

UNIVERSIDAD DEL AZUAY
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

INFORME FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

**SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL MÉDICO DEL CENTRO
QUIRURGICO METROPOLITANO.**

Guías de manejo del Síndrome en el personal de salud.

AUTOR: DR. EDGAR KLEBER CABRERA GÓMEZ

DIRECTOR: DR. JOSÉ SOLA VILLENA

CUENCA – ECUADOR

JULIO - 2011

INDICE GENERAL

CONTENIDO	PAGINA
Lista de tablas	ii
Resumen	iii
Introducción	6
Conceptos básicos	7
Objetivos	9
Materiales y Métodos	10
Resultados	11
Análisis Cualitativo	18
Discusión	21
Conclusiones	24
Recomendaciones	25
Guías de Manejo	26
Bibliografía	29
Anexos	33

LISTA DE TABLAS

TABLAS	PAGINA
TABLA N 1. DISTRICUCION DE 12 TRABAJADORES DEL CENTRO QUIRURGICO METROPOLITANO CON BURNOUT DE ACUERDO A LOS FACTORES INTEGRANTES DE BURNOUT 2010.	11
TABLA N2. DISTRIBUCION DE 12 TRABAJADORES DEL CENTRO QUIRURGICO METROPOLITANO CON BURNOUT SEGÚN LA EDAD 2010.	12
TABLA N3. DISTRIBUCION DE 12 TRABAJADORES CON BURNOUT EN EL CENTRO QUIRURGICO METROPOLITANO SEGÚN EL ESTADO CIVIL DURANTE EL AÑO 2010.	13
TABLA N4. DISTRIBUCION DE 12 TRABAJADORES CON BURNOUT EN EL CENTRO QUIRURGICO METROPOLITANO SEGÚN EL SEXO EN EL AÑO 2010.	13
TABLA N5. DISTRIBUCION DE 12 TRABAJADORES DEL CENTRO QUIRURGICO METROPOLITANO CON BURNOUT SEGÚN LA ESCOLARIDAD 2010.	14
TABLA N6 DISTRIBUCION DE 12 TRABAJADORES DEL CENTRO QUIRURGICO METROPOLITANO CON BURNOUT SEGÚN LOS AÑOS DE EXPERIENCIA LABORAL 2010.	14
TABLA N7. DISTRIBUCION DE 12 TRABAJADORES CON BURNOUT DEL CENTRO QUIRURGICO METROPOLITANO SEGÚN LA PROFESION 2010.	15
TABLA N8. DISTRIBUCION DE 12 TRABAJADORES DEL CENTRO QUIRURGICO METROPOLITANO CON BURNOUT SEGÚN EL NÚMERO DE HORAS SEMANALES DE TRABAJO 2010.	16
TABLA N9. DISTRIBUCION DE 12 TRABAJADORES CON BURNOUT DEL CENTRO QUIRURGICO METROPOLITANO SEGÚN LA PRESENCIA O NO DE ENFERMEDAD 2010.	16
TABLA N10. DISTRIBUCION DE 12 TRABAJADORES CON BURNOUT DEL CENTRO QUIRURGICO METROPOLITANO SEGÚN LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR 2010.	17
TABLA N11. DISTRIBUCION DE 12 TRABAJADORES CON BURNOUT DEL CENTRO QUIRURGICO METROPOLITANO SEGÚN LA PRESENCIA DE ESTRÉS O NO 2010.	17
TABLA N 12. PRESENTACION DE 12 CASOS DE TRABAJADORES DEL CENTRO QUIRURGICO METROPOLITANO CON BURNOUT DE ACUERDO A LOS FACTORES INTEGRANTES DE BURNOUT 2010.	19

DEDICATORIA

Este trabajo de investigación lo dedico a mi esposa María Augusta y mis dos ángeles Sofía y Andrés, que son la inspiración para seguir avanzando en esta dura pero bella carrera de Medicina Familiar. Además dedico este trabajo a mis padres y hermanos que siempre estuvieron para apoyarme. Gracias a dios y la virgen María.

KLEBER CABRERA G.

RESUMEN

Síndrome de burnout indica agotamiento mental y ansiedad frente al cuidado. También está relacionado con dificultades en la salud física, debido a una acumulación de estresantes frente a los que el cuidador se encuentra desprovisto. Se define por 3 dimensiones: cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal. Es un problema de salud pública que va aumentando y que no sólo repercute en la salud de los profesionales sanitarios sino en la calidad asistencial. El estudio propuesto es descriptivo de cohorte transversal para el estudio se contara con todo el personal de la clínica ya sean estos médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería y personal de aseo de la institución el mismo que es de 12 personas. Se encontró que el burnout considerado como bajo fue del 33,33% Moderado del 50% y alto 16,16%, siendo la despersonalización entre moderado y alto 58,3% , agotamiento emocional entre alto y moderado 24,8% y realización personal entre bajo y moderado del 50%. Que nos darán el grado de burnout al tener un agotamiento emocional alto con una despersonalización alto y una realización personal baja. En conclusión se encontró un burnout del 66% entre moderados y altos que son los de mayor riesgo y que las variables sociodemográficas en este estudio no fueron representativas.

Abstract

Syndrome of burnout indicates mental exhaustion and anxiety against the care. Also it is related to difficulties in the physical health, due to an accumulation of estresantes against which the caretaker is lacking. It is defined by 3 dimensions: emotional fatigue, de-personalization and low personal accomplishment. It is a problem of public health that is increasing and that not only repels in the health of the sanitary professionals but in the welfare quality. . The proposed study is descriptive of transversals corte for the study would count the personnel of the clinic yet already are these doctors, nurses, aids of infirmary and personnel cleanliness of the institution the same that is of 12 people. Was that burnout considered as under it were of 33,33% moderate of 50% and high 16,6% being the moderate and high de-personalization between 58,3%, emotional exhaustion between moderate stop and 24,38 % , and personal accomplishment enters low and moderate of 50%. That they will give to the degree of burnout when having high an emotional exhaustion us with a high de-personalization and a personal accomplishment loss. In conclusion was burnout of 66% between moderate and high that is those of greater risk and than the sociodemographic variables in this study they were not representative.

INTRODUCCION

Los cambios sociales junto con las enfermedades ya sean estas crónicas o degenerativas han modificado la atención socio-sanitaria apareciendo nuevos problemas de salud como estrés crónico, síndrome de burnout los mismos que cada vez son más frecuentes en el medio, produciendo insatisfacción personal y sufrimiento a los pacientes que están a nuestro cuidado. En la ciudad de Cuenca se tiene que el promedio de días de estancia hospitalaria en lugares públicos como el Hospital Vicente Corral Moscoso es de 4,2 días; Hospital José Carrasco Arteaga es 5,2 días y en las clínicas privadas el promedio es de 5,6 días. Considerando que por lo general el cuidador de todos estos días es una misma persona, es importante saber si el síndrome de burnout se presenta en este personal de salud y como esto repercute en su funcionalidad familiar y de trabajo.

Hemos visto como factores unos modificables como escolaridad, experiencia laboral, carga horaria, funcionalidad familiar, el cargo dentro de la empresa y otros factores no modificables como la edad, sexo, enfermedades influyen sobre la presencia del burnout produciendo una deficiente relación médico-paciente.

En la literatura encontramos trabajos donde se muestra como las variables se comportan: la edad se considera que puede tener un periodo de sensibilización debido a que habría unos años en los que el profesional sería especialmente vulnerable, siendo éstos los primeros años de carrera profesional dado que sería el período 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 las esperadas. (Martínez J 1997). En cuanto al sexo serían principalmente las mujeres el grupo más vulnerable, quizá por la doble carga de trabajo que conlleva la práctica profesional y la tarea familiar así como la elección de determinadas especialidades profesionales como enfermería y auxiliares de enfermería. (Martínez J 1997).

El Estado civil, aunque se ha asociado el Síndrome más con las personas que no tienen pareja estable, tampoco hay un acuerdo, pareciera 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, a si mismo 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.(Martínez J 1997). 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. (Martínez J 1997).

La situación actual socio-sanitario genera cambios en los roles y patrones de conducta tanto de la familia como del personal de salud por lo que es importante recordar conceptos básicos que nos ayudaran a definir mejor el síndrome e identificarlo.

CONCEPTOS BASICOS

Burnout: es una respuesta inadecuada a un estrés emocional crónico cuyos rasgos principales son: un agotamiento físico y 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. (González R 2004).

Agotamiento emocional: ansiedad, labilidad con tendencia a la irritación y cierto abatimiento depresivo. (González R 2004.)

Despersonalización: para protegerse, el sujeto puede desarrollar un cambio negativo en las actitudes y respuestas hacia los demás, especialmente hacia los beneficiarios del propio trabajo, mostrándose distanciado, cínico, utilizando etiquetas despectivas para referirse a los demás, o tratando de culparlas de sus frustraciones y del descenso de compromisos laborales. (González R 2004.)

Baja realización personal: es una sensación de inadecuación personal profesional para ejercer el trabajo. Implica sentimientos de incapacidad, baja autoestima e ideas de fracaso. Sería una dimensión relativamente independiente de las anteriores. (González R 2004.)

Sentimiento de inadecuación profesional: El sujeto se siente en dificultades o impotente para responder a las distintas y cambiantes facetas del desempeño de su tarea. Este mismo hecho repercute en la aparición de una autoimagen, que oculta, la falta de competencia y un deseo de cambiar de puesto, en muchas ocasiones hacia arriba en el escalafón, bajando su rendimiento y la calidad de sus prestaciones. (Albaladejo R 2009).

Pérdida de la autoestima profesional: Es evidente que repercute en la autoestima personal, aumentando frente a ella el distanciamiento con compañeros y usuarios, ante los que con frecuencia se presentan autodefiniéndose como hipercompetentes.

En 1980, Edelwich describió cuatro fases que aparecían en el SB: una fase inicial de entusiasmo, con altas expectativas profesionales poco realistas; fase de estancamiento, en la que el profesional observa que su trabajo no siempre tiene el resultado esperado de reconocimiento de sus superiores; fase de frustración, en la que el profesional se cuestiona el valor de sí mismo y de su trabajo, además las fuentes de insatisfacción por el trabajo; fase de apatía o indiferencia hacia el trabajo.(Ortega C. 2011).

Modificación de los modos de relación con los compañeros de trabajo y los usuarios de los servicios: encontramos que el burnout pone de manifiesto componentes de inhibición, frialdad y distancia, al tiempo que se convierte en acusatoria hacia los demás de los deterioros en el trabajo, suelen aparecer descalificaciones masivas e inadecuadas de compañeros y usuarios.

Aumento de la percepción y de la expresión de insatisfacción en el trabajo: Se detectan situaciones de sobrecarga, ambigüedad y conflicto de roles, quejas salariales fuera de contexto y todo ello con un esfuerzo racionalizador en su expresión pero inoperante para su abordaje.

Conflictos interpersonales: En ellos aparece como común denominador la insensibilidad y la hostilidad más o menos encubierta. Estos conflictos pueden orientarse tanto hacia los compañeros como hacia los usuarios y en situaciones más extremas invadir otras esferas tanto del organigrama como extra laborales y alteraciones físicas y del comportamiento. (Ortega C 2003).

Estrés Laboral: El término estrés se emplea generalmente refiriéndose a tensión nerviosa, emocional o bien como agente causal de dicha tensión. (Grau A 2009).

El médico familiar y burnout

El burnout es un problema de salud pública que va en aumento y que no sólo repercute en la salud de los profesionales de la sanidad sino también en la calidad asistencial, deteriorando la relación médico-paciente y suponiendo un alto costo, tanto social como económico (Ortega C 2011).

La desmotivación, el desinterés, el malestar interno o la insatisfacción laboral son algunos de los aspectos que caracterizan este síndrome. Se trataría de un conjunto de conductas (como el deterioro del rendimiento, la pérdida de responsabilidad, actitudes pasivo agresivas con los pacientes y pérdida de la motivación. (Cebria J 2001).

Una personalidad «resistente» al estrés estaría ligada a una auto atribución en la responsabilidad de las cosas, un genuino y fuerte compromiso con el trabajo y la vida y una posición de apertura al cambio en términos de reto y no de amenaza, especialmente en situaciones de mayor demanda. (Caballero M 2001).

La medicina familiar genera recursos humanos con un alto nivel de compromiso social y profesional por lo que ha creado un perfil de médico de familia que es un profesional sanitario especializado en proporcionar atención de salud integral, continuada y de calidad a todo individuo en el contexto de su familia y a las familias en el contexto de su comunidad y los determinantes de la salud, utilizando el enfoque de atención primaria en salud con el fin de promover, mantener e incrementar el bienestar de las personas en congruencia con los valores e ideales de la sociedad y de los conocimientos profesionales actuales.

Esto determina que el médico familiar sea capaz de dar atención personalizada al paciente y a la par no pierde de vista su rol de guardián de la salud comunitaria. Tiene una formación científica y tecnológica amplia, y en constante actualización, y al mismo tiempo la humildad necesaria para mantener una relación cercana y humanista con el paciente y su comunidad. Es consciente de su responsabilidad ante los desafíos y restricciones que le impone la situación de la salud pública, procura brindar un servicio de calidad optimizando los recursos disponibles. (Trujillo R 2011). Perfil que como vemos es una ventaja sobre las otras especialidades medicas ya que ayuda a desarrollar una buena organización en la consulta en su comunidad y este perfil podría considerarse como un factor protector que disminuye la incidencia de burnout.

Durante la realización del estudio se ha logrado identificar qué factores los pudiéramos considerar como agravantes y protectores del problema, por lo que al final se elaboro una guía anticipada de manejo para disminuir la incidencia de este síndrome y a la vez conseguir que la persona que se encuentra discapacitada o limitada en sus actividades reciban una mejor atención por parte de los cuidadores y del personal de salud.

Una vez realizada la guía se la empezó a socializar y darla a conocer al personal de salud pero no ha sido posible hacerle un seguimiento para ver los cambios esperados en el personal esto debido a lo corto del tiempo espero a ver podido sembrar la semilla del cambio.

Una vez que comprendido la necesidad de reconocer este síndrome es fundamental plantearnos los objetivos del estudio.

Objetivos específicos:

- Determinar cuáles son los factores protectores y factores agravantes para el síndrome de burnout en el personal de salud.
- Creación de guías de manejo para evitar el síndrome de burnout en el personal de salud.
- Identificar cuáles son las causas del síndrome de burnout ya sean estas biológicas, sociales.
- Definir cuáles son los efectos directos que produce el síndrome de burnout en el personal de salud.

MATERIAL Y METODOS

El estudio se lo realizo en el Centro Quirúrgico Metropolitano que es una clínica particular de la ciudad, donde se puede encontrar diferentes patologías sean estas clínicas, quirúrgicas, obstétricas e incluso pacientes en etapas terminales por problemas de cáncer etc. Para poder saber si está presente el síndrome de burnout usaremos la escala de burnout de Maslach que determina si existe agotamiento emocional, despersonalización o disminución de la realización profesional o de la persona en el personal de salud. Como sabemos el estrés y la depresión son factores que influyen sobre el manejo biopsicosocial de la persona por lo que hay que medirlo y la escala de los autores Holmes y Rohe me parece la más adecuada y fácil de implementar en los pacientes, ahora para ver funcionalidad familiar tendremos que valernos de los instrumentos de los médicos de familia como APGAR familiar, familiograma y ecomapa además se ha realizado una ficha socio demográfica en la cual constan datos de filiación número de horas laborales, número de hijos, años de experiencia, horas de ocio etc. Con la finalidad de complementar información a cerca de la persona y su familia.

Se realizo un estudio transversal de corte cuali-cuantitativo, para darle mayor énfasis a la presente investigación debido a que la muestra universo fue de 12 casos; en el periodo agosto 2010 enero 2011, en este tiempo se realizó la recopilación de datos para su posterior análisis. Los datos obtenidos se procesaron en el software Excel 2007 y el programa estadístico SPSS 19 versión en español.

Para el estudio se considero a todo el personal de la clínica ya sean estos médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería y personal de aseo de la institución. En el presente estudio participo el personal que esta al cuidado de pacientes ancianos y crónicos que se encuentren hospitalizados más de 3 días y que requieran cuidados constantes por parte de un cuidador o personal de salud para realizar sus necesidades básicas y que el cuidador presente una combinación de síntomas de ansiedad o depresión. Y se tomo como criterio de exclusión al personal que estando incluido en el estudio no cumplía alguna condición antes mencionada cabe anotar que no existieron personas excluidas por lo que el universo fue de 12 personas.

RESULTADOS

Se realizaron 12 encuestas a los profesionales que laboran dentro de la clínica metropolitana y que están en relación directa con el manejo del paciente ya sea para su cuidado y arreglo de su habitación. En el estudio participaron 8 mujeres y 4 hombres. El promedio de edad es de 35,9 años. El promedio de hijos del personal es 1,75 hijos, el promedio de años de trabajo fue de 12,4; el promedio de años de trabajo en el actual cargo fue de 5,5. Las horas semanales de trabajo fueron de 65,9 horas.

La base de datos se realizó en Excel 2007 y los datos se procesaron mediante el programa estadístico SPSS 19, se realizaron pruebas estadísticas de la media, porcentaje se elaboraron los cuadros en base del número la frecuencia y el porcentaje que se presentan en las diferentes tablas.

En la tabla 1 se exponen los resultados de las 3 dimensiones que componen el burnout donde el 8,3% obtuvo puntuaciones altas para Agotamiento Emocional, 33,3% Despersonalización y 16,7% puntuaciones bajas para Realización personal. **(Anexo 3)**

TABLA N 1.

BURNOUT

DISTRIBUCION DE 12 TRABAJADORES DEL CENTRO QUIRURGICO METROPOLITANO CON BURNOUT DE ACUERDO A LOS FACTORES INTEGRANTES DE BURNOUT 2010.

	AGOTAMIENTO EMOCIONAL	DESPERSONALIZACION	REALIZACION PERSONAL
BAJO	75	41,7	16,7
MODERADO	16,5	33,3	33,3
ALTO	8,3	25	50
TOTAL PORCENTAJES	100	100	100

Fuente: Base de datos de Burnout en el CQM 2010.

En el presente cuadro podemos ver que de los trabajadores un 24,8% padecen de agotamiento emocional entre moderado y alto, 58,5% tienen despersonalización entre moderado y alto y un 49,3% presenta realización personal entre baja y moderada. Que serán los parámetros que indican el grado de gravedad del burnout.

En las tablas 2, 3, 4, 5, 6, 7,8 y 9 muestran la frecuencia de las dimensiones del síndrome según: edad, estado civil, sexo, escolaridad, años de experiencia laboral, profesión, horas semanales de trabajo, presencia de enfermedades donde se encontraron datos importantes. (Anexo 1).

TABLA N 2.

EDAD

DISTRIBUCION DE 12 TRABAJADORES DEL CENTRO QUIRURGICO METROPOLITANO CON BURNOUT SEGÚN LA EDAD 2010.

BURNOUT	21 A 30 AÑOS	%	31 A 40 AÑOS	%	41 A 50 AÑOS	%	51 A 60 AÑOS	%	NUMERO	% TOTAL
BAJO	0	0	2	16,7	1	8,3	1	8,3	4	33,3
MODERADO	1	8,3	5	41,7	0	0	0	0	6	50
ALTO	1	8,3	0	0	1	8,3	0	0	2	16,6
TOTAL	2	16,6	7	58,4	2	16,6	1	8,3	12	100

Fuente: Base de datos de Burnaut en el CQM 2010.

En la presente tabla se observa que burnout bajo es del 16,7% en las edades de 31 a 40 años, y entre las edades de 41 a 60 años el porcentaje es del 8,3%. El burnout moderado es del 8,3% a las edades de 21 a 30 años y aumenta al 41,7% a las edades de 31 a 40 años y de los 41 a 50 años es del 8,3% en edades mayores no se detecto. Un burnout alto se encontró en los grupos de 21 a 30 y de 41 a 51 años con el 8,3% respectivamente. Por lo tanto el grupo de edad de entre 31 a 40 años presento algún grado de burnout con el 58,4%.

TABLA N 3

ESTADO CIVIL

DISTRIBUCION DE 12 TRABAJADORES CON BURNOUT EN EL CENTRO QUIRURGICO METROPOLITANO SEGÚN EL ESTADO CIVIL DURANTE EL AÑO 2010.

BURNOUT	Casado	%	soltero	%	U. libre	%	Divorciado	%	numero	Total%
BAJO	3	25	0	0	0	0	1	8,33	4	33,3
MODERADO	2	16,6	3	25	1	8,33	0	0	6	50
ALTO	2	16,6	0	0	0	0	0	0	2	16,6
TOTAL	7	58,2	3	25	1	8,33	1	8,33	12	100

Fuente: Base de datos de Burnaut en el CQM 2010.

En la presente tabla observamos que burnout bajo entre casados llega al 25% en solteros y unión libre no lo presentan y un 8,33% le corresponde a los divorciados. En cuanto a burnout moderado los casados lo padecen en el 16,6% en los solteros el 25% unión libre el 8,33% y los divorciados no la padecen. El burnout considerado como alto entre los casados es del 16,6% mientras el resto de grupos no lo presentaron. Por lo tanto se concluye que los casados presentan un 58,2% de algún grado de burnout seguido de los solteros con el 25%, unión libre y divorciados representan un 16,66% de burnout

TABLA N 4

SEXO

DISTRIBUCION DE 12 TRABAJADORES CON BURNOUT EN EL CENTRO QUIRURGICO METROPOLITANO SEGÚN EL SEXO EN EL AÑO 2010.

BURNOUT	HOMBRE	%	MUJER	%	NUMERO	% TOTAL
BAJO	2	16,7	2	16,7	4	33,33
MODERADO	1	8,3	5	41,7	6	50
ALTO	1	8,3	1	8,3	2	16,7
TOTAL	4	33,3	8	66,7	12	100

Fuente: Base de datos de Burnaut en el CQM 2010.

En la tabla podemos ver que entre los hombres el burnout bajo es del 16,7% y en las mujeres del 16,7% encontramos un burnout moderado en hombres del 8,3% mientras en mujeres es del 41,7% y un burnout alto en hombres y mujeres del 8,35%. Por lo que podemos concluir que el 66,7% de las mujeres presenta algún grado de burnout y el 33,3% de los hombres tuvieron algún grado de burnout.

TABLA N 5

ESCOLARIDAD

DISTRIBUCION DE 12 TRABAJADORES DEL CENTRO QUIRURGICO METROPOLITANO CON BURNOUT SEGÚN LA ESCOLARIDAD 2010.

BURNOUT	SUPERIOR	%	SECUNDARIA	%	PRIMARIA	%	NUMERO	% TOTAL
BAJO	1	8,3	2	16,7	1	8,3	4	33,3
MODERADO	4	33,3	1	8,3	1	8,3	6	49,9
ALTO	1	8,3	1	8,3	0	0	2	16,6
TOTAL	6	49,9	4	33,3	2	16,6	12	100

Fuente: Base de datos de Burnaut en el CQM 2010.

En la presente tabla se aprecia que el burnout bajo se encuentra entre el nivel superior y primaria en un 8,3% respectivamente mientras que se encuentra en el 16,7% en los de secundaria. Un burnout moderado a nivel superior se lo encontró en 33,3% en el nivel secundario y primario en 8,3% respectivamente. Burnout alto se encontró solo en nivel superior y secundario en un 8,3% respectivamente. Se puede concluir que el 49,9% del nivel superior está expuesto a algún grado de burnout

TABLA N 6

AÑOS DE EXPERIENCIA LABORAL

DISTRIBUCION DE 12 TRABAJADORES DEL CENTRO QUIRURGICO METROPOLITANO CON BURNOUT SEGÚN LOS AÑOS DE EXPERIENCIA LABORAL 2010.

BURNOUT	0 A 10 AÑOS	%	11 A 20 AÑOS	%	21 A 30 AÑOS	%	NUMERO	% TOTAL
BAJO	1	8,33	2	16,7	1	8,3	4	33,3
MODERADO	5	41,7	1	8,3	0	0	6	50
ALTO	1	8,3	0	0	1	8,3	2	16,6
TOTAL	7	58,33	3	25	2	16,6	12	100

Fuente: Base de datos de Burnaut en el CQM 2010.

En el presente cuadro vemos que los trabajadores que presentan varios años de trabajo o experiencia laboral presentan burnout bajo el 8,33% para el grupo de 0 a 10 años, el grupo de 11 a 20 años con el 16,7% y el grupo de 21 a 30 años con el 8,3%. Un burnout

moderado con el 41,7% el grupo de 0 a 11 años con 8,3% el grupo de 11 a 20 años. Y se encontró burnout alto en el grupo de 0 a 10 años y de 21 a 30 años con un 8,3% respectivamente. Por lo que el grupo de 0 a 10 años fue el más afectado con algún grado de burnout.

TABLA N 7

PROFESION

DISTRIBUCION DE 12 TRABAJADORES CON BURNOUT DEL CENTRO QUIRURGICO METROPOLITANO SEGÚN LA PROFESION 2010.

BURNOUT	MEDICO	%	ENFERMERA	%	AUX.ENFERMERIA	%	P. ASEO	%	NUMERO	%TOTAL
BAJO	1	8,3	0	0	2	16,6	1	8,3	4	33,3
MODERADO	0	0	3	25	2	16,6	1	8,3	6	50
ALTO	1	8,3	0	0	1	8,3	0	0	2	16,6
TOTAL	2	16,6	3	25	5	41,5	2	16,6	12	100

Fuente: Base de datos de Burnaut en el CQM 2010.

En la presente tabla podemos encontrar que dentro de las profesiones y burnout bajo los médicos tienen el 8,3% las auxiliares de enfermería el 16,6% y el personal de aseo el 8,3%. Mientras que con burnout moderado los médicos no lo presentan las enfermeras tienen un 25% las auxiliares de enfermería un 16,6% y un 8,3% para el personal de aseo. Burnout alto los médicos un 8,3% auxiliares de enfermería un 8,3%. Por lo que vemos que son las auxiliares de enfermería con un 41,5% y las enfermeras con un 25% quienes han sufrido algún grado de burnout.

TABLA N 8**HORAS SEMANALES DE TRABAJO****DISTRIBUCION DE 12 TRABAJADORES DEL CENTRO QUIRURGICO METROPOLITANO CON BURNOUT SEGÚN EL NÚMERO DE HORAS SEMANALES DE TRABAJO 2010.**

BURNOUT	0 A 50 HORAS	%	51 A 100 HORAS	%	NUMERO	% TOTAL
BAJO	2	16,7	2	16,7	4	33,33
MODERADO	0	0	6	50	6	50
ALTO	0	0	2	16,7	2	16,7
TOTAL	2	16,7	10	83,4	12	100

Fuente: Base de datos de Burnaut en el CQM 2010.

En la tabla observamos que el personal que labora menos de 50 horas semanales presenta un burnout bajo del 16,7% y que aquellos que laboran más de 50 horas presentan igualmente burnout bajo con el 16,7%. Mientras trabajadores con burnout moderado se presento en aquellos que pasan de 50 h con un 50%. Y solo un 16,7% presentaron burnout alto con trabajadores de más de 50 horas. El 83,4% de los trabajadores que laboran más de 51 presento algún grado de burnout.

TABLA N 9**PRESENCIA DE ENFERMEDADES****DISTRIBUCION DE 12 TRABAJADORES CON BURNOUT DEL CENTRO QUIRURGICO METROPOLITANO SEGÚN LA PRESENCIA O NO DE ENFERMEDAD 2010.**

BURNOUT	SI	%	NO	%	NUMERO	PORCENTAJE TOTAL
BAJO	1	8,3	3	25	4	33,3
MODERADO	0	0	6	50	6	50
ALTO	0	0	2	16,7	2	16,7
TOTAL	1	8,3	11	91,7	12	100

Fuente: Base de datos de Burnaut en el CQM 2010.

En la tabla encontramos que un 8,3% presento burnout bajo y enfermedad y un 25% presento burnout bajo y no tubo enfermedad. Mientras que burnout moderado y sin enfermedad lo presento un 50%. Un 16,7% presento burnout alto pero no tenia enfermedad.

En la tabla 10 se expone los resultados encontrados en cuanto a la funcionalidad familiar para lo cual se utilizo el APGAR FAMILIAR que mide adaptación, participación, crecimiento, afecto y recursos de la familia. El 41,66% presentan disfunción moderada familiar entre moderada y severa más burnout. (Anexo 2)

TABLA 10**FUNCIONALIDAD FAMILIAR****DISTRIBUCION DE 12 TRABAJADORES CON BURNOUT DEL CENTRO QUIRURGICO METROPOLITANO SEGÚN LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR 2010.**

BURNOUT	F. FUNCIONAL	%	D. MODERADA	%	D. SEVERA	%	NUMERO	% TOTAL
BAJO	3	25	0	0	1	8,33	4	33,33
MODERADO	2	16,6	4	33,33	0	0	6	50
ALTO	2	16,6	0	0	0	0	2	16,6
TOTAL	7	58,2	4	33,33	1	8,33	12	

Fuente: Base de datos de Burnaut en el CQM 2010.

En la tabla podemos ver que de los que presentaron burnout bajo el 25% tiene una familia funcional y un 8,33% presento una disfunción severa en la familia. En cuanto al burnout moderado el 16,6% se presento en familias funcionales, un 33,33% en familias con disfunción moderada. Burnout alto se presento en un 16,6% en familias funcionales. Se podría decir que en familias funcionales se encontró un 58,2% de burnout de algún grado y que un burnout moderado con 33,33% se encontró en familias con disfunción moderada.

En la tabla 11 se presentan los resultados encontrados en cuanto al estrés para lo que se utilizo la escala de Holmes y Rahe modificada donde estrés moderado y grave no presento porcentajes altos. (Anexo 4).

TABLA N 11**ESTRÉS****DISTRIBUCION DE 12 TRABAJADORES CON BURNOUT DEL CENTRO QUIRURGICO METROPOLITANO SEGÚN LA PRESENCIA DE ESTRÉS O NO 2010.**

BURNOUT	SIN ESTRÉS	%	ESTRÉS	%	NUMERO	% TOTAL
BAJO	2	16,6	2	16,6	4	33.33
MODERADO	5	41,6	1	8,3	6	50
ALTO	1	8,3	1	8,3	2	16,7
TOTAL	8	66,6	4	33,3	12	100

Fuente: Base de datos de Burnaut en el CQM 2010.

En el siguiente cuadro vemos que el burnout bajo estuvo en 16,6% tanto en personas con estrés y sin estrés. Mientras que burnout moderado en personas sin estrés era del 41,6% y

del 8,3% en personas con estrés. Un burnout alto fue del 8,3% tanto en personas con estrés como en los que no tenían estrés.

ANALISIS CUALITATIVO

Luego de haber revisado las respuestas de los 12 participantes del presente estudio se encontraron similitudes en las mismas que influyeron para catalogarlos como un burnout leve, moderado o grave dentro de los 3 parámetros del burnout como agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal. Las preguntas que contestaron para los 3 parámetros son:

AGOTAMIENTO EMOCIONAL

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
6. Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo
8. Me siento "quemado" por mi trabajo
13. Me siento frustrado en mi trabajo
14. Creo que estoy trabajando demasiado
16. Trabajar directamente con personas me produce estrés
20. Me siento acabado

DESPERSONALIZACION

5. Trato a algunos pacientes / clientes como si fueran objetos impersonales
10. Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión / tarea
11. Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente
15. Realmente no me preocupa lo que le ocurre a mis pacientes / clientes
22. Siento que los pacientes / clientes me culpan por alguno de sus problemas

REALIZACION PERSONAL

4. Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes / clientes
7. Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes / clientes

9. Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de las personas
12. Me siento muy activo
16. Trabajar directamente con personas me produce estrés
17. Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes / clientes
18. Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes / clientes
19. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión / tarea
21. En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma

TABLA N 12

PRESENTACION DE 12 CASOS DE TRABAJADORES DEL CENTRO QUIRURGICO METROPOLITANO CON BURNOUT DE ACUERDO A LOS FACTORES INTEGRANTES DE BURNOUT 2010.

BURNOUT	N	AGOTAMIENTO EMOCIONAL %	N	DESPERSONALIZACION %	N	REALIZACION PERSONAL %
BAJO	9	75	5	41,7	2	16,7
MODERADO	2	16,5	4	33,3	4	33,3
ALTO	1	8,3	3	25	6	50
TOTAL DE	12	100	12	100	12	100

Fuente: Base de datos de Burnaut en el CQM 2010.

Se encontró que de las 12 personas el 75% tuvieron respuesta similares para agotamiento emocional leve, 16,5% agotamiento emocional moderado y 8,3% alto. Por lo que este 8,3% de agotamiento emocional alto tuvieron puntuaciones mayores a 27 para agotamiento emocional y por ende son personas con pérdida de la energía, cansados física y psicológicamente trabajan al límite. Un estudio realizado en Argentina muestra cifras de cansancio físico del 95%, fatiga mental del 74% (Sosa E 2007). Que difieren con nuestro estudio, esto se debe a que la casuística en Argentina es mayor y por ende las problemas médicos son más complejos de resolver.

En lo referente a despersonalización el 41,7% obtuvo burnout bajo, el 33,3% moderado y el 25% alto. Lo que indica que 3 personas se encuentran con puntajes mayores a 10 para despersonalización por lo que son personas con actitudes negativas hacia los demás que han perdido el interés por su trabajo. En argentina se reportan datos de irritabilidad del

95%, distanciamiento afectivo del 76%, aburrimiento del 39% (Sosa E 2007). Que no coinciden con nuestros datos. Dado que nuestra sociedad aun tiene factores protectores que ayudan a que el síndrome no se presente.

La baja realización personal se presento en el 50% alta, 33,3% realización personal mediana y un 16,7% realización personal baja con puntajes menores a 33 en las respuestas por lo que estas son personas con baja autoestima que se sienten incapaces, fracasados. Argentina reporta datos de frustración del 45% y depresión del 16% (Sosa E 2007). Que no concuerdan con nuestros datos posiblemente se deba a ciertos factores protectores que todavía existen en nuestro medio.

El caso más grave de los doce es de un médico residente de 27 años casado, con 3 años de profesión con una familia aparentemente funcional, que contesto al test de Maslach para agotamiento emocional 30 puntos, Despersonalización 11 puntos y realización personal 30; que lo ubica con un burnout alto para los tres parámetros por lo que es un profesional que se encuentra agotado física y mentalmente con síntomas depresivos con actitudes groseras con sus pacientes y colegas que le están produciendo distanciamiento del grupo lo que le causa baja autoestima con ideas de fracaso e incapacidad para ejercer su cargo.

Testimonio

“Cuando me gradué de medico pensé que en seguida tendría mi consultorio propio con muchos pacientes y que trabajaría con un horario cómodo para mí, pero fue todo lo contrario en estos 3 años no he podido poner mi consultorio porque la gente busca al especialista no tengo pacientes, solo he conseguido trabajo como residente con horarios de 24 horas con turnos seguidos con sueldos bajos que no me alcanzan para vivir, profesionalmente no he podido realizar alguna especialidad pues los concursos están amarrados y salir al extranjero es costoso y no tengo dinero. Creo que era mejor seguir otra carrera o ponerme algún negocio propio que me de dinero.”

DISCUSIÓN

En el presente estudio las edades estuvieron entre los 23 a 54 años de edad con un promedio de 35,9 años, estadísticamente se encontró ($p= 0,212$) por lo que no es significativo, los resultados se aproximan mucho a estudios realizados en España que muestran una edad que oscila entre 40 a 45 años y donde se observa que mientras mayor es la edad menor es el grado de burnout dado que empieza a disminuir la tensión laboral. (Ortega C, 2003). Igualmente en estudios Panameños encontramos que la edad media era de 38,4 años. (Ortega C. 2011). Argentina reporta una edad media de burnout del 39,7 años. (Sosa E. 2007).

En cuanto al estado civil y burnout vemos que el 58,2% en casados presento algún grado de burnout, el 25% son solteros y la unión libre y divorciados fueron del 8,33% respectivamente se obtuvo ($p= 0,283$) que no es estadísticamente significativo, se encontró coincidencias con cifras obtenidas en estudios realizados en Madrid donde el 17,2% fue en solteros los casados con el 77,5% separados el 3,3% (Caballero M, 20010). En México se encontró casados 66,7%, solteros 29,6% unión libre y divorciados el 1,9% respectivamente. (Aranda C. 2003); en cuba se reportaron datos que refieren casados 70,3%, Solteros 29,6%. (Cabana J 2009). Una revisión española muestra que los casados son más propensos a padecer de burnout seguidos por separados y divorciados (Ortega C, 2003). Esto posiblemente se deba a que los casados están más expuestos a estrés tanto laboral como familiar que incrementa el riesgo de burnout.

En cuanto al sexo en el estudio se encontró que el 66,66% son mujeres y que el 33,33% son varones, se obtuvo ($p= 0,472$) que estadísticamente no es significativo, revisando los estudios se ha encontrado que es muy variable este resultado pues en algunos estudios como en Argentina encontramos que el 44% son mujeres y el 56% son varones (Sosa E 2007) en otro estudio realizado en España las mujeres presentaron un 89% y los hombres el 11% (Albaladejo R 2004); otro estudio realizado en Cuba reporta un 70,3% mujeres y 29,6% hombres. (Cabana J 2003); como vemos siempre la tendencia es a que el síndrome sea mayor en las mujeres a excepción de México donde se encontraron cifras donde los hombres tienen el 57,7% y las mujeres el 46,3% (Aranda C 2003). Estos resultados posiblemente se deban a factores como en el caso nuestro donde el mayor número eran mujeres que hombres dentro del estudio además las mujeres son más susceptibles al estrés laboral.

En lo que concierne a la escolaridad se ha obtenido que es mayor en personas con nivel superior de estudio 50% secundaria 33,33% y primaria el 16,66%, estadísticamente se encontró ($p= 0,675$) que no es significativo pero que concuerdan con un estudio mexicano donde se encontró que factores socio demográficos como la escolaridad influyen en el

burnout (Aranda C 2005). Esto se debe a la mayor responsabilidad que pesa sobre los profesionales así en España se encontró que mientras mayor es la responsabilidad y el cargo mayor riesgo de burnout (Caballero M 2001).

En la literatura se ha encontrado que mientras mayor son los años de labor mayor es el síndrome de burnout (Cabana J 2009) estos datos contrastan con los encontrados en otros estudios donde se muestran que a mayor edad o más años de labor en el puesto actual menor es el burnout (10,6 años de labor) (Grau A, 2007). En nuestro estudio se encontró que de 1 a 10 años de experiencia laboral el 58,33% presentó el síndrome en el grupo de 11 a 20 años de experiencia laboral fue del 25% y del 16,66% en personas de más de 21 años de experiencia laboral por lo que coincidimos con los estudios españoles esto posiblemente se deba a que al tener varios años de profesión en un mismo puesto se aprende a manejar mejor los estresantes laborales, estadísticamente se encontró ($p=0,411$) no es significativo.

La profesión influye en la presencia o ausencia del síndrome así vemos que es que en España es mayor en enfermeras 58,7%, auxiliares de enfermería 41,3% (Albaladejo R, 2004; Ortega C, 2003). Otro estudio español muestra que los médicos son más expuestos con el 50,7%, enfermeras 34,7% y auxiliares el 2% (Caballero M 2001). En Panamá se encontró que las enfermeras y auxiliares presentan un 39,4% mientras los médicos presentaron un 21,2% de burnout (Ortega C 2011). En nuestro estudio se encontró que auxiliares de enfermería presentan el 41,66%, enfermeras el 25% médicos 16,66% y el personal de aseo el 16,66%, coincidiendo con estos estudios, esto se debe a que no se reconoce lo importante del rol de la enfermera y auxiliares y no lo valoramos produciendo muchas veces insatisfacción laboral de este personal ($p=0,401$) no es estadísticamente significativo.

Un aspecto importante a tomar en cuenta es la carga horaria del trabajador en donde se ha encontrado que es mayor el síndrome en quienes más trabajan (Ortega C, 2003; Albaladejo R 2004). Panamá reporta que personal que laboro más de 51,7 horas semanales presentó algún grado del síndrome (Ortega C 2011). México reporta presencia del síndrome luego de las 45 horas semanales de trabajo con un 23,5% (Aranda C 2003). En nuestro estudio se encontró que aquellos que trabajan menos de 50 horas semanales tienen un 16,66% de burnout y aquellos que trabajan más de 51 horas presentan un 83,33% del síndrome por lo que no coincidimos con lo que indican los trabajos revisados en la literatura teniendo más riesgos de presentar burnout, se encontró una ($p=0,091$) que no es estadísticamente significativo.

Las personas que se encuentran atravesando una enfermedad crónica aumentan la incidencia de burnout (Grau A 2009) en otros estudios se ha relacionado esto con estrés

crónico que empieza a dar somatisaciones graves y se reportan porcentajes del 43% (Alballejo R 2004; Caballero M, 2001). Nosotros hemos encontrado que el 91,66% no presentaba ninguna patología al momento del estudio y que solo el 8,33% en ese momento presentaba alguna enfermedad contrastando con los estudios antes citados posiblemente esto se deba a que en nuestro estudio la edad media del personal es de 35,9 años edad a la cual todavía no se detectan la gran mayoría de patologías consideradas como crónicas con ($p= 0,336$) no es estadísticamente significativo.

El estrés crónico es considerado un factor importante para la presentación del burnout (Cebria J, 2001; Ortega 2007) ambos autores coinciden en esta apreciación mientras que en el estudio nuestro el 66,66% no presento riesgo de estrés y 33,33% tiene estrés por lo que no coincidimos con los estudios revisados, se encontró una ($p= 0,472$) que no es estadísticamente significativo.

En el estudio encontramos que el 58,33% presento burnout y tienen una familia funcional, el 8,33% tienen una disfunción familiar severa y burnout y el 33% tienen una disfunción familiar moderada mas burnout con ($p= 0,115$) que no es estadísticamente significativo por lo que el estudio muestra otra realidad encontrada totalmente diferente a estudios en donde aspectos como el grado de apoyo social y familiar son protectores contra el síndrome así a mayor apoyo menos burnout otro protector es el mayor número de hijos así estudios muestran que el 54% tiene de 1 a 2 hijos que ayudan a evitar el burnout. (Grau A 2007). En estudios Españoles analizados el grado de burnout está alrededor del 44,3% (Caballero M 2001) otros estudios Mexicanos dan un 56,9% (Aranda C 2003), el estudio mas reciente selo realizo en Panamá donde se encontró un 79% de burnout (Ortega C. 2011), en nuestro estudio se encontró un burnout bajo del 33,33% Alto 16,66% y medio del 50%. Ahora si consideramos que el burnout más peligroso es el medio y el alto con un total de burnout entre los dos del 66,66%; dentro de las 3 dimensiones que se valoran en el burnout encontramos que el agotamiento emocional alto es 8,3%, ($p= 0,109$) no es significativo, despersonalización alto 25% ($p= 0,005$) que es estadísticamente significativo y realización personal bajo 16,7% ($0,199$) no es significativamente estadístico. Estos son los parámetros que indican que si hay algún grado de burnout en nuestro personal por esto la importancia de realizar este estudio que nos da una señal de lo que está sucediendo en nuestro medio a nivel de clínicas privadas problemas que como vemos va en aumento cabe anotar que muchas de las variables estadísticamente no son significativas esto debido a que la muestra es pequeña pero el burnout existe y es nuestro deber como médicos de familia primero identificarlos para poder intervenir para lo cual he propuesto la realización de guías de manejo.

CONCLUSIONES

En el estudio se encontró un 66,6% que presento burnout entre moderado y alto que son los más peligrosos. Un 24,8% presento agotamiento emocional entre moderado y alto el 58,3% presentaron despersonalización entre moderada y alto y un 16,7% presento una realización personal baja que son los parámetros para considerar la gravedad del burnout.

Se encontró relación estadística solo en burnout y despersonalización el resto de variables sociodemograficas no fueron estadísticamente significativas por el número de personas estudiadas consideró oportuno plantear la necesidad de realizar trabajos que sean cuali-cuantitativos ya que las experiencias e historias personales también nos dan luces para combatir este síndrome es importante ampliar este estudio hacia hospitales más grades como el hospital regional Vicente Corral Moscoso. Ya que factores considerados protectores como edad mayor de 50 años, sexo masculino, estado civil (soltero, unión libre, divorciados tienen menor tensión), la escolaridad básica, la familia funcional protegen del estrés crónico, y en cambio los otros factores agravantes como la despersonalización afectan a la persona incrementando el síndrome.

La carga horaria influye negativamente en la aparición del síndrome dando un mayor desgaste físico, en cuanto a las enfermedades crónicas y el estrés no causaron incrementos de burnout, como vemos la despersonalización, el agotamiento personal y una baja realización personal crean un ambiente negativo en la relación médico paciente que termina produciendo en el personal de salud una baja autoestima.

El burnout ha hecho que el personal de salud se sienta desvalorizado, fracasado e incapaz de ejercer la profesión, por lo que es conveniente que este personal descanse por un tiempo de esta actividad y emprenda nuevas actividades que le ayuden a levantar su autoestima, confianza.

RECOMENDACIONES

El burnout es una realidad que se presenta en el trabajo diario por lo que es fundamental desarrollar habilidades sociales para poder resolver conflictos y ejercer sus derechos personales sin negar los de los demás.

Hay que desarrollar una postura humanista para no crear estrés innecesario a los demás y apoyar la autorrealización de nuestros pacientes.

En nuestros lugares de trabajo sean estos centros públicos o privados el médico debe tener la capacidad de asumir riesgos y afrontarlos con propuestas creativas, flexibles que ayuden a disminuir el estrés crónico y sea la comunidad la beneficiaria de tener un médico que respeta las normas de bioética.

El médico de familia está expuesto a los problemas y conflictos de sus pacientes al ser el "confidente" por lo que el médico familiar debe desarrollar la habilidad para no trasladar estos conflictos a su hogar que pueden causar disfunción familiar afectando la vida privada de la familia.

GUIAS DE MANEJO DE BURNOUT

Se puede hacer una serie de propuestas útiles a la hora de cuidar al cuidador para que su calidad de vida y relaciones interpersonales y familiares no se deterioren.

- Pedir ayuda personal al detectar estos signos (no ocultarlos por miedo a asumir que se está al límite de sus fuerzas).

- Acudir a un profesional (medico de familia), o a grupos de auto-ayuda (GAMA) que resultan ser muy eficaces.

- Aprender técnicas de relajación psicofísica, Yoga, etc.

- Solicitar información adecuada sobre la enfermedad y conocimientos prácticos para enfrentar los problemas derivados.

- No mantener expectativas irreales (El enfermo no va a empeorar más de lo que está), ni tampoco omnipotentes sobre uno (Voy a solucionar todos los problemas yo sólo).

- Ser capaz de delegar tareas en otros profesionales no creerse imprescindible.

- Mantenerse auto motivado a largo plazo, auto reforzarse en los éxitos, felicitándose a sí mismo.

- No fijarse sólo en las deficiencias y fallos que se tengan.

- Tomarse también cada día una hora para realizar los asuntos propios. Asimismo, permitirse un merecido descanso diario o semanal, fuera del contacto directo con el enfermo.

- Si se puede, realizar ejercicio físico todos los días, ya que elimina toxinas corporales y despeja la mente.

- Evitar el aislamiento: mantener el contacto con amigos y otros familiares. Salir de la casa, no quedarse solo buscar realizar actividades con la familia o amigos.

- Saber poner límite a las demandas excesivas del paciente; hay que saber decir NO, sin sentirse culpable por ello.

- Expresar abiertamente a otros las frustraciones, temores o propios resentimientos, es un escape emocional.

- Planificar actividades de la semana y del día. La falta de tiempo es una de las primeras causas de agobio.

- Promocionar la independencia del paciente. No debe realizar el cuidador lo que el enfermo pueda hacer por sí mismo.

-Usar Centros de día, Residencias de respiro temporal, Personal contratado de asistencia domiciliaria.

- Programas de anticipación hacia lo real: debido a la discrepancia existente entre las expectativas que los profesionales tienen cuando empiezan a trabajar y la realidad que encuentran cuando se incorporan al trabajo lo que provoca un choque. Por lo que se recomienda que el profesional antes pase por una orientación previa de acuerdo al alto nivel de expectativas y objetivos que se fijan al principio de la carrera y que suelen ser irreales una vez dentro de las empresas.

-Crear condiciones en las que el conflicto se maneje adecuadamente y sea considerado como algo normal en la vida de la organización.

-Aumentar el nivel de confianza y apoyo entre el personal de la clínica

-Crear un ambiente en el cual la autoridad esté basada en el conocimiento y la habilidad personal.

-Aumentar la apertura de la comunicación entre enfermeras, médicos, personal de aseo etc.

-Incrementar el nivel de entusiasmo y satisfacción personal en la clínica.

-Aumentar el nivel de responsabilidad personal y de grupo en las actividades llevadas a cabo en beneficio del paciente.

-Encontrar soluciones sinérgicas a problemas frecuentes, es decir, creativas y con ayuda de las partes y en cooperación, ya que el resultado es mejor que con el conflicto.

- Entrenamiento en solución de problemas: es una técnica que trata de ayudar a las personas a resolver problemas y tomar decisiones más adecuadas. Hay que ser más asertivos o empáticos quienes son abiertos, flexibles y respetuosos de los derechos de los demás a diferencia de la persona agresiva que no reconoce los derechos de los demás.

- Saber aprovechar e incluso saborear desplazamientos, esperas y otros tiempos normalmente vividos como inútiles o enervantes (llevar consigo material de lectura, anotar ideas, aprovechar para relajarse.)

- Concentrar la atención en hacer bien lo que se está haciendo en cada momento, incluso durante períodos breves de tiempo. Saber vivir el tiempo de ocio.
- Procurar pensar y sentir con la mayor frecuencia posible que “esto es lo mejor que puedo estar haciendo en este momento”.

-Aumentar su competencia profesional asistiendo a congresos o jornadas, revisando la literatura científica de su campo profesional y desarrollando la investigación. También deben asistir a cursos de reciclaje y formación continuada.

-Distanciamiento mental del trabajo fuera del horario laboral. Hacer ejercicio físico o algún deporte, practicar yoga o relajación, adquirir compromisos ideológicos.

-Tomar pequeños momentos de descanso durante el trabajo. Tales descansos sirven como respiros emocionales que facilitan la relajación del sujeto y su distanciamiento psicológico de un problema.

-Marcarse objetivos reales y factibles de conseguir. De esta forma se pueden conseguir metas y los sentimientos de competencia social se verán reforzados.

-Evitar la excesiva implicación con el trabajo y con las personas hacia las que se dirigen los servicios.

- Apoyo social: tanto en el trabajo como en el entorno familiar y social, los sujetos obtienen nueva información, adquieren nuevas habilidades o mejoran las que ya poseen, obtienen refuerzo social y retroinformación sobre la ejecución de las tareas, y consiguen apoyo emocional, consejos y otros tipos de ayuda.

- El apoyo social aparece como una de las principales variables que permiten prevenir y aliviar las respuestas que el individuo genera ante los estresores y sus efectos. El apoyo social es como la información que permite a las personas creer que se preocupan por ellos y son valorados y estimados.
- Escuchar de forma activa, pero sin dar consejos ni juzgar sus acciones.
- “Acariciar”. Dar apoyo en el sentido de que un compañero o jefe confirme que se están haciendo bien las cosas.
- Apoyo emocional que haga reflexionar al sujeto sobre si realmente ha agotado todas las posibles soluciones.
- Participar en la realidad social del sujeto, confirmando o cuestionándole las creencias sobre sí mismo, sobre sus conceptos.

– Asignación de tareas al grupo, así como la organización y control del propio trabajo y en su conjunto, proporcionando retroalimentación adecuada de su ejecución.

– Limitar el número de horas de trabajo, así como el número de pacientes que atender.

BIBLIOGRAFIA

Albaladeja R, Villanueva R, Ortega P, et.al, 2004, *Síndrome de Burnaut en el Personal de Enfermería de un Hospital de Madrid*. Rev. Española de Salud Pública. Vol. 78 N.4. pp. 505-516.

Aranda C, Pando M, Salazar J, et.al, 2005, *Síndrome de Burnaut en Médicos Familiares del Instituto Mexicano del Seguro Social. Guadalajara. México*. Revista Cubana de Salud Publica. Vol.31. N. 2. Pp. 1-17.

Aranda C, Pardo M, Velásquez J, Et.al, 2000, *Síndrome de Burnaut y Factores Psicosociales en el Trabajo de Estudiantes de Postgrado del Departamento de Salud Publica de la Universidad de Guadalajara México*. Rev. Psiquiátrica Facultad de Medicina. Vol.30. N. 4. Pp. 193-199.

Atance J, 1997, *Aspectos Epidemiológicos del Síndrome de Burnaut en Personal Sanitario*. Rev. Española de Salud Pública. Vol.71. N. 3. Pp.293-303.

Ayuso J, 2006, *Profesión docente y estrés laboral: una aproximación a los conceptos de Estrés Laboral y Burnout*. Universidad de Cádiz, España. Revista Iberoamericana de Educación.Vol. 39. N. 3. Pp. 1-14.

Borda M, Edgar Navarro E, Aun E, et.al.2007. *Síndrome de Burnout en estudiantes de internado del Hospital Universidad del Norte*. Revista Salud Uninorte. Vol. 23 N. 1. Pp. 43-51.

Caballero M, Bermejo F, Fernández N ,et.al, 2001, *Prevalencia y Factores Asociados al Burnaut en un Área de Salud*. Revista de Atención Primaria. Vol. 27 N 5. Pp. 313.317.

Cabana J, García E, García G, et.al, *El síndrome de Burnout en el personal de una unidad quirúrgica*. Rev. méd electrón[Seriada en línea] 2009; 31(3). Recuperado 12 noviembre 2010.Disponible en
URL:<http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20médica/año%202009/vol3%202009/tema04.htm>

Cebria J, Segura J, Carbello S, et.al, 2001, *Rasgos de Personalidad y Burnaut en Médicos de Familia*. Atención Primaria. Vol. 27 N. 7. Pp. 459-468.

Da Silva M, Marques B, Da Silva B, 2009, *Evaluación De La Presencia Del Síndrome De Burnout En Cuidadores De Ancianos*. Revista electrónica de enfermería. Vol. 8. N 16. Pp. 1-11

Del Río M, García P, Vidal M, 2003, *El Síndrome De Burnout En Los Enfermeros/As Del Hospital Virgen De La Salud De Toledo*. Rev. Enfermería en Cardiología. Vol. 1 N. 28. Pp. 24-29.

Díaz M, 2005, *Síndrome del quemado en profesionales de Enfermería que trabajan en un hospital monográfico para pacientes cardíaca*. Recuperado 19 abril.2011. de http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/Original18.pdfembers/.../ART%20sindrome%20burn%20out2.doc

Franqueza M, 2003, *Quien Cuida al Cuidador*. Informaciones Psiquiátricas. Vol. 14 N 172. Pp. 1-6.

García D, Spröhnle C, Sapag J, 2008, *Cuidar a los cuidadores: Un desafío para los profesionales de la salud*. Revista Médica de Chile. Vol. 136. N. 6. Pp.809-811.

Grau A, Flechtentrei D, Suñer, et.al, 2009. *Influencia de Factores Personales, Profesionales y Transnacionales en el Síndrome de Burnout en Personal Sanitario Hispanoamericano y Español*. Rev. Española Salud Pública. Vol. 83 N.2 pp. 215-330.

Grau A, Suñer R, Garcia M, 2005, *Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales*. Revista Gaceta Sanitaria. vol.19 N.6. pp. 463-470.

González R. Gándara J.2004. *El médico con burnout. Conceptos básicos y habilidades prácticas para el médico de familia*. Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista. Madrid.

Hernández C, Dickinsa M, Fernández M, *El síndrome de desgaste profesional Burnout en médicos mexicanos*. et.al. recogido 19. Abril. 2011. <http://www.ejournal.unam.mx/rfm/N.51-1/REM051000102.pdf>.

Hernández J, 2003, *Estrés y Burnout en Profesionales de la salud de los Niveles Primario y Secundario de Atención*. Rev. Cubana Salud Pública. Vol. 29 N.2. pp. 103-110.

Martínez C, López G, 2005, *Características de Burnout en un grupo de Enfermeras Mexicanas*. Archivos de Medicina Familiar. Vol., 7 N. 1. Pp. 6-9.

Molina R, Iguaron M, Suarez M, et.al, 2006, *Síndrome de Desgaste Profesional en Enfermeras del Área Metropolitana de Barranquilla*. Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal. Vol. 22. N.002. pp. 84-91.

Ortega C, López F, 2003, *El Burnout o Síndrome de estar Quemado en los Profesionales Sanitarios Revisión y Perspectivas Internacionales*. Rev. International Journal of Clinical and Health Psychology. Vol. 4. N. 1. Pp. 137-160.

Ortega C, Salas R, Correa R, 2011, *Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en el personal sanitario Hospital aquilino tejeira*. Revista Archivos de medicina. Vol.7. N 24.pp.1-7.

Pedro R. Monte G, Peiró J, 1999. *Validez Factorial del Maslach Burnout Inventory en una Muestra Multiocupacional*. Psicothema. Vol. 11 N. 003. Pp. 679-679.

Pera G, Serra M, 2002. *Prevalencia del Síndrome del Quemado y Estudio de los Factores Asociados en los trabajadores de un hospital Comarcal*. Rev. Gac Sanit. Vol. 16 N6. PP. 480-486.

Portero A, Garces de los Fayos E, 1998, *Burnout en cuidadores principales de pacientes con Alzheimer: el síndrome del asistente desasistido*. Revista Anales de Psicología. Vol. 14. N.1. pp. 83-93.

Portero A, Garces de los Fayos E, 2004, *Burnout en cuidadores principales de pacientes con Alzheimer: El síndrome del asistente desasistido*. Revista Anales de Psicología. Vol. 14 N 001. Pp. 83-93.

Rueda J, *Estar quemado profesionalmente ¿quién cuida a los cuidadores?* Recuperado 19 abril 2011. De <http://ieslesvinyes.xeill.net/M> Ana Isabel Peinado Portero. Enrique Javier

Garces de los Fagos Ruiz. 2004. *Burnout en cuidadores principales de pacientes con Alzheimer: El síndrome del asistente desasistido*. Revista Anales de Psicología. Vol. 14 N 001. Pp. 83-93.

Sanz J, 2006, *Estudio de la Salud en relación con el deterioro psicofísico asociado a la edad y las enfermedades de origen profesional en el colectivo de bomberos*. Plataforma unitaria de bomberos. Vol. 1 n. 001.pp. 1-189.

Sosa E, 2007, *Frecuencia De Los Síntomas Del Síndrome De Burnout En Profesionales Médicos*. Revista médica de rosario. Vol. 73. Pp. 12-20.

Thomaé M, Ayala E, Sphan M, Et.al. 2006, *Etiología Y Prevención Del Síndrome De Burnout En Los Trabajadores De La Salud*. Revista de Posgrado de la VI Cátedra de Medicina. VOL.6.Nº15PP.18-21.

Trujillo R, Sánchez G. 2011. La definición del perfil profesional del médico familiar en Ecuador: una tarea en proceso. Revista médica Vozandez. Volumen 22. Pp. 5-7.

Vinaccia S, Alvaran L, 2004, *Síndrome de Burnout en una Muestra de Auxiliares de enfermería: Un estudio Exploratorio*. Universidad de Psychologia. Vol. 3 N. 1.pp 35-45.

Zambrano R, Ceballos P, 2007, *Síndrome de carga del cuidador*. Rev. Colombia Psiquiatría., vol. 36 N. 1. PP. 26-39.

Zamora A, 2007, *La enfermedad de los profesionales El Síndrome de Burnout*. Recuperado Abril 2011, de http://www.geosalud.com/Salud_Mental/burnout.htm

ANEXOS

ANEXO 1

CUESTIONARIO SOCIODEMOGRAFICO DEL PERSONAL DEL C.Q.M. 2010.

SEXO	hombre		Mujer	
EDAD años				
AÑOS DE PROFESION				
AÑOS EN ACTUAL TRABAJO				
ESTADO CIVIL	casado			
	soltero			
	viudo			
	divorciado			
	unión libre			
NUMERO DE HIJOS				
PROFESION	Médico			
	enfermera			
	Aux. enfermería			
	personal de aseo			
NUMERO DE HORAS DE TRABAJO				
horas a la semana				
ENFERMEDADES CRONICAS	SI		NO	
HORAS DE OSIO semana				

ANEXO 2

INSTRUMENTOS A UTILIZAR PARA MEDICION DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR

PONER EL NOMBRE DE LA PERSONA A QUIEN SE APLICA EL APGAR FAMILIAR	SIEMPRE	ALGUNAS VECES	NUNCA
ME SIENTO SATISFECHO CON LA AYUDA QUE RECIBO DE MI FAMILIA CUANDO TENGO ALGUN PROBLEMA			
ESTOY SATISFECHO CON LA FORMA COMO MI FAMILIA DISCUTE POR IGUAL A LOS ACUERDOS Y LA TOMA DE DECISIONES			
ENCUENTRO QUE MI FAMILIA ACEPTA MIS DESEOS PARA NUEVAS ACTIVIDADES Y CAMBISO EN MI ESTILO DE VIDA			
ESTOY SATISFECHO CON LA FORMA EN QUE MI FAMILIA EXPRESA AFECTO Y RESPONDE A MIS SENTIMIENTOS DE TRISTEZA, ANGUSTIA Y AMOR			
ESTOY SATISFECHO CON LA CANTIDAD DE TIEMPO QUE PASAMOS JUNTOS MI FAMILIA Y YO			

2: SIEMPRE

7-10 FAMILIA FUNCIONAL

1: ALGUNAS VECES

4-6 FAMILIA CON DISFUNCION MODERADA

0: NUNCA

0-3 FAMILIA CON DISFUNCION SEVERA

ANEXO 3

ESCALA DE MASLACH PARA DETECTAR BURNAUT

Escala de Burnout 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 / clientes
5. Trato a algunos pacientes / clientes 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 / clientes
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 / tarea
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 / clientes
16. Trabajar directamente con personas me produce estrés
17. Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes / clientes
18. Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes / clientes
19. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión / tarea
20. Me siento acabado
21. En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma
22. Siento que los pacientes / clientes me culpan por alguno de sus problemas

- 0. nunca**
- 1. Pocas veces al año o menos**
- 2. Una vez al mes o menos**
- 3. Pocas veces al mes**
- 4. Una vez a la semana**
- 5. Varias veces a la semana**
- 6. Diariamente.**

ANEXO 4

ESCALA DE HOLMES Y RAHE PARA DETECCION DE ESTRES

ESCALA DE Holmes y Rahe (MODIFICADA),

- Seleccione cada uno de los factores estresantes en el último año, súmelos y medirá su nivel.
- Un puntaje mayor a 300 puntos aumenta el riesgo de padecer enfermedades por estrés mientras que uno menor de 150 significa menor chance de contraerlas. Esto es algo predisponente pero no determinante.
- Usted podría agregar algún factor, no consignado en esta escala, y que considere que lo haya vivido como estresante y equipararlo en puntaje a alguna de las otras situaciones señaladas

PUNTAJE	HECHO
100	Muerte del cónyuge
70	Separación matrimonial
70	Muerte de un ser querido familiar
60	Pérdida del trabajo
50	Padecer una enfermedad seria
50	Quiebra en el estado financiero
45	Haber padecido un asalto
45	Descenso en el rol o status laboral
45	Problemas sexuales (impotencia, trastornos eyaculatorios, anorgasmia, fobias, crisis de identidad sexual)
45	Ser abandonado por la pareja
40	Jubilación
40	Problemas judiciales
40	Menopausia
40	Deudas
40	Enfermedades en un familiar
40	Trabajar en horarios nocturnos o rotatorios
30	Reconciliación marital
30	Embarazo (para ambos)
30	Nacimiento
30	Inseguridad en el barrio donde vive o trabaja
30	Cambio en estado financiero
30	Fuertes discusiones familiares (con hijos o familiares políticos)
30	Conflictos conyugales crónicos
25	Trastornos del sueño
25	Cambios en las tareas laborales habituales
25	Muerte de un amigo o amante
25	Abandono del hogar por un hijo
25	Gran logro personal
25	Vivir en medio urbano

25	Trabajar más de 12 horas diarias	✓
20	Cónyuge termina o comienza un trabajo	
20	Problemas con el jefe	✓
20	Haber abandonado prácticas deportivas	✓
20	Viajes prolongados (más aún si son lugares muy alejados)	
20	Mudanzas	
20	Conducir un auto en ciudad por más de 3 horas	
20	Cambios en los hábitos (dieta, dejar de fumar)	
15	Cambio de carrera o de colegio	
10	Vacaciones	✓
10	Fiestas de fin de año	

