



SINDROME DE DESGASTE PROFESIONAL (BURNOUT)
EN MÉDICOS Y ENFERMERAS QUE LABORAN EN LOS CENTROS DE SALUD N°1 N°2 Y N°3 DELA CIUDAD DE LOJA
Y SU RELACIÓN CON LA CALIDAD DE ATENCIÓN BRINDADA A LOS USUARIOS"



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
Carrera de Medicina Humana

TEMA

**SINDROME DE DESGASTE PROFESIONAL
(BURNOUT) EN MÉDICOS Y ENFERMERAS QUE
LABORAN EN LOS CENTROS DE SALUD N°1 N°2 Y
N°3 DELA CIUDAD DE LOJA Y SU RELACIÓN CON
LA CALIDAD DE ATENCIÓN BRINDADA A LOS
USUARIOS, DURANTE EL PERIODO
MARZO – AGOSTO 2012.**

Tesis de Grado previa
obtención del título de
MÉDICO GENERAL

AUTOR

Jackson Eduardo Medina Chamba

DIRECTORA

Dra. Lucia Ludeña González

Loja - Ecuador
2013



CERTIFICACIÓN

Loja, 17 de octubre del 2013

Dra. Lucía Ludeña

**DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA DE LA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**

CERTIFICA:

Que el presente trabajo de investigación titulado **“SINDROME DE DESGASTE PROFESIONAL (BURNOUT) EN MÉDICOS Y ENFERMERAS QUE LABORAN EN LOS CENTROS DE SALUD N°1 N°2 Y N°3 DE LA CIUDAD DE LOJA Y SU RELACIÓN CON LA CALIDAD DE ATENCIÓN BRINDADA A LOS USUARIOS, DURANTE EL PERIODO MARZO- AGOSTO 2012”** de autoría del Sr. **Jackson Eduardo Medina Chamba**, ha sido realizado bajo mi control, dirección y supervisión, por lo que al cumplir los requisitos de forma y de fondo reglamentarios, autorizo su presentación, sustentación y defensa.

Atentamente

Dra. Lucía Ludeña
DIRECTORA DE TESIS



AUTORÍA

Yo, **JACKSON EDUARDO MEDINA CHAMBA**, declaro ser autor, del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misa.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional-Biblioteca Virtual.

Autor: Jackson Eduardo Medina Chamba.

Firma:  _____

Cédula: 1104875727

Fecha: Loja, 17 de octubre del 2013.



CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, **JACKSON EDUARDO MEDINA CHAMBA**, declaro ser autor de la tesis titulada: **"SINDROME DE DESGASTE PROFESIONAL (BURNOUT) EN MÉDICOS Y ENFERMERAS QUE LABORAN EN LOS CENTROS DE SALUD N°1 N°2 Y N°3 DE LA CIUDAD DE LOJA Y SU RELACIÓN CON LA CALIDAD DE ATENCIÓN BRINDADA A LOS USUARIOS, DURANTE EL PERIODO MARZO- AGOSTO 2012"**, como requisito para optar al grado de: MEDICO GENERAL; autorizo al sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos muestre al mundo la producción intelectual dentro de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional:

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDL, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la misma, que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los diez y siete días del mes de octubre del dos mil trece, firma el autor.

Firma: _____

Autor: Jackson Eduardo Medina Chamba.

Cédula: 1104875727

Dirección: Zamora huayco, Río Caqueta 05-47, y Av. Marañón.

Correo Electrónico: jack22_js@yahoo.es

Fecha: 17 de octubre del 2013.

Teléfono: 2573987 Celular: 0992218706

DATOS COMPLEMENTARIOS

Director de tesis: Dra. Lucía Ludeña González

Tribunal de Grado: - Dr. Néstor Maldonado
- Dra. Margarita Sotomayor
- Dr. Byron Garcés



DEDICATORIA

Al dar por finalizado el presente trabajo de Tesis, quiero dedicárselo con mucho cariño primeramente a Dios, por ser el autor principal de cada uno de los éxitos y metas alcanzadas. A mis padres: Eduardo Baltazar Medina Escaleras y María Vicenta Chamba Yaguana, por su ejemplo, dedicación, apoyo moral, espiritual y económico, y cuyo esfuerzo y amor se ve reflejado en la culminación con éxito de esta etapa maravillosa de mi vida. Y a mis hermanos, sobrinos, y demás familiares que con su paciencia, ánimos y apoyo constante, han sido el pilar fundamental durante mis años de formación.

Jackson Eduardo Medina Chamba
AUTOR



AGRADECIMIENTO

Primeramente quiero agradecer a Dios, por ser mi guía constante y por fortalecerme en cada etapa de mi vida, y a mis padres y hermanos por que con su valioso ejemplo, apoyo, estimulación y comprensión, han sido el pilar fundamental en este éxito alcanzado.

Mi más sincero agradecimiento a la Universidad Nacional de Loja, por ser la casa que me acogió para dotarme de una profesión, herramienta necesaria para surgir, siendo portadores no solo de conocimientos intelectuales sino también de valores morales. A los distinguidos maestros de la Carrera de Medicina del Área de la Salud Humana, quienes con su sabiduría, dedicación, tiempo y paciencia han sido guías, instrumentos y amigos para cada uno de los triunfos y derrotas que se han presentado cada módulo transcurrido; pues ellos han compartido sus amplios conocimientos para ayudar en mi formación integral. Debo recalcar de manera especial, un reconocimiento a mi tutora Dra. Lucia Ludeña, quien con su motivación, experiencia y perseverancia me orientó en el desarrollo y culminación con éxito de este trabajo. También debo agradecer la labor de los profesionales (médicos – enfermeras) que laboran en los Centros de Salud de la ciudad de Loja, por su colaboración y tiempo prestado durante la aplicación de los instrumentos utilizados para la realización de mi trabajo de tesis.

EL AUTOR



TÍTULO

“SINDROME DE DESGASTE PROFESIONAL (BURNOUT) EN MÉDICOS Y ENFERMERAS QUE LABORAN EN LOS CENTROS DE SALUD N°1 N°2 Y N°3 DE LA CIUDAD DE LOJA Y SU RELACIÓN CON LA CALIDAD DE ATENCIÓN BRINDADA A LOS USUARIOS, DURANTE EL PERIODO MARZO – AGOSTO 2012”.



RESUMEN

Ser médico o enfermera no es fácil, es una gran responsabilidad, es estar a cargo de seres humanos en momentos en los que la vida y la muerte se enfrentan, esto trae consigo un desgaste de los recursos emocionales, que si no son bien manejados traen un desmejoramiento a nivel de salud mental, que puede somatizar y ver comprometido el estado biológico del personal de salud, lo que determina una carga negativa tanto para la institución en la que labora, como para el Sistema Nacional de Salud, obteniendo como resultado una población insatisfecha, no bien atendida y problemas de salud poco o nada resueltos. El presente trabajo de investigación es de tipo descriptivo y transversal cuyo objetivo, es identificar la presencia del Síndrome de Burnout en médicos y enfermeras, que laboran en los centros de Salud N°1, N°2 y N°3 de la ciudad de Loja, y su relación con variables determinantes como la edad, género, estado civil, lugar y antigüedad laboral, y a su vez la influencia en la calidad de atención brindada a los usuarios, esto mediante la aplicación del Test de Maslach Burnout Inventory (MBI) (ANEXO 1) y el Cuestionario para evaluar la calidad percibida de la atención en casas de saludSERVQHOS (SERVICES QUALITY HOSPITAL) (ANEXO 2). Los Mismos que fueron aplicados en el mes de abril y mayo del 2012, a 54 médicos, 26 enfermeras y 200 usuarios externos. Una vez analizados los resultados se evidenció que en síndrome de Burnout se presenta en el 19% (10) de los médicos y el 26.5% (7) de enfermeras, en su mayor parte mujeres (65%), casados (65%), entre las edades de 31 a 40 años (47%), con <1 año de antigüedad laboral (47%) trabajando mas de 8 horas al día(53%) y en su mayoría pertenecientes al Centro de Salud N°3 (47%). Finalmente el 53% (108) usuarios definieron la calidad de atención, como de calidad Media.

Palabras claves: Síndrome de Burnout, profesionales de la salud, calidad de atención médica.



SUMMARY

Being a doctor or nurse is not easy , it is a great responsibility , it is to be in charge of human beings in times when life and death are facing , this entails an erosion of emotional resources , which if not handled well bring been a decline in mental health level , which can somatize and see committed the biological state of health , which determines a negative charge for the institution in which they work, and for the National Health System , resulting in a population unsatisfied , not well attended and health problems solved little or nothing . The research work, is descriptive and cross whose objective is to identify the presence of burnout syndrome among physicians and nurses working in health centers N ° 1, N ° 2 and N ° 3 of the city of Loja , and its relation to key variables such as age , gender , marital status , place and length of service , and in turn influence the quality of care provided to users, this test by applying the Maslach Burnout Inventory (MBI) (annex 1) and the questionnaire to evaluate the perceived quality of care in nursing homes SERVQHOS (SERVICES QUALITY HOSPITAL) (annex2). The Common that were applied in April and May 2012, 54 doctors, 26 nurses and 200 external users. Following analysis of the results showed that the frequency of Burnout was 21.25 % (17) , of which 12.5 % (10) are doctors and 8.75 % (7) are nurses , mostly women (65%), married (65%) , aged 31-40 years (47%), with <1 year of work experience (47%) work more than 8 hours per day (53%) and mostly belonging to the Health Center N 3 (47%). Finally, 53 % (108) user defined quality of care , and quality Media

Keywords: Burnout Syndrome, health professionals, health care quality.



INTRODUCCIÓN

La profesión Médica, caracterizada por el contacto estrecho con los padecimientos, problemas, dolor y sinnúmero de enfermedades que presentan los seres humanos, da lugar a una constante tensión mental y física del personal de salud, siendo un reto cotidiano la formación y acumulación de conocimientos que le permiten enfrentarse a los problemas de su profesión; el trabajar en largos horarios u horarios nocturnos, o con pacientes que cada vez son más exigentes y no permiten el mínimo desatino por parte de los médico o enfermeras, sumando a esto trámites burocráticos que debe cumplir en la atención de los mismos. Ser médico o enfermera no es fácil, es una gran responsabilidad, es estar a cargo de seres humanos en momentos en los que la vida y la muerte se enfrentan, esto trae consigo un desgaste de los recursos emocionales, que si no son bien manejados traen un desmejoramiento a nivel de salud mental, que puede somatizar y ver comprometido el estado biológico del personal de salud, lo que lleva consigo al deterioro de los servicios que el profesional presta; y a su vez determina en una carga negativa tanto para la institución en la que labora, como para el Sistema Nacional de Salud, obteniendo como resultado una población insatisfecha, no bien atendida y problemas de salud poco o nada resueltos.

En este marco; desde el año de 1974 se describió una situación laboral en la cual los profesionales tenían la sensación de “estar quemados” o “consumidos”, también conocido como Burnout, el cual hacía referencia especial a profesionales que trataban con personas, pacientes o clientes, que en el contacto cotidiano llevaban a un deterioro de la calidad de los cuidados profesionales que se entregaban a los usuarios del servicio, por lo que se le dio la denominación de **Síndrome de Burnout o Síndrome de Desgaste profesional**(1).

Este silencioso pero devastador síndrome es mencionado muy ligeramente en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) en el apartado asociado a “problemas relacionados con el manejo de dificultad de la vida”, donde se destaca a los individuos que tenían Burnout con otro síndrome diagnosticado, como el



Síndrome de Neurastenia, y esto siempre y cuando los síntomas estén asociados al trabajo, valorándolos en esos casos como una forma de enfermedad mental. Este síndrome se caracteriza por la presencia de síntomas psicósomáticos tales como: fatiga crónica, frecuentes dolores de cabeza, trastornos del sueño, desórdenes gastrointestinales, pérdida de peso, dolores musculares, entre otros. En la esfera conductual se hace palpable por ausentismo laboral, incapacidad para vivir de forma relajada, superficialidad en el contacto con los demás, comportamientos de alto riesgo, y aumento de conductas violentas, entre otras(2).

Un estudio realizado por la universidad de Barcelona-España, en el año 2009, sobre la prevalencia de síndrome de Burnout en Hispanoamérica, ha podido determinar que el 14.9% de los profesionales residentes en España padecen esta patología, seguidos del **14,4% en Argentina**, y del **7,9% en Uruguay**. Los profesionales de **México, Ecuador, Perú, Colombia, Guatemala y El Salvador** presentaron prevalencias entre **2,5% y 5,9%**. Por profesiones, Medicina tuvo una prevalencia del 12,1%, Enfermería del 7,2%, y Odontología, Psicología y Nutrición tuvieron cifras inferiores al 6%. Entre los médicos el Burnout predominaba en los que trabajaban en urgencias (17%) e internistas (15,5%), mientras que anestesistas y dermatólogos tuvieron las prevalencias más bajas (5% y 5,3% respectivamente) (3).

En nuestro país el término Burnout en la salud comienza a cobrar fuerza, primero entre profesionales que trabajan en emergencia, terapia intensiva y consulta externa. En todos estos servicios se han visto implicados muchos factores que predisponen a una génesis temprana de esta patología, siendo el aspecto económico uno de los principales, en el cual, la competencia de “mercado”, ha transformado la salud en un bien de consumo del que queda gran parte de la población sin poder adquisitivo, colocando a los profesionales en un lugar de impotencia frente a la falta de recursos (4).

El presente trabajo investigativo, tiene como objetivo general el, Determinar el grado de Desgaste Profesional, en médicos y enfermeras, y su Influencia en la Calidad de Atención, brindada a los pacientes que acuden a los Centros de Salud



de la ciudad de Loja, durante el periodo marzo– Agosto del 2012. Mientras que los OBJETIVOS ESPECIFICOS son:

- Conocer la frecuencia de Síndrome de Burnout en los profesionales que laboran en los diferentes centros de Salud de la ciudad de Loja, y su relación con el género, tiempo y lugar de trabajo, horas que laboran al día, y otros factores asociados como el estado civil y la edad.
- Identificar la dimensión de desgaste profesional que predomina en los médicos y enfermeras.
- Evaluar la calidad de atención que brindan los profesionales con síndrome de Burnout y el nivel de satisfacción de los usuarios.
- Desarrollar una propuesta educativa (tríptico), dirigido al personal médico y de enfermería, con el fin de brindar información sobre las características, repercusiones y guías para la prevención y manejo oportuno de esta patología.

Este estudio, es de tipo descriptivo y transversal, realizado en 80 profesionales entre médicos (54) y enfermeras (26), y 200 usuarios externos, a los cuales se aplicó el Test de Maslach Burnout Inventory MBI (anexo 1) y el Cuestionario para evaluar la calidad percibida de la atención en casas de salud. La información obtenida, permitió determinar que el 21.25% (17) de los funcionarios, padecen de síndrome de Burnout, de los cuales 12.5%(10) son médicos y 8.75% (7) son enfermeras, en su mayor parte mujeres 65%(11), casados 65%(11), entre las edades de 31 a 40 años 47%(8), con <1 año de antigüedad laboral 47% (8), con una carga horaria > de 8 horas al día 53%(9) y pertenecientes al Centro de Salud N°3 47%(8). AL analizar cada una de las dimensiones que forman parte de este síndromes, se evidenció que alto Agotamiento emocional se presenta en el 30%(24), Despersonalización en el 50% (40) y baja realización personal en el 25% (20). De los 200 usuarios externos encuestados el 53% (108) califican la atención brindada por los profesionales como de calidad MEDIA.



REVISIÓN DE LA LITERATURA

SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL (BURNOUT)

1. REFERENCIAS HISTÓRICAS

En la actualidad sigue aumentando la prevalencia del síndrome, por lo que hay un gran interés, por avanzar la investigación empírica y en el planteamiento de modelos una explicación más específica de la etiología del síndrome y de formas acotadas de prevención, manifestándose en una gran cantidad de publicaciones científica sobre el tema de estudios pero que lamentablemente han sido realizados fuera de nuestro medio.

Freudenberg (1974) fue el primero en utilizar el término Bournout, que en una traducción al español significa “estar quemado o consumido”, para referirse a profesionales que tiene relación directa con los problemas de las personas, pacientes o clientes, y que len lo cotidiano llevaba a un deterioro de la calidad de cuidados profesionales que se entregaban a los usuarios del servicio. Ellos se daban cuenta de que su trabajo los dejaba exhaustos y que percibían como se deterioraba la calidad de servicio.

La popularización del concepto se le debe a Cristina Maslach, que a partir de 1977 lo conceptualiza en primera instancia, como una respuesta aun estrés crónico, caracterizado por síntomas de agotamiento psicológico, actitud fría y despersonalizada en la relación con los demás, y un sentimiento de inadecuación a las tareas que se han de desarrollar en el trabajo. También se le consideró como un tipo de “fatiga de compasión”, dado que se le relacionaba con las responsabilidades con la asistencia a personas, estos conceptos fueron difundidos en la Asociación de Psicología Americana.(5)

Como antecedente en 1981, se celebró en Philadelphia, la primera conferencia Nacional sobre Bournout, dándole relevancia por las políticas de bienestar a nivel individual y colectivo, por la mayor exigencia de los clientes y usuarios de los



servicios profesionales, y por la creciente influencia del estrés ya sea a nivel individual y colectivo.

En un comienzo se limitó el estudio del síndrome a profesiones relacionadas con el servicio y asistencia a los problemas de los clientes, y por ello la mayor parte de las investigaciones, entendían al SDP como una enfermedad asociada exclusivamente a este tipo de actividad. Hoy en día se ha tendido a superar dicha percepción, dado que se ha observado, en investigaciones, que el SDP puede desarrollarse en profesionales cuyo trabajo no conlleve necesariamente el contacto directo con personas. No obstante, las profesiones que presentan una mayor vulnerabilidad al Síndrome, siguen siendo aquellas relacionadas con la salud, la atención psicológica y psiquiátrica asistencia social y educación. Las características comunes de tales profesiones, parecen ser el desenvolvimiento de las personas en medios laborales extremadamente demandantes, donde se mantiene un intenso contacto con personas y la organización brinda inadecuado o escaso apoyo real a su labor. Así mismo, el tipo de interrelación que deja más vulnerable al profesional, es el de atención "cara a cara" al cliente.

Del mismo modo, los profesionales del sector público serían los que están más expuestos al SDP. En especial estarían aquellos orientados al servicio, con metas idealistas y que trabajan típicamente bajo normas que tiene la expectativa de la continua entrega de energía emocional, cognitiva e incluso física, para poder satisfacer las necesidades de sus clientes. N este contexto se ha visto que en la mayoría de las economías de mercado desarrolladas, el sector público presenta la necesidad de ajustarse a demandas crecientes realizadas por los consumidores, para que haya servicio de calidad, pero sin un real apoyo social para satisfacer las expectativas. Esto implica grandes montos de tensión individual y organizacional, frecuentes cambios (como despidos o cambios de tareas) y reducciones presupuestarias que finalmente conducen al Burnout.



2. DEFINICIÓN DEL SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL

Se han dado muchas definiciones del SDP, sin embargo en la actualidad podemos definirla como una reacción o respuesta inadecuada del profesional a estresores, sobre todo de tipo crónicos. Maslach expuso de la siguiente manera las características de este Síndrome:

- a) Agotamiento Emocional, en la cual el profesional agotó sus recursos psicológicos y ya no es capaz de dar más de si.
- b) Despersonalización o cinismo, que consiste en un actitud negativa hacia los usuarios o pacientes.
- c) Falta de realización personal.

Describiéndose además como síntomas asociados de Burnout:

- ✓ **Síntomas Físicos:** fatiga crónica cefaleas, insomnio, trastornos gastrointestinales, pérdida de peso, dolores musculares.
- ✓ **Síntomas conductuales:** absentismo laboral, abuso de drogas (tabaco, alcohol, etc.) conductas violentas, comportamiento de alto riesgo.
- ✓ **Síntomas cognitivos afectivos:** distanciamientos afectivos, irritabilidad, celos, incapacidad para concentrarse baja autoestima, pesimismo, indecisión, inatención.

En el ambiente laboral se muestra con las siguientes características:

- ✓ Falta de energía y entusiasmo.
- ✓ Descenso de interés por los usuarios.
- ✓ Percepción de estos como frustrantes y desmotivados.
- ✓ Alto absentismo y deseos de dejar el trabajo por otra ocupación.

Según opina Capilla, médico investigador, este síndrome es derivado del estrés laboral crónico al que está expuesto un trabajador, de manera gradual y continuada, de por lo menos 6 meses de exposición a los estresores existentes en el medio que rodean al trabajador.(6)



El modelo humanístico-existencial explica el síndrome de Burnout desde el punto de vista de la personalidad. En este sentido, los afectados son personas sobre adaptadas a los requerimientos del mundo externo, en una actividad sacrificada y sostenida a lo largo del tiempo, en desmedro de su persona. Esta personalidad laboral, responde exitosamente a las exigencias de una sociedad altamente competitiva y despersonalizante. Hay sobreexigencias en el orden interno y externo que lo condicionan a no poder evaluar el costo en salud, familiar y personal, necesitándose llegar a situaciones límites que pongan en peligro su vida, para detener esa carrera por rendir y alcanzar un éxito que no reconoce límites.

3. DIMENSIONES DEL SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL

3.1 Agotamiento Emocional

La dimensión de Agotamiento Emocional se caracteriza por dejar a las personas sin recursos ni energía, y con la sensación de que no puede ofrecer más, manifestando síntomas físicos y emocionales. Aparecen manifestaciones de irritabilidad, ansiedad y cansancio que no se recuperan con el descanso.

3.2 Despersonalización

La dimensión de despersonalización o cinismo, da cuenta del desarrollo de actitudes negativas e insensibilidad hacia las personas que se atiende y a los colegas en el trabajo, esto deriva en conflictos interpersonales y aislamiento. El estilo del trato despersonalizado a las personas se basa en generalizaciones, etiquetas y descalificaciones como un intento de evitar cualquier acercamiento que sea desgastante.

Esta dimensión alude al intento de las personas que proveen servicios a otros, de poner distancia entre sí misma y al que recibe el servicio por medio de ignorar activamente las cualidades y necesidades que los hace seres humanos únicos y comprometidos con las personas. Se refiere a la “deshumanización del individuo” éste se torna cínico en cuanto a la organización. Además comienza a tratar a las personas como objetos, actuando en forma distante e impersonal. Maslach y sus



colegas, más adelante modificaron la definición original de dos de las dimensiones, en la cual despersonalización fue renombrada cinismo, aunque se conservan intactos la agrupación de síntomas a los que se refiere la dimensión.

El Cinismo es un mecanismo que permite reducir al mínimo las emociones potencialmente intensas, que podría interferir con el funcionamiento en situaciones de la crisis. Cabe señalar que pueden ser apropiados los niveles moderados de distanciamiento eficaz en algunas ocupaciones, los niveles moderados de distanciamiento hacia los clientes a diferencia del distanciamiento disfuncional y extremo que ocurre con el SDP agregan que esto se debe a que la persona minimiza su involucramiento y compromiso con un trabajo que percibe como muy demandante, sacrificando sus ideales para protegerse de la fatiga y la desilusión, por ejemplo, puede usar un lenguaje denigrante o descalificador para referirse a los clientes o pacientes. Así mismo, desarrollas actitudes rígidas y burocráticas es decir, se guían “estrictamente por las reglas”, aunque no aporten a la solución del problema, de modo que evitan involucrarse personalmente con las dificultades de las personas con las que trabaja. Posteriormente los autores agregan que las demandas son más manejables, cuando las personas a las que atienden son consideradas como objetos impersonales del trabajo. Este factor hace énfasis en la necesidad de la empatía en las profesiones de ayuda y servicio a personas.

3.3 Realización Personal

La dimensión de falta de Realización personal, alude a la sensación de que no se están obteniendo logros de su trabajo autocalificándose negativamente. Esto hace referencia a las dificultades en el desempeño.

Ésta dimensión describe la tendencia a autoevaluarse negativamente, declinando el sentimiento de competencia en el trabajo. En otras palabras, los empleados sienten que no se desempeñan tan bien como lo hacían en un comienzo. Así mismo se tiene la constante sensación de falta de progreso y la persona se siente inefectiva aumenta su sentimiento de inadecuación y cada nuevo proyecto es sentido como abrumador. La dimensión de Realización personal en el trabajo fue



renombrada: antes se a conocía como logro reducido o inefectividad, sin embargo se siguen conservando intactos la agrupación de síntomas de la dimensión.

Esta dimensión hace énfasis en la evaluación personal que hace el trabajador de cómo se desempeña en el servicio ó ayuda que presta a las personas. Este factor habla de sentimientos de insuficiencia y de baja autoestima.

En las dimensiones del SDP se plantea que:

- ✓ El componente de estar **Agotado Emocionalmente**, representa la dimensión básica e individual del estrés en el SDP.
- ✓ El componente de **Despersonalización o Cinismo**, representa la dimensión del contexto interpersonal del SDP.
- ✓ El componente de **Realización Personal**, en el trabajo se refiere a la dimensión de auto evaluación del SDP.(7)

4. ETIOLOGÍA

4,1 FACTORES DESCENCADENANTES

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

4.1.2. Contacto cotidiano con la Enfermedad, el dolor y la muerte, “Ni el sol ni la muerte, pueden mirarse fijamente” opina Rocheufoucauld, sin embargo el médico tiene contacto a diario con ella. El médico ve lo que el resto no ven, eso crea una extraña sensación de soledad y de escepticismo a lo largo del tiempo, el mecanismo de defensa es la desconexión afectiva y el distanciamiento emocional.



Si la medicina tienes un gran tradición humanística no es por casualidad, sino más bien, porque una profesión como esta, precisa una reflexión filosófica, que permita comprender al paciente e incluso saber protegerse como médico, lamentablemente en la actualidad, la mayor parte de médicos que se gradúan, no tienen los mínimos conocimientos de estas disciplinas, y se enfrentan en la primera consulta a un paciente terminal y a una familia hostil, o con un anciano que se queja sin cesar, por lo tanto el médico debe mantener una lucidez, que permita resolver los problemas del paciente, sabiendo resguardar la salud mental como médico y aprovechar para adquirir experiencia.

4.1.3. Problemas del manejo cotidiano de la consulta clínica, el trabajo diario del médico consiste en encuentros breves en lo que hay que tener mucha atención, ser ágil, diversas situaciones como: síntomas, tratamientos, ansiedad, problemas familiares, educación, trámites burocráticos etc. Todo esto requiere una gran concentración para poder organizar el tiempo, estas habilidades se adquieren con el tiempo y resultan difíciles de conseguir, el temor a hacer daño al paciente, al error a ser rechazado, además el profesional médico es blanco de quejas por parte del paciente, las que se escapan de su competencia como problemas familiares, que el médico debe escuchar y tratar de dar alternativas de solución, las mismas que no son del todo fáciles.

Incluso pacientes que se niegan a reconocer los aciertos del médico y más bien las denuncias al menor descuido, o pacientes que son demasiado dependientes y dejan al médico cualquier toma de decisión acerca de sus problemas, por todo esto resulta más fácil tratar enfermedades que pacientes. Lo que trae una sobrecarga emocional llevando a un agotamiento inevitable. El médico debe adquirir destrezas que en su formación jamás fueron impartidas.

Las consultas triviales e innecesarias, está comprobado que producen estrés.



A veces la población confunde el papel del médico con el de “persona de servicio”, justificando que ellos “pagan”, y que los médicos deben satisfacer sus caprichos.

4.1.4. Dificultad a la información continuada, la información que en medicina crece de forma imparable y para el médico sobre todo de familia, le es muy difícil mantenerse al nivel, pese a que hoy en día las especialidades son las que tratan los problemas de salud más graves, para su derivación sigue existiendo dudas a donde serpa derivado el paciente, todo esto crea un ambiente de estrés.

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

4.1.6. Género, mientras unos autores dan que los niveles son mayores en mujeres aduciendo por el doble rol de profesionales y madres; mientras que otros dan mayores niveles de SDP en el hombre, sin embargo en otros no se halla ningún tipo de relación.

4.1.7. El Estado Civil, el matrimonio proporciona apoyo suficiente capaz de anular la tendencia hacia la implicación excesiva de trabajo y Burnout. Aunque se ha asociado el S+indrome más con las personas que no tienen pareja estable, tampoco hay acuerdo unánime; parece que las personas solteras tienen mayor cansancio emocional, menor realización personal y mayor despersonalización, que aquellas otras que o bien están casas o conviven con parejas estables. En este mismo orden la existencia o no de hijos hace que éstas personas puedan ser más resistente al síndrome,



debido a la tendencia generalmente encontrada en los padres, a ser personas más estables, y a la implicación con la familia y los hijos hace que tengan mayor capacidad para afrontar problemas personales y conflictos emocionales; y ser más realistas con la ayuda del apoyo familiar.

4.1.8. La **turnicidad laboral**, y el **horario laboral**, de estos profesionales pueden conllevar para algunos autores la presencia del síndrome; siendo en las enfermeras, donde ésta influencia es mayor.

4.1.9. Antigüedad Profesional, tampoco existe un acuerdo. Algunos autores encuentran una relación positiva con el síndrome, manifestada en dos periodos: correspondientes a los dos primeros años de carrera profesional y los mayores de 10 años de experiencia, como los momentos en los que se produce un menor nivel de asociación con esta patología. Algunos autores encuentran una relación inversa debido a que los sujetos que más Burnout experimentan acabarían por abandonar su profesión, por lo que los profesionales con más años en su trabajo serían los que menos Burnout presentaron y por ello siguen presentes.

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

4.1.10. También **el salario**, ha sido invocado como otro factor que predispone al SDP, aunque no este fundamentado en la literatura.

4.1.11. La **personalidad**, influye no solo en las manifestaciones sino también en la predisposición al SDP, y dentro de esta personalidad "tipo emocional" sería más predispuesta, además que es la que se dedica más a profesiones de servicio como la **medicina**.



Así Friedman y Rosenman, refiere que las personalidades de conducta tipo A, son los que más predisponen para el SDP. Debido a que éstos tienen el afán intenso y constante por conseguir metas establecidas por ellos mismos, pero poco definidas; presentan tendencias a competitividad, deseo de reconocimiento y logro; implicaron de varias tareas o trabajos al mismo tiempo por que siempre le lleva a un estado de alerta permanente que le hace frágil para el SDP.(8)

4.2 NÚCLEOS ETIOLÓGICOS:

- ✓ **Factor Personal:** Características del médico en particular.
- ✓ **Factor Profesional:** características específicas de la atención primaria.
- ✓ **Factor Laboral:** Características de los objetivos, organización que se establecen y de los recursos disponibles.

4.2.1 FÁCTOR PERSONAL

Se basa en la disyuntiva que existe entre las expectativas creadas en la facultad y realidad, y como se produce la adaptación a ésta.

Dichas expectativas son:

- ✓ **Expectativas altruistas:** poder ayudar a los que sufren.
- ✓ **Expectativas profesionales.-** ser un profesional competente y ser considerado como tal.
- ✓ **Expectativas sociales.-** Tener un prestigio social y buenos ingresos económicos.

4.2.2 FÁCTOR PROFESIONAL

A continuación se mencionan algunos factores estresantes a los que el médico se ve enfrentado:

- ✓ Trato directo y continuado con los pacientes y sus familias.
- ✓ Difícil mantener la distancia terapéutica.
- ✓ Gran variabilidad e incertidumbre diagnóstica.
- ✓ Campo de actuación muy amplio.



- ✓ Lagunas de conocimientos.
- ✓ Puede haber situaciones que no sepamos controlar.
- ✓ Derivación frecuente al especialista.
- ✓ Por falta de competencia o de capacidad.
- ✓ Por una presión asistencial alta.
- ✓ Excesiva burocratización de nuestras consultas. La excesiva burocracia nos descapitaliza profesionalmente, disminuyendo nuestra capacidad resolutive.

4.2.3 FÁCTORES ORGANIZATIVOS Y LABORALES

Se dan por una presión asistencial amplia que disminuye el tiempo de atención a los pacientes. Mucho tiene que ver la excesiva burocratización, a los médicos poco les gusta

el exceso de papeles, puede llegar a ser angustioso: recetas, pedidos de exámenes, informes, certificados y estadística, etc. Es importante que en la actualidad se esté informatizando los datos de los pacientes, esto hace más ágil la tención y disminuye la tensión del médico, pudiendo resolver los problemas de los pacientes de mejor forma.

El ruido, la mala iluminación, los malos olores, la falta de espacio en el consultorio o campo de trabajo es una fuente de estrés comprobada. Por desgracia muchos hospitales y centros de salud no cumplen con las condiciones mínimas, cuya mejor casi siempre depende de las autoridades d salud, las mismas que descuidan los factores señalados.

- **TRABAJO A TURNO**, esto produce un desfase entre la actividad laboral, generalmente a horarios no convenientes, y la actividad fisiológica que generalmente es diurna, por lo que las horas de sueño las realiza en horas diurna, en las que existe ruido y por lo que no llega a tener un sueño profundo y reparador. Finalmente llevando a una inversión del ritmo sueño vigilia, por lo que el médico presenta somnolencia en las horas de actividad y presenta somnolencia en las horas de reposo. Claramente se altera el ciclo circadiano, estos factores llevan a alteraciones conductuales, por lo



que el médico, llega a consumir café, alcohol y tabaco en exceso, trastornos afectivos y cardiovasculares, en medio de la fatiga en un turno por la noche el médico se ve obligado a tomar decisiones arriesgadas por eso, se predispone de gran manera para el Burnout.

Algunos profesionales de salud, presentan factores estresantes específicos, como los son algunos especialistas. Por ejemplo los intensivistas, que llevan día a día a una batalla contra la muerte, casi nunca reciben gratificaciones relacionadas con los pacientes.

El médico general, maneja un número variado de pacientes, por lo que no está identificado plenamente su perfil, presentando un campo de trabajo inabarcable y difícil de manejar sentimientos.

- La **COMPETENCIA**, entre compañeros lleva a una mayor exigencia, ya que se aglomera el número de profesionales, siendo difícil desenvolverse en forma libre con un grupo determinado de pacientes.
- La **INFLUENCIA DE RECURSOS**, la carencia de materiales y restricción en recursos sanitarios, conllevan a una abstinencia que fácilmente conduce al médico al Burnout.

Cuando las organizaciones presentan un clima poco satisfactorio para las personas que la integran, y la forma en que está definido el trabajo y las posibilidades de llevarlo a cabo son dificultosas, las personas están en riesgo de desarrollar significativamente el SDP.

Así mismo, influye la forma de administrar los incentivos y castigos dentro de la organización. En este caso, generaría el síndrome, las políticas organizacionales que no incentivan contingentemente al esfuerzo realizado o cuando sólo hay castigos.(9)

5. FISIOPATOLOGÍA

El estrés laboral crónico, factores psíquicos y en menor grado factores nutricionales provocan amplias y profundas consecuencias metabólicas debido a repercusiones principalmente sobre el eje hipotálamo hipofisario que es el principal afectado dando origen a la diversa sintomatología.



Ante situaciones estresantes crónicas el hipotálamo se reactiva y estimula la glándula hipofisaria que produce más hormona adrenocorticotropa (ACTH) que estimula inadecuadamente las glándulas suprarrenales produciendo:

- Aumento en la producción de glucocorticoides y mineralocorticoides como el cortisol que en cierta forma nos preparan para la lucha, cambiando profundamente el metabolismo.
- Aumento en la producción de adrenalina, noradrenalina y dopamina que interactúan en forma negativa en los neurotransmisores del sistema nervioso central y periférico como ser el hipocampo y otras áreas ocasionando: neurotoxicidad como por ejemplo: atrofia dendrítica, daño y muerte neuronal principalmente en el hipocampo y otras áreas aún no muy descritas.

Así se plantean tres etapas que responden al estímulo hormonal:

- a. **Alarma:** Donde el cuerpo inicia una elevación de ACTH, catecolaminas y cortisol, con lo cual el cuerpo tiene un estímulo simpático.
- b. **Resistencia:** Donde este estímulo hormonal se convierte en crónico, siendo crónica también la excitación simpática iniciando el deterioro de los aparatos y sistemas del cuerpo humano.
- c. **Agotamiento:** Corresponde al cese de la capacidad humana tanto física como intelectual debido al estrés continuo.

6. ETAPAS DEL SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL

El SDP tiene un curso insidioso que avanza en gravedad, arrojando en las fases finales los peores resultados de desempeño. Actualmente se proponen varias etapas: al principio las demandas laborales exceden a los recursos materiales y humanos de los profesionales. A consecuencia de ello, hay un sobreesfuerzo en el que, el sujeto manifestaría signos de ansiedad fatiga, irritabilidad así como una reducción de las metas laborales, disminución de la responsabilidad personal y descenso en el altruismo profesional. Así mismo, se produciría un cambio de actitudes tales como distanciamiento emocional, deseo de huida, cinismo y rigidez.



Es así como en etapas tempranas las personas se sienten fatigadas físicas, mentales y emocionalmente y tiene intensas emociones de frustración aburrimiento y desilusión. Presentan síntomas de tensión tales como aumento de consumo de alcohol, cafeína y nicotina, cambios en los hábitos del sueño y alimentación, aislamiento de otras personas, disminución del contacto ocular ánimo caído e irritabilidad.

Cuando progresa, el SDP comienza a afectar los hábitos de trabajo. Las personas acostumbradas a realizar trabajos de alta calidad, ya no tiene ganas de hacerlo y buscan "atajos para lograrlo". Esto comienza a minar la autoestima del trabajador y puede acarrear sentimientos de culpa. Trabajadores afectados llegan tarde y salen temprano y la productividad decae. Las reacciones emocionales contribuyen a un endurecimiento psicológico y a una defensa frente al medio. Estos trabajadores se vuelven aislados evitando contacto con compañeros de trabajo y supervisores. Se vuelven cada vez más hostiles, irritados y deprimidos, siendo el ánimo de pesimismo muy predominante. Se ha observado que pueden sufrir síntomas de tensión tales como fatiga crónica cefaleas, lumbago, sequedad de la boca y garganta, disfagia, estreñimiento, problemas a la piel, dolores de pecho, palpitaciones o tic nerviosos. En las etapas finales del SDP, los trabajadores experimentan un sentimiento irreversible de desvinculación o desapego y una pérdida total del interés en su trabajo. La autoestima es muy baja y los sentimientos hacia el trabajo son totalmente negativos, así mismo, el ausentismo se vuelve un problema frecuente. A estas alturas la única solución es el cambio de trabajo. Las defensas de estas personas se encuentran desgastadas, sobreviviendo la indefensión. Aunque aparentemente contradictorio, los trabajadores que llegan a las etapas finales del SDP, son usualmente personas muy responsivas a los demás y los compañeros de trabajo los tienden a buscar para lograr apoyo, dado que son personas siempre disponibles que recogen y absorben las quejas de los otros. No obstante, al llegar a las etapas finales se observa un cambio de actitud y distanciamiento, que va deteriorando los vínculos interpersonales dentro del área de trabajo.(10)



7. MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Al hablar de un síndrome causado por el estrés, este se manifiesta con síntomas y síntomas que se describen a continuación:

7.1 PSICOSOMÁTICOS: fatiga crónica, frecuentes dolores de cabeza, problemas de sueño, úlceras y otros desórdenes gastrointestinales, pérdida de peso, dolores musculares, entre otros.

7.2 CONDUCTUALES: ausentismo laboral, abuso de drogas como el café, tabaco, alcohol, fármacos, entre otros, incapacidad para vivir de forma relajada, superficialidad en el contacto con los demás, comportamientos de alto riesgo, aumento de conductas violentas.

7.3 EMOCIONALES: distanciamiento afectivo como forma de protección del yo, aburrimiento y actitud cínica, impaciencia e irritabilidad, sentimiento de omnipotencia, desorientación, incapacidad de concentración, sentimientos depresivos.

7.4 DEL AMBIENTE LABORAL: disminución de la capacidad de trabajo, disminución de la calidad de los servicios que se presta a los clientes, aumento de interacciones hostiles, comunicaciones deficientes.

Todos estos síntomas tienen las siguientes características:

- I. *Aparece de forma brusca:* aparece de un día para otro, lo que varía es la intensidad dentro del mismo individuo. Es frecuente que sea difícil precisar hasta que punto padece el síndrome o es el propio desgaste profesional, y donde está el límite entre una cosa y la otra.
- II. *Negación:* se tiende a negar, ya que suele vivirse como un fracaso profesional y personal. Los compañeros son los primeros que lo notan y esto es muy importante para un diagnóstico precoz.
- III. *Fase Irreversible:* entre el 5 y el 10% de los casos el síndrome resulta irreversible. Por lo tanto, es importante la prevención ya que, normalmente, el diagnóstico precoz es complicado y la línea que separa el desgaste del Burnout es muy delgada.



8. CONSECUENCIAS DEL SDP

Las consecuencias de éste síndrome las podemos analizar desde los siguientes enfoques:

8.1 CONSECUENCIAS PARA EL PROFESIONAL

Los problemas que traería consigo el SDP para el profesional médico son las alteraciones para la salud, dándose trastornos psicósomáticos o psicofisiológicos, que afectan al sistema gastrointestinal, respiratorio, músculo esquelético y piel.

8.2 CONSECUENCIAS PARA LA ORGANIZACIÓN

El SDP tiene consecuencias muy negativas para la organización, como insatisfacción de los pacientes, dificultad para establecer sistemas de motivación en el trabajo, también incluye los altos niveles de absentismo laboral, la tendencia a abandonar tanto el trabajo como la organización, el deterioro en la calidad del desempeño laboral, el menor interés por las cuestiones laborales con un tedio en aumento y la tendencia creciente a que existan conflictos laborales, con dificultades entre compañeros de trabajo y supervisores, y los accidentes laborales que aumentan en su frecuencia.

9. COMPARACIÓN DEL SDP CON OTROS ESTADOS

La validez de la definición del síndrome necesariamente implica comparar para lograr diferenciar el SDP con otros estados. Esto es relevante, dado que el proceso en que ocurre el SDP supone una compleja interacción de variables afectivas, cognitivo-aptitudinales, actitudinales y ambientales.

Incluso la discusión inicial sobre el síndrome se focalizó en la validez discriminante del SDP, de modo que se buscaba conocer si era un fenómeno diferente y distinto. Entre los constructos que se han observado como más relacionados con el síndrome se encuentra la depresión la satisfacción laboral y finalmente su estrecha relación con el estrés.



9.1 SATISFACCIÓN LABORAL

En cuanto a las diferencias entre satisfacción laboral y SDP, las investigaciones han encontrado una correlación negativa entre estos dos constructos. Ésta indica que no son idénticos, pero sí que están claramente ligados. Sin embargo, la naturaleza de cómo están ligados sigue siendo materia de especulación, dado que no queda claro si la insatisfacción lleva al SDP o si es el BO el que generaría la sensación de insatisfacción laboral. No obstante a ello, se ha visto que hay personas que no están plenamente satisfechas con su trabajo y no necesariamente presentan el Síndrome.

9.2 DEPRESIÓN

La depresión presenta algunos síntomas que también los manifiestan personas que sufren de esta patología, por lo que incluso algunos autores consideran al ADP como “depresión relacionada al trabajo”. Éste planteamiento supone que el síndrome afecta al sentimiento más próximo al cuerpo, como la vitalidad, energía y motivación por hacer las cosas. Se acompaña de agresividad y rabia, y termina alejando a las personas que rodean al afectado al igual que sucede con los depresivos por lo que el afectado ve confirmadas sus creencias distorsionadas de que son poco queridos. Es por ello que se considera que hay varias similitudes entre ambos cuadros. No obstante la investigación ha establecido que el SDP es un problema específico al contexto de trabajo y relacionado exclusivamente con causas relacionadas con el entorno laboral, en contraste con la depresión, la cual tiende a prevalecer en cada dominio de la vida de las personas. Otros autores también afirman que no se observan episodios delirantes o psicóticos en las descripciones del SDP, lo que si se puede dar en depresiones profundas.

Los individuos que sufrirían SDP aún estarían en la batalla para lograr estatus y prestigio en el grupo y se consideran como ganadores potenciales, mientras que los individuos depresivos se han dado por vencidos. Solamente cuando los individuos con SDP perciben que los han derrotado, experimentan una pérdida de estatus, prestigio y se les deteriora la autoestima, tenderían a desarrollar una depresión.



Es así como la relación entre el SDP y la depresión estaría más bien relacionada con el dejar más vulnerable a las personas a padecer el síndrome.

9.3 ESTRÉS

La principal diferencia entre estos dos estados, es que el estrés tiene efectos positivos y negativos para la vida, y el SDP siempre trae consecuencias negativas. Concluyen que de los factores que componen tradicionalmente el SDP (Agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal), el agotamiento emocional y reducida realización personal, son constructos formalmente estudiados en relación con el estrés. Sin embargo, la Despersonalización es un constructo único del síndrome y que no es abordado en la literatura acerca del estrés.

Se señalan que el SDP es un síndrome que afecta directamente a los valores y al esperanza de las personas, provocando cuestionamientos existenciales y vocacionales que no se observan en el síndrome de estrés. Así mismo, el estrés parece afectar a personalidades predispuestas (tipos A y C) y se puede deducir que, a la larga, el SDP afecta a todo tipo de personalidades, pese a haber algunas más vulnerables que otras, mientras se cuente con el contexto organizacional. Es así como se considera que el SDP, es precedido por el estrés, siendo una etapa final de un curso crónico.(11)

10. MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO Y MEDICIÓN

Como métodos de diagnóstico del síndrome de Burnout se han utilizado distintas técnicas. Al principio se utilizaban las observaciones sistemáticas, entrevistas estructuradas y test proyectivos, pero a través del tiempo se ha ido dando mayor importancia a los cuestionarios o auto informes por ser fáciles de realizar, entretenidos para el encuestado, y en este caso confiables ya que mantienen objetividad en sus preguntas, siendo el instrumento de medida estandarizado, el Maslach Burnout Inventory (MBI).



10.1 MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI)

Este es un método de medición el cual fue creado en el año de 1981, desde entonces sufrió muchos cambios al irse realizando nuevos estudios; reduciéndose de 47 ítems hasta la fecha actual que consta tan solo de 22 ítems en forma de afirmaciones, auto administrado y recoge respuestas del sujeto con relación a su trabajo sobre sus sentimientos, emociones, pensamientos y conductas; donde el sujeto escoge una respuesta de las 7 opciones planteadas atribuyéndosele la puntuación establecida para cada respuesta.

Los autores consideraron al Burnout como un síndrome tridimensional, dividiéndolo en tres sub escalas:

- Agotamiento Emocional. (AE) (9 preguntas. 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20) Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo.
- Despersonalización (D) (5 preguntas 5, 10, 11, 15, 22) Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento.
- Baja Realización Personal (RP) (8 preguntas 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21). Cuanto mayor es la puntuación en esta subescala mayor es la realización personal, porque en este caso la puntuación es inversamente proporcional al grado de Burnout. Es decir, a menor puntuación de realización o logro personal más afectado está el sujeto.(12)

De estas respuestas se obtiene una puntuación que se suma según en qué clasificación estén, para interpretarlo según la escala ya establecida. No existe un punto de corte establecido para decir si hay o no la presencia del síndrome; lo que usamos con esta escala es determinar un nivel de Burnout, pudiendo ser:

BAJO si: AE 0 - 18

DP 0 - 5

RP 40 o más

MEDIO si: AE de 19 – 26

DP de 6 – 9

RP de 34 - 39



ALTO si: AE 27 – 54
DP 10 - 30
RP 33 o menos.

11. TRATAMIENTO DEL BURNOUT

No sería complicado determinar un tratamiento eficaz para curar este síndrome, así como también la manera de prevenirlo, basta tener muy claro las causas, para poder evitarlas y armarse con las herramientas necesarias para poder superarlo una vez que se haya establecido, por lo que de una manera muy puntual se proponen varios mecanismos para llevar a cabo lo antes mencionado, una medida aislada no tiene el efecto deseado, pues es todo el estilo de vida lo que debe variar en estos casos. Resulta menos complicado cambiar ciertos factores que influyen dentro de este síndrome en el contexto personal, que otros, cuyo cambio o eliminación significarían realmente un cambio extremo que pocas personas estarán dispuestas a tomar, lo cual resulta en una gran dificultad que sobrepasaría en algunos casos los deseos de algunas personas de evitar o en otro caso de curar esta enfermedad, por lo que existen Programas completos, muy bien asistidos, para llevar a cabo un complejo sistema de tratamiento y prevención. Pero hay casos en los que el intervencionismo se realiza en base a fármacos, cuyo uso debe estar bien sustentado y justificado en cada paciente, de esta manera tenemos:

11.1 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

ANSIOLÍTICOS

Realmente se debe definir cada caso como particular si es que necesita medicación el estrés y el SDP pueden causar cambios conductuales patológicos, ya que suelen llevar al individuo al sufrimiento e incapacitación, en este punto la mayoría de personas, se automedican incluso inconscientemente con el consumo de alcohol, café, etc. Los médicos con Burnout al inicio generalmente presentan ansiedad por lo que los fármacos ANSIOLÍTICOS, además de su facilidad se une los pocos efectos adversos y su eficacia es muy lenta. Pero lamentablemente también son manejados de



forma automedicada por que se abusa y se obtiene resultados negativos como el estar poco activo en las horas de trabajo, por lo que lo debe manejar un especialista con las dosis y tiempo adecuado.

Los medicamentos ansiolíticos deben ser manejados de acuerdo a la situación del individuo siguiendo estas pautas:

- Previa evaluación médica o psiquiátrica.
- Siempre en el marco terapéutico controlado.
- A corto o medio plazo, a lo sumo solo meses excepto la Buspirona, que se puede utilizar por largo tiempo.
- En conjunción con medida higiénico-dietéticas cambios en los estilos de vida y modificaciones psicosociales apropiadas.

ANTIDEPRESIVOS

El Burnout es una entidad en las que pueden ser involucrados algunos desequilibrios con antidepresivos, son embargo estudios que se hizo en la Universidad de Madrid con una muestra de 112 pacientes con patologías psiquiátricas por el trabajo, el 44% precisaron tratamiento con antidepresivos, y el 40% mantuvo mejoría notable con reducción del tiempo para reinserción a los sitios de trabajo.

Se recomienda el tratamiento con antidepresivos siguiendo las siguientes normas:

- Generalmente se debe iniciar el tratamiento luego de ensayar con tratamiento ansiolítico o combinado que es lo mejor a corto plazo.
- En el Burnout se debe dar tratamiento antidepresivo si la depresión es Clara en este tipo de pacientes.

Una vez resuelto el problema de depresión en el Burnout se deben cambiar las actitudes y aptitudes, así como las condiciones laborales.(13)



12. INTERVENCIÓN Y PREVENCIÓN DEL SDP

La principal dificultad para el tratamiento es la resistencia de los médicos y enfermeras para admitir, ellos mismos problemas emocionales, y adoptar el rol del paciente (los médicos catalogados como “peores pacientes”). Además por ser pacientes especiales, reciben un tratamiento de peor calidad así como menos tiempo de seguimiento que los pacientes no sanitarios. En el grupo de trabajo quien se da cuenta que el médico puede estar en fases iniciales de Burnout son los compañeros quienes empiezan a notar cambios en su conducta, actitudes y apatía.

Es válida la intervención tanto individualmente como en el sistema donde se desenvuelve el profesional. Es así, que para el programa de intervención en el SDP se debe integrar tres niveles:

- Intervención sobre los estresores laborales (individuales, organizacionales) y la interacción de ambos.
- Intervención sobre el nivel de estrés evaluado por el individuo y por los demás.
- Intervención sobre las consecuencias del estrés (psicopatológicas, fisiológicas y conductuales).

12.1 INTERVENCIONES INDIVIDUALES

Las intervenciones individuales están enfocadas a que el médico tenga una opinión favorable de sí mismo, y limitar los procesos del Síndrome. Se recomienda que las personas cambien el estilo de vida, dedicando más tiempo a los familiares, y diversificando sus actividades.

Los grupos de apoyo son una alternativa para prevenir el SDP, donde se puede compartir experiencias, conseguir ayuda conjuntamente, y poder interactuar expresando sentimientos y expectativas.

Simas y Cols. (1990) propone 4 factores predictores del trabajo estimulante para intervenir con el SDP; un programa de trabajo, un entorno de aprendizaje que



favorezca en el desarrollo personal, variedad de experiencia y condiciones de trabajo adecuadas.

Como último recurso se aconseja el cambio de estilo de vida, abandonando la actividad cotidiana y pasando más tiempo con las familias.

Se han propuesto diferentes medidas para prevenir el SDP como:

- ✓ Grupos de apoyo.
- ✓ Programas de ejercicio físico y técnicas de relajación.

El apoyo social está enfocado primero a escuchar, sin dar consejos y emitir juicios; reconocimiento de la actividad que realiza el profesional de salud, programas para evitar la rutina y el aburrimiento; apoyo emocional que puede ser dado por los cónyuges, amigos o familiares; apoyo a través de grupos.

De esta manera podemos agrupar las intervenciones individuales en lo mencionado a continuación:

- *Trabajar mejor en vez de más;* realizar pequeños cambios que pueden hacer el trabajo menos estresante y más eficiente.
- *Establecer objetivos realistas,* conseguir cosas factibles y realistas, teniendo en cuenta nuestra capacidad y nuestras limitaciones.
- *Realizar lo mismo de forma diferente,* intentar huir de la rutina, ya que esto proporciona psicológicamente un mayor sentido de autonomía y de libertad personal. Hacer una pausa, ya que es la oportunidad de darse un respiro o de reflexionar, antes de dar una respuesta ante una pregunta impertinente.
- *Tomar las cosas con más distancia,* ya que el agotamiento emocional aumenta cuando se implica demasiado con la gente, tomar una cierta distancia puede ayudar, procurar no llevarse el trabajo a casa, ni en las manos ni en la cabeza.
- Acentuar los aspectos positivos, pensar en los éxitos y gratificaciones personales que obtenemos de nuestro trabajo, así contrarrestaremos las frustraciones y los fracasos.
- Conocerse a sí mismo, analizar nuestras propias reacciones y reflexionar sobre el por qué de tales reacciones. El autoanálisis debe ser



constructivo, no destructivo. Reconocer nuestros límites y aprender de nuestros errores, ya que esto será un paso hacia el crecimiento personal.

- Reposo y relajación, ya que la aparición del estrés significa que existe una sobrecarga y será preciso identificar y tratar su causa.
- Establecer las fronteras, diferenciando lo que es el trabajo y lo que es el hogar.
- Mantener la vida privada, ya que muchos obtienen una descarga de su tensión con amigos o con una pareja comprensiva. Es importante también tener aficiones que ocupen nuestro tiempo libre y nos ayuden a olvidar el trabajo.
- Cambiar de trabajo, aunque sería la última alternativa, aunque se trata de una decisión que hay que meditar llegado el momento.(14)

12.2 INTERVENCIONES INSTITUCIONALES

En la actividad salubrista es esencial el apoyo institucional. Es importante que la administración clarifique los derechos y deberes de los usuarios del sistema y priorizar las medidas necesarias; Proveyendo los recursos necesarios para que los profesionales brinden la atención óptima requerida en un ambiente confortable y debidamente reconocido; desarrollando sistemas de estímulos.

Lo inicial es la realización de un diagnóstico institucional, identificando los problemas que los desencadenantes del Síndrome, de esta forma irán enfocadas a la resolución a este nivel.

Una vez realizado lo anterior se elaboran estrategias institucionales que se enfocan a la resolución a este nivel.

Una vez realizado lo anterior se elaboran estrategias institucionales que se enfocan a permitir una mayor flexibilidad en los turnos, periodo de vacaciones, horarios de compensación, permisos diversos, media jornada ocasional, años sabáticos.



Peiró, Ramos y Gonzáles-Romá (1994), explican que las estrategias de los “programas de control de estresores”, como estrategias a nivel organizacional, indican que tiene 3 vertientes:

- a. Reducción de las demandas ambientales.
- b. Incremento de los recursos personales.
- c. La búsqueda del ajuste entre dichas demandas ambientales y los recursos:
 - Reducción de las demandas ambientales: aquí se plantean intervenciones organizacionales: rediseño de puestos de trabajo, mejora de condiciones laborales, intervenciones sobre estructura organizacional. No se incluye el desarrollo organizacional, ya que más que una estrategia implica un programa específico con actuación en distintos niveles.
 - Incremento de recurso del individuo: sugiere una intervención individual centrada en la formación y entrenamiento en aspectos técnicos del puesto de trabajo, en habilidades sociales (relaciones interpersonales o liderazgo, en solución de problemas, negociación, entrenamiento en gestión de tiempo, entre otros.
 - Ajuste entre demandas y recursos: intenta lograr la adaptación entre la persona y su entorno de trabajo por medio de actividades de la Gestión de Recursos humanos. Tener en cuenta la política organizacional, ya que refuerza la adaptación (selección, formación, desarrollo de carrera, planes de motivación, incentivos).(15)

12.3 CONSEJOS PERSONALES PARA PREVENIR EL BURNOUT

- ✓ Centrarse en el “círculo de influencia”.
- ✓ Suprimir pequeñas molestias y crear hábitos agradables.
- ✓ Trabajar mejor en lugar de más.
 - Establecer objetivos realistas.
 - Hacer la misma cosa de manera distinta.



- Planificar adecuadamente nuestro tiempo.
- Permitirse pensar.
- Tomar las cosas con más distancia.
- ✓ Cuidarse así mismo además de los otros:
 - Acentuar los aspectos positivos.
 - Conocerse así mismo.
 - Establecer límites o fronteras.
 - Mantener la vida privada.
 - Tratar específicamente los trastornos psiquiátricos si aparecen.
 - Cambiar de trabajo.(16)



MATERIALES Y MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO

El presente trabajo investigativo, es de tipo:

- **DESCRIPTIVO:** porque realizaremos un análisis y relación de las variables en estudio, en este caso analizaremos la influencia del síndrome de desgaste profesional en la calidad de atención que médicos y enfermeras brindan a los usuarios.
- **TRANSVERSAL:** Porque se han analizado las variables simultáneamente en un determinado momento, en este caso, marzo – agosto 2012.

ÁREA y TIEMPO DE EJECUCIÓN DEL ESTUDIO:

La presente investigación, se realizó en los Centros de Salud N°1 N°2 Y N°3 de la Ciudad de Loja, en el periodo marzo-agosto del 2012.

UNIVERSO:

El Universo, está constituido por el personal de salud (médicos y enfermeras) que labora en los Centros de Salud de la ciudad de Loja, que suman un total de 80 y se encuentran distribuidos de la siguiente manera:

ÁREA DE SALUDN°1:

MÉDICOS	19
ENFERMERAS	9

ÁREA DE SALUDN°2:

MÉDICOS	14
ENFERMERAS	7

ÁREA DE SALUDN°3:

MÉDICOS	21
ENFERMERAS	10

Y por 200 usuarios externos.

MUESTRA

La conforma: 80 profesionales (médicos y enfermeras), y 200 usuarios externos, del cual se tomará el 100%.



CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
<ul style="list-style-type: none">• Todos los médicos y enfermeras, que se encontraban laborando con normalidad > de 1 año.• Pacientes que acuden a la atención médica con regularidad, a los centros de salud.	<ul style="list-style-type: none">• Personal médico y de enfermería, que no dese participar en la aplicación del test.• Pacientes que no forman parte de los centros de salud en estudio.• Pacientes-usuarios que acudan para solicitar contrareferencia.

METODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- **Método:** Científico descriptivo
- **Técnicas:** recopilación bibliográfica y aplicación de test y cuestionario.
- **Instrumentos** a utilizarse son:
 - Test de Maslach Burnout Inventory (MBI) (anexo 1)
 - Cuestionario para evaluar la Calidad de la atención percibida en casas de salud SERVQHOS (SERVICES QUALITY HOSPITAL) (anexo2)

PROCEDIMIENTO

En primer lugar, se recurrió a cada uno de los Centros de Salud, para solicitar a las autoridades encargadas, el permiso respectivo, que habilite, la aplicación de los cuestionarios previamente diseñados y revisados, tanto al equipo de salud como al usuario/paciente. Para el primer grupo en estudio se realizó un formulario que consta de datos como **EDAD, SEXO, ESTADO CIVIL, AÑOS DE SERVICIO, HORAS QUE LABORA AL DÍA, CARGO QUE DESEMPEÑA**, y a este se ligó el



Test de Maslach Burnout Inventory (MBI), (anexo 1) por lo que, al momento de su aplicación, se solicitó, que sirvan responderlo en un ambiente tranquilo, donde exista privacidad, explicándoles previamente el propósito de este instrumento y por ende del trabajo investigativo en general. De igual manera de forma aleatoria se seleccionó a los pacientes/usuarios que participen en este estudio, previo su consentimiento se aplicó el cuestionario SERVQHOS (SERVICES QUALITY HOSPITAL) (anexo 2). Una vez obtenida la información necesaria, se procedió a ordenar y tabular la información, y a realizar el análisis estadístico por medio de gráficas y tablas, mismo que permitió la interpretación de los datos obtenidos de las diferentes variables estudiadas, y con ello, finalizar con la verificación y cumplimiento de los objetivos, y planteamiento de las conclusiones y recomendaciones respectivas.

El diagnóstico de Burnout, se realizó en base a las puntuaciones obtenidas en cada dimensión, por lo tanto las preguntas que estudian a cada una de ellas están organizadas de la siguiente manera:

- Agotamiento Emocional. (AE) (9 preguntas. 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20)
- Despersonalización (DP) (5 preguntas 5, 10, 11, 15, 22)
- Baja Realización Personal (RP) (8 preguntas 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21).

De estas respuestas se obtiene una puntuación que se suma, y de esta manera clasifiqué a los profesionales según el nivel de Desgaste profesional encontrado. Pudiendo ser:

BAJO (NO o presencia de Burnout) si: AE 0 - 18

DP 0 - 5

RP 40 o más

MEDIO (riesgo de padecer Burnout) si: AE de 19 – 26

DP de 6 – 9

RP de 34 - 39

ALTO (Presencia de Burnout)si: AE 27 – 54

DP 10 - 30

RP 33 o menos.



Por otro lado el cuestionario SERVQHOS (SERVICES QUALITY HOSPITAL), se suman los puntajes obtenidos de cada pregunta y se clasifica el nivel de atención según la siguiente escala:

- BUENA CALIDAD: (60-85)
- CALIDAD MEDIA: (31- 60)
- BAJA CALIDAD: (0-30)

TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS:

Los resultados serán ordenados y analizados de forma manual, para posteriormente efectuar la tabulación y representación estadística correspondiente mediante la utilización de los programas de Microsoft Word y Excel 2010.

RESULTADOS

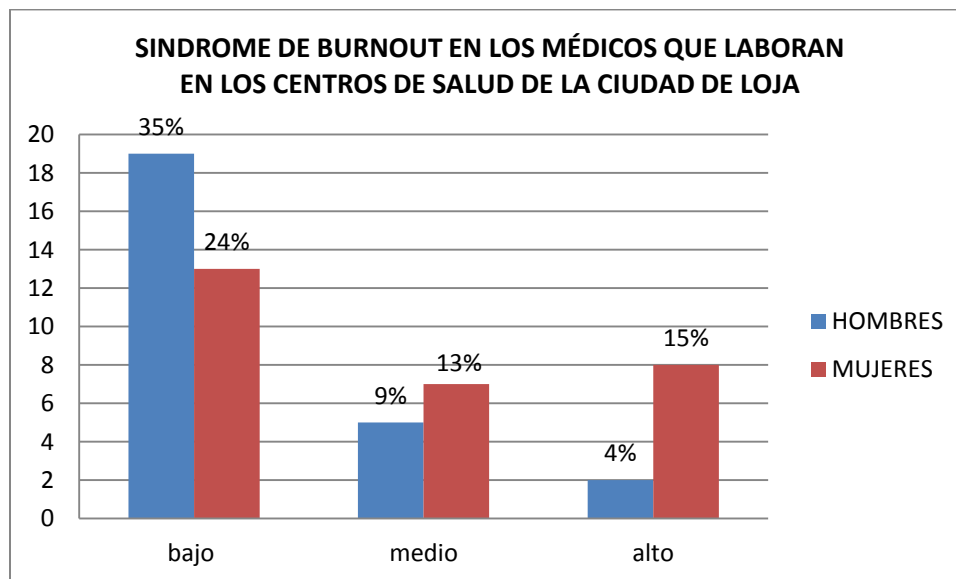
TABLA # 1
FRECUENCIA DE SINDROME DE BURNOUT
EN LOS MÉDICOS QUE LABORAN
EN LOS CENTROS DE SALUD DE LA CIUDAD DE LOJA

NIVEL	HOMBRES		MUJERES	
	fx	%	fx	%
BAJO	19	35%	13	24%
MEDIO	5	9%	7	13%
ALTO	2	4%	8	15%
<i>Total</i>	26	48%	28	52%

Elaboración: Jackson Medina

Fuente: Hoja de Recolección de Datos

GRÁFICO # 1



INTERPRETACIÓN:

De los 54 médicos que laboran en los centros de salud de la ciudad de Loja, el 19% (10) presentan síndrome de Burnout, de ellos el 15% (8) son mujeres y 4% (2) son hombres. Con riesgo de padecer Burnout (NIVEL MEDIO) se encuentran el 22% (12) en la que el 13% (7) son mujeres y el 9% (5) son hombres, mientras que el 59% (32) restante, no expresa situaciones compatibles con Burnout (NIVEL BAJO), de los cuales 19 (35%) son hombres y 13 mujeres (24%).

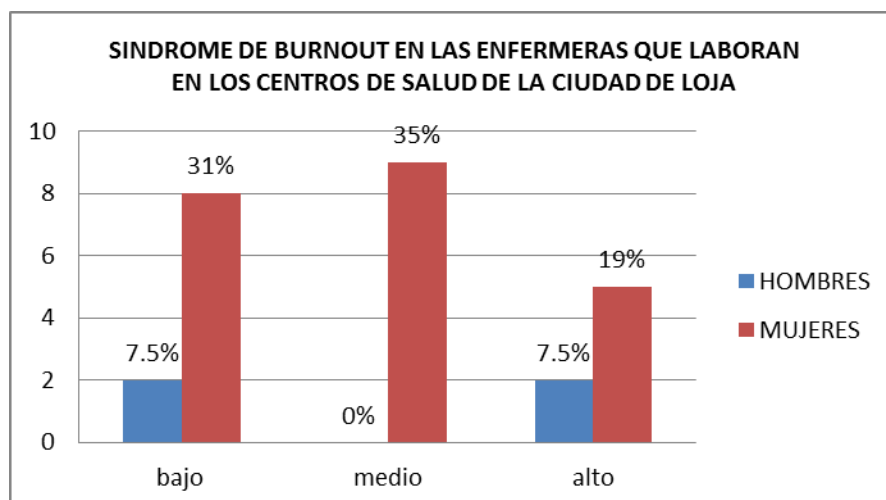
TABLA # 2
FRECUENCIA DE SINDROME DE BURNOUT
EN LAS ENFERMERAS QUE LABORAN
EN LOS CENTROS DE SALUD DE LA CIUDAD DE LOJA

<u>NIVEL</u>	HOMBRES		MUJERES	
	fx	%	fx	%
BAJO	2	7.5%	8	31%
MEDIO	0	0%	9	35%
ALTO	2	7.5%	5	19%
<i>Total</i>	4	15%	22	85%

Elaboración: Jackson Medina

Fuente: Hoja de Recolección de Datos

GRÁFICO # 2



INTERPRETACIÓN:

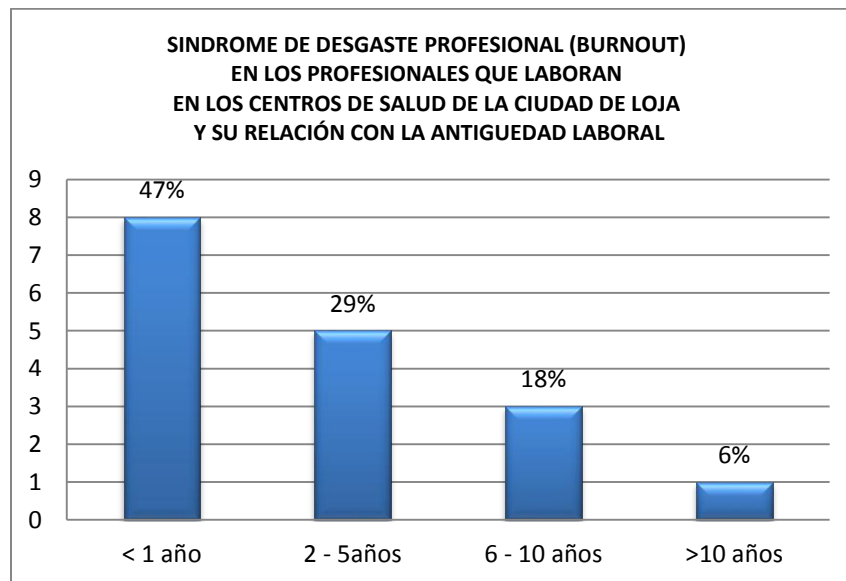
De las (os) 26 enfermeras (os) que laboran en los centros de salud de la ciudad de Loja, el 26.5% (7) presentan síndrome de Burnout, de ellos el 19% (5) son mujeres y 7.5% (2) son hombres. Con riesgo de Padecer Burnout (NIVEL MEDIO) se encuentran el 35% (9) en su totalidad pertenecientes al género femenino, mientras que el 38.5% (10) restante, no expresa situaciones compatibles con Burnout (NIVEL BAJO), de los cuales 8 (31%) son mujeres y 2 hombres (7.5%).

TABLA # 3
SINDROME DE DESGASTE PROFESIONAL (BURNOUT)
EN LOS PROFESIONALES QUE LABORAN EN LOS CENTROS DE SALUD DE
LA CIUDAD DE LOJA Y SU RELACIÓN CON LA ANTIGÜEDAD LABORAL

<u>Antigüedad laboral</u>	fx	%
< 1 año	8	47%
2 - 5años	5	29%
6 - 10 años	3	18%
>10 años	1	6%
<i>Total</i>	17	100%

Elaboración: Jackson Medina
Fuente: Hoja de Recolección de Datos

GRÁFICO # 3



INTERPRETACIÓN:

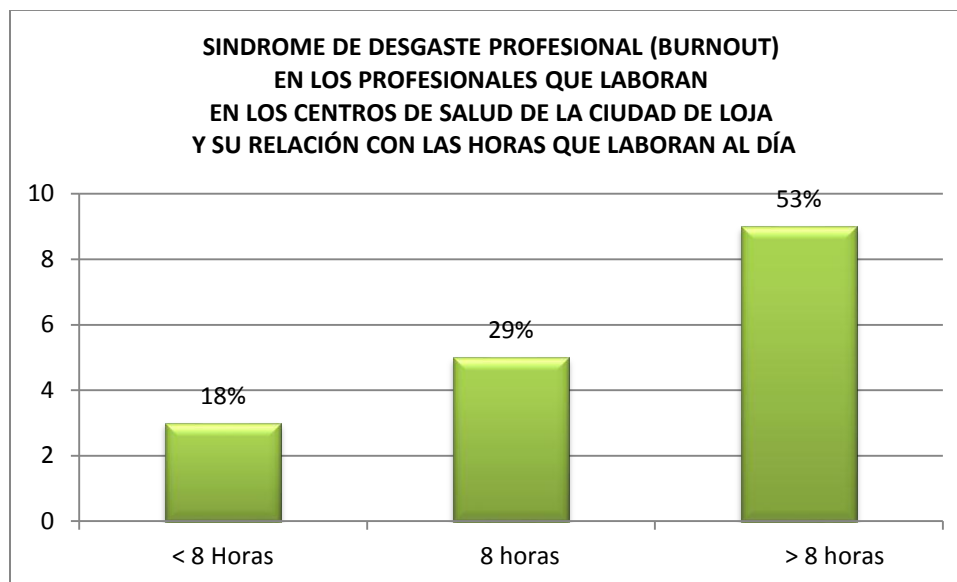
El mayor número de casos con síndrome de Burnout, se encuentra en 47% (8) de los profesionales que llevan laborando <de 1 año, seguidos del 29% (5) entre 2 a 5 años, el 18%(3) entre 6 a 10 años, y finalmente 6%(1) que labora >10 años.

TABLA # 4
SINDROME DE DESGASTE PROFESIONAL (BURNOUT) EN LOS PROFESIONALES QUE LABORAN EN LOS CENTROS DE SALUD DE LA CIUDAD DE LOJA Y SU RELACIÓN CON LAS HORAS DE TRABAJO AL DÍA

<u>Horas de Trabajo</u>	<u>fx</u>	<u>%</u>
< 8 Horas	3	18%
8 horas	5	29%
> 8 horas	9	53%
<i>Total</i>	17	100%

Elaboración: Jackson Medina
 Fuente: Hoja de Recolección de Datos

GRÁFICO # 4



INTERPRETACIÓN:

Los profesionales que laboran >8 horas al día, que corresponden el 53% (9), experimentan mayor Burnout; Mientras que con menor frecuencia aquellos que laboran 8 horas y < de 8 horas al día, con 5(29%) y 3(18%) profesionales respectivamente.

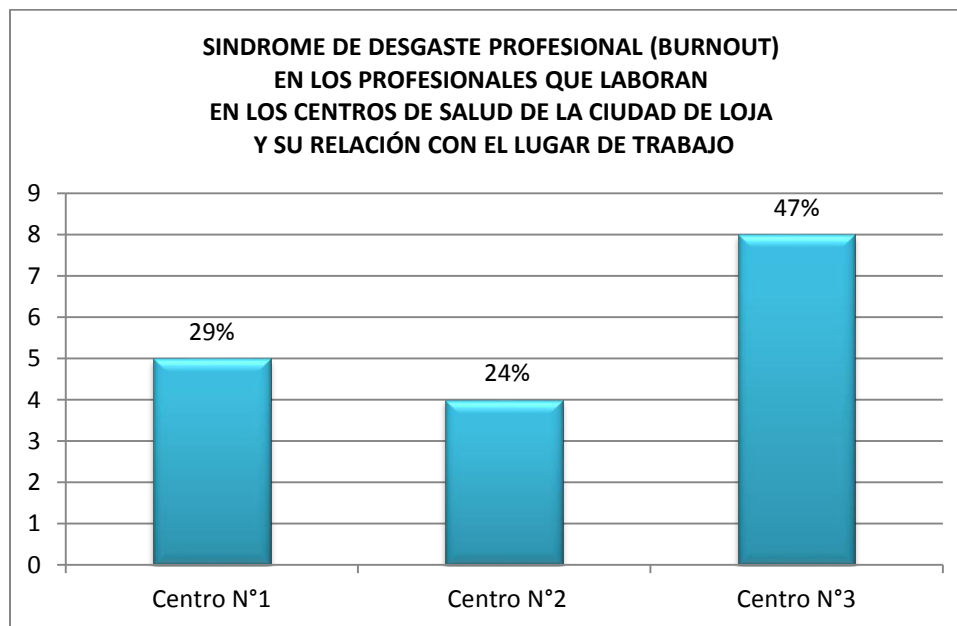


TABLA # 5
SINDROME DE DESGASTE PROFESIONAL (BURNOUT)
EN LOS PROFESIONALES QUE LABORAN EN LOS CENTROS DE SALUD
DE LA CIUDAD DE LOJA Y SU RELACIÓN CON EL LUGAR DE TRABAJO

<u>Lugar de Trabajo</u>	<u>fx</u>	<u>%</u>
Centro N°1	5	29%
Centro N°2	4	24%
Centro N°3	8	47%
<i>Total</i>	17	100%

Elaboración: Jackson Medina
Fuente: Hoja de Recolección de Datos

GRÁFICO # 5



INTERPRETACIÓN:

El 47%(8) de profesionales que padecen Burnout, pertenecen al Centro de Salud N°3, mientras que 29% (5) al centro de salud N°1, y el 24% (4) al Centro de Salud N°2.

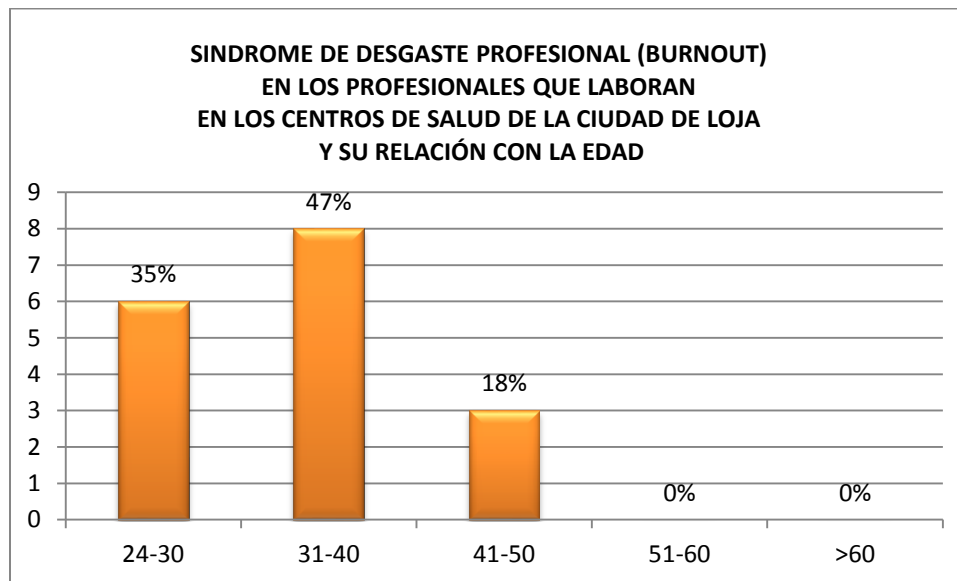


TABLA # 6
SINDROME DE DESGASTE PROFESIONAL (BURNOUT)
EN LOS PROFESIONALES QUE LABORAN EN LOS CENTROS DE SALUD DE
LA CIUDAD DE LOJA Y SU RELACIÓN CON LA EDAD

EDAD	fx	%
24-30	6	35%
31-40	8	47%
41-50	3	18%
51-60	0	0%
>60	0	0%
<i>Total</i>	17	100%

Elaboración: Jackson Medina
Fuente: Hoja de Recolección de Datos

GRÁFICO # 6



INTERPRETACIÓN

La edad con mayor frecuencia de presentación de Burnout es entre los 31 a 40 años de edad con el 47%(8), seguidos 35%(6) entre 24 a 30 años, y en menor frecuencia 18%(3) en las edades de 41 a 50 años.

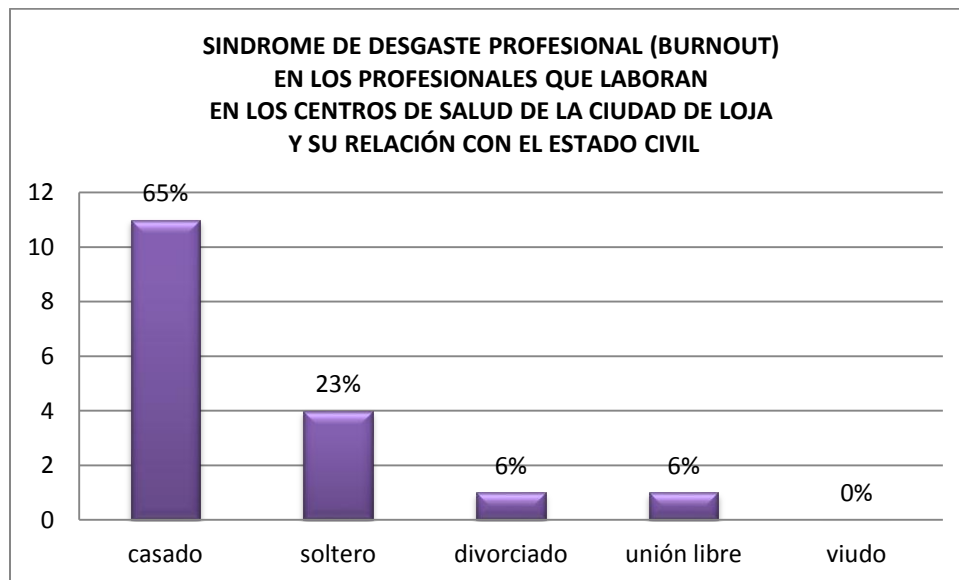
TABLA # 7

**SINDROME DE DESGASTE PROFESIONAL (BURNOUT)
 EN LOS PROFESIONALES QUE LABORAN EN LOS CENTROS DE SALUD DE
 LA CIUDAD DE LOJA Y SU RELACIÓN CON EL ESTADO CIVIL**

ESTADO CIVIL	fx	%
Casado	11	65%
Soltero	4	23%
Divorciado	1	6%
Unión Libre	1	6%
Viudo	0	0%
<i>Total</i>	17	100%

Elaboración: Jackson Medina
Fuente: Hoja de Recolección de Datos

GRÁFICO # 7



INTERPRETACIÓN:

De los 17 casos de Burnout, el 65% (11) son casados, 23% (4) solteros y 6%(1) para unión libre y divorciado respectivamente .

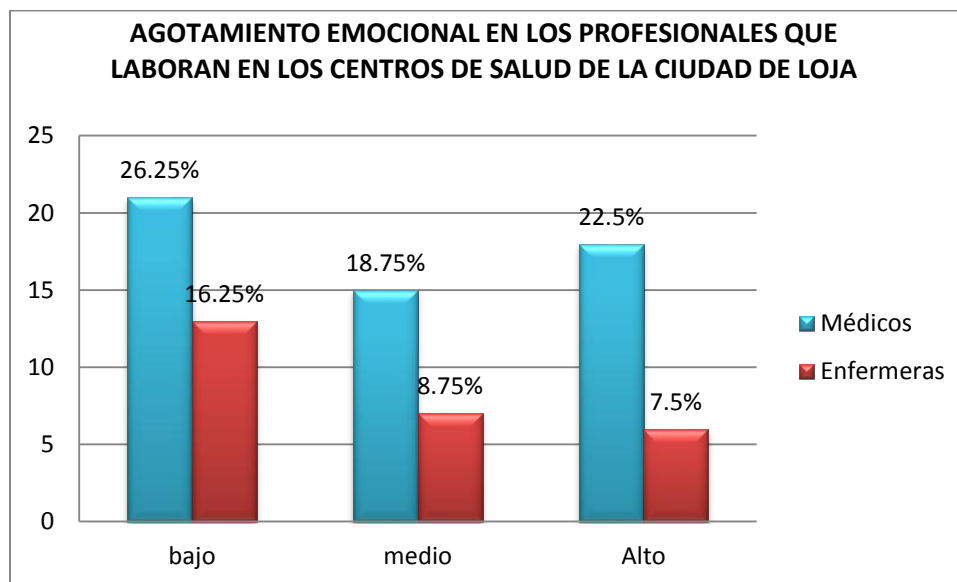


TABLA # 8
AGOTAMIENTO EMOCIONAL EN LOS PROFESIONALES
QUE LABORAN EN LOS CENTROS DE SALUD DE LA CIUDAD DE LOJA

PROFESIONALES	BAJO		MEDIO		ALTO	
	fx	%	fx	%	fx	%
Médicos	21	26.25%	15	18.75%	18	22.5%
Enfermeras	13	16.25%	7	8.75%	6	7.5%
TOTAL	34	42.5%	22	27.5%	24	30%

Elaboración: Jackson Medina
Fuente: Hoja de recolección de Datos

GRÁFICO # 8



INTERPRETACIÓN:

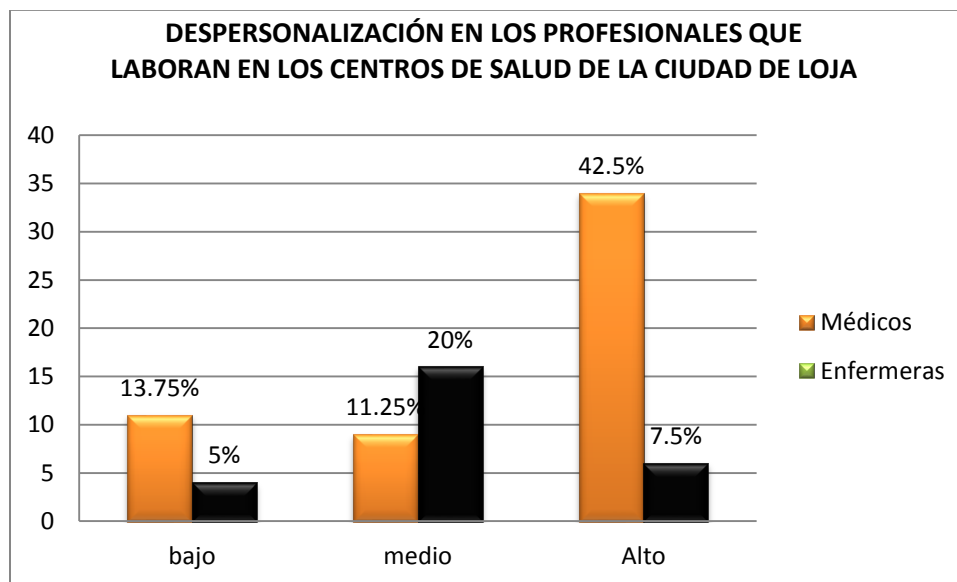
El 30% (24) presenta agotamiento emocional (ALTO), de ellos 22.5%(18) son médicos y 7.5%(6) son enfermeras. Con niveles MEDIOS el 27.5% (22) que corresponde a 15(18.75%) médicos y 7 (8.75%) enfermeras. Mientras que el 42.5% (34), presentan BAJO agotamiento, siendo el 26.25% (21) médicos y 16.25% (13) enfermeras.

TABLA # 9
DESPERSONALIZACIÓN EN LOS PROFESIONALES
QUE LABORAN EN LOS CENTROS DE SALUD DE LA CIUDAD DE LOJA

PROFESIONALES	BAJO		MEDIO		ALTO	
	fx	%	Fx	%	fx	%
Médicos	11	13.75%	9	11.25%	34	42.5%
Enfermeras	4	5%	16	20%	6	7.5%
TOTAL	15	18.75%	25	31.25%	40	50%

Elaboración: Jackson Medina
 Fuente: Hoja de recolección de Datos

GRÁFICO # 9



INTERPRETACIÓN:

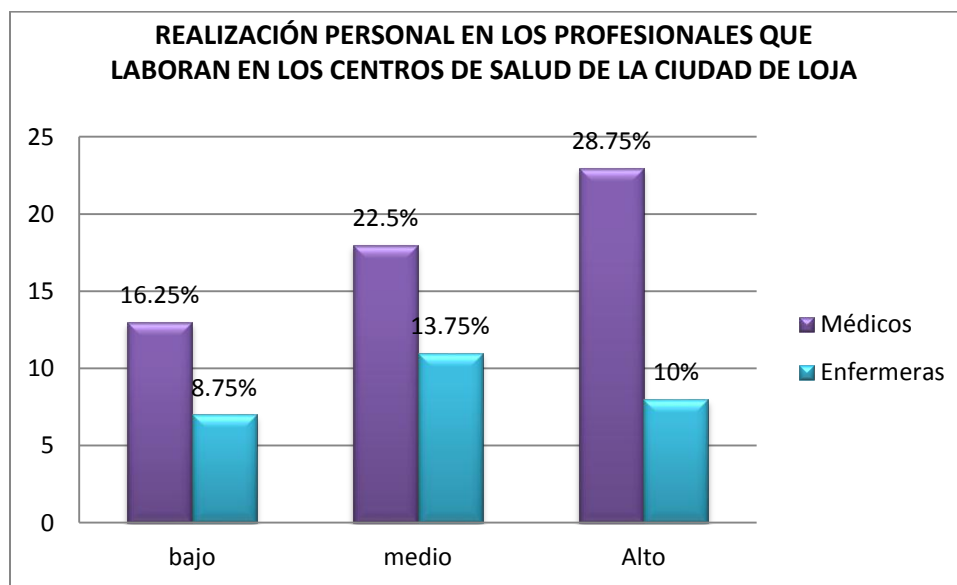
Niveles altos de depersonalización esta presente en el 50% (40) de los profesionales, de ellos 34(42.5%) son médicos y 6(7.5%) enfermeras. Niveles medios, en su mayoría enfermeras con 16 casos (20%) y 9 médicos (11.25%). Mientras que el 18.75% (15), presentan bajos niveles de depersonalización, de los cuales 11 (13.75%) son médicos y 4(5%) son enfermeras.

TABLA # 10
REALIZACIÓN PERSONAL EN LOS PROFESIONALES
QUE LABORAN EN LOS CENTROS DE SALUD DE LA CIUDAD DE LOJA

PROFESIONALES	BAJO		MEDIO		ALTO	
	fx	%	Fx	%	fx	%
Médicos	13	16.25%	18	22.5%	23	28.75%
Enfermeras	7	8.75%	11	13.75%	8	10%
TOTAL	20	25%	29	36.25%	31	38.75%

Elaboración: Jackson Medina
Fuente: Hoja de recolección de Datos

GRÁFICO # 10



INTERPRETACIÓN:

Baja sensación de realización personal, se manifiesta en el 25% (20) de los profesionales, de ellos el 16.25%(13) son médicos y el 8.75% (7) enfermeras. Seguido del 36.25% (29) con niveles medios, de los cuales el 22.5%(18) son médicos y 13.75%(11) son enfermeras. Mientras que 31 personas (38.75%) manifiestan altos niveles de realización personal.



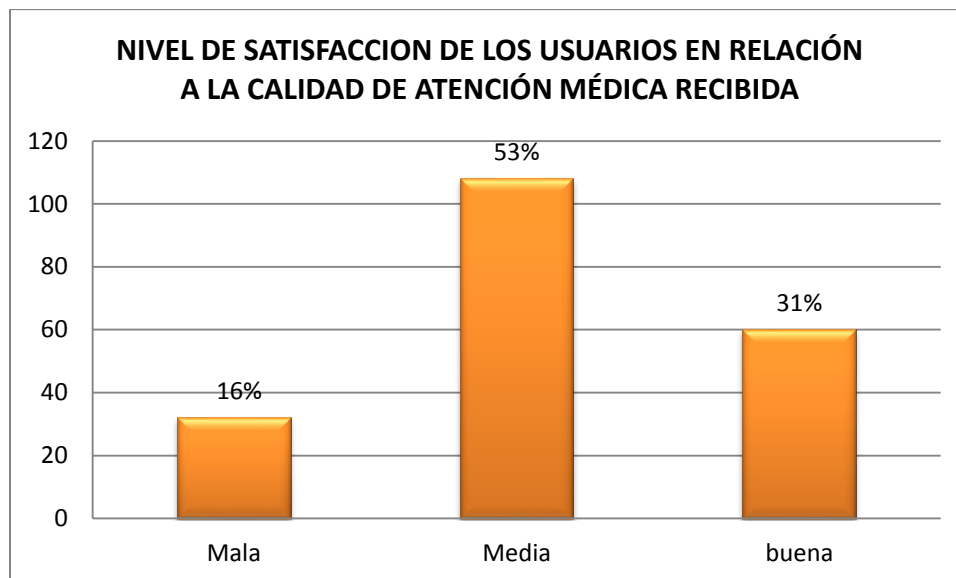
TABLA # 11

NIVEL DE SATISFACCION DE LOS USUARIOS EN RELACION A LA CALIDAD DE ATENCION MÉDICA RECIBIDA, POR PARTE DE LOS PROFESIONALES QUE LABORAN EN LOS CENTROS DE SALUD DE LA CIUDAD DE LOJA

CALIDAD	fx	%
Mala	32	16%
Media	108	53%
buena	60	31%
TOTAL	200	100%

Elaboración: Jackson Medina
Fuente: Hoja de Recolección de Datos

GRÁFICO # 11



INTERPRETACIÓN:

De los 200 usuarios encuestados, el 16% (32), califican como MALA la atención brindada por los profesionales. MEDIA, por el 53%(108), y BUENA por el 31% (60).



DISCUSIÓN

En la presente investigación, el síndrome de Burnout, se manifiesta con mayor frecuencia en los médicos (10; 19%), en su mayoría de género femenino (8), mientras que de las 26 enfermeras estudiadas, solo se evidenció el síndrome en 7 de las mismas, siendo igualmente el género femenino, el que ocupa el primer lugar entre la población más afectada. Se evidencia que las edades que predominan en ambos grupos son las comprendidas entre los 31 a 40 años 47% (8) y de estado civil casados 65% (11), datos que se corroboran con los encontrados en el estudio realizado por el Grupo de Habilidades en Salud Mental de la Sociedad Española de Medicina General, denominado "Prevalencia de Burnout y variables asociadas en los médicos y enfermeras de atención primaria de Burgos-España en el año 2010", en el cual se reporta una frecuencia del 51.38%, elevada en relación a la nuestra, ya que la población estudiada fue mayor (300 profesionales). De los cuales el 68% son mujeres, entre 30 y 40 años (52%), de estado civil soltero (72%), en su mayoría médicos (59%). Al analizar estas variables llegamos a la conclusión, de que los profesionales médicos, a diferencia de las enfermeras, tienen mayor responsabilidad frente a la acción con sus pacientes, ya que en él recae la responsabilidad de diagnosticar, prescribir, controlar al paciente, y responder ante cualquier complicación que se suscite durante el manejo del mismo. A todo ello sumado, se suma el género femenino, ya que ellas son más vulnerables de padecer Burnout, debido al triple rol que cumplen, el de profesionales, esposas y madres; la tercera y cuarta década de la vida, es llamado "periodo de sensibilización y vulnerabilidad", porque es aquí donde se produce la transición de las expectativas idealistas, en la que reconocen que las recompensas personales profesionales y económicas no son las prometidas ni esperadas; pero llama la atención que los solteros son los más afectados, esto justificado por el hecho de que tienen una vida desordenada, y parejas no estables, por lo que emocionalmente los predispone a una dificultad mayor, para la solución de problemas. Situación que es compatible también, con los hallazgos de Rodolfo Valdivia, en su investigación realizada en el año 2009 denominada



“Factores asociados al Síndrome de Burnout en médicos y enfermeras del hospital nacional sur del Cusco” aplicada en 64 médicos y 73 enfermeras, en la que se concluyó que la prevalencia de Síndrome de Burnout, fue tan solo del 10.9% en médicos y 1.4 % en enfermeras, en su mayoría mujeres (58%), en las edades de 25 a 35 años (42%), aunque las cifras son menores a las encontradas en mi estudio, no descartan el hecho de que el profesional de la salud, esta expuesto a situaciones de elevado estrés que no son adecuadamente manejadas.(17)(18)

La antigüedad laboral y carga horaria, proporcionan datos importantes en nuestro estudio, como factores predisponentes en la génesis del Burnout, encontrándose una mayor prevalencia en aquellos que llevan laborando <1año 47%(8) y >8 horas al día, 53%(9) datos que se aproximan a los encontrados en la investigación realizada por Herminia Otuña, en el año 2011 a 150 funcionarios, denominado, “Factores asociados al Síndrome de Burnout en el equipo de salud asistencial del Hospital de Apoyo Huanta (Ayacucho)” publicado en la revista Scielo, en la que 40.2% de los médicos y enfermeras, llevan entre 6 meses hasta los 3 años en sus puestos de trabajo y con una carga horaria >40 horas a la semana (9-10 horas/día) (72.5%), datos que se atribuyen a que durante los primeros años de ejercicio profesional, se producen los procesos claves de adaptación y ajuste a las nuevas tareas, surge el fracaso en el afrontamiento a situaciones desconocidas que en conjunto se resumen en la llamada, inexperiencia laboral, a esto sumado el tiempo dedicado por día al trabajo (>9h) ya sea por trabajos en otras casas de salud o responsabilidades administrativas. Y un factor más considera Ligia Altamirano, en su tesis realizada en el año 2010, sobre Burnout en médicos y enfermeras del área quirúrgica del Hospital Militar Docente "Dr. Mario Muñoz Monroy de Cuba, quien describe que a medida que los años aumentan mayor es la experiencia y por ende mayor es la responsabilidad y las exigencias, tanto de la institución en que laboran como de los pacientes que atienden y a la que no siempre responden con los resultados esperados, como sucedió en el 35% de estos profesionales, quienes llevaban entre 2 a 5 años laborando, con cambios variables en sus horas de trabajo diario.(19)



El 30%(24) de los médicos y enfermeras, según los datos que revela nuestra investigación, presenta ALTOS niveles de Agotamiento emocional, Despersonalización en el 50% (40) y baja realización personal en el 25% (20), lo que se traduce que en los funcionarios existe fatiga o falta de energía al inicio y final de la jornada, cierto grado de empatía e incluso actitudes negativas e insensibilidad hacia las personas que atiende y a los colegas en el trabajo, pero es alentador ver que es poca la población (25%), que se autoevalúa negativamente y con baja autoestima. Datos que son inferiores a los encontrados en el Estudio realizado por Tomas Cáceres en el año 2009 en 153 médicos, denominado: "Análisis descriptivo de las dimensiones que conllevan al Síndrome de Burnout, en médicos del Área Comunitaria" mismo que reveló que los profesionales de la salud tras experimentar una exposición prolongada al estrés, el 40% manifiesta altos niveles de agotamiento emocional, 60% despersonalización y 35.2% baja realización personal. Lo cual denota que los profesionales de la salud de nuestra ciudad tienen mejor control antes situaciones de alarma, pero no en el hecho del tipo de atención que brindan. (20)

La calidad de atención médica percibida por los usuarios que acuden a los Centros de Salud de Loja, es definida como de calidad MEDIA por el 53% (108), atribuido a la limitada amabilidad del personal, falta de comprensión de necesidades, el tiempo de espera elevado antes de la consulta y el poco interés que muestra el personal de enfermería. Pero según, Iván Montegro, en su tesis "Burnout y Calidad de Atención en el Hospital Docente de Riobamba, en el año 2011" expone que el profesional de la salud no ofrece una atención médica como el paciente lo espera, debido a factores institucionales como laborar en horarios inadecuados, sitios de trabajo con mala infraestructura, con falta de material y medicación, sobrecarga laboral, y exceso de trámites burocráticos, que ocupan gran espacio de tiempo a los médicos.(21)



CONCLUSIONES

Una vez analizados y tabulados los resultados obtenidos en el presente trabajo investigativo, y comprobado a través de ello, el cumplimiento de los objetivos planteados, hemos llegado a las siguientes conclusiones:

1. La mayoría de los casos de síndrome de Burnout se presenta en los médicos (10; 19%), en su mayoría de género femenino (8), mientras que en las enfermeras a pesar de que el Burnout se manifiesta con menor frecuencia (7), las mujeres (5) siguen ocupando el primer lugar entre las más afectadas. Se evidencia que las edades que predominan en ambos grupos son las comprendidas entre los 31 a 40 años 47% (8) y de estado civil casados 65% (11).
2. EL 47% (8) de los casos de Burnout, se presentó en funcionarios, que llevan laborando < 1 año, con una carga horaria > de 8 horas 53%(9), y que pertenecen al Centro de Salud N°3 47% (8).
3. De las dimensiones que forman parte del Burnout se evidenció, que el 30%(24) presenta ALTOS niveles de Agotamiento emocional, Despersonalización en el 50% (40) y baja realización personal en el 25% (20).
4. El 53% (108) de los usuarios externos, encuestados, califican como MEDIA la atención brindada por los profesionales, y MALA por el 16% (32).



RECOMENDACIONES

1. Implementar la utilización del MBI (Inventario Burnout de Maslach) como instrumento para detectar tempranamente el síndrome en el personal recién incorporado, igualmente en los(as) funcionarios(as) antiguos(as) como parte de un sistema de vigilancia epidemiológica.
2. Dar a conocer los resultados del presente trabajo investigativo, a los directores de los Centros de Salud respectivos, con el objeto del incentivar la investigación y plantear programas de detección manejo y prevención del Síndrome de Burnout en cada uno de sus trabajadores, y de esta manera disminuir el número de casos, y mejorar con ello, la calidad y calidez de atención brindada a los usuarios y pacientes.
3. Incentivar al personal medico y de enfermería que labora en los diferentes puestos de Salud de nuestra ciudad, a desarrollar técnicas que busquen una participación activa e involucren de forma integral a los funcionarios con sus pacientes, para de esta manera crear un ambiente propicio, para el desarrollo emocional profesional y laboral de los mismos, entre los que se encuentran la practica diaria de técnicas de relajación, meditación, risoterapia, bailoterapia, espacios de comunicación positiva con sus directivos y compañeros.



BIBLIOGRAFÍA

1. SERRANO, Manuel; SINDROME DE BURNOUT EN LOS PROFESIONALES DE LA SALUD; Tesis en Salud publica, Venezuela; 1999, 32.33pp; pdf
2. MORÉ, Jomo; SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL (BURNOUT); Artículo de Revisión; Medicentro; México; 2004; 8; pdf.
3. DONGIL, Esperanza; PAUTAS PARA DETECTAR EL ESTRÉS LABORAL . *Gestión Práctica de Riesgos Laborales, Revista Medica chilena, vol 2; 34-38pp. (2009). Pdf.*
4. GRAU, Armando, PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A SÍNDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS HISPANOAMERICANOS; *RevEsp Salud Pública* 2009; 83: 215-230, N.º 2 - Marzo-Abril 2009. Pdf.
5. Beltrán, D. A. (diciembre del 2010). DIFERENCIAS POR SEXO, SÍNDROME DE BURNOUT Y MANIFESTACIONES CLÍNICAS, EN LOS MÉDICOS FAMILIARES DE DOS INSTITUCIONES DE SALUD, Guadalajara, México. *Revista scielo*, 7.
6. ORTEGA, Cristina, EL BURNOUT EN LOS PROFESIONALES SANITARIOS; Revisión y Perspectivas; *International Journal of Clinical and HealthPsychology*; 2004, Vol. 4, N° 1, pp. 137-160. Pdf.
7. Encalada, A. M; FACTORES QUE DESENCADENAN EL ESTRÉS Y SUS CONSECUENCIAS EN EL DESEMPEÑO LABORAL; *Revista Escuela de Psiquiatría de la USFQ*; 2009; vol3; Quito Ecuador; 8 -16pp.



8. CUEVA, René; SINDROME DE DESGASTE PROFESIONAL (BOURNOUT) EN LOS MÉDICOS QUE LABORAN EN LOS HOSPITALES; DE LA CIUDAD DE LOJA EN EL AÑO 2008; Tesis, Loja, 2008.
9. DONGIL, Esperanza; PAUTAS PARA DETECTAR EL ESTRÉS LABORAL . *Gestión Práctica de Riesgos Laborales, Revista Medica chilena, vol 2; 34-38pp. (2009). Pdf.*
10. Esteban, R. G. (2004). EL ESTRÉS LABORAL DEL MÉDICO: Burnout y trabajo en equipo. *Revista scielo.*
11. Gómez, G. B. (2011). ESTRÉS LABORAL, TRABAJO EMOCIONAL Y SALUD EN PROFESIONALES DEL ÁREA DE LA REHABILITACIÓN. *Revista Cubana de Salud y Trabajo, 35-45.*
12. GRAU, Armando, PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A SÍNDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS HISPANOAMERICANOS *RevEsp Salud Pública 2009; 83: 215-230, N.º 2 - Marzo-Abril 2009. Pdf.*
13. Hernández, J. R. (2003). ESTRÉS Y BURNOUT EN PROFESIONALES DE LA SALUD DE LOS NIVELES PRIMARIO Y SECUNDARIO DE ATENCIÓN. *Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores, 5.*
14. Hernández1, J. R. (2007). ESTRÉS Y BURNOUT EN PROFESIONALES DE LA SALUD DE LOS NIVELES PRIMARIO Y SECUNDARIO DE ATENCIÓN. *Revista scielo, 2.*
15. Ihosvany Basset Machado, *. R. (2010). ESTRÉS LABORAL Y PERSONAL EN LOS RECURSOS HUMANOS DE ENFERMERÍA DE UNA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA EN MÉXICO, D.F. *Medigraphic, 10.*
16. Ihosvany Basset Machado, *. R. (2011). *www.medigraphic.org.mx.*



17. GONGALVEZ, Estela y colaboradores; PREVALENCIA DE BURNOUT Y VARIABLES ASOCIADAS EN LOS MÉDICOS Y ENFERMERAS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE BURGOS-ESPAÑA EN EL AÑO 2010; Grupo de Habilidades en Salud Mental de la SEMG; España; 2010; <http://www.medynet.com>
18. VALDIVIA, Rodolfo; “FACTORES ASOCIADOS AL SÍNDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS Y ENFERMERAS DEL HOSPITAL NACIONAL SUR DEL CUSCO”; Revisión y Perspectivas; International Journal of Clinical and Health Psychology; 2009, Vol. 4, N° 1, pp. 137-160. Pdf.
19. OTUÑA, Herminia; “Factores asociados al Síndrome de Burnout en el equipo de salud asistencial del Hospital de Apoyo Huanta (Ayacucho)”;
- junio 2011; revista Scielo 9.
20. CÁCERES, Tomas; “ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS DIMENSIONES QUE CONLLEVAN AL SÍNDROME DE BURNOUT, EN MÉDICOS DEL ÁREA COMUNITARIA”; Cuba; 2009; pdf,
21. MONTEGRO, Iván; “BURNOUT Y CALIDAD DE ATENCIÓN EN EL HOSPITAL DOCENTE DE RIOBAMBA, Chimborazo-Riobamba; 2011. Tesis; pdf.



ANEXOS

ANEXO 1



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA

MBI (INVENTARIO DE BURNOUT DE MASLACH) PARA PERSONAL MÉDICO

Estimado encuestado a continuación encontrará una serie de enunciados acerca de su trabajo y de sus sentimientos en él. Le pedimos su colaboración respondiendo a ellos como lo siente. No existen respuestas mejores o peores, la respuesta correcta es aquella que expresa verdídicamente su propia existencia. Los resultados de este cuestionario son estrictamente confidenciales y en ningún caso accesible a otras personas. Su objeto es contribuir al conocimiento de las condiciones de su trabajo y mejorar su nivel de satisfacción.

DATOS PERSONALES:

EDAD: _____ SEXO: H M ESTADO CIVIL _____

AÑOS DE SERVICIO: _____

HORAS QUE LABORA AL DÍA _____

CARGO QUE DESEMPEÑA: Médico Enfermera Auxiliar de Enfermería

ÁREA DE SALUD EN LA QUE LABORA: N°1 N°2 N°3

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

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



Por favor, señale el número que considere más adecuado:

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



ANEXO 2



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA

CUESTIONARIO PARA EVALUAR LA CALIDAD PERCIBIDA DE LA ATENCIÓN EN CASAS DE SALUD SERVQHOS

Estimado encuestado a continuación encontrará una serie de enunciados acerca de la calidad de atención que recibe por parte del personal de salud y de sus sentimientos. Le pedimos su colaboración respondiendo a ellos como se siente. No existen respuestas mejores o peores, la respuesta correcta es aquella que expresa verídicamente su propia existencia. Los resultados de este cuestionario son estrictamente confidenciales y en ningún caso accesible a otras personas. Su objeto es contribuir al conocimiento de las condiciones de la calidad de atención que recibe por parte del personal de salud.

DATOS PERSONALES:

EDAD: _____

SEXO: _____

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

Mucho peor.....	1
Peor.....	2
Igual.....	3
Mejor.....	4
Mucho mejor;.....	5



SINDROME DE DESGASTE PROFESIONAL (BURNOUT)
EN MÉDICOS Y ENFERMERAS QUE LABORAN EN LOS CENTROS DE SALUD N°1 N°2 Y N°3 DE LA CIUDAD DE LOJA
Y SU RELACIÓN CON LA CALIDAD DE ATENCIÓN BRINDADA A LOS USUARIOS"

Por favor, señale el número que considere más adecuado:

	MUCHO PEOR	PEOR	IGUAL	MEJOR	MUCHO MEJOR
Amabilidad del personal					
Apariencia del personal					
Compresión de las necesidades					
Confianza y seguridad					
Disposición para la ayuda					
Tiempo de espera					
Comodidad de las habitaciones					
Información que da el medico					
Interés por cumplir las promesas					
Señalización extrahospitalaria					
Preparación del personal					
Puntualidad de las consultas					
Rapidez de respuesta					
Señalización intrahospitalaria					
Disposición para la ayuda					
Interés del personal de enfermería					
Trato personalizado					



ÍNDICE

CARATULA	i
CETIFICACIÓN	ii
AUTORÍA	iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS	iv
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vi
TITÚTLO	1
RESUMEN	2
SUMARY	3
INTRODUCCIÓN	4
REVISIÓN DE LA LITERATURA	7
1. REFERENCIAS HISTÓRICAS DEL SINDROME DE BURNOUT	7
2. DEFINICIÓN	9
3. DIMENSIONES	10
3.1. Agotamiento Emocional.....	10
3.2. Despersonalización.....	10
3.3. Realización Personal.....	11
4. ETIOLOGÍA	12
4.1. Factores desencadenantes.....	12
4.1.1. Atención al paciente.....	12
4.1.2. Contacto cotidiano con la enfermedad, el dolor y la muerte..	12
4.1.3. Problemas del manejo cotidiano de la consulta clínica.....	13
4.1.4. Dificultad a la información continuada.....	14
4.1.5. Edad.....	14
4.1.6. Género.....	14
4.1.7. Estado civil.....	14



4.1.8. Turnicidad laboral y el horario laboral.....	15
4.1.9. Antigüedad profesional.....	15
4.1.10. Sobrecarga Laboral.....	15
4.1.11. Salario.....	15
4.1.12. Personalidad.....	15
4.2. Núcleos Etiológicos.....	16
4.2.1. Factor personal.....	16
4.2.1.1. Expectativas altruistas.....	16
4.2.1.2. Expectativas profesionales.....	16
4.2.1.3. Expectativas sociales.....	16
4.2.2. Factor profesional.....	16
4.2.3. Factores organizativos y laborales.....	17
4.2.3.1. Trabajo a turno.....	17
4.2.3.2. Competencia.....	18
4.2.3.3. Influencia de recursos.....	18
5. FISIOPATOLOGÍA.....	18
6. ETAPAS DEL SINDROME DE BURNOUT.....	19
7. MANIFESTACIONES CLÍNICAS.....	21
7.1. Psicósomáticas.....	21
7.2. Conductuales.....	21
7.3. Emocionales.....	21
7.4. Ambiente Laboral.....	21
8. CONSECUENCIAS DEL SDP.....	22
8.1. Consecuencias para el profesional.....	22
8.2. Consecuencia para la Organización o institución.....	22
9. COMPARACIÓN DEL SDP CON OTROS ESTADOS.....	22
9.1. Satisfacción Laboral.....	23
9.2. Depresión.....	23
9.3. Estrés.....	24
10. MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO Y MEDICIÓN.....	24
10.1. Maslach Burnout Inventory.....	25



11. TRATAMIENTO DEL BURNOUT	26
11.1. Tratamiento Farmacológico.....	26
11.1.1. Ansiolíticos.....	26
11.1.2. Antidepresivos.....	27
12. INTERVENCIÓN Y PREVENCIÓN DEL SDP	28
12.1. Intervenciones Individuales.....	28
12.2. Intervenciones Institucionales.....	30
12.3. Consejos personales para Prevenir el Burnout.....	31
MATERIALES Y MÉTODOS	33
RESULTADOS	37
DISCUSIÓN	48
CONCLUSIONES	51
RECOMENDACIONES	52
BIBLIOGRAFÍA	53
ANEXOS	56
INDICE	60

AUTOMOTIVACIÓN



EJERCICIO FRECUENTE



Hacer ejercicio
de manera
frecuente
mejora la salud.

CONSEJOS PRÁCTICOS



BUENA ALIMENTACIÓN



REPOSO Y RELAJACIÓN

"No olvidar...! Compartir tiempo
con sus amigos y familia, y hacer
las cosas que mas le divierte"

NUESTRA REALIDAD

EN LOS CENTROS DE SALUD DE LOJA

1. El síndrome de Burnout se presenta en 12.5% de los médicos y 8.75% de enfermeras; en su mayoría mujeres (65%), entre las edades de 31 a 40 años (47%), de estado civil casados (65%), que llevan laborando < 1 año, y + de 8 horas al día (53%)
2. Existen ALTOS niveles de Agotamiento emocional en 30% en los profesionales de la salud, Despersonalización en el 50% y baja realización personal en el 25%.



Estudio Realizado por
Jackson E. Medina

Loja-Ecuador
2013



Síndrome de Burnout

"ESTAR QUEMADO"

Un mal que afecta al profesional de la Salud



Su realidad en los Médicos y enfermeras de nuestra localidad

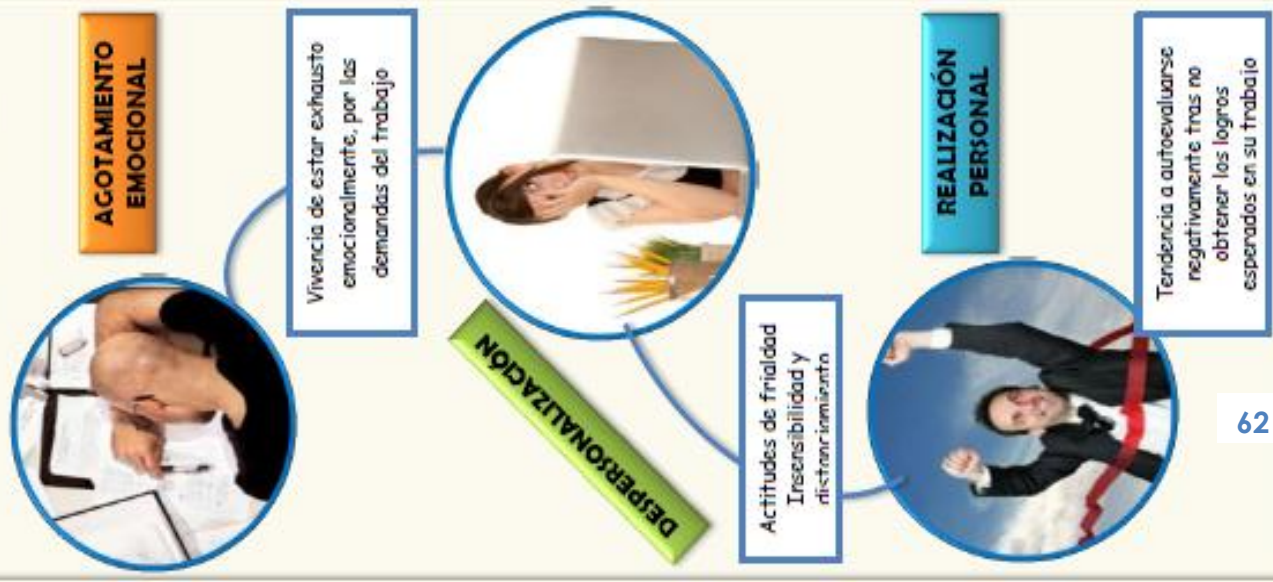
Qué es...??



Respuesta patológica del organismo, desencadenada por la exposición prolongada a niveles altos de estrés.



Sus dimensiones...



MANIFESTACIONES

