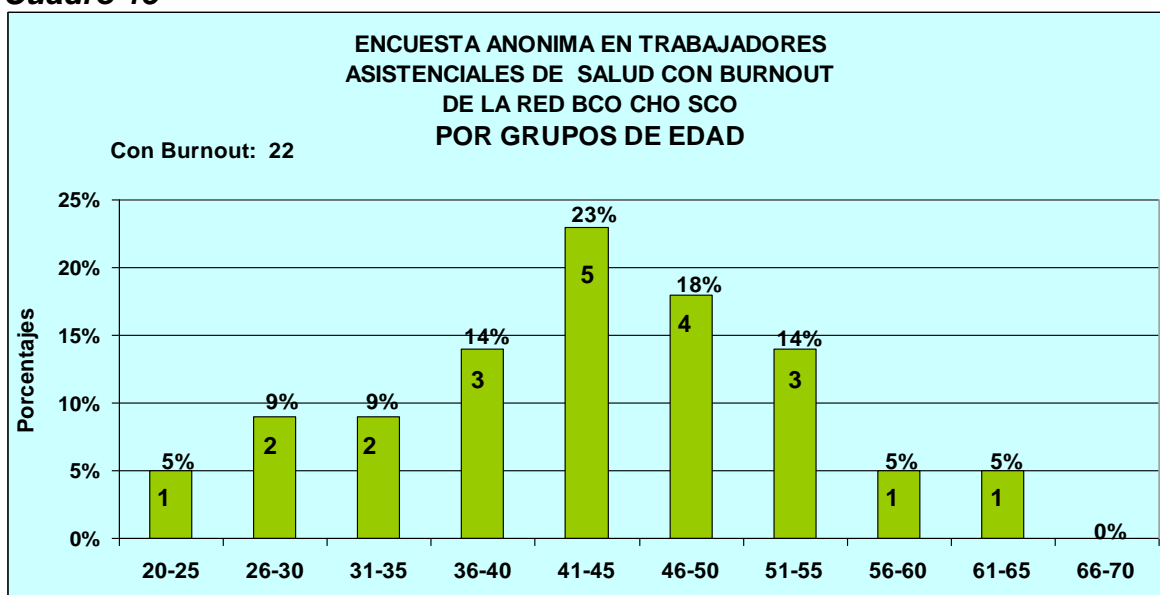
Cuadro 13



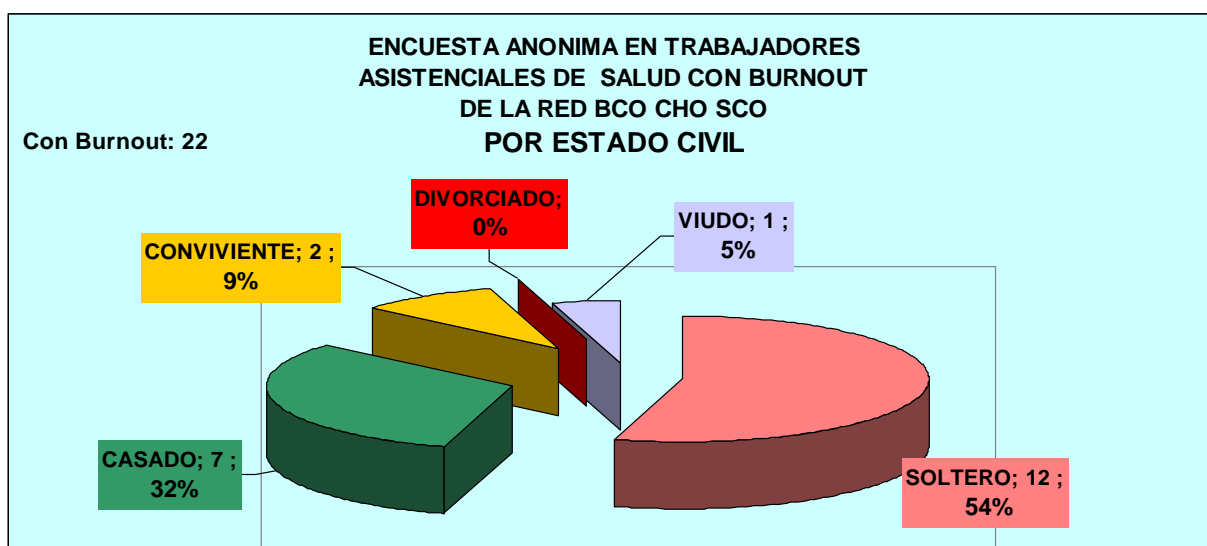
Cuadro 14



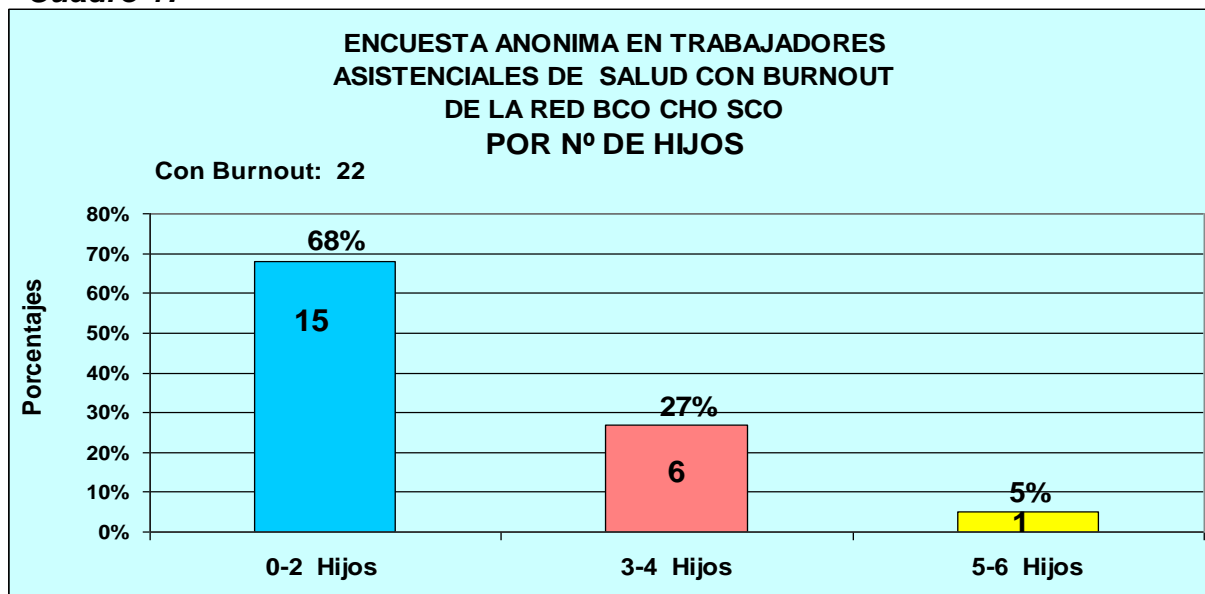
Cuadro 15



Cuadro 16

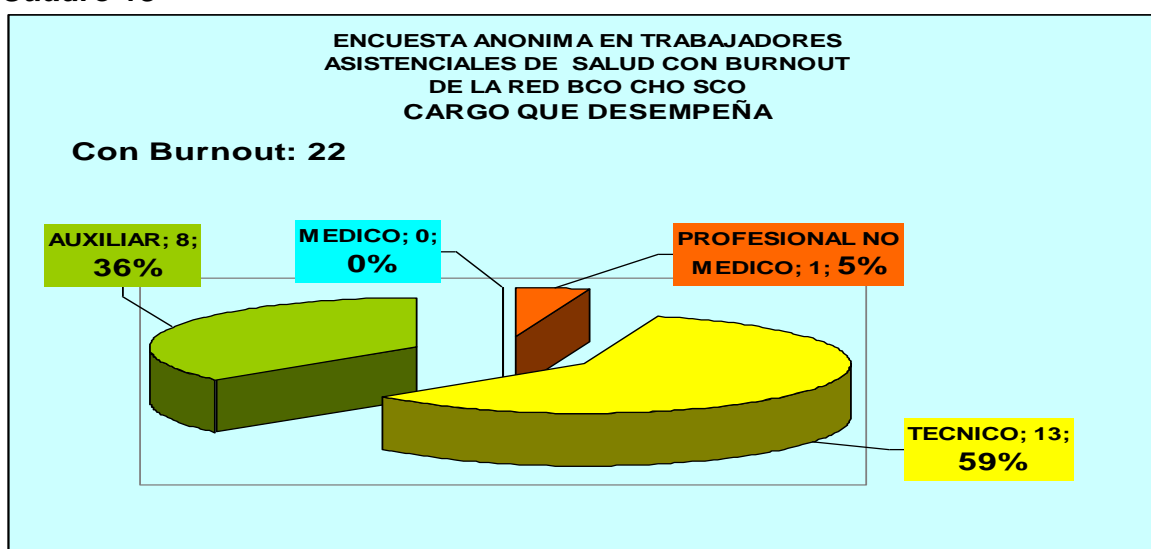


Cuadro 17

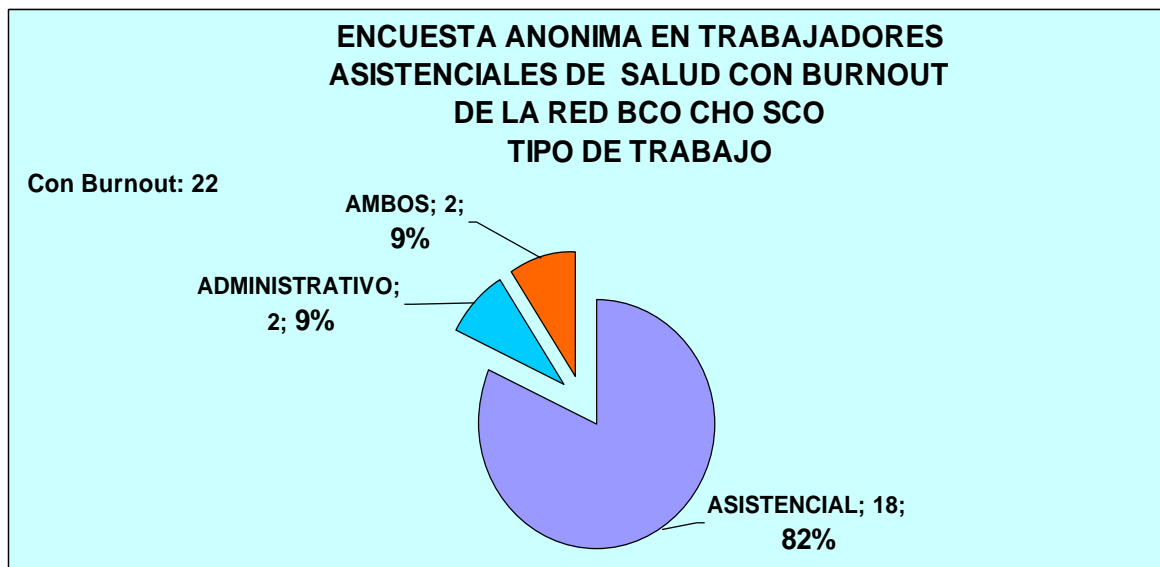


En el área laboral de estas 22 personas encontramos ^(Cuadro 18) **Profesionales no médicos 1 (5%), técnicos 13 (59%) y de auxiliares 8 (36%),** según el **Tipo de Trabajo** que realizan ^(Cuadro 19) encontramos **asistencial 18 (82%), administrativo 2 (9%) y ambos 2 (9%)** según la **Condición Laboral** ^(Cuadro 20) encontramos **nombrados 7 (32%), contratados 14 (63%) y destacados 1 (5%)** en relación a los **Años de Servicio en su Profesión** ^(Cuadro 21) se halló **(1-5 años) 1 (5%) (6 a 10 años) 9 (41%) (11 a 15 años) 5 (23%) (21 a 25 años) 3 (14%) (26 a 30 años) 3 (14%) (31 a 35 años) 1 (5%)** en relación a los **Años de Servicio en el Trabajo Actual** ^(Cuadro 22) se halló **(1-5 años) 1 (5%), (6 a 10 años) 11 (50%), (11 a 15 años) 3 (14%), (21 a 25 años) 4 (18%), (26 a 30 años) 2 (9%) (31 a 35 años) 1 (5%)** en relación al **Número de Trabajos que tienen en la actualidad** ^(Cuadro 23) **un solo trabajo 20 (91%) mas de un trabajo 2 (9%)**

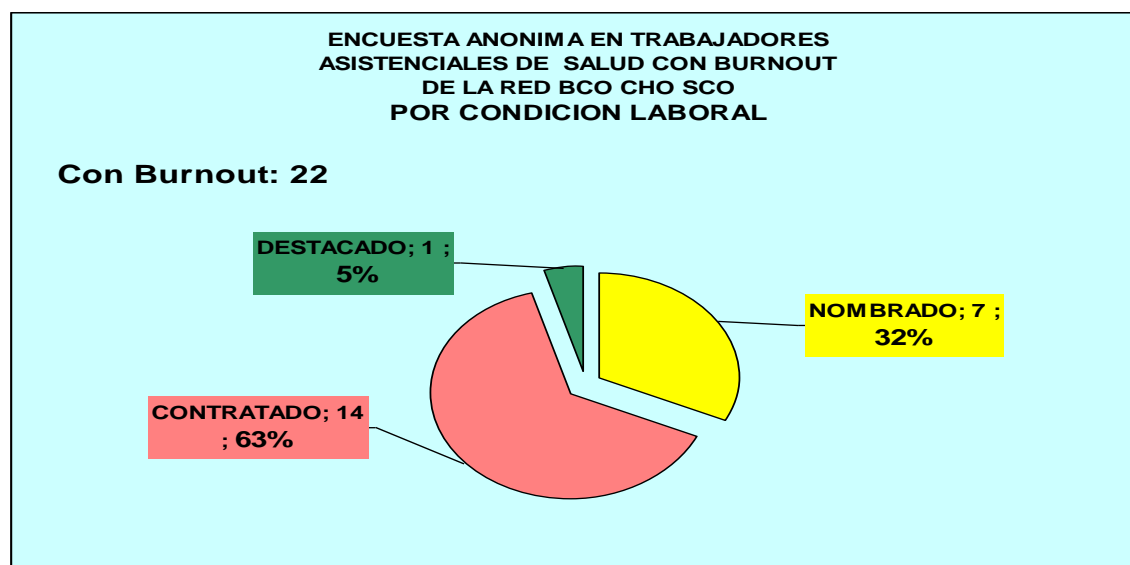
Cuadro 18



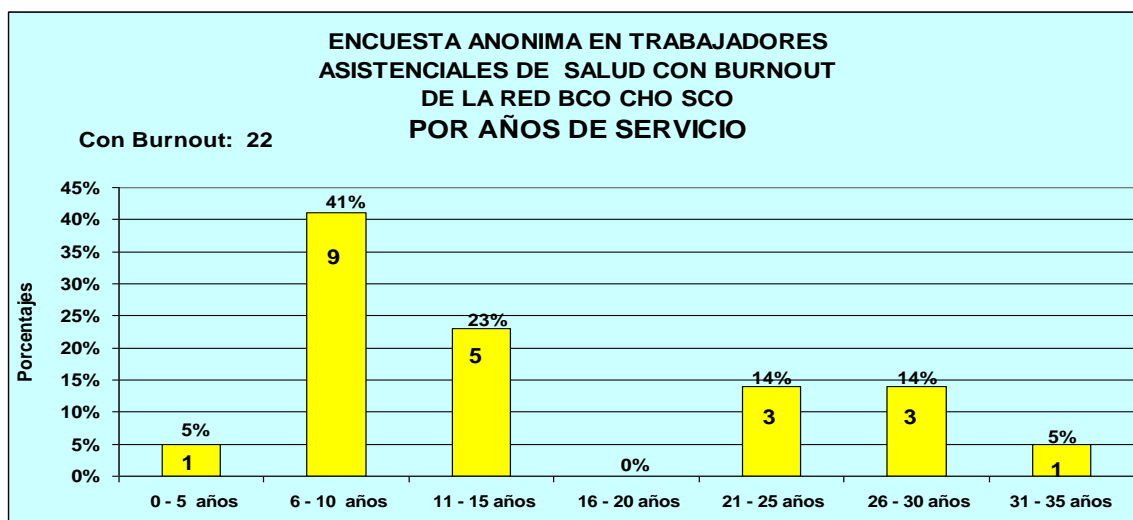
Cuadro 19



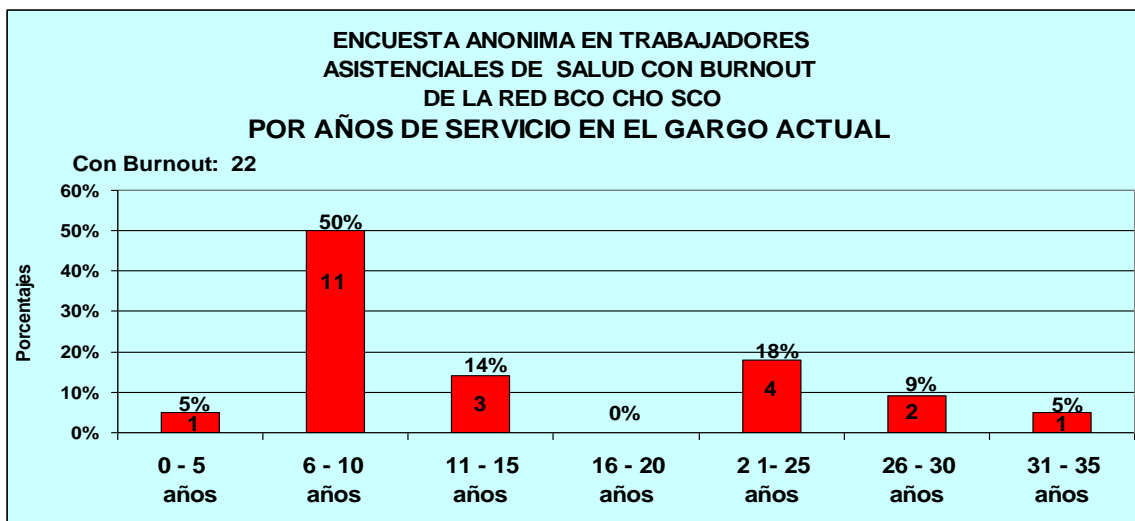
Cuadro 20



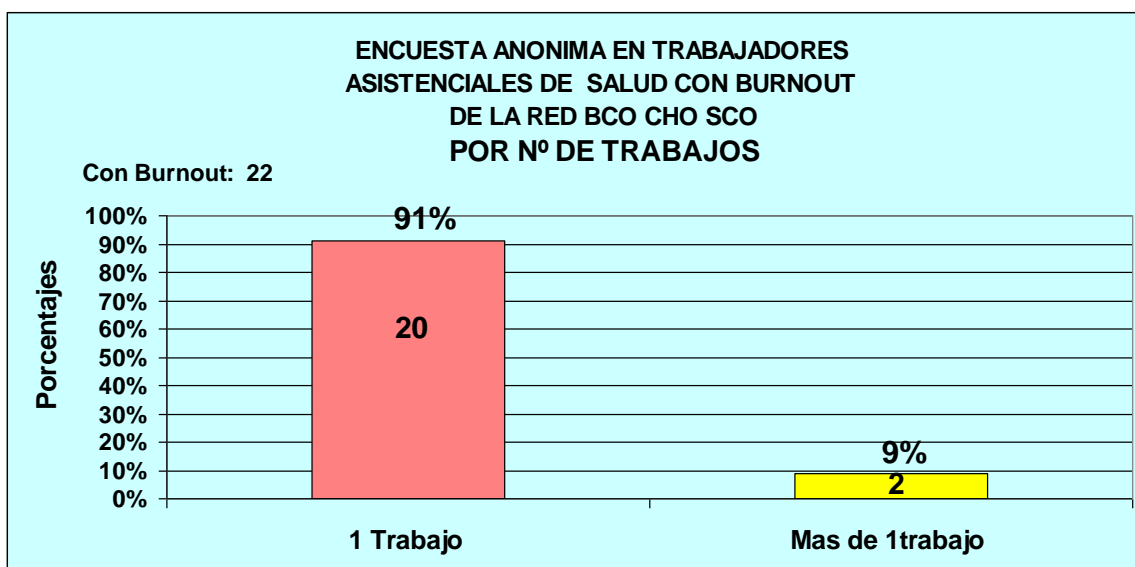
Cuadro 21



Cuadro 22



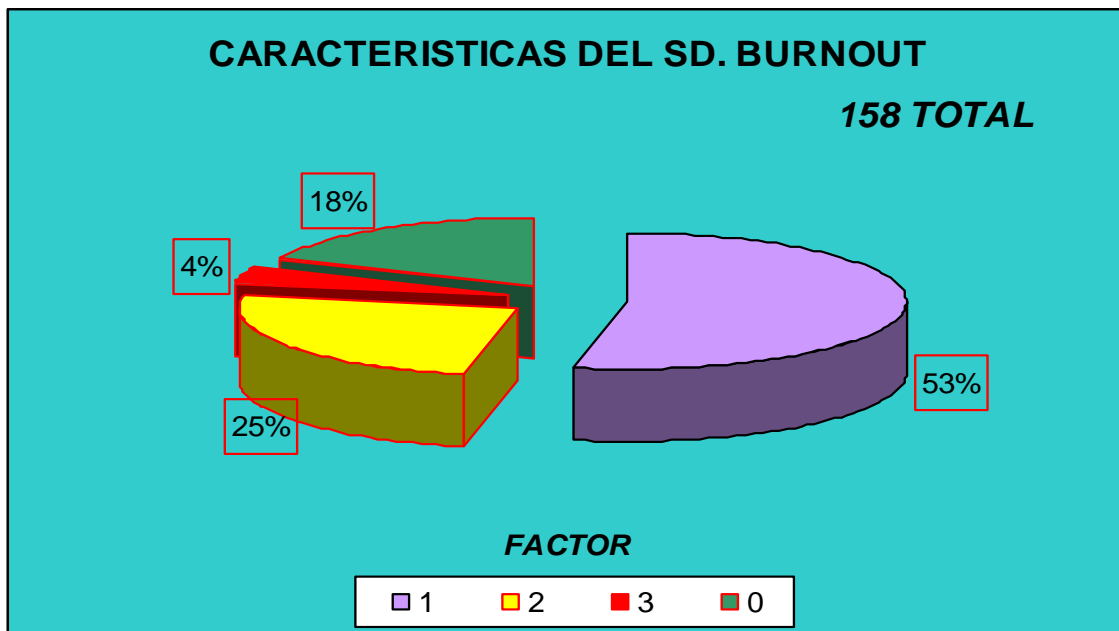
Cuadro 23



Ya habiendo visto a las 22 personas con Burnout, queda una evaluación de los 158 restantes los cuales no cumplían los tres criterios para ser Burnout pero dentro de la evaluación de estos 158 encontramos que hay varias personas afectadas con un **solo factor**, con **dos factores** y hasta con **tres factores**, estos últimos sin llegar al rango de Burnout ^(Cuadro 24) pero estas personas ya presentan niveles medio y altos en uno, dos y tres factores. Y se encontró que solo **18 % (29)** no presenta ningún factor. En cambio con un factor sea **Agotamiento emocional**, **Despersonalización** o **Baja realización personal** hay un **53% (84)** con dos factores que puede ser la combinación de dos de los tres antes mencionados se encontró un **25% (39)** y

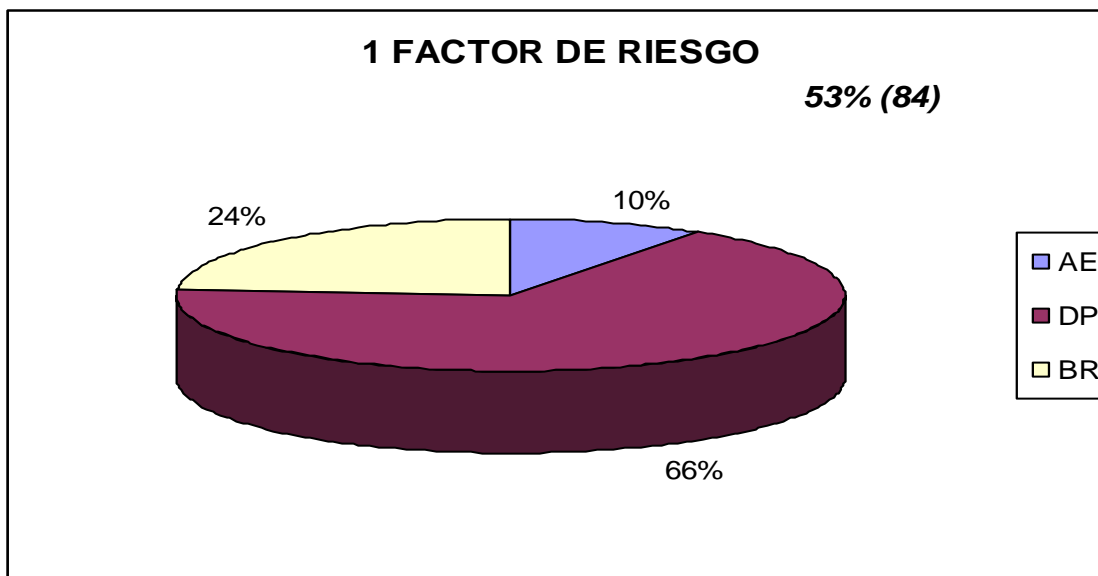
hay un pequeño grupo pero importante que es el 4% (6) que presenta los tres factores, estos no se encuentran en rango de Burnout pero si presentan dos factores en niveles altos y uno en nivel medio, o los tres en nivel medio lo que significa que son personal con alto riesgo de sufrir Burnout.

Cuadro 24

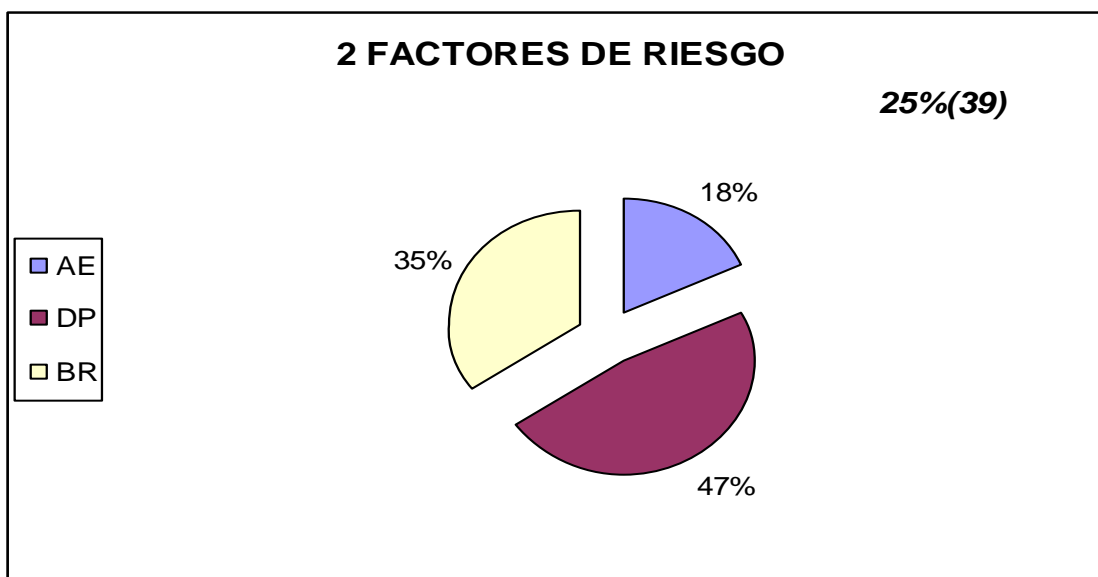


Como se encontró que hay personas con un, con dos y con tres factores, se busco hallar cual era el **factor mas prevalente** en las personas que tenían un solo factor, con dos factores y con tres factores, y se encontró que dentro del **grupo que solo tiene un factor que era el 53%** que ya hemos mencionado **de este porcentaje el 66% presenta Despersonalización** (Cuadro 25), del grupo que tienen **dos factores que es el 25%** de este porcentaje se encontraron **que los dos factores mas importante son la Despersonalización y la Baja Realización Personal con un 47% y 35% respectivamente** (Cuadro 26), dentro del grupo que presenta los **tres factores que son el 4%** se hallo que los tres factores se encuentran en un mismo porcentaje, lo que nos muestra que estas personas tiene presentes en gran media las características para desarrollar el Burnout y que solo faltaría un pequeño estímulo externo o interno para ser considerados Burnout (Cuadro 27)

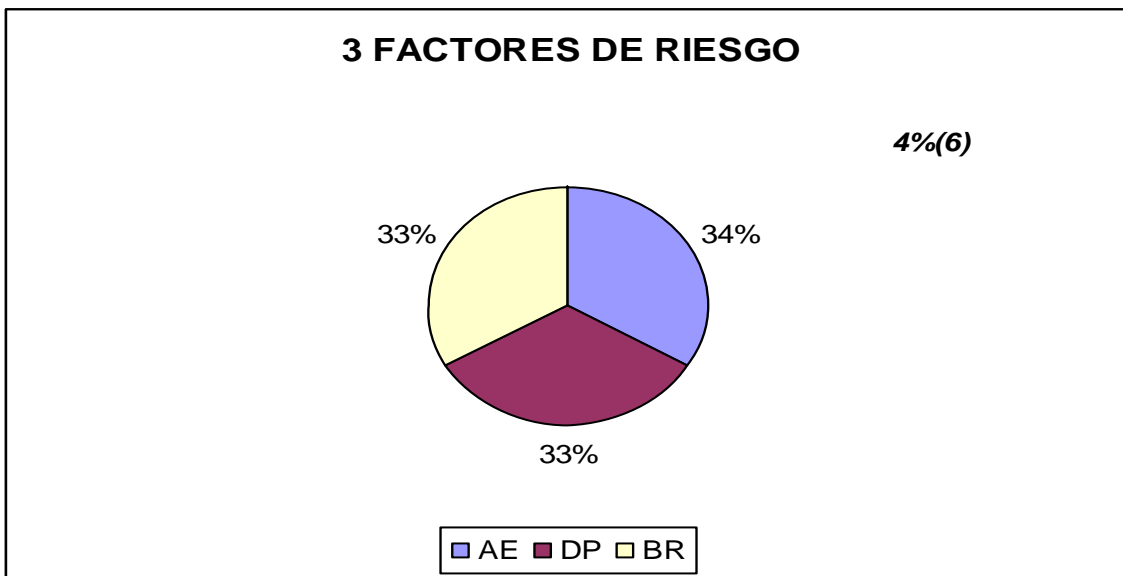
Cuadro 25



Cuadro 26



Cuadro 27

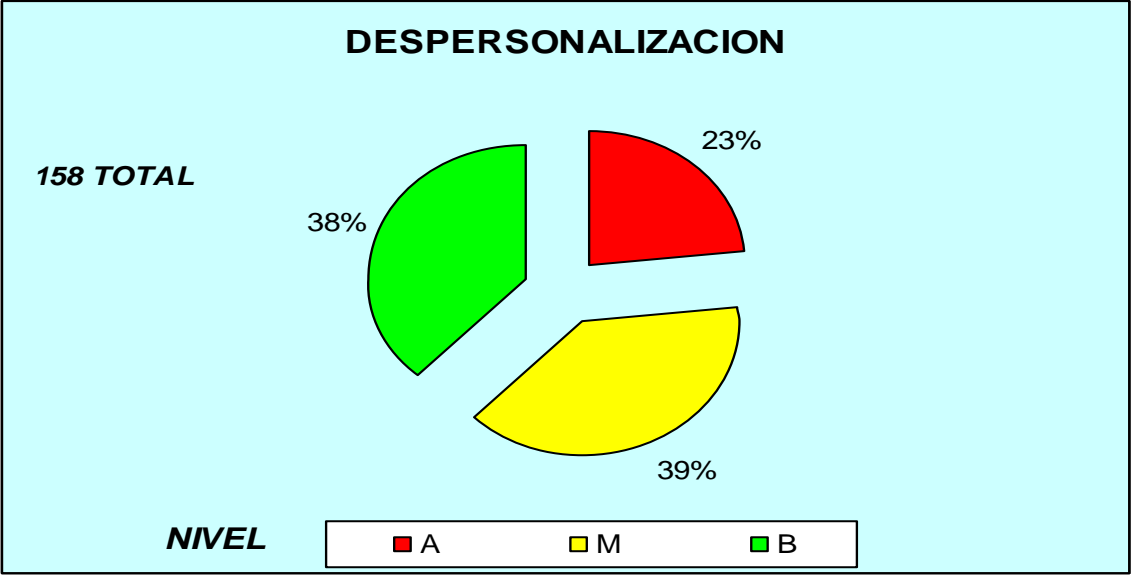


Para observar mejor la **Prevalencia del factor mas importante** para desarrollar el Burnout de los **158** se separo a los factores por sus niveles alto, medio y bajo, considerando a los **niveles altos y medios como alta probabilidad de sufrir Burnout**, se hallo en esta separación que dentro del **Agotamiento Emocional** ^(Cuadro 28) de los **158** el **4%** presenta un nivel alto y un **13%** presenta un nivel medio, dentro del área de **Despersonalización** ^(Cuadro 29) de los **158** el **23%** presento un nivel alto y un **39%** presento un nivel medio en este rubro y dentro del área de **Baja Realización Personal** ^(Cuadro 30) de los **158** encuestados se hallo que el **13%** estaba totalmente disconformes con la labor que realizaban y el **22%** se encontraba en un nivel medio, se puede concluir que el factor predominante dentro de esta población encuestada fue la **despersonalización** presentando porcentajes elevados en ambos niveles.

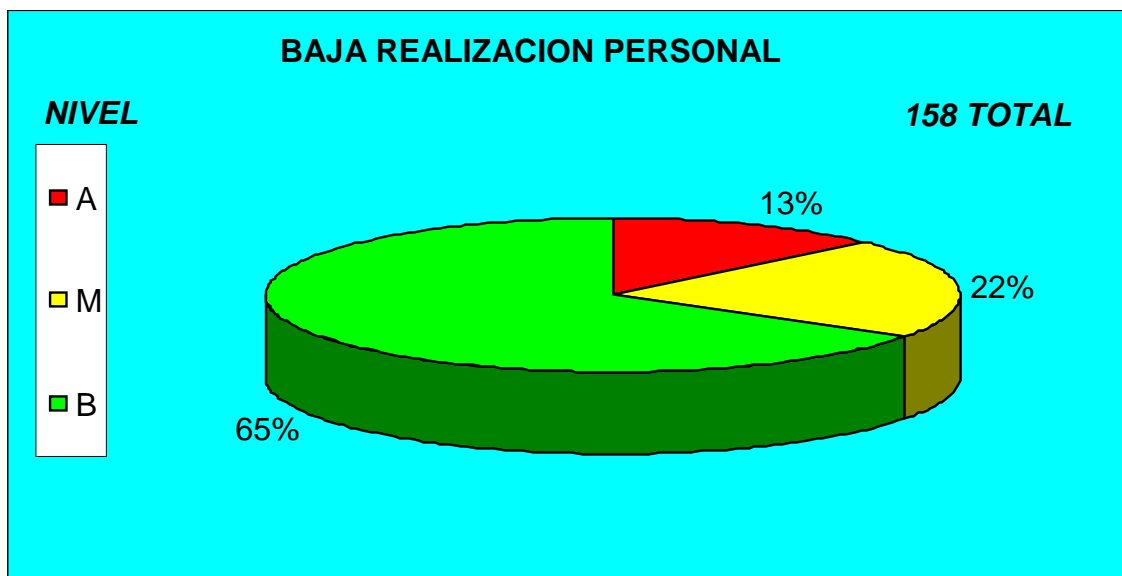
Cuadro 28



Cuadro 29



Cuadro 30

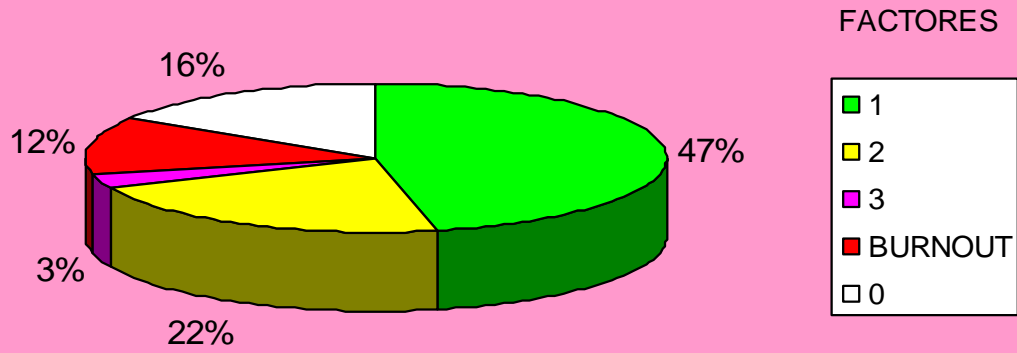


Para finalizar y reuniendo la información de los 180 se puede concluir que existe un **12% (22 personas)** de población estudiada que presenta el **Síndrome de Burnout**, un **72% (129 personas)** de la población que **presenta un, dos o tres características** del Síndrome de Burnout sin padecerlo que presenta un alto de riesgo de sufrir el Burnout dependiendo las condiciones internas y externas que lo rodean y que solo un **16% (29 personas)** no presenta ninguna característica del Síndrome. *(Cuadro 31)*

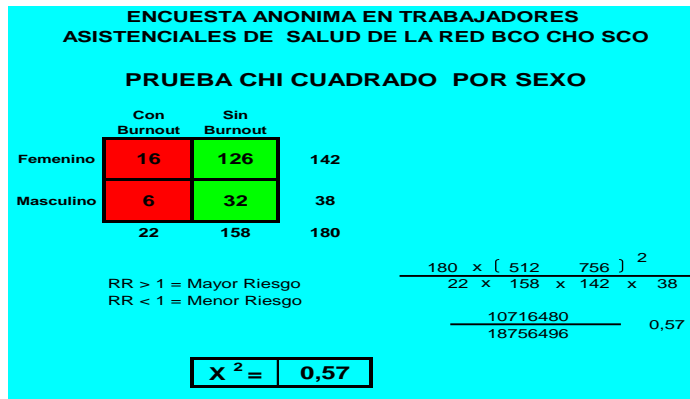
Cuadro 31

OBSERVACION GLOBAL DEL PERSONAL DE SALUD DE LA RED BCO-CHO-SCO

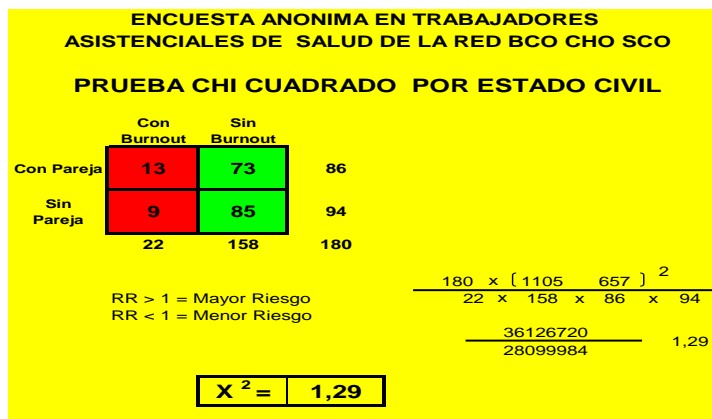
TOTAL 180



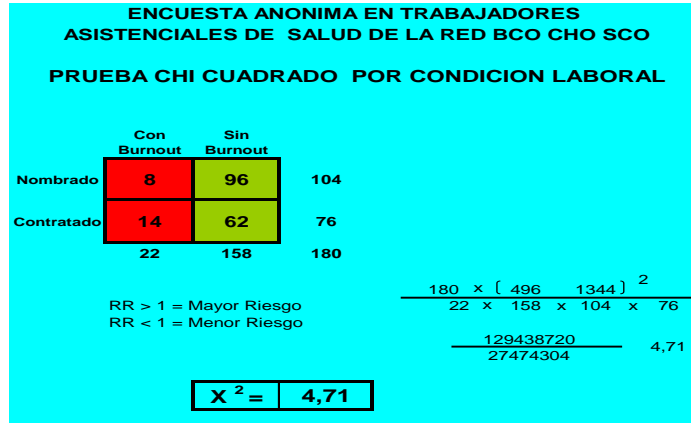
ANÁLISIS UNIVARIADO- Chi cuadrado



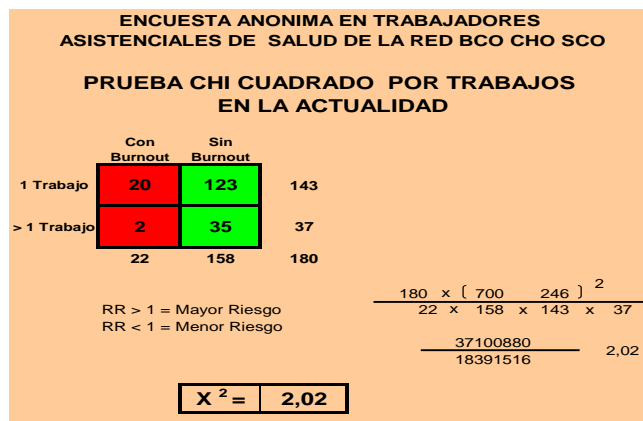
Como observamos en la prueba del Chi cuadrado que se realizo en según el **sexo** el resultado obtenido es de **0.57**, el cual no supera el valor critico utilizado (3.84) por tal motivo no tiene relevancia estadística según esta prueba.



Se realizo la prueba estadística para el **estado civil** considerando con pareja y sin pareja, al aplicar la formula se hallo **1.29** el cual es un valor que no supera el valor critico utilizado por tal motivo, no es significativo estadísticamente.



Se aplico la prueba para la **condición laboral** donde se considero el personal nombrado versus el contratado, y se hallo un Chi cuadrado de **4.71** el cual supera el valor critico, por tal motivo **la condición laboral de contratado** es estadísticamente significativo para desarrollar el síndrome de Burnout



El número de trabajos que realiza el personal de salud, no tiene una significancia estadística después de haber aplicado la prueba del Chi cuadrado, ya que se hallo un valor de 2.02, el cual no supera el valor crítico que manejamos.

ANÁLISIS MULTIVARIADO – SPSS - Cuadro 1

Estudio del Síndrome de Burnout

VARIABLE	Burnout			No Burnout		
	Burnout	%	Sig.	No Burnout	%	Sig.
SEXO						
MASCULINO	6	27.27		32	20.25	
FEMENINO	16	72.73		126	79.75	
EDAD						
20-25	1	4.55		8	5.06	
26-30	2	9.09		17	10.76	
31-35	2	9.09		33	20.89	0.508
36-40	3	13.64		28	17.72	
41-45	5	22.73	0.4	23	14.56	
46-50	4	18.18		18	11.39	
51-55	3	13.64		11	6.96	
56-60	1	4.55		14	8.86	
61-65	1	4.55		3	1.90	
MAS 65	0	-		3	1.90	
ESTADO CIVIL						
CON PAREJA	9	40.91		85	53.80	0.178
SIN PAREJA	13	59.09	0.831	73	46.20	
Nº DE HIJOS						
0 A 2	15	68.18	3.119	128	81.01	2.7273
3 A 4	6	27.27		25	15.82	
5 a 6	1	4.55		4	2.53	
mas de 6	0	-		1	0.63	
CARGO						
MEDICO	0	-		28	17.72	
PROFESIONAL NO MEDICO	1	4.55		42	26.58	
TECNICO	13	59.09	0.272	66	41.77	0.685
AUXILIAR	8	36.36	0.251	22	13.92	
TIPO						
ASISTENCIAL	18	81.82	0.656	99	62.66	
ADMINISTRATIVO	2	9.09		31	19.62	
AMBOS	2	9.09		28	17.72	

ANÁLISIS MULTIVARIADO – SPSS – Cuadro 2

Estudio del Síndrome de Burnout

CONDICION LABORAL	Burnout	%	Sig.	No Burnout	%	Sig.
CONTRATADO	14	63.64	0.725	62	39.24	
NOMBRADO	8	36.36		96	60.76	0.322
TIEMPO DE SERVICIO	Burnout	%	Sig.	No Burnout	%	Sig.
1-5 AÑOS	1	4.55		39	24.68	
6-10AÑOS	9	40.91	0.284	41	25.95	
11-15AÑOS	5	22.73	0.262	30	18.99	
16-20AÑOS	0	-		15	9.49	
21-25AÑOS	3	13.64		17	10.76	
26-30AÑOS	3	13.64		14	8.86	
31-35AÑOS	1	4.55		2	1.27	
TIEMPO EN TRABAJO ACTUAL	Burnout	%	Sig.	No Burnout	%	Sig.
1-5 AÑOS	1	4.55		69	43.67	
6-10AÑOS	11	50.00	0.177	38	24.05	
11-15AÑOS	3	13.64		20	12.66	
16-20AÑOS	0	-		12	7.59	
21-25AÑOS	4	18.18		11	6.96	
26-30AÑOS	2	9.09		7	4.43	
31-35AÑOS	1	4.55		1	0.63	
Nº DE TRABAJOS	Burnout	%	Sig.	No Burnout	%	Sig.
1	20	90.91	0.248	123	77.85	
MAS DE 1	2	9.09		35	22.15	

Relación entre variables sociodemográficas y Burnout

Las variables sociodemográficas en relación con la edad, el estado civil, el numero de hijos, la relación con el cargo que desempeñan, en relación al tipo de trabajo, la condición laboral, el tiempo de servicio, el tiempo en el trabajo actual, y solo tener un trabajo resultaron estadísticamente significativos ($p < .05$) al realizar el análisis Multivariado. Los factor de riesgo importantes hallados a través del análisis Multivariado fueron la edad entre 41 a 50 años, Estado civil sin pareja, de 0 a 2 hijos, ser técnico y/o auxiliar, tipo de trabajo asistencial, con una condición laboral de contratado, el tiempo de servicio de 6 a 15 años, con un tiempo en el trabajo actual de 6 a 10 años, y solo tener un trabajo

5. DISCUSIÓN

El siguiente estudio ha tratado de ser un estudio pionero en el área de atención primaria de la salud en el Perú, recogiendo información del primer escalón de la salud que esta en contacto directo con la población en forma constante, sabemos que en el Perú no se han hecho trabajos similares, hay otros que se han hecho como los de Gomero Cuadra Raúl y Col ⁽²⁾, Dueñas y Col ⁽³⁾ donde se investiga al personal de salud dentro de un hospital y en sus diversa áreas, estos trabajos se ha encontrado un bajo porcentaje del síndrome de Burnout, pero que no refleja a toda la población de profesionales de la salud involucrados en nuestro país, hay que resaltar que ninguno ha investigado al personal de salud de atención primaria, y menos en una red de salud.

Cabe mencionar que a nivel internacional se ha realizado multiples estudios, en diversas áreas donde si se menciona al personal de salud de atención primaria, dándole la debida importancia por su interrelación tan cercana con los pacientes y tomando en cuenta en algunos casos los recursos e insumos que son insuficientes para satisfacer la demanda de la población.

En el siguiente estudio fue de tipo descriptivo, transversal y observacional, la población seleccionada se escogió en forma aleatoria simple, respetando la proporcionalidad, de los diferentes grupos involucrados, la muestra fue de 180 personas de los cuales el 12% (22 personas) presentan Burnout siendo este el mismo porcentaje que se encuentra en el estudio realizado en España por Sos Tena y Col ⁽⁵⁾ donde su estudio encontró una Prevalencia del 12% en profesionales de salud de atención primaria, además en este estudio se resalta el alto de porcentaje de mujeres con este síndrome, y cuyo dato también se destaca en nuestro trabajo con un alto porcentaje, siendo este del 73% y también este dato es mencionado en el trabajo de Sandoval y Col ⁽⁹⁾ y Anaya Aceves y Col. ⁽¹¹⁾ donde también menciona la Prevalencia del sexo femenino, siendo una constante en estos tres trabajos.

En los trabajos revisados que tenemos como antecedentes en nuestro país se inician con el de Gomero Cuadra y Col. ⁽²⁾ que a diferencia del nuestro hubo una previa sensibilización de la población, que nosotros no realizamos pues se respeto en todo momento evitar mencionar el término de Burnout y/o quemado, que pudieran interferir

en los encuestados, tal como se menciona en el manual del MBI, en el estudio realizado por Dueñas y Col. ⁽³⁾ utiliza una población mas grande de dos instituciones distintas como es ESSALUD y MINSA cabe destacar que este trabajo no encuentra personal con el Síndrome de Burnout pero si se destaca en este estudio que la población de los profesionales de la salud de las áreas periurbanas donde no se halló Burnout se encontró un alto porcentaje de Despersonalización y como también lo menciona Grau y Col.⁽⁴⁾ donde en su trabajo tampoco haya Burnout pero destaca el alto índice de Despersonalización el cual también es muy similar en nuestro trabajo donde nosotros hayamos un 23% de despersonalización en un nivel alto en la población sin Burnout.

Cabe resaltar los trabajos realizados exclusivamente en médicos dentro de nuestra bibliografía que son los de Paredes y Sanabria ⁽¹⁵⁾ y el de Borda Pérez ⁽⁷⁾ donde encuentran una Prevalencia del Síndrome de Burnout de un 12% y un 9% respectivamente siendo los primeros residentes de cirugía, y los segundos internos de medicina y como se observa en primer lugar el síndrome de Burnout tiene prevalencias muy variables que pueden llegar al 42% como lo menciona Aranda Beltrán y Col. ⁽⁸⁾ y a veces hasta mas, como lo refiere Mingote Adán y Col. ⁽⁶⁾ además se ve que el Síndrome de Burnout no es estático sino es dinámico aunque en nuestro estudio no hubo personal medico con Burnout hay un gran numero que tienen uno, dos o tres factores ya sea con agotamiento emocional, Despersonalización y/o falta realización personal en niveles altos y medios que lo predisponen para desarrollar Burnout.

Otro de los estudios importantes que corroboran nuestros resultados son los realizados por Sandoval y Col.⁽⁹⁾ En el Hospital de Yumbel donde toma la población medica y no medica muy similar a nuestra población estudiada, donde no se haya una Prevalencia significativa de Burnout pero si una alta tendencia a padecerlo como también se observa en nuestro trabajo donde la parte de la población sin burnout pero en riesgo presentan uno, dos y tres factores en un 82% con niveles altos y medios que representa una población que puede desarrollar Burnout dependiendo las condiciones internas y externas que lo rodean, además este estudio destaca la Prevalencia del sexo femenino ^{(5) (9) (11)} como ya se ha mencionado anteriormente, este trabajo también destaca una característica que es la edad que esta entre los 24 y 40 años de edad destacándola como una constante dentro de la población en riesgo y si observamos en

nuestro resultados encontramos que nuestra población afectada presenta un rango de edad que va desde los 36 hasta los 50 años de edad, aunque nuestro rango de edad es un poco mas alto, con respecto a este autor coincide con otro que es Anaya Aceves y Col.⁽¹¹⁾ donde menciona un rango de edad entre los 41 y 49 años de edad, entonces encontramos que una gran parte de nuestro personal afectado coincide con la bibliografía descrita por estos dos autores. Además Sandoval y Col. ⁽⁹⁾ refiere que encuentra un alto porcentaje soltero(a) lo que también se observa en el trabajo de Aranda Beltrán y Col. ⁽⁸⁾ y que nosotros también observamos en nuestro trabajo con un 54%. En relación con el tiempo de servicio ambos autores ⁽⁹⁾ ⁽¹¹⁾ dan un rango inferior a 15 años como el factor mas resaltante, y podríamos mencionar el trabajote Grau y Col. ⁽⁴⁾ el cual hace hincapié sobre este ítem, el cual es visible en nuestro resultados ya que la población afectada con Burnout en un alto porcentaje (50%) tiene un tiempo de servicio entre 6 a10 años.

Cabe mencionar que los análisis estadísticos que se realizaron en el siguiente trabajo confirman lo descrito por muchas de las investigaciones revisadas, donde se destaca que las variables sociodemográficas tienen influencia en el desarrollo del Síndrome de Burnout. En nuestra análisis se destaca que la edad entre 41 a 50 años es un factor de riesgo asociado, así como lo menciona Sandoval y Col.⁽⁹⁾ y se explicaría debido a que el síndrome se inicia en una edad temprana pero se manifiesta a lo largo de los años.

En nuestro análisis también se resalta el estado civil donde las personas que están solas o sin pareja es un factor de riesgo asociado y que es corroborado por los trabajos de Aranda Beltrán y Col⁽⁸⁾ y Sandoval y Col⁽⁹⁾, parece que las personas sin pareja tienen mayor cansancio emocional, debido que frente a las adversidades las personas sin pareja no tengan el apoyo emocional frente a las adversidades, que es diferente en las personas con pareja que tienen un cierto grado de apoyo y desahogo

Dentro del ámbito laboral se observa la relación del síndrome con el tiempo de servicio de 6 a 15 años y con el tiempo en el trabajo actual de 6 a 10 años, esto lo menciona Grau y Col ⁽⁴⁾ Sandoval y Col ⁽⁹⁾ Anaya Aceves y Col.⁽¹¹⁾, es importante resaltar este hallazgo debido a que la literatura menciona como el punto de partida de dos etapas importantes, la primera, es la etapa de adaptación a la situación laboral en la que está viviendo el personal de salud y se adapta creando mecanismo de defensa frente al estrés y una segunda etapa que es el comienzo del Síndrome de Burnout

Debemos tener en cuenta que dentro del análisis realizado sobresalen dos variables que la literatura menciona en forma muy importante como factores de riesgo asociados. Tenemos en primer lugar el tener un solo trabajo y es lógico pensar que esto provoca un tipo de estrés debido al temor de perder su único trabajo lo que afectaría gravemente su economía. Y en segundo lugar tenemos la condición laboral de contratado que hace que el personal de salud aun más vulnerable pues no tiene la estabilidad laboral necesaria.

Ser personal técnico y/o auxiliar es otro factor de riesgo asociado que se encuentra en nuestro análisis y tendría relación con la falta de realización personal debido a que muchos de estos trabajadores no realizan las funciones para las que ellos se prepararon o capacitaron y sus trabajos son subvaluados.

Cabe destacar que el Síndrome de Burnout es un estrés crónico laboral asociado al servicio del prójimo y esto queda confirmado con el análisis que se realizó en nuestro trabajo donde el trabajo asistencial es estadísticamente significativo como factor de riesgo asociado.

Podemos finalizar diciendo que todos los estudios revisados tienen un aporte importante en nuestro trabajo y que resalta la veracidad de los resultados ya que los resultados obtenidos son comparables y en muchos casos similares o iguales a los hallados por otros autores habiéndose realizado en distintos lugares y diferentes años, pero cabe mencionar que aun existe mucha controversia con respecto a los factores de riesgo que pueden desencadenar el Síndrome de Burnout, lo que hace aun más difícil poder crear técnicas de prevención. Al observar los resultados vemos que no solo es un o dos factores de riesgo, hay muchos que a su vez pueden ser intrínsecos e

inmodificables, y que depende de la misma persona poder crear métodos de adaptación frente a estos estresores para poder sobrellevarlos y poder trabajar sobre los factores extrínsecos que son mas accesibles y modificables, por ultimo se debe señalar que no se ha podido comparar nuestro trabajo con otro similar en nuestro país pues no se ha encontrado en la literatura revisada pero que sus resultados podrán ser utilizados para futuras investigaciones teniendo como base una primera observación al trabajo realizado.

6. CONCLUSIONES

1. La Prevalencia del Síndrome de Burnout en la población estudiada de la Red de Salud de Barranco Chorrillos y Surco es del 12%
2. Factor de riesgo importante hallado a través del análisis estadístico del Chi Cuadro es la condición laboral de Contratado
3. Los factor de riesgo importantes hallados a través del análisis Multivariado fueron la edad entre 41 a 50 años, Estado civil sin pareja, de 0 a 2 hijos, ser técnico y/o auxiliar, tipo de trabajo asistencial, con una condición laboral de contratado, el tiempo de servicio de 6 a 15 años, con un tiempo en el trabajo actual de 6 a 10 años, y solo tener un trabajo
4. El perfil de riesgo que se puede mencionar con los hallazgo observados es que el personal en riesgo seria: soltero(a), con 1 hijos, técnico y/o auxiliar, con un rango de edad de 41 a 50 años, contratado, con un tiempo de servicio de 6 a 15 años, con un tiempo en su trabajo actual de 6 a 10 años y con un solo trabajo.
5. La despersonalización ha sido dentro de las tres características del Burnout la característica más resaltante dentro del grupo estudiado.
6. Existen un 72% de la población estudiada que presenta una, dos o tres características del Síndrome de Burnout sin padecerlo que tienen el riesgo de sufrir Burnout dependiendo las condiciones internas y externas que lo rodean.
7. Existe un 3% de la población estudiada que presenta los tres factores en niveles altos y medios, siendo esta una población con alto riesgo de padecer Burnout
8. Solo el 16% de la población estudiada no presenta ninguna característica del Síndrome de Burnout.

7. RECOMENDACIONES

1. Se sugiere la contratación de un Medico Psiquiatra para la red de salud de Barranco-Chorrillos- Surco
2. Evaluación psiquiátrica antes de ser contratado o nombrado dentro de la red de salud de Barranco- Chorrillos- Surco
3. Evaluación psiquiátrica anual al personal contratado y nombrado dentro de la red de salud de Barranco- Chorrillos- Surco
4. Apoyo Psiquiátrico y psicológico a todo el personal de salud de la red de salud de Barranco- Chorrillos- Surco
5. Presentar informes a la Dirección Ejecutiva en forma mensual y anual de las evaluaciones Psiquiátricas que se realicen al personal de salud de la red de salud de Barranco- Chorrillos- Surco
6. Los informes presentados a la Dirección Ejecutiva en forma mensual y anual deben contener las recomendaciones necesarias para ser ejecutadas.
7. Talleres de actividades grupales (recreativas y culturales)
8. Fomentar la unión familiar de los trabajadores de salud de la red de salud de Barranco- Chorrillos- Surco
9. Fomentar el trabajo en equipo dentro de la red de salud de Barranco- Chorrillos- Surco
10. Fomentar la participación activa y coordinada del área social con el área de recursos humanos para resolver los conflictos internos y desarrollar programas de autoayuda
11. Brindar una estabilidad laboral al personal contratado a través de algunos beneficios laborales
12. Permitir el desarrollo personal y profesional de los trabajadores dentro del ámbito para el cual han sido preparado y capacitados.
13. Fomentar las sugerencias de los trabajadores y tomarlas en cuenta.
14. Las personas que tiene entre 41- 45 años de edad y que tiene un tiempo de servicio entre 6-15 años deben tener todo el apoyo necesario por parte del área de Psiquiatría y Psicología de la red de salud de Barranco- Chorrillos- Surco

15. A las instituciones formadoras de recursos humanos en salud se les sugiere crear departamentos de salud mental que apoyen a los estudiantes durante su vida estudiantil y pre-profesional

8. BIBLIOGRAFIA

1. Ortega Ruiz, Cristina y López Ríos², Francisca. **El *burnout* o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas.** International journal of clinical and health psychology ISSN 1576-2329, 2004, Vol. 4, N°1, pp 137-160.
2. Gomero Cuadra, Raúl, Palomino Baldeon, Juan, Ruiz Gutierrez, Fermín *et al.* **El Síndrome de Burnout en personal sanitario de los hospitales de la empresa minera de Southern Perú Copper Corporation: estudio Piloto.** *Rev Med Hered*, oct./dic. 2005, vol.16, no.4, p.233-238. ISSN 1018-130X.
3. Dueñas, Milagros, Merma, Luzbenia y Ucharico, Richard. **Prevalencia de Burnout en médicos de la ciudad de Tacna.** *CIMEL*, 2003, vol.8, no.1, p.34-38. ISSN 1680-8398.
4. Grau, Armand, Suner, Rosa, Garcia, María M. *et al.* **Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales.** *Gac Sanit.* 2005, vol. 19, no. 6 [citado 2007-11-27], pp. 463-470.
5. Sos Tena P., Sobrequés Soriano J., Segura Bernal J., Manzano Mulet E., Rodríguez Muñoz C., García García M. *et al.* **Desgaste profesional en los médicos de Atención Primaria de Barcelona.** *Medifam.* 2002 Dic [citado 2007 Nov 27]; 12(10): 17-25.
6. Mingote Adán JC, Moreno Jiménez B, Gálvez Herrer M. **[Burnout and the health of the medical professionals: review and preventive options]** *Med Clin (Barc).*Sep. 2004; 4;123(7):265-270
7. Borda Mariela, Pérez Mariela, Navarro Lechuga, Edgar, Aun Aun, Erick Berdejo Pacheco, Harold, Racedo Rolón, Karen, Ruiz Sará, Jenifer. **Síndrome de Burnout en estudiantes de internado del Hospital Universidad del Norte.** *Salud Uninorte: Revista de la Division de Ciencias de la Salud* jun 2007 Vol.23 No.1 jun 2007, Pág. 43-51. ISSN 0120-5552

8. Aranda Beltran, Carolina, Pando Moreno, Manuel, Torres-Lopez, Teresa *et al.* **Factores psicosociales y síndrome de burnout en médicos de familia. México.** *An. Fac. med.*, Sep. 2005, vol.66, no.3, p.225-231. ISSN 1025-5583
9. Sandoval Carmona, Carmen; Sanhueza Acuña, Luis; Borjas Sepúlveda, Rodrigo; González Sanhueza, Pablo; Odgers Ascencio, Claudia; Najafzadeh-Tabrizi, Sahba Sedaghat. **Síndrome de Burnout en el personal profesional del Hospital de Yumbel.** *Cuad. méd.-soc.* (Santiago de Chile); Dic.2006 Vol. 46, N° 4, Pág.:268-273,
10. Casado Moragón, Ángela, Muñoz Durán, Gema, Ortega González, Natalia y Castellanos Asenjo, Alberto. **Burnout en profesionales de los servicios paliativos, intensivos y urgencias de un gran hospital.** *Med Clin (Barc).* 2005; 124::554-556
11. Anaya Aceves, Jorge Luis, Ortiz García, Alma Corina, Panduro Vargas Danelia Regina y Ramírez Rodríguez, Gabriela. **Síndrome de «quemazón» (burnout) en médicos familiares y asistentes médicos.** *Aten Primaria.* 2006; 38::467-472.
12. Sosa Oberlin, Evelyn Noelia. **Frecuencia de los síntomas del síndrome de Burnout en profesionales médicos.** *REV. MÉD. ROSARIO* 2007; 73: 12 - 20,
13. Niño García, Pilar, Bousquets Toral, Leandro. **“Síndrome de desgaste profesional (Burnout) en personal sanitario de una consulta especializada de enfermos crónicos del Hospital Central de Asturias”**
http://www.gruposinerco.com/ergonomia/congresos/2005/comunicaciones/sindrome_sanitario.pdf
14. Padilla, Carlos Almendro y de Pablo González, Rafael Plataforma diez minutos articulo **EL Síndrome de Burnout,**
Enero2001 <http://www.diezminutos.org/INDEX.html>
15. Paredes G Olga L Sanabria-Ferrand Pablo A. **Prevalencia del síndrome de burnout en residentes de especializadades médio quirúrgicas, su relación con el bienestar psicológico y con variables sociodemográficas y laborales.** *Rev. Med.* Dic. 2008 [cited 2009 Feb 18] ; 16(1): 25-32.

16. Marine A, Ruotsalainen J, Serra C, Verbeek J. **Prevención del estrés laboral en los trabajadores de la atención sanitaria** (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
17. Rios, Moisés; Williams, Billy. Anteproyecto de tesis: **Prevalencia y factores asociados en profesionales Serums de la Red de servicios de salud Huamanga. Ayacucho, Universidad Peruana Union 2006. 22p**
18. Freudenberger H. **Staff Burnout**. Journal of Social Issues. 1974; 30:159-165.
19. Maslach C. **Burned out. Human Behavior**. 1976; 59:16-22
20. Maslach C, Jackson S, Leiter M. **Burnout inventory Manual**. 3rd edition. Palo Alto: California; 1996
21. Goncalves Estella, J. Aizipira Diaz, J. Barbado Alonso, P. Cañones Garzon, A. Fernandez Camacho, J. Rodrigue Sendin, I. De La Serna De Pedro, J.M. Solla Camino F. **Síndrome de Burnout en el Medico General** Articulo de Habilidades en salud mental Medicina general 2002; 43: 278-283
22. Pardo Álvarez J, López Herrero F, Moriña Macías M, Pérez Collado M, Freire Pérez P, Fernández Leal R **¿Estamos Quemados en Atención Primaria?** Medicina de Familia (And) Noviembre 2002; 3; 245-250.
23. Aguayo-Mazzucato Cristina, **Estrés**, Enciclopedia libre Wikipedia Nov, 2008, <http://es.wikipedia.org/wiki/Estr%C3%A9s>
24. Cesco Paolo. **Tipos de Estrés**. Articulo de En Buenas Manos Salud y Terapias Naturales. (2007) - Canadian Institute of Stress – Hans Selye Foundation <http://www.enbuenasmanos.com/articulos/muestra.asp?art=1640>, http://www.estres-bienestar.com/pdf/web_los_6_tipos_de_estres.pdf

25. Lyle H. Miller, Ph.D., y Alma Dell Smith, Ph.D. 2007 Asociación Americana de Psicología Adaptado de **The Stress Solution**
<http://www.centrodeapoyoapa.org/articulos/pdf.php?id=21>

9. ANEXOS

Encuesta anónima sobre su labor profesional

Es un gusto saludarle y agradecerle anticipadamente por su valiosa colaboración en esta encuesta anónima donde solo tendrá que responder unas preguntas de como se ha sentido en su trabajo, con solo marcar con un "X" en el casillero que corresponda.

- 1) Edad _____
- 2) Sexo M () F ()
- 3) Estado civil: SOLTERO () CASADO () CONVIVIENTE ()
DIVORCIADO () VIUDO ()
- 4) Número de hijos: _____
- 5) Cargo que desempeña: PROFESIONAL MEDICO ()
PROFESIONAL NO MEDICO ()
TECNICO () AUXILIAR ()
- 6) Tipo de trabajo: ASISTENCIAL () ADMINISTRATIVO () AMBOS ()
- 7) Condición laboral: NOMBRADO () CONTRATADO ()
DESTACADO ()
- 8) TIEMPO DE SERVICIO TOTAL (EN AÑOS) _____
- 9) TIEMPO EN SU TRABAJO ACTUAL (EN AÑOS) _____
- 10) ¿CUÁNTOS TRABAJOS TIENE EN LA ACTUALIDAD? _____

Padeció o padece usted alguna de estas enfermedades (puede marcar mas de una si así lo desea según sea su caso)

- Tuberculosis en cualquiera de sus presentaciones () Hipotiroidismos ()
Anemia ()
Enfermedades virales como Hepatitis A () Hepatitis B () VIH ()
Depresión () y/o a usado antidepresivos ()

AL REVERSO DE LA HOJA ENCONTRARA UN CUADRO EL CUAL DEBE LLENAR CON UNA "X" SOBRE EL RECUADRO QUE MEJOR LE PAREZCA DE ACUERDO A CADA PREGUNTA.

Preguntas	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 DIAS
¿Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo?							
¿Estoy cansado al final de la jornada de trabajo?							
¿Me encuentro fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar?							
¿Comprendo fácilmente como se siente los pacientes?							
¿Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales?							
¿Trabajar todo el día con la gente es un esfuerzo?							
¿Trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes?							
¿Siento que mi trabajo me esta agotando?							
¿Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de las personas?							
¿Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión?							
¿Me preocupa que este trabajo me endurezca emocionalmente?							
¿Estoy con mucha energía en mi trabajo?							
¿Me siento frustrado en mi trabajo?							
¿Creo que estoy trabajando demasiado?							
¿Realmente no me preocupa lo que les ocurra a mis pacientes?							
¿Trabajar directamente con personas me produce estrés?							
¿Puedo crear con facilidad un clima agradable y relajado con mis pacientes?							
¿Me siento estimulado después de haber trabajado con mis pacientes?							
¿He conseguido muchas cosas valiosas en este trabajo?							
¿Me siento acabado?							
¿En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma?							

¿Siento que los pacientes me culpan por alguno de sus problemas?

--	--	--	--	--	--	--	--

GRAFICO 1

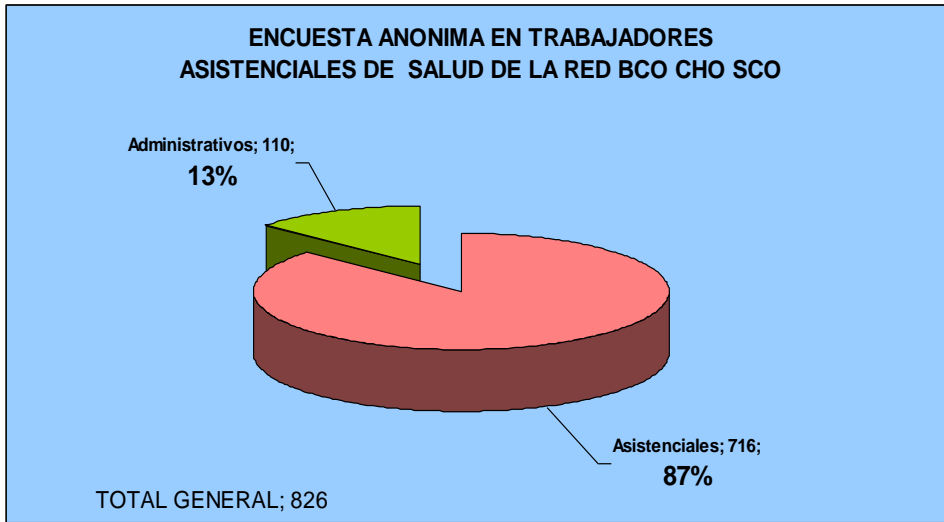


GRAFICO 2

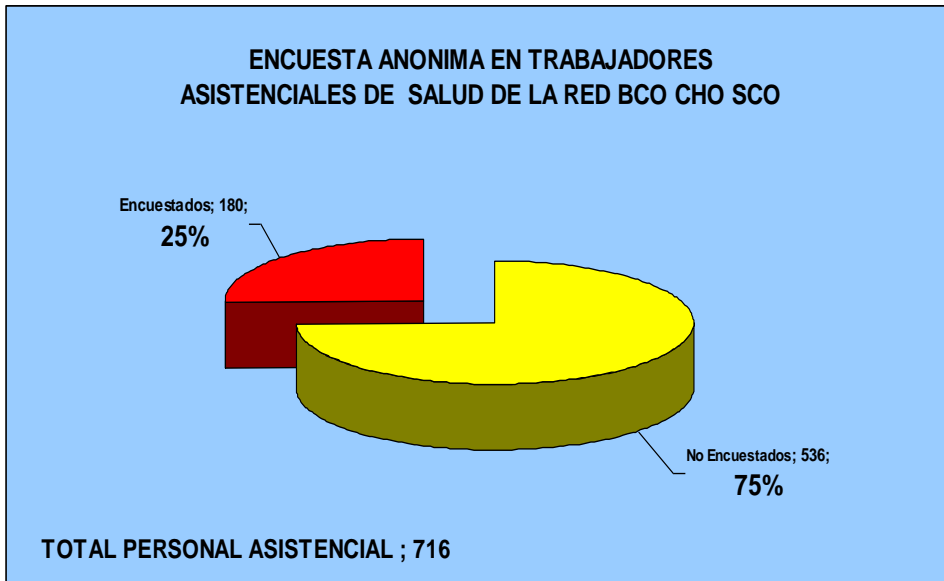


GRAFICO 3



GRAFICO 4

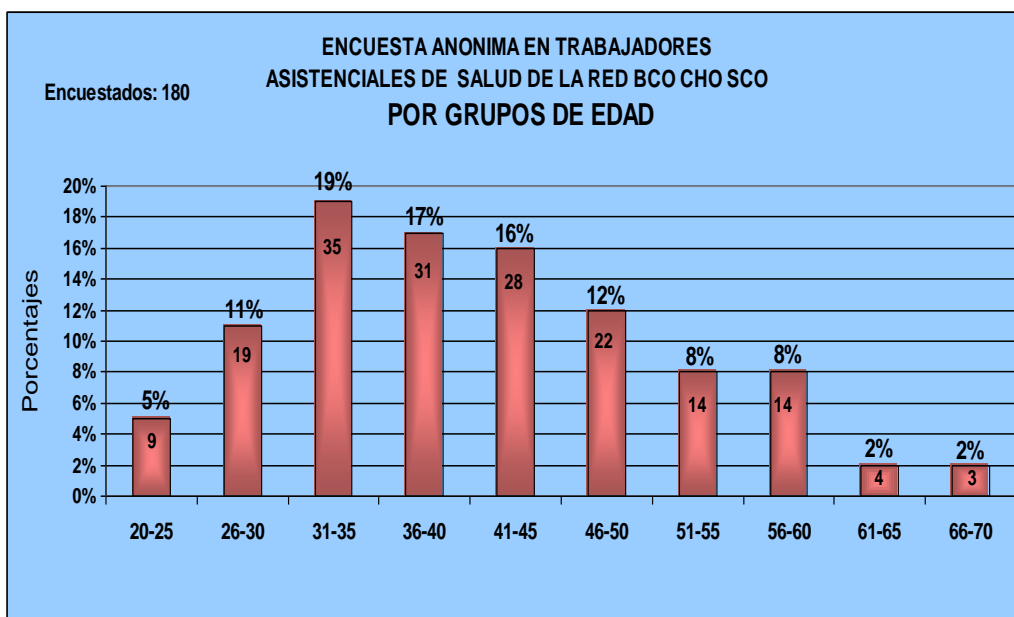


GRAFICO 5

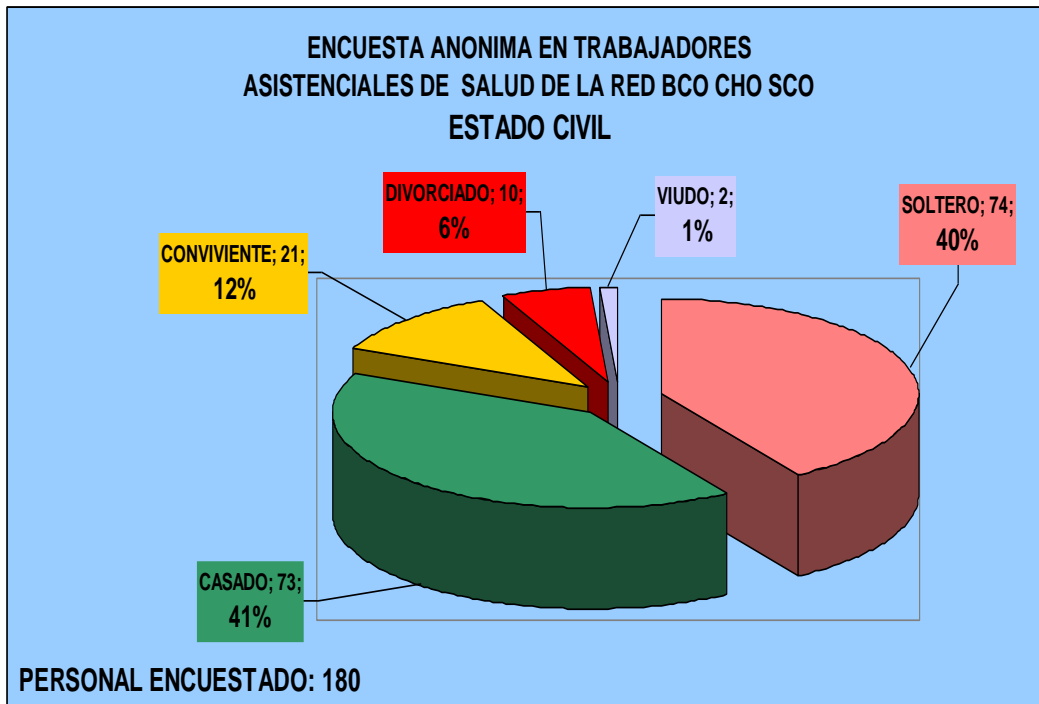


GRAFICO 6

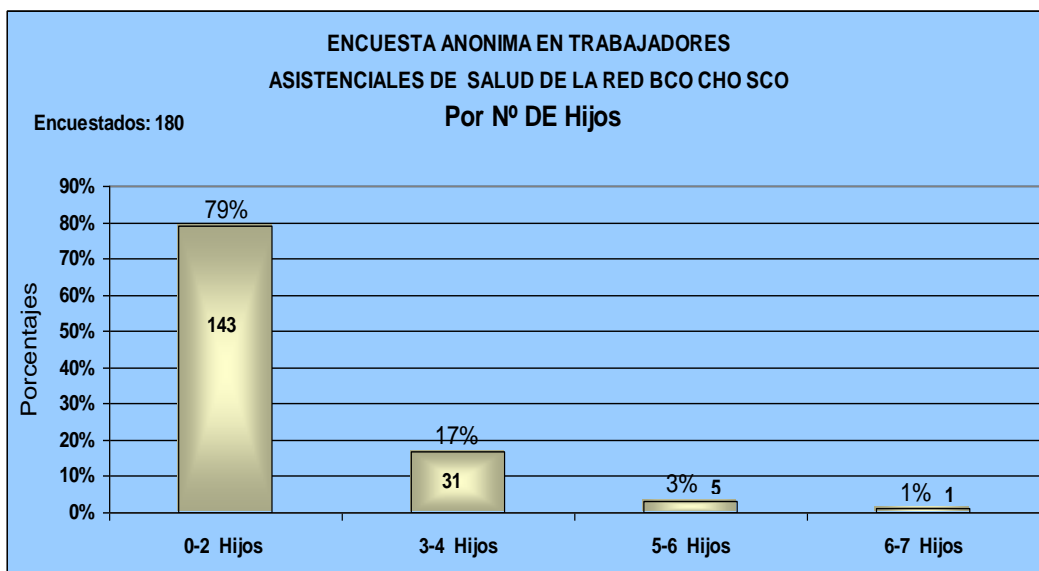


GRAFICO 7

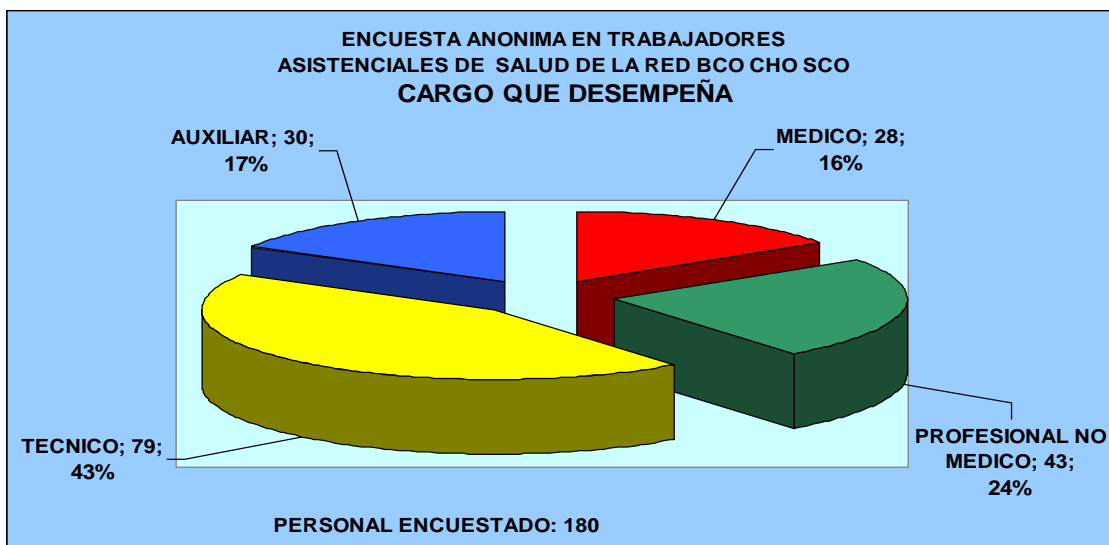


GRAFICO 8

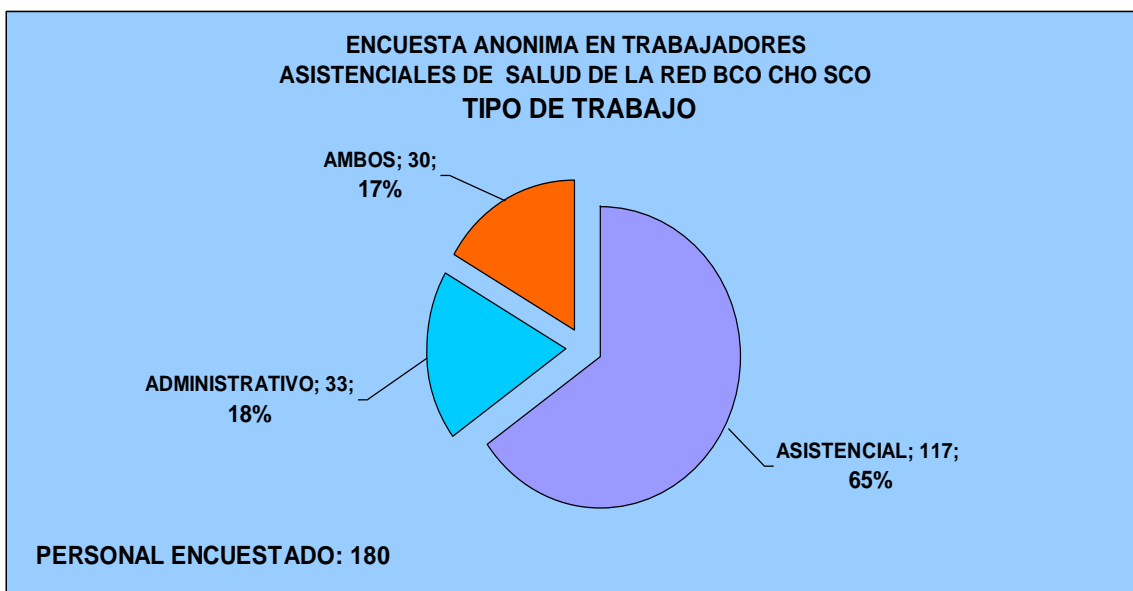


GRAFICO 9

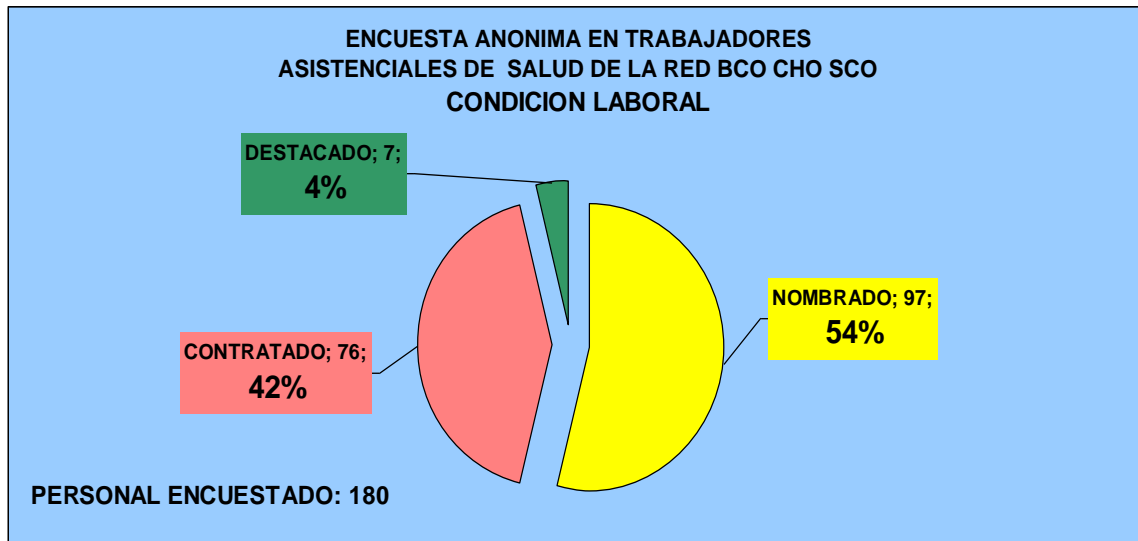


GRAFICO 10

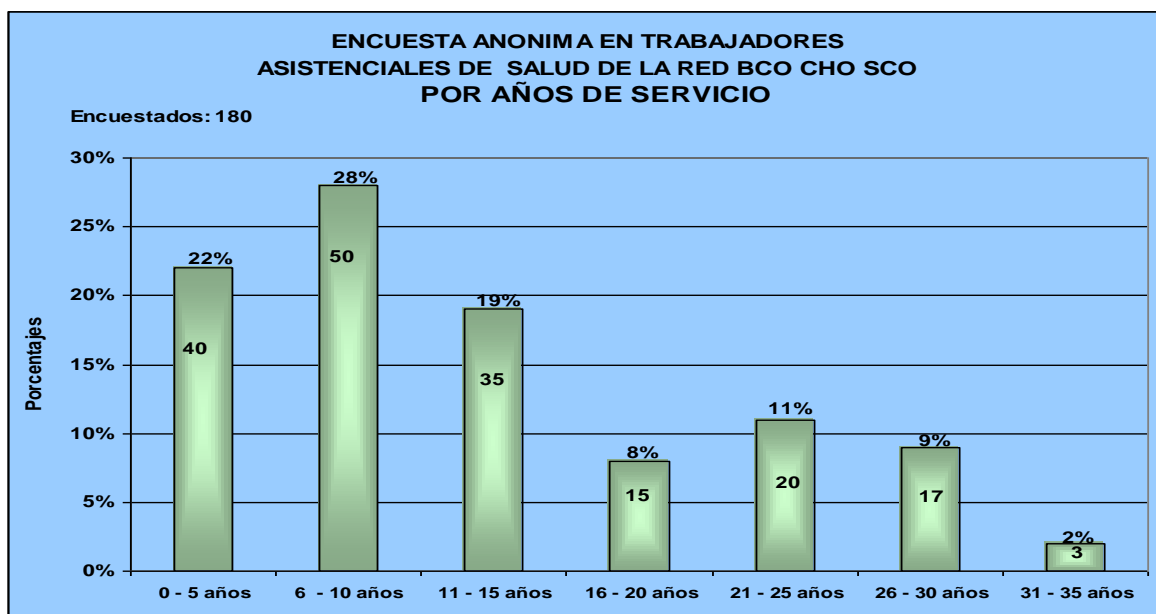


GRAFICO 11

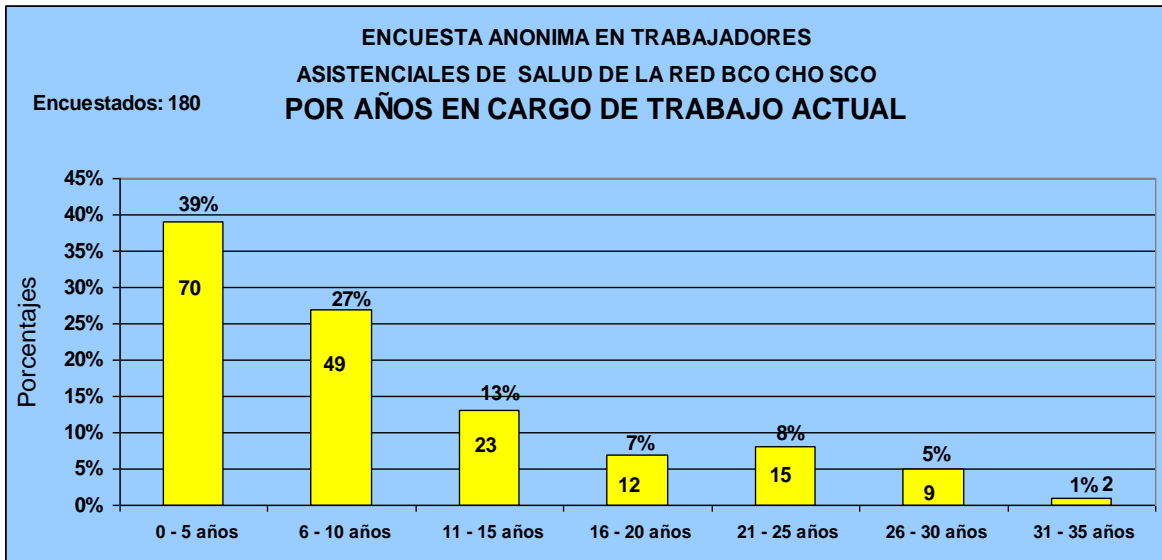


GRAFICO 12

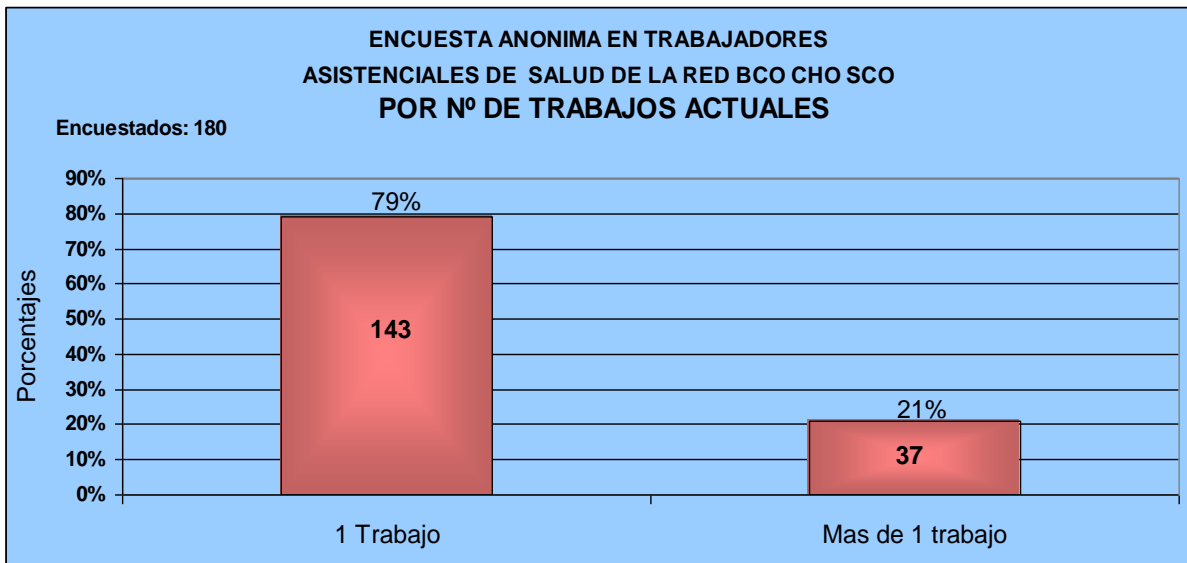


GRAFICO 13

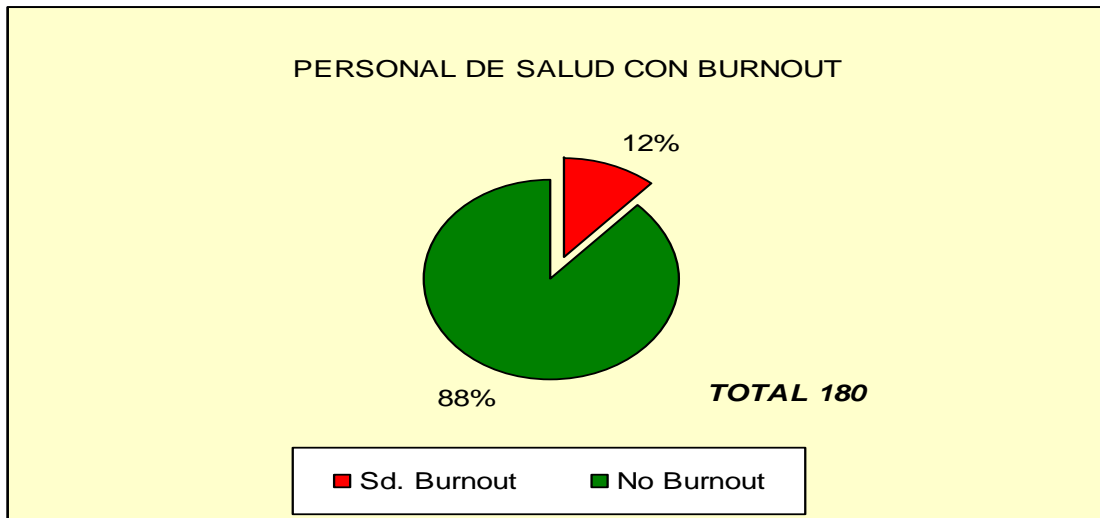


GRAFICO 14

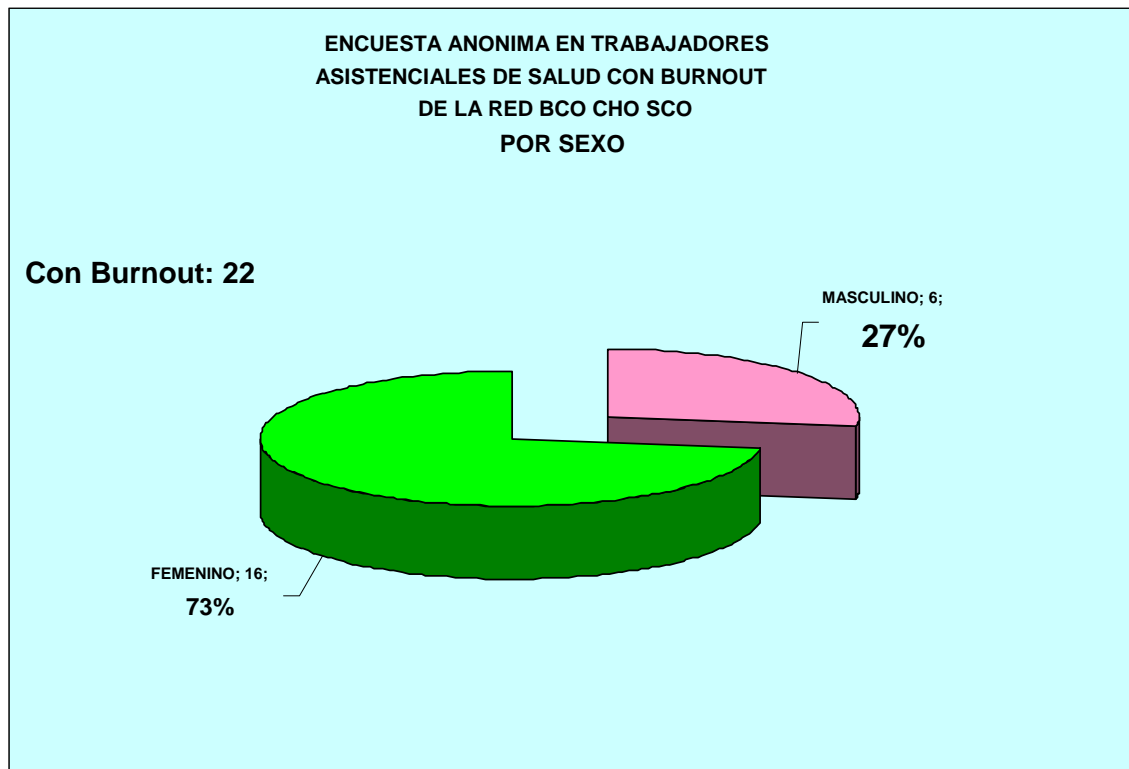


GRAFICO 15

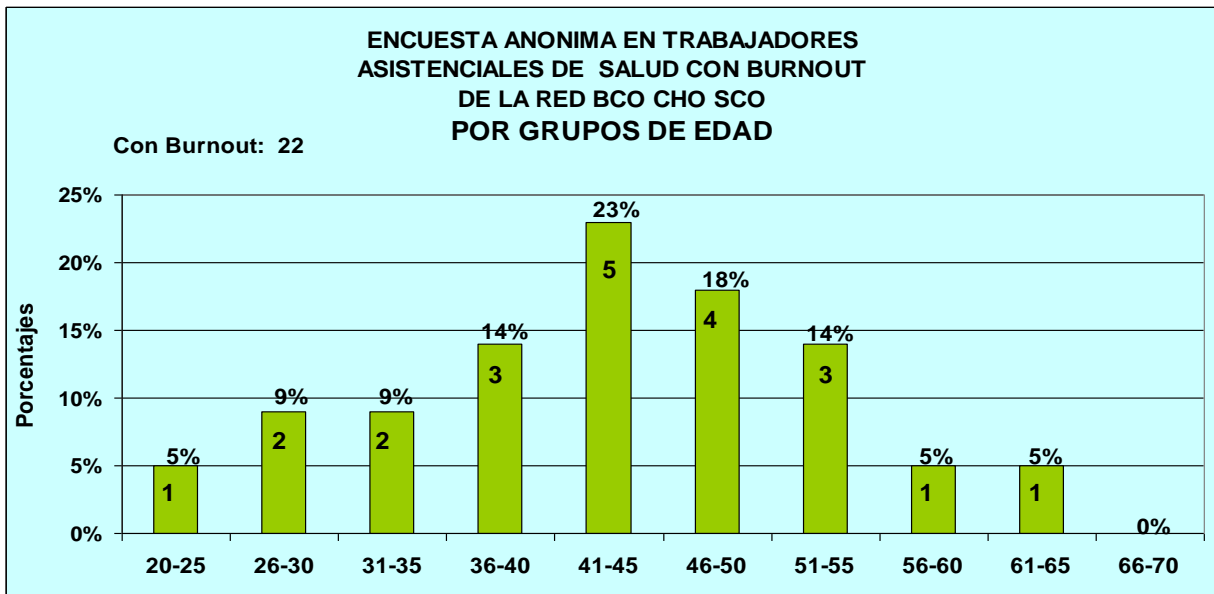


GRAFICO 16

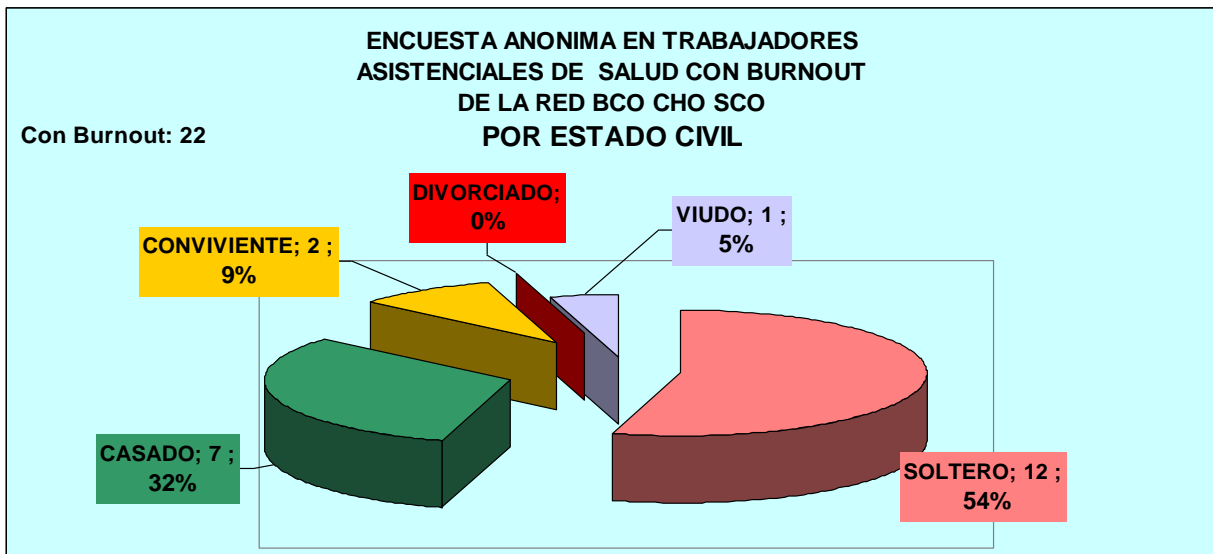


GRAFICO 17

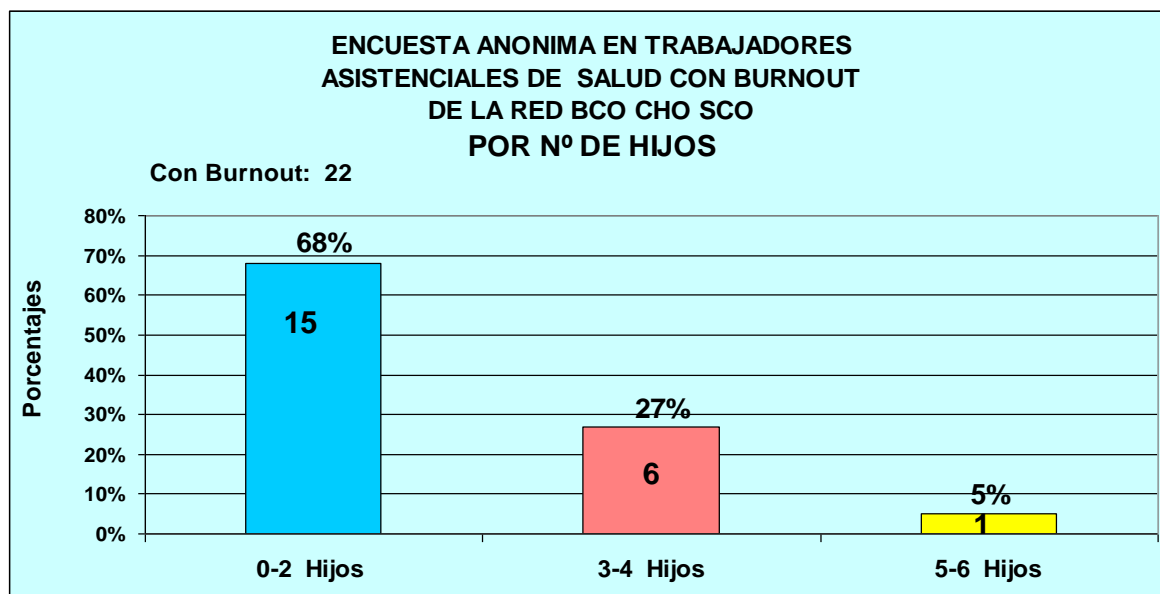


GRAFICO 18

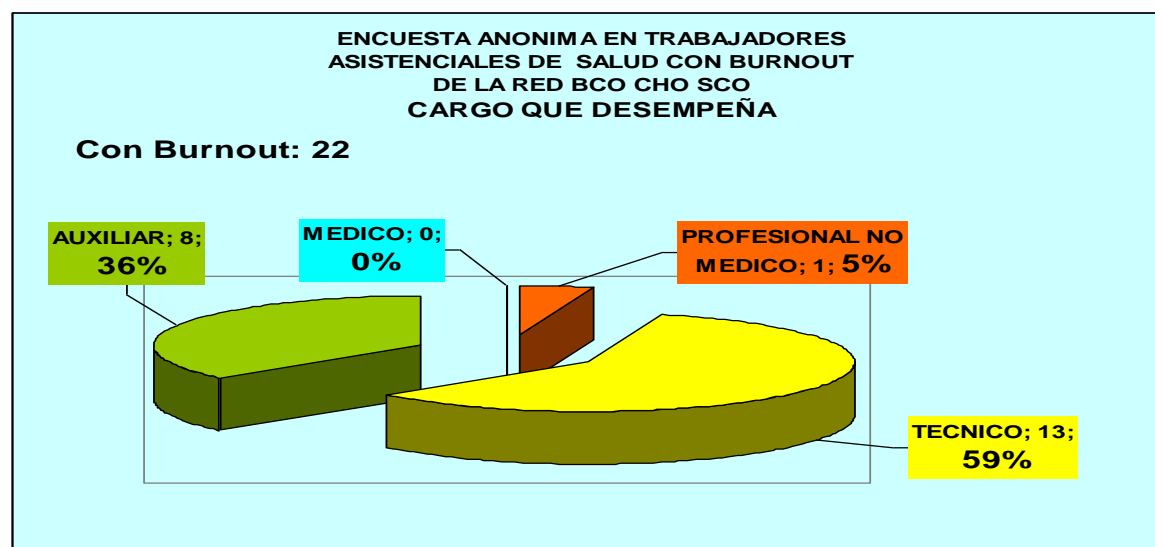


GRAFICO 19

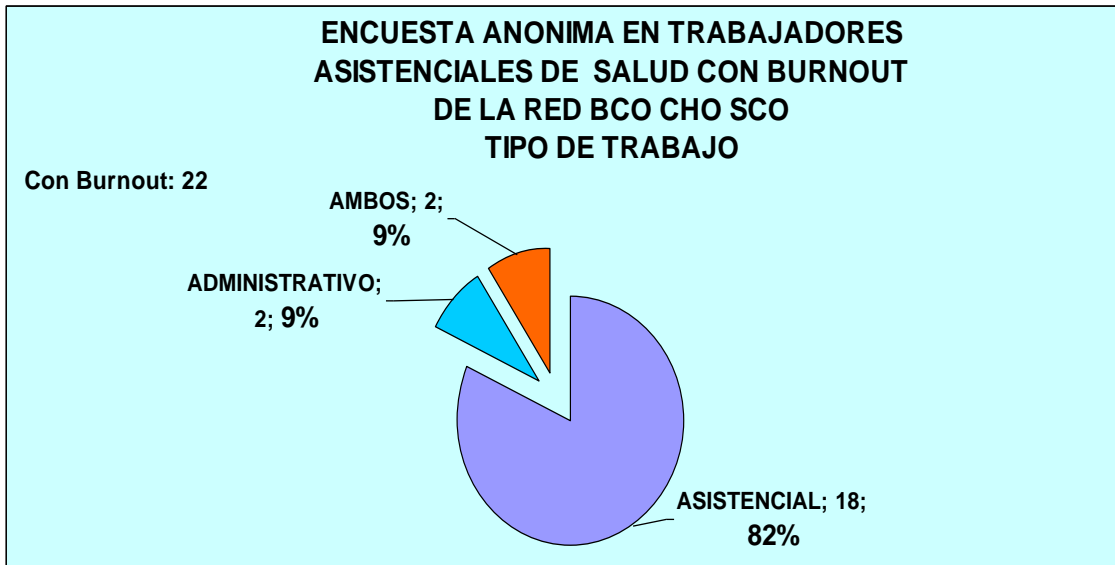


GRAFICO 20

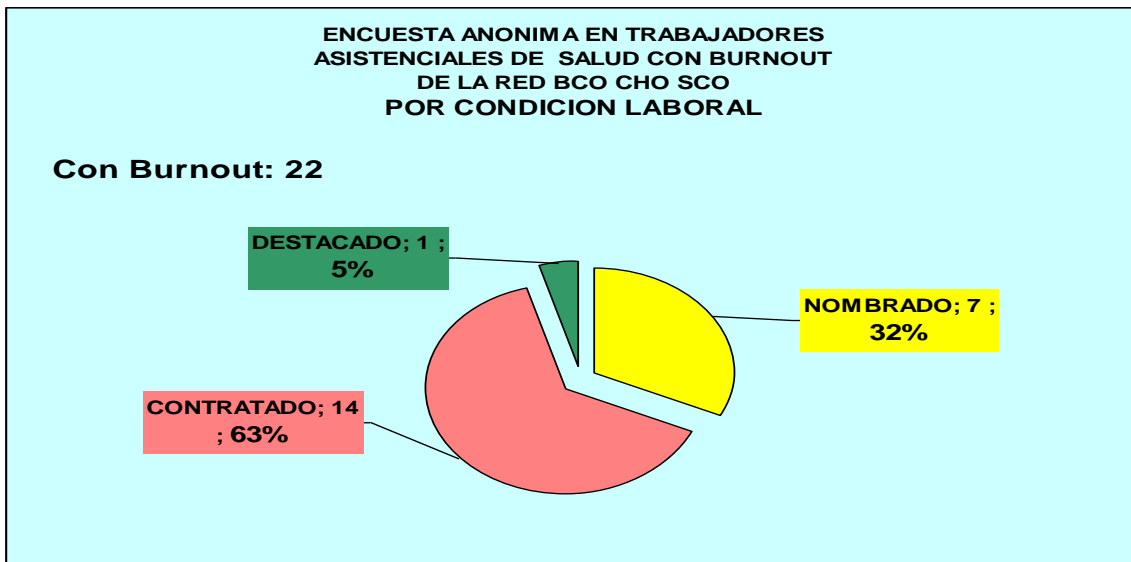


GRAFICO 21

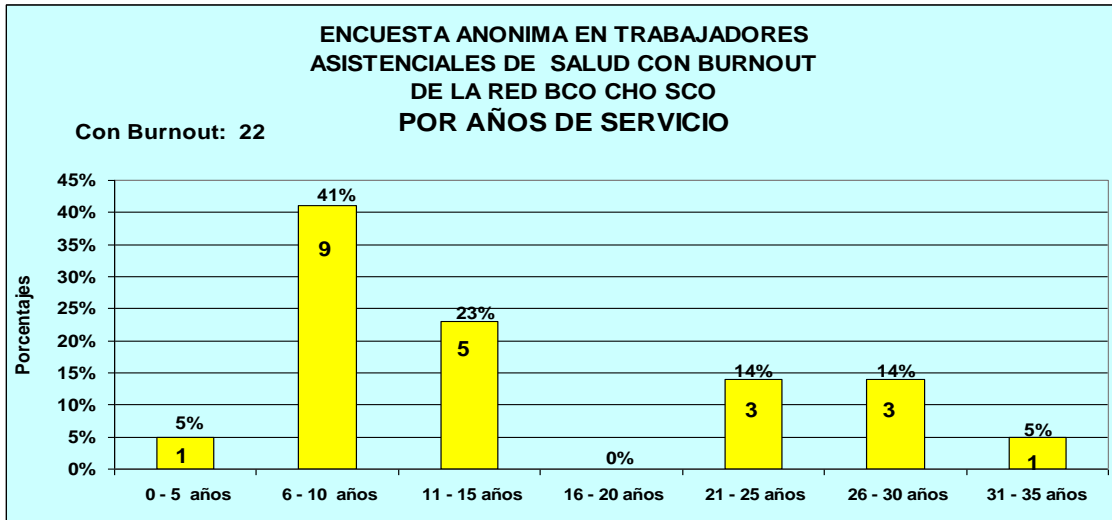


GRAFICO 22

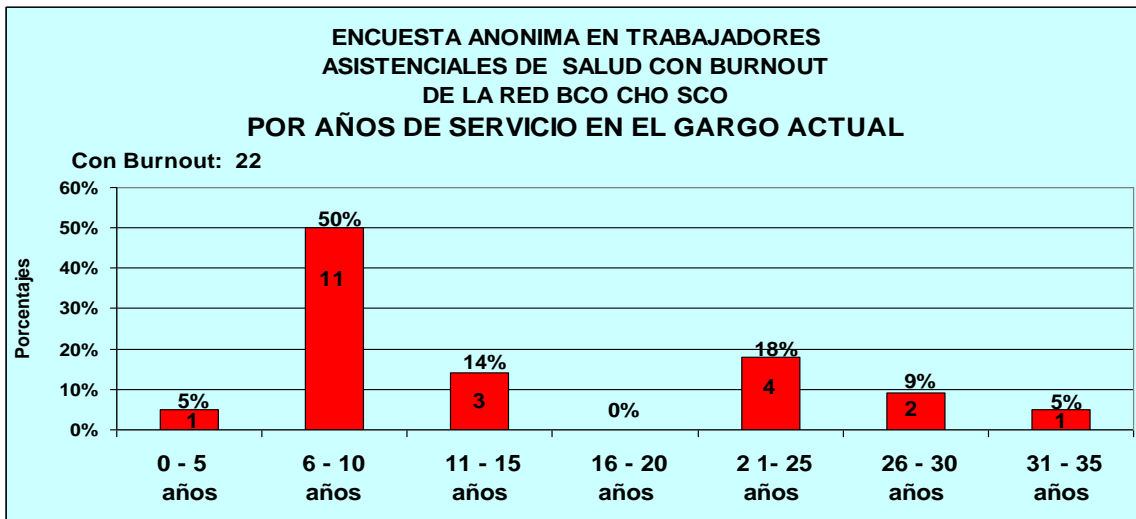


GRAFICO 23

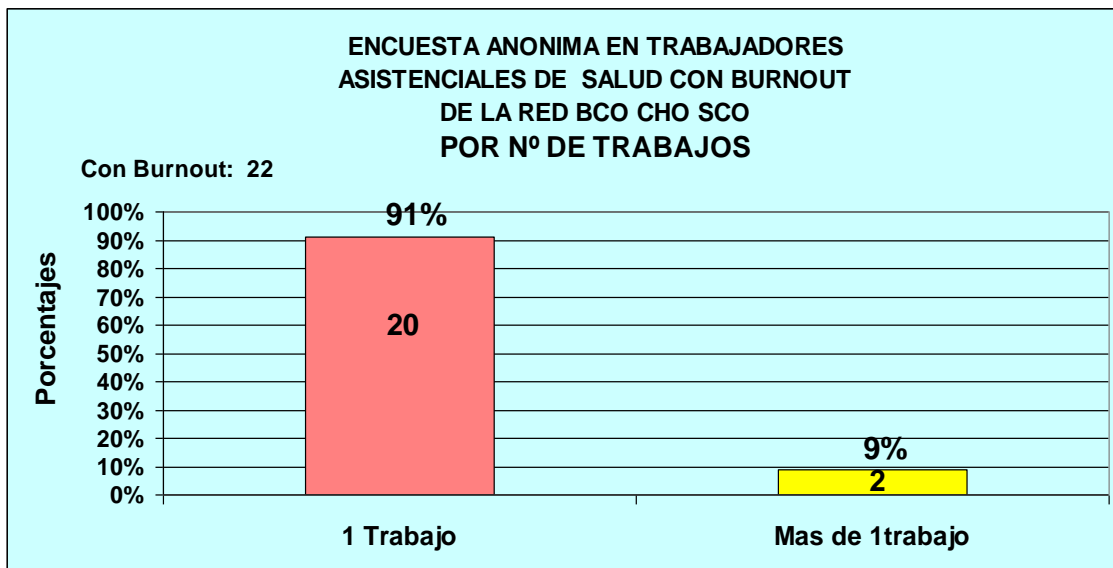


GRAFICO 24

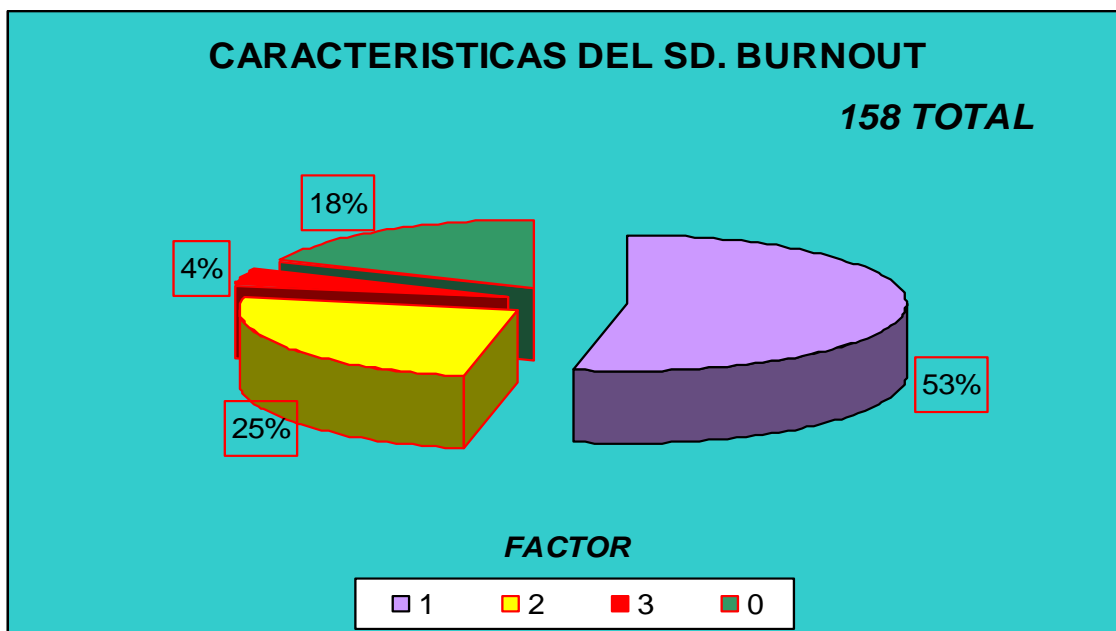


GRAFICO 25

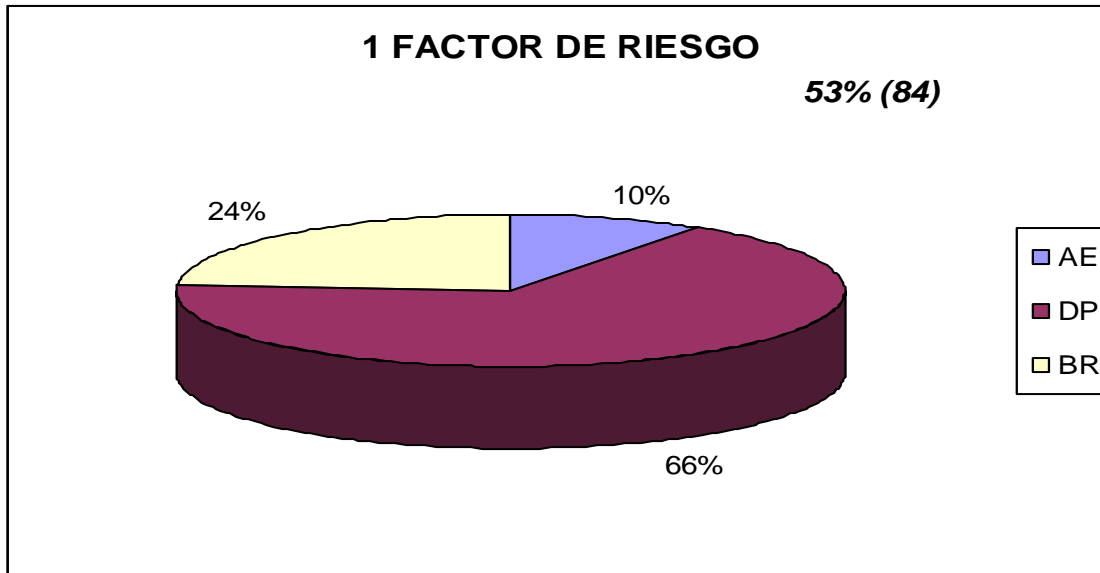


GRAFICO 26

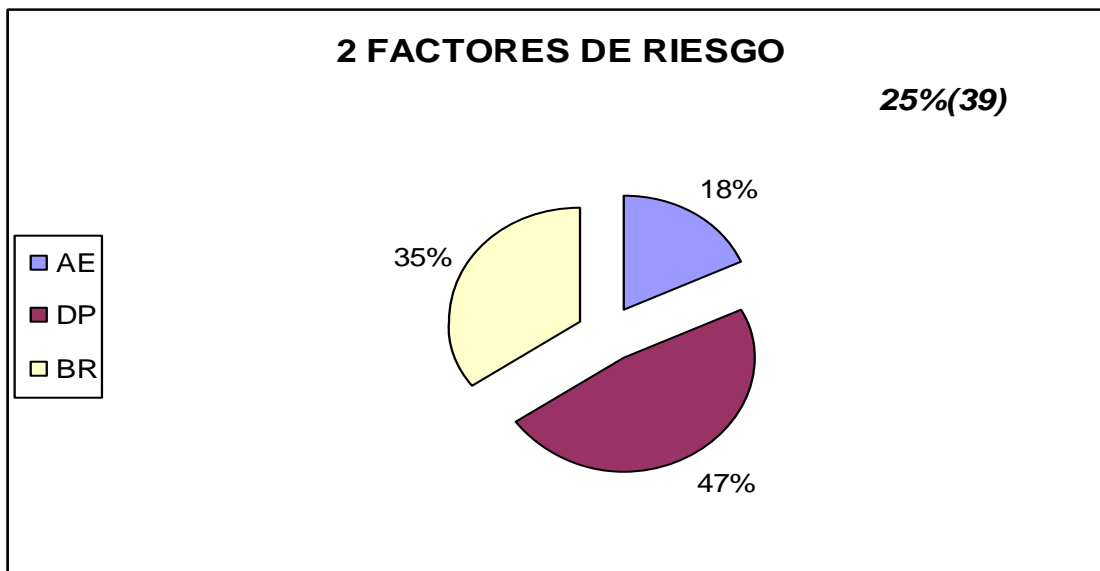


GRAFICO 27

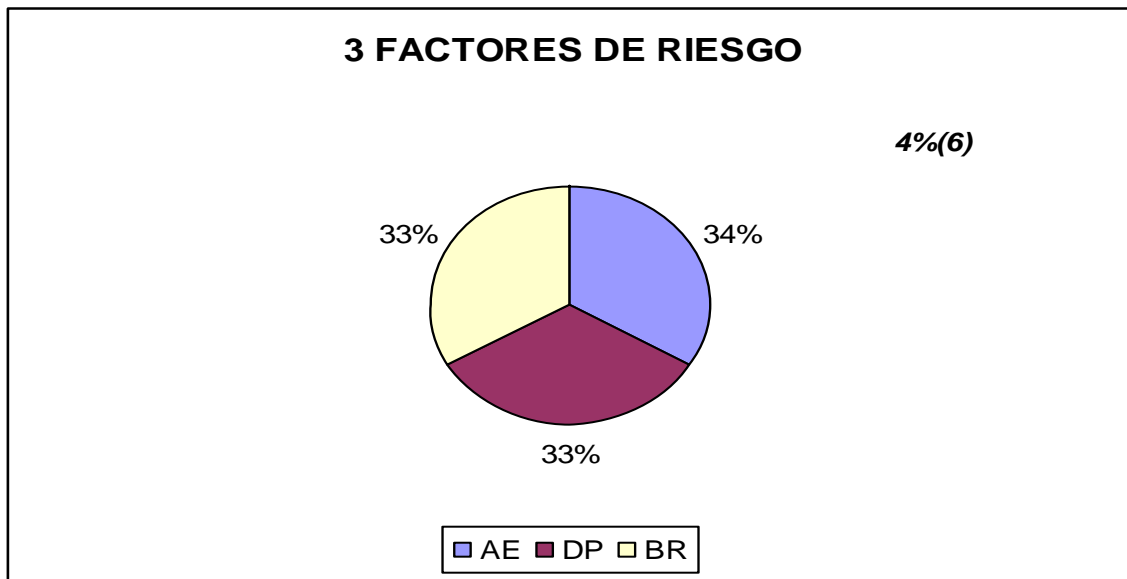


GRAFICO 28



GRAFICO 29

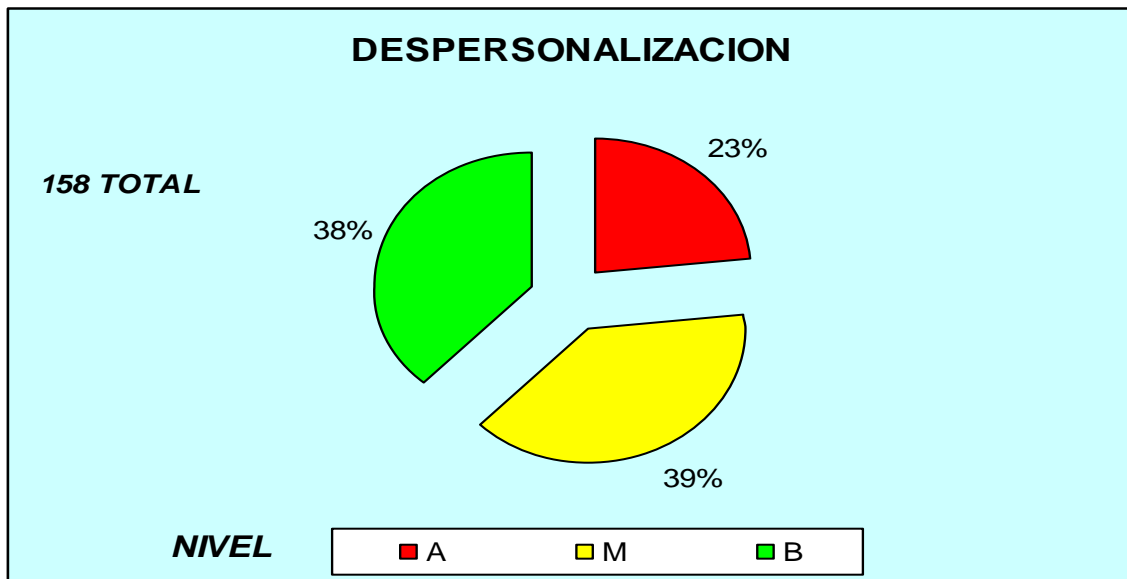


GRAFICO 30

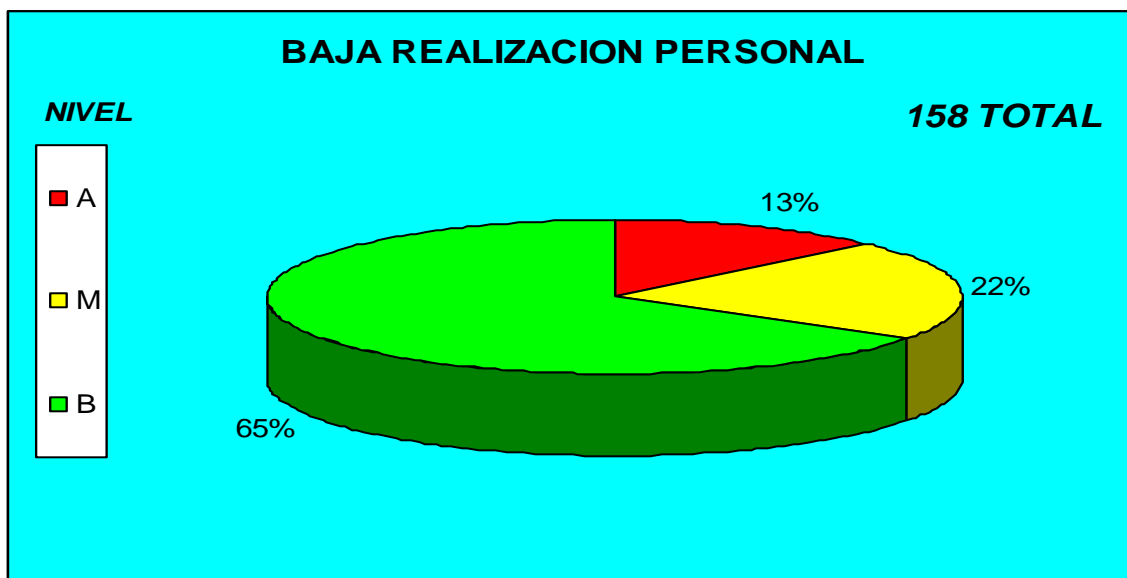


GRAFICO 31

