

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL SEK

**FACULTAD DE CIENCIAS DEL TRABAJO Y DEL
COMPORTAMIENTO HUMANO.**

Trabajo de fin de carrera titulado:

**“PREVALENCIA DEL SINDROME DE BURNOUT Y FACTORES
ASOCIADOS EN LOS MÉDICOS RESIDENTES DEL AREA DE
NEONATOLOGIA DE UN HOSPITAL EN QUITO”**

Realizado por:

TANIA ELIZABETH GALLARDO CASTELLANO

Director del Proyecto:

MSC. MICHAEL SILVA

Como requisito para la obtención del título de:

MAGISTER EN SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL

Quito, 02 de Agosto del 2017

DECLARACIÓN JURAMENTADA

Yo, TANIA ELIZABETH GALLARDO CASTELLANO, con cédula de identidad # 0502866866, declaro bajo juramento que el trabajo aquí desarrollado es de mi autoría, que no ha sido previamente presentado para ningún grado a calificación profesional; y, que ha consultado las referencias bibliográficas que se incluyen en este documento.

A través de la presente declaración, cedo mis derechos de propiedad intelectual correspondientes a este trabajo, a la UNIVERSIDAD INTERNACIONAL SEK, según lo establecido por la Ley de Propiedad Intelectual, por su reglamento y por la normativa institucional vigente.

Tania Elizabeth Gallardo Castellano

C.C.:0502866866

DECLARATORIA

EL presente trabajo de investigación titulado:

**“PREVALENCIA DEL SINDROME DE BURNOUT Y FACTORES
ASOCIADOS EN LOS MÉDICOS RESIDENTES DEL AREA DE
NEONATOLOGIA DE UN HOSPITAL EN QUITO”**

Realizado por:

TANIA ELIZABETH GALLARDO CASTELLANO

Como requisito para la Obtención de Título de:

MAGISTER EN SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL

Ha sido dirigido por el profesor

MICHAEL SILVA

quien considera que constituye un trabajo original de su autor

MSC. MICHAEL SILVA

DIRECTOR

DECLARATORIA PROFESORES INFORMANTES

LOS PROFESORES INFORMANTES

Los Profesores Informantes

MARCELO RUSO

LUIS FREIRE

Después de revisar el trabajo presentado,
lo han calificado como apto para su defensa oral ante
el tribunal examinador

Marcelo Russo

Luis Freire

Quito, 02 de agosto de 2017

DEDICATORIA

A Sofía y Paula, mi mayor motivación y la mejor recompensa

A Geovanny, mi esposo, compañero de vida, apoyo incondicional, el motor que me impulsa a seguir adelante, para ser una buena madre y una mejor esposa, gracias por todo el amor que siento en cada gesto, cada día.

A mis padres, Mirian y Galo, mi eterno agradecimiento por todo el cariño, entrega, generosidad y por mostrarme el camino correcto y guiarme por él, porque su comprensión y todo su amor desinteresado son mi gran fortaleza.

INDICE DE CONTENIDO

CAPITULO 1	1
INTRODUCCIÓN	1
1.1 EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	1
1.1.1 Planteamiento del Problema.....	1
1.1.1.1 Diagnóstico del Problema	4
1.1.1.2 Pronostico del Problema	6
1.1.1.3 Control del Pronóstico	7
1.1.2 Objetivos Generales	8
1.1.3 Objetivos Específicos.....	8
1.1.4 Justificación	8
1.2 MARCO TEÓRICO	10
1.2.1 Estado actual del conocimiento sobre el tema	10
1.2.1.1 Historia.....	11
1.2.1.2. Conceptualización	13
1.2.1.3. Etiología.....	16
1.2.1.4 Diagnóstico diferencial.....	17
1.2.1.5. Teorías que abordan el síndrome de Burnout	19
1.2.1.6 Factores asociados al síndrome de Burnout.....	21
1.2.1.6. Evolución del Síndrome de Burnout.....	27
1.2.1.7. Grados de Burnout.....	29
1.2.1.8. Consecuencias del Burnout	30
1.2.1.9. Tratamiento	34
1.2.1.10. Prevención.....	35
1.2.2 Adopción de una perspectiva teórica.....	37
1.2.3 Hipótesis	37
1.2.4 Caracterización de variables	38
CAPITULO II	41
MÉTODO.....	41
2.1 NIVEL DE ESTUDIO.....	41
2.2 MODALIDAD DE INVESTIGACIÓN	41
2.3 MÉTODO.....	41

2.4	POBLACIÓN Y MUESTRA	42
2.5	SELECCIÓN DE INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN	42
2.6	CONSIDERACIONES ÉTICAS	44
	CAPÍTULO 3	46
	RESULTADOS	46
3.1	PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	46
3.1.1	Análisis descriptivo	46
3.1.1.1	Características sociodemográficas	46
3.1.1.2.	Características laborales	50
3.1.2.	Análisis de Prevalencia de Síndrome de Burnout	53
3.1.3	Distribución del Síndrome de Burnout según distintas variables	59
3.1.3.1	Variables individuales	59
3.1.3.2.	Variables laborales	63
3.2.	APLICACIÓN PRÁCTICA	66
3.2.1	ESTRATEGIAS PREVENTIVAS	66
3.2.2	ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN	67
	CAPÍTULO 4	75
	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	75
4.1	CONCLUSIONES	75
4.2	RECOMENDACIONES	77
	Bibliografía	79

CAPITULO 1

INTRODUCCIÓN

1.1 EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1.1 Planteamiento del Problema

De acuerdo con las estadísticas de la OIT y de la OMS, las condiciones de trabajo en las que se desenvuelven la mayoría de los tres mil millones de trabajadores en el mundo, no cumplen los estándares y guías mínimos establecidos por estos organismos en el ámbito de la salud ocupacional, la seguridad y la protección social, lo que deriva que existan anualmente 2 millones de muertes relacionadas con el trabajo, 271 millones de accidentes laborales; y, 160 millones de enfermedades ocupacionales (OMS, 2007). Adicionalmente, los factores de riesgo psicosocial como son: el estrés, el burnout y la violencia en el trabajo, son los menos atendidos, ya que no son causales de base para accidentes o enfermedades ocupacionales, por lo que son dejados al margen de las intervenciones de seguridad y salud (OMS, 2003).

El estrés laboral ha sido actualmente descrito como un factor primordial que provoca el desgaste de la salud del individuo en etapa productiva. En el contexto de esta problemática, se encuentran los profesionales con alto riesgo de padecer Síndrome de Agotamiento Emocional, tipología que se evidencia como resultado del estrés laboral crónico, especialmente entre quienes laboran en áreas en cuyo radio de acción la vida se encuentra en riesgo; entre aquellos que trabajan bajo presión; o ejecutan su actividad productiva en espacios reducidos; en condiciones de hacinamiento; en contacto directo con el usuario, o brindando servicios de atención de salud. (ABREU, 2011)

Existen múltiples estudios realizados en España, con médicos familiares y otro tipo de personal sanitario, que reporta entre 30 y 60% de agotamiento o cansancio emocional y hasta 76%, para al menos uno de los tres dominios del Maslach Burnout Inventory (MIRÓ, 2007).

Durante la etapa de formación médica de residencia, los profesionales de salud se hallan sujetos a altas exigencias académicas y laborales por parte de sus superiores, además de una alta presión por el ambiente de competitividad que se percibe y por las expectativas que se generan con respecto a su desempeño en el servicio. Con relación a este problema se han efectuado una serie de estudios entre los que destaca el realizado en médicos residentes del área de Medicina Interna de la Universidad de Washington, que reportó una prevalencia de Síndrome de Burnout de hasta 76%, en el que el componente “despersonalización” era el más significativo. (SHANAFELT, 2002).

Balcázar y Montejo, en su estudio intitulado “Prevalencia del síndrome de desgaste profesional en médicos residentes de un hospital de Mérida, Yucatán, México”, realizado en el año 2006, manifiestan que el 100% de los médicos residentes a quienes se les sometió al trabajo investigativo, presentan algún grado de Síndrome de Burnout. Los puntajes más altos correspondieron a las variables de despersonalización y agotamiento emocional; sin embargo, no se realizó el análisis de la asociación presente con los factores individuales de los participantes.

Un estudio similar realizado en el Hospital Universitario del Valle, en Cali, que consistió en aplicar la evaluación a 150 médicos (63 internos y 87 residentes), de áreas clínicas y quirúrgicas, arrojó una prevalencia de Burnout de 85.3%, clasificándolo entre moderado y severo. Según los resultados expuestos, el componente “desgaste emocional” estuvo presente en el 76% de los participantes; y, no se reportaron diferencias significativas entre los médicos de las áreas clínicas o quirúrgicas. (GUEVARA, 2004).

García evidenció en el 2000 la presencia del síndrome de desgaste profesional en 56 médicos residentes en un Hospital de Valencia, España, evidenciándose entre ellos algunas particularidades; así: “agotamiento emocional” en 7.1% de médicos; “despersonalización” en el 17.8%; y, “falta de realización profesional” en el 23.2% (BELLOCH, 2000).

Los resultados de todos los estudios mencionados concluyen que los médicos residentes, debido a las particulares características de su trabajo, están sometidos a un nivel de estrés elevado y sostenido, en razón de la responsabilidad que supone el cuidado de los pacientes y las presiones propias de sus superiores y de la institución en la que prestan sus servicios profesionales.

Si bien en el país algunas tesis se han enfocado a investigar el Síndrome de Burnout, la mayoría se han direccionado a grupos específicos del área administrativa y de la educación, por lo que no se dispone de datos que hagan referencia al personal de la salud en áreas de cuidados intermedios.

El hospital en el que se realizará el estudio, si bien cuenta con una Unidad de Seguridad y salud ocupacional constituida por Médico y enfermera ocupacionales, Psicóloga, Fisioterapeuta y Técnico de seguridad; el control en cuanto a riesgos psicosociales se refiere se limita a una evaluación psicológica al ingreso y finalización de contrato de trabajo con la institución. Ningún método se ha empleado en esta casa de salud con el fin de diagnosticar el Burnout en sus médicos residentes y menos aún se han llevado a cabo planes de intervención para mitigar la presentación del síndrome.

En mérito de los antecedentes expuestos, la presente investigación se halla plenamente justificada, debido a la trascendencia que tiene determinar la prevalencia del Síndrome de Burnout en los médicos residentes, quienes constituyen un grupo de trabajo numeroso con riesgo

elevado para presentar el síndrome, acarreando las consiguientes consecuencias del deterioro de su salud y afectación en la calidad de la atención que brindan a sus pacientes.

Si tomamos en consideración que el servicio de Neonatología es un área que demanda un cuidado más riguroso del habitual y que involucra más al médico con el paciente y la labilidad emocional de sus madres, se ha de procurar la distinción de los factores individuales y laborales que inciden con mayor frecuencia en la aparición del Burnout, con el fin de identificar a los grupos prioritarios para intervenciones futuras y sugerir medidas oportunas de control, que contribuyan a una futura reducción de la presentación del síndrome, en el personal de la Neonatología de este Hospital de Quito en el que se ha focalizado la investigación.

1.1.1.1 Diagnóstico del Problema

El síndrome de agotamiento emocional o Burnout se debe entender como la respuesta a la exposición crónica a fuentes de estrés en el trabajo, generado por sentimientos y actitudes negativas hacia quienes constituyen el entorno de trabajo y hacia el propio rol que el trabajador desempeña profesionalmente, así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado (COLOMA, 2013.). Esta respuesta es recurrente en los trabajadores de la salud, y deriva de la relación profesional-paciente y profesional-organización. Sin embargo, la descripción no es completa si no se tiene en cuenta el contexto económico, social y laboral en el cual surge.

Es de advertir que los profesionales de la salud independientemente del área en que trabajen deben lidiar durante el ejercicio de sus actividades con varias circunstancias, tales como: el incremento de la competencia de otros profesionales; la falta de cooperación entre el equipo asistencial; el incremento constante de la cantidad de pacientes que deben atender por día; y, las distintas exigencias laborales propias de cada uno de sus puestos de trabajo. De hecho, el

personal de la salud constituye uno de los grupos profesionales en los que el estrés y el agotamiento se hacen presentes con mayor frecuencia, lo que conlleva a la aparición de varios efectos psíquicos, tales como: ansiedad, depresión, enfermedades psicosomáticas y trastornos neuróticos. (PEREDA-TORALES, 2009).

En lo que respecta a las variables relacionadas con el desarrollo del síndrome, se han establecido dos categorías de factores asociados a su desarrollo: sociodemográficos, que incluyen edad, género, estado civil, escolaridad; y laborales, que mencionan la categoría profesional, tipo de jornada de trabajo, antigüedad en el la institución o en el cargo y el tipo de contrato. (SCHAUFELI, 2009)

El área de Neonatología del Hospital en ciernes cuenta con un amplio grupo de médicos residentes que contribuyen al trabajo productivo, realizan turnos de 24horas cada sexto día en las salas de cuidado intermedio y además asisten cuatro horas diarias a las salas asignadas que incluyen Recepción del Recién Nacido (Centro Quirúrgico y Centro Obstétrico); Sala 208 destinada a evaluación inicial y derivación de neonatos; Sala 301 destinada a observación de recién nacidos con patologías leves; Sala 205 con cuatro subsalas para cuidado de neonatos prematuros, con patologías infecciosas, malformaciones congénitas y dificultad respiratoria; y la Unidad de Cuidados intensivos neonatales.

En base a lo anteriormente mencionado, fundamentamos que a más de las numerosas horas que el personal permanece en el área de trabajo, la unidad expone exigencias propias del cuidado de los recién nacidos, por la delicadeza de su manejo, la minuciosidad de su examinación, la precisión de los cálculos de dosis farmacológicas a aplicarse y el cumplimiento estricto de protocolos de tratamiento. No podemos dejar de lado además la afectación emocional

que implica el trato constante con madres desconsoladas, los requerimientos permanentes de información acerca de la evolución de sus hijos, las exigencias constantes de un pronóstico bien definido del caso que incluyen días de hospitalización y probabilidad de mejora.

Todos los puntos mencionados hacen de los médicos de la Neonatología un grupo vulnerable para la presentación del síndrome, y siendo ésta una unidad con exigencias tan altas debido a la delicadeza de sus pacientes, los resultados de una prevalencia considerablemente elevada de Burnout podrían derivar en graves consecuencias en cuanto al desempeño de los profesionales, un incremento en los índices de ausentismo, el aumento en la tasa de mortalidad de los niños del servicio, un mayor índice de presentación de eventos adversos debidos a descuidos o falta de cuidado en el seguimiento de la evolución de los recién nacidos.

1.1.1.2 Pronostico del Problema

El área de neonatología demanda del personal de salud que en ella labora, mucha concentración y responsabilidad en el cumplimiento de protocolos y atención adecuada de los recién nacidos. Debido a que constituyen un grupo de pacientes que requieren de mayores cuidados que los habituales, las exigencias son distintas a las de otras áreas, en donde los pacientes adultos colaboran y son corresponsables de su propio cuidado. En este contexto, al hacerse presentes en el personal de dicha área los síntomas del Síndrome de Burnout, que incluyen sensación de agotamiento, disminución del interés en el trabajo, despersonalización y falta de empatía, no se puede garantizar el manejo óptimo de los pacientes; en desmedro, el surgimiento de errores humanos derivados de la falta de concentración, bien puede poner en riesgo la integridad del tratamiento aplicado a los recién nacidos, así como también afectar el

progreso de los niños en la sala y más aún, ocasionar graves complicaciones futuras e incluso la muerte de los infantes.

De idéntica manera, la percepción de falta de realización personal y crecimiento profesional en el personal médico, acarrea como consecuencia que éstos, abandonen temporal o definitivamente sus puestos de trabajo, y asuman nuevos retos y oportunidades en otras áreas hospitalarias, lo que trae aparejado un incremento en el índice de ausentismo laboral y de rotación del personal, que como resulta por demás obvio, demanda un periodo de capacitación y adaptación del personal nuevo, situación que torna previsible la existencia de un mayor riesgo de errores, así como también una disminución de la productividad de las salas, hasta cuando se produzca su oportuno acoplamiento al nuevo equipo de trabajo.

1.1.1.3 Control del Pronóstico

Determinar la prevalencia del síndrome en el personal de salud, nos servirá para estructurar una estadística inicial y proponer la implementación de una estrategia efectiva direccionada al manejo oportuno del desgaste de los colaboradores. Una vez que se haya identificado el grupo de personas que es más vulnerable a la presentación de la patología, con base a los factores individuales y laborales que se asocien en mayor número al surgimiento del Síndrome, se priorizarán las intervenciones.

La planificación y aplicación de un programa oportuno para enfrentar los efectos principales y secundarios del Síndrome de Burnout en el personal de la Unidad de Neonatología, contribuirá de manera decisiva a mejorar el desempeño de los médicos del área, fortalecerá el trabajo en equipo a través de la generación de una mejor comunicación; en tanto que, el restablecimiento de la conexión del médico con sus pacientes en niveles apropiados, lo llevará a

trabajar más arduamente en busca de su sanación, pues asume que debe involucrarse sin reserva alguna en la búsqueda de la actitud y el comportamiento adecuados, a fin de propiciar su pronta convalecencia.

Por lo tanto, a más de mejorar el clima laboral a través del buen estado de salud psicológica de los colaboradores, se logrará optimizar la calidad de la atención e incrementar la efectividad del servicio, reduciendo los índices de morbi-mortalidad en el área de la Neonatología, provocados por condiciones o actos inseguros, trabajo negligente, o desinterés por el paciente.

1.1.2 Objetivos Generales

Determinar la prevalencia del Síndrome de Burnout y su distribución según factores individuales y laborales en el personal de salud del área de Neonatología de un Hospital en Quito.

1.1.3 Objetivos Específicos

- a. Establecer la prevalencia del Síndrome de Burnout, en el personal de salud del área de Neonatología.
- b. Identificar los grupos de mayor riesgo de exposición y afectación por la presencia de Síndrome de Burnout, a fin de priorizar la adopción de medidas preventivas.
- c. Diseñar una propuesta que contemple medidas de control y estrategias, que sirvan para contrarrestar la presencia del Síndrome, y a la vez, para mitigar su prevalencia en la Unidad Hospitalaria.

1.1.4 Justificación

Ante la evolución de la cultura preventiva en lo referente a accidentes laborales y enfermedades ocupacionales, han ido en incremento las acciones ejecutadas con el fin de reducir

dichas estadísticas en las empresas, a través del control de determinados riesgos evidentes, tales como caída, atrapamiento, corte, etc, pues los directivos de las empresas actualmente han mostrado mayor interés en el tema preventivo y por consiguiente se ha conseguido que se destine un presupuesto para financiar dichas actividades.

En contraposición a lo mencionado, existe muy poca aceptación de la presencia de riesgo psicosociales en las instituciones, podría manifestarse que hasta cierto punto existe alguna tolerancia a la presencia de los mismos por parte de la mayoría de actores implicados (empresarios, trabajadores, servicios de prevención, técnicos, etc.), quienes no asumen al riesgo psicológico y a la alteración de la salud mental del trabajador derivada de un mal control de los mismos como un problema que demande interés o que requiera intervenciones preventivas de carácter imprescindible.

Existe cierta tendencia a percibir como implícito al puesto de trabajo cualquier factor de riesgo psicosocial, al cual debe adaptarse cualquier persona que se desempeñe en dicho cargo, por lo que de algún modo al manifestar el trabajador una afectación de su salud psicológica debida a la exposición a dichos riesgos, el resultado tiende a interpretarse en términos de debilidad individual, y se imputa a alguna vulnerabilidad propia de la psique del individuo afectado.

La alta demanda de atención en todas las unidades de salud, el incremento constante del flujo de pacientes, la falta de personal de salud para brindar atención oportuna y las altas exigencias a los médicos que laboran en las unidades de cuidados especiales, incrementan el estrés laboral y el agotamiento temprano de los profesionales que laboran en dichas áreas.

La falta de interés por parte de las autoridades de las instituciones de salud, dejan de lado la importancia de la salud psicológica de los trabajadores, la escasa intervención en las afectaciones de este tipo hacen que el progreso del Síndrome de Burnout no sea percibido sino hasta el abandono del puesto de trabajo por parte de los colaboradores, por lo cual no existen estadísticas de importancia en los estudios realizados a nivel nacional.

La Constitución Política de la República del Ecuador publicada en el Registro Oficial 449 del 20 Octubre 2008, en su Art. 33 hace referencia a la obligación de Estado de garantizar un trabajo justo y un ambiente de trabajo saludable, que no constituya un riesgo para la salud física o mental del individuo.

La importancia de realización de la presente investigación radica en que al obtener una cifra que determine la prevalencia del Síndrome entre los residentes del área de la Neonatología se podrá trabajar sobre un panorama real y materializar el resultado de la falta de control oportuno en los factores de riesgo psicosocial en el puesto de trabajo. Esto impulsará a tomar medidas de acción encaminadas a disminuir el número de casos y prevenir la aparición de otros futuros.

1.2 MARCO TEÓRICO

1.2.1 Estado actual del conocimiento sobre el tema

Son varios los autores que han direccionado sus estudios a los factores de riesgo psicosocial y han centrado su atención en el Síndrome de Burnout, comprendiéndolo como un importante problema que requiere intervención oportuna.

La mayor parte de estudios realizados en relación a la prevalencia de Burnout en distintas profesiones encaminadas a brindar algún tipo de servicio a personas en cierto estado de

vulnerabilidad se han llevado a cabo en el continente europeo así como en América del Norte, en Latinoamérica Colombia y Chile muestran el mayor número de estudios con dicho enfoque psicosocial.

Si bien debido al progreso generalizado de las sociedades y el acelerado ritmo de trabajo impuesto por la sociedad este trastorno emocional ha ido en aumento y por tanto ha sido ampliamente estudiado en distintos países, en nuestro contexto nacional las patologías causadas por factores de riesgo psicosocial no son objeto del enfoque que requieren.

1.2.1.1 Historia

Este síndrome fue descrito por primera vez en 1969 por H.B. Bradley como la analogía de un fenómeno psicosocial que se presentaba en oficiales de policía de libertad condicional, quienes presentaban un particular comportamiento adjudicado a su estrecho contacto con delincuentes juveniles, para lo cual utilizó el término *staff burnout*. (BRADLEY, 1969).

En 1974, el médico psiquiatra Herbert Freudenberger al ejercer sus actividades trabajando como asistente voluntario en la Free Clinic de Nueva York para toxicómanos, junto con un grupo de otros jóvenes, advirtió que tras permanecer en el lugar durante un periodo aproximado entre uno y tres años, la mayor parte de colaboradores sufría una gradual pérdida de energía, desmotivación, reducción de interés por el trabajo hasta llegar al agotamiento, junto con síntomas de ansiedad y de depresión (Mingote Adán, 1998; Moreno, González y Garrosa, 2001).

Según Leiter (1991a), el trabajo de estas personas estaba caracterizado por falta de horario fijo, número de horas de trabajo muy alto, salario insuficiente y un contexto social que exigía mucho compromiso, regularmente tenso. (LEITER, 1991)

Freudenberger describió como al cabo de un período más o menos largo de tiempo los colaboradores de la clínica tenían un trato mucho más distanciado con los pacientes; se mostraban menos sensibles, escasamente comprensivos y en cierto modo agresivos en su trato con los pacientes, evidenciando la tendencia a culpar al paciente de los propios problemas que padece.

Para detallar este análogo patrón conductual, Freudenberger escogió el término Burnout que significa “estar quemado, y se usaba en su entorno para referirse a los efectos que sufrían los consumidores crónicos de estupefacientes y otras sustancias tóxicas. El término también era utilizado entre los atletas y artistas para referirse a quienes no conseguían los resultados esperados a pesar de la dedicación y esfuerzo. (LEITER, 1991).

Este autor expone su concepto de Burnout dirigido a un enfoque organizacional. Plantea que la conducta de quienes lo manifiestan parte de sentimientos de agotamiento y frustración, generados por una sobrecarga de trabajo y a un tipo de desequilibrio productivo, debido a la escasa recompensa en relación a las exigencias impuestas. (LEITER, 1991)

Se da a conocer el término “Burnout” en el año 1977, luego de que la psicóloga estadounidense Cristina Maslach realizara una exposición ante una convención de la Asociación Americana de Psicólogos, en la que conceptualizó el síndrome como el desgaste profesional de las personas que trabajan en diversos sectores de servicios humanos, siempre en contacto directo con los usuarios, especialmente personal sanitario y profesores, (MARTINEZ, 2010).

Varios estudios se han realizado en referencia a la prevalencia de Burnout en distintas profesiones, en los cuales ha quedado evidenciado que el síndrome no es exclusivo de personal del área de la salud y la educación (Tabla 1), sin embargo queda clara la asociación del mismo a

aquellas profesiones asociadas al medio sanitario, de la educación o aquellas destinadas a brindar servicios a usuarios, condición que se explica debido al contacto continuo que mantienen con personas que demandan un determinado servicio para cubrir sus necesidades, y para lo cual no siempre se dispone de los recursos necesarios. (ATANCE, 2009)

El síndrome sería la respuesta extrema al estrés crónico originado en el contexto laboral y tendría repercusiones de índole individual, pero también afectaría a aspectos organizacionales y sociales. (MARTINEZ, 2010)

Tabla 1. Incidencia de Síndrome de Burnout por profesiones. Fuente: Casas 2002

ESTUDIO	RESULTADOS
Kyriacou (1980)	25% en profesores
Pines, Aronson y Kafry (1981)	45% en diversas profesiones
Maslach y Jackson (1982)	20-35% en enfermeras
Henderson (1984)	30-40% en médicos
Smith, Birch y Marchant (1984)	12-40% en bibliotecarios
Rosse, Johnson y Crown (1991)	20% en policías y personal sanitario
García Izquierdo (1991)	17% en enfermeras
Jorgesen (1992)	39% en estudiantes de enfermería
Price y Spence (1994) Deckard, Meterko y Field (1994)	20% en policías y personal sanitario
Deckard, Meterko y Field (1994)	50% Médicos

1.2.1.2. Conceptualización

La mayoría de autores concuerdan en que el Síndrome de Burnout surge como resultado de niveles excesivos de estrés crónico en el trabajo, es decir cuando se ha desempeñado con un período considerablemente largo de tiempo, con resultados negativos tanto para el trabajador como para la entidad en la que se desempeña, y que se hace presente en áreas determinadas del trabajo, cuando éste involucra un trato directo y personalizado con colectivos de usuarios, bien sean enfermos de gran dependencia, o alumnos conflictivos. Sin embargo, aunque estos casos son

los que más a menudo se presentan, otros puestos de trabajo no quedan exentos de tener entre sus trabajadores el síndrome de Burnout. (SCHAUFELI, 2009)

En el Síndrome del Quemado se pueden denotar tres dimensiones interrelacionadas:

- Cansancio Emocional: se caracteriza por disminución de la energía con que se realiza el trabajo y la propia percepción del consumo de los recursos emocionales, se describe como el agotamiento ante las exigencias del trabajo y la ausencia de atracción por la realización del mismo.

Además se ha evidenciado su asociación a vivencias emocionales negativas como el disgusto, debido a la falta de apreciación de muestras que gratifiquen el trabajo realizado o a una asimilación propia de que la labor realizada no logra ayudar en la medida necesaria a quien le ha sido brindada la atención. (RAFFERTY, 2001)

- Despersonalización o deshumanización: se describe como la atención impersonal, distante y fría hacia las personas con las que tratan, el término se ha acuñado puesto que no se brinda la asistencia que demanda una persona en una condición vulnerable, con calidez, comprensión y amabilidad, sino que más bien supone una conducta de rechazo hacia la otra persona, brindándoles el mismo trato que se les diese a los objetos.

Algunos autores consideran a éste el componente nuclear del Síndrome, pues lo atribuyen a la repuesta defensiva por la que optan quienes padecen Burnout con el fin de atenuar sus sentimientos de frustración derivados de la actividad que ejercen. (RAFFERTY, 2001)

- Baja Realización Personal: hace referencia a la propensión a evaluarse a sí mismo de modo negativo, autopercepción de incompetencia profesional y frustración al evaluar el cumplimiento de sus expectativas y metas planeadas a largo plazo. Se describe una actitud negativa tanto hacia el trabajo que realiza como hacia sí mismo, el interés por el

cumplimiento de sus labores se muestra deteriorado, lo que cursa con irritabilidad, disminución de la productividad, autoestima escasa, depresión y evasión de las relaciones interpersonales con otros compañeros de trabajo. (RAFFERTY, 2001)

De acuerdo con el autor que describa el síndrome, se ha dado determinada prioridad en la génesis del Burnout a alguno componentes, es el caso de Maslach que subraya al cansancio emocional o Golembiewsky que recalca la despersonalización, sin embargo todo apunta a que el Síndrome Burnout se manifiesta como un proceso en el cual cada uno de sus componentes impulsa la expresión de los restantes. (EWERS, 2002)

Golembiewski plantea que la despersonalización aparece en la fase inicial, ocasionando que se perciba a los destinatarios de los servicios que se prestan como "culpables" de sus propios problemas, lo que repercute en la calidad de la atención que se les brinda; a continuación quien padece el Síndrome asume que su trabajo no es el mejor realizado y por consiguiente evita en lo posible las relaciones que puedan ponerlo de manifiesto, ocasionando su aislamiento. Finalmente se hace notorio el profundo cansancio emocional debido al agotamiento que supone lidiar con las situaciones previamente descritas, además de asumir que ninguna acción que pudiese llevarse a cabo lograría mejorar las circunstancias, considerándose esta última dimensión a la que caracteriza el Burnout avanzado.

Contrario al anterior enunciado, Leiter (1989) relata una secuencia en la que el fenómeno vendría iniciado por el Cansancio Emocional asociado a la sobreexigencia de las tareas, al cual el trabajador reaccionaría aislándose mediante la Despersonalización, con un trato desinteresado hacia los clientes, la ausencia del compromiso con el trabajo, lo que redundaría en el agotamiento, y llevaría a la persona a la percepción de una baja realización personal por los

escasos resultados derivados de su esfuerzo diario, dando como resultado al síndrome "Burnout". (Ilustración 1)

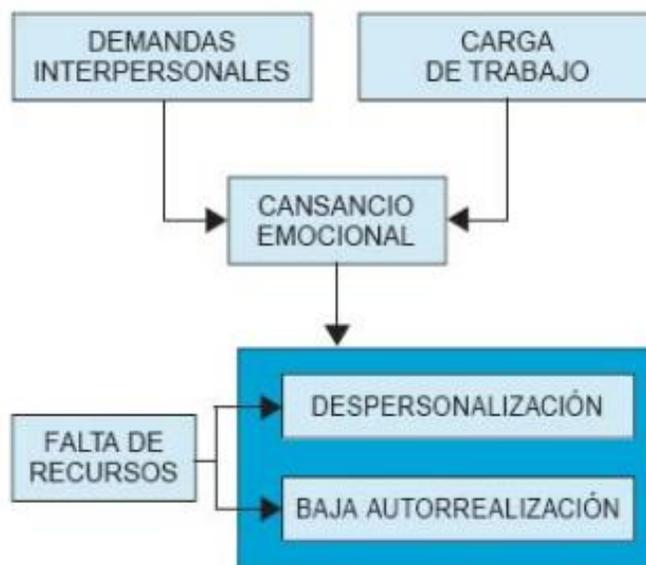


Ilustración 1. Ilustración 1. Modelo de proceso de Burnout. Fuente: Leiter, 1993

Realizando un sumario, el Síndrome de Burnout se presenta en una relación directamente proporcional a la severidad de los factores de riesgo psicosocial asociados al puesto de trabajo, así como al tiempo durante el cual el trabajador se ha mantenido expuesto a los mismos. Las exigencias y responsabilidades inherentes a las actividades realizadas, determinan la severidad y velocidad de evolución del Síndrome. (R FERREL, 2010)

1.2.1.3. Etiología

Se han propuesto tres hipótesis que tratan de explicar el origen del Síndrome de Burnout: (Rosas, 2000)

Una de las teorías señala la idea de un acercamiento intrapsíquico o que se asocia a los aspectos de la personalidad de los trabajadores, que llevaría a los sujetos a desarrollar el Síndrome de Burnout. Esta perspectiva ha sido adoptada por quienes abrazan la corriente de

psiquiatría tradicional, firmemente expuesta por Freudenberger, quien sostiene que el Burnout hace su aparición en personas entregadas y comprometidas de lleno con su trabajo, perfeccionistas y con expectativas por encima del promedio.

La segunda hipótesis engloba la perspectiva existencial, que se basa fundamentalmente en las premisas de la teoría humanista. El principal exponente de esta corriente es Pines, quien sostiene que los sentimientos de autoeficacia y competencia se les asigna un significado existencial. Los profesionales identifican éxito en sus trabajos como un éxito personal.

Finalmente, la tercera corriente es la psicosocial, donde Maslach (1982) es la principal exponente, se centra en una postura multidimensional. Dado que éste es un modelo biopsicosocial, la autora defiende que ciertos estresores y mecanismos se interrelacionan para producir el síndrome. Entre estos factores se cuentan los individuales (características de personalidad), los de interacción (comunicación directa y abierta, responsabilidad compartida) y los de la organización del sistema (políticas, apoyo social del sistema, tecnología).

1.2.1.4 Diagnóstico diferencial

Se han generado varias discrepancias tras la dificultad generada al momento de distinguirlo de otros conceptos, debido a que muchos de los cuadros que cursan con alteración de la salud psicosocial del individuo incluyen manifestaciones similares, por lo que a continuación se precisan las diferencias.

A. Estrés general

Es un conjunto de alteraciones que se producen en el organismo como respuesta física ante determinados estímulos repetidos, este es un proceso psicológico que comporta efectos tanto

positivos como negativos; el Burnout por otro lado siempre hará referencia a todo tipo de efectos negativos para el sujeto y su entorno.

El estrés general puede ser experimentado en todos los aspectos de la vida y actividades que el ser humano desempeñe, a diferencia del Burnout, que se considera por la mayoría de los autores un síndrome exclusivo del contexto laboral. (BRADLEY, 1969)

El estrés constituye la patología más comúnmente confundida con el Síndrome de Burnout debido a las características con las cuales se presenta, por lo que a continuación se resumen las pautas para discernir apropiadamente entre ambos: (Ilustración 2)

ESTRÉS	BURNOUT
Sobreimplicación en los problemas	Falta de implicación
Hiperactividad emocional	Desgaste emocional
Daño fisiológico es el fundamento principal	El daño emocional es el fundamento principal
Agotamiento o falta de energía física	El agotamiento afecta a la motivación y energía física
La depresión se produce como reacción a preservar las energías físicas.	La depresión es como una pérdida de ideales
Puede tener efectos positivos en exposiciones moderadas (eustrés) ²	Sólo tiene efectos negativos

Ilustración 2. Diferencias entre Síndrome de Burnout y Estrés. Fuente: Guía sobre el Síndrome del Quemado (Burnout), 2006.

B. Fatiga física

Puede definirse como la disminución de la capacidad física del individuo después de haber realizado un trabajo durante un tiempo, su recuperación suele conllevar un tiempo corto y puede acompañarse de sentimientos de realización personal e incluso de éxito, a diferencia del síndrome de Burnout que se caracteriza por una recuperación mucho más lenta y acompañada de sentimientos profundos de frustración y decepción. (PINES, 1988).

C. Depresión

La OMS la define como un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

Por lo mencionado anteriormente es que Oswin (1978) y Maher (1983) describieron un solapamiento entre la depresión y el Síndrome de Burnout, además mostraron que los patrones de origen y desarrollo eran distintos, aunque ambos fenómenos comparten sintomatología común.

La depresión se relaciona significativamente con la dimensión del cansancio emocional, aunque no con las dos restantes. Se puede citar como diferencia que en la depresión se destaca el sentimiento de culpa, mientras que en el Burnout la frustración desemboca en enojo e irritabilidad. En contraposición a esto, Feudenberg (1974) discurre que la depresión es uno de los síntomas que caracterizan el síndrome de Burnout.

1.2.1.5. Teorías que abordan el síndrome de Burnout

No existe un consenso definido acerca de la explicación del Síndrome de Burnout, sin embargo varios autores coinciden ampliamente en que se trata de una respuesta al estrés laboral

crónico, esta percepción negativa del trabajador genera sentimientos y actitudes con implicaciones desfavorables tanto para la persona como para la organización.

Gil-Monte y Peiró (1997) han afirmado que el Síndrome del quemado puede estudiarse desde dos perspectivas: la clínica y la psicosocial.

Desde el punto de vista clínico, Feudenberger (1974) empleó el término Burnout para describir cierta sintomatología que evidenciaba en sus colegas de trabajo, como resultado de las exigencias del mismo. Es por ello que este autor defiende que el síndrome se hace presente en aquellas profesiones que brindan de servicios de ayuda y manifestar un estado de agotamiento y reflejan hostilidad como consecuencia del trabajo realizado.

Esta perspectiva defiende que el Burnout aparece con mayor frecuencia en los trabajadores cuya labor implica un trato más estrecho y un mayor nivel de compromiso con el destinatario del servicio que brindan, quienes se hallan más sujetos a presiones y cuyo trabajo demanda una mayor dedicación. Se trata de un desequilibrio entre las sobreexigencias y requerimientos de usuarios que se presentan vulnerables, y el sobreesfuerzo y entrega por parte de los profesionales, que deriva en un agotamiento emocional y un sentimiento de inadecuada recompensa por la asistencia brindada.

Fischer (1983), desde esta misma perspectiva considera al Burnout como el resultado de exigencias egoístas que derivan en una reducción de la autoestima de los sujetos, se describe como un estado alterado de la salud mental del individuo que surge como la combinación de fatiga mental, física y emocional, percepción propia de que el aporte en el lugar de trabajo es insignificante, y ausencia de crecimiento profesional. Tienden al desarrollo de una conducta negativa, trato indiferente con compañeros de trabajo y actitud desinteresada hacia el desarrollo

de las actividades asignadas. En forma más extrema es especialmente severo en trabajadores con personalidad entusiasta, que se ven inmersos en un ambiente monótono, alto en exigencias y pobre en recompensas, que terminan por alterar su estado anímico, transformar su personalidad y afectar en gran medida su autopercepción y su capacidad para desempeñarse en su cargo.

Desde el punto de vista psicosocial, quienes la defienden, manifiestan que el Burnout debe ser entendido como un proceso que se despliega de modo secuencial tras la aparición de sus rasgos característicos y de sus síntomas generales, aunque algunos autores discrepan con Maslach y Jackson (1981) -entre los que se encuentran Price y Murphy (1984), Ferber (1985), Golembiewski (1991)-, afirmando que el Burnout afecta no solo a las profesiones de tipo asistencial sino que puede hacerse presente en muchas de otro tipo.

Gil-Monte y Peiró (1997) en los resultados de sus estudios avalan que el Síndrome de Burnout se concreta como una respuesta al estrés laboral crónico, caracterizado por sentimientos y actitudes negativas hacia el rol desempeñado en la organización, hacia los compañeros de trabajo y el sentimiento de encontrarse emocionalmente agotado.

La investigación en ciernes sigue el curso de la perspectiva psicosocial, la misma que acepta la concepción acerca del Burnout elaborada por Maslach y Jackson (1986), quienes lo consideran un resultado primordialmente emocional, situando los factores organizacionales y laborales como los antecedentes condicionantes.

1.2.1.6 Factores asociados al síndrome de Burnout

En lo que respecta a las variables relacionadas con el desarrollo del síndrome, se han establecido tres categorías de factores asociados a su desarrollo: sociodemográficos, que incluyen edad, género, estado civil, etc.; psicológicos, en donde se mencionan las características

de personalidad; y laborales, que mencionan la categoría profesional, tipo de jornada de trabajo, antigüedad en el cargo, entre otras. (SCHAUFELI, 2009)

Más allá de la evidencia de factores de riesgo individuales o características del empleado para el Burnout, existe literatura que subraya la importancia de las variables organizacionales, que incluyen carga de trabajo, control, recompensa, comunidad, equidad, y valores, dado que este síndrome se centra en el grado de ajuste, o desajuste entre el individuo y aspectos claves de su ambiente organizacional. (CAÑADAS-FUENTE, 2015)

Se entienden por variables desencadenantes aquellas que predicen la presentación del Síndrome y pueden contribuir a una mejor comprensión de su origen. Su identificación puede realizarse de varias y permiten una mejor comprensión desde distintas perspectivas, sea que se relacionen más con aspectos personales del individuo, características propias del contexto laboral o con circunstancias externas al trabajo. (HIDALGO, 1994)

- a) Organizacionales: Son específicas de la organización y pueden por sí mismas dar lugar a la presentación de situaciones negativas, o jugar un importante rol en la interacción continua del trabajador con su puesto de trabajo. (HIDALGO, 1994).

En este grupo se incluyen:

- Sobrecarga de trabajo: hacen referencia a las exigencias propias del trabajo que se estiman por sobre las aceptables, y que generalmente se acompañan de exceso de tareas asignadas. Existe mayor probabilidad de presentación del síndrome cuanto mayor sean las exigencias, puesto que demanda mayor responsabilidad en el desempeño de las tareas.

- Organización del trabajo: ausencia de un establecimiento claro de los roles a desempeñar, abuso de autoridad por parte de los supervisores, mala comunicación a nivel de la organización o exceso de trámites de tipo burocrático para acceder a los supervisores.
- Inadecuación profesional: falta de adaptación del perfil del profesional y personal al puesto de trabajo en el que se desenvuelve.
- Contenido de trabajo: variabilidad de tareas, esclarecimiento de su proceso de realización, identificación de problemas en su ejecución.
- Ambiente físico de trabajo: estresores como el nivel de ruido que debe soportar el sujeto en el lugar de trabajo, y en concreto sus características de intensidad, control, predictibilidad y frecuencia, suponen una fuente importante de estrés laboral.
- Turno de trabajo: mayor riesgo constituido por el trabajo nocturno, debido a las consecuencias negativas de la falta de descanso y el alejamiento del ambiente familiar.
- Conflicto y ambigüedad de rol: desequilibrio entre las expectativas y demandas en cuanto se refiere a las conductas que se esperan del trabajador a quien se le asignan determinadas tareas.
- Estresores relacionados con la tecnología: la influencia de los avances de la tecnología pueden variar de forma positiva o negativa de un trabajador a otro, facilitando o entorpeciendo su desempeño, y se vincula directamente a sus habilidades en este campo.

- Estructura organizacional: se relaciona a las organizaciones que cuentan con estrictos procedimientos definidos, en donde existe escasa probabilidad de negociación o toma de decisiones.
 - Estresores económicos: la modalidad actual de contrato por servicios ocasionales e incluso por prestación de servicios eleva la tensión en los trabajadores por el miedo a perder el trabajo tan escaso hoy en día.
 - Evaluación de desempeño: dentro del contexto laboral las personas deben continuamente hacer notar sus habilidades y la necesidad de su existencia en la institución, en ocasiones a esto se suman las habilidades de socialización e integración a los equipos previamente formados, situación que no resulta favorable para individuos con personalidad retraída o con dificultad para relacionarse.
 - Estabilidad laboral: suele ocasionar situaciones de estrés entre los trabajadores cuando se aplica recorte de personal, primordialmente entre los trabajadores de mayor edad.
 - Clima organizacional: para determinados individuos resulta por demás importante la posibilidad de participación en la toma de decisiones, contar con la apertura para improvisar o actuar acorde a su opinión en circunstancias que requieran disposiciones.
- b) Sociales: Estos se asocian con un ámbito externo al laboral, e incluyen las relaciones del individuo con amigos, familia, entre otros: (GRAU, 2005)
- Apoyo social: que implica el soporte que tiene el sujeto de parte de sus allegados.

- Comunicación: el flujo comunicativo juega un rol importante en el desarrollo y progreso del síndrome, pues su deterioro incrementa la presentación del Burnout.
- Problemas familiares: Constituye un factor que puede potencia la afectación emocional del trabajador.

b) Individuales: corresponden a características propias del sujeto que hacen referencia a su personalidad: (GRAU, 2005)

- Tipo de personalidad: La personalidad resistente o tipo “hardiness” toma las dificultades presentadas a diario como un desafío tienen un compromiso fuerte consigo mismos y con el trabajo; los individuos con personalidad tipo A son altamente competitivos, impacientes y buscan ser constantemente reconocidos por su esfuerzo al conseguir éxitos, lo que conlleva a una mayor asociación con el burnout. (NICEBERG, 1991)
- Locus de control: hace referencia al control que supone tener el individuo frente a distintas situaciones presentadas en el contexto laboral o no, es inversamente proporcional a la aparición del Burnout. (PINES K. , 1978)
- *Sexo*: los análisis que involucran esta variable no son del todo concluyentes, se explica que debido al rol que desempeña en el hogar, el sexo femenino es más vulnerable al Burnout, producto de la presión por la combinación de tareas que realizan en trabajo y hogar, lo que se explica la mayor puntuación de las mujeres en la dimensión de agotamiento emocional.

El sexo masculino por lo general muestra puntuaciones mayores para la dimensión despersonalización. (PAREDES, 2008)

- *Edad*: esta variable combina madurez y experiencia en la manera en que el individuo es capaz de soportar presiones y manifestar una respuesta positiva ante las mismas. Sin embargo se hace mención a una importante asociación de puntuación mayor para realización personal a mayor edad del trabajador. (PAREDES, 2008)
- *Estado civil*: aunque no de forma concluyente, diversos estudios explican una menor presentación de burnout en las personas casadas, pues la convivencia diaria contribuye a un mayor equilibrio emocional, siempre que no existan problemas familiares que por el contrario contribuyan al desarrollo temprano del síndrome. (PAREDES, 2008)
- *Estrategias de afrontamiento*: son rasgos individuales estrechamente ligados a la personalidad y carácter del individuo, así como la manera de actuar ante las adversidades.
- *Expectativas personales*: al trazarse objetivos que no han conseguido lograrse, el individuo vive una sensación de fracaso y abandono, que acorde a otras características individuales previamente contribuyen a incrementar la puntuación para el síndrome, principalmente en la dimensión de realización personal.

Dado que el Síndrome de Burnout se ha conceptualizado fundamentalmente en el contexto laboral, las variables organizacionales han sido las más estudiadas, pues los factores que se asocian al trabajo condicionan reacciones del individuo que pueden empujarlo al desarrollo del síndrome.

1.2.1.6. Evolución del Síndrome de Burnout

El Síndrome hace su aparición luego de seis meses de antigüedad en el trabajo y se consolida después de 10 años, cuando las expectativas personales no han llegado a manifestarse según lo esperado, en la realidad cotidiana (ABALADEJO, 2004).

De acuerdo al grado en el que se desarrolle el síndrome, se puede presentar desde una forma leve con quejas, cansancio y dificultad para levantarse en la mañana; moderada con aislamiento, suspicacia, cinismo y negativismo; severa con enlentecimiento, automedicación, ausentismo, aversión y consumo de drogas; hasta las manifestaciones extremas que incluyen aislamiento muy marcado, cuadros psiquiátricos, colapso y suicidio. (WILSON, 1986)

Las manifestaciones del Síndrome pueden hacerse presentes en forma física, y en base a comportamientos y actitudes propias de quien lo expone, de modo general con repercusiones negativas que se ven reflejadas tanto en la salud del afectado como en el resultado de su desempeño laboral. (Tabla 2)

Tabla 2. Manifestaciones del Síndrome de Burnout. Elaborado por: T. Gallardo 2017

EMOCIONALES	PSICOSOMÁTICOS	COGNITIVOS	CONDUCTUALES	SOCIALES
Apatía	Hipertensión	Distracción	Agresividad	Malas
Irritabilidad	Cefalea	Cinismo	Hostilidad	relaciones
Ansiedad	Migraña	Criticismo	Actitud	interpersonales
Desilusión	Alteraciones	Ausencia de	defensiva	Problemas
Depresión	gastrointestinales	creatividad	Ausentismo	familiares
	Insomnio	Pérdida de	laboral	Aislamiento
	Disfunción sexual	expectativas		Evasión

Cherniss describe al Burnout como un fenómeno progresivo en el que se pueden identificar cinco etapas:

- Primera fase “de entusiasmo”, en donde el trabajador visualiza los retos laborales como un estímulo, con expectativas positivas y gran entusiasmo, no les perjudica el alargamiento de la jornada laboral pues disponen de mucha energía.
- Segunda fase “de estancamiento”, el individuo percibe el desequilibrio entre las exigencias del trabajo y los reconocimientos obtenidos, replanteándose el logro de sus objetivos y manifiesta una actitud negativa frente a un sentimiento de estancamiento, pues se siente incapaz de desempeñarse eficazmente en su sitio de trabajo. Los primeros síntomas se hacen presentes, incluyendo dolores de cabeza, molestias gastrointestinales, cambios emocionales, entre otros.
- Tercera fase “de frustración”: la desilusión y desmoralización se hacen presentes en el trabajador, percibe la situación como negativa y desfavorable al punto de causarle trastornos crónicos de la salud por causas psicosomáticas y la actitud que adopta es de irritabilidad, con escasa adecuación a las tareas, por lo que en esta fase son comunes los desacuerdos y conflictos en los grupos de trabajo.
- Cuarta fase “de apatía”: el cambio en el trabajador se hace evidente actitudinal y conductualmente, adopta una actitud radicalmente negativa, adopta respuestas defensivas, de cinismo ante los clientes con un trato distante y mecánico, y comienza a presentarse el ausentismo laboral. Se anteponen las propias necesidades a las de los usuarios o de las exigencias del trabajo.
- Quinta fase “de quemado”: en esta fase ocurre el colapso físico e intelectual del trabajador, con serias afecciones su salud y es donde la enfermedad se pone de manifiesto

con sus características más comúnmente reconocidas y de forma acentuada. (CHERNISS, 1980)

El ritmo y la intensidad con la que ocurren dichos cambios en el trabajador no suceden del mismo modo en todos los casos, por lo que no siempre resulta fácil identificar la fase que se encuentra cursando el individuo.

1.2.1.7. Grados de Burnout

El Síndrome del Burnout es un proceso, más que un estado y se han podido establecer 4 estadios de evolución de la enfermedad aunque éstos no siempre están bien definidos: (FLICHTENTREI, 2009)

- a) Leve: presencia de síntomas físicos inespecíficos y ocasionales. (cefalea, dorsalgia, cervicalgia)
- b) Moderado: presentación de insomnio, déficit de atención y concentración, ocasionalmente ocurre auto-medicación
- c) Grave: incremento de ausentismo laboral, hostilidad en el desempeño laboral, apatía y cinismo. Algunos trabajadores pueden incrementar el consumo de alcohol.
- d) Extremo: aislamiento del individuo, depresión crónica, somatización severa de enfermedades y alto riesgo de suicidio

Desde la década de los setenta se han venido realizando varias investigaciones en torno al Burnout, a partir de lo cual se ha determinado una evolución en esta patología, evidenciándose como un importante problema social.

1.2.1.8. Consecuencias del Burnout

Esta patología de origen psicosocial constituye un problema serio de salud laboral, puesto que afecta de modo negativo tanto a la persona como al círculo en el que se desenvuelve y a la organización.

El aparecimiento del mismo ocurre cuando hay la percepción por parte del trabajador de haber consumido todos los recursos para el afrontamiento de los problemas presentes en el trabajo, con la consecuente visualización de su fracaso profesional.

La magnitud del problema radica en que al presentarse casos repetidos del Síndrome en el lugar de trabajo puede desencadenar en un corto período de tiempo el desánimo generalizado, principalmente cuando los factores desencadenantes se encuentran estrechamente ligados a la organización de trabajo o cuando existe una apreciación general de desinterés por parte de las autoridades en la intervención para resolución de necesidades informadas por los trabajadores.

(Ilustración 3) (CHERNISS, 1980)

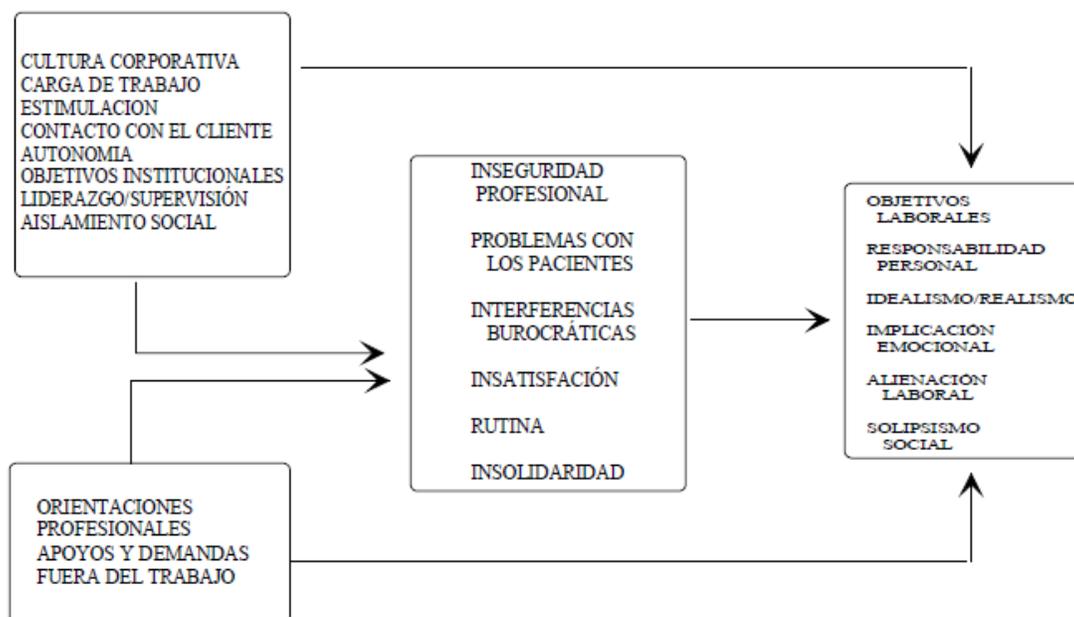


Ilustración 3. Modelo organizacional del Burnout. Fuente: Cherniss, 1980

La disminución de la calidad de atención por parte del personal y la disminución de su rendimiento afectan directamente al servicio brindado, situaciones de alto interés para las organizaciones.

Por otro lado el desánimo o necesidad de aislamiento de los colaboradores suelen dar lugar al incremento en el índice de ausentismo laboral con o sin justificación o en el peor de los casos la deserción laboral.

La insatisfacción del personal al realizar sus actividades lleva a percibir el trabajo como una obligación, la falta de interés por las tareas realizadas da lugar a un mayor número de errores y negligencias durante la jornada, mismas que podrían derivar en denuncias hacia el colaborador o la institución a la que pertenece; por otro lado la infracción de normas y protocolos establecidos aumentan el riesgo de incidentes y accidentes debidos a condiciones o actos inseguros. (ATANCE, 2009).

Los costos indirectos no suelen ser valorados, por lo que no suelen ser visualizados por los empleadores, entre los cuales figura el ausentismo laboral debido a la asistencia a consultas médicas o certificados de reposo extendidos durante los cuales se continúan realizando los correspondientes pagos salariales.

La consecuencia menormente valuada es el deterioro de la imagen de la institución por los percances suscitados durante el ejercicio de los profesionales.

La preocupación por la salud de los trabajadores por parte del empleador, no constituye por tanto únicamente el cumplimiento de normativa legal o la observancia de obligaciones éticas, sino un factor importante sobre el cual intervenir a fin de brindar un servicio de calidad a los usuarios.

1.2.1.9.Método de evaluación

El cuestionario de Maslach y Jackson, Maslach Burnout Inventory (MBI), es una herramienta que se aplica para el diagnóstico del Síndrome de Burnout, a través del planteamiento de manifiestos al sujeto bajo análisis, acerca de sus sentimientos en relación al puesto de trabajo.

En la mayoría de investigaciones que giran en torno a este problema psicosocial es el instrumento comúnmente utilizado, la Universidad de Antioquia, Colombia validó este instrumento en el año 2004 (WILSON W. , 1986).

El MBI consta de 22 ítems valorados con una escala tipo Likert. Inicialmente este cuestionario presentaba una escala que valoraba los ítems de dos formas: una primera forma de frecuencia, en la que el sujeto evalúa la frecuencia de presentación de las situaciones descritas en los agregados, usando uno de siete adjetivos en una sucesión que van desde “nunca” hasta “todos los días”; y una segunda forma de intensidad, con ocho grados de la intensidad con la que eran percibidas por el sujeto dichas situaciones.

Las autoras del cuestionario consideraron que se ocultaba la correlación entre ambas formas, por lo que resolvieron recomendar que se aplicara únicamente la parte de frecuencia.

El procesamiento de estos 22 ítems arroja resultados en los tres factores que constituyen el Síndrome de Burnout: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal.

- a) Agotamiento emocional (Emotional Exhaustion - EE) consta de nueve preguntas relacionadas a la percepción de estar cansado por el trabajo. La conforman los ítems 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20.

El máximo es de 54 puntos, los resultados son directamente proporcionales al nivel de burnout experimentado por el sujeto.

- b) Despersonalización (Despersonalization - D) consta de cinco preguntas que son los ítems 5, 10, 11, 15 y 22, relacionadas al reconocimiento de una actitud indiferente e impersonal, así como a insensibilidad y distanciamiento del usuario del servicio.

El máximo resultado es de 30 puntos, siendo también directamente proporcional al nivel de Burnout presentado.

- c) Realización personal (Personal Accomplishment - PA) consta de ocho preguntas que describen la evaluación propia de su trabajo negativamente y su autopercepción de inutilidad. Está conformada por los ítems 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21.

El máximo resultado es de 48 puntos, siendo la mayor puntuación indicativa de alta realización personal y por lo tanto inversamente proporcional a la presentación de Burnout.

En las dos primeras escalas, correspondientes al agotamiento emocional y despersonalización, las puntuaciones altas se asocian al Síndrome de Burnout, en tanto que en la escala de realización personal las puntuaciones bajas se asocian al Síndrome; cada una de las escalas debe ser evaluada de forma individual, por lo que no puede ser obtenido un valor promediado.

Se evidencia gran consistencia interna entre las tres escalas. Para fines de interpretación de resultados, se consideran puntuaciones bajas entre 1 y 33, media entre 34 y 66 y alta entre 67 y 99. Las puntuaciones altas en agotamiento emocional y despersonalización y baja en realización personal definen el síndrome.

Otra de las formas de evaluación determina que: en la escala de agotamiento emocional las puntuaciones de 27 o superiores serían indicativas de un alto nivel de burnout, el intervalo entre 19 y 26 corresponderían a puntuaciones intermedias y las puntuaciones por debajo de 19 son indicativas de niveles de burnout bajo o muy bajo.

En la escala de despersonalización las puntuaciones superiores a 10 serían nivel alto, medio de seis a nueve, y menor de seis, bajo grado de despersonalización.

La escala de realización personal trabaja en sentido contrario; siendo de cero a 31 puntos indicación de baja realización personal, de 32 a 38 intermedia y superior a 39 corresponde a alta realización personal. (C MASLACH, 1986).

1.2.1.9. Tratamiento

Debe quedar claro que no existe ningún tratamiento de tipo específico para síndrome, ni tampoco una estrategia simple que se pueda ejecutar para la prevención del mismo, por lo tanto las medidas a aplicarse van direccionadas al control del estrés, el mejoramiento de la conducta de la persona y la potenciación del autocontrol.

En determinadas ocasiones, de acuerdo a la severidad de la presentación del Síndrome de Burnout puede resultar necesario un corto período de baja laboral con el fin de permitir un descanso al trabajador.

Se describen ciertas estrategias que pueden contribuir a la reducción y tratamiento del Burnout:

- Lograr el equilibrio entre las demandas laborales, familiares y sociales, involucrándose en actividades externas al sitio de trabajo.
- Mejorar las habilidades sociales de la persona, fortaleciendo las relaciones interpersonales y dentro del círculo familiar.
- Planear y llevar a cabo actividades de recreación pues son actividades a las que hay que dedicar tiempo.
- Los períodos de vacaciones deben ser tomados y resulta óptimo que sean distribuidos de ser posible en dos o tres tiempos a lo largo del año de trabajo.

- La actividad física regular libera el estrés acumulado, aporta energía, relaja la musculatura y permite el esparcimiento del trabajador.

A más de las medidas anteriormente citadas existen ciertas pautas para intervención psicológica tanto en el ámbito laboral como personal, enfocadas en el manejo de situaciones de estrés, resolución de conflictos, control de ira y ansiedad, mejorar las habilidades de comunicación.

Ciertas actividades como el yoga, la natación y la meditación resultan de ayuda para el personal afín a su realización, siempre que no resulte una imposición para el colaborador.

Ciertas manifestaciones graves del Burnout pueden requerir tratamiento médico sintomático o farmacológico de especialidad posterior a la evaluación de salud pertinente. (GONZALES, 2008)

1.2.1.10. Prevención

Las estrategias de intervención como en la mayoría de enfermedades, alcanzan mejores resultados cuando el síndrome se hace presente en sus fases iniciales, ya que a dicho nivel los compañeros suelen notar cambios en el trabajador, antes que el propio sujeto, por lo que su círculo más cercano constituye la herramienta de alarma más importante para la detección precoz del Burnout. (GONZALES, 2008)

Entre los métodos preventivos que pueden ser usados se incluyen:

a) Nivel organizacional:

- Establecer un protocolo para evaluación oportuna de riesgo psicosocial e identificación de Síndrome de Burnout en los trabajadores

- La socialización al personal de conceptos del síndrome de Burnout, sus síntomas y posibles consecuencias para que todos puedan contribuir a su detección temprana
- Motivar a los trabajadores a alertar acerca de condiciones del ambiente laboral que puedan generar malestar entre los colaboradores
- Implementar talleres destinados al mejoramiento de las condiciones psicológicas en las que se desempeña el trabajador, con temas que incluyan: liderazgo, trabajo en grupo, y fortalecimiento de relaciones interpersonales.
- Verificar el cumplimiento de inducciones y capacitaciones al personal de nuevo ingreso para asegurar una mejor adaptación a su puesto de trabajo.

b) Nivel grupal:

- Fomentar actividades enfocadas a fomentar el apoyo entre compañeros de trabajo y supervisores de grupo con el fin de conformar un equipo de trabajo fortalecido.
- Fortalecer la comunicación asertiva entre compañeros de trabajo y diligenciar posibles situaciones de tensión presentes entre los colaboradores.

b) Nivel personal:

- Programas dirigidos a mantener un proceso de equilibrio entre las expectativas planteadas y la posibilidad de lograrlas con el fin de proteger la armonía emocional del trabajador en cuanto a su crecimiento y desempeño laboral
- Trabajar internamente para adaptar las expectativas laborales a objetivos realistas que no impliquen mermar en el individuo el entusiasmo y el deseo de superación.

- Mantener una proporción equitativa entre las demandas laborales, familiares, sociales e individuales a través de una distribución oportuna del tiempo, de manera que el individuo no se sienta superado por dichas exigencias

1.2.2 Adopción de una perspectiva teórica

Hasta la fecha se han realizado una gran cantidad de estudios en relación a la presentación del Síndrome de Burnout en los profesionales de las distintas áreas. Estados Unidos y países europeos lideran este tipo de investigaciones, en tanto que en América Latina países como Chile y Colombia han profundizado este tipo de estudios en los profesionales de la salud y la educación.

Se ha recopilado la información suficiente puesto que existe gran cantidad de material informativo en relación al Burnout, es por ello que la presente investigación se centra en realizar la identificación de prevalencia de Burnout en los médicos residentes del hospital objeto de estudio y proponer un plan de medidas estratégicas a implementarse con el fin de prevenir su aparición y reducir el número de casos identificados.

1.2.3 Hipótesis

- a) Más del 50% de los médicos residentes del área de Neonatología de un Hospital en Quito presentan algún grado de Síndrome de Burnout.
- b) La presentación del Síndrome de Burnout guarda una relación directamente proporcional al tiempo de antigüedad del trabajador en la institución.
- c) El síndrome de Burnout se presenta mayoritariamente en personas que no se encuentran cursando el cuarto nivel de educación.
- d) El síndrome de Burnout tiene mayor prevalencia en el grupo de residentes asistenciales, en relación a los residentes de posgrado.

1.2.4 Caracterización de variables

Las variables a analizarse a lo largo de la presente investigación se describen a continuación:

Tabla 3. Identificación y caracterización de las variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
SEXO	Estado fenotípico del individuo que determina su sexualidad	Fenotipo	Hombre Mujer	Nominal
EDAD	Tiempo transcurrido desde la fecha de nacimiento a la actual.	Tiempo	Años	Menor a 28 años 29-30 años 31-32 años 33-34 años Mayor a 35 años
ESTADO CIVIL	Condición social determinada por la relación que mantiene	Condición social	Soltero Casado Divorciado	SI NO
NIVEL DE ESTUDIOS	Escolaridad alcanzada hasta la presente fecha.	Escolaridad	Tercer nivel Cuarto nivel en curso	SI NO

Tabla 3. (Cont.)

<p>PUESTO DE TRABAJO</p>	<p>Lugar o área de la institución en donde desempeña mayoritariamente sus actividades</p>	<p>Lugar</p>	<p>Número de Sala</p>	<p>Recepción del recién nacido (centro obstétrico y centro quirúrgico) Sala 208 (examinación y triaje) Sala 301 (observación) Sala 205 (cuidados intermedios) UCIN (cuidados intensivos)</p>
<p>ANTIGÜEDAD EN LA INSTITUCIÓN</p>	<p>Tiempo que el personal ha permanecido laborando en la institución desde su ingreso a la fecha actual.</p>	<p>Tiempo</p>	<p>Años</p>	<p>Menor a 1 año De 1 a 2 años De 3 a 4 años Mayor de 5 años</p>

Tabla 3. (Cont.)

TIPO DE CONTRATO	Relación laboral establecida entre la institución y el trabajador	Legislativa	Documentación	Contrato ocasional Nombramiento provisional Becario posgrado
SÍNDROME DE BURNOUT	Estado patológico de la salud mental del individuo, que suele presentarse en personas que brindan servicios a otras, y se caracteriza por tres aspectos: cansancio emocional, despersonalización y disminución de realización personal.	Agotamiento Emocional (AE) Despersonalización (DP) Realización personal (RP)	Escala Maslach AE Preguntas 1,2,3,4,6,8,13,14,16, 20 DP: preguntas 5, 10, 11, 15, 22. RP: preguntas 7,9,12,17,18,19,21	Agotamiento Emocional: Bajo <16 Medio 17-27 Alto >28 Despersonalización Bajo <5 Medio 6-10 Alto >11 Realización personal: Bajo >40 Medio 34-39 Alto < 33 Estrés Alto= AE y DP elevadas +RP baja Estrés Bajo= AE y DP baja + elevada RP

CAPITULO II

MÉTODO

2.1 NIVEL DE ESTUDIO

Se trata de un estudio descriptivo ya que tiene como objetivo determinar la prevalencia y la distribución del Síndrome de Burnout en los médicos residentes de neonatología según los distintos factores individuales y laborales.

2.2 MODALIDAD DE INVESTIGACIÓN

Corresponde a un trabajo de titulación enfocado al desarrollo de una propuesta de medidas de control posterior a la determinación de un diagnóstico inicial de la presencia del síndrome en los residentes del área.

Es un estudio de corte transversal que se ha llevado a cabo durante el período comprendido entre los meses de enero y marzo del año 2017.

2.3 MÉTODO

Para llevar a cabo la presente investigación se ha implementado el método hipotético-deductivo, ya que parte de la relación que se establece entre factores sociodemográficos y laborales en asociación con la presencia de Síndrome de Burnout en los médicos residentes de una Unidad de Salud, y en base a los resultados encontrados se pretende realizar la propuesta de medidas de intervención.

2.4 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población se encuentra constituida por los 49 médicos que laboran en el área de Neonatología incluyendo a todos los que deseaban participar previa obtención de consentimiento informado, no se ha requerido el cálculo de una muestra debido a que por el número de trabajadores y su tipo de trabajo cautivo se ha podido tener acceso a toda la población.

Se incluyó a todos los trabajadores al momento activos, quedando fuera del estudio dos de ellos que se encontraban de vacaciones por lo que no fue posible su participación.

Se excluyeron también del estudio dos médicos que no se encuentran incluidos en la nómina del hospital y que al momento estaban trabajando en condición de reemplazo.

Se reunió al personal de área junto con el jefe del servicio, para posterior a su autorización explicar a los participantes los objetivos del estudio, el compromiso de la confidencialidad y la finalidad constituida en la propuesta de un plan de mitigación del riesgo psicosocial en la unidad.

2.5 SELECCIÓN DE INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

Los sujetos fueron invitados a responder a 2 cuestionarios diferentes:

- A. “Maslach Burnout Inventory (MBI)”: El cuestionario validado por Maslach y Jackson en 1986 (FLICHTENTREI, 2009), fue traducido al castellano y validado en Chile por Esparza y cols. en 1995 y Figueroa y cols. en 1997. La Universidad de Antioquia en Colombia validó el instrumento en el año 2005 (RESTREPO N, 2006)

Este cuestionario a través de 22 ítems explora sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia su paciente y valora los aspectos fundamentales del síndrome de desgaste profesional.

El instrumento utiliza una escala tipo Likert de 0 a 6 juicios con respecto a una afirmación; para obtener su puntuación es necesario sumar los valores obtenidos en cada pregunta. Establece el grado de Burnout como alto, medio y bajo, sin embargo no establece un grado total de Burnout porque los puntos de corte no han sido empíricamente valorados y pueden resultar diferentes entre países.

Se utilizó una versión traducida y validada de la original, empleada en estudios realizados en España (FLICHTENTREI, 2009), que valora el desgaste profesional en las tres dimensiones:

- Agotamiento emocional (AE) que estima la vivencia de fatiga emocional por las demandas del trabajo, formada por 9 ítems (puntajes: alto ≥ 27 , medio 17 a 26 y bajo 0 a 16);
- Despersonalización (D), que mide las respuestas de tipo impersonal y actitudes negativas hacia los pacientes, constituida por 5 reactivos (puntajes: alto ≥ 14 , medio 9 a 13 y bajo 0 a 8); y, 3)
- Falta de realización personal y en el trabajo (FRP), con 8 ítems que refleja la satisfacción personal y competencia en la práctica del trabajo cotidiano (puntajes: alto < 30 , medio 36 a 31, y bajo 48 a 37), correspondiendo a las tres subescalas del MBI. Para las dimensiones “AE” y “D”, altas puntuaciones corresponden a altos sentimientos de quemarse y para la de “FRP”, bajas puntuaciones se relacionan a altos sentimientos de quemarse.

Para el presente estudio, una persona que se encuentre en los niveles altos y medios será un sujeto con síndrome de Burnout. Es importante señalar que esta escala (MBI-HSS) es la más conocida y la más utilizada, en diferentes poblaciones y actividades laborales.

La técnica aplicada fue de encuesta colectiva autodiligenciada con el justificado acompañamiento del supervisor.

Los análisis fueron de tipo descriptivo tanto de la prevalencia del síndrome entre el personal, así como su distribución en relación con las variables sociodemográficas y laborales.

B. Cuestionario de datos generales de elaboración propia, que recoge aspectos sociodemográficos, formativos, como nombre (opcional), edad, sexo, estado civil, escolaridad, tipo de contrato, puesto actual de trabajo, antigüedad en la institución.

Previamente a la aplicación del instrumento se realizó una prueba piloto con cinco individuos, quienes refirieron no haber encontrado inconveniente alguno en el llenado del formulario, pues todas las preguntas son concretas y las opciones de selección son claras.

Para la realización del análisis de los datos recopilados en la presente investigación, en un ordenador personal y con los programas Microsoft Office Word, para procesamiento de texto, y Microsoft Office Excel para procesamiento de datos se procedió a la presentación de los resultados.

Para la explicación gráfica de los resultados se utilizaron tablas y gráficos de barras y pasteles con el fin de lograr una mejor comprensión visual de la realidad que presenta el personal participante en el estudio.

2.6 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Con base a lo establecido en la declaración de Helsinki, este estudio tiene un riesgo ético mínimo tomando en consideración que algunas de las preguntas incluidas en el cuestionario

podieron haber generado algún grado de susceptibilidad pues los tópicos analizados influyen en la calidad de vida de los trabajadores.

El formato de consentimiento informado fue aplicado antes de proceder a la obtención de la información, y la recolección de datos se realizó de forma anónima.

La explicación pertinente sobre el deseo de los participantes de incluir sus datos personales para poder ser informados acerca del resultado del riesgo obtenido fue incluida en una nota dentro del consentimiento informado.

No existen intereses de tipo institucional o personal vinculados con el desarrollo del presente trabajo de investigación.

CAPÍTULO 3

RESULTADOS

3.1 PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

A todos los colaboradores que aceptaron voluntariamente su participación en el estudio se les aplicaron tanto el Cuestionario de Maslach como el de elaboración propia para la recolección de datos sociodemográficos y laborales. Los cuestionarios fueron aplicados en la propia área de trabajo, se realizaron tres visitas a la institución hasta lograr el acceso a todos los médicos residentes del área.

Posteriormente se realizó una estadística descriptiva con el fin de detallar el comportamiento de las distintas variables y posteriormente determinar su relación con la Prevalencia del Síndrome de Burnout en los residentes de Neonatología del Hospital en el que se realizó el estudio.

3.1.1 Análisis descriptivo

3.1.1.1 Características sociodemográficas

Se describe a continuación la distribución de las variables sociodemográficas: sexo, edad, estado civil y nivel de estudio.

a) GÉNERO

La distribución de trabajadores según el género no es proporcional, de los 47 trabajadores evaluados en el área de neonatología, el 81% (n=38) corresponde al género femenino, en tanto que el 19% (n=9) corresponden al género masculino (Tabla 4 y Gráfico 4)

Tabla 4. Datos Generales Residentes de Neonatología (Variable: Género) Elaborado por: T. Gallardo 2017

SEXO	FRECUENCIA
HOMBRES	9
MUJERES	38



Ilustración 4. Distribución del personal por género. Elaborado por: T. Gallardo 2017

b) EDAD

Se dividió a los médicos del área en cinco categorías según su edad, obteniendo así que el 30% de residentes (n=14) son mayores de 35 años, el 21% (n=10) tienen entre 31 y 32 años, el 19% (n=9) tienen entre 29 y 30 años, el 17% (n=8) tienen entre 31 y 34 años, y finalmente el 13% (n=6) son menores de 28 años. (Tabla 5 y Gráfico 5)

Tabla 5. Datos Generales - Residentes de Neonatología (Variable: Edad). Elaborado por: T. Gallardo 2017

GRUPO DE EDAD	FRECUENCIA
MENOR A 28	6
29-30	9
31-32	10
33-34	8
MAYOR A 35	14

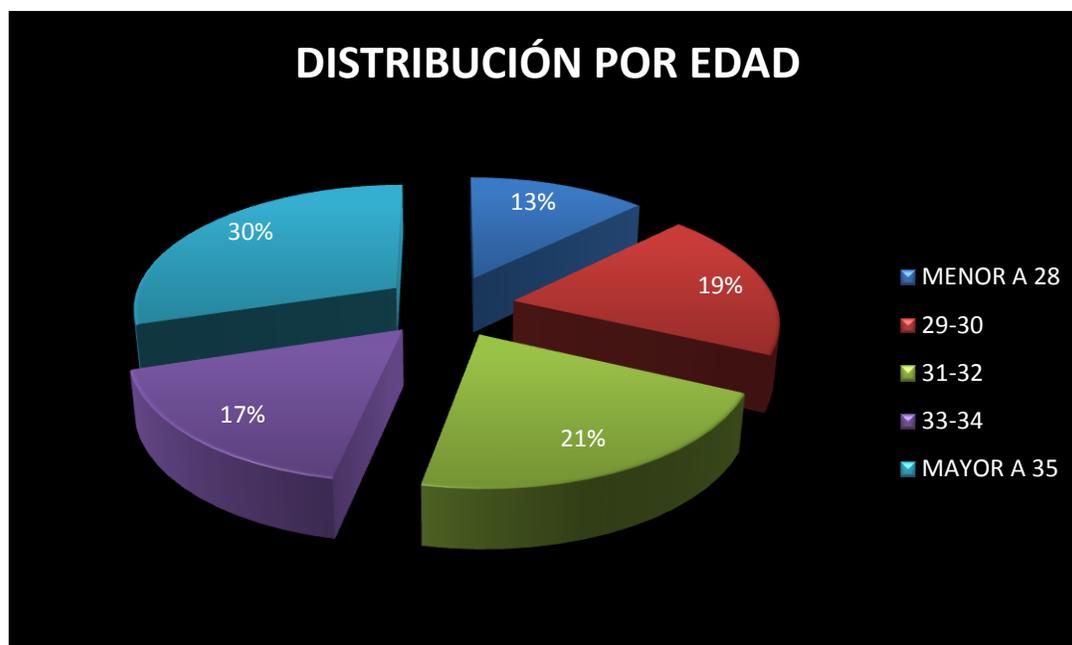


Ilustración 5. Distribución del personal por edad. Elaborado por: T. Gallardo 2017

c) ESTADO CIVIL

El 53% de los médicos residentes (n=25) son casados, el 38% (n=18) son solteros, y-el 9% (n=4) son divorciados. (Tabla 6 y Gráfico 6)

Tabla 6. Datos Generales - Residentes de Neonatología (Variable: Estado civil). Elaborado por: T. Gallardo 2017

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA
SOLTERO	18
CASADO	25
DIVORCIADO	4

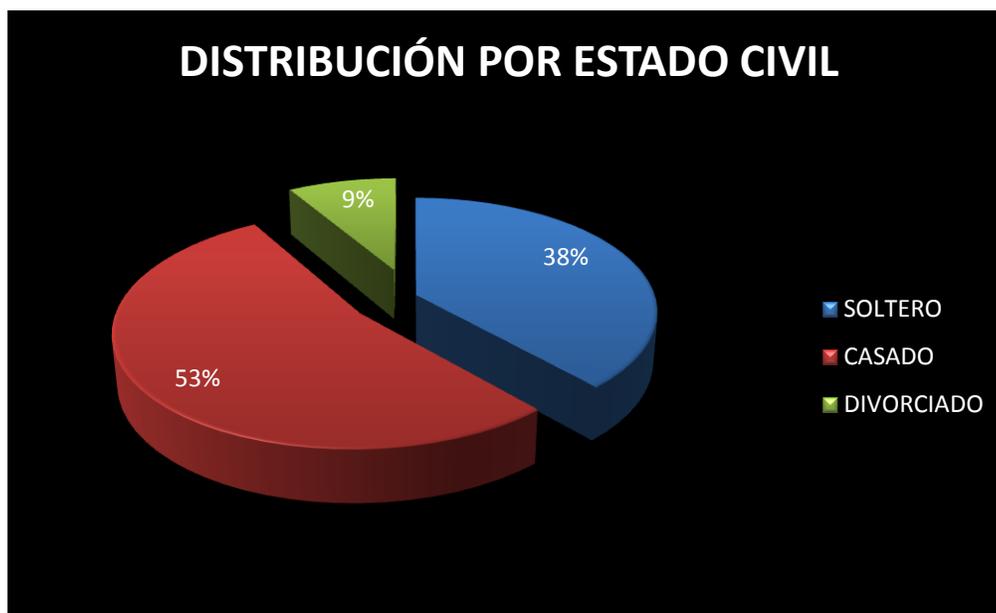


Ilustración 6. Distribución del personal por estado civil. Elaborado por: T. Gallardo 2017

d) NIVEL DE ESTUDIOS

La distribución en cuanto a nivel de estudios resulta proporcional, siendo el 49% de ellos correspondientes al tercer nivel de educación ($n=23$), mientras que el 51% de médicos ($n=24$) se hallan cursando el cuarto nivel de educación, sea este un posgrado de especialización en Pediatría o una Maestría no relacionada al trabajo en el área. (Tabla 7 y Gráfico 7)

Tabla 7. Datos Generales - Residentes de Neonatología (Variable: Nivel de estudios). Elaborado por: T. Gallardo 2017

NIVEL DE ESTUDIOS	FRECUENCIA
TERCERO	23
CUARTO	24

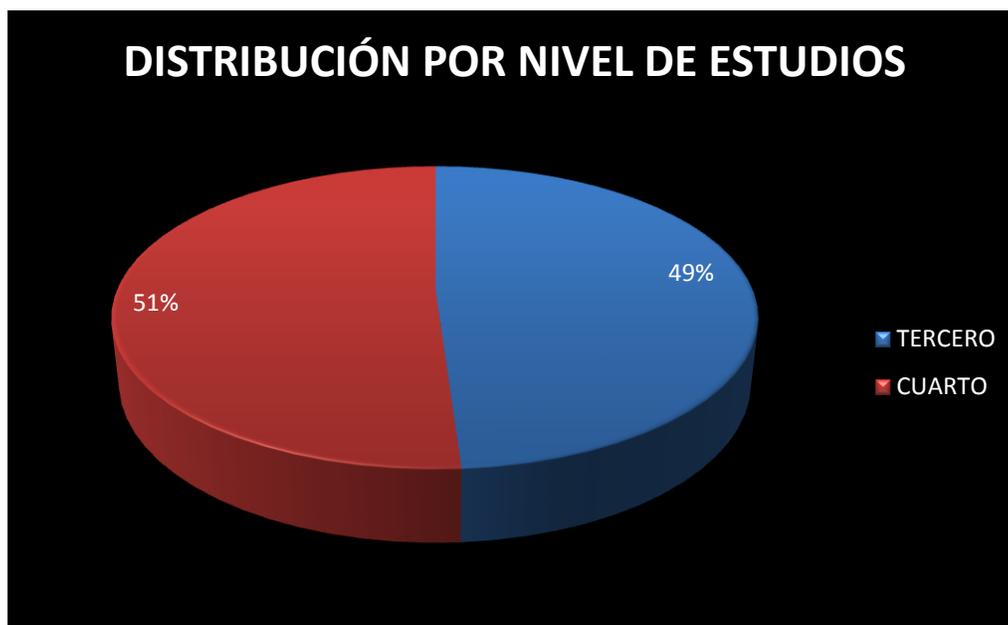


Ilustración 7. Distribución del personal por nivel de estudios. Elaborado por: T. Gallardo 2017

3.1.1.2. Características laborales

La continuación se realiza la descripción de los factores inherentes al trabajo, tales como: puesto de trabajo, tiempo de servicio y tipo de contrato.

a) PUESTO DE TRABAJO

La mayor parte del personal operativo se encuentra distribuido en las salas de cuidados intermedios e intensivos, debido al volumen de neonatos hospitalizados, el 32% (n=15) están asignados a la sala 205 de cuidados intermedios, el 28% (n=13) laboran en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, el 17% (n=8) se ubican en la sala 208 de examinación y triaje neonatal, el 15% (n=7) están asignados a las salas de recepción neonatal que comprenden el Centro Obstétrico y el Centro Quirúrgico, y el 8% de los residentes (n=4) se desempeñan en la sala 301 de observación. (Tabla 8 y Gráfico 8)

Tabla 8. Características laborales Residentes de Neonatología (Variable: Puesto de trabajo). Elaborado por: T. Gallardo 2017

PUESTO DE TRABAJO	FRECUENCIA
C/O Y C/Q	7
208	8
301	4
205	15
UCIN	13

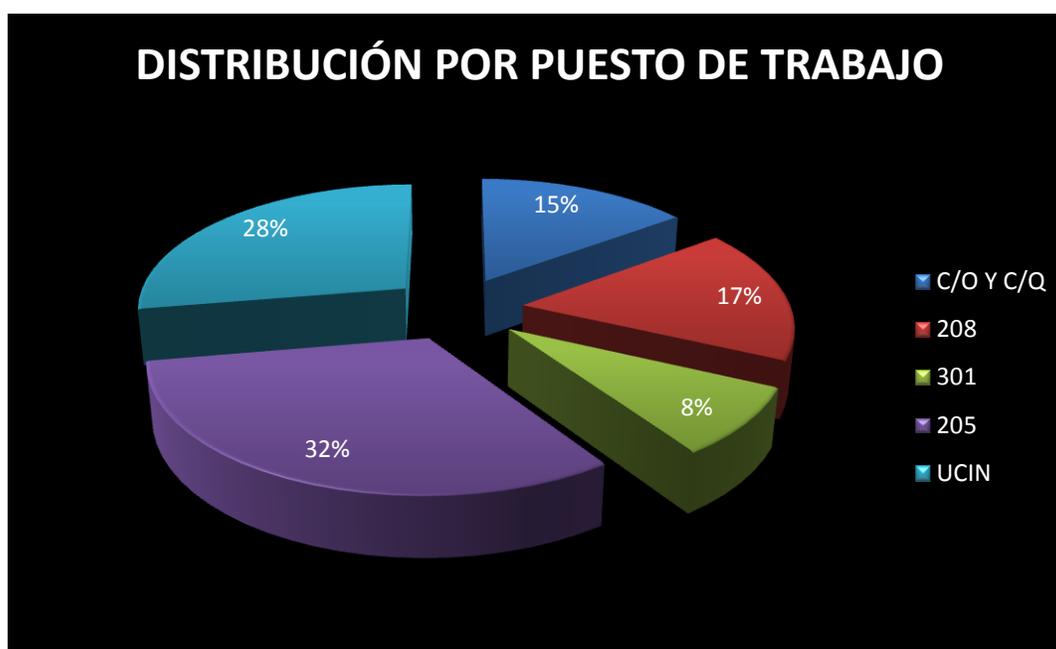


Ilustración 8. Distribución del personal por puesto de trabajo. Elaborado por: T. Gallardo 2017

b) TIEMPO DE SERVICIO

El 43% de los médicos residentes (n=20), tienen un tiempo de servicio en la institución de 3 y 4 años, el 25% (n=12) entre 1 y 2 años de servicio, el 21% (n=10) tienen más de 5 años de servicio y el 11% (n=5) tienen menos de 1 año desempeñando labores en la institución. (Tabla 9 y Gráfico 9)

Tabla 9. Características laborales Residentes de Neonatología (Variable: Tiempo de servicio. Elaborado por: T. Gallardo 2017

TIEMPO DE SERVICIO	FRECUENCIA
MENOR A 1	5
1 A 2	12
3 A 4	20
MAYOR A 5	10

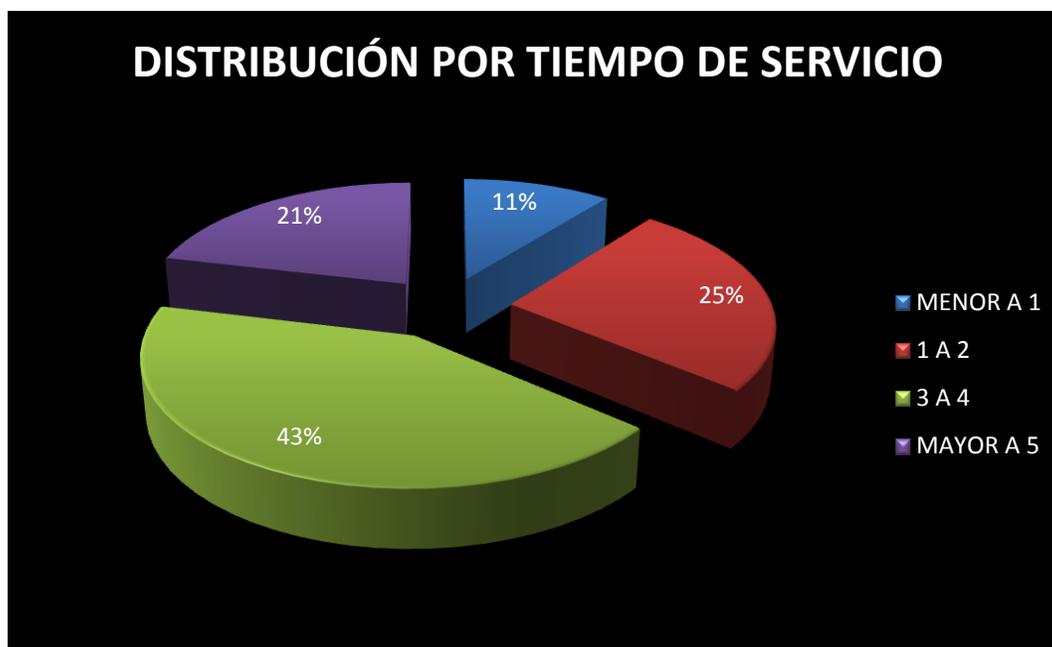


Ilustración 9. Distribución del personal por tiempo de servicio. Elaborado por: T. Gallardo 2017

c) TIPO DE RELACION LABORAL

La mayor parte de médicos residentes de la Neonatología tienen Contrato por servicios ocasionales, lo que corresponde al 57% (n=27), este tipo de relación puede ser finalizada por cualquiera de las partes luego de los dos años de labor; el 13% (n=6) tienen nombramiento provisional, en donde pueden permanecer tiempo extendido en la unidad hasta la apertura de concursos para profesionales; el 30% (n=14) cuentan con becas otorgadas por el Ministerio de Salud Pública hasta la finalización de sus estudios de posgrado. (Tabla 10 y Gráfico 10).

Tabla 10. Características laborales - Residentes de Neonatología (Variable: Tipo de contrato). Elaborado por: T. Gallardo 2017

TIPO DE CONTRATO	FRECUENCIA
CONTRATO	27
NOMBRAMIENTO	6
BECARIO POSGRADO	14

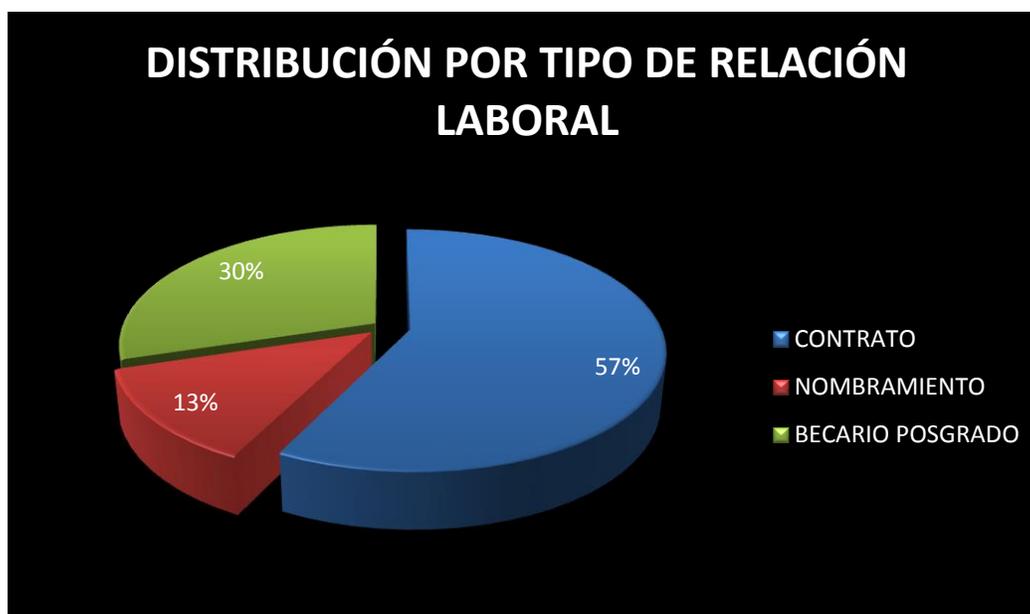


Ilustración 10. Distribución del personal por tipo de relación laboral. Elaborado por: T. Gallardo 2017

3.1.2. Análisis de Prevalencia de Síndrome de Burnout

El cuestionario de Maslach fue aplicado de modo autodilucidado, con el acompañamiento de un supervisor, en el sitio de trabajo del encuestado.

Argumentando el procedimiento empleado por Manassero (1994) y Guerrero (1998) para valorar los niveles de Burnout, se establecen cinco niveles a partir de las posibles combinaciones obtenidas con las puntuaciones del Cuestionario de Burnout de Maslach.

Los patrones propuestos para la evaluación del MBI, según los datos obtenidos son:

(Tabla 11)

Tabla 11. Interpretación de puntuaciones en tres dimensiones de Burnout. Fuente: Guerrero, 1998

AGOTAMIENTO EMOCIONAL (AE)	DESPERSONALIZACIÓN (D)	REALIZACIÓN PERSONAL (RP)
>27, ALTO	>10 ALTO	0-30 ALTO
>19 Y <26 MEDIO	>6<9 MEDIO	31-39 MEDIO
< 19 BAJO	<6 BAJO	>40 BAJO

Se realizó inicialmente el análisis de las dimensiones por separado, los resultados se describen a continuación (Tabla 12)

Tabla 12. Resultados detallados según dimensiones. Elaborado por: T. Gallardo 2017

	AGOTAMIENTO EMOCIONAL		DESPERSONALIZACIÓN		REALIZACIÓN PROFESIONAL	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ALTO	17	36%	10	21%	15	32%
MEDIO	18	38%	27	58%	15	32%
BAJO	12	26%	10	21%	17	36%
TOTAL	47	100%	47	100%	47	100%

En la dimensión Agotamiento emocional el 36% de los encuestados (n=17) presentan un nivel alto, el 38% (n=18) un nivel medio y el 26% restante (n=12) un nivel bajo.

En la dimensión Despersonalización el 21% de los encuestados presenta niveles altos y el mismo número (n=10) niveles bajos, mientras que el 58% (n=27) presentan niveles medios.

Los resultados de la dimensión Realización personal indican que el 32% de los encuestados (n=15) presentan niveles bajos y el mismo número niveles medios, en tanto que el 36% (n=17) muestran niveles altos. (Gráfico 11)

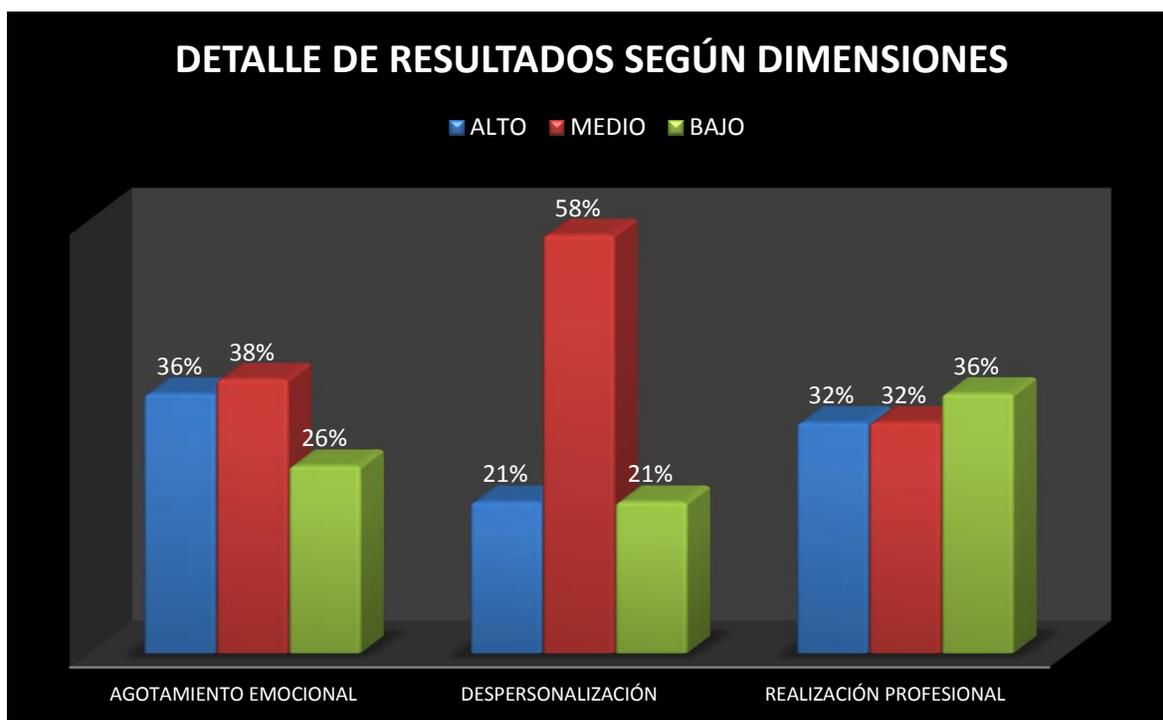


Ilustración 11. Detalle de resultados según dimensiones. Elaborado por: T. Gallardo 2017

Los niveles de Burnout de acuerdo a los resultados quedan establecidos del siguiente modo:

- Nada: Corresponde a empleados que obtienen puntuaciones situadas en el tercio inferior en las tres dimensiones del MBI o bien en dos de ellas y la tercera puntuación, está situada en el tercer medio.
- Leve: Se obtiene este nivel a partir de las puntuaciones situadas, dos de ellas en las dos zonas extremas (inferior/superior) y la otra puntuación se sitúa en el extremo inferior o superior.

- Medio: Corresponde a sujetos con las tres puntuaciones de cada dimensión situada en el tercio medio o bien, los sujetos pueden obtener una puntuación en las diferentes zonas de división para cada una de las tres dimensiones.
- Grave: Se obtiene este nivel a partir de las puntuaciones situadas dos de ellas en el tercio medio y la restante, en uno de los dos extremos (inferior o superior).
- Extremo: Resulta de las puntuaciones situadas, o en el tercio superior en las tres dimensiones del MBI o bien, en dos de ellas, y la tercera en el tercio medio.

Los resultados globales de prevalencia de Burnout indican que el 17% de encuestados (8 médicos) no presentan el síndrome, el 9% (4 médicos) presentan un nivel leve, el 30% (14 médicos) presentan un nivel medio, el 23% (11 médicos) un nivel grave y el 21% de los residentes del área (10 médicos) un nivel extremo de Burnout. (Tabla 13 y Gráfico 12).

Tabla 13. Prevalencia de Burnout por Niveles. Detalle de resultados según dimensiones. Elaborado por: T. Gallardo 2017

NIVELES DE BURNOUT	N. DE CASOS
NADA	8
LEVE	4
MEDIO	14
GRAVE	11
EXTREMO	10

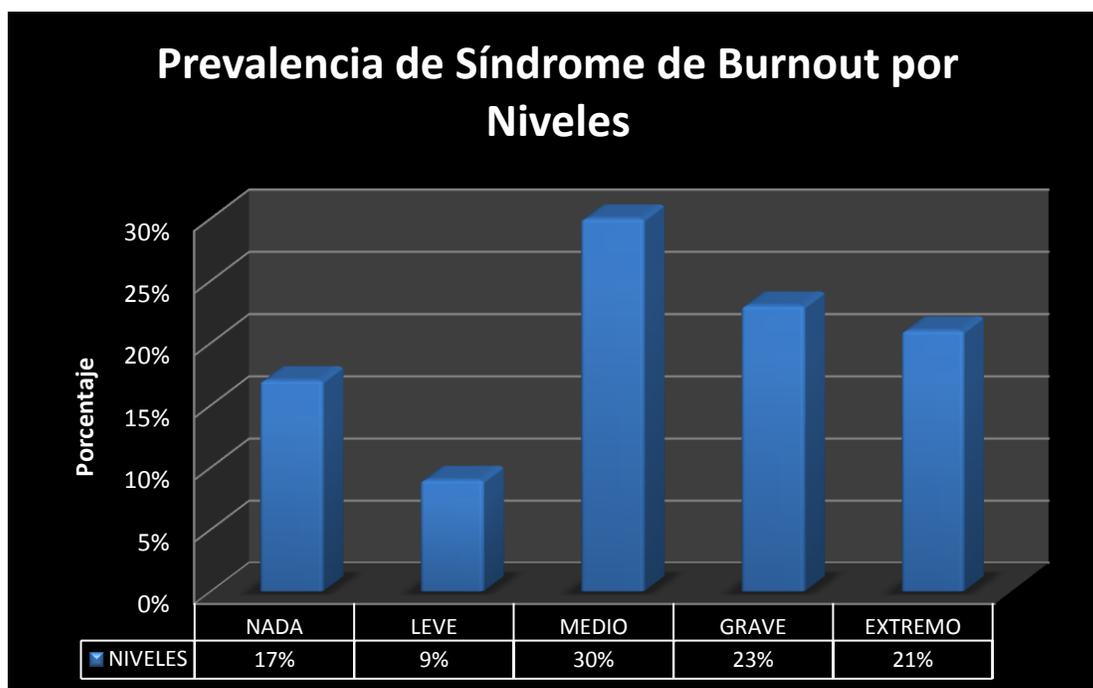


Ilustración 12. Prevalencia de Burnout por Niveles. Elaborado por: T. Gallardo 2017

Posteriormente se realizó la asociación entre variables para determinar la prevalencia total del Síndrome de Burnout, mediante la aplicación del esquema descrito a continuación en el Gráfico 13:

Agotamiento emocional(EE)	Despersonalizacion(D)	Realizacion Personal(PA)	Grados de Burnout.
Bajo	Bajo	Bajo	Nada
Bajo	Bajo	Medio	Nada
Bajo	Bajo	Alto	Poco
Bajo	Medio	Bajo	Nada
Bajo	Medio	Medio	Poco
Bajo	Medio	Alto	Medio
Bajo	Alto	Bajo	Poco
Bajo	Alto	Medio	Medio
Bajo	Alto	Alto	Bastante
Medio	Bajo	Bajo	Nada
Medio	Bajo	Medio	Poco
Medio	Bajo	Alto	Medio
Medio	Medio	Bajo	Poco
Medio	Medio	Medio	Medio
Medio	Medio	Alto	Bastante
Medio	Alto	Bajo	Medio
Medio	Alto	Medio	Bastante
Medio	Alto	Alto	Extremo
Alto	Bajo	Bajo	Poco
Alto	Bajo	Medio	Medio
Alto	Bajo	Alto	Bastante
Alto	Medio	Bajo	Medio
Alto	Medio	Medio	Bastante
Alto	Medio	Alto	Extremo
Alto	Alto	Bajo	Bastante
Alto	Alto	Medio	Extremo
Alto	Alto	Alto	Extremo

Fuente: Manassero (1994) y Guerrero(1998)

Ilustración 13. Procedimiento para la obtención de Prevalencia de Burnout. Fuente: Maslach 1998

La prevalencia del Síndrome de Burnout en los residentes del área es del 74% (35 casos), considerados positivos entre los niveles medio y extremo; y solo el 26% (12 casos) resultaron negativos para la presencia de Burnout por resultados nulos o leves. (Gráfico 14)

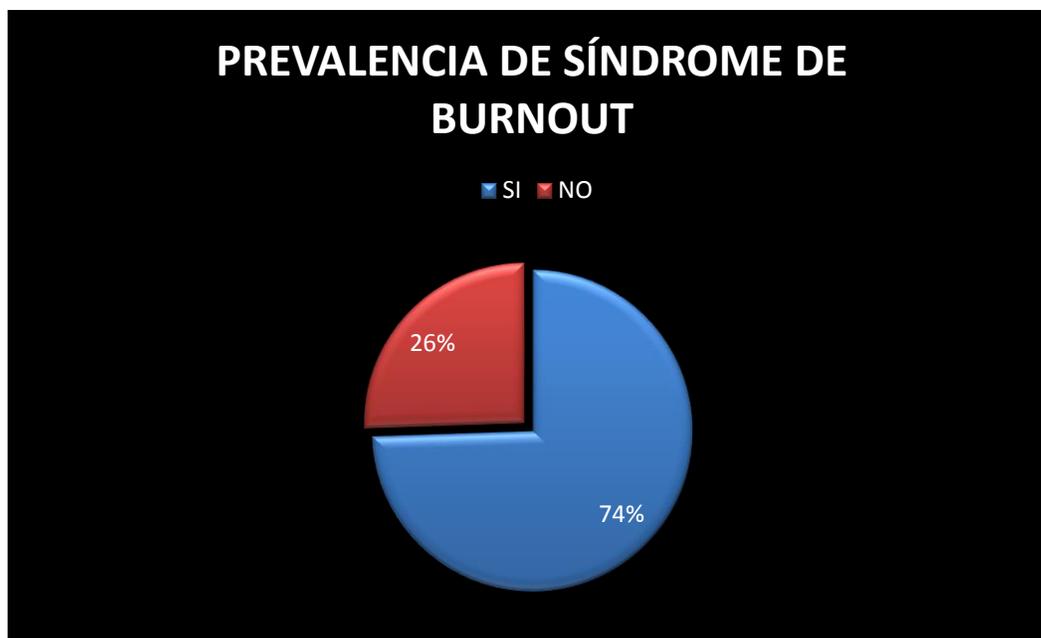


Ilustración 14. Prevalencia General del Síndrome de Burnout en el área de Neonatología. Elaborado por: T. Gallardo 2017

3.1.3 Distribución del Síndrome de Burnout según distintas variables

3.1.3.1 Variables individuales

a. Distribución de Síndrome de Burnout según Género

En el género masculino la prevalencia del Burnout es del 56% (5 de 9 médicos), en tanto que en las mujeres el síndrome se hizo presente en el 79% de los casos (30 de 38 médicos). Podría concluirse que existe una mayor asociación con el género femenino, sin embargo el resultado pudo haberse influenciado debido a la gran diferencia numérica entre hombres y mujeres en la unidad, a favor de las mujeres. (Tabla 14 y Gráfico 15).

Tabla 14. Distribución de Burnout según Género. Elaborado por: T. Gallardo 2017

GENERO	PRESENCIA DE BURNOUT	
	SI	NO
HOMBRES	55.50%	44.40%
MUJERES	63.15%	36.80%

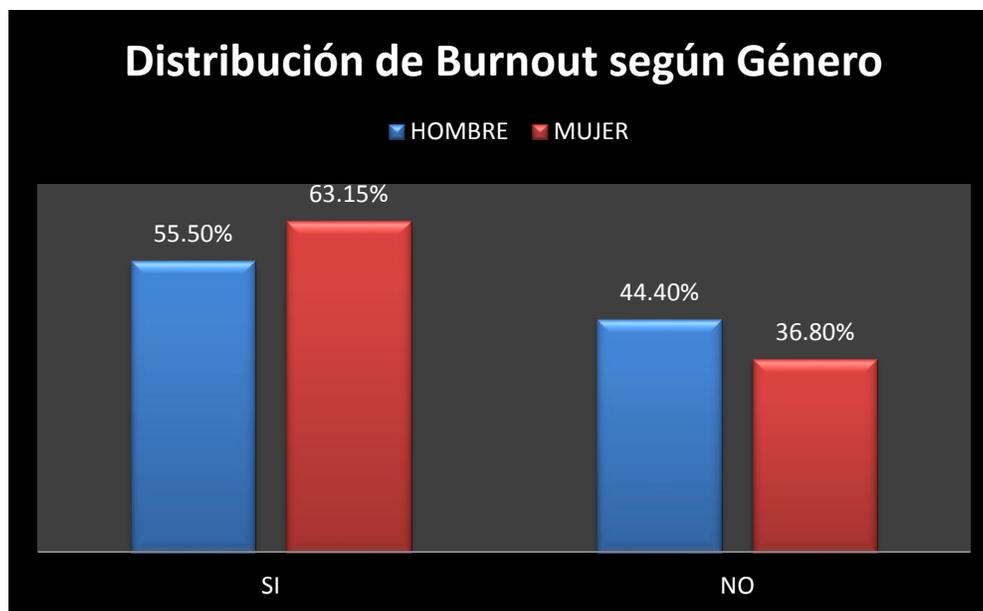


Ilustración 15. Distribución de Síndrome de Burnout según Género. Elaborado por: T. Gallardo 2017

b. Distribución de Síndrome de Burnout según edad

En el grupo de trabajadores menores de 28 se observó una prevalencia de Burnout del 13%, el 78% de este grupo no presenta el síndrome; los médicos entre 29 y 30 años tuvieron una prevalencia del Síndrome del 78%; en el grupo de 31 y 32 años el Síndrome se presentó en el 80% de los casos, los médicos con edades entre 33 y 34 años mostraron una prevalencia del 75% y el grupo de médicos mayores de 35 años presentaron una prevalencia del 50%. (Gráfico 16)

Los médicos menores de 28 años se ven menos asociados a la prevalencia de Burnout, en tanto que la mayor prevalencia del síndrome podría agrupar a médicos entre 29 y 34 años.

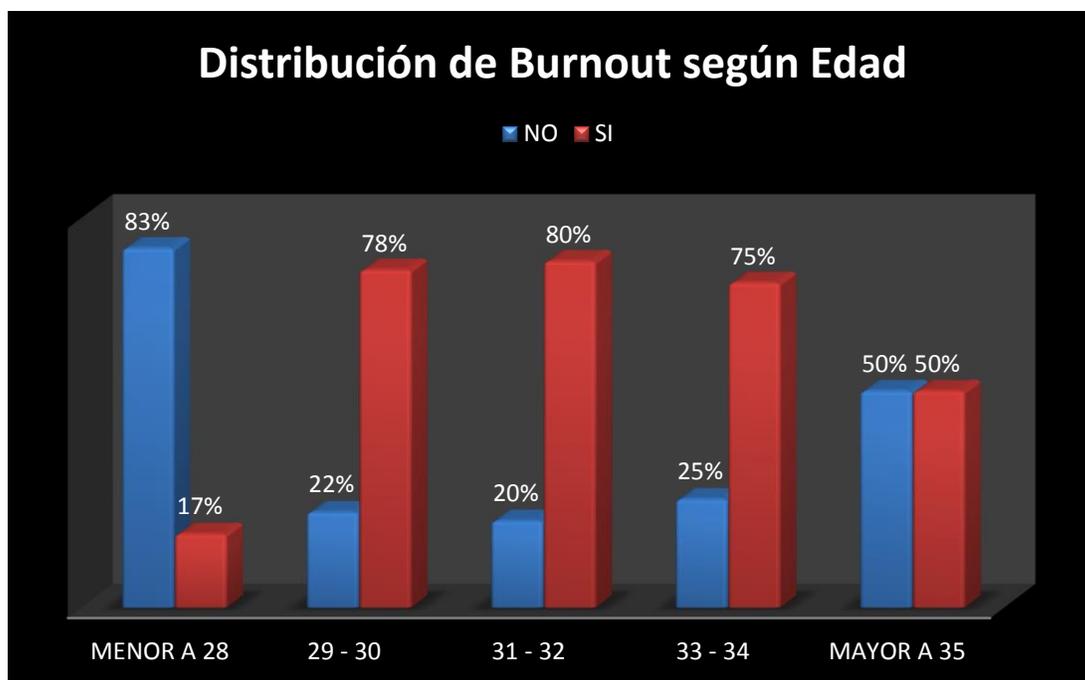


Ilustración 16. Distribución de Síndrome de Burnout según Edad. Elaborado por: T. Gallardo 2017

c. Distribución de Síndrome de Burnout según estado civil

Del total de los médicos casados, el 72% presentan Síndrome de Burnout, en el grupo de los solteros se hizo presente en el 44% y en el grupo de los divorciados en el 25%; por lo que se puede concluir que el grupo de personas casadas presenta una tendencia mayor a desarrollar el Síndrome. (Gráfico 17)

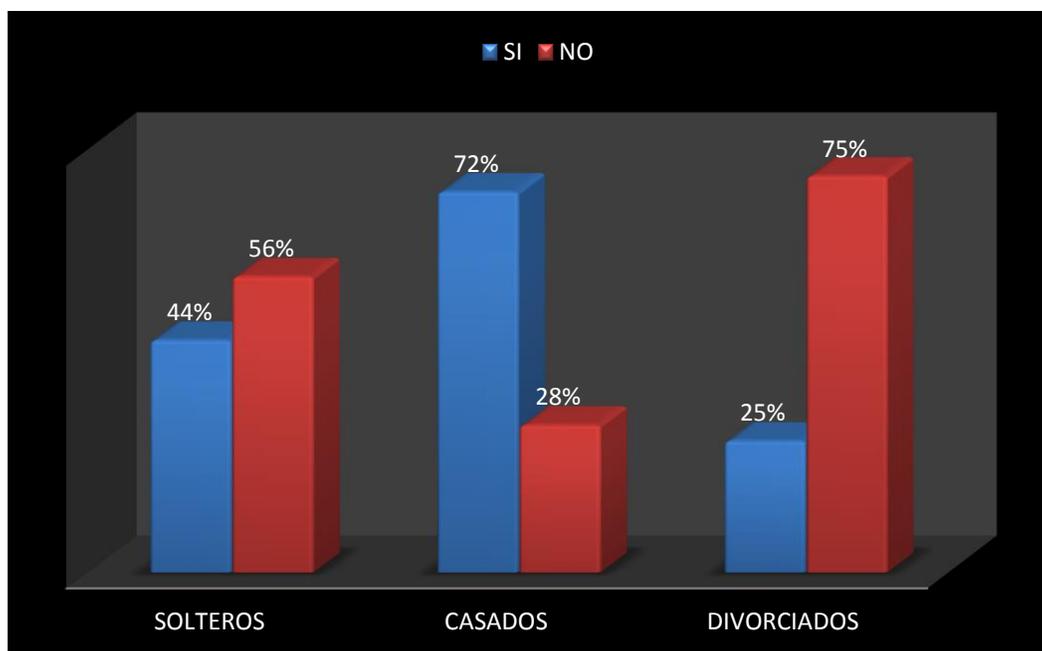


Ilustración 17. Distribución de Síndrome de Burnout según factor Estado Civil. Elaborado por: T.Gallardo 2017

d. Distribución de Síndrome según nivel de estudios

En el grupo de médicos con tercer nivel de educación el Burnout se presenta en el 57% de casos (n=13), en tanto que en el grupo de médicos que cursan el cuarto nivel de atención se presenta en el 62% (n=15), por lo que no se considera que esta variable represente una diferencia importante en el desarrollo del síndrome, debido a la estrecha diferencia de prevalencia entre ambos grupos. (Gráfico 18)

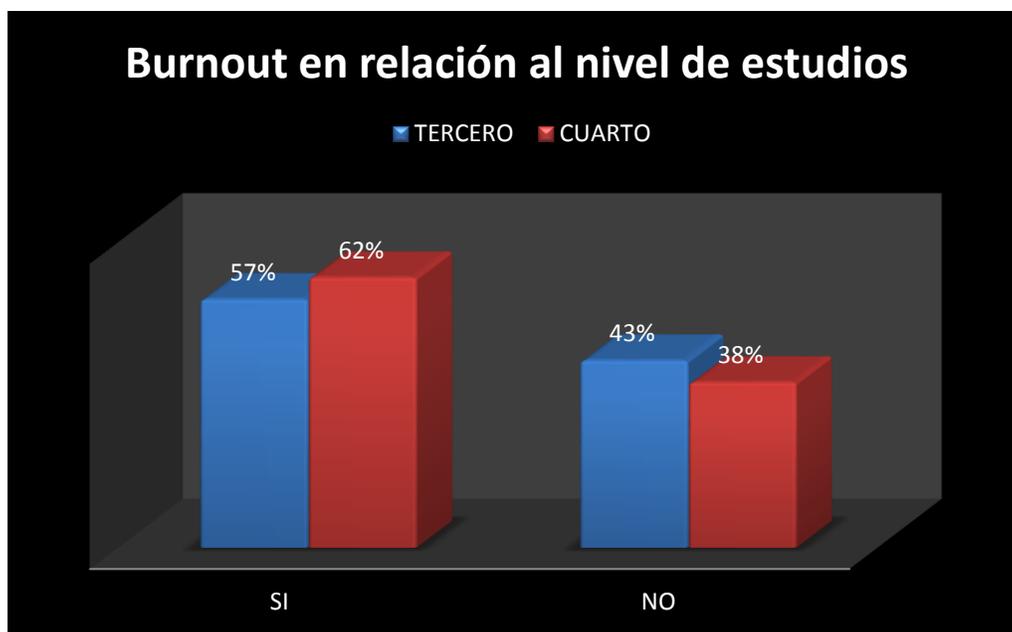


Ilustración 18. Prevalencia de Burnout según nivel de estudios. Elaborado por: T. Gallardo 2017

3.1.3.2. Variables laborales

a. Distribución de Burnout según puesto de trabajo

El mayor número de casos positivos para Burnout se presentan en las salas 205 y 301, con el 80% (n=12) y 75% (n=3) de prevalencia respectivamente, lo cual se puede adjudicar a la mayor complejidad del trabajo que demandan dichas áreas.

La sala 208 presenta el 50% de prevalencia (n=4), la UCIN el 38% (n=8) y las salas de recepción inicial (Centro obstétrico y centro quirúrgico) presentan la prevalencia más baja siendo del 29% (n=2). (Grafico 19)

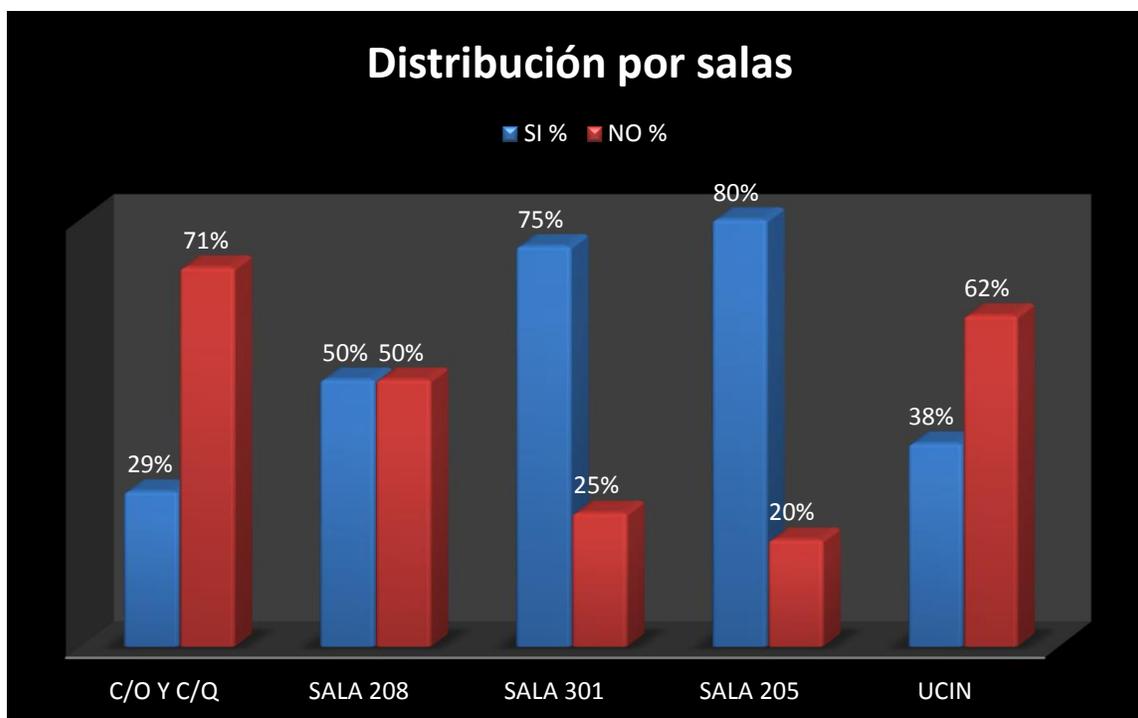


Ilustración 19. Distribución de Burnout por Puesto de trabajo. Elaborado por: T. Gallardo 2017

b. Distribución de Burnout según Tiempo de Servicio

El síndrome de Burnout se hace presente mayoritariamente en el grupo de médicos que tienen entre 3 y 4 años en la institución 85% (n=17), quienes trabajan más de 5 años 60% (n=6), quienes trabajan entre 1 y 2 años 50% (n=6) y ningún caso resultó positivo para Burnout en los médicos que tienen menos de un año en la institución; por lo que se concluye que el pico de aparición del síndrome en el personal ocurre entre los 3 y 4 años de trabajo en la institución, en tanto que el personal de nuevo ingreso no presenta el síndrome. (Gráfico 20)

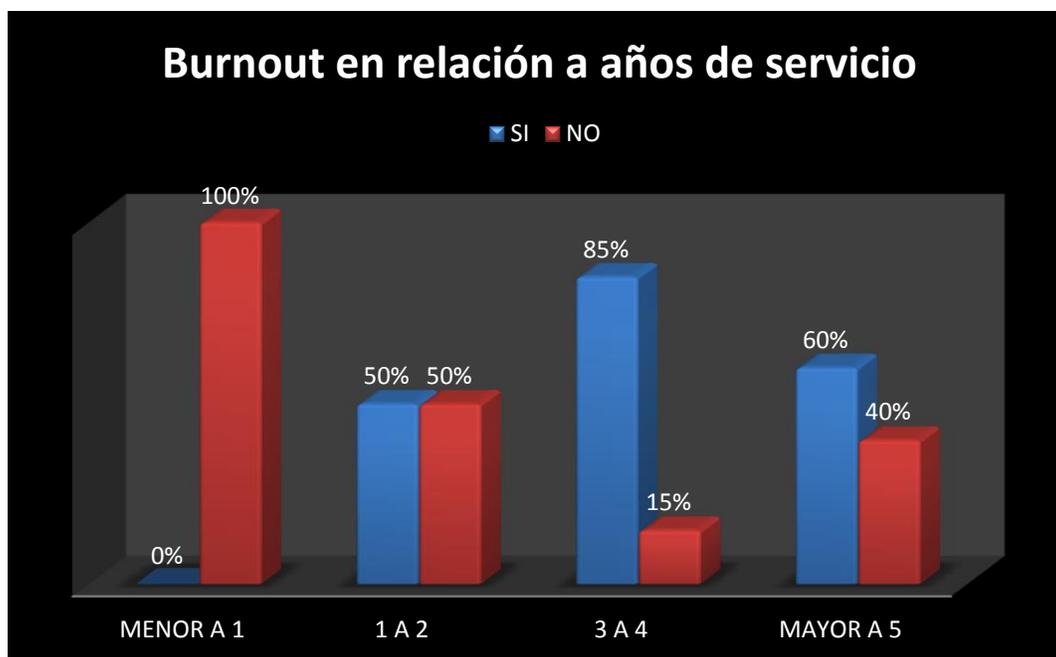


Ilustración 20. Prevalencia de Burnout según tiempo de Servicio. Elaborado por: T. Gallardo 2017

c. Distribución de Burnout según Relación laboral

El 67% (n=4) de médicos que cuentan con Nombramiento provisional presentan Síndrome de Burnout, el grupo que trabaja con contrato por servicios ocasionales el Síndrome se presenta en el 63% de residentes (n=17), y en el grupo de becarios de posgrado en el 57% (n=8). (Gráfico 21)

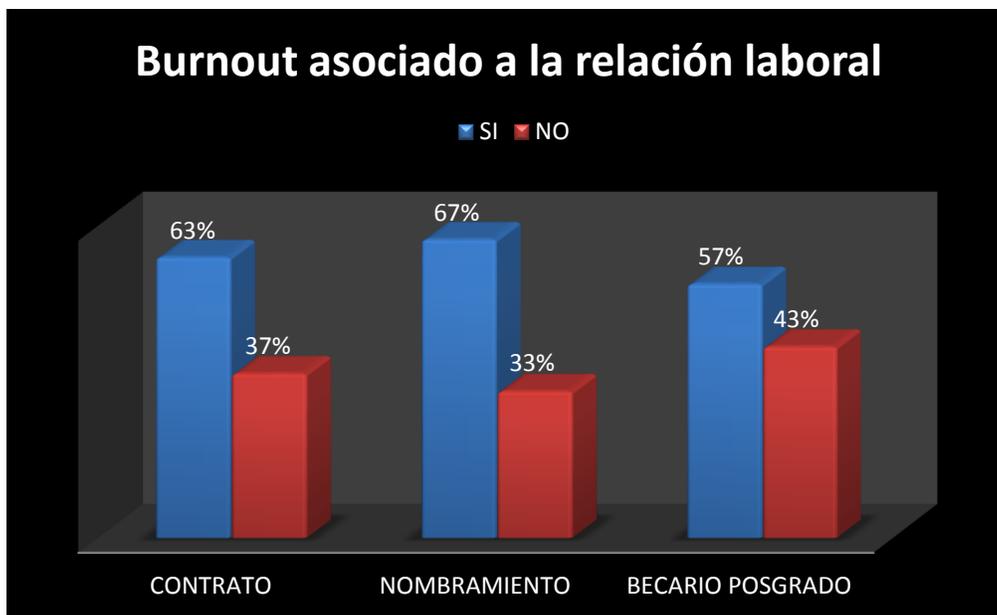


Ilustración 21. Distribución de Burnout según tipo de relación laboral. Elaborado por: T. Gallardo 2017

3.2. APLICACIÓN PRÁCTICA

En base al análisis realizado de los resultados obtenidos, se sugiere a los directivos del hospital objeto de la presente investigación, efectuar un seguimiento continuo al problema psicosocial constituido por el Síndrome de Burnout, por lo cual se proponen a continuación medidas tanto de prevención como de intervención, con el fin de controlar y reducir la prevalencia del Burnout, mismas que abarcan los niveles individual, grupal y organizacional.

3.2.1 ESTRATEGIAS PREVENTIVAS

Involucra todas las medidas que puedan tomarse con el fin de evitar la aparición del Síndrome de Burnout en los médicos residentes del área a través de información oportuna y la identificación precoz de su apareamiento, entre ellas se incluyen medidas como:

- Difusión de información referente a características, causas y consecuencias del Síndrome de Burnout.
- Fomento de una cultura preventiva para involucrar a los colaboradores en la detección de signos y comportamientos que denoten carga mental o estrés laboral con el fin de conseguir una acertada intervención para evitar la presentación del Burnout.
- Realizar evaluaciones psicológicas periódicas a los residentes, con el fin de identificar y evaluar los riesgos psicosociales inherentes al puesto de trabajo, para establecer pautas de modificación de las condiciones específicas que pudieran desencadenar la aparición del Burnout.

3.2.2 ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN

Abarcan las medidas a tomarse con el fin de mitigar o de ser posible eliminar las situaciones, conductas o actitudes que direccionen al desarrollo del Síndrome de Burnout, podemos diferenciar tres niveles a partir de los cuales se pueden realizar las intervenciones:

A nivel individual

- Disponer a la persona para fijarse objetivos profesionales reales y que resulten factibles de conseguir, tal es el caso de la presentación a concursos para posgrados de especialización, cuya reprobación suele desencadenar sentimientos de frustración y desilusión en el grupo de residentes que se presentan a los mismos.
- Brindar guías a los trabajadores en técnicas aplicables para la administración oportuna del tiempo, para que puedan lograr el cumplimiento de sus obligaciones laborales, sin descuidar la convivencia con su círculo familiar, así como la satisfacción de sus necesidades individuales.

- Instruir al personal en técnicas de afrontamiento de problemas para que consigan con más facilidad dar solución a dificultades suscitadas a nivel laboral y extra laboral.
- Fomentar la adecuada alimentación y el ejercicio físico en los trabajadores a fin de preservar un adecuado estado de salud.
- Instruir al personal médico en técnicas para el manejo de la ansiedad y el estrés generado por situaciones inevitables de relación con el paciente y sus familiares.
- Entrenamiento en el manejo de la distancia emocional con los pacientes y sus familiares, buscando conseguir el equilibrio entre la sobre implicación y la indiferencia.

A nivel grupal

- Fomentar el apoyo social por parte de los compañeros y supervisores
- Fortalecer los vínculos sociales, impulsar el trabajo en equipo y la comunicación asertiva para evitar el aislamiento
- Promover técnicas pertinentes para resolución de problemas a nivel del área de trabajo.
- Llevar a cabo la retroalimentación correspondiente a la Evaluación periódica de desempeño de los trabajadores llevada a cabo por el área de Talento Humano de la institución, a fin de dar la oportunidad a los servidores de conocer sus fortalezas y trabajar en la mejora de sus debilidades. Actualmente se les da a conocer la puntuación obtenida en su evaluación, sin embargo no reciben detalles en referencia al método aplicado para la realización de la misma.

A nivel organizacional

- Mejorar el sistema de comunicación interna, mediante la descentralización de la toma de decisiones y la promoción de la participación en el área de Neonatología.
- Proponer medidas de mejora en la estructura de la organización del trabajo y distribución de la carga laboral a partir de la participación y propuestas realizadas por los médicos de la Unidad de Salud.
- Fomentar el crecimiento profesional a través de la promoción de la formación continua de los profesionales de la salud.
- Diversificar las tareas realizadas por los residentes a través de la rotación en las salas en medida de las capacidades demostradas.
- Establecer programas de inducción que permitan integrar y ajustar las expectativas y objetivos de la Unidad de Salud y los idealizados por el médico de nuevo ingreso.
- Establecer durante la jornada de trabajo pausas pasivas cada dos horas de trabajo consecutivo, a fin de reducir los niveles de ansiedad y tensión muscular.

A continuación se propone un plan de medidas de intervención a realizarse a lo largo de un año, que incluye sus responsables, los tiempos a realizarse, el coste institucional y la prioridad de las actividades, con el fin de reducir la prevalencia de Síndrome de Burnout en los médicos residentes del área de Neonatología del Hospital que ha sido objeto del presente estudio. (Tabla 15)

Tabla 15. Propuesta de plan de intervención para reducción de niveles de Síndrome de Burnout. Elaboración: T. Gallardo 2017

N.	NIVEL DE INTERVENCIÓN	ACTIVIDAD	OBJETIVO	RESPONSABLE	PLAZO	COSTO ANUAL	PRIORIDAD
1	Medida de prevención	Programar evaluaciones psicológicas semestrales a los médicos residentes	Detección oportuna de signos de carga laboral o estrés crónico	Psicóloga laboral	Semestral Julio 2017 y Febrero 2018	960 USD (Horas hombre)	INMEDIATA (menor a 3 meses)
2	Medida de prevención	Charla de socialización al personal: Problemática del Burnout y su prevención	Instruir al personal en detección oportuna de signos de carga mental y estrés laboral	Psicóloga laboral	Julio 2017	Ninguno	INMEDIATA (menor a 3 meses)
3	Medida de intervención – nivel individual	Cumplir el procedimiento de inducción al personal de nuevo ingreso	Lograr una mejor adaptación del personal nuevo al puesto de trabajo, esclareciendo procedimientos, responsabilidades	Jefe de servicio	Fecha de ingreso del personal nuevo	Ninguno	INMEDIATA (menor a 3 meses)
4	Medida de intervención - Nivel individual y grupal	Programar charlas semestrales direccionadas a manejo de conflictos y habilidades sociales	Satisfacer las exigencias psicológicas implícitas en el puesto de trabajo	Unidad de Talento humano	Septiembre 2017 y Marzo 2018	960USD (Horas hombre)	INMEDIATA (menor a 3 meses)
5	Medida de intervención - Nivel organizacional	Otorgar a los trabajadores 5 días anuales de permiso para asistencia a Seminarios de formación continua.	Fomentar el enriquecimiento profesional a través de la actualización de conocimientos en temas de la salud.	Unidad de Talento humano	Anual rotativo acorde a programación	5760USD (Horas hombre)	INMEDIATA (menor a 3 meses)

Tabla 15. (CONT.)

6	Medida de intervención – Nivel individual	Garantizar la atención psicológica oportuna al personal que curse con situaciones de estrés.	Brindar soporte emocional oportuno a trabajadores en situaciones que puedan constituir riesgo para la integridad de su salud mental	Psicóloga laboral	En medida de los requerimientos	Ninguno	A mediano plazo (de 3 a 6 meses)
7	Medida de intervención – Nivel individual y grupal	Programar semanalmente una hora destinada para docencia y presentación de casos clínicos dictadas por médicos tratantes.	Fomentar el enriquecimiento profesional a través de la actualización de conocimientos en temas de la salud.	Unidad de Talento humano	Días Jueves de 11h00 a 12h00. Asistencia obligatoria excepto personal de turno)	Ninguno	A mediano plazo (de 3 a 6 meses)
8	Medida de intervención – Nivel organizacional	Establecer un calendario de rotación trimestral del personal en las salas bajo la supervisión del médico tratante encargado de cada una de ellas.	Diversificar las tareas realizadas por el personal y evitar la percepción de monotonía en el trabajo. Fomentar el crecimiento profesional a través de la formación en distintas áreas.	Jefe de servicio y secretaria de la unidad	Enero, Abril, Julio, Octubre	Ninguno	A mediano plazo (de 3 a 6 meses)

Tabla 15. (CONT.)

9	Medida de intervención – Nivel grupal e individual	Brindar un espacio dentro de las reuniones mensuales para receptar y comunicar el progreso de sugerencias por parte del personal en cuanto a las falencias del área de Neonatología.	Mejorar la comunicación interna entre médicos residentes y líderes servicios dando apertura a la sugerencia de soluciones.	Jefe de servicio	Reunión mensual del servicio – última semana de cada mes. (Asistencia obligatoria excepto personal de turno)	Ninguno	A mediano plazo (de 3 a 6 meses)
10	Medida de intervención – Nivel organizacional	Implementar el programa de pausas pasivas durante la jornada para realizar ejercicios de relajación cada 2 horas de trabajo consecutivo por un lapso de 8 minutos.	Reducir los niveles de ansiedad y tensión muscular.	Médico residente representante de guardia	Pausas establecidas durante la jornada en sala 205. 10AM, 12PM, 2PM, 4PM, 6PM, 8PM	Ninguno	A mediano plazo (de 3 a 6 meses)
11	Medida de intervención – Nivel individual	Realizar la retroalimentación de modo individualizado a los trabajadores de los resultados de su evaluación de desempeño	Reconocer el buen desempeño de los trabajadores y motivarlos a trabajar en sus debilidades, incrementando su compromiso con la Unidad de salud.	Unidad de Talento Humano	Enero 2018	Ninguno	A largo plazo (6 meses a 1 año)

Tabla 15. (CONT.)

12	Medida de intervención – Nivel grupal	Programar dos actividades anuales para esparcimiento del personal de carácter opcional. (Salida de campo a realizarse el fin de semana excepto personal de turno. Cena navideña para todo el personal a excepción de personal de turno)	Crear espacios de recreación que permitan la integración del personal y la liberación de carga de la jornada laboral. Fortalecer los vínculos sociales, impulsar el trabajo en equipo y la comunicación asertiva.	Representante del grupo de médicos residentes y jefes de guardia	Diciembre 2017 y Mayo 2018)	Ninguno (financiamiento individual)	A largo plazo (6 meses a 1 año)
----	---------------------------------------	---	---	--	-----------------------------	--------------------------------------	---------------------------------

El plan de medidas propuestas se ha diseñado con el fin de intervenir en las tres dimensiones que constituyen el Síndrome de Burnout y las variables analizadas que podrían influenciar su apareamiento, por lo que a continuación se sintetiza la dimensión a intervenir según las medidas propuestas. (Tabla 16)

Tabla 16. Medidas propuestas para intervención en variables y dimensiones del Síndrome de Burnout. Elaborado por: T, Gallardo 2017

		DIMENSIONES A INTERVENIR		
		AGOTAMIENTO EMOCIONAL	DESPERSONALIZACION	REALIZACION PERSONAL
VARIABLES A INTERVENIR	EDAD	6, 12	6	5, 7, 11
	SEXO	4, 6	4, 6	
	ESTADO CIVIL	4, 6, 12	4, 6	
	NIVEL DE ESTUDIOS			5, 7
	PUESTO DE TRABAJO	1, 2, 6, 8, 9	1, 2, 6, 8, 10	1, 8
	TIEMPO DE SERVICIO	4, 10, 12	4, 10	3, 5, 7, 11
	TIPO DE CONTRATO			9, 11

Al cumplirse un año tras el inicio de la implementación del programa de intervención se propone la nueva aplicación del cuestionario de Maslach y de recolección de datos sociodemográficos al personal que continúe prestando los servicios en la institución, con el fin de realizar un análisis comparativo de la prevalencia del Síndrome de Burnout y la efectividad de las medidas de intervención aplicadas.

CAPÍTULO 4

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 CONCLUSIONES

- a) Luego de la aplicación del cuestionario de Maslach a los 47 residentes del área de neonatología del Hospital objeto de estudio, se encontró una prevalencia del síndrome de Burnout en el personal encuestado del 74%, correspondiente a 35 casos, quienes presentan niveles entre medio y extremo del mismo, lo que demuestra que existe un evidente problema debido al escaso control del riesgo psicosocial.
- b) Si bien el análisis de la prevalencia del síndrome en función del género no puede ser equitativo debido a que el 81% del grupo de trabajo está constituido por mujeres, los resultados arrojaron que el género femenino es el más afectado por el síndrome, pues se encuentra presente en el 79% del personal de este grupo, constituido por 30 de las 38 mujeres a las cuales se les aplicó en cuestionario diagnóstico.
- c) Los médicos que integran el grupo más joven, con edad menor a 28 años, constituyen el grupo con la menor prevalencia de Burnout, dado que en este conjunto se incluye el único caso de Síndrome de Burnout, por lo que se deduce una relación inversamente proporcional entre la edad joven y la aparición del Síndrome. Este grupo corresponde a los médicos recién graduados y que han iniciado su carrera profesional, por lo que no se hace evidente agotamiento de tipo físico ni emocional a este nivel.
- d) El grupo etario mayormente afectado por el Burnout se halla comprendido entre los 29 y 30 años con el 100% de los casos, a este conjunto corresponden los residentes asistenciales con puntuaciones altas para falta de realización personal, lo que se adjudica a

la sensación de crecimiento profesional pues se encuentran laborando en la misma área sin oportunidad a ascensos de algún tipo o realización de estudios de especialización.

- e) El total del grupo de los trabajadores casados, integrado por 18 médicos, presentan el síndrome de Burnout, de lo que se puede deducir que las condiciones de la convivencia en pareja, tareas del hogar, deudas adquiridas en conjunto o problemas familiares son factores que contribuyen a la aparición del síndrome.
- f) El nivel de educación no hace diferencia en la aparición del Burnout. Pese a que el personal que tiene tercer nivel de educación tiene puntuaciones más altas para la dimensión “Realización personal”, los residentes con estudios en curso del cuarto nivel puntúan más alto para la dimensión “Agotamiento emocional”, lo cual se adjudica al mayor nivel de responsabilidad por la asignación de salas de mayor complejidad en el caso de los posgradistas de pediatría, y a una mayor carga de trabajo a quienes realiza estudios de maestrías a la par que trabajan en la institución.
- g) El mayor número de casos de Burnout se presentan en quienes se desempeñan en las salas 205 y UCIN, mismas que tienen mayor asignación de personal debido a la complejidad del manejo de los pacientes ingresados. Sin embargo, el total del personal de la sala 301 marca positivo en la presentación del síndrome, lo cual podría ser adjudicado al tipo de tareas monótonas que se realizan en dicho puesto.
- h) Los residentes que tienen menos de 1 año laborando en la institución no presentan el Síndrome, el pico más alto de su apareamiento ocurre entre los 3 y 4 años de labores, tiempo en el cual se evidencia el agotamiento emocional que implica el trabajo continuo en un área de salud con una alta demanda de responsabilidad y empoderamiento con los problemas de los pacientes.

- i) La mayor parte de casos de Burnout se agrupan en los trabajadores con modalidad de contrato de servicios ocasionales, al cual pertenece el mayor número de residentes, mientras que el total de trabajadores con nombramiento tienen el síndrome, por lo que este factor correspondiente a la estabilidad laboral no puede ser tomado en cuenta para establecer una relación directa con la aparición del síndrome.
- j) Se puede determinar que el perfil del trabajador que presenta síndrome de Burnout lo constituye el personal femenino, casadas, con un tiempo de servicio entre 3 y 4 años, quienes desempeñan sus labores en las salas de mayor complejidad.

4.2 RECOMENDACIONES

- a) Se sugiere hacer hincapié a las autoridades de la institución acerca de la importancia del control de factores de riesgo psicosocial a través del diagnóstico precoz y la intervención temprana, con el fin de precautelar la salud física y mental de los trabajadores y mejorar la productividad del personal en la casa de salud.
- b) La intervención precoz debe iniciar desde un oportuno diagnóstico inicial, y en base a los resultados obtenidos en la presente investigación, que delatan una alta prevalencia del Síndrome de Burnout en los médicos residentes de neonatología del Hospital, se recomienda extender la aplicación del cuestionario para detección de este Síndrome al resto de personal de la institución, en donde se contemple a médicos tratantes, personal de enfermería, auxiliares de servicio y personal administrativo de la Unidad.
- c) Se recomienda la inmediata ejecución del plan de medidas propuestas para la prevención de aparición del Síndrome de Burnout y el correspondiente control de su efectividad a través de una nueva aplicación de los cuestionarios, tras un año de la ejecución de las estrategias planteadas

- d) Debido a que el trabajo en equipo es fundamental en las organizaciones, y principalmente en los centros que brindan atención de la salud, conviene fortalecer las relaciones entre los grupos de trabajo y promover la solución de problemas suscitados de manera acertada para evitar la percepción de un ambiente de trabajo hostil entre los servidores.
- e) Un factor importante que debe ser tomado en cuenta es el distanciamiento de los médicos residentes en relación a las autoridades, lo cual afecta la facilidad de comunicación en la estructura de la organización, por lo cual la convivencia de todo el personal en determinadas actividades programadas por el área de talento humano de la institución podrían resultar muy eficientes para la inclusión e interacción de todos los colaboradores independientemente del área en la que prestan sus servicios.
- f) Finalmente se sugiere en estudios futuros en relación al problema psicosocial objeto de la presente investigación, se debería utilizar una muestra más grande para poder realizar un análisis inferencial que nos permita discernir con mayor claridad la asociación entre los factores individuales y laborales y la Prevalencia del Síndrome de Burnout.

Bibliografía

- ABALADEJO, V. (2004). Síndrome de Burnout en el personal de enfermería en un Hospital de Madrid. *Revista Española de Salud Pública*.
- ABREU. (2011). Síndrome de agotamiento emocional en profesionales de la unidad de cuidados intensivos. *MULTICIENCIAS*, 370-370.
- ATANCE, J. (2009). Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en el personal sanitario. *Revista Española de Salud Pública*.
- BELLOCH. (2000). Síndrome de Agotamiento profesional en los médicos residentes de especialidades médicas hospitalarias. *Anales de medicina interna*, 118-122.
- BRADLEY. (1969). Community-based treatment for young adult offenders. *Crime and Delinquency*, 359-370.
- C MASLACH, S. J. (1986). Maslach Burnout Inventory Manual. *California: Consulting Psychol Press*.
- CAÑADAS-FUENTE. (2015). Risk factors and prevalence of burnout syndrome in the nursing profession. *ELSEVIER*.
- CHERNISS, C. (1980). Professional Burnout in human service organizations. *New York Praeger*.
- COLOMA. (2013.). Síndrome de Burnout en el Equipo de salud de una Unidad de Cuidados Intensivos, Concepción. *Revista Chilena de Medicina Intensiva*.
- EWERS. (2002). Does training in psychosocial interventions reduce Burnout rates in forensic nurses? *J.AdvNurs*, 470.
- FLICHTENTREI, G. (2009). Influencia de los factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español. *Rev Esp Salud*, 215.
- GONZALES, M. (2008). Síndrome de agotamiento profesional en oncología. Madrid, España. *Editorial Médica Panamericana S.A*.
- GRAU, S. G. (2005). Desgaste profesional en personal sanitario y su relación con factores personales y ambientales. *Gac Sanit*, 463-470.
- GUEVARA. (2004). Síndrome de Desgaste Profesional en médicos internos y residentes Hospital Universitario del Valle. *Colombia Médica*, 173-178.
- HIDALGO. (1994). Estudio de la influencia de los factores laborales y sociodemográfico en el desarrollo del Síndrome de agotamiento profesional en el área de medicina especializada el Insalud de Avila. *Med Clínica*, 408-412.
- LEITER. (1991). Coping patterns as predictors of burnout. The function of control and escapist coping patterns. *Journal of Organizational Behaviour*, 297-308.

- MARTINEZ. (2010). El Síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia*, 112.
- MIRÓ. (2007). Relación entre Burnout o Síndrome de quemarse por el trabajo, la tensión laboral y las características del sueño. *PSICOTHEMA*, 388-394.
- NICEBERG. (1991). Personality characteristics and propeness to Burnout: A study among psychiatrist. *Stress Med*, 201-205.
- PAREDES, Z. (2008). Prevalencia del síndrome de burnout en residentes de especialidades médico-quirúrgicas, su relación con el bienestar psicológico y con variables sociodemográficas y laborales. *Revista Facultad de medicina* , 25-32.
- PEREDA-TORALES. (2009). Síndrome de Burnout en médicos y personal paramédico. *Salud Mental*, 399-404.
- PINES. (1988). Carrer burnout: causes and cures. New York. *The Free Press*.
- PINES, K. (1978). Coping with Burnout. Ponencia presentada en la convención anual de la American Psychology Association. TORONTO.
- R FERREL, E. S. (2010). Síndrome de burnout en médicos especialistas de un hospital universitario de la ciudad de Santa Marta, Colombia. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud*, 7, 10.
- RAFFERTY. (2001). The association between job skill discretion, decision, authority and Burnout. *Work and Stress*, 73-85.
- RESTREPO N, A. G. (2006). Desgaste emocional en docentes oficiales de Medellín. *Revista Salud Pública*.
- SCHAUFELI. (2009). Burnout: 35 years of research and practice Career Development International.
- SHANAFELT. (2002). Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Annals of Internal Medicine*, 358-367.
- WILSON. (1986). Burnout and other stress syndromes. *South Med J*, 1327-1330.
- WILSON, W. (1986). Burnout and other stress syndromes. *South Med J*, 1327-1330.