

PARA TÍTULOS PROFESIONALES DE ESPECIALISTAS (CUARTO NIVEL)

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

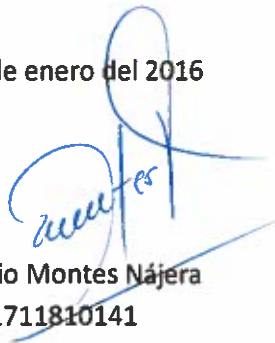
DECLARACIÓN y AUTORIZACIÓN

Yo, LUIS ANTONIO MONTES NAJERA con C.I. 1711810141 autor del trabajo de graduación intitulado: “PREVALENCIA SÍNDROME DE BURNOUT ASOCIADO A VARIABLES FISIOLÓGICAS, QUÍMICAS Y ANTROPOMÉTRICAS EN EL PERSONAL MÉDICO TRATANTE DE LOS SERVICIOS DE CADA ESPECIALIDAD EN EL HOSPITAL ENRIQUE GARCÉS DURANTE EL PERÍODO OCTUBRE – DICIEMBRE 2014”, previa a la obtención del título profesional de ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA en la Facultad de Medicina:

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Quito, 19 de enero del 2016



Luis Antonio Montes Najera
C.I. 1711810141

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA INTERNA**

**PREVALENCIA SÍNDROME DE BURNOUT ASOCIADO A VARIABLES
FISIOLÓGICAS, QUÍMICAS Y ANTROPOMÉTRICAS EN EL PERSONAL
MEDICO TRATANTE DE LOS SERVICIOS DE CADA ESPECIALIDAD EN
EL HOSPITAL ENRIQUE GARCÉS DURANTE EL PERIODO OCTUBRE –
DICIEMBRE 2014.**

**DISERTACIÓN PREVIA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA INTERNA**

AUTOR: LUIS ANTONIO MONTES NÁJERA MD.

Director de Tesis: Dr. Freddy Carrión

Director metodológico: Dra. Pamela Cabezas

QUITO, ECUADOR

2015

AGRADECIMIENTO

Al terminar mi especialidad de Medicina Interna, puedo decir con certeza que e incrementado mis conocimientos tanto en el ámbito profesional como en el ámbito personal. El éxito logrado, hoy surge a mi mente con gran emoción y reconocimiento a las autoridades, docentes de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador que esculpieron y fortalecieron nuestros conocimientos, culminando con gran éxito el mismo.

Agradezco a Dios, por darme salud, por ser mi fortaleza y mi amparo. Gracias Señor por permitirme hoy, disfrutar la obtención de este título.

Agradezco a mis padres, por su apoyo sin fin, su amor incondicional, que me llenó de tranquilidad y libertad para ocuparme plenamente de mis estudios.

Agradezco a mi esposa, por su amor y paciencia, por extenderme su mano y brindarme su apoyo, por tanto, mi sueño fue tranquilo y reparador, distanció mi mente de toda clase de preocupaciones, mi único desvelo permitido fue para forjar un exitoso futuro profesional.

Agradezco a toda mi familia por su apoyo, pilar fundamental para alcanzar mi meta, en especial a mi Tío Carlos (William) y familia, por su gran apoyo en todos los aspectos.

Agradezco a mi hija Sara, mi preciosa hija, por ser el motor de mi vida; se convirtió en mi deseo de superación creciente, y hoy puedo decir, lo logramos mi princesa.

DEDICATORIA

Dedicado a todos los profesionales que han hecho que la Medicina Interna sea una herramienta para ayudar a los demás, sin importar todas las dificultades que se presentan en el camino de esta noble y tan complicada profesión.

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	VII
<i>Objetivo general</i>	vii
<i>Tipo de Estudio</i>	vii
<i>Universo de Estudio</i>	viii
<i>Plan de análisis</i>	viii
<i>Costo</i>	viii
<i>Duración estimada del estudio</i>	viii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN	3
1.1 TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN	3
1.2. LUGAR	3
1.3. AUTOR	3
1.4. LÍNEA DE INVESTIGACIÓN	3
1.5. JUSTIFICACIÓN	4
1.6. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	4
1.7. OBJETIVOS	4
1.7.1 <i>Objetivo General</i>	4
1.7.2 <i>Objetivos Específicos</i>	5
1.8 ASPECTOS ADMINISTRATIVOS	5
1.8.1 <i>Recursos humanos</i>	5
1.8.2 <i>Recursos materiales, presupuesto y financiamiento</i>	5
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	6
2.1 SÍNDROME DE BURNOUT	6
2.1.1 <i>Concepto</i>	6
2.1.2 <i>Surgimiento del término Burnout</i>	6
2.1.3 <i>Definición y rasgos esenciales</i>	7
2.1.4 <i>Discriminación con otros constructos</i>	13
2.2 ACONTECIMIENTOS VITALES Y CRISIS EN LA EDAD MEDIA DE LA VIDA	16
2.3 EFECTOS EN LA SALUD Y EL BIENESTAR EN EL PERSONAL MÉDICO QUE LABORA POR TURNOS.	17
2.4 PROCESO TRANSICIONAL	19
2.5 SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA	19
2.5.1 <i>Síntomas asociados al síndrome de burnout</i>	19
2.5.2 <i>Descripción del staff “quemado”</i>	21
2.6 RELACIÓN ENTRE EL SÍNDROME METABÓLICO Y EL SÍNDROME DE BURNOUT.	21
2.6.1 <i>Argumentos fisiopatológicos</i>	21
2.7 SIMILITUDES Y DIFERENCIAS CON OTROS CONCEPTOS	24
2.8 OBESIDAD Y SÍNDROME DE BURNOUT.	25
2.9. ESTUDIOS EN EL CONTEXTO NACIONAL SOBRE LA FRECUENCIA DE BURNOUT	26
2.9.1 <i>El Burnout en el contexto latinoamericano</i>	26
2.9.2 <i>Burnout en Ecuador</i>	28
2.9.3 <i>Burnout en Quito</i>	29
2.10 MODELOS TEÓRICOS DEL “BURNOUT” Y VARIABLES MÁS SIGNIFICATIVAS	32
2.10.1 <i>Modelos teóricos</i>	32
2.10.2 <i>Variables más significativas</i>	33
2.10.3 <i>Variables que influyen en la aparición del “burnout” en diferentes ocupaciones</i>	35
CAPÍTULO III. METODOLOGÍA	40
3.1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES DEL ESTUDIO:.....	40
3.2. UNIVERSO Y MUESTRA	41

3.2.1 Criterios de inclusión y exclusión.....	41
3.2.2. Universo y muestra	42
3.3 TIPO DE ESTUDIO.....	42
3.4 PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	42
3.5 PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS.	43
3.5.1 Instrumento.....	43
3.6 ASPECTOS BIOÉTICOS	45
3.6.1. Obtención de consentimiento para la participación en el estudio.....	45
3.6.2. Duración.....	45
3.6.3. Beneficios para los sujetos involucrados en el estudio.....	45
3.6.4. Los riesgos y posibles molestias	45
3.6.5. Confidencialidad de la información	46
3.6.6 Validez ética del estudio	46
CAPÍTULO IV. ANÁLISIS ESTADÍSTICO	47
DISCUSION.....	61
CONCLUSIONES	64
RECOMENDACIONES	65
BIBLIOGRAFÍA.....	67
ANEXOS	69

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de los pacientes incluidos en el estudio (n=80) por género.....	47
Tabla 2. Distribución de los pacientes incluidos en el estudio (n=80) por rangos de Edad	47
Tabla 3. Distribución de los pacientes incluidos en el estudio (n=80) por horas de trabajo al día	48
Tabla 4. Distribución de los pacientes incluidos en el estudio (n=60) por horas de semanales nocturnas	48
Tabla 5. Distribución de los pacientes incluidos en el estudio (n=80) por especialidades.....	49
Tabla 6. Distribución de los pacientes incluidos en el estudio (n=80) por presencia de Síndrome de Burnout.....	49
Tabla 7. Distribución de los pacientes incluidos en el estudio (n=80) por presencia de Síndrome de Burnout según especialidades.....	49
Tabla 8. Distribución de los pacientes incluidos en el estudio (n=80) según variable más involucrada en la aparición del Síndrome Burnout.....	50
Tabla 9. Distribución de los pacientes incluidos en el estudio (n=80) por presencia de Síndrome de Burnout según algunas variables fisiológicas.....	50
Tabla 10. Cruce de variables Box Plod.....	53

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribución de los pacientes incluidos en el estudio (n=80) por presencia de Síndrome de Burnout según edad.....	51
Gráfico 2. Distribución de los pacientes incluidos en el estudio (n=80) por presencia de Síndrome de Burnout según especialidad	52

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Cuestionario de Maslach Burnout Inventory	69
Anexo 2. Consentimiento informado	70
Anexo 3. Evaluación Global Subjetiva.....	71

RESUMEN

El síndrome de Burnout es una de las patologías que más afecta a los profesionales de la salud, con diversas consecuencias para ellos y quienes los rodean. Es además una de las causas más reconocidas en la baja calidad de atención y demandas laborales. El objetivo de esta investigación fue conocer la prevalencia del síndrome, en los tratantes de cada especialidad del hospital Enrique Garcés, su relación con factores fisiológicos, químicos y antropométricos. El estudio de prevalencia analítica contó con una muestra de 80 tratantes a quienes se les aplicó el cuestionario del Maslash Burnout Inventory (MBI) que evalúa tres aspectos Cansancio Laboral, Despersonalización y realización personal. El 22.5% de los tratantes presento la presencia de este síndrome y el análisis estadístico evidenció una asociación en los mayores de 45 años. No se encontraron asociaciones estadísticamente significativas con las variables fisiológicas, químicas y antropométricas.

Palabras claves: Síndrome Burnout, Factores de riesgo

ABSTRACT

The Syndrome of Burnout is one of the pathologies that most affects the professionals of the health, with diverse consequences for them and their surroundings. It is one of the most recognized in the low quality of care and laboral lawsuits. The objective of this investigation was to find the prevalence of the Syndrome in the medical personal of each specialty Hospital Enrique Garcés, his relationship with physiological, chemical and anthropometric factors. The present study of analytical prevalence included a sample of 80 medical to who they were administered the questionnaire Maslash Burnout Inventory (MBI) , that assesses three aspects labor exhaustion, depersonalization and personal accomplishment. 22.5% of the medical personal presented a high level of Burnout and the statistical analysis showed a partnership in those over 45 years old. Statistically significant associations with physiological, chemical and anthropometric factors were not found.

Key Words: Burnout syndrome, risk factors

RESUMEN

Objetivo general

Determinar la prevalencia del Síndrome de Burnout con asociación a variables fisiológicas, químicas, y antropométricas en médicos tratantes de cada servicio por especialidad que laboran en el Hospital Enrique Garcés de la ciudad de Quito durante el mes octubre-diciembre del 2014.

Tipo de Estudio.

El presente estudio es de tipo retrospectivo, descriptivo, observacional, analítico para evaluar la prevalencia de síndrome de Burnout asociado a variables fisiológicas, químicas y antropométricas en el personal médico tratante de los servicios de cada especialidad en el Hospital Enrique Garcés durante el periodo octubre – diciembre 2014, utilizando la escala MBI (Maslach Burnout Inventory), y toma rápida de glucemia y colesterol. Se medirá además tensión arterial e índice masa corporal.

Universo de Estudio.

80 médicos tratantes que laboran en las distintas especialidades del Hospital Enrique Garcés durante el periodo octubre – diciembre 2014

Plan de análisis.

Se aplicará para evaluar el nivel de estrés y síndrome de Burnout el cuestionario o escala MBI (Maslach Burnout Inventory). Esta escala tiene una alta consistencia interna y fiabilidad cercana del 90%, está constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes además de que permite medir el desgaste profesional.

El cuestionario Maslach se realiza en 10-15 minutos y mide los tres aspectos del síndrome: 1. Cansancio emocional, 2. despersonalización y 3. Realización personal.

1. Sub-escala de agotamiento emocional: constituida por 9 preguntas. Evalúa la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Puntuación máxima 54

2. Sub-escala de despersonalización: conformada por 5 ítems. Evalúa el nivel en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Puntuación máxima 30

3. Sub-escala de realización personal: compuesta por 8 ítems. Valora los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo. Puntuación máxima 48.

Referente a las puntuaciones se valorarán altas en las que en el primer subescala estén mayor de 28, la segunda escala en aquellos que se encuentren por encima de 11 y la última subescala se considera positivo los que tengan mayor de 39, las altas puntuaciones en las dos primeras sub-escalas y positivo en la tercera, ayudan a diagnosticar el trastorno.

En aquellos médicos tratantes, que tendrían un cuestionario Maslach positivo, se considerara la presencia del Síndrome de Burnout.

Se determinará si hay asociación de Burnout con alteraciones fisiológicas, físicas, químicas, por lo que se tomaran a los participantes del estudio, tensión arterial , índice de masa corporal, glucometría e hipercolesterolemia.

Costo.

Se presupuesta un total de \$ 1.400 para realización del estudio, según detalle presentado en subtítulo 1.8.2.

Duración estimada del estudio.

Aproximadamente 12 semanas.

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas ha existido una transformación importante en el mundo laboral, por lo cual hay más exigencias que implican un mayor rendimiento en cada sujeto, lo que ha originado la aparición de nuevos riesgos psicosociales entre los que destacan el Síndrome de Burnout. El personal médico de las instituciones de salud, está afectado frecuentemente por estrés y enfermedades psicosomáticas, alterando su salud individual como profesional.

Cuando Freudenberger (Maslach, Burnout The Cost of Caring, 2003) utilizó por primera vez el término “burn-out” se refiere preferentemente a aquellos voluntarios que trabajan en su “Free Clinic” y que al cabo de un periodo más o menos largo, entre uno y tres años, en la mayoría de las ocasiones, se encuentran desmotivados y faltos de todo interés por el trabajo. El tipo de trabajo que estas personas hacían, como ha comentado Leiter, se caracterizaba por carecer de horario fijo, contar con un número de horas muy alto, tener una paga muy escasa y un contexto social muy exigente, habitualmente tenso y comprometido. Otra característica era la habitual falta de preparación sistemática de los trabajadores que suplían con el entusiasmo la falta de preparación profesional.

La aportación operativa de Maslach y Jackson (Maslach, Burnout The Cost of Caring, 2003) definiendo el Burnout mediante su cuestionario “Maslach Burnout Inventory” (MBI) como un síndrome caracterizado por el cansancio emocional, la despersonalización y la falta de realización personal y profesional, insistía en los mismos elementos y proporcionaba un instrumento que permitía evaluar los niveles del problema.

El concepto de Burnout queda así definido como una disfunción personal y profesional en un contexto laboral básicamente de tipo asistencial. Como tal, el mismo concepto de Burnout supone deterioro, desgaste y una problemática interna acusada (Jr., Austin, Irene, Florence, Daniel, & Elizabeth, 2013).

Probablemente gran parte del éxito que ha tenido el término procede del hecho de que un número considerable de profesionales, asistenciales y no asistenciales, se reconocían en los términos descritos. El “Burnout” se presentaba como la descripción de un

problema generalizado en múltiples profesiones, que afectaba a la satisfacción laboral, la implicación profesional, la eficacia y la calidad laboral.

Trabajos previos con la escala de Maslach que mide los tres factores cansancio emocional, despersonalización y realización profesional, no han sido relacionados con variables biológicas, por lo tanto se desconoce la relación de Burnout con dicha escala y variables fisiológicas, bioquímicas e índice de masa corporal.

Este estudio está basado en el artículo científico “Burnout, variables fisiológicas y antropométricas: un estudio en el profesorado”, desarrollado por los Dres. Antonio Ranchal Sánchez y Manuel Vaquero Abellán, estudio que no halló diferencias significativas entre los niveles de Burnout, para cada uno de sus tres componentes, y la tensión arterial, y que tampoco se dan al correlacionar dichos componentes con los niveles de glucemia, y colesterol, ni entre sexos (Ranchal & Vaquero, 2008).

CAPÍTULO I. PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

1.1 Título de la investigación

Prevalencia Síndrome de Burnout asociado a variables fisiológicas, químicas y antropométricas en el personal médico tratante de los servicios de cada especialidad en el Hospital Enrique Garcés durante el periodo octubre – diciembre 2014.

1.2. Lugar

Hospital Enrique Garcés, de la ciudad de Quito, en los servicios de Clínica, Quirúrgicas, Emergencias, Pediatría, Ginecología.

1.3. Autor

Luis Antonio Montes Nájera, Médico residente del tercer año, Posgrado de Medicina Interna, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

1.4. Línea de investigación

-Intervenciones para mejorar la toma de decisiones clínicas y el proceso de atención médica.

-Gestión de la atención médica.

-Relación Test de Maslach positivo con factores fisiológicos, bioquímicos e índice masa corporal.

1.5. Justificación

El burnout es uno de los problemas menos atendidos dentro del personal de salud, según se expone en este estudio. Aunque periódicamente se reciben quejas de los pacientes por el maltrato que reciben de los médicos que los atienden, pocos conocen la magnitud del agotamiento físico, que deriva en un progresivo deterioro emocional y afectan notablemente las relaciones sociales. Una nota periodística refiere que durante el 2014 se presentaron al menos 180 quejas de maltrato en el IESS, y según declara uno de los afectados, “dan poco tiempo de atención, y encima el médico está malhumorado, molesto por atender al paciente. Si no le gusta su profesión, no debería trabajar” (La Hora, 2015).

Por tanto, este estudio se justifica considerando los siguientes elementos:

- Población específica, con alta propensión a sufrir Burnout, dadas las intensas jornadas laborales y manejo de pacientes de todas las complejidades.
- Interés para la población que se estudia, por cuanto permite identificar los factores de riesgo por su desempeño profesional.
- Aplicación de un instrumento confiable, validado en su contexto original (EEUU), y en un centro hospitalario de la capital chilena, Santiago de Chile.

1.6. Problema de investigación

Determinar prevalencia del Síndrome de Burnout en médicos que laboran en los Hospitales Enrique Garcés de la ciudad de Quito que estarían en relación con factores fisiológicos, químicos y con su índice masa corporal, que tendría una mayor incidencia según la especialidad, servicio, horarios.

1.7. Objetivos

1.7.1 Objetivo General

Determinar la prevalencia del Síndrome de Burnout con asociación a variables fisiológicas, químicas, y antropométricas en médicos de cada servicio por especialidad que laboran en el Hospital Enrique Garcés de la ciudad de Quito durante el mes octubre-diciembre del 2014.

1.7.2 Objetivos Específicos

1. Describir el perfil asociado al Síndrome de Burnout, en cuanto a género, edad, carga horaria, y estado civil del personal médico tratante del Hospital Enrique Garcés de la ciudad de Quito por especialidad, analizando las variables involucradas en la aparición del Síndrome de Burnout.
2. Identificar el factor más importante de la escala de Maslach en el personal médico tratante del Hospital Enrique Garcés de la ciudad de Quito por especialidad.
3. Determinar si la escala positiva de Maslach tiene o no influencia en los factores biológicos en relación a cambios fisiológicos, bioquímicos e índice de masa corporal.

1.8 Aspectos administrativos

1.8.1 Recursos humanos

- ✓ Un asesor de proyecto de investigación
- ✓ 1 encuestador médico del postgrado de Medicina Interna.
- ✓ 80 Médicos tratantes que laboran en el hospital Enrique Garcés de la ciudad de Quito.

1.8.2 Recursos materiales, presupuesto y financiamiento

Materiales	Precio unitario (\$)	Cantidad	Total \$
Internet	1	160	160
Copias	0.05	300	15
Transporte	3	24	72
Impresiones	0.10	300	30
Anillados	2	4	8
Material oficina (esferos, papel, lápices)	-		30
Glucómetro	60	1	60
Colesterómetro	90	1	90
Tiras reactivas glicemia	1	88	88
Tiras reactivas colesterol	3.50	88	308
Lancetas	0.40	176	70
Gasas medicadas	0.20	176	36
Balanzas (oculares tipo reloj de piso mecánica O base tipo reloj de piso unipersonal) compra	150	1	150
Tallímetros	20	2	40
Imprevistos	200		200
Total			1.357

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1 Síndrome de Burnout

2.1.1 Concepto

El “síndrome de Burnout” o “síndrome del desgaste profesional” es una respuesta a la tensión habitual en el trabajo (a largo plazo y acumulativo), con resultados perjudiciales a nivel particular y estructural, que ha estimulado mucho interés en las últimas décadas en el entorno de la Medicina y Psicología (Ocanto A. , 2012).

A principio de la década del 70 del siglo pasado se indicó previamente el concepto de Burnout para detallar la situación física y mental de los jóvenes voluntarios que laboraban en una clínica de New York. Estos se esmeraban en sus actividades, inculcando su propia salud con el objetivo de lograr ambiciones sobresalientes y percibiendo poco o nada reforzamiento por su empeño. De esta manera, luego de uno o tres años de actividad, mostraron conductas llenas de ira, desgano, disposición de hipocresía con los usuarios y una propensión a eludirlos (Martínez, 2010).

2.1.2 Surgimiento del término Burnout.

El término “Burnout” ha sido empleado en el idioma anglosajón entre el argot de los atletas o deportistas frecuentes. Con este término, cuya transcripción al castellano quiere decir “estar quemado”, se trataba de explicar una postura en la que, en pesar de las expectativas de la persona, ésta no conseguía alcanzar los rendimientos esperados por más que se hubiera preparado a fondo para obtenerlos (Alvarez & Fernandez, 1991).

Fuera del entorno deportivo y artístico, la palabra “burnout” fue utilizado por primera vez por Freudenberg en 1974 para mencionar los inconvenientes de los servicios sociales. Pero fue Maslach quien difundió este término de manera pública en 1977, dentro del congreso anual de la asociación americana de psicólogos (A.P.A.) quien empleo esta palabra para referirse a una posición cada vez más habitual entre los trabajadores de los servicios humanos y que después de meses o años de entrega, estos trabajadores terminan “quemándose” (Alvarez & Fernandez, 1991).

El análisis de este asunto fue promovido por los autores mencionados anteriormente, y se obtuvieron contribuciones de otros estudiosos incluso en noviembre de 1981 se conmemoró en Filadelfia la I Conferencia Nacional sobre el Burnout. Esto sirvió para concertar principios y para poner en común los trabajos elaborados tras pequeñas muestras o bien, o bien, por encima de prácticas personales (Alvarez & Fernandez, 1991).

La disposición por este campo se incrementó debido a tres principios que Perlman y Hartman indican como esenciales:

- a) La consideración cada vez más grande de los servicios humanos se han ido obteniendo como partícipes del bienestar individual y general.
- b) La evaluación y más grande petición de los usuarios de las asistencias sociales, educativas o sanitarias.
- c) Los conocimientos por parte de los investigadores, de los opulentos y nocivos efectos del estrés en las personas, así como los ámbitos en los que participa el sujeto.

2.1.3 Definición y rasgos esenciales

Cuando mencionamos que un profesional está “quemado”, se refiere al hecho de que una circunstancia (laboral, familiar, o social) se ha excedido, debilitando su destreza para reaccionar de modo apropiado. Es el fin de un suceso prolongado de tensión y estrés. Si bien esta práctica negativa puede ocurrir en las diferentes esferas vitales, la expresión se ha orientado a la investigación psicológica para plasmar una condición de perturbación entre el trabajador y el cargo que ocupa (Alvarez & Fernandez, 1991).

El concepto del “burnout” más afianzada es la de Maslach y Jackson quienes estiman que es una respuesta inapropiada a un estrés emocional repetido cuyas características primordiales son: una fatiga física y/o psicológica, una conducta fría y personificada en el vínculo hacia los demás y un sentimiento de incompatibilidad a las labores que se ha de elaborar (Alvarez & Fernandez, 1991).

Los análisis referentes a este asunto se han señalado en los profesionales de los servicios humanos, o sea, en ciertas personas que por la condición de su trabajo mantienen un trato inmediato con la gente. Esto ocurre con los trabajadores sanitarios, de educación, del área de salud mental o del entorno social. Si bien son cuantiosas las

variantes que influyen en esta fase de deterioro, los investigadores indican que es el vínculo profundo con otras lo que de forma activa contribuye a la presencia de este síndrome, aunque de manera más íntegra podemos comprender el “burnout” como el resultado de una interacción negativa a través del lugar del trabajo, el personal o staff y los clientes (Gutierrez, Celis, Moreno, Farías, & Suárez, 2006).

Aunque en un primer instante se consideraba este síndrome como característico de estos servicios, lo evidente es que el total de los profesionales sea cual sea su actividad son capaces de desmoralizarse y olvidar su admiración por su trabajo (Alvarez & Fernandez, 1991).

El detalle primordial del “burnout” es el agotamiento emocional o ya sea también, la impresión de no ser capaz de entregar más de uno mismo a los demás. Para defenderse de esta sensación perjudicial, la persona quiere separarse de los demás fomentando así una conducta vulgar para con los “clientes” así como a los miembros del equipo, exhibiéndose insolente, enfadado, empleando protocolos despreciativos para evitar a los usuarios o hacer culpable a los demás de sus fracasos y decaimiento de su responsabilidad laboral. Todos estos recursos significan para él una manera de aplacar la angustia de una forma que al limitar el grado o la magnitud del vínculo con las demás personas, está haciendo lo posible para acomodarse a la circunstancia ya sea por métodos neuróticos (Gutierrez, Celis, Moreno, Farías, & Suárez, 2006).

La tercera característica primordial es la sensación de complejo de incongruencia personal y profesional al puesto de trabajo, que aparece al constatar que las interrogaciones que se le formulen, superan su disposición para resolverlas correctamente. Este tercer elemento puede estar presente o escondido por un sentimiento contradictorio de superioridad. Ante la advertencia involuntaria de sentirse incapaz, el profesional duplica su empeño para desafiar las circunstancias dando la sensación ante los demás de que su disposición y entrega son interminables (Alvarez & Fernandez, 1991).

A partir de dichas consideraciones, el psicólogo Herbert Freudenberg, detalla un perfil de las personas con peligro a incrementar el síndrome de Burnout, el cual se determina por reflexiones idealistas, eufóricas e inocentes. Asimismo, sostiene que estos individuos se dan en exceso al trabajo para alcanzar buen veredicto de sí mismo y para lograr el bien común; pero a pesar de este empeño y compromiso los profesionales

fallan en establecer una diferencia en la vida de los usuarios. La sensación de la presencia personal se emplea en el entorno laboral, lo cual origina una desmesurada participación en el trabajo y normalmente, concluye en el abandono (Gómez, 2013).

Tomando una posición independiente Burnout sería efecto de un error de la persona (poseen una personalidad frágil, poca comprensión al estrés, etc.), por lo que se acepta el estrés como un elemento intrínseco. Entretanto las posiciones ambientalistas facilitan una descripción más ordenada, accediendo al empleo de tácticas para acrecentar el cambio o exclusión de los componentes predisponentes. Esta posición valora al estrés como algo superficial al sujeto y orienta al Burnout como solución a la interacción entre el individuo y el ámbito laboral (Gómez, 2013).

Este síndrome puede suceder en todos los ambientes de la actividad del sujeto, sin embargo ha sido analizado en gran medida en el ámbito de los profesionales asistenciales y se ha desarrollado en profesiones diferentes (Ocanto, 2012).

La investigación ha resultado en dos vertientes controvertidas, por lo que muchos científicos están en disconformidad cuando se restringen a este síndrome para sujetos que desarrollan alguna clase de trabajo en relación natural con personas, y sugieren que los síntomas del Burnout se pueden considerar también en sujetos que no gozan de empleo (Gómez, 2013).

En un inicio, entre la congregación de científicos que conservan este concepto a trabajadores en relación con otras personas sobresalieron las investigaciones de Maslach en el año 1976 (Gómez, 2013).

En 1977, año en el que Maslach difundió sus trabajos a la psicología en una reunión de la APA (Asociación Americana de Psicólogos), se emplea la terminación Burnout para hacer mención al deterioro profesional de personas que trabajan en las divisiones de servicios humanos, profesionales de la salud y de la educación bajo disposiciones difíciles en comunicación directa con los usuarios (Ocanto, 2012).

A comienzos de la década de los 80 Maslach y Jackson precisan el Burnout como una expresión comportamental del estrés laboral, y lo interpretan como un

síndrome tridimensional que se caracteriza por un cansancio emocional (CE), despersonalización (DP) en el compromiso de clientes y usuarios, e inconveniente para el éxito / realización personal (DP) (Medina, 2012).

Con estos elementos se realizó el “Maslach Burnout Inventory” (MBI), para comprobar el Burnout personal de servicios humanos y educadores estimando dichas evaluaciones por medio de tres subniveles. Extraoficialmente, esta escala se ha transformado en la más reconocida por su extensa dedicación en diferentes tipos de muestras (Martínez, 2010).

Hasta el momento, la escala ha tenido tres verificaciones, y es fundamental acentuar que en la última verificación se ha reemplazado el término despersonalización por “cinismo” para las “profesiones no asistenciales” (Bresó, Salanova, Schaufeli, & Nogareda, 2015).

Desde otra perspectiva, estudiosos como Pines y Aronson a fines de la década de los 80 sostienen que los síntomas de Burnout se logran contemplar también en personas que no laboran en el departamento de asistencia social. Ellos describen este síndrome como una condición de fatiga emocional, mental y física, que comprenden sensaciones de incapacidad e ineptitud, impresión de notarse angustiado, carencia de vehemencia y bajo autoestima. Dicho estado estaría ocasionado por una participación durante un tiempo continuo en disposiciones que son anímicamente recurrentes. Ellos acrecentaron un nivel de carácter unidimensional, resaltando tres aspectos: agotamiento, desmoralización y pérdida de motivación (Martínez, 2010).

En medio de otras interpretaciones del síndrome de Burnout, burka (1987), lo describe como un procedimiento de conformación del estrés laboral, que se determina por desorientación profesional, desgaste, sensación de culpa por ausencia de logro profesional, indiferencia o enfriamiento emocional y abandono (Tous Pallarés, 2007).

Posteriormente por medio de una comprobación de diferentes estudios, determinan que el argumento del síndrome de Burnout se refiere a una desorientación de las fuentes de intensidad del sujeto y lo describe como una mezcla de fatiga física, cansancio emocional y cansancio cognitivo (Rosales, 2012).

Ya en la década de 1990 Pines comprende el Burnout como resultado de la presentación del sujeto a circunstancias anímicamente rigurosas en un tiempo continuo. Este estado se caracteriza por agotamiento físico, emocional y mental (Martínez, 2010).

El Burnout también ha sido descrito como producto de la interacción de diversos componentes: culturales, ocupacionales, educacionales, individuales o de personalidad (Tous Pallarés, 2007).

Hombrados sugiere una descripción conductual, que demuestra que la convivencia de un cumulo de respuestas motoras, verbales-cognitivas y fisiológicas por una disposición laboral con requerimientos altos y extenso en el tiempo. Los efectos de aquellos por encima de la salud del trabajador y sus desempeños conllevan el desarrollo del Síndrome de Burnout (SB). Por esta razón, se conoce como elementos fundamentales: “los cambios emocionales y cognitivos informados, cambios perjudiciales en la realización profesional y una disposición de la presión social y/o profesional que parece de manera continuada” (Ocampo & Sánchez, 2013).

A inicios del siglo 21 Faber lo define como un manifiesto de la generalidad del ámbito de trabajos existentes, por lo que la rivalidad laboral demanda procurar cada vez destacados resultados al poco tiempo y con los mínimos requerimientos permisibles. A partir de este estado, señalando cuatro variantes primordiales para demostrar la aparición y el desarrollo del Burnout:(Martínez, 2010)

- El apuro de complacer las peticiones de otros.
- Profunda competitividad.
- Ansias de alcanzar más dinero.
- Impresión de ser carente de algo que se merece.

En el CIE 10 lo cataloga entre el conjunto de “problemas en relación a los obstáculos para desafiar la vida” y simboliza como síndrome de agotamiento (Z 73.0.). En resumen, recientemente se asigna al síndrome de Burnout a numerosos grupos de profesionales que comprende desde ejecutivos hasta amas de casa, y se aclara que este es el producto de un procedimiento continuo en donde el sujeto se ve comprometido a

una condición de estrés crónico laboral y sus tácticas de enfrentamiento que emplea no son eficaces. O sea, que los sujetos en su afán de poder acomodarse y contestar a los requerimientos y presiones laborales, se esfuerzan en exceso y de modo continuo en el tiempo. Adicionando a esto, la sobre reclamación, la presión y la desilusión por rendimiento no esperados, se establecen peligros de enfermar (alteraciones psicosomáticas) y/o mentalmente (estados, ansiosos, depresivos, alcoholismo, etc.) (Rivas & Villarroel, 2012).

Maslach y Schaufeli afirman que entre las diversas definiciones del Burnout se hallan determinadas características semejantes; de las cuales predominan las siguientes:

- Sobresalen más los síntomas mentales o conductuales que los físicos. Entre los síntomas disfóricos se indican, el agotamiento mental o emocional, fatiga y decaimiento, siendo lo primordial el cansancio emocional.
- Los síntomas se expresan como un síndrome clínico-laboral.
- Se le cataloga como un síndrome clínico-laboral.
- Comienza como una inapropiada aclimatación al trabajo, que implica a un descenso de la productividad en el trabajo ligado a la impresión de la pérdida de la autoestima (Martínez, 2010).

En la organización pueden manifestarse evidentes obstáculos cuando los trabajadores exteriorizan estos síntomas, ya que existe un desperfecto en la productibilidad profesional y por efecto puede resultar en un desperfecto en la importancia del servicio, ausencia laboral, elevado número de cambio y deserción del puesto de trabajo (Prevalia, 2010).

De otro modo, existe discusión en relación al carácter multidimensional y unidimensional del Burnout. Aunque existe un número gradual de investigadores que coinciden en que el Burnout está constituido por tres dimensiones: Cansancio emocional, Despersonalización y Baja Realización Personal (Ortega, Salas, & Correa, 2011).

2.1.4 Discriminación con otros constructos

La definición de Burnout ha dado lugar a varias controversias por la por el desconcierto que produce a la hora de diferenciarlo con otras definiciones, pero Shirom (1989) manifiesta que el Burnout no se dobliga con distintos constructos de orden psicológico.

Si nos concentramos rigurosamente en las diferencias del Burnout con las distintas definiciones psicológicas y psicopatológicas, nos puede señalar que este síndrome se distingue del: Estrés General, Estrés Laboral, Fatiga Física, Depresión, Tedio o Aburrimiento, Insatisfacción Laboral y Acontecimientos vitales y Crisis de la Edad Media de la vida; nos obstante pueden compartir determinados síntomas o procedimientos de procesos similares (Martínez, 2010).

Estrés general

En la evaluación diferencial entre Estrés General y Síndrome de Burnout se sugiere que el primero es un suceso psicológico que implica resultados positivos y negativos, mientras que el Burnout solo hace alusión a efectos negativos para el sujeto y su ambiente. Asimismo, es obvio que el estrés general es capaz de ensayar en todos los entorno probables del ser humano a excepción de Síndrome Burnout que es un síndrome característico del contexto laboral (Rosales, 2012).

Profundizando en este punto, algunos autores sugieren que ambos constructos, si bien compartan definiciones, son distintos en componentes como agotamiento u subutilización del profesional, y son distintos enfoques desde un continuado de interacciones entre el profesional y los componentes vinculados con su trabajo (Ocanto, 2012).

Estrés laboral

En cuanto a la correlación del estrés laboral, se distingue al Síndrome Burnout en función a la fase de desarrollo; demostrando que este último es la separación en la conformación que va asociado con un pésimo funcionamiento repetido en el trabajo. La

persona se va menoscabando, colapsa y termina en un nivel permanente de deterioro funcional en el trabajo (Ocanto, 2012).

El Estrés Laboral es una fase de aclimatación transitoria más efímera que va asociado por síntomas mentales y físicos. El sujeto puede retornar a sus niveles normales o iniciales de actividad de nuevo.

Por esta manera, el Síndrome Burnout se le podría estimar como una situación de estrés laboral permanente, que tiene la propiedad de marginación al estrés ocasionado en el escenario de trabajo. Es primordial subrayar que el estrés laboral necesariamente no conduce al Burnout (Rodríguez, Rodolfo, Riveros, Rodríguez, & Pinzón, 2011).

Otra diferencia considerable entre las características de ambos constructos es que el Síndrome Burnout está asociado a conductas negativas en torno a los usuarios, el trabajo y al ordenamiento a diferencia del estrés laboral que no se lo relaciona con comportamientos negativos (Rodríguez, Rodolfo, Riveros, Rodríguez, & Pinzón, 2011).

Fatiga física

Para distinguir la fatiga física del síndrome de Burnout se debe tener en cuenta el procedimiento de restauración, ya que el Síndrome de Burnout se caracteriza por una restauración pausada y ligada de sentimientos intensos de decepción mientras que en la fatiga física, la restauración es más veloz y puede estar ligado de sentimientos de actuación personal y casi siempre de éxito (Martínez, 2010).

Depresión

Algunos especialistas sugieren que es posible que exista un falsedad entre las expresiones Depresión y Burnout. A diferencia de otros estudiosos que manifiestan que a partir de indagaciones prácticas que los registros de desarrollo y etiología son diferentes; no obstante estos fenómenos logren compartir ciertas sintomatologías. Se ha corroborado que la depresión tiene relación relevante con el Cansancio Emocional, pero no con otras dimensiones del Síndrome de Burnout (disminución en la elaboración personal y despersonalización) (Martínez, 2010).

Otra peculiaridad que distingue a estos constructos es que el Síndrome de Burnout se lo relaciona al trabajo y disposiciones específicas, al menos comienzo, y que sus síntomas suelen ser eventuales. La depresión de otro lado, puede manifestarse en otros ambientes (personal, social, familiar) con síntomas intensos y genéricos, o sea, que la depresión se le interpreta como un fenómeno más extenso (Ocanto, 2012).

Continuando con la misma línea, se establece que uno de los síntomas más relevante en la depresión es el sentimiento de incumplimiento, mientras que en el Síndrome Burnout los sentimientos que prevalecen son el enojo o la rabia. Sin embargo, encontramos que Herbert Feudenberg estima que la depresión es uno de los síntomas más significativos del Síndrome Burnout (Ocanto, 2012).

La teoría de COR, Hobfoll & Shirom (2001), propone otra propuesta cuando demuestra que los síntomas de la depresión pueden sobresalir en una atapa póstumo al Síndrome Burnout, o sea cuando los perjuicios progresan (Ocanto, 2012).

Avalando este último los investigadores finalizan a partir de los diferentes propuestas comprobados, que hay una considerable aceptación a la depresión como un efecto negativo del Síndrome Burnout (Ocanto, 2012).

Tedio o aburrimiento

La expresión Tedio o Aburrimiento han sido empleadas en distintos acontecimientos y les han concedido diferentes conceptos. Así mismo, para aclarar las diferencias con el síndrome de burnout, es adecuado desarrollar un estudio según cada autor (Martínez, 2010).

Por ejemplo Hallberg deslinda la diferencia de los términos en la fase de desarrollo, proponiendo que cuando se incrementa el agotamiento emocional, disminuye el tedio. Por lo tanto, sería este acontecimiento lo que conlleva al trabajador a fomentar el Síndrome Burnout (Martínez, 2010).

Otra modelo de distinción es la que propone Faber y Pines cuando limitan al Síndrome Burnout a las profesiones asistenciales y acomodan la terminación de tedio o aburrimiento a los demás tipos de trabajos que carecen de características humanitarias (Martínez, 2010).

Así como Maslach & Jackson (1981) coinciden en que el Síndrome Burnout es ocasionado por frecuentes presiones emocionales, sin embargo que el tedio o aburrimiento puede derivar de cualquier tipo de presión o ausencia de motivación o perfeccionamiento en el entorno laboral del sujeto. Por otro lado, defienden que ambos términos son correspondientes cuando el fenómeno es producto del desagrado laboral (Martínez, 2010).

Insatisfacción laboral

La insatisfacción en el trabajo no es imprescindible que conviva con el Síndrome burnout; o sea que los niveles de Burnout pueden darse con sentimientos de agrado en el trabajo y viceversa. Un sujeto insatisfecho laboralmente puede no sufrir del Síndrome Burnout señalando pobres niveles de despersonalización y de cansancio emocional (Rodríguez, Rodolfo, Riveros, Rodríguez, & Pinzón, 2011).

Sin embargo, es imprescindible destacar que las investigaciones señalan que la insatisfacción laboral está eficientemente vinculado con el CE y la DP, pero tiene una frágil relación con el RP. Ciertos autores sostienen que la DP y CE son elementos peculiares del Síndrome Burnout, y en la insatisfacción laboral no se realizan (Ocampo, 2012).

2.2 Acontecimientos vitales y crisis en la edad media de la vida

Se ratifica que la crisis de la edad media de la vida del sujeto se distingue del Síndrome Burnout, porque tal crisis se puede desatar cuando el profesional hace una comparación negativa de su condición y desarrollo laboral. Y aunque, el Síndrome Burnout se da con mayor reiteración con los jóvenes que se han integrado recién en su

nuevo empleo; porque estos no acostumbran estar dispuestos para enfrentar los conflictos emocionales que surgen desde afuera (Martínez, 2010).

De los diversos estudios empíricos elaborados se logran generar, de manera integral, dos posiciones ante la conceptualización del Síndrome Burnout. Por un lado, algunos proponen que la conceptualización del Burnout sigue causando un impedimento para la investigación; y la causa primordial es la inexactitud y equivocación en la definición de estrés (Martínez, 2010).

Un caso de estos, es el caso en que antiguamente mientras se ratificaba que el constructo Burnout cumple las pautas de autenticidad concurrente y discriminantes, otros manifiestan que la autenticidad del constructo es muy reprochada. En este sentido, se propuso que quizás se esté empleando un nuevo término para precisar antiguos problemas, ya que el Síndrome Burnout tiene una afinidad considerable con otros constructos (Martínez, 2010).

Sin embargo, hasta la fecha, son varios lo que justifican al Síndrome Burnout como un síndrome con afinidad propia. Proponen que para distinguirlo de otros constructos es necesario tener en cuenta su multidimensionalidad (CE; DP y falta de RP), su vínculo con inestables antecedentes- consecuentes y su evolución en el desarrollo progresivo y continuo; considerando este último la interacción sucesiva de variables emocionales (CE y DP), cognitivas (RP) y actitudinales (DP) dentro de un entorno laboral (Martínez, 2010).

2.3 Efectos en la salud y el bienestar en el personal médico que labora por turnos.

La mayoría del personal médico que cumplen turnos en sus trabajos, están comprometidos a requisitos adversos que llevan consigo ciertos peligros en la salud física, mental y su bienestar (Márquez, 2015).

Entendemos que los seres vivos poseemos nuestro regulador de ritmo circadiano, ubicado en el núcleo supraquiasmático de hipotálamo que regula sus ritmos corporales, incluido el ritmo sueño – vigilia. El sistema circadiano es el conjunto de estructuras cuyo contenido se basa en regularizar los ritmos de determinados procesos fisiológicos (Gómez, 2013)(Márquez, 2015).

Este sistema presenta las siguientes estructuras:

- El núcleo supraquiasmático (NSQ)
- Las vías aferentes, que transportan la información de señales externas al organismo u otras zonas del sistema nervioso al NSQ.
- Las vías eferentes, que articulan el marcapaso con los sistemas efectores que producen los ritmos.

La etapa frecuente del ciclo es de 24 horas y está en simultáneo con ritmos ambientales luz – oscuridad, en concreto para estar despiertos y enérgico durante la mañana y descansar y dormir en la noche. Cuando se trata de trabajos nocturnos o alternados el ciclo circadiano es improbable acomodarse activamente al nuevo horario y aparece una desincronía en el equilibrio de los sistemas fisiológicos..

En los seres humanos, el nervio supraquiasmático se halla en las paredes del tercer ventrículo, en la parte inferior del hipotálamo y posterior al quiasma óptico. Las vías aferentes radica en el centro retinohipotalámico, el tracto geniculohipotalámico, vías que surgen de los núcleos del rafe y de las neuronas tuberomamilares de la hipófisis posterior. Las vías eferentes se pueden catalogar según la zona del sistema nervioso central a la que se proyectan (Márquez, 2015).

Entre las vías eferentes que se van al hipotálamo predominan las eferentes al núcleo paraventricular, posiblemente implicado en el control d los ritmos de funciones hormonales y autonómicas. El eferente al área preóptica, implicado en la regulación de la temperatura, balance de fluidos y conducta sexual y finalmente, las eferentes al área retroquiasmática desde el cual se emiten señales a los hemisferios cerebrales (regulación de la conducta) y a la médula espinal (control sensorial y motor). Sin embargo, las vías eferentes que se van a partes fuera del hipotálamo comprenden las que se proyectan al tálamo (locomoción), sistema límbico (memoria y tono afectivo) y, al núcleo geniculado lateral (Cubero, 2010).

Este sistema emplea una serie de neurotransmisores, siendo el ácido gamma aminobutírico (GABA) el más abundante en el Núcleo Supraquiasmático y en las vías eferentes. El Núcleo Supraquiasmático también elabora neuropéptidos como el péptido intestinal vaso activo, la vasopresina y la somatostatina. El Núcleo Supraquiasmático es el principal marcapaso endógeno, esto es respaldado por experimentos que evidencian que la manipulación o destrucción del Núcleo Supraquiasmático comparte la alteración de efectivamente todos los ritmos circadianos, sobre todo los correspondientes a la

actividad motora, ingestión de alimentos, temperatura central, conducta sexual, ciclo sueño – vigilia y a diferentes hormonas, como la hormona adrenocorticotrópica (ACTH). Esto se elabora por la interrupción tanto de comunicaciones nerviosas como se vías parácrinas o endocrinas (Cubero, 2010).

2.4 Proceso transicional

Como el “burnout” se considera como un suceso constante, los aspectos fundamentales señalados pueden hallarse en mayor o menor grado. Su presencia no se manifiesta de forma repentina sino que aparece de manera sucesiva, escondida incluso, con un aumento gradual en la dureza. Podemos deslindar un primer momento en el que los requerimientos laborales superan los recursos materiales y humanos produciéndose una condición de estrés. Un segundo aspecto sería de exageración o sacrificio en la que el sujeto daría una respuesta emocional a esa incoherencia, presentándose señales de preocupación, cansancio, etc. La circunstancia demandaría del sujeto una transformación psicológica (Alvarez & Fernandez, 1991).

La confrontación defensiva pertenecería a la tercera etapa en la que se va a realizar un cambio de postura y de comportamiento con la finalidad de protegerse de las presiones experimentadas.

Conforme a esta serie de etapas, el “burnout” propiamente dicho, se presentaría en la etapa final y podría ser una solución a una condición laboral inadmisibles. Si bien todos los autores están convencidos en considerar el desgaste profesional como un periodo, existen escasos estudios exploratorios que diferencian con precisión estas etapas (Alvarez & Fernandez, 1991).

2.5 Sintomatología asociada

Vamos a agrupar los síntomas en cuatro áreas: los psicosomáticos, los conductuales, los emocionales y los defensivos, explicados todos en la diversidad de estudios realizados (Alvarez & Fernandez, 1991).

2.5.1 Síntomas asociados al síndrome de burnout

- Psicosomáticos: cansancio crónico, dolores de cabeza continuo, problemas de sueño, úlceras y distintos desordenes gastrointestinales, pérdida de peso,

hipertensión, asma, dolores musculares (espalda y cuello) y en las mujeres, pérdida de ciclos menstruales.

- Conductuales: abandono laboral, abuso de drogas, incremento de la conducta agresiva, comportamientos de elevado riesgo (porte suicida, juegos de azar arriesgados).
- Emocionales: alejamiento afectivo, irritabilidad, desconfianza, ineptitud para concentrarse, escasa autoestima y deseos de desatender el trabajo, ideas suicidas.
- Defensivos: negativa de las emociones, interés selectiva, sarcasmo, racionalización, alejamiento de apreciaciones (Alvarez & Fernandez, 1991).

Es así que podemos decir:

1. Los signos psicósomáticos son casi siempre prematuros signos de “burnout” y entre ellos se incorporan los lamentos de agotamiento continuo, dolores continuo de cabeza y estómago, úlceras o desórdenes gastrointestinales, y pérdida de peso entre otros (Alvarez & Fernandez, 1991).

2. Los signos conductuales analizados corresponden al abandono laboral, incremento de la conducta violenta y de las prácticas de alto riesgo tales como conducción irresponsable inclinaciones suicidas. Ineptitud para tranquilizarse, exceso de fármacos y alcohol, disputas matrimoniales y familiares (Alvarez & Fernandez, 1991).

3. entre los signos emocionales está el alejamiento emotivo, la ansiedad e irritabilidad, las desconfianzas de llegar a convertirse en una persona poco apreciada que pueden empeorar en afectos paranoicos. Es habitual la dificultad para concentrarse debido a la angustia experimentada por la persona. Se obtiene así un declive en las habilidades de retención de datos, argumentos imprecisos, realización de juicio. Todo ello contribuye directamente en la concordancia del profesional con el staff y sus clientes (Gutierrez, Celis, Moreno, Farías, & Suárez, 2006).

4. Los signos se presentan por la carencia de los sujetos con “burnout” para admitir sus sentimientos. La negativa de sus impresiones es un dispositivo con el que el sujeto se apoya contra una exigencia que le es fastidioso. La interrupción consciente de información, el alejamiento de sentimientos hacia diferentes posturas o cosas, el interés selectivo y la intelectualización, son distintas maneras de eludir las experiencias negativas (Alvarez & Fernandez, 1991).

En el entorno laboral también se puede comprobar signos de “burnout”. Cuando la estructura no beneficia el indispensable acoplamiento entre las exigencias de los trabajadores y los objetivos de la institución, surgen aspectos tales como la carencia de fuerza en el equipo, declive en el interés por los clientes, apreciación de estos como “frustrantes”, sin enmienda, desmotivados; elevado abandono y deseos de abandonar ese trabajo. Como efecto de todo esto, se crea un decaimiento de la condición de los servicios que no es más que la manifestación visible de una pérdida de ilusiones. Esta perspectiva escasamente puede expedir por si solo si no se incluyen cambios en el entorno laboral (López-Elizalde, 2004).

2.5.2 Descripción del staff “quemado”

1. Ausencia de energías y apasionamiento.
2. Decaimiento del interés por los clientes.
3. Apreciación de estos como “frustrantes”, arraigados, desanimados.
4. Elevado abandono y deseos de dejar ese trabajo por otra ocupación (Alvarez & Fernandez, 1991).

2.6 Relación entre el Síndrome Metabólico y el Síndrome de Burnout.

Muchas personas desarrollan estrés laboral, donde demuestran agotamiento físico, así como emocional y disminución de su estado productivo, ya que se encuentra ante situaciones que originan estrés (Briceño, Rivera, & González, 2011).

Cabe destacar que el incremento del estrés ayuda a que aparezca de manera progresiva ciertas enfermedades de tipo psicosomáticas, conductuales, emocionales, defensivas e incrementan el riesgo de aparición de enfermedades cardiacas. El síndrome de burnout presenta una prevalencia elevada con respecto a hipertensión arterial, sobrepeso e incluso obesidad (Briceño, Rivera, & González, 2011).

2.6.1 Argumentos fisiopatológicos.

El estrés laboral de tipo crónico sumado a elementos psíquicos y factores nutricionales produce grandes consecuencias metabólicas, esto debido sobre todo en el sistema neuroendócrino, lo que genera una gama de síntomas (Jurídico., 2013).

El eje hipotálamo-hipófisis-glándula suprarrenal interactúa en el cuerpo de una forma negativa, ya que es el afectado más importante por el síndrome de Burnout. Es así que ante situaciones estresantes de tipo crónico, el hipotálamo es estimulado, lo que a su vez estimula a la hipófisis que hará que se produzca más ACTH (hormona adrenocorticotropa), lo cual de manera inadecuada estimula a las glándulas suprarrenales, lo que origina:

- Incremento en la producción de glucocorticoides y mineralocorticoides como el cortisol que provocan alteración considerable del metabolismo.
- Incremento de los niveles de producción de adrenalina, noradrenalina y dopamina. Estas actúan de manera negativa en los neurotransmisores del sistema nervioso central y del sistema nervioso periférico, lo que acarrea una serie de consecuencias como neurotoxicidad, atrofia dendrítica, daño y muerte neuronal en el hipocampo (Nefi, 2008).

Desde otro enfoque, se hallan los diversos sistemas complejos que se encargan de la regulación fisiopatogénica de la obesidad. Recordando que la obesidad es un problema de gran prevalencia en el mundo, especialmente en los países desarrollados y donde se la considera como uno de los problemas de salud más serios del presente siglo (Oropeza, 2012).

El incremento exagerado de grasa corporal está dado por una gran ingesta, asociado además a conductas sedentarias, lo cual es conocido como causas exógenas. Por el contrario las causas endógenas, está dada por cuestiones genéticas, endocrinas y metabólicas (Oropeza, 2012).

Con frecuencia incrementa con la edad hasta alrededor de los 60 años en ambos sexos y es considerablemente mayor en mujeres en todas las edades, especialmente en las de estrato socioeconómico bajo. Está asociado además a una prevalencia mayor de condiciones patológicas crónicas, como ser hipertensión arterial, diabetes mellitus, colelitiasis, dislipidemias, cardiopatía coronaria, cáncer, enfermedades respiratorias, psiquiátricas, osteoarticulares y otras enfermedades crónicas, las cuales limitan las expectativas de vida, con un mayor costo de salud para la población, lo cual representa un serio problema para la salud pública mundial (Perfeito, y otros, 2015).

Existen estudios que manifiestan que el genotipo es responsable de una fracción significativa de las diferencias entre cada individuo en el gasto energético de reposo, efecto térmico de los alimentos y el gasto energético por actividad física (Oropeza, 2012).

En los últimos años se ha investigado a una hormona producida en el tejido adiposo, la cual en condiciones normales cuando se produce un incremento de grasa en el cuerpo, esta hormona se conoce como leptina y actúa sobre el hipotálamo, lo que facilita a la disminución del apetito e incrementar el metabolismo basal, mediante la termogénesis, que es el proceso por el cual el organismo quema grasa (Oropeza, 2012).

La leptina viaja por la sangre y sus niveles plasmáticos se correlacionan con la masa grasa total. Esta es secretada al torrente sanguíneo fundamentalmente por el tejido adiposo, el estómago y algunas células del hígado. La leptina tiene un papel importante en el control a mediano y largo plazo del balance energético. La leptina realiza la mayoría de sus efectos metabólicos mediante la interacción con sus receptores específicos que se hallan en el sistema nervioso central y en tejidos periféricos. Así como también existen receptores de leptina en el cerebro y en órganos periféricos, lo que amplía su radio de operación y actividad (Oropeza, 2012).

Oropeza (2012) resalta que entre las alteraciones psicológicas de la obesidad se encuentran:

- Estrés
- Ansiedad
- Angustias
- Neurosis
- Depresión
- Reacciones fóbicas
- Alteración de la autoestima
- Tendencia al aislamiento
- Hostilidad
- Dificultades sexuales
- Sentimientos de inferioridad.

Desde otra perspectiva, la obesidad, es considerada como agente causal de innumerables enfermedades crónicas y alteraciones metabólicas como dislipidemias, cardiopatías, hipertensión arterial, síndrome metabólico, diabetes, etc. Así como alteraciones a nivel psicológico y emocional, como ser la depresión debido al rechazo social, por otro lado existen niveles de obesidad que impiden incluso la movilización fisiológica de la persona, lo cual imposibilita que pueda realizar tareas y por ende pasa a ser un individuo inactivo en la sociedad (Oropeza, 2012).

2.7 Similitudes y diferencias con otros conceptos

Debido a que la expresión “burnout” ha aparecido íntimamente asociado con diferentes definiciones verdaderas, es complejo instaurar obvias diferencias entre ellos, como ocurre con el estrés. Son varios los vínculos entre una definición y otra. La única diferencia (más simulado que real) es que el “burnout” es un estrés arraigado experimentado en el entorno laboral (Alvarez & Fernandez, 1991).

Las diferencias entre la apatía o aburrimiento en el trabajo es que el “burnout” es producto de las constantes presiones afectivas, entre tanto la apatía puede surgir de cualquier presión o escasez de originalidad. Ambas expresiones son semejantes cuando se elaboran como consecuencia de una insatisfacción del trabajo con la gente (López-Elizalde, 2004).

En cuanto a las diferencias con el desagrado laboral, no son expresiones similares aunque entre ellos haya fuertes reciprocidades. Cuando el trabajador esta “quemado”, podemos sospechar que también se halle poco satisfecho por si labor. Maslach y Jackson consideran que los elevados niveles de estrés y “burnout” puedan convivir con buen agrado. En su escala de evaluación (Maslach, Burnout Inventory) tienen en cuenta la insatisfacción en el trabajo como un ingrediente más de este síndrome, pero no necesariamente debe presentarse unido a altos niveles de fatiga emocional (Alvarez & Fernandez, 1991).

Pese a que interviene de muestras semejantes, no es equivalente el “burnout” a la depresión. El coraje decaído suele ser en el primer proceso, eventual y propio del entorno laboral. Ciertos autores consideran irreal la subdivisión de términos y consideran que se ha decidido otorgar otro nombre a un episodio ya estudiado

antiguamente. Es evidente una notable reciprocidad entre ambos (Alvarez & Fernandez, 1991).

Las investigaciones entre los “life events” y el “burnout” descubrieron que los acontecimientos negativos de la vida permiten fomentar o empeorar una condición de excedente que existía anteriormente. Los positivos en cambio, atenuarían las situaciones de presión. Las conclusiones de estos estudios señalan la trascendencia de fomentar requisitos adecuados en el ambiente laboral con la finalidad de anular las tensiones (Gutierrez, Celis, Moreno, Farías, & Suárez, 2006).

Asimismo se han determinado diferencias entre crisis de la edad media de vida (según el modelo de desarrollo Laboral del adulto y el “burnout”. Esta crisis puede ocurrir cuando el profesional realiza un movimiento negativo de su postura y crecimiento. Por el contrario, la experiencia de “quemarse” se realiza con más continuidad en los jóvenes recién integrados a su flamante empleo. Estas personas no acostumbran estar adecuadamente dispuesto para enfrentarse a los problemas emocionales que desde afuera se les presentan, menos aún pueden controlar sus propios sentimientos (López-Elizalde, 2004).

2.8 Obesidad y Síndrome de Burnout.

La obesidad es una enfermedad que incluye varios factores, como componentes sociales, culturales, conductuales, fisiológicos metabólicos y genéticos, y se caracteriza por aumento del tejido adiposo. Este exceso de grasa se produce cuando la cantidad de energía que se ingiere con los alimentos es superior a la que se gasta. Normalmente puede estar asociada a diferentes patologías como hipertensión, dislipidemia, diabetes tipo 2, cáncer y otros problemas médicos reduciendo las expectativas de vida de quienes la padecen (Gómez, García, Trujillo, & Urrego, 2009).

Se considera obesidad cuando el valor del IMC se encuentra por encima de 30, aunque en algunas clasificaciones como la propuesta de la American Heart Association pone el diagnóstico de obesidad leve con valores de IMC por encima de 25 (Suarez, Zapata, & Cardona, 2014).

El incremento de la obesidad y el sobrepeso quizás está relacionado en parte por las condiciones adversas del trabajo. El riesgo de obesidad puede elevarse por las largas jornadas laborales, el incremento de las demandas laborales y el pobre control del medio

ambiente. Un adulto trabajador invierte un cuarto de su vida trabajando y la presión que genera el trabajo asociadas a las demandas de este pueden afectar los hábitos alimentarios y los patrones de actividad física, causando sobrepeso y obesidad. Esta presión y otros factores laborales (exposición a daños, esfuerzos físicos y estrés psicosocial y tensión laboral lo que puede conllevar a desarrollar síndrome del quemado o burnout, es así que también puede predisponer a lesiones ocupacionales y otras enfermedades (Gómez, García, Trujillo, & Urrego, 2009).

2.9. Estudios en el contexto nacional sobre la frecuencia de Burnout

2.9.1 El Burnout en el contexto latinoamericano

Jorge Cialzeta (2013) – Argentina, realizó un trabajo de investigación titulado “**El sufrimiento mental en el trabajo: Burnout en médicos de un Hospital de Alta Complejidad, Corrientes**”. Donde manifiesta que el síndrome de Burnout es una respuesta inadecuada a un estrés emocional crónico como consecuencia de elevados niveles de tensión en el trabajo, frustración personal y actitudes inadecuadas de enfrentamiento a situaciones conflictivas.

Entre los objetivos estuvo el determinar la prevalencia de Síndrome de Burnout en médicos de un hospital general de alta complejidad de la ciudad de Corrientes; así como identificar factores asociados y causales; establecer un indicador preventivo para evitar o retardar el desarrollo de este síndrome.

Se hizo un estudio transversal y observacional, en el que se incluyó a 141 médicos. Se usó el Cuestionario Breve de Burnout de Bernardo Moreno. La población fue dividida en cinco grupos según el servicio donde se desempeñan: grupo 1 (quirófano), grupo 2 (perinatología), grupo 3 (clínica), grupo 4 (urgencias) y grupo 5 (varios). Se construyó una curva ROC y se determinó un punto de corte para predecir SBO. Se realizó un análisis univariado y tres multivariados.

La prevalencia de Síndrome del Burnout fue del 44% (n=62). La edad media fue 49.9±9.1 años. El punto de corte de total CBO ≥ 21 , tuvo una sensibilidad del 68% y una especificidad del 84%. Las variables independientes en los análisis multivariados para predecir síndrome de Burnout fueron: CT ($p < 0,0001$), OR ($p < 0,0001$), TE ($p < 0,0001$), total de CBO e índice de CBO ($p < 0,0001$). Por cada incremento de un

punto del total de antecedente (total CBO) se incrementa el riesgo de Síndrome de Burnout un 34 %; y si el índice CBO es \geq a 21, se incrementa doce veces el riesgo de Síndrome de Burnout. De los médicos que presentaron este síndrome, el 84%, estuvo críticamente afectado por las consecuencias del síndrome de burnout. La utilización del Índice de Consecuencias de Burnout (I CBO) con un fin preventivo, podría evitar o retardar la aparición del síndrome de burnout y disminuir el efecto sobre la salud de los trabajadores (Cialzeta, 2013).

Marco Zavala, Sergio Posada, Oscar Jiménez, Reyna López, Lucía Pedrero y María Pérez (2011) – México, realizaron un estudio titulado “Síndrome de burnout en personal médico y de enfermería de una unidad médica familiar en Tabasco, México”

El objetivo de estudio consistió en determinar la prevalencia de síndrome de burnout y los factores demográficos y laborales asociados a éste en el personal médico y de enfermería que labora en la Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 43 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Villahermosa, Tabasco, México, durante el año 2010.

En cuanto a la metodología el diseño fue transversal y el universo comprendió 42 médico(as) y enfermeras(os) adscritos a la UMF No. 43. La muestra fue no probabilística por conveniencia. Entre los criterios de selección se estableció que sea trabajador de cualquier edad, sexo, categoría contractual y antigüedad. Las variables consideradas fueron edad, sexo, estado civil, escolaridad, profesión, turno laboral, tipo de ejercicio profesional, antigüedad en el puesto de trabajo y síndrome de burnout con sus tres componentes.

Los instrumentos fue el de Maslach Burnout Inventory (MBI). El análisis fue de estadística descriptiva, razón de posibilidades (OR) con 95% de confianza ($p \leq 0.05$). Software: Epi Info™ 3.3.2. Resultados. 38 profesionales de la salud, 60.5% femeninos y 39.5% masculinos. Edad media 40.6 ± 10.8 , intervalo 22-64 años. Profesión: Médicos(as) Cirujanos(as) 50%, Licenciados(as) en Enfermería 34.2%, Técnicos(as) en Enfermería 15.8%. Función laboral: 84.2% asistenciales y 15.8% administrativas. Antigüedad media 11.6 ± 8.9 , moda 2 años. Prevalencia de síndrome de burnout: 2.6%. No se encontró asociación con las variables incluidas.

La conclusión del estudio establece que la prevalencia del síndrome en esta serie fue menor a la reportada por diversos autores (Zavala, y otros, 2011).

2.9.2 Burnout en Ecuador

Juan Brito, Henry Cabrera y Juan Cedillo (2011) – Cuenca – Ecuador, realizaron un estudio de investigación titulado “Prevalencia y factores influyentes del Síndrome de Burnout en internos y residentes de los hospitales Vicente Corral Moscoso y José Carrasco Arteaga, Cuenca – Ecuador, enero – julio 2011”.

El objetivo de esta investigación fue el de determinar la prevalencia del Síndrome de Burnout y los factores relacionados con la presencia de esta enfermedad en internos y residentes de los hospitales José Carrasco Arteaga y Vicente Corral Moscoso en la ciudad de Cuenca. En cuanto a la metodología se utilizó el test Maslach Burnout Inventory, la versión Human Services Survey en su adaptación española, un cuestionario que presenta 22 ítems con escalamiento tipo Likert con una dimensión de siete grados que recorre los valores desde nunca hasta todos los días. El estudio se cumplió en 182 entrevistados: 56 Médicos Residentes y 126 Internos, de ambos hospitales.

El resultado de dicho estudio fue que la prevalencia del Síndrome de Burnout fue del 41.02% considerando que el nivel alto del síndrome se presentó en el 74,6% de todo el grupo (Brito, Cabrera, & Cedillo, 2012).

Rosa María Arévalo González (2012) – Loja – Ecuador, realizó una investigación de Maestría en Salud Mental titulada “El estrés laboral en el personal de enfermería del Hospital IESS Loja”.

El objetivo de esta investigación fue el detectar factores psicosociales en el ambiente laboral que generan Estrés en las enfermeras de I.E.S.S.L., así como diagnosticar y fundamentar teóricamente la problemática de el stress laboral desde una perspectiva integral y la repercusión que tiene en la salud mental del personal de enfermería, para proponer un proyecto de intervención que contribuya a su disminución.

El universo estuvo comprendido por un total seleccionado de 60 enfermeras profesionales que labora en servicios hospitalarios ambulatorios y críticos, previo criterios de inclusión y exclusión en el año 2011.

En cuanto a la metodología este trabajo es esencialmente descriptiva cuali-cuantitativa aunque contiene elementos de un estudio correlacional, evidenciado dentro de los objetivos específicos de la investigación, se aplicaron métodos teóricos, empíricos y estadísticos como el Cuestionario de Evaluación de Riesgos Psicosociales en Hospitales RED HOS (recursos, emociones y demandas) de Marissa Salanova; técnicas grupales y entrevistas semiestructurada para triangular resultados junto al Cuestionario de afrontamiento de Lazarus y Folkman.

Los resultados obtenidos fueron analizados mediante técnicas estadístico-matemáticas y valorados cualitativamente, evidenciándose presencia de riesgos psicosociales del trabajo relacionados con altas demandas por tareas de carácter rutinario que implican una sobrecarga cuantitativa, mental y emocional significativa, ausencia de un sistema de formación eficiente, estilos de liderazgo inadecuados, deficiencias en la retroalimentación del desempeño, la autoeficacia se reafirmó como factor protector a través su correlación positiva con emociones como el vigor y la absorción en la medida que correlacionó indirectamente con el cinismo y la ansiedad (Arévalo, 2012).

2.9.3 Burnout en Quito

Vilaret *et al* (2013) – Quito – Ecuador. Realizaron un trabajo de investigación denominado “Carga mental y Síndrome de Burnout en docentes a tiempo completo de una universidad de Quito”.

Esta investigación buscó definir la presencia de carga mental y su relación con el Síndrome de Burnout en docentes a tiempo completo de una universidad privada de Quito. Se trata de una investigación epidemiológica analítica transversal y descriptiva. La población de estudio estuvo constituida por 134 docentes a tiempo completo.

El levantamiento de datos se realizó a través del Cuestionario de Burnout de Maslach para Docentes (MBI-Ed) y la Escala Subjetiva de Carga Mental de Trabajo (ESCAM).

Donde se encontró que la carga mental que poseen los profesores es media-alta teniendo en cuenta las valoraciones de las dimensiones: demandas cognitivas y complejidad de la tarea; características de la tarea; organización temporal del trabajo; ritmo de trabajo y consecuencias para la salud.

El 26,06% de los maestros presentó agotamiento emocional, 4,59% despersonalización y un 39,5% se sintieron realizados personalmente. Mientras que el 23,8% de los

profesores participantes sufren niveles preocupantes de Burnout que van entre los niveles de “extremo y bastante”. Se presentó una caracterización de los docentes con mayor vulnerabilidad a padecer algunas de las dimensiones del Burnout de acuerdo con las variables medidas (Vilaret & Ortíz, 2013).

Zumárraga *et al* (2008) – Quito – Ecuador, realizaron un estudio titulado “Prevalencia del Síndrome de Burnout en médicos de tres hospitales”. Como ya ha sido mencionado el Síndrome de Burnout o de desgaste profesional es una etapa avanzada de estrés laboral crónico.

El objetivo de este estudio fue el determinar la prevalencia del síndrome de Burnout en los médicos tratantes de tres hospitales públicos de la ciudad de Quito.

El estudio fue de tipo transversal y participaron 108 médicos tratantes, de los hospitales Enrique Garcés (n = 30), Pablo Arturo Suárez (n = 32) y Eugenio Espejo (n = 46), entre febrero y julio de 2006.

La medición y valoración del síndrome de Burnout mediante la aplicación del Test de Maslach.

La prevalencia del síndrome de Burnout fue 7.4% en las categorías de agotamiento emocional y despersonalización, siendo más frecuente en el género masculino y en los tratantes de las especialidades anestesiología, traumatología, cirugía vascular, endocrinología, emergencia y reumatología. El 14.7% de los médicos tuvieron niveles altos de agotamiento emocional, un 16.7% mostraron niveles altos de despersonalización y apenas un 2.7% evidenciaron una baja realización personal.

Este trabajo evidenció que los médicos tratantes investigados están cursando la segunda etapa evolutiva del síndrome de Burnout. Es necesario conducir otros estudios sobre el tema para precisar la realidad del problema y sus implicaciones sobre la práctica médica en el medio (Zumárraga, García, & Yépez, 2008).

Valeria Viteri Álvarez (2012) – Quito – Ecuador, realizó un trabajo cuyo título es “Prevalencia del Síndrome de Burnout y la relación con el consumo de alcohol en los empleados de las áreas de Servicio al Cliente y Operaciones y Asesoría Médica en la Empresa de Medicina Prepagada Salud S.A. de la ciudad de Quito en Septiembre del 2012”.

El objetivo del estudio fue determinar la prevalencia del Síndrome de Burnout y establecer la relación con el consumo de alcohol en los Empleados de las Áreas de Servicio al Cliente y Operaciones y Asesoría Médica de la Empresa de Medicina Prepagada Salud.sa de la ciudad de Quito en Septiembre del 2012.

El trabajo fue un estudio descriptivo de diseño transversal, se utilizó el universo conformado por 105 empleados. Se aplicaron encuestas a los empleados para indagar sobre variables sociodemográficas, laborales y consumo de alcohol. Para el consumo de alcohol se consideró el test de AUDIT y para Síndrome de Burnout el Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI). En el análisis de datos se utilizó el programa IBM SPSS statistics versión 20.0. Se realizó mediciones estadísticas, además de un análisis descriptivo de las variables estudiadas (frecuencias, porcentajes). Se tomó como medida de relación el Odds Ratio (OR) de prevalencia.

Como resultado se demostró que la prevalencia de síndrome de Burnout (agotamiento emocional alto, despersonalización alto y baja realización personal) en los empleados de Asesoría Médica y Servicio al Cliente de la empresa de medicina prepagada Salud.SA en Septiembre de 2012 fue del 8.5%, mientras que el 91.4% no lo presentaron.

No se encontró asociación entre el síndrome de Burnout, riesgo de presentar Burnout o las dimensiones del Burnout con el consumo de alcohol.

Pese a que existen estudios anteriores que encuentran relación entre síndrome de Burnout y consumo de alcohol, en este estudio, no se comprobó que exista relación entre las dos variables.

A pesar de que la prevalencia del Síndrome de Burnout fue del 8.7%, las personas con riesgo de presentarlo fueron el 74.2%, siendo una cifra bastante considerable y que debería ser tomada en cuenta por el departamento de salud ocupacional de la empresa para que se tomen las medidas preventivas necesarias.

La prevalencia de los grupos con problemas con el consumo de alcohol no son altas, inicio de abuso de alcohol: 21.9% y problemas serios con el alcohol: 5.7%., pero nos alerta acerca de un grupo de personas que ya tiene un riesgo, las mismas que en un futuro podrían tener problemas tanto en su salud como conflictos a nivel laboral (Viteri, 2012).

2.10 Modelos teóricos del “burnout” y variables más significativas

2.10.1 Modelos teóricos

- Teoría ecológica: La relación a través de los diferentes entornos en los que interviene el sujeto directa o indirectamente, puede hacer que provoquen “desajustes ecológicos”, esto sucede, cuando las diferentes normas y requerimientos entran en disputa (Alvarez & Fernandez, 1991).
- Teoría cognitiva: no es tanto la disposición, como la apreciación de la misma por el sujeto. El que resulte estresante depende de sus esbozos mentales (Alvarez & Fernandez, 1991).
- Teoría Social y de las organizaciones: son las cambiantes del entorno laboral las que van a deslindar las experiencias negativas del sujeto (Alvarez & Fernandez, 1991).

El profesional joven es con frecuencia el más afectado porque se presenta con una carencia de conocimiento para la que no va a ubicar un espacio apropiado de expresión ya que lo que prevalece en el entorno laboral es la “eficiente ejecución”:

Según la teoría cognitiva, el sujeto ejerce de filtro de sus propias apreciaciones por lo que los mismos incidentes no son estresantes para todos los individuos. El que un profesional se “queme” va a depender de la manera de comprender el vínculo con los clientes o beneficiarios del servicio. El prototipo de acción sería un “interés distante”, o sea, la persona tendría que preservar un equilibrio entre la objetividad y el acercamiento emocional. Todo lo que se separa de esto va a implicar un exagerado reconocimiento o bien, un comportamiento rezagado. Ambas posiciones, ligado con las de admitir toda la responsabilidad de la relación o por el contrario, estimar que no se tiene nada, son maneras distintas de confrontarse con la realidad que logra colaborar con el desgaste profesional (Alvarez & Fernandez, 1991).

Teoría Social y de las Organizaciones. Para algunos autores el “burnout” es el producto de una carencia de convenio entre los intereses de la empresa y las exigencias de los trabajadores. Esta teoría pone más intensidad en la apreciación del entorno laboral como un procedimiento familiar en el que los profesionales de los servicios humanos, necesitan sobreponerse a los problemas que emergen entre los miembros del

equipo antes de intentar prestar una atención oportuna a los pacientes (Alvarez, 1991; López-Elizalde, 2004).

No hay una sola teoría que nos aclare el fenómeno del desgaste profesional, sino que todas ellas tratan de tirar luz hacia aquellos elementos que de una manera u otra, parecen ayudar a la presencia de este síndrome. Las investigaciones que se han estado ejecutando, más que perseguir una teoría determinada, se han concentrado en ciertas variables para analizar su aportación en la aparición del cansancio emocional (Gutierrez, Celis, Moreno, Farías, & Suárez, 2006).

2.10.2 Variables más significativas

Todas las variables que intervienen se pueden dividir en dos grandes grupos: las individuales y las concernientes al marco del trabajo y de la organización (Alvarez & Fernandez, 1991).

Dentro de las personales estarían:

1. La edad del sujeto en concordancia con el exceso de experiencia en su profesión. Surge con el pasar de los años, donde va adquiriendo mayor convicción en las labores y menor inseguridad en la tensión laboral (Alvarez & Fernandez, 1991).
2. Sexo y variables familiares. Según el estudio de Maslach y Jackson sugieren que las mujeres soportan mejor que los hombres las circunstancias conflictivas en el trabajo. Al mismo tiempo, Freudenberg y North difunden su libro destinado a las mujeres “que han estado pendiente de todo el mundo menos de sí mismas”. Estos autores son del criterio de que el común femenino es el que va a aumentar las filas de los profesionales “quemados” que van hacer frente a una cantidad excesiva de tareas laborales y domésticas. Su objetivo es apoyarlas a que reflexionen sobre sus situaciones de tensión e impulsarlas a que realicen cambios en su forma de vida para que logren recuperar sus energías perdidas y tener una visión más provechosa de sí misma y del mundo (Alvarez & Fernandez, 1991).

En cuanto a las variables familiares, al parecer la firmeza afectiva y el ser padre o madre, incrementa estabilidad que se quiere para solucionar aspectos conflictivos.

3. Personalidad: los tipos de personalidad de los profesionales de los servicios humanos, son marcadamente distintos en relación con los sujetos de las demás ocupaciones, por lo

tanto en los servicios salufiero como en los pedagógicos, predomina el “tipo emocional” frente a una personalidad de “tipo racional”, con una conformidad de aproximadamente de 80 – 20%. Las personas del primer tipo poseen una sensibilidad más desarrollada para los asuntos vinculados con el trato humano, así como una obligación para las actividades comunitarias, de simpatía y admiración. Para el segundo tipo se encontrarían los sujetos que incrementan un gran poder de análisis, imparcialidad e inspección deductiva de los acontecimientos unido con una gran incertidumbre (Alvarez & Fernandez, 1991).

La identidad del individuo parece predominar no solo en la demostración del “burnout” sino además en la preferencia del sujeto hacia él. De ambas tipologías descritas, Garden en 1989 confirmó que las abundantes peticiones afectivas pueden ser cauda fundamental del agotamiento profesional en las personalidades emotivas que son las que predominan en los servicios humanos (Martínez, 2010).

A principio de la década de los 80’s Cherniss reitera que son los “activistas sociales” los que tiene más posibilidades de poder “quemarse”. Se refieren a aquellas personas quieren ir más en su trabajo, brindando inclusive asistencia personal a sus pacientes. Los tildaban de “idealistas” que tomaban su labor más como una contienda que como una tarea para ganarse la vida. De esta manera, su vida íntima terminaría limitada y condicionada a su deseo de transformar al mundo (Alvarez & Fernandez, 1991).

4. Variante de la preparación profesional: todos los autores concuerdan en que la carencia de capacitación práctica en las escuelas e instituciones universitarias, es un engaño para los jóvenes que se van a iniciar en el cumplimiento de sus labores. Entre los desaciertos más frecuentes tenemos:

- Demasiados conocimientos teóricos.

- Pobre preparación en capacidades prácticas.

- Ausencia del estudio de métodos de autocontrol afectivo y conducción de la propia ansiedad.

- Déficit en la formación referente a la actividad de las organizaciones en las que van a perfeccionar su trabajo (Alvarez & Fernandez, 1991).

Las variantes del ambiente de trabajo y de la organización son las más estudiadas en los últimos años por lo que poseen la capacidad idónea para elaborar por sí mismas, un efecto duradero de molestia o bien de complacencia, conforme se muestra en un sentido o en otro. La duda se manifiesta al querer examinar el vínculo que existe entre las diferentes circunstancias encontradas (Alvarez & Fernandez, 1991).

Según la división de Herzberg, Mausmer y Symderman se habla de:

-Variantes propias o motivacionales que están vinculados con el fondo del trabajo. Estos son: La autonomía o libertad que dan al profesional para que pueda decidir por sí; pluralidad en las actividades; dimensión de trabajo; significancia o trascendencia de la labor; fomento y crecimiento personal. Estas variantes se emplean como indicadores para que la empresa pueda incentivar las capacidades del profesional (Martínez, 2010).

-Variantes extrínsecas, se asocian en tres dimensiones o magnitudes: la física, la social y la organizacional. La primera comprendería todas aquellas variantes referentes a los requisitos de habitabilidad en las que se elabora el trabajo (ruido, luz, espacio, decoración...). Con respecto a lo social, estarían todas las personas que han estado en contacto con el profesional (clientes, compañeros, jefes o supervisores), y junto con las variantes intrínsecas tienen más relación con el desgaste laboral (Martínez, 2010).

-Los exagerados trámites administrativos, el sistema jerárquico, los estatutos y reglamentaciones, etc. Son elementos que corresponden a la dimensión organizacional (Alvarez & Fernandez, 1991).

2.10.3 Variables que influyen en la aparición del “burnout” en diferentes ocupaciones

En los profesionales educativos

El maestro o educador abrumado de su profesión o harto de ella, se está haciendo conocido por un buen número de revistas y ediciones. Muchos autores han puesto mayor interés en la actividad docente y han contribuido con importantes estudios (Alvarez & Fernandez, 1991).

Entre las variantes que contribuyen con este síndrome tenemos:

1. Las defectuosas condiciones ambientales y el insuficiente material con el que se practica la docencia (Alvarez & Fernandez, 1991).
2. Alteración del papel histórico del maestro dando cada vez más responsabilidades para diferentes competencias en donde no ha sido adecuadamente capacitados (Martínez, 2010).
3. como agente de socialización, muchas veces van a continuar con una actitud racional en una sociedad tan diversa como la nuestra (Alvarez & Fernandez, 1991).
4. Las disputas aparecen en el momento de equilibrar diferentes roles en ocasiones incoherentes (tipo de amistad con ciertos alumnos, brindándoles un atención personalizada sin descuidar al grupo, etc.). Esto constituye para la mayoría de profesionales una búsqueda equilibrio muy dificultoso (Alvarez & Fernandez, 1991).
5. En el entorno social, la contemplación y el respeto, está dado por el estatus socio-económico y no por el empeño realizado en el ejercicio de una tarea (López-Elizalde, 2004).
6. Estos profesionales tienen con frecuencia un limitado apoyo por parte de la organización escolar y de los compañeros (López-Elizalde, 2004).
7. El afecto o intervención del docente con sus estudiantes es un requisito indispensable para una educación de calidad pero a la vez, motivo de problemas (Martínez, 2010).
8. Entre los síntomas más comunes que forman parte de la “etapa degenerativa de la capacidad docente” tenemos: el abandono y las costumbres dañinas entre los conductuales, la disminución de la autoestima entre los emocionales. Son habituales las bajas por desanimo, preocupación y estrés generalizado (Alvarez & Fernandez, 1991).

En 1978 Landsman explicó la amenaza que evidencia el hecho que ciertos profesionales “quemados” son tomados como modelos por sus alumnos (Alvarez & Fernandez, 1991).

Profesionales sanitarios

Estas profesiones son muy reconocidas socialmente pero poseen elevados niveles de incertidumbre entre las personas que profesan. En la raíz de estas incertidumbres frecuentes, existen diferentes aspectos explicados por un vasto número de estudios (Alvarez & Fernandez, 1991).

Entre los que más han destacado como sobresaliente tenemos:

1. los argumentos ideológicos que les estimularon a escoger esta profesión.
2. La relación directa con los pacientes y sus familiares puede ser anímicamente riguroso para el trabajador.
3. La esencia de la enfermedad de los pacientes a menudo ocasiona confrontaciones, con un “fracaso terapéutico” o con un mal pronóstico y tiende a sensibilizarlos frente a la muerte.
4. La dimensión del trabajo y las presiones para ejecutarlo.
5. La carencia de información sobre el fondo del asunto que van a efectuar y de la forma como se ejecutara, este inconveniente está presente en el prototipo medico jerarquizado.
6. El soporte laboral no es suficiente con la simple celebración de reuniones formales, sino que además estas reuniones tienen que satisfacer las necesidades emocionales y de amistad.
7. En el caso de las variantes personales, aquellos que se sienten comprometidos con la mejoría de sus pacientes, llegan a ser las personas más endebles a desarrollar algún tipo de sintomatología, que justamente agravan por si el peso de los resultados.

Estudios más recientes ratifica las variantes previamente descritas como colaboradores primordiales en la aparición del “burnout” en los profesionales sanitarios (médicos, auxiliares de clínica, enfermeros, etc) (Alvarez & Fernandez, 1991).

Entre las señales descubiertas por estos profesionales está el exceso de fármacos, alcohol y tabaco, incremento de enfermedades cardiacas e intenciones de suicidio (Alvarez & Fernandez, 1991).

Profesionales de la salud mental

Con esta expresión intentamos englobar aquellas actividades que se fomenta por contacto directo con pacientes psíquicos (Ortega & López, 2004).

En la actualidad es posible que las investigaciones desvíen la finalidad del paciente al terapeuta tratando de percibir las vivencias de su trabajo (Alvarez & Fernandez, 1991).

Pines y Maslach en los inicios de sus investigaciones notaron que los trabajadores de la salud mental que se hallaban en un periodo de agotamiento y pesadez, (o sea, con una tensión continua y duradero) poseían prototipos de respuestas semejantes que comprendían normas como separación, intelectualización de sus disputas, decepción; manifestaciones corporales como dolores de cabeza, gastritis, entre otros. Entre sus investigaciones demostraron que:

- A mayor dimensión de la institución mayor relación pacientes/terapeuta lo que contribuiría a que los terapeutas empiecen a percatarse de manera negativa sobre sus clientes debido a su fatiga emocional. Por lo que se estima que existe un límite en la cantidad de pacientes que se aprecian a diario (Alvarez & Fernandez, 1991).
- A mayor dificultad de la enfermedad de los pacientes, más bajo es el agrado de quienes lo escuchan (Ortega & López, 2004).
- Los trabajadores con bajo calificación (auxiliares y voluntarios) eran los que tienen un contacto más cercano con los pacientes, y a mayor contacto o apasionamiento mayor es el agotamiento (López-Elizalde, 2004).
- La posición terapéutica puede estar relacionada con la probabilidad de presentar agotamiento emocional. Los trabajadores de posición más organicista tendrían manifestaciones de ansiedad en menor grado, según nuevos estudios se considera que cualquiera sea su disposición, todo terapeuta es capaz de “quemarse” (Alvarez & Fernandez, 1991).

En cuanto a los requisitos laborales, todas las que apartaban de un sueldo a conveniente, permanencia laboral, oportunidades de desarrollo y prosperidad, libertad, presión medida en el trabajo, defensa laboral de los compañeros, podrían influir negativamente en el sujeto (Alvarez & Fernandez, 1991).

Acerca de las condiciones personales, es considerado que los sentimientos de pereza e incertidumbre sobre su trabajo pueden estar relacionados con una vida extralaboral voluble y estresante. Debido a esto, Helliwell propuso la siguiente ecuación:

Susceptibilidad individual + sobrecarga laboral y/o crisis vital = “burnout”.

Todos los estudios nos aclaran que el “burnout” puede necesitar de cada persona en especial y de sus características (de personalidad, de formación, etc.), pero que

habitualmente pueden influir en factores propios de su profesión y en las condiciones laborales en las que esta se desarrolla (Alvarez & Fernandez, 1991).

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA

3.1 Operacionalización de variables del estudio:

Se detalla en el siguiente cuadro:

Variable	Tipo	Categoría / escala	Indicador	Ítems instrumento
Sexo	Cualitativa	Masculino Femenino	Porcentaje	Distribución de los pacientes por género
Edad - cantidad de años de vida cumplidos hasta la aplicación del estudio.	Cuantitativa, Discreta	Años	Rangos 25 – 34 años 35 – 44 años >45 años	Distribución de los pacientes por rangos de Edad
Estado civil- situación jurídica concreta que posee un individuo con respecto a la familia y sus vínculos personales con individuos.	Cualitativa Politómica	Unión libre Soltero Casado Divorciado Viudo	Porcentaje	
Cargo profesional- condición que describe el tipo de ocupación que desarrolla dentro del hospital.	Discreta	Médico Tratante	Porcentaje	Distribución de los pacientes por especialidades
Carga horaria: total de horas asignadas o atribuidas para el desarrollo de un curso, una asignatura o una carrera. Incluye las horas de aula, las prácticas y toda otra actividad curricular o extracurricular acreditable que comprenda el programa aprobado.	Cuantitativo Discreta	Número Horas Nocturnas y Matutinas	Porcentaje	Distribución de los pacientes horas de trabajo al día y por horas semanales nocturnas

Variable	Tipo	Categoría / escala	Indicador	Ítems instrumento
Estrés laboral: es un desequilibrio entre las exigencias hechas por el medio y los recursos disponibles por los individuos.	Cuantitativa	Escala MBI	Porcentaje	
IMC- medida de asociación entre el peso y la talla de un individuo expresada en kg/m ²	Cuantitativa	Número	kg/m ²	
Medida de Glucemia, valor en ayunas muestra rápida tiras reactivas	Cuantitativa	Número	mg/dl	
Medida de Colesterolemia, valor en ayunas, muestra rápida tiras reactivas	Cuantitativa	Numérico	mg/dl	
Toma de tensión arterial en brazo izquierdo, después de 10 minutos iniciada entrevista	Cuantitativa	Numérico	mm/Hg	

3.2. Universo y Muestra

3.2.1 Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

- Personal médico especialista que laboran en el hospital Enrique Garcés de la ciudad de Quito.
- Personas de ambos sexos.
- Mayores de 25 años.
- Que acepte ingresar en el estudio

- Posibilidad a la bipedestación sin apoyo

Criterios de exclusión:

- Sujetos con imposibilidades de colaborar con el estudio y negativa a participar en el trabajo
- Médicos que ingresen a laborar durante el desarrollo del estudio
- Personal Médico que ya tenga una enfermedad metabólica de base.
- Sujetos que tenga obesidad mórbida, bulimia, anorexia nerviosa.

3.2.2. Universo y muestra

El total de médicos tratantes que laboraban en el Hospital Enrique Garcés durante el periodo Octubre y Diciembre del 2014 era de 101, que constituyen el universo o población del estudio. Una vez aplicados los criterios de inclusión y exclusión detallados en el subtítulo **2.2.1 Criterios de inclusión y exclusión**, quedan 80 médicos tratantes que cumplen con los siguientes requisitos:

- Personas de ambos sexos.
- Mayores de 25 años.
- Que acepta ingresar en el estudio
- Posibilidad a la bipedestación sin apoyo

3.3 Tipo de estudio

El presente estudio fue retrospectivo, descriptivo, observacional y analítico, para determinar la prevalencia del síndrome de Burnout asociado a variables fisiológicas, químicas y antropométricas en el personal médico tratante de los servicios de cada especialidad en el Hospital Enrique Garcés durante el periodo octubre – diciembre 2014., utilizando la escala MBI (Maslach Burnout Inventory) y pruebas rápidas de glucemia, colesterol, toma de tensión arterial e índice de masa corporal.

3.4 Procedimientos de recolección de información

La información se obtuvo de la entrevista con los Médicos de cada servicio por especialidad del Hospital Enrique Garcés de la ciudad de Quito, desde Octubre a Diciembre del 2014. La información fue recolectada en un formulario y la validación fue realizada por el autor.

3.5 Plan de análisis de datos.

3.5.1 Instrumento

Se aplicó para evaluar el nivel de stress y Burnout el cuestionario o escala MBI (Maslach Burnout Inventory). Esta escala tiene una alta consistencia interna y fiabilidad cercana del 90%, está constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes y su función es medir el desgaste profesional.

Este cuestionario fue validado en diferentes contextos, y el más próximo al contexto ecuatoriano fue el aplicado en Santiago de Chile, entre cuyos resultados destaca que la prueba global, da una consistencia interna muy satisfactoria y similar a la que señalan los autores del Maslach Burnout Inventory (MBI). Este estudio “dio un apoyo parcial a la hipótesis de que todos los ítems de la prueba correlacionan adecuadamente con el test para el MBI, ya que los ítems 7, 9, 19 y 21 no muestran una asociación significativa con el constructo global” (Buzzetti, 2005).

El cuestionario se aplicó en 10-15 minutos y midió los tres aspectos del síndrome: cansancio emocional, despersonalización y realización personal.

Con respecto a las puntuaciones se consideró bajas por debajo de 34; altas puntuaciones en las dos primeras subescalas y bajas en la tercera, permiten diagnosticar el trastorno.

Se realizó toma de muestra utilizando equipos de detección sérica rápida de glucemia y de colesterol, y se tuvo en cuenta los valores estandarizados internacionalmente para las conclusiones finales.

Se midió toma de tensión arterial, igualmente se tomó las cifras estandarizadas según American Heart Association (AHA). Además, se tomó peso y talla para obtener el índice de masa corporal (IMC) con rangos estipulados por la OMS.

El cuestionario Maslach se llevó a cabo en aproximadamente 15 minutos y se midió los 3 ámbitos del síndrome de burnout:

- Cansancio emocional
- Despersonalización
- Realización personal.

1. Sub-escala de agotamiento emocional: constituida por 9 preguntas. Evalúa la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Puntuación máxima 54
2. Sub-escala de despersonalización: conformada por 5 ítems. Evalúa el nivel en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Puntuación máxima 30
3. Sub-escala de realización personal: compuesta por 8 ítems. Valora los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo. Puntuación máxima 48.

La clasificación de las afirmaciones del cuestionario es la siguiente:

- Cansancio emocional: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20.
- Despersonalización: 5, 10, 11, 15, 22.
- Realización personal: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21.

La escala se mide según los siguientes rangos:

0 = Nunca

1 = Pocas veces al año o menos

2 = Una vez al mes o menos

3 = Unas pocas veces al mes o menos

4 = Una vez a la semana

5 = Pocas veces a la semana

6 = Todos los días

Referente a las puntuaciones se valorarán altas en las que en el primer subescala estén mayor de 28, la segunda escala en aquellos que se encuentren por encima de 11 y la última subescala se considera positivo los que tengan mayor de 39, las altas puntuaciones en las dos primeras sub-escalas y positivo en la tercera, ayudan a diagnosticar el trastorno.

3.6 Aspectos bioéticos

3.6.1. Obtención de consentimiento para la participación en el estudio

Este estudio se desarrolló en estricta sujeción a la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, sobre los Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, en lo relativo al consentimiento informado, sobre el que establece el principio 9 (OMS, 2008):

9. La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales. Algunas poblaciones sometidas a la investigación son particularmente vulnerables y necesitan protección especial. Estas incluyen a los que no pueden otorgar o rechazar el consentimiento por sí mismos y a los que pueden ser vulnerables a coerción o influencia indebida.

Se aplicó un cuestionario clínico que requiere información para el estudio descrito y se informó que los procedimientos mencionados son exentos de riesgos, de existir alguna anomalía en esta valoración le será informado. La participación en el estudio no implicó ninguna remuneración o compensación; además se explicó que la participación es voluntaria y que puede abandonar el estudio cuando lo deseen.

3.6.2. Duración

Se llenó los datos del formulario en un tiempo entre 5-10 minutos y la toma de la muestra y medidas en otros 5 a 10 minutos, tomados en diferente día.

3.6.3. Beneficios para los sujetos involucrados en el estudio

El estudio se realizó en base a una revisión documental de la encuesta, por lo que aportó un beneficio a los sujetos involucrados en dicho estudio para conocer si tenían o no inicio de este síndrome y además si había asociación con alteraciones fisiológicas, químicas, físicas, que fue comparativo con cada Especialidad.

3.6.4. Los riesgos y posibles molestias

Durante la realización de este estudio no hubo ningún riesgo, ni daño al sujeto que se le realizó el estudio.

3.6.5. Confidencialidad de la información

Se hizo saber que toda la información fue de carácter confidencial y únicamente utilizada para la elaboración del estudio y posterior seguimiento.

3.6.6 Validez ética del estudio

De acuerdo al estudio realizado por Moisés Ortega (2015) titulado: Prevalencia de síndrome de Burnout, en internos de medicina del Hospital Nacional Arzobispo Loayza (Perú). Aplicó una encuesta conteniendo el cuestionario Maslach para Síndrome de Burnout, los encuestados fueron 87 internos de medicina, donde el 49.43% fueron varones y 50.57% mujeres. La edad promedio fue de 26 ± 2.28 años. El 48.28% presentó agotamiento emocional alto, 56.32% despersonalización alta y 8.05% baja realización personal. Se obtuvo como conclusión que La frecuencia del síndrome de Burnout según los criterios definidos por Maslach fue de 11.49%. La dimensión más afectada fue la despersonalización, encontrándose que el 71.62% mostraron niveles altos.

CAPÍTULO IV. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Tabla 1. Distribución de los pacientes incluidos en el estudio (n=80) por género

Género	"n"	%
Femenino	39	48.8%
Masculino	41	51.2%
Total	80	100.0%

Fuente: Investigación directa.

Elaboración: Dr. Luis Antonio Montes

Se observa que el 51.2% (n) son del género masculino, mientras el 48.8% (n) son del género femenino. Se aprecia, por tanto, una paridad en ambos grupos, lo cual permite hablar de una importante representatividad y la consiguiente confiabilidad de los hallazgos.

Tabla 2. Distribución de los pacientes incluidos en el estudio (n=80) por rangos de Edad

Edad	"n"	%
25 a 34	44	55%
35 a 44	28	35%
>45	8	10%
Total	80	100.0%

$X = 35.7 \pm 7.35$ Me: 33 Mo: 31

Según se observa en esta tabla, el grupo etario más representativo es el de 25 a 34 años, con el 55%. Este dato indica una composición altamente joven, y que por tanto, en consideración de lo señalado en la revisión literaria, no debería presentar de forma marcada las alteraciones típicas del Burnout.

Tabla 3. Distribución de los pacientes incluidos en el estudio (n=80) por horas de trabajo al día

Horas de Trabajo al día	"n"	%
5	1	1.3
6	38	47.5
7	3	3.8
8	36	45.0
10	1	1.3
12	1	1.3
Total	80	100.0

$X = 7.05 \pm 1.19$ Me:6 Mo:6

Esta tabla demuestra que los pacientes que trabajan entre 6 y 8 horas al día son los que presentan mayor porcentaje de casos positivos con un 47.5 y 45% respectivamente comparado con personas que trabajan más o menos horas al día. Esto podría deberse a que a mayor tamaño de la institución mayor proporción pacientes/profesional lo que contribuía a que los terapeutas comenzaran a percibir a sus clientes cada vez de forma más negativa debido a su cansancio emocional. Cabe destacar que en cuanto a las condiciones laborales, los individuos que se alejan de un salario adecuado, estabilidad laboral, oportunidades de crecimiento y progreso, autonomía, presión de trabajo moderada, apoyo laboral de los compañeros, suponen una influencia negativa para el sujeto.

Tabla 4. Distribución de los pacientes incluidos en el estudio (n=60) por horas de semanales nocturnas

Horas semanales nocturnas	"n"	%
<12	6	7.5
12 a 24	44	55.0
24 a 48	9	11.3
> 48	1	26.3
Total	60	100.0

$X = 22.80 \pm 12.53$ Me:24 Mo: 24

En la presente tabla se puede apreciar que solo un médico trabaja mas de 48 horas nocturnas , los 20 restantes son aquellos que no hacen horas nocturnas, este único médico que labora más de 48 hs representa en 26,3 %

Tabla 5. Distribución de los pacientes incluidos en el estudio (n=80) por especialidades

Especialidad	"n"	%
Clinica	30	37.5
Ginecologia	7	8.8
Pediatría	10	12.5
Quirurgicas	33	41.3
Total	80	100.0

En este cuadro se puede apreciar la cantidad de pacientes estudiados que conforman una población de 80 individuos y comprende 4 especialidades que son de forma decreciente de la siguiente manera: Quirúrgica 41.3%, Clínica 37.5%, Pediatría 12.5% y Ginecología 8.8%.

Tabla 6. Distribución de los pacientes incluidos en el estudio (n=80) por presencia de Síndrome de Burnout

Burnout	"n"	%
Negativo	62	77.5
Positivo	18	22.5
Total	80	100.0

Esta tabla demuestra que los casos positivos representan el 22.5% respecto a un 77.5% de casos negativos en el hospital donde se realizó el estudio de investigación.

Tabla 7. Distribución de los pacientes incluidos en el estudio (n=80) por presencia de Síndrome de Burnout según especialidades

Burnout	Clinica		Ginecologia		Pediatría		Quirurgica	
	"n"	%	"n"	%	"n"	%	"n"	%
Negativo	24	80	5	71.43	8	80	25	75.76
Positivo	6	20	2	28.57	2	20	8	24.24
Total	30	100	7	100	10	100	33	100

P0.095

En esta tabla se puede apreciar que el mayor porcentaje de casos positivos se halla en la especialidad de Ginecología, representando casi el 29% de casos, se halla en mayor porcentaje respecto a otras especialidades como especialidad Quirúrgica con casi 25% de casos y las especialidades de Clínica y Pediatría, cada una con un 20% de casos positivos. Esto

posiblemente se deba a que en el área ginecológica se cuenta con más individuos del género femenino.

Tabla 8. Distribución de los pacientes incluidos en el estudio (n=80) según variable más involucrada en la aparición del Síndrome de Burnout.

Factor	"n"	%
1. Cansancio Emocional	31	38.75
2. Despersonalización	39	48.75
3. Realización Personal	30	37.5

En esta tabla se puede apreciar que el factor más comprometido es el número 2, presente en el 48.75% del total de todos los Médicos que se le realizó el test de Maslach, este factor mide el grado humanitario del profesional, que estaría en relación con la actitud, frialdad y distanciamiento, que existe hacia el paciente.

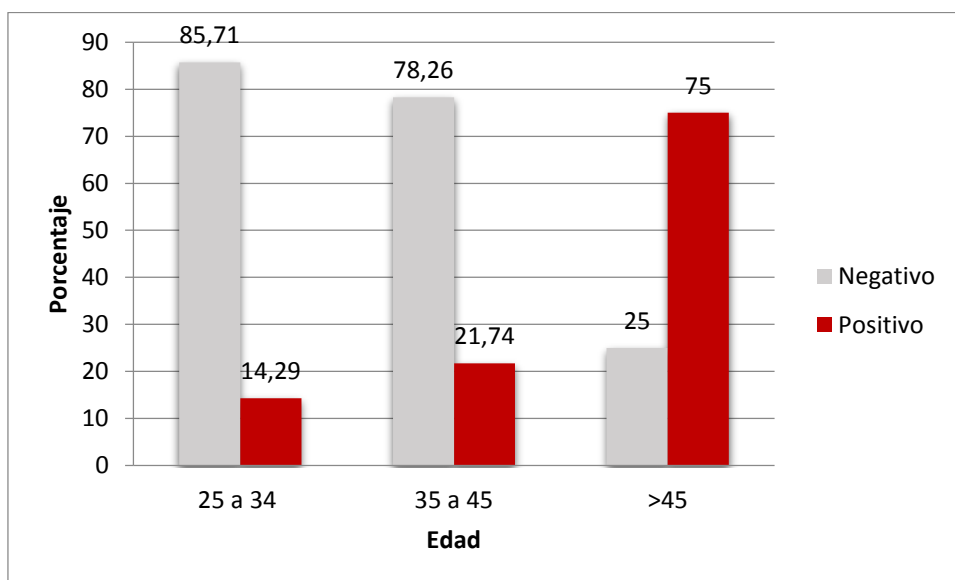
Tabla 9. Distribución de los pacientes incluidos en el estudio (n=80) por presencia de Síndrome de Burnout según algunas variables fisiológicas

		Burnout				p
		Negativo		Positivo		
		"n"	%	"n"	%	
Edad	25 a 34	42	85.71	7	14.29	0.0008
	35 a 45	18	78.26	5	21.74	
	>45	2	25.00	6	75.00	
Genero	Femenino	29	74.36	10	25.64	0.51
	Masculino	33	80.49	8	19.51	
Glicemia >100 mg/dl	Si	6	75.00	2	25.00	0.78
	No	56	77.78	16	22.22	
Colesterol >150 mg/dl	Si	10	90.91	1	9.09	0.25
	No	52	75.36	17	24.64	
TA > 130/85 mmhg	Si	12	70.59	5	29.41	0.44
	No	50	79.37	13	20.63	
IMC	<24.99	35	85.37	6	14.63	0.18
	25 a 30	23	67.65	11	32.35	
	>30	4	80.00	1	20.00	

En el presente cuadro de acuerdo a las variables fisiológicas se puede apreciar que de acuerdo a la edad, la mayor proporción de casos positivos se halla en los individuos mayores de 45 años, los cuales representan el 75% de casos. Así mismo también se aprecia que la mayoría de casos

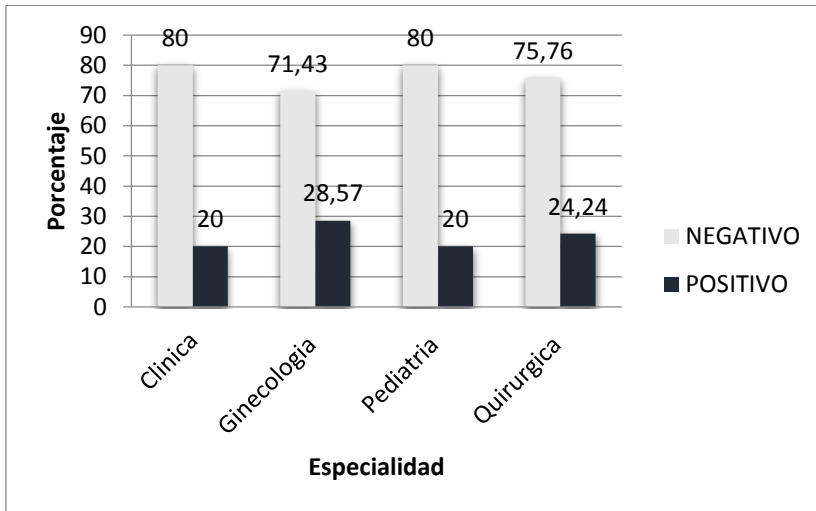
positivos se presentó en los individuos del género femenino que representan el 25.64% de los casos respecto a los individuos de género masculino que tan solo llegan al 19,51% de los casos. Esta diferencia en el género podría deberse a que las mujeres deben hacer frente a una sobreabundancia de tareas laborales y domésticas. En cuanto a la Glicemia se puede apreciar que el número de casos positivos representa el 25% de los casos. Así mismo el Colesterol representa el 9.09% de los casos. Sumado a ello se debe tener en cuenta el IMC que relaciona, la talla y el peso por lo cual resulta sensato pensar que cuando un sujeto se siente realizado profesionalmente, se preocupa más de su salud, incluido el mantenimiento de un peso adecuado es por ello que se aprecia según el estudio que apenas un 14.63% de los casos se hallan dentro del ideal de IMC, esto es muy bajo comparado con los otros resultados, ya que demostraría que los individuos del estudio presentan hábitos alimenticios inadecuado en mayor porcentaje.

Gráfico 1. Distribución de los pacientes incluidos en el estudio (n=80) por presencia de Síndrome de Burnout según edad



De acuerdo a la representación gráfica, la mayoría de los casos se encontró en pacientes mayores de 45 años, representando un 75% de los casos, en menor escala se encuentran los pacientes de 35 a 45 años de edad con un 21,74% de los casos y por último los pacientes con una edad comprendida entre 25 a 34 años de edad representaban apenas el 14,29% de los casos positivos, esto posiblemente se deba a que los más jóvenes recién estaban empezando con sus actividades laborales.

Gráfico 2. Distribución de los pacientes incluidos en el estudio (n=80) por presencia de Síndrome de Burnout según especialidad



En el presente gráfico se puede apreciar que los pacientes del área de Ginecología se encuentran en mayor proporción con un 28,57 % de los casos. Así mismo se puede apreciar que los casos negativos se hallan en el área de Clínica y de Pediatría con un 80% respectivamente.

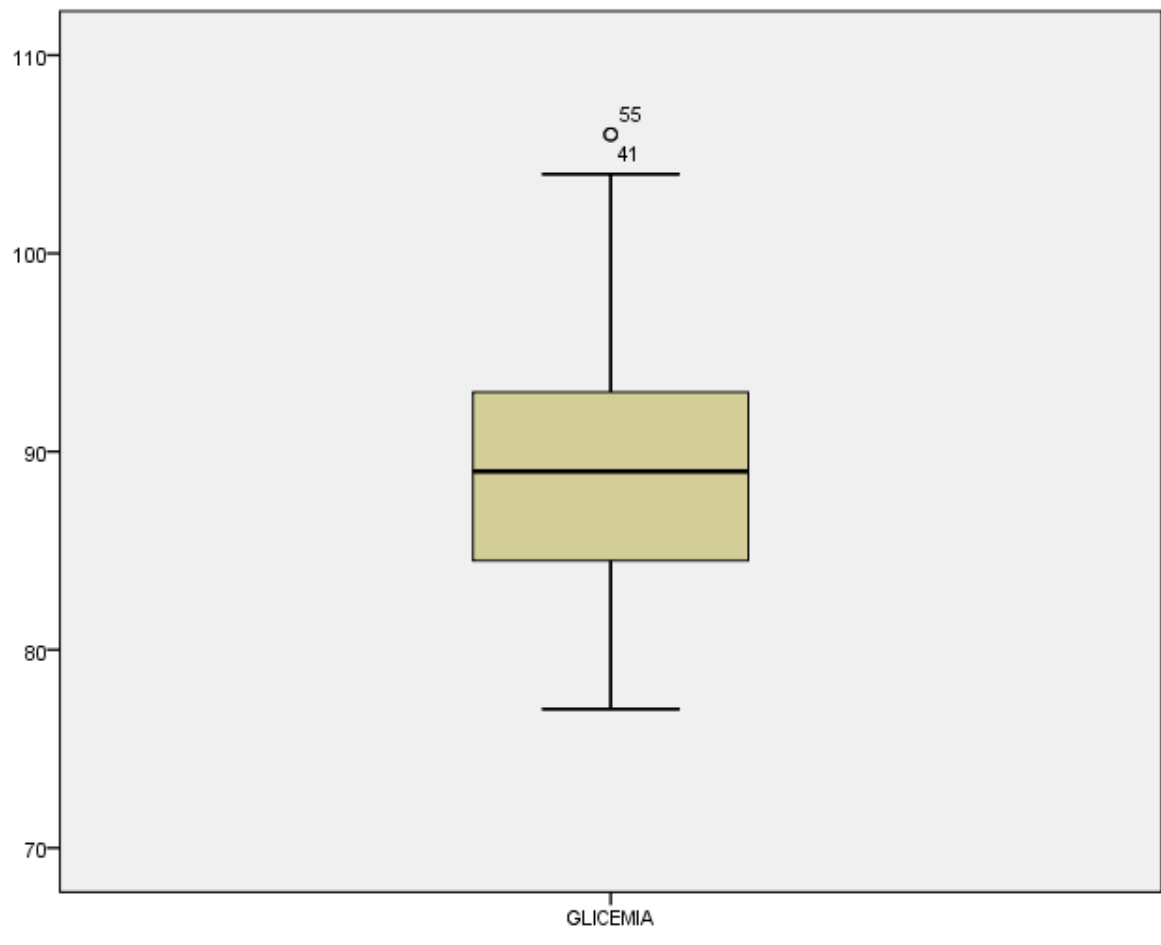
Tabla 10. Cruce de variables Box Plod

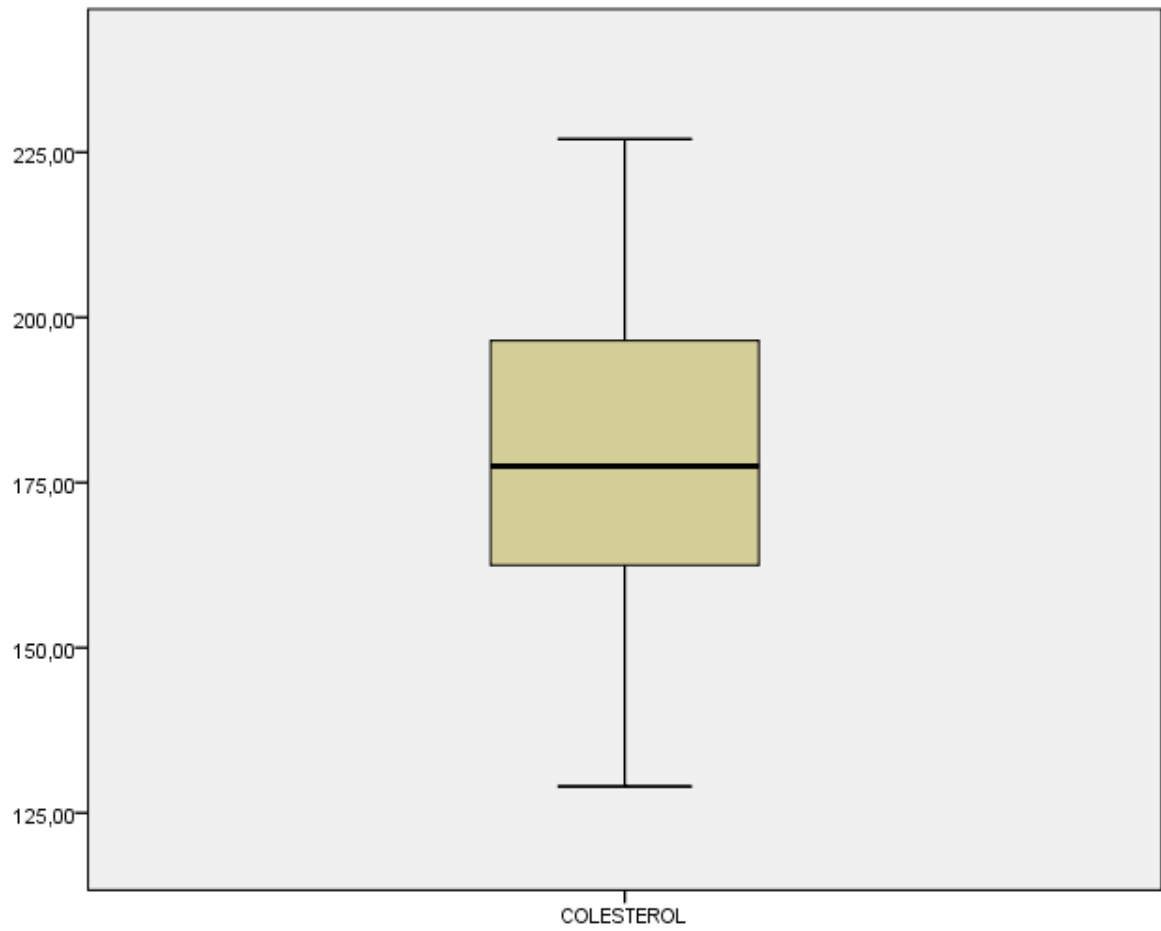
		EDAD	GLICEMIA	COLESTEROL	IMC
N	Válidos	80	80	80	80
	Perdidos	0	0	0	0
Media		35,70	89,63	177,1875	25,2830
Mediana		33,00	89,00	177,5000	24,8900
Mínimo		27	77	129,00	21,08
Máximo		65	106	227,00	31,59
Percentiles	25	31,00	84,25	162,2500	23,3475
	50	33,00	89,00	177,5000	24,8900
	75	39,00	93,00	196,7500	26,7600

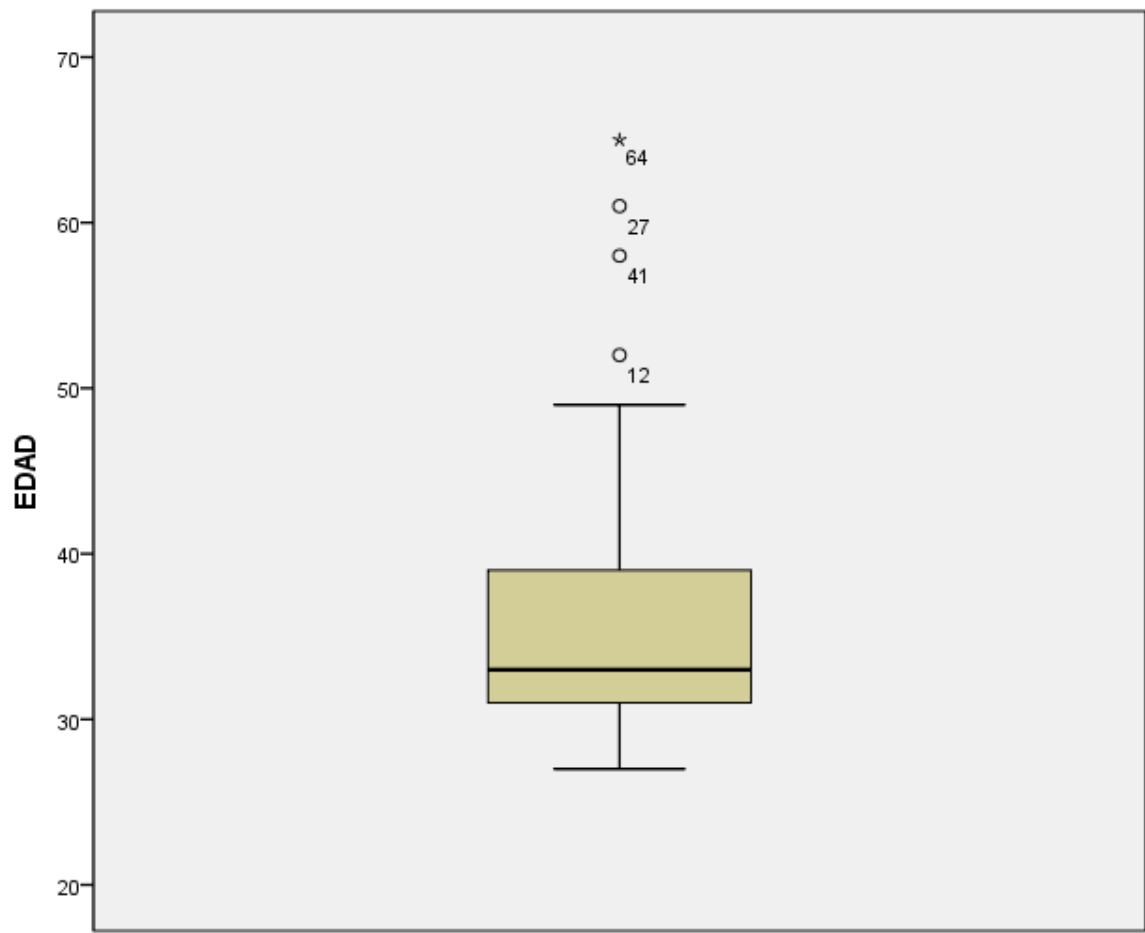
EDAD	GLICEMIA	COLESTEROL	IMC
32	86	163,00	21,81
31	91	208,00	21,91
33	84	166,00	25,61
30	93	189,00	29,90
28	88	147,00	24,24
30	92	144,00	24,01
37	86	149,00	24,90
31	103	194,00	30,10
31	88	163,00	21,11
32	83	171,00	21,56
47	93	217,00	22,80
52	96	214,00	25,20
27	81	152,00	23,80
38	81	154,00	25,01
39	89	184,00	24,70
29	91	197,00	27,64
33	85	166,00	25,50
31	83	161,00	26,10
37	94	189,00	24,13
47	90	151,00	23,30
35	89	198,00	29,07
42	87	181,00	26,64
49	95	199,00	28,26

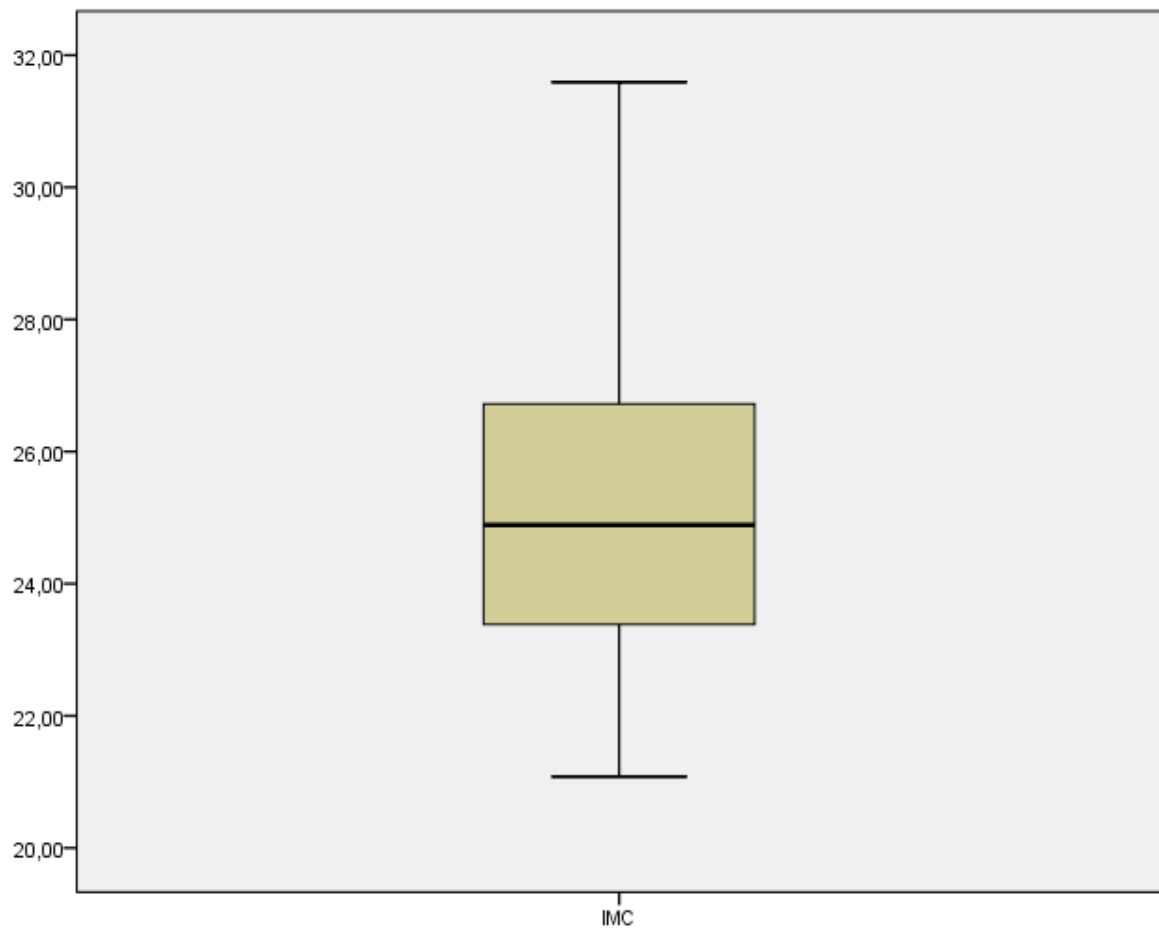
EDAD	GLICEMIA	COLESTEROL	IMC
29	85	190,00	21,79
27	83	166,00	24,88
27	84	178,00	23,83
61	97	188,00	25,61
36	102	198,00	28,09
33	97	174,00	28,36
35	88	166,00	23,88
39	88	189,00	23,85
35	98	178,00	31,59
29	91	199,00	24,84
35	79	144,00	22,10
30	81	156,00	21,48
29	82	179,00	22,66
39	83	177,00	28,63
42	91	189,00	24,45
31	89	200,00	23,53
39	100	198,00	26,06
58	106	203,00	28,31
41	98	172,00	23,46
39	84	179,00	26,80
37	91	208,00	29,40
36	89	177,00	26,33
42	97	192,00	30,86
31	79	152,00	24,50
29	88	196,00	25,96
37	93	129,00	22,83
33	91	189,00	26,22
36	89	178,00	24,22
38	87	169,00	24,80
39	88	162,00	22,31
32	81	193,00	24,68
33	106	212,00	29,75
31	82	149,00	22,59
31	104	217,00	29,26

EDAD	GLICEMIA	COLESTEROL	IMC
48	92	182,00	26,22
36	88	176,00	25,91
32	89	177,00	22,31
31	88	163,00	22,94
32	93	197,00	30,06
41	91	144,00	23,72
65	100	201,00	24,10
33	82	159,00	21,87
32	92	169,00	27,18
33	88	166,00	26,64
32	89	227,00	30,86
31	81	140,00	23,31
42	89	172,00	28,09
35	104	209,00	25,88
31	92	148,00	25,50
39	97	184,00	25,20
34	91	205,00	24,60
32	88	197,00	25,39
33	87	166,00	25,94
29	78	149,00	21,70
32	77	133,00	21,08
30	81	140,00	21,48
33	94	168,00	27,45









La caja representa la agrupación del 50% de los datos, la línea oscura es el valor de la mediana que es el valor que divide a los datos a la mitad, es su valor central. Los círculos son los valores atípicos y el asterisco es valor extremo.

DISCUSION

En este estudio se analizaron las principales características que tiene el Burnout en una población claramente definida, como es el de los profesionales en salud.

Para ello, fue necesario revisar los conceptos y fundamentos teóricos sobre esta problemática, con los hallazgos de diversas investigaciones realizadas sobre el tema.

Entre otros hallazgos relevantes en la revisión bibliográfica, se destacan los síntomas asociados al síndrome Burnout, como el cansancio crónico, cefalea continua, alteraciones del sueño, abandono laboral, abuso de drogas, alejamiento afectivo, irritabilidad y desconfianza, entre otros.

También se consideraron las diferencias y similitudes de este término clínico con otros similares, planteándose principalmente las diferencias que se dan con la apatía o aburrimiento, y con el cual es posible confundir fácilmente este síndrome, omitiéndose las particularidades específicas de éste.

Se comprobó la primera hipótesis planteada en la cual se encontrarían alta prevalencia de síndrome de Burnout en los médicos tratantes del Hospital Enrique Garcés de la Ciudad de Quito, ya que en los resultados encontrados se presentó en el 22.5% de la muestra obtenida. Se infiere que el alto porcentaje en el Hospital estudiado se deben, entre otros factores, a una demanda elevada de pacientes, por considerarse el único Hospital del sector sur de Quito el cual está diseñado para II nivel, con funciones de III nivel, además de la falta de recursos (insumos, medicamentos) y la debilidad en las normativas de gestión de talento humano. Estos hallazgos coinciden con los obtenidos a nivel latinoamericano, como en el país de Chile (Ordenes, 2014) en el Hospital Roberto del Rio (31%), Uruguay (Morín, 2014) en el Hospital Pediátrico (37%), México (Castañeda, 2010) en el Instituto Mexicano del Seguro Social (19%). En relación a nivel nacional es alto ya que el promedio en diversos estudios nacionales esta entre 2-8%, como el realizado en el Hospital de la Junta de Beneficencia (Peralta, 2014) el cual fue del 4%, Hospital Especialidades Guayaquil (Flor, 2015) se encontró prevalencia del 2.6%.

En relación a la determinación del perfil, se encontró que la mayor presencia fue en el género femenino (55.6%), que concuerda con los estudio nacionales realizado,

Hospital Enrique Gil Gilbert (Peralta , 2014) , Ministerio Salud Pública Azuay (Durán, 2013), al igual que en estudios latinoamericanos (Martínez-López , 2005, Del Río , 2003, Gil-Monte , 2002) , esta variable tiene relación significativa con la presencia del síndrome , por ser una población vulnerable debido a la doble carga de trabajo , que conlleva la práctica profesional y la tarea familiar , además de cumplir un rol de cuidador en la familia

Con respecto al grupo de edad el grupo de edad más propenso fueron los mayores de 45 años ($p < 0.05$), estos resultados concuerdan con estudios nacionales realizados (Vintimilla ,2012 , Pineda ,2014) , estaría en relación por la influencia que ha tenido en el desempeño laboral , la fatiga por los años trabajados , la sobrecarga laboral , sin embargo a nivel universal la población menos afectada es la de este grupo de edad , estudios en México (Aranda , 2010) , España (Fernández-Alba , 2013, Durán, 2001). , esto se lo podría relacionar con factores como el reconocimiento del trabajo realizado por parte de autoridades, mayor madurez profesional.

En cuanto a la carga laboral se vio que los que trabajaban horas nocturnas (12-24 horas) tienen mayor predisposición a sufrir este síndrome, en este estudio represento 61.1% de los casos positivos, este estaría en relación al poco espacio para las relaciones con los demás, por la incapacidad de comprometerse en ellas, estos resultados guardan similitud en resultados con los estudio de México (Alcaraz, 2006, Fernández-Martínez),España(Martínez dela Casa, 2003), a nivel nacional no hay estudios con significancia estadística, que describan este factor.

En relación a la área que este más expuesta son las Ginecológicas-Quirúrgicas con 28.5% y 24.2% de los casos positivos, que estaría en relación con los profesionales que laboran en áreas críticas donde están más expuesto a estrés continuo por la mayor tensión y presión que tienen que enfrentarse con pacientes que tienen riesgo de muerte y más aún dos vidas como es en la ginecología , en estudios nacionales no hay concordancia ya que están las especialidades clínicas con mayor casos del síndrome , no así a nivel universal como en Colombia (Paredes , 2008),México (Castañeda , 2010) , España (González & Luzuriaga, 2013) en estos hay similitud sobre la mayor presencia en el área quirúrgica.

El perfil que se pudo determinar de acuerdo a este estudio es que se presenta en el género femenino, mayor de 45 años, del área gineco-quirúrgica, con más de 40 horas semanales con horas nocturnas, este perfil se asemeja a los diferentes estudio nacionales a excepción del área de especialidad, (Ochoa, 2015, Flor ,2015), en cuanto Latinoamérica hay más concordancia Uruguay (Solano Ruíz, 2002, Campuzano ,2001) y en España (Núñez ,2010).

Se buscó además el factor más relevante en todos los encuestados y se comprobó que hay niveles altos de despersonalización (48.75%), factor que se entiende por actitudes, respuestas negativas, distantes y frías hacia los pacientes, este hallazgo se podría explicar porque se trata de un componente usado por los profesionales como mecanismo de adaptación a las demandas y al contexto laboral . , a nivel nacional hay concordancia con este hallazgo (Ochoa ,2015,Peralta ,2014, Rodríguez-Vernaza ,2012) , a nivel latinoamericano es igual en estudios en Colombia(Rodríguez-Rodríguez ,2010) , Argentina (Mendoza ,2013) , Chile (Muñoz , 2008).

En relación a la última hipótesis planteada según en la cual se encontraría relación con variables fisiológicas, bioquímicas e índice de masa corporal, no se encontraron diferencias significativas en cuanto la presencia del síndrome con alteración en su tensión arterial, hiperglicemia, hipercolesterolemia, ni con el IMC, no hay estudios a nivel nacional sobre esta relación, en estudios extranjeros como el artículo (Ranchal ,2008) donde encontró asociación con IMC alto pero no encontrando asociación con factores fisiológicos.

En la presente investigación se analizaron varias preguntas cualitativas (edad, horas diurnas – nocturnas) , que vale la pena destacar y describir, por ser un tema de interés social, profesional con respecto a mala praxis médica, ya que puede traer consecuencias negativas para el desarrollo de sus actividades profesionales. En cuanto a padecer el Síndrome de Burnout y asociar este con la salud del profesional, no encontró dicha hipótesis.

En cuanto a las fortalezas de este estudio es la primera vez que se lo realiza un estudio de perfil de Burnout que permite llegar a la conclusión de un alto riesgo de padecer este Síndrome por parte de los Médicos Tratantes. Otra fortaleza fue el lograr trabajar con

una muestra altamente ocupada, lográndose la colaboración y participación, incluso su tiempo, el cual es mínimo debido a la alta demanda de pacientes en sus consultas.

CONCLUSIONES

El estudio realizado en el Hospital Enrique Garcés en el personal médico tratante la prevalencia fue del 22.5 %.

La mayor presencia del síndrome fue en el género femenino 55% de los casos positivos, que al igual que en diversos estudio es más frecuente en la mujer, relacionándose, con la doble carga laboral (tarea profesional y familiar) y el tipo de enlace afectivo que puede desarrollarse en el ambiente laboral y familiar.

En este estudio los casos positivos donde hubo mayor presencia fue en la población mayor de 45 años (p 0.0008), que coincide con otros estudios nacionales donde existe esta correlación con el grupo de edad descrito.

Los que realizan horas nocturnas en este estudio, se encontró que representan el 61.1% de los casos positivos de Burnout, estaría en relación a que no hay una regulación hormonal habitual con el ciclo circadiano. Los profesionales médicos que realizan horas nocturnas y que no concilien el sueño por más de 4 horas, cometen más errores médicos.

La especialidad con más casos de Burnout fueron las quirúrgicas con 8 positivos de los 33 encuestados (24.24%), aunque porcentualmente la especialidad de ginecología representó un 28.7%, esto estaría en relación, a que también forma parte de la quirúrgica.

El factor que más se presentó en la población estudiada, según la escala del Maslach fue el de la despersonalización, con un 48.75% que se entiende por actitudes, respuestas negativas, distantes y frías hacia los pacientes, este hallazgo se podría explicar porque se trata de un componente usado por los profesionales como mecanismo de adaptación a las demandas y al contexto laboral.

No se encontró diferencias estadísticamente significativas con respecto a los que presentaron Burnout positivo, con los factores fisiológicos y bioquímicos, aunque si hay mayor porcentaje de IMC alto en los positivos que aquellos de Burnout negativo.

RECOMENDACIONES

El síndrome de Burnout tiene una elevada prevalencia y hace mella de manera significativa en el desempeño de los trabajadores de la salud que forman parte del Hospital Enrique Garcés por lo cual sería importante la implantación de un programa para prevención y tratamiento de este síndrome.

Como estrategias de intervención en prevención y corrección de Síndrome de Burnout se recomienda al Ministerio de Salud Pública que en conjunto desarrollen una política de gestión en talento humano, que permita mejorar las condiciones de bienestar psicosocial y laboral en el personal de las instituciones sanitarias. El Hospital Enrique Garcés de Quito merece la atención de las autoridades del Ministerio de Salud Pública, por ser el único de Especialidades en el sector sur de Quito y su alta demanda de pacientes, lo que aumenta la carga de trabajo y la responsabilidad de los galenos.

Entre las recomendaciones, se debe apoyar en la resolución de problemas, fortaleciendo su despersonalización, como ayuda complementaria en el afrontamiento del Síndrome de Burnout.

- Mejorar las condiciones de trabajo a fin de reducir el estrés laboral a nivel organizacional se encuentran demandas y recursos que están presentes en la dinámica organizacional y deben equilibrarse para lograr la salud del trabajador en este caso el médico tratante.
- Instalar programas de formación y de prevención del Síndrome de Burnout tanto a nivel organizacional, como nivel personal.
- Implementar grupos de trabajo e interacción social, programas de formación sobre apoyo social, autoeficacia, habilidades, liderazgo, entre otras.
- Se debe realizar otras actividades y buscar alternativas fuera de la jornada laboral, tratar de mantener un equilibrio con otras actividades como el estudio, pasatiempos y hobbies, familia, etc.
- Es importante solucionar las dificultades, no dejar pasar los conflictos, hay que confrontarlos de la mejor forma, resolviendo que es lo principal del caso, tanto en el área laboral como personal.

- Tomar en cuenta que el descansar, dormir lo ideal, aproximadamente 8 horas, tomar las vacaciones de rigor y fines de semana como tiempo de descanso (pasar con la familia y amigos); además dejar las cuestiones laborales en el hospital.
- Resaltar aspectos positivos de la persona, evitar actitudes de desaliento, aflicción y desmoralización. Así como estar al tanto de los propios límites y saber pedir ayuda.
- Los hospitales deben darle la importancia que el Síndrome de Burnout requiere, inclusive exponerlo como una enfermedad laboral de alto riesgo. Así, de la misma forma tomar las medidas preventivas necesarias para minimizar el impacto que origina estrés laboral en los profesionales de la salud.
- Sería interesante que los hospitales capaciten y realicen charlas u otras actividades que toquen el tema del Síndrome de Burnout, con cursos que pueden ser de autoestima, realización personal y profesional, así como relaciones interpersonales, que ayuden a crear una atmósfera laboral óptima y agradable para los trabajadores de la salud.

Bibliografía

- Alvarez, E., & Fernandez, L. (1991). El Síndrome de "Burnout" o el desgaste profesional: revisión de estudios. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 257-265.
- Bresó, E., Salanova, M., Schaufeli, W., & Nogareda, C. (2015). Síndrome de estar quemado por el trabajo "Burnout" (III): Instrumento de medición. *Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*. Barcelona, España: INSHT.
- Cubero, J. (2010). *Triptófano, melatonina y ritmos de actividad*. Santiago.
- Gómez, C., García, B., Trujillo, D., & Urrego, B. (2009). *Obesidad, depresión, alcoholismo, estrés laboral y nivel de actividad física en una población laboral en el área de salud*. Medellín: UCES.
- Gómez, J. A. (2013). *Identificación del Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en el Hospital Manual Ignacio Monteros del IESS, Clínica Medilab y Hospital Militar de la ciudad de Loja*. Loja.
- Gutierrez, G., Celis, M., Moreno, S., Farías, F., & Suárez, J. (2006). Síndrome de burnout. *Neurociencias - México*, 305-309.
- López-Elizalde, C. (2004). Síndrome de burnout. *Revista mexicana de anestesiología*, 131-133.
- Márquez, R. (5 de Agosto de 2015). *SlideShare*. Obtenido de SlideShare: <http://www.slideshare.net/reyna1028/antologia-ciclos-circadianos-17149795>
- Martínez, A. (2010). El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Académica*, 1-40.
- Medina, K. A. (2012). *Identificación del Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en el Área de Neonatología del Hospital Regional Docente de Riobamba en la provincia de Chimborazo período Mayo-Diciembre 2012*. Riobamba.
- Ocampo, K., & Sánchez, C. (2013). *Identificación del síndrome de burnout en profesionales de la salud y su relación con salud mental, personalidad, apoyo social y estilos de afrontamiento en el hospital SOLCA e IESS de la ciudad de Loja, en el año 2012*. Loja.

- Ocanto, A. d. (2012). *Agotamiento laboral y ajuste psicológico en el personal docente de la escuela bolivariana Eloisa Fonseca*. Maracaibo.
- Ortega, C., & López, F. (2004). El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *International Journal Clinical Health Psychology*, 137-160.
- Ortega, C., Salas, R., & Correa, R. (2011). Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en el personal sanitario. Hospital aquilino tejeira. Febrero-marzo 2011. *Redalyc*, 1-7.
- Prevalia, S. (2010). *Guía para la prevención de riesgos psicosociales en la industria láctea*. Murcia.: Cursoforum S.L.U.
- Rivas, R., & Villarroel, A. (2012). *Estilo de vida de cuatro docentes y su incidencia en el entorno profesional: caso Escuela Técnica Robinsoniana "Emilio Tébar Carrasco", Cumaná. 2010-2011*. Cumaná.
- Rodríguez, M., Rodolfo, R., Riveros, A., Rodríguez, M., & Pinzón, J. (2011). *Síndrome de Burnout y factores asociados en personal de salud en tres instituciones de Bogotá en diciembre de 2010*. Bogotá.
- Rosales, Y. (2012). Estudio unidimensional del síndrome de burnout en estudiantes de medicina de Holguín. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*., 795-803.
- Suarez, G., Zapata, S., & Cardona, J. (2014). Estrés laboral y actividad física en empleados. *Revista Diversitas - Perspectivas en Psicología*., 131-141.
- Tous Pallarés, J. (2007). Quemarse en el trabajo: el síndrome del Burnout. *Revista Salud Pública y Nutrición*., 28-33.

ANEXOS

Anexo 1. Cuestionario de Maslach Burnout Inventory

1	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	
2	Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío	
3	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento otra jornada de trabajo me siento fatigado	
4	Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes	
5	Siento que estoy tratando algunos pacientes como si fueran objetos impersonales	
6	Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa	
7	Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes	
8	Siento que mi trabajo me está desgastando	
9	Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo	
10	Siento que me he hecho más duro con la gente	
11	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente	
12	Me siento con mucha energía en mi trabajo	
13	Me siento frustrado en mi trabajo	
14	Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo	
15	Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes	
16	Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa	
17	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes	
18	Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes	
19	Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo	
20	Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades	
21	Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada	
22	Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas	

0= NUNCA.1= POCAS VECES AL AÑO O MENOS.2= UNA VEZ AL MES O MENOS.3= UNAS POCAS VECES AL MES.4= UNA VEZ A LA SEMANA.5= POCAS VECES A LA SEMANA.6= TODOS LOS DÍAS.

Aspecto Evaluado	Preguntas a Evaluar	Valor Total
Cansancio Emocional	1-2-3-6-8-13-14-16-20	
Despersonalización	5-10-11-15-22	
Realización Personal	4-7-9-12-17-18-19-21	

Anexo 2. Consentimiento informado

Yo,.....
..... con CI:, por medio del presente documento acepto mi participación en el estudio: “Prevalencia síndrome de Burnout asociado a variables fisiológicas, químicas y antropométricas en los servicios de cada especialidad en el Hospital Enrique Garcés durante el periodo octubre – diciembre 2014” y autorizo a los doctores: Freddy Carrión Médico Tratante y Luis Montes Post-gradista de medicina interna de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, para la aplicación de un cuestionario clínico que requiere información para el estudio descrito.

Se me ha informado que los procedimientos mencionados son exentos de riesgos. Además, de existir alguna anomalía en esta valoración se me informará. Toda la información brindada será de carácter confidencial y únicamente utilizada para la elaboración del estudio y posterior seguimiento. La participación en el estudio no implica ninguna remuneración o compensación; además se me ha explicado que mi participación es voluntaria y que puedo abandonar el estudio cuando yo lo desee, sin dar explicaciones y sin que afecte mi posterior atención en la institución.

FIRMA MEDICO PARTICIPANTE

.....

C.I.:

FIRMA MEDICO INVESTIGADOR

.....

C.I.:
.....

FIRMA DE TESTIGO

.....

C.I. :

Anexo 3. Evaluación Global Subjetiva

PREVALENCIA SINDROME DE BURNOUT ASOCIADO A VARIABLES FISIOLÓGICAS, QUIMICAS Y ANTROPOMETRICAS EN LOS SERVICIOS DE CADA ESPECIALIDAD EN EL HOSPITAL ENRIQUE GARCÉS DURANTE EL PERIODO OCTUBRE – DICIEMBRE 2014

Nota: el presente instrumento permite evaluar la relación entre Burnout y factores biológicos.

Fecha: _____

HCL: _____

Edad: _____ Sexo: _____

Horario Diurno: _____ Horas/Día

Horario Nocturno: _____ Horas/Día

EXAMEN	AYUNAS	POSPRANDIAL	VALOR
GLICEMIA			
COLESTEROL			

EXAMEN	HORA	POSICION	CIFRA
TENSIONARTERIAL			

EXAMEN	VALOR
PESO	
TALLA	
IMC	

