

# Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

## Facultad de Medicina Humana

Programa Profesional de Medicina Humana



## Relación entre el Síndrome de Burnout y el Nivel de Funcionamiento Familiar en el personal de salud del servicio de Emergencia del HNCASE y Hospital de Yanahuara en Enero, Febrero del 2013

**Autor:**

**LUIGUI JUAN CARLOS ALVAREZ PAREDES**

Trabajo de Investigación para obtener el Título Profesional de  
Médico Cirujano

**Arequipa - Perú**

**2013**

## DEDICATORIA

A mis padres, Juan Carlos y Ana María, porque creyeron en mí y porque me sacaron adelante, dándome ejemplos dignos de superación y entrega, porque en gran parte gracias a ustedes, hoy puedo ver alcanzada mi meta, ya que siempre estuvieron impulsándome en los momentos más difíciles de mi carrera, y porque el orgullo que sienten por mí, fue lo que me hizo ir hasta el final. Va por ustedes, por lo que valen, porque admiro su fortaleza y por lo que lo han hecho por mí.

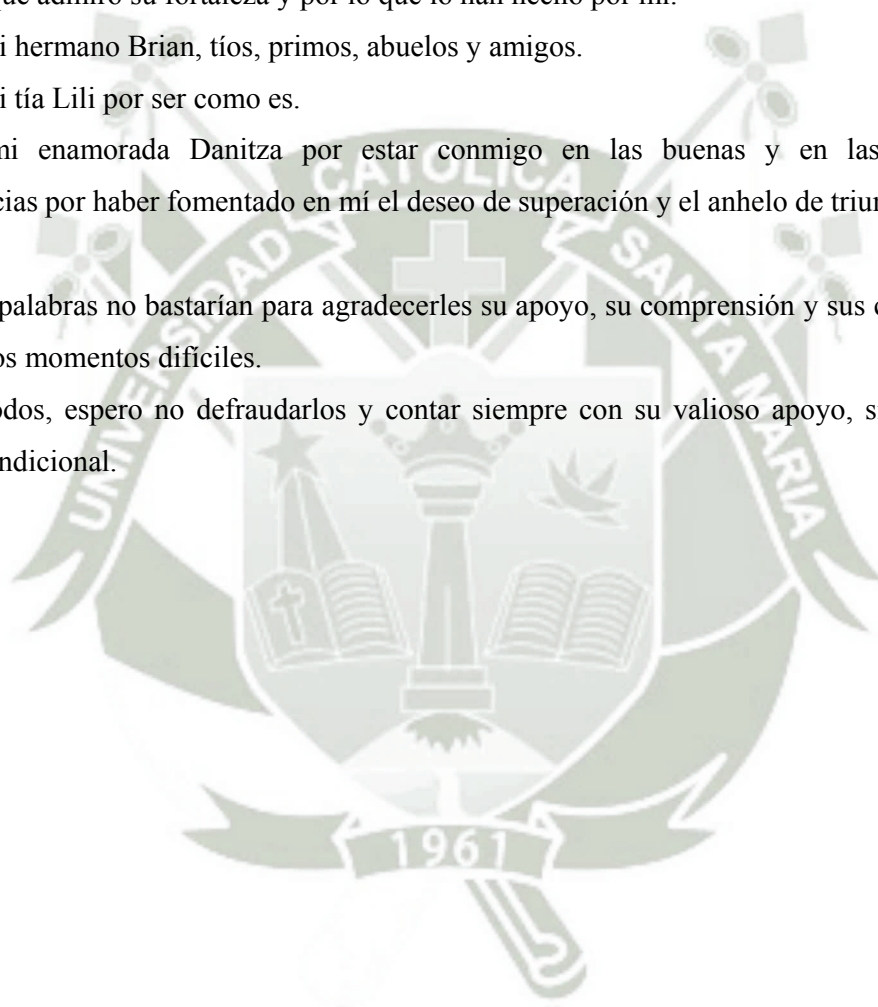
A mi hermano Brian, tíos, primos, abuelos y amigos.

A mi tía Lili por ser como es.

A mi enamorada Danitza por estar conmigo en las buenas y en las malas. Gracias por haber fomentado en mí el deseo de superación y el anhelo de triunfo en la vida

Mil palabras no bastarían para agradecerles su apoyo, su comprensión y sus consejos en los momentos difíciles.

A todos, espero no defraudarlos y contar siempre con su valioso apoyo, sincero e incondicional.



## EPÍGRAFE

“El que quisiere tener salud en el cuerpo, procure tenerla en el alma.”

**Francisco de Quevedo**



## ÍNDICE GENERAL

RESUMEN.....	iv
ABSTRACT.....	v
INTRODUCCIÓN.....	01
CAPÍTULO I: MATERIAL Y MÉTODOS.....	03
CAPÍTULO II: RESULTADOS.....	14
CAPÍTULO III: DISCUSIÓN Y COMENTARIOS.....	40
CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.....	45
BIBLIOGRAFÍA.....	48
ANEXOS.....	50
Anexo 1: Ficha de recolección de datos.....	51
Anexo 2: Proyecto de investigación.....	57

## RESUMEN

**Objetivo:** El objetivo de nuestra investigación fue determinar la relación entre los síntomas del Síndrome de Burnout y el Nivel de Funcionamiento Familiar en el personal de salud del servicio de Emergencia del HNCASE y Hospital de Yanahuara de Arequipa.

**Métodos:** Este trabajo es un estudio observacional, descriptivo, transversal y de relación. Se realizó durante el mes de Enero-Febrero del 2013; siendo encuestados 104 profesionales (Médicos: 45, Enfermeras: 59), de una población de 159, utilizando como instrumentos la Escala de Maslach para el Síndrome de Burnout y el cuestionario de Apgar familiar. Los resultados obtenidos se sometieron a análisis estadístico, mediante la aplicación de Chi cuadrado y del coeficiente de correlación de Spearman.

**Resultados:** De los 104 trabajadores, 26,92% fueron médicos varones y el 53,85% fueron enfermeras. El 46,15% de casos tuvieron de 41 a 45 años, con 25% de profesionales con más de esa edad. Un 76,92% de trabajadores fueron casados, 12,50% separados, con 5,77% de solteros y 4,81% viudos. El 33,65% de trabajadores tuvieron menos de 4 años de trabajo, 44,23% de 4 a 6 años, y 22,12% más de 6 años laborando en la institución. Se encontró un diagnóstico de Síndrome de Burnout en 21,15% del total de trabajadores, y se identificó que 82,69% de familias fueron funcionales, con 10,58% de familias moderadamente disfuncionales y 6,73% de familias fuertemente disfuncionales. Hubo una relación significativa (coeficiente  $R = 0,37$ ,  $p < 0,05$ ) entre el Burnout y el funcionamiento familiar, con una alta proporción de función familiar adecuada entre trabajadores sin Burnout (69,23%), y del 6,73% con familias disfuncionales, 3,85% tuvieron Burnout.

**Conclusión:** La presencia de Burnout en trabajadores médicos y enfermeras de los hospitales HNCASE y Yanahuara de Essalud se relaciona de manera significativa con disfunción familiar.

**PALABRAS CLAVE:** Síndrome de Burnout - Funcionalidad Familiar – profesionales de la salud.

## ABSTRACT

**Objective:** The objective of our research was to determine the relationship between symptoms of burnout syndrome and Level of Family Functioning in health personnel Emergency Service Hospital Yanahuara HNCASE and Arequipa.

**Methods:** This paper is an analytical study, observational, prospective and cross. Was conducted during the month of January-February 2013; being surveyed 104 professionals (doctors: 45 Nurses: 59), in a population of 159, using as instruments for Scale Maslach Burnout Syndrome and questionnaire Apgar family . The results were subjected to statistical analysis by application of Chi square of the correlation coefficient of Spearman.

**Results:** Of the 159 workers, 26.92% were male doctors and nurses were 53.85%. The 46.15% of cases were from 41 to 45 years, with 25% of professionals over that age. A 76.92% of workers were married, separated 12.50%, with 5.77% and 4.81% of unmarried widowers. The 33.65% of workers had less than four years of work, 44.23% for 4-6 years and 22.12% over 6 years working in the institution. There was a burnout syndrome diagnosis in 21.15% of the total workforce, and it was found that 82.69% of families were functional, with 10.58% of families and 6.73% moderately dysfunctional family dysfunctional strongly. There was a significant relationship (coefficient  $R = -0.27$ ,  $p < 0.05$ ) between burnout and family functioning, with a high proportion of family function properly without burnout among workers (69.23%), output and 6.73 % with dysfunctional families, 3.85% had burnout.

**Conclusion:** The presence of burnout in physicians and nurses working in hospitals and Yanahuara Essalud HNCASE significant influence on the development of family dysfunction.

**KEYWORDS:** Burnout Syndrome - Family Functionality - health professionals.

## INTRODUCCIÓN

Hace más de treinta años que en el ámbito científico se habla del Síndrome de Burnout, y en la actualidad sigue siendo un tema de gran interés en investigaciones y publicaciones de carácter científico, comunicaciones en congresos internacionales, y se ha convertido en un término de uso coloquial: “estar quemado”.

La gran aceptación del término ha facilitado en muchas ocasiones la demanda de ayuda por parte de los profesionales afectados. Sin embargo, su conocimiento y difusión no ha impedido que continúe siendo un importante riesgo para la salud pública en nuestros días. Esta situación debería hacernos reflexionar, quizás aún no hemos sabido medirlo, prevenirlo e intervenir sobre él de la manera más adecuada.

Teniendo en cuenta que este síndrome es el resultado de la exposición crónica a los factores estresantes, emocionales e interpersonales que conlleva el trabajo clínico, es decir del desgaste profesional y que se han detectado factores protectores frente a este desgaste que pueden ser preventivos, como el apoyo de los compañeros, de la institución laboral, de los familiares y amigos, es que en este trabajo de Investigación se pretende relacionar el desarrollo de este síndrome en profesionales de salud asociado a su situación familiar; para lo cual utilizaremos El APGAR familiar, como un instrumento diseñado para evaluar el funcionamiento sistémico de la familia, con la posibilidad de identificar a los profesionales en riesgo. Este instrumento se ha validado en diferentes comunidades norteamericanas, asiáticas e hispanas y ofrece una alta correlación con pruebas especializadas.

En estos aspectos tiene especial importancia la influencia negativa que esta situación de desgaste laboral puede producir en la población laboral activa, con posibles repercusiones en la calidad de la asistencia a los pacientes y en la salud individual. Cuando este riesgo psicosocial del trabajo se instala en una organización, no solo lo sufre el trabajador afectado, se “contagia” entre equipos, mina la salud organizacional y la calidad del servicio prestado.

Además, la relación médico-paciente se ve afectada, produciendo en el médico diversas emociones, como son la necesidad de curarle, la sensación de fracaso y la frustración cuando se produce un empeoramiento de la enfermedad, o cuando este no responde a las

expectativas, la sensación de impotencia frente a la enfermedad y a las pérdidas que conlleva, el duelo, el temor a sufrir la misma enfermedad, y el deseo de evitar a los pacientes para huir de los propios sentimientos. El inicio del desgaste profesional puede ser contemplado como una consecuencia de factores de predisposición, precipitación, perpetuación y protección.

Por lo anteriormente expuesto, se decidió realizar un estudio para determinar la relación entre síndrome de Burnout y el nivel de funcionamiento familiar en el personal de salud del servicio de Emergencia de HNCASE y Hospital de Yanahuara en Enero, Febrero del 2013.

Los objetivos del presente estudio son:

- Determinar la frecuencia de síntomas del Síndrome de Burnout en el personal profesional del Servicio de Emergencia. Hospital Nacional C.A.S.E. EsSalud y Hospital de Yanahuara.
- Determinar el nivel funcionamiento familiar del personal profesional del Servicio de Emergencia. Hospital Nacional C.A.S.E. EsSalud y Hospital de Yanahuara.
- Determinar la relación entre la frecuencia de síntomas del Síndrome de Burnout y el nivel de funcionamiento familiar en el personal profesional del Servicio de Emergencia. Hospital Nacional C.A.S.E. EsSalud y Hospital de Yanahuara.

Hipótesis:

- Dado que el Síndrome de Burnout se viene convirtiendo en un problema frecuente de salud, es probable que el personal de emergencia sometido a agudo nivel de estrés presente síntomas del Síndrome de Burnout asociados a bajo nivel de funcionamiento familiar.



## I. PLANEAMIENTO OPERACIONAL

### 1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

#### 1.1. Técnicas

- Cuestionario

#### 1.2. Instrumentos

- Escala de Maslach del Síndrome de Burnout
- Formulario de Apgar familiar de Smilkstein

#### 1.3. Materiales

- Material de escritorio: papel, bolígrafo, engrapador, folder.
- Material bibliográfico: Bibliografía básica
- Material de apoyo logístico: Instrumentos electrónicos: Ordenador personal, CD, Impresora, Fotocopiadora.

### 2. CAMPO DE VERIFICACIÓN:

**2.1. Ubicación Espacial:** La investigación se realizó en Servicio de Emergencia del HNCASE y Hospital de Yanahuara - Arequipa

**2.2. Ubicación Temporal:** Se tomarán los datos en Enero y Febrero del año 2013.

#### 2.3. Unidades de estudio:

##### 2.3.1. Universo

- Personal de Salud del HNCASE y Hospital de Yanahuara.

### **2.3.2. Población**

- Personal de Salud del servicio de Emergencia del HNCASE y Hospital de Yanahuara en Enero, Febrero del 2013

### **2.3.3. Muestra y procedimiento de muestreo**

- No se consideró un tamaño muestral, pues se tomó el total de Personal de Salud del servicio de Emergencia del HNCASE y Hospital de Yanahuara en Enero, Febrero del 2013

### **2.3.4. Criterios de inclusión**

- Todo el Personal de Salud del servicio de Emergencia del HNCASE y Hospital de Yanahuara en Enero, Febrero del 2013 que desee participar voluntariamente y dé su consentimiento

### **2.3.5. Criterios de exclusión**

- Todo el Personal con algún tratamiento por problemas de salud mental.
- Todo el Personal de Salud que no desee participar

## **3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

### **3.1. Organización**

- Se solicitó permiso correspondiente al servicio de Emergencia del HNCASE y Hospital de Yanahuara

- Se coordinó con la Facultad de Medicina Humana para el documento correspondiente.

### **3.2. Recursos**

#### **a. Humanos**

El investigador, tutor de proyecto de trabajo de investigación, tutor de ejecución de trabajo de investigación estadístico.

#### **b. Materiales**

- Hardware : Computador Pentium IV, impresora, memoria externa( pen drive)
- Software: Sistema operativo, Microsoft Office XP Profesional 2010, paquetes estadísticos.
- Material del escritorio: Papel bon A4, calculadora, lapiceros, cuaderno de apuntes.
- Material bibliográfico: libros, copias de tesis, copias de revistas, revistas médicas informáticas impresas.

#### **c. Institucionales**

- Informática de la UCSM: Información académica de los alumnos.
- Biblioteca de la facultad médica de la UCSM, UNSA.
- Direcciones electrónicas de páginas web de revistas médicas.

#### **d. Financiero**

- El estudio será completamente financiado por el investigador

### **3.3. Validación de los instrumentos**

#### **3.3.1. Escala de Maslach**

El primer instrumento a utilizarse será el cuestionario socio demográfico MBI (Maslach Burnout Inventory). Dicha escala mide los tres aspectos del Burnout: cansancio emocional, despersonalización y realización personal. Se trata de un cuestionario auto aplicable y tiene una fiabilidad cercana al 0.9.

El Maslach Burnout Inventory (MBI) es una herramienta validada para poblaciones españolas, mexicanas argentinas, chilenas y peruanas, no reportándose diferencias significativas con el cuestionario original <sup>11</sup>. No se encontró un estudio de validación en nuestro país. La versión que se aplicará consta de 22 ítem diferentes que exploran cada uno de los tres componentes del síndrome de Burnout o Agotamiento Profesional: cansancio emocional (CE), despersonalización (DP) y baja realización personal (BRP). La subescala de CE está formada por 9 ítems, la DP por 5 ítems y la BRP por 8 ítems. Cada ítem consta de 6 alternativas con una puntuación del 0 al 6 con una puntuación establecida. <sup>4, 7, 17</sup>

Para el presente estudio se considerará<sup>15</sup>:

**a) Cansancio o Agotamiento Profesional:** Sensación de sobre esfuerzo físico y hastío emocional que se producen como consecuencia de las continuas interacciones que los trabajadores deben mantener entre ellos, así como con los clientes.

**b) Despersonalización:** Desarrollo de actitudes y respuestas cínicas hacia las personas a quienes los trabajadores prestan su servicio.

**c) Baja Realización Personal:** Pérdida de confianza en la realización personal y la presencia de un negativo auto concepto como resultado de las situaciones ingratas.

Consta de 22 ítems:

1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo
2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo
3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar
4. Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes
5. Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales
6. Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo
7. Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes
8. Me siento "quemado" por mi trabajo
9. Creo que influyó positivamente con mi trabajo en la vida de las personas
10. Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión

11. Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente
12. Me siento muy activo
13. Me siento frustrado en mi trabajo
14. Creo que estoy trabajando demasiado
15. Realmente no me preocupa lo que le ocurre a mis pacientes
16. Trabajar directamente con personas me produce estrés
17. Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes
18. Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes
19. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión
20. Me siento acabado
21. En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma
22. Siento que los pacientes me culpan por alguno de sus problemas

**Preguntas correspondientes a cada escala:**

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

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

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

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

- Baja si es  $\leq 18$  puntos.
- Media si es de 19 a 26 puntos.
- Alta si es  $\geq 27$  puntos.

De manera que cuanto más alta sea la puntuación mayor es el cansancio emocional (CE).

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

- Baja si es  $< 6$  puntos
- Media si es de 6 a 9 puntos.
- Alta si es  $> 9$  puntos

Cuanta más alta sea la puntuación, mayor es la despersonalización (DP).

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

- Alta si es  $\geq 40$  puntos.
- Media si es de 34 a 39 puntos.
- Baja si es  $\leq 33$  puntos.

Cuanto más baja sea la puntuación, menor es la realización personal (RP).

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

0 = Nunca

1 = Pocas veces al año o menos

2 = Una vez al mes o menos

3 = Unas pocas veces al mes o menos

4 = Una vez a la semana

5 = Pocas veces a la semana

6 = Todos los días

Para diagnosticar al trabajador con Síndrome de Burnout, debía tener un valor alto en el componente de CE y DP, mientras que el de BRP debía ser bajo respecto a la distribución de frecuencias. La calificación permite clasificar a los trabajadores por encima del percentil 95 en la categoría "alto", entre el percentil 95 y 5 en la categoría de "medio" y por debajo del percentil 5 en la categoría "bajo". (Anexo 1)

### 3.3.2. Apgar Familiar

La familia como sistema también juega un papel importante no sólo en el proceso generador de la enfermedad sino en el proceso de su rehabilitación, en la medida en que cumpla con sus funciones básicas. El APGAR familiar es un instrumento diseñado

para evaluar el funcionamiento sistémico de la familia, y es útil en la identificación de familias de riesgo.<sup>2</sup>

El Dr. Gabriel Smilkstein de la Universidad de Washington, Seattle, en 1978, creó el APGAR familiar como respuesta a la necesidad de evaluar la función de la familia, con un instrumento que se diligencia por sí mismo, que es entendido por personas con educación limitada y que en muy poco tiempo se puede completar.<sup>1</sup>

El Dr. Smilkstein diseñó el APGAR familiar como herramienta para la valoración funcional de la familia, según lo expresado por Smilkstein en comunicación personal, al estar enfrentado en la práctica diaria con familias él detectó, la necesidad de evaluar aspectos que no estaban relacionados y no eran evaluados en la historia clínica tradicional, puesto que ejercían una influencia positiva o negativa en el curso de la situación de salud o enfermedad que presentaba la persona en la consulta.<sup>2</sup>

Este es uno de los primeros instrumentos elaborados por un médico familiar. Smilkstein publicó el APGAR Familiar en 1978 con el propósito de diseñar un breve instrumento de tamizaje para uso diario en el consultorio del médico de familia, para obtener datos que reflejaran el punto de vista de sus pacientes en relación con la situación funcional de sus familias. El acrónimo APGAR fue seleccionado para dar al instrumento mayor credibilidad ante los médicos, quienes podrían asociarlo fácilmente con la escala de APGAR para evaluar a los neonatos.<sup>2</sup>

El APGAR se elaboró con base a cinco elementos o constructos esenciales: adaptabilidad, compañerismo, desarrollo, afectividad y resolución. Este instrumento consta de solamente cinco reactivos, uno para cada constructo. La escala de calificación incluye tres categorías de respuesta: casi siempre, algunas veces o casi nunca con puntajes de cero a dos.<sup>2</sup>

El autor afirma que puntajes de 7 a 10 sugieren una familia altamente funcional, de 6 a 4 moderadamente disfuncional, y de 0 a 3 una familia fuertemente disfuncional. No se cuenta con información suficiente para identificar la edad mínima necesaria para

responder el cuestionario. El APGAR Familiar tiene consistencia interna (alpha de Chronbach 0.80) y confiabilidad demostrada mediante test-retest. Debido a la brevedad del cuestionario, también es limitada la información que se puede proporcionar. Su valor real puede identificarse en la posibilidad de identificar en forma inicial a las familias en las cuales existe algún nivel de disfuncionalidad.<sup>9</sup>

Se ha propuesto una puntuación mayor de 6 como funcional y menor o igual a 6 como disfuncional.<sup>3</sup>

En comparación con otras escalas similares (CES, McMaster, FACES III, Pless-Satterwhite) presenta gran ventaja por su reducido número de ítems y facilidad de aplicación. Se encuentra validada por Bellon y Cols.

### 3.3.2.1. Componentes

**3.3.2.1.1. Adaptación:** Se relaciona con la forma en que los miembros de la familia, en tiempos de necesidad y crisis, se ayudan y se adaptan a los cambios o retos que se les presentan.

**3.3.2.1.2. Participación:** En esta función se evalúa participación: Cómo se comunican los miembros de la familia acerca de asuntos tales como vacaciones, finanzas, cuidado médico, compras y problema personales. Valora si la participación es permitida para todos o si es electiva para algunos.

**3.3.2.1.3. Ganancia o crecimiento:** Está referida a la manera en que los miembros de la familia proponen o emprenden nuevas actividades tendientes a su desarrollo personal en las diferentes esferas; explora la forma en que la familia facilita o bloquea el inicio de acciones académicas, laborales o recreativas, etc.

**3.3.2.1.4. Afecto:** Se pregunta cómo responden los diferentes miembros de la familia al afecto y si sus expresiones son permitidas.

**3.3.2.1.5. Recursos:** ¿Cómo comparten los miembros de la familia el tiempo, el espacio y el dinero? Los recursos son elementos esenciales para la dinámica familiar. Con frecuencia alguno de éstos, está implicado como disparador de disfuncionalidad en la

familia. Esta función explora tres recursos básicos para la familia: tiempo, espacio y dinero.

**- Adaptabilidad o apoyo y solidaridad.**

¿Está satisfecho con el apoyo que recibe de su familia cuando tiene algún problema o pasa por alguna situación crítica?

**- Participación o compañerismo.**

¿Le satisface la manera e interés con que su familia discute sus problemas y la forma como participa con usted en la resolución de ellos?

**- Gradiente de Crecimiento.**

¿Encuentra que su familia respeta sus decisiones individuales y acepta sus deseos de efectuar nuevas actividades o hacer cambios en su estilo de vida?

**- Afecto.**

¿Está satisfecho con la forma en que su familia expresa el afecto y responde a sus sentimientos, ya sean de bienestar o malestar?

**- Resolución.(Compartir el tiempo y recursos)**

¿Le satisface la cantidad de tiempo que Ud. y su familia pasan juntos?

El diseño del APGAR considera principios básicos, es dinámico, es un formulario auto-administrado, de fácil lectura e instrucciones simples, probado y validado en diversas culturas, que requiere un tiempo muy corto para ser completado.<sup>1</sup>

Los parámetros del APGAR se delinearón sobre la premisa de que los miembros de la familia perciben el funcionamiento familiar, y pueden manifestar el grado de satisfacción en el cumplimiento de los parámetros básicos de ésta.

El APGAR familiar tiene considerables ventajas como instrumento de medición del funcionamiento familiar por su sencillez, rapidez y facilidad de aplicación, sin olvidar que

no es una medida objetiva de la función familiar, aunque sí del grado de satisfacción que percibe el paciente al evaluar la función de su sistema familiar.<sup>1</sup> (Anexo 1)

### **3.4. Criterios o estrategias para el manejo de resultados**

Se procederá con las siguientes técnicas de recolección de datos:

a. Se tomarán en cuenta todo el Personal de Salud del servicio de Emergencia del HNCASE y Hospital de Yanahuara en Enero, Febrero del 2013 que cumplan con los criterios de selección y ninguna con criterio de exclusión.

b. Se registrará la información en el Formato de Recolección de Datos de los Test, confeccionada y adecuada a los objetivos del estudio.

c. La información será organizada, tabulada y sistematizada en base de datos informático para su posterior análisis e interpretación.

Análisis de resultados: se utilizará estadística descriptiva con distribución de frecuencias absolutas y porcentuales para variables cualitativas, medidas de tendencia central (media, desviación estándar) para variables cuantitativas.

Para relacionar las variables cuantitativas se utilizará coeficientes de correlación lineal simple, y para comparar variables independientes se empleará el test de chi-cuadrado. Los datos serán tabulados por SPSS.

d. Se aplicará: base de datos de hojas de cálculo de Microsoft Office Excel 2010, Microsoft Office Word 2010, Paquetes estadísticos SPS para el análisis de resultados.



**RELACIÓN ENTRE SÍNDROME DE BURNOUT Y EL NIVEL DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR  
EN EL PERSONAL DE SALUD DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DE HNCASE Y HOSPITAL DE  
YANAHUARA. ENERO - FEBRERO 2013**

**Tabla 1**

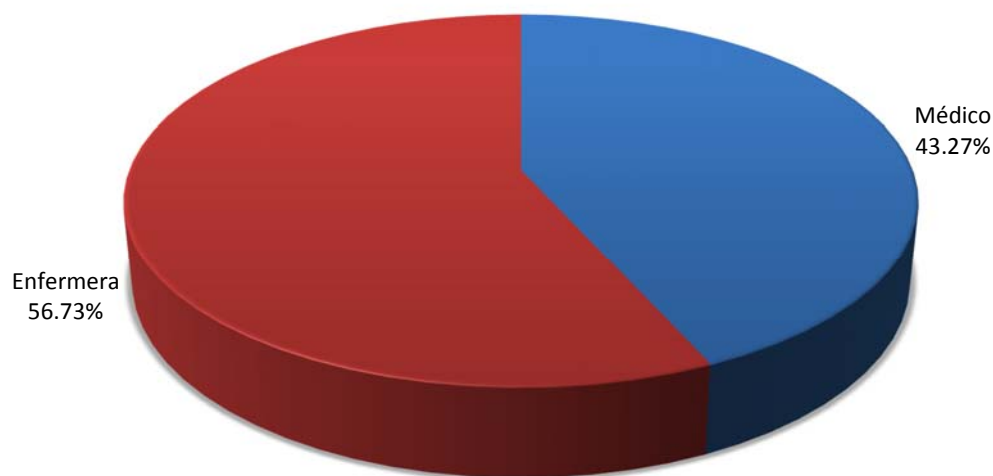
**Distribución de los profesionales de salud según grupo ocupacional**

	N°	%
Médico	45	43,27%
Enfermera	59	56,73%
Total	104	100,00%

**RELACIÓN ENTRE SÍNDROME DE BURNOUT Y EL NIVEL DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR  
EN EL PERSONAL DE SALUD DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DE HNCASE Y HOSPITAL DE  
YANAHUARA. ENERO - FEBRERO 2013**

**Gráfico 1**

**Distribución de los profesionales de salud según grupo ocupacional**



La **Tabla y Gráfico 1** muestran la composición del personal estudiado según profesión; el 56,73% del personal fueron enfermeras y 43,27% médicos.

**RELACIÓN ENTRE SÍNDROME DE BURNOUT Y EL NIVEL DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR  
EN EL PERSONAL DE SALUD DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DE HNCASE Y HOSPITAL DE  
YANAHUARA. ENERO - FEBRERO 2013**

**Tabla 2**

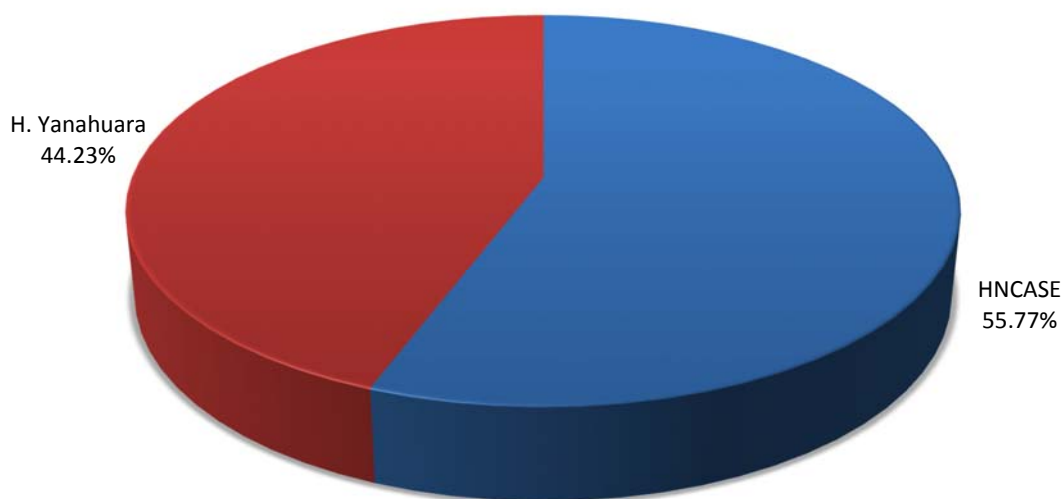
**Distribución de profesionales de la salud según lugar de servicio**

	N°	%
HNCASE	58	55,77%
H. Yanahuara	46	44,23%
Total	104	100,00%

**RELACIÓN ENTRE SÍNDROME DE BURNOUT Y EL NIVEL DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR  
EN EL PERSONAL DE SALUD DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DE HNCASE Y HOSPITAL DE  
YANAHUARA. ENERO - FEBRERO 2013**

**Gráfico 2**

**Distribución de profesionales de la salud según lugar de servicio**



La **Tabla y Gráfico 2** muestran la distribución de profesionales de la salud según lugar de servicio. Algo más de la mitad (55,77%) fueron personal del hospital Nacional CASE y 44,23% del Hospital Yanahuara.

**RELACIÓN ENTRE SÍNDROME DE BURNOUT Y EL NIVEL DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR  
EN EL PERSONAL DE SALUD DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DE HNCASE Y HOSPITAL DE  
YANAHUARA. ENERO - FEBRERO 2013**

**Tabla 3**

**Distribución de profesionales de la salud según grupo ocupacional y sexo**

Sexo	Médico		Enfermera		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Femenino	17	16,35%	56	53,85%	73	70,19%
Masculino	28	26,92%	3	2,88%	31	29,81%
Total	45	43,27%	59	56,73%	104	100,00%

Chi<sup>2</sup> = 39,38

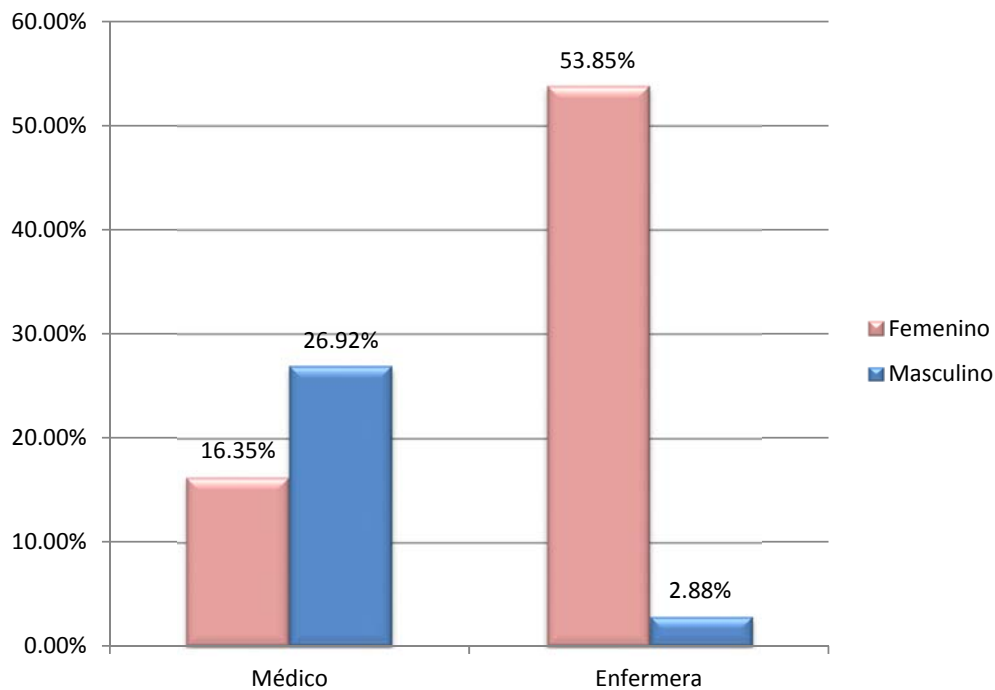
G. libertad = 4

p < 0,01

**RELACIÓN ENTRE SÍNDROME DE BURNOUT Y EL NIVEL DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR  
EN EL PERSONAL DE SALUD DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DE HNCASE Y HOSPITAL DE  
YANAHUARA. ENERO - FEBRERO 2013**

**Gráfico 3**

**Distribución de profesionales de la salud según grupo ocupacional y sexo**



En la **Tabla y Gráfico 3** se muestra la distribución del personal según grupo ocupacional y sexo; el 26,92% de los trabajadores fueron médicos varones y el 53,85% fueron enfermeras mujeres; sólo hubo 2,88% enfermeros varones y 16,35% fueron médicos mujeres; las diferencias de género según la profesión son evidentes y significativas ( $p < 0,05$ ).

**RELACIÓN ENTRE SÍNDROME DE BURNOUT Y EL NIVEL DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR  
EN EL PERSONAL DE SALUD DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DE HNCASE Y HOSPITAL DE  
YANAHUARA. ENERO - FEBRERO 2013**

**Tabla 4**

**Distribución de profesionales de la salud según grupo ocupacional y edad**

Edad	Médico		Enfermera		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
25-30 años	0	0,00%	2	1,92%	2	1,92%
31-35 años	4	3,85%	4	3,85%	8	7,69%
36-40 años	11	10,58%	9	8,65%	20	19,23%
41-45 años	20	19,23%	28	26,92%	48	46,15%
> 45 años	10	9,62%	16	15,38%	26	25,00%
Total	45	43,27%	59	56,73%	104	100,00%

Chi<sup>2</sup> = 3,09

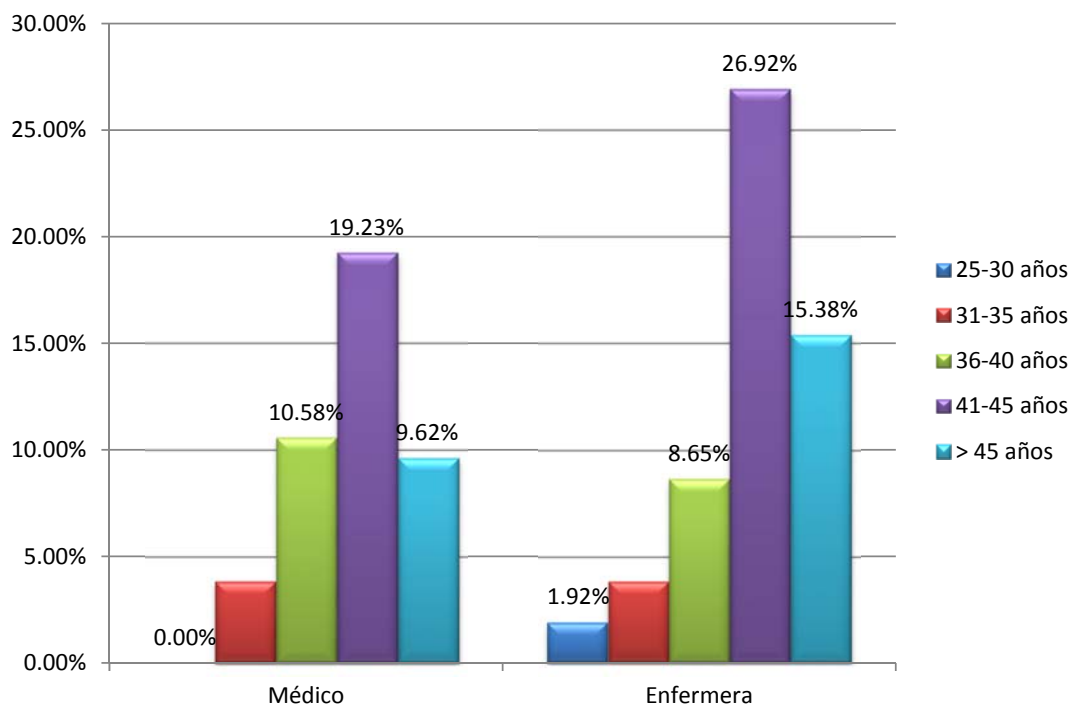
G. libertad = 4

p = 0,54

**RELACIÓN ENTRE SÍNDROME DE BURNOUT Y EL NIVEL DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR  
EN EL PERSONAL DE SALUD DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DE HNCASE Y HOSPITAL DE  
YANAHUARA. ENERO - FEBRERO 2013**

**Gráfico 4**

**Distribución de profesionales de la salud según grupo ocupacional y edad**



En la **Tabla y Gráfico 4** se aprecia la edad del personal encuestado; el 46,15% de casos tuvieron de 41 a 45 años, con 25% de profesionales con más de esa edad. No se encontraron diferencias entre médicos y enfermeras en cuanto a tiempo de trabajo ( $p > 0,05$ ).

**RELACIÓN ENTRE SÍNDROME DE BURNOUT Y EL NIVEL DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR  
EN EL PERSONAL DE SALUD DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DE HNCASE Y HOSPITAL DE  
YANAHUARA. ENERO - FEBRERO 2013**

**Tabla 5**

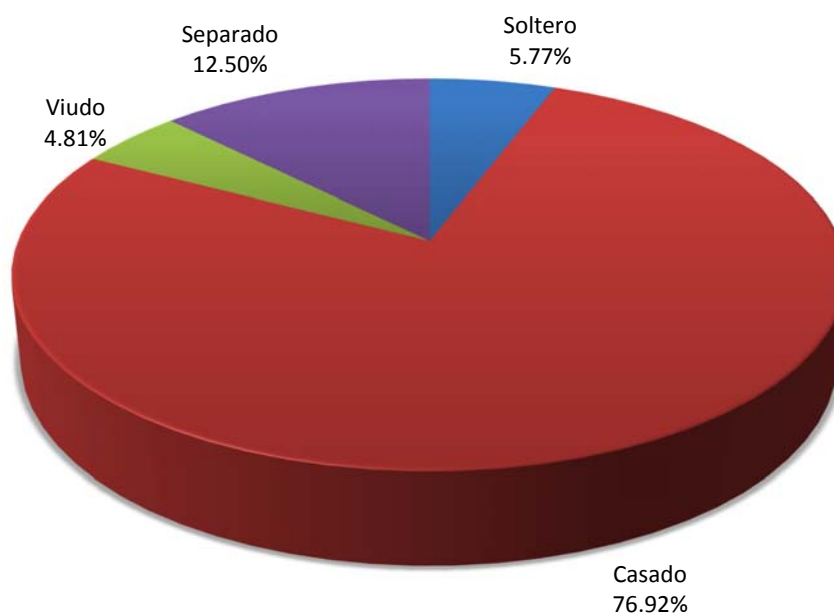
**Distribución de profesionales de la salud según estado civil**

	N°	%
Soltero	6	5,77%
Casado	80	76,92%
Viudo	5	4,81%
Separado	13	12,50%
Total	104	100,00%

**RELACIÓN ENTRE SÍNDROME DE BURNOUT Y EL NIVEL DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR  
EN EL PERSONAL DE SALUD DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DE HNCASE Y HOSPITAL DE  
YANAHUARA. ENERO - FEBRERO 2013**

**Gráfico 5**

**Distribución de profesionales de la salud según estado civil**



En la **Tabla y Gráfico 5** se observa la distribución del estado civil de los profesionales; el 76,92% fueron casados, 12,50% separados, con 5,77% de solteros y 4,81% viudos.

**RELACIÓN ENTRE SÍNDROME DE BURNOUT Y EL NIVEL DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR  
EN EL PERSONAL DE SALUD DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DE HNCASE Y HOSPITAL DE  
YANAHUARA. ENERO - FEBRERO 2013**

**Tabla 6**

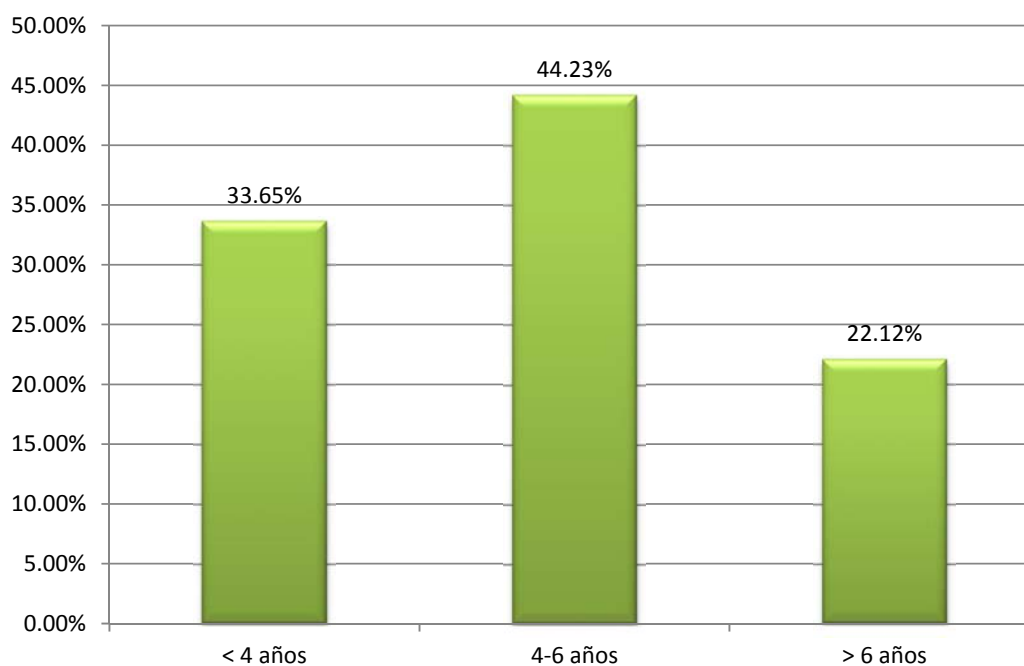
**Distribución de profesionales de la salud según tiempo de servicio**

	N°	%
< 4 años	35	33,65%
4-6 años	46	44,23%
> 6 años	23	22,12%
Total	104	100,00%

**RELACIÓN ENTRE SÍNDROME DE BURNOUT Y EL NIVEL DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR  
EN EL PERSONAL DE SALUD DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DE HNCASE Y HOSPITAL DE  
YANAHUARA. ENERO - FEBRERO 2013**

**Gráfico 6**

**Distribución de profesionales de la salud según tiempo de servicio**



El tiempo de servicio en el Hospital respectivo se muestra en la **Tabla y Gráfico 6**. El 33,65% de trabajadores tuvieron menos de 4 años de trabajo, 44,23% de 4 a 6 años, y 22,12% más de 6 años laborando en la institución.

**RELACIÓN ENTRE SÍNDROME DE BURNOUT Y EL NIVEL DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR  
EN EL PERSONAL DE SALUD DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DE HNCASE Y HOSPITAL DE  
YANAHUARA. ENERO - FEBRERO 2013**

**Tabla 7**

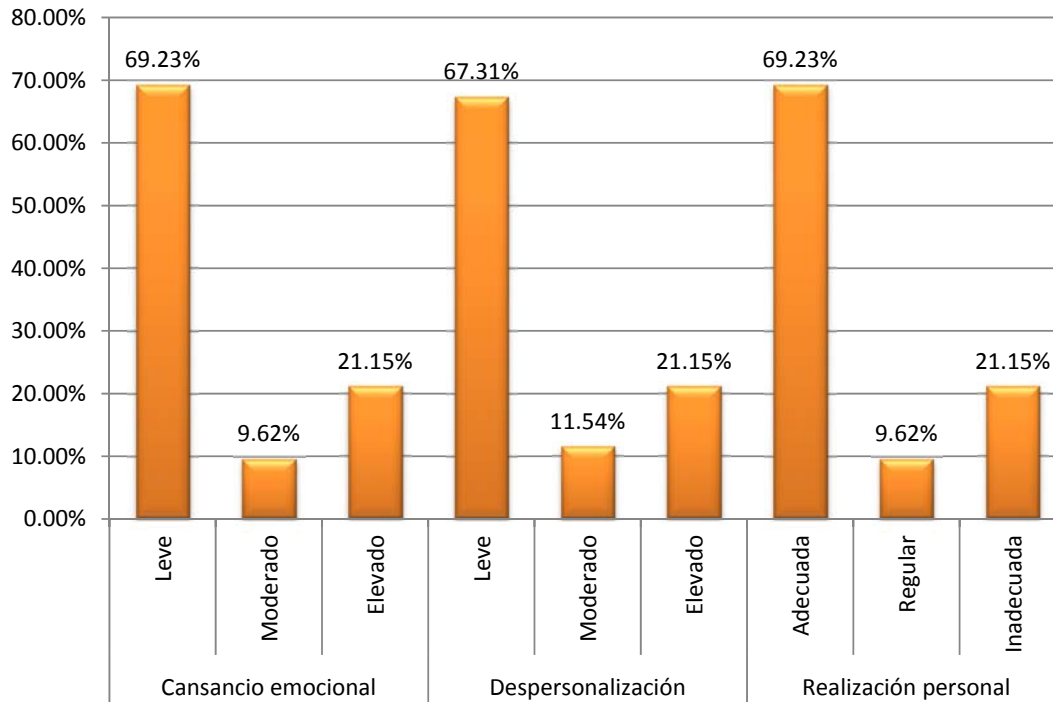
**Distribución de profesionales de la salud según componentes del síndrome de  
Burnout**

		N°	%
Cansancio emocional	Leve	72	69,23%
	Moderado	10	9,62%
	Elevado	22	21,15%
Despersonalización	Leve	70	67,31%
	Moderado	12	11,54%
	Elevado	22	21,15%
Realización personal	Adecuada	72	69,23%
	Regular	10	9,62%
	Inadecuada	22	21,15%
Total		104	100,00%

**RELACIÓN ENTRE SÍNDROME DE BURNOUT Y EL NIVEL DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR  
EN EL PERSONAL DE SALUD DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DE HNCASE Y HOSPITAL DE  
YANAHUARA. ENERO - FEBRERO 2013**

**Gráfico 7**

**Distribución de profesionales de la salud según componentes del síndrome de  
Burnout**



En la **Tabla y Gráfico 7** se muestran los componentes del síndrome de Burnout según el inventario de Maslach; el 69,23% de trabajadores tuvo un cansancio emocional leve, con 21,15% con cansancio emocional elevado; proporciones similares se alcanzaron en la sensación de despersonalización, sin embargo la realización personal fue elevada en 69,23% de trabajadores e inadecuada en 21,15%.

**RELACIÓN ENTRE SÍNDROME DE BURNOUT Y EL NIVEL DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR  
EN EL PERSONAL DE SALUD DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DE HNCASE Y HOSPITAL DE  
YANAHUARA. ENERO - FEBRERO 2013**

**Tabla 8**

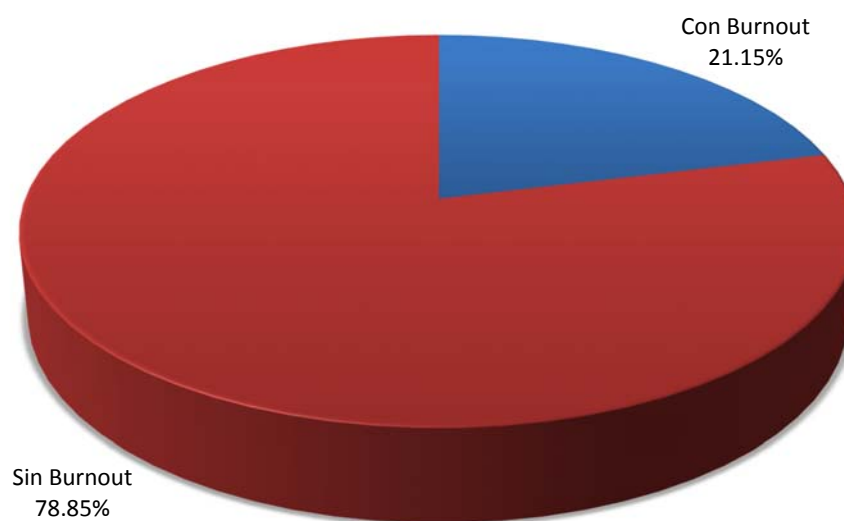
**Presencia de síndrome de Burnout en los profesionales de la salud**

	N°	%
Con Burnout	22	21,15%
Sin Burnout	82	78,85%
Total	104	100,00%

**RELACIÓN ENTRE SÍNDROME DE BURNOUT Y EL NIVEL DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR  
EN EL PERSONAL DE SALUD DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DE HNCASE Y HOSPITAL DE  
YANAHUARA. ENERO - FEBRERO 2013**

**Gráfico 8**

**Presencia de síndrome de Burnout en los profesionales de la salud**



La presencia de síndrome de Burnout en los profesionales de la salud es de 21,15% del total de encuestados (**Tabla y Gráfico 8**).

**RELACIÓN ENTRE SÍNDROME DE BURNOUT Y EL NIVEL DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR  
EN EL PERSONAL DE SALUD DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DE HNCASE Y HOSPITAL DE  
YANAHUARA. ENERO - FEBRERO 2013**

**Tabla 9**

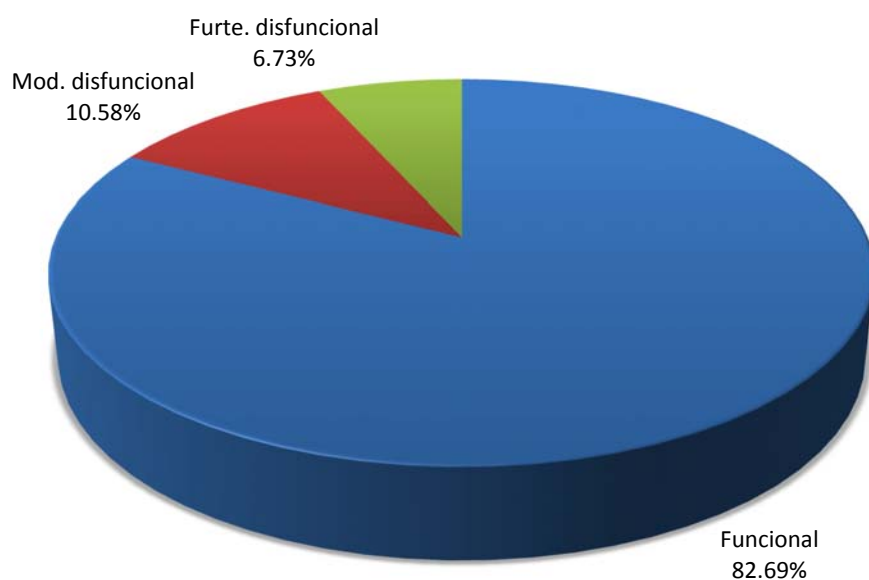
**Funcionamiento familiar en los profesionales de la salud**

	Nº	%
Funcional	86	82,69%
Mod. disfuncional	11	10,58%
Fuerte. disfuncional	7	6,73%
Total	104	100,00%

**RELACIÓN ENTRE SÍNDROME DE BURNOUT Y EL NIVEL DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR  
EN EL PERSONAL DE SALUD DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DE HNCASE Y HOSPITAL DE  
YANAHUARA. ENERO - FEBRERO 2013**

**Gráfico 9**

**Funcionamiento familiar en los profesionales de la salud**



Luego de la aplicación del cuestionario de apgar familiar de Smilkstein (**Tabla y Gráfico 9**), se identificó que 82,69% de familias fueron funcionales, con 10,58% de familias moderadamente disfuncionales y 6,73% de familias fuertemente disfuncionales.

**RELACIÓN ENTRE SÍNDROME DE BURNOUT Y EL NIVEL DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR  
EN EL PERSONAL DE SALUD DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DE HNCASE Y HOSPITAL DE  
YANAHUARA. ENERO - FEBRERO 2013**

**Tabla 10**

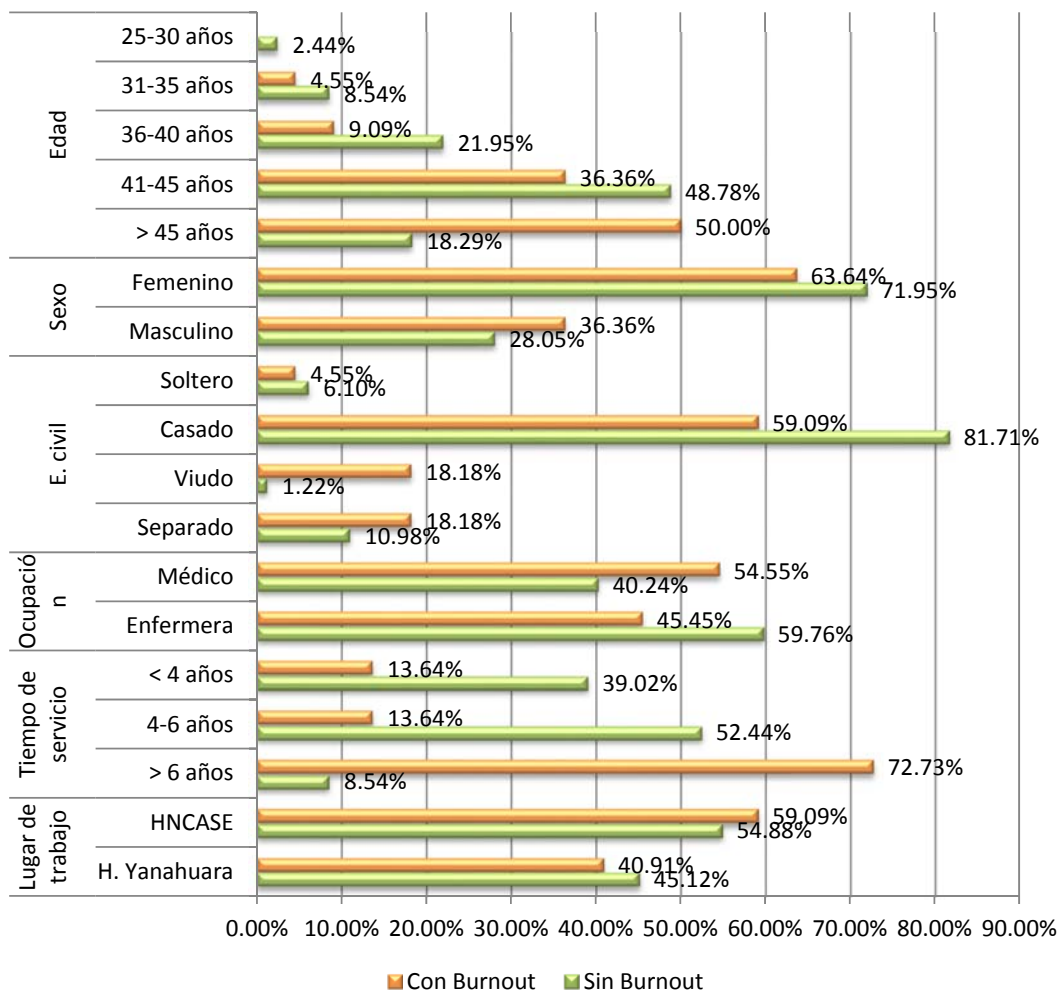
**Influencia de las características socio-laborales en la presencia de Burnout**

		Con Burnout		Sin Burnout		Chi2 (p)
		N°	%	N°	%	
Edad	25-30 a	0	0,00%	2	2,44%	9,94 (0,04)
	31-35 a	1	4,55%	7	8,54%	
	36-40 a	2	9,09%	18	21,95%	
	41-45 a	8	36,36%	40	48,78%	
	> 45 a	11	50,00%	15	18,29%	
Sexo	Femenino	14	63,64%	59	71,95%	0,57
	Masculino	8	36,36%	23	28,05%	(0,45)
E. civil	Soltero	1	4,55%	5	6,10%	12,33 (0,01)
	Casado	13	59,09%	67	81,71%	
	Viudo	4	18,18%	1	1,22%	
	Separado	4	18,18%	9	10,98%	
Ocupación	Médico	12	54,55%	33	40,24%	1,45
	Enfermera	10	45,45%	49	59,76%	(0,23)
Tiempo de servicio	< 4 años	3	13,64%	32	39,02%	41,55 (0,01)
	4-6 años	3	13,64%	43	52,44%	
	> 6 años	16	72,73%	7	8,54%	
Lugar de trabajo	HNCASE	13	59,09%	45	54,88%	0,12
	H. Yanahuara	9	40,91%	37	45,12%	(0,72)
Total		22	100,00%	82	100,00%	

**RELACIÓN ENTRE SÍNDROME DE BURNOUT Y EL NIVEL DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR  
EN EL PERSONAL DE SALUD DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DE HNCASE Y HOSPITAL DE  
YANAHUARA. ENERO - FEBRERO 2013**

**Gráfico 10**

**Influencia de las características socio-laborales en la presencia de Burnout**



En la **Tabla y gráfico 10** se muestra la influencia de los factores sociolaborales sobre el síndrome de Burnout. Los trabajadores con Burnout tuvieron más edad (50% fueron mayores de 45 años, comparados con 48,78% de trabajadores sin Burnout con 41 a 45 años;  $p < 0,05$ ), sin influencia del sexo ( $p > 0,05$ ) y sí con el estado civil, pues hubo más trabajadores con Burnout viudos (18,18% comparados con 1,22% en el grupo sin Burnout;  $p < 0,05$ ), así como en el mayor tiempo de servicio, pues 72,73% de trabajadores con Burnout tuvieron más de 6 años de trabajo, comparado con 52,44% de trabajadores sin Burnout con 4 a 6 años ( $p < 0,05$ ). No hubo influencia del hospital de trabajo o la ocupación, aunque hubo más médicos con Burnout (54,55% versus 40,24% de trabajadores sin Burnout), las diferencias no fueron significativas ( $p > 0,05$ ).



**RELACIÓN ENTRE SÍNDROME DE BURNOUT Y EL NIVEL DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR  
EN EL PERSONAL DE SALUD DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DE HNCASE Y HOSPITAL DE  
YANAHUARA. ENERO - FEBRERO 2013**

**Tabla 11**

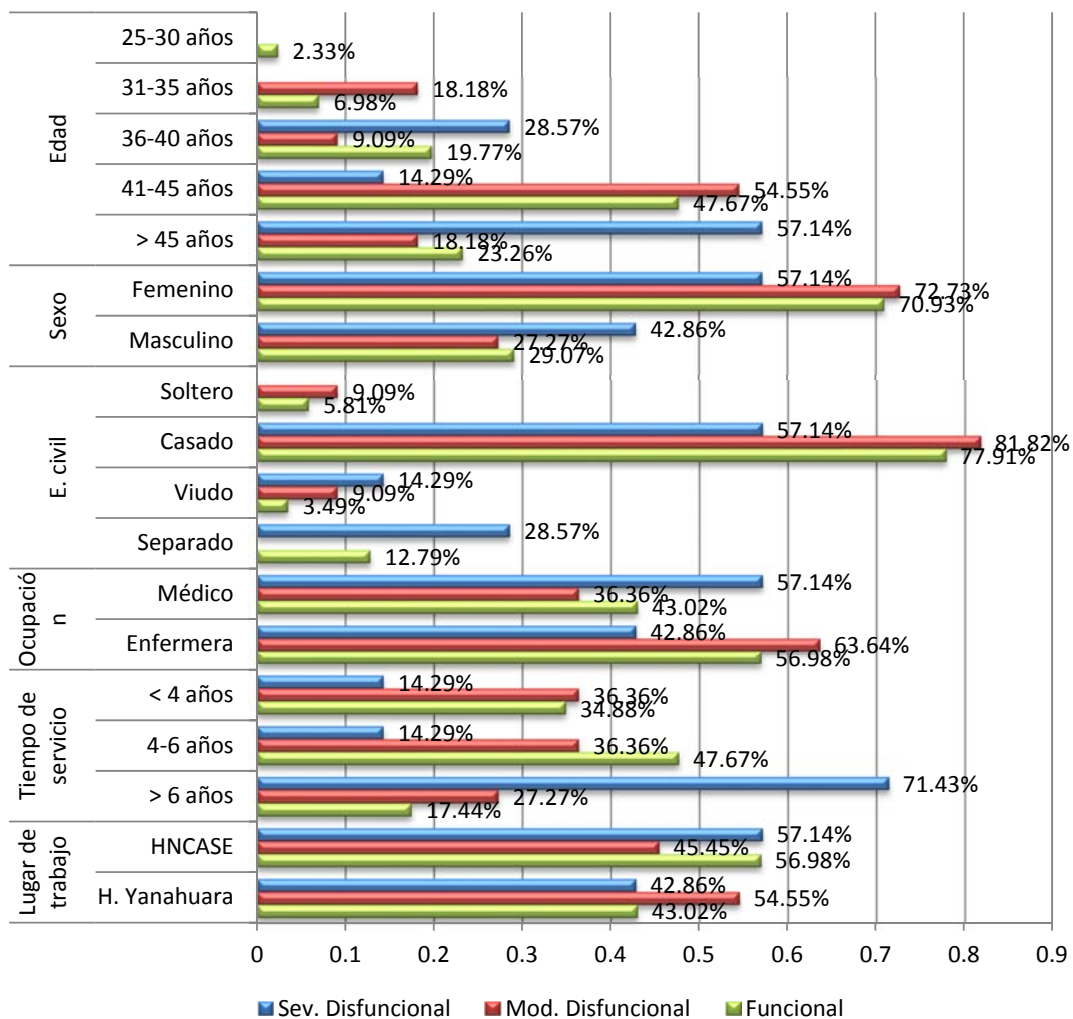
**Influencia de las características sociales y laborales en el funcionamiento familiar**

		Mod.						Chi2 (p)
		Sev. Disfuncional		Disfuncional		Funcional		
		N°	%	N°	%	N°	%	
Edad	25-30 años	0	0,00%	0	0,00%	2	2,33%	8,46 (0,39)
	31-35 años	0	0,00%	2	18,18%	6	6,98%	
	36-40 años	2	28,57%	1	9,09%	17	19,77%	
	41-45 años	1	14,29%	6	54,55%	41	47,67%	
	> 45 años	4	57,14%	2	18,18%	20	23,26%	
Sexo	Femenino	4	57,14%	8	72,73%	61	70,93%	0,63 (0,73)
	Masculino	3	42,86%	3	27,27%	25	29,07%	
E. civil	Soltero	0	0,00%	1	9,09%	5	5,81%	5,88 (0,44)
	Casado	4	57,14%	9	81,82%	67	77,91%	
	Viudo	1	14,29%	1	9,09%	3	3,49%	
	Separado	2	28,57%	0	0,00%	11	12,79%	
Ocupación	Médico	4	57,14%	4	36,36%	37	43,02%	0,76 (0,68)
	Enfermera	3	42,86%	7	63,64%	49	56,98%	
Tiempo de servicio	< 4 años	1	14,29%	4	36,36%	30	34,88%	11,33 (0,02)
	4-6 años	1	14,29%	4	36,36%	41	47,67%	
	> 6 años	5	71,43%	3	27,27%	15	17,44%	
Lugar de trabajo	HNCASE	4	57,14%	5	45,45%	49	56,98%	0,53 (0,77)
	H. Yanahuara	3	42,86%	6	54,55%	37	43,02%	
Total		7	100,00%	11	100,00%	86	100,00%	

**RELACIÓN ENTRE SÍNDROME DE BURNOUT Y EL NIVEL DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR  
EN EL PERSONAL DE SALUD DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DE HNCASE Y HOSPITAL DE  
YANAHUARA. ENERO - FEBRERO 2013**

**Gráfico 11**

**Influencia de las características sociales y laborales en el funcionamiento familiar**



En la **tabla y Gráfico 11** se muestra la influencia de las variables sociodemográficas en el funcionamiento familiar. Sólo se encontró significancia entre un mayor tiempo de trabajo y la presencia de disfunción familiar moderada o severa, pues más de 71% de trabajadores con disfunción familiar severa, tuvieron más de 6 años laborando.



**RELACIÓN ENTRE SÍNDROME DE BURNOUT Y EL NIVEL DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR  
EN EL PERSONAL DE SALUD DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DE HNCASE Y HOSPITAL DE  
YANAHUARA. ENERO - FEBRERO 2013**

**Tabla 12**

**Relación entre síndrome de Burnout y funcionamiento familiar**

Burnout	Con Burnout		Sin Burnout		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Sev. disfuncional	4	3,85%	3	2,88%	7	6,73%
Mod. disfuncional	4	3,85%	7	6,73%	11	10,58%
Funcional	14	13,46%	72	69,23%	86	82,69%
Total	22	21,15%	82	78,85%	104	100,00%

Chi<sup>2</sup> = 8,19

G. libertad = 2

p = 0,027

Correlación de Spearman:

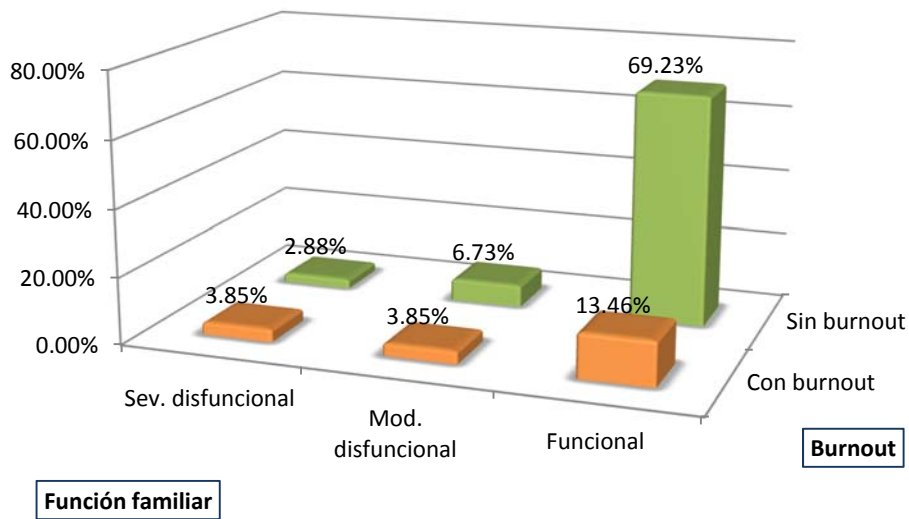
R = 0,37

p = 0,01

**RELACIÓN ENTRE SÍNDROME DE BURNOUT Y EL NIVEL DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR  
EN EL PERSONAL DE SALUD DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DE HNCASE Y HOSPITAL DE  
YANAHUARA. ENERO - FEBRERO 2013**

**Gráfico 12**

**Relación entre síndrome de Burnout y funcionamiento familiar**



La **Tabla y Gráfico 12** muestran que hubo una relación significativa (coeficiente  $R = 0,37$ ,  $p < 0,05$ ) entre el Burnout y el funcionamiento familiar, con una alta proporción de función familiar adecuada entre trabajadores sin Burnout (69,23%), y del 6,73% con familias disfuncionales, 3,85% tuvieron Burnout. Esto hace que a mayor niveles de Burnout, se tienda a presentar una disfunción familiar más severa.



## DISCUSIÓN

El presente estudio se realizó para determinar la relación entre el síndrome de Burnout y el nivel de funcionamiento familiar en el personal de salud (médicos y enfermeras) del servicio de Emergencia de HNCASE y Hospital de Yanahuara en Enero, Febrero del 2013. Se realizó la presente investigación debido a que los médicos y enfermeras se consideran invulnerables en su profesión y que están protegidos del estrés que amenaza a otros ciudadanos, sin embargo se ha comprobado que los personales de salud no son una defensa contra el estrés y la fatiga.

Este hecho nos llevó a pensar que posiblemente el personal esté presentando el Síndrome de Burnout, debido a que en efecto, el trabajo asistencial en el Servicio de Emergencia en hospitales de alta complejidad como lo son el HNCASE y el hospital de Yanahuara requieren no sólo contar con personal altamente calificado, sino también con un personal motivado para el servicio y que tenga un adecuado soporte y estructura emocional que le ayude a desarrollar su trabajo aún en situaciones de estrés, con la angustia del enfermo y de sus familiares, y que también lo haga capaz de afrontar y superar la frustración de sus perspectivas diagnóstico-terapéuticas con respecto al padecimiento del enfermo.

Para tal fin se aplicó a todo el personal de salud médico y enfermera del servicio de Emergencia del HNCASE y Hospital de Yanahuara una ficha de datos sociolaborales, el inventario de Burnout de Maslach, y el cuestionario de Apgar familiar de Smilkstein. Se realizaron comparaciones entre grupos independientes mediante prueba chi cuadrado y se asoció la presencia de Burnout con el funcionamiento familiar mediante el coeficiente de correlación de Spearman.

La **Tabla y Gráfico 1** muestran la composición del personal estudiado según profesión; el 56,73% del personal fueron enfermeras y 43,27% médicos. Algo más de la mitad (55,77%) fueron personal del hospital Nacional CASE y 44,23% del hospital Yanahuara (**Tabla y Gráfico 2**).

En la **Tabla y Gráfico 3** se muestra la distribución del personal según grupo ocupacional y sexo; el 26,92% de los trabajadores fueron médicos varones y el 53,85%

fueron enfermeras mujeres; sólo hubo 2,88% enfermeros varones y 16,35% fueron médicos mujeres; las diferencias de género según la profesión son evidentes y significativas ( $p < 0,05$ ).

En la **Tabla y Gráfico 4** se aprecia la edad del personal encuestado; el 46,15% de casos tuvieron de 41 a 45 años, con 25% de profesionales con más de esa edad. No se encontraron diferencias entre médicos y enfermeras en cuanto a tiempo de trabajo ( $p > 0,05$ ).

En la **Tabla y Gráfico 5** se observa la distribución del estado civil de los profesionales; el 76,92% fueron casados, 12,50% separados, con 5,77% de solteros y 4,81% viudos.

El tiempo de servicio en el Hospital respectivo se muestra en la **Tabla y Gráfico 6**. El 33,65% de trabajadores tuvieron menos de 4 años de trabajo, 44,23% de 4 a 6 años, y 22,12% más de 6 años laborando en la institución.

En la **Tabla y Gráfico 7** se muestran los componentes del síndrome de Burnout según el inventario de Maslach; el 69,23% de trabajadores tuvo un cansancio emocional leve, con 21,15% con cansancio emocional elevado; proporciones similares se alcanzaron en la sensación de despersonalización, sin embargo la realización personal fue elevada en 69,23% de trabajadores e inadecuada en 21,15%. Con ello se hace un diagnóstico de síndrome de Burnout en 21,15% del total de trabajadores (**Tabla y Gráfico 8**).

AGUDELO y cols quienes determinaron la prevalencia y factores psicosociales asociados al Síndrome de Burnout en médicos que laboran en instituciones de las ciudades de Manizales y la Virginia (Colombia) 2011, donde participaron 227 médicos. Se encontró una frecuencia de Burnout de 17,6%, 26,4% agotamiento alto, 26,4% despersonalización alta, y 7,2% de realización personal baja.

GONZÁLEZ y cols quienes determinaron la prevalencia del Síndrome de Burnout en Médicos Residentes y Médicos Internos de Pregrado, se observó que 37(13.35%) de los encuestados presentaron cansancio emocional alto, 141(50.90%) moderado y 99(35.75%) bajo. En relación a la despersonalización 5(1.80%) presentaron alta, 88(31.76%) moderada y 184(66.44%) baja. En relación a la realización personal 232(83.75%) presentaron un alto nivel, 44(15.88%) moderada y 1(0.37%) baja.

Luego de la aplicación del cuestionario de apgar familiar de Smilkstein (**Tabla y Gráfico 9**), se identificó que 82,69% de familias fueron funcionales, con 10,58% de familias moderadamente disfuncionales y 6,73% de familias fuertemente disfuncionales.

En la **Tabla y gráfico 10** se muestra la influencia de los factores sociolaborales sobre el síndrome de Burnout. Los trabajadores con Burnout tuvieron más edad (50% fueron mayores de 45 años, comparados con 48,78% de trabajadores sin Burnout con 41 a 45 años;  $p < 0,05$ ), sin influencia del sexo ( $p > 0,05$ ) y sí con el estado civil, pues hubo más trabajadores con Burnout viudos (18,18% comparados con 1,22% en el grupo sin Burnout;  $p < 0,05$ ), así como en el mayor tiempo de servicio, pues 72,73% de trabajadores con Burnout tuvieron más de 6 años de trabajo, comparado con 52,44% de trabajadores sin Burnout con 4 a 6 años ( $p < 0,05$ ). No hubo influencia del hospital de trabajo o la ocupación, aunque hubo más médicos con Burnout (54,55% versus 40,24% de trabajadores sin Burnout), las diferencias no fueron significativas ( $p > 0,05$ ).

En la **tabla y Gráfico 11** se muestra la influencia de las variables sociodemográficas en el funcionamiento familiar. Sólo se encontró significancia entre un mayor tiempo de trabajo y la presencia de disfunción familiar moderada o severa, pues más de 71% de trabajadores con disfunción familiar severa, tuvieron más de 6 años laborando.

Finalmente, la **tabla y Gráfico 12** muestran que hubo una relación significativa (coeficiente  $R = 0,37$ ,  $p < 0,05$ ) entre el Burnout y el funcionamiento familiar, con una alta proporción de función familiar adecuada entre trabajadores sin Burnout (69,23%), y del 6,73% con familias disfuncionales, 3,85% tuvieron Burnout. Esto hace que a mayor niveles de Burnout, se tienda a presentar una disfunción familiar más severa.

AGUDELO y cols quienes determinaron la prevalencia y factores psicosociales asociados al Síndrome de Burnout en médicos que laboran en instituciones de las ciudades de Manizales y la Virginia (Colombia) 2011, donde participaron 227 médicos. Se encontró una frecuencia de Burnout de 17,6%, y los médicos que presentan disfunción familiar moderada tienen mayor tendencia a presentar el síndrome de Burnout en un 37,5%.

GUEVARA y cols quienes determinaron la prevalencia del Síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes. Hospital Universitario del Valle, Cali, 2004, donde se evaluaron 150 médicos (63 internos y 87 residentes) sin diferencias

sociodemográficas entre internos, residente clínicos y residentes quirúrgicos; 128 (85.3%) presentaban Síndrome de Desgaste Profesional entre moderado y severo, siendo el componente de desgaste emocional el más afectado y sin diferencias entre los grupos médicos; 102 (68%) presentaban disfunción familiar (APGAR familiar <18) siendo más frecuente la disfunción familiar sobre todo en los internos ( $p=0.01$ ); 90% de los médicos con desgaste profesional presentaban disfunción familiar.





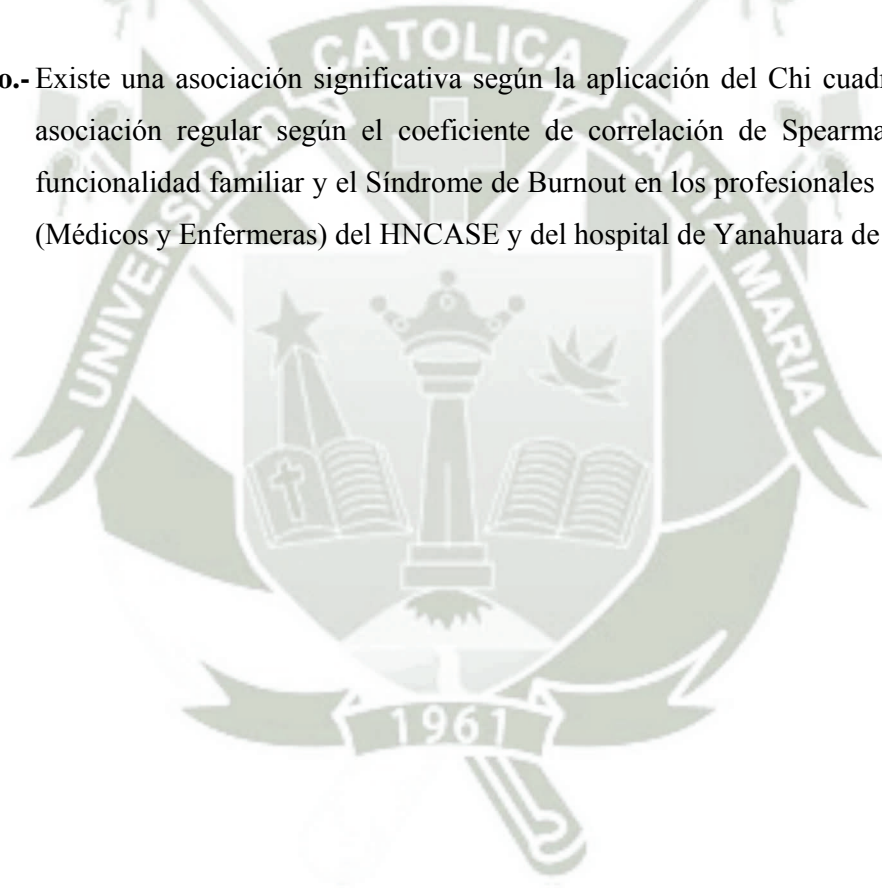
**CAPÍTULO III**  
**CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

## CONCLUSIONES

**Primero.-** La frecuencia de síntomas del Síndrome de Burnout en los profesionales de la salud (Médicos y Enfermeras) del HNCASE y del Hospital de Yanahuara de Arequipa corresponde a 1/5 de los encuestados.

**Segundo.-** La frecuencia de disfuncionalidad familiar en los profesionales de la salud (Médicos y Enfermeras) del HNCASE y del Hospital de Yanahuara de Arequipa corresponde a 1/6 de los encuestados.

**Tercero.-** Existe una asociación significativa según la aplicación del Chi cuadrado y una asociación regular según el coeficiente de correlación de Spearman entre la funcionalidad familiar y el Síndrome de Burnout en los profesionales de la salud (Médicos y Enfermeras) del HNCASE y del hospital de Yanahuara de Arequipa.



## RECOMENDACIONES

**Primera.-** Para evitar la aparición del Síndrome de Burnout, la gerencia general, cuerpos médicos y departamentos de capacitación del HNCASE y Hospital de Yanahuara deben realizar regularmente actividades extra asistenciales (deportivas y actividades científico-académicas), con el fin de contribuir a incrementar las relaciones interpersonales.

**Segunda.-** Los departamentos de capacitación del HNCASE y del Hospital de Yanahuara deben realizar cursos dirigidos hacia los profesionales de la salud de un modo programado y rutinario de formación en el afrontamiento del estrés en forma individual y grupal para disminuir el nivel de estrés.

**Tercera.-** La gerencia general y cuerpos médicos del HNCASE y Hospital de Yanahuara deben mejorar las condiciones y ambientes de trabajo, principalmente mejorar la relación entre compañeros, ya que el trabajo en equipo tiene un efecto protector y saludable.

**Cuarta.-** La red de información científica, departamentos de capacitación y los profesionales de la salud del HNCASE y Hospital de Yanahuara deben fortalecer los estudios investigativos similares, con el objetivo de poder evaluar los resultados de dichas medidas, hacer un seguimiento y/o poder detectar nuevos casos para su terapia oportuna.

## BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

1. Arias L, Herrera J. El Apgar familiar en el cuidado primario de la salud. *Revista Colombia Médica*, 1994; 25 26-28.
2. Arias L, Thier J. Apgar familiar, Ministerio de salud, recursos e instrumentos en medicina familiar. *Revista Colombia Médica*, 1994; 1-8.
3. Bellon J. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar. *Revista Colombia Médica* 18, 1996; 289-296.
4. Brenninkmeijer V, Van Yperen N. How to conduct research on burnout: advantages and disadvantages of a unidimensional approach in burnout research. *Occup Environ Med* 60, 2003; 16-20.
5. Chacón R, Grau J, Massip Pérez C y cols. El control del síndrome de desgaste profesional o Burnout en enfermería oncológica: una experiencia de intervención. *Ter. Psicol*, 2006; 24(1):39-53.
6. Gandini BJ, Paulini Silvia S y cols. El desgaste profesional o síndrome de estrés laboral asistencial entre los profesionales de la salud de la ciudad de Córdoba. *Rev. Fac. Cienc. Med. Cordoba*, 2006; 63(1):18-25.
7. Garza J, Schneider K, Promecene P, Monga M. Burnout in residency: A statewide study. *South Med J*, 2004; 97 (12): 1171-1173.
8. Gomero R, Palomino J y cols. El Síndrome de Burnout en personal sanitario de los hospitales de la empresa minera Southern Perú Copper Corporation. *Rev Med Hered Lima*, 2005; v.16 n.4.
9. Gómez C, Irigoyen C. Selección y análisis de instrumentos para la evaluación de la estructura de la funcionalidad familiar. *Arch. Med. Fam*, 1999; 1 (2) 45-57.

10. Tonon G. "Calidad de vida y Desgaste Profesional". Edit EUDEBA. Argentina, 2004; 3(4):10-18.
11. Grajales T. Estudio de validación factorial del Maslach Burnout Inventory versión española en una población de profesionales mexicanos. Revista Memorias 2000 del CIE México DF, 2000; 145-173.
12. Guevara C, Henao D, Herrera JA. Síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes. Hospital Universitario del Valle, Cali, 2002. Colomb. Med, 2004; 35(4):173-178.
13. Gutiérrez O. Prevalencia de Síndrome de Burnout y factores laborales asociados en el profesional de enfermería del servicio de Emergencia del Hospital Militar Central. Lima. Rev. Ciencias de la Salud, 2006.
14. Huerta J. Estudio de salud familiar en Programa de actualización continua en medicina familia. Revista México: Intersistemas, 1999; 5-39.
15. Llana J. Ergonomía y Psicología aplicada. Manual para la formación del especialista. 3ra Edición, Editorial Lex Nova; 2003: 493-516.
16. Jáuregui M, "Cuando el stress laboral se llama Burn Out". Revista México: Intersistemas, 2003; 23-39.
17. Maslach C, Jackson S. Maslach Burnout Inventory: Manual research. University of California. Palo Alto CA: Consulting Psychologist Press; 1986.
18. Mercado J, Di Marco G y cols. Síndrome de Burnout. Revista Argentina, 2006.
19. Rodríguez G. Disfunción familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica. Revista Médica IMSS, 2005; 42 (2), 96-102.
20. Velazco-Orellana R, Chávez V. La disfunción familiar, un reto diagnóstico-terapéutico. Rev. Med. IMSS, 1994; 32 (3).



## ANEXO 1

### CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR DEL ESTUDIO

Soy Luigui Alvarez Paredes, estudiante de Medicina de la Universidad Católica de Santa María. Te invito a participar del estudio de investigación titulado “Relación entre el Síndrome de Burnout y el Nivel de Funcionamiento Familiar en el personal de salud del servicio de Emergencia del HNCASE y Hospital de Yanahuara en Enero, Febrero del 2013”

A continuación se te proporcionará una entrevista psiquiátrica sencilla y breve desarrollada para la investigación clínica. Es totalmente anónima y su participación es absolutamente voluntaria, no habiendo beneficios económicos ni riesgos o perjuicios por formar parte del estudio. No se manejará información personal sobre cada participante, por lo que cualquier evidencia de esta será eliminada (nombres completos, correos electrónicos, etc.) una vez concluido el estudio.

Recuerde, no hay respuestas correctas o incorrectas.

---

**Firma del Encuestado**

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Edad:** \_\_\_\_\_

**Puesto: Médico**

**Enfermera**

## ESCALA DE MASLACH PARA EVALUAR EL SÍNDROME DE BURNOUT

*Para responder a las siguientes preguntas, por favor lea atentamente y marque con una X la más apropiada para Ud.:*

	Nunca	Pocas veces al año o menos	Una vez al mes o menos	Unas pocas veces al mes o menos	Una vez a la semana	Pocas veces a la semana	Todos los días
1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo							
2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo							
3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar							
4. Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes							
5. Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales							
6. Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo							

7. Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes							
8. Me siento "quemado" por mi trabajo							
9. Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de las personas							
10. Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión							
11. Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente							
12. Me siento muy activo							
13. Me siento frustrado en mi trabajo							
14. Creo que estoy trabajando demasiado							
15. Realmente no me preocupa lo que le ocurre a mis pacientes							
16. Trabajar directamente con personas me produce estrés							
17. Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes							

18. Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes							
19. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión							
20. Me siento acabado							
21. En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma							
22. Siento que los pacientes me culpan por alguno de sus problemas							



## FACTORES PERSONALES Y FACTORES LABORALES

*Por favor lea atentamente y marque con una X la más apropiada para Ud.:*

### 1. FACTORES PERSONALES

**Sexo:** ( ) Femenino ( ) Masculino

**Edad**

( ) 25 a 30 años ( ) 31 a 35 años ( ) 36 a 40 años ( ) 41 a 45 años ( ) Más de 45

**Estado civil:** ( ) Soltero ( ) Casado ( ) Viudo ( ) Separado

### 2. FACTORES LABORALES

**Ocupación**

( ) Médico ( ) Enfermera

**Tiempo de servicio**

( ) Menor de 4 años ( ) Entre 4 y 6 años ( ) Mayor a 6 años.

## APGAR FAMILIAR PARA EVALUAR LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR

*Para responder a las siguientes preguntas, por favor lea atentamente y marque con una X la más apropiada para Ud.:*

	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre
1. ¿Está satisfecho con el apoyo que recibe de su familia cuando tiene algún problema o pasa por alguna situación crítica?			
2. ¿Le satisface la manera e interés con que su familia discute sus problemas y la forma como participa con usted en la resolución de ellos?			
3. ¿Encuentra que su familia respeta sus decisiones individuales y acepta sus deseos de efectuar nuevas actividades o hacer cambios en su estilo de vida?			
4. ¿Está satisfecho con la forma en que su familia expresa el afecto y responde a sus sentimientos, ya sean de bienestar o malestar?			
5. ¿Le satisface la cantidad de tiempo que Ud. y su familia pasan juntos?			

**MUCHAS GRACIAS**

**UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTA MARÍA**



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:**

**Relación entre el Síndrome de Burnout y el Nivel de Funcionamiento Familiar en el personal de salud del servicio de Emergencia del HNCASE y Hospital de Yanahuara en Enero, Febrero del 2013**

**ALVAREZ PAREDES LUIGUI JUAN CARLOS**

**AREQUIPA – PERÚ**

**2013**

## I. PREÁMBULO

Hace más de treinta años que en el ámbito científico se habla del Síndrome de Burnout, y en la actualidad sigue siendo un tema de gran interés en investigaciones y publicaciones de carácter científico, comunicaciones en congresos internacionales, y se ha convertido en un término de uso coloquial: “estar quemado”.

La gran aceptación del término ha facilitado en muchas ocasiones la demanda de ayuda por parte de los profesionales afectados. Sin embargo, su conocimiento y difusión no ha impedido que continúe siendo un importante riesgo para la salud pública en nuestros días. Esta situación debería hacernos reflexionar, quizás aún no hemos sabido medirlo, prevenirlo e intervenir sobre él de la manera más adecuada.

Teniendo en cuenta que este síndrome es el resultado de la exposición crónica a los factores estresantes, emocionales e interpersonales que conlleva el trabajo clínico, es decir del desgaste profesional y que se han detectado factores protectores frente a este desgaste que pueden ser preventivos, como el apoyo de los compañeros, de la institución laboral, de los familiares y amigos, es que en este trabajo de Investigación se pretende relacionar el desarrollo de este síndrome en profesionales de salud asociado a su situación familiar; para lo cual utilizaremos El APGAR familiar, como un instrumento diseñado para evaluar el funcionamiento sistémico de la familia, con la posibilidad de identificar a los profesionales en riesgo. Este instrumento se ha validado en diferentes comunidades norteamericanas, asiáticas e hispanas y ofrece una alta correlación con pruebas especializadas.

En estos aspectos tiene especial importancia la influencia negativa que esta situación de desgaste laboral puede producir en la población laboral activa, con posibles repercusiones en la calidad de la asistencia a los pacientes y en la salud individual. Cuando este riesgo psicosocial del trabajo se instala en una organización, no solo lo sufre el trabajador afectado, se “contagia” entre equipos, mina la salud organizacional y la calidad del servicio prestado.

Además, la relación médico-paciente se ve afectada, produciendo en el médico diversas emociones, como son la necesidad de curarle, la sensación de fracaso y la frustración cuando se produce un empeoramiento de la enfermedad, o cuando este no responde a las expectativas, la sensación de impotencia frente a la enfermedad y a las pérdidas que conlleva, el duelo, el temor a sufrir la misma enfermedad, y el deseo de evitar a los pacientes para huir de los propios sentimientos. El inicio del desgaste profesional puede ser contemplado como una consecuencia de factores de predisposición, precipitación, perpetuación y protección.

Por lo anteriormente expuesto, se decidió realizar un estudio para determinar la relación entre síndrome de Burnout y el nivel de funcionamiento familiar en el personal de salud del servicio de Emergencia de HNCASE y Hospital de Yanahuara en Enero, Febrero del 2013.

## **II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO**

### **1. Problema de investigación**

Actualmente no existe un estudio que informe sobre la funcionalidad familiar y el desarrollo del síndrome de Burnout, por ello se plantea la realización de este estudio, para contribuir con estrategias que ayuden a superar este problema de salud.

#### **1.1. Enunciado del trabajo o problema**

Relación entre Síndrome de Burnout y el Nivel de funcionamiento familiar en el personal de salud del servicio de Emergencia de HNCASE y Hospital de Yanahuara en Enero, Febrero del 2013.

#### **1.2. Descripción del problema**

##### **1.2.1. Área del conocimiento:**

**1.2.1.1.** Campo: Ciencias de la Salud

**1.2.1.2.** Área: Medicina Humana

**1.2.1.3.** Especialidad: Psiquiatría

1.2.1.4. Línea: Estrés laboral y funcionamiento familiar

1.2.2. Análisis u operacionalización de variables e indicadores

<b>VARIABLE INDEPENDIENTE</b>			
VARIABLE	INDICADOR	VALOR DE CATEGORÍA	ESCALA
Frecuencia del síndrome de Burnout	Personal de salud que sufren de síntomas del síndrome de Burnout en el servicio de Emergencia según la Escala de Maslach	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Con Síndrome</li> <li>- Sin Síndrome</li> </ul>	Nominal

<b>VARIABLE DEPENDIENTE</b>			
VARIABLE	INDICADOR	CATEGORÍA	ESCALA
Nivel de funcionamiento familiar	<b>Apgar familiar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Funcional</li> <li>- Moderadamente disfuncional</li> <li>- Fuertemente disfuncional</li> </ul>	Ordinal

<b>VARIABLES INTERVINIENTES</b>			
<b>VARIABLES</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>CATEGORÍA</b>	<b>ESCALA</b>
<b>Factores personales:</b>  Edad	Fecha de nacimiento	Número de años	De Razón
Sexo	Caracteres sexuales secundarios	Masculino Femenino	Nominal
Estado civil	Situación conyugal	Soltero Casado Viudo Separado	Nominal
<b>Factores laborales:</b>  Ocupación	Tipo de profesión	Médico Enfermera	Nominal
Tiempo de servicio	Meses o años que la persona trabaja en el servicio de Emergencia	Número de meses o años	De Razón
Lugar de servicio	Hospital donde labora el personal de salud	HNCASE Hospital de Yanahuara	Nominal

### 1.2.3. Interrogantes básicas

- ¿Cuál es la frecuencia del Síndrome de Burnout en el personal de salud del Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo y Hospital de Yanahuara en Enero, Febrero del 2013?
- ¿Cuál es el nivel de funcionamiento familiar en el personal de salud del Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo y Hospital de Yanahuara en Enero, Febrero del 2013?
- ¿Cuál es la relación entre el Síndrome de Burnout y el nivel de funcionamiento familiar en el personal de salud del Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo y Hospital de Yanahuara en Enero, Febrero del 2013?

### 1.2.4. Tipo de investigación:

Observacional, transversal, no experimental y de relación.

### 1.2.5. Nivel de investigación:

Descriptivo

## 1.3. Justificación del problema

La motivación que llevó a la elaboración del presente proyecto de investigación es la siguiente:

### 1.3.1. Originalidad:

Revisada la literatura, no se encontraron estudios actualizados que describan la asociación del síndrome de Burnout y el Nivel de Funcionamiento Familiar; por lo que el presente

estudio servirá de base para consulta de futuras investigaciones que se realizarán en otros hospitales y sus respectivas poblaciones.

#### **1.3.2. Relevancia científica:**

Debido a que el Síndrome de Burnout y el Nivel de Funcionamiento Familiar, constituyen un reto diagnóstico y terapéutico para los personales de la salud mental; este estudio nos permitirá describir la frecuencia, permitiéndonos una identificación precoz y manejo para la disminución de complicaciones causada por este.

#### **1.3.3. Relevancia social:**

Permitirá contribuir con los programas de prevención y promoción de salud mental, para desarrollar una estrategia que ayude a afrontar estos graves problemas sociales que afectan a un gran porcentaje del personal de salud; de esta manera evitar riesgos psicosociales, con un enfoque activo hacia una cultura de calidad de vida integral y seguridad en el trabajo.

#### **1.3.4. Contemporáneo:**

El presente trabajo de investigación es contemporáneo por abarcar un tema de actualidad: Síndrome de Burnout y el Nivel de Funcionamiento Familiar.

#### **1.3.5. Interés personal:**

Luego del reconocimiento de que el Síndrome de Burnout es muy frecuente en nuestro medio, en los profesionales de salud, puede ser detectado y controlado a tiempo, es que me interesó investigar al respecto.

### **1.3.6. Contribución académica:**

Los resultados permitirán analizar, así como ser fuente de consulta y/o comparar datos como la frecuencia y relación entre Síndrome de Burnout y Nivel de Funcionamiento Familiar.

## **2. MARCO TEÓRICO**

### **2.1. SÍNDROME DE BURNOUT**

#### **2.1.1. DEFINICIÓN**

"El término Burnout se tomó de la industria aeroespacial que significa agotamiento del carburante de un cohete, como resultado del calentamiento obsesivo, la traducción literal de este término es estar quemado." <sup>16</sup>

"Burnout o también llamado "Síndrome de Tomas", lleva su nombre por el personaje de la novela "La Insoportable Levedad Del Ser" (del director Checo Kundera) donde el protagonista Tomas era un individuo que había perdido su autoestima, su actitud evidenciaba desánimo, tedio en la labor diaria y ausencia de expectativas de mejoría." <sup>16</sup>

"El Burnout es un estado de agotamiento físico, emocional y mental causado por involucrarse en situaciones emocionalmente demandantes durante un tiempo prolongado". <sup>16</sup>

"El Síndrome del Burnout es definido como un proceso caracterizado por el agotamiento, decepción y pérdida de interés, consecuencia del trabajo cotidiano desarrollado por profesionales dedicados a las denominadas profesiones de servicios." <sup>16</sup>

### 2.1.2. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

A pesar de que el Síndrome de Burnout está estrechamente relacionado con el stress laboral, constituyendo una etapa final en la que el individuo queda en una situación de agotamiento de los propios recursos, este padecimiento tiene características propias que lo diferencian cualitativamente de un stress laboral agravado.<sup>10</sup>

Recién en la década del 70 comenzaron a construirse modelos teóricos e instrumentos capaces de registrar este sentimiento crónico de desánimo, de apatía, de despersonalización. La primera constatación: se trata de un problema, un síndrome que afecta principalmente a los trabajadores encargados de cuidar. Burnout fue el nombre escogido.

Es un síndrome a través del cual el trabajador pierde el sentido de su relación con el trabajo, de modo que las cosas ya no le importan más y cualquier esfuerzo le parece inútil.

Wanderley Codo conjuntamente con Iône Vásquez-Menezes, hacen un poco de historia sobre el tema:

"A pesar de que es un concepto nuevo (década del 70), en cierto sentido el estudio del Burnout tiene la edad de la Psicología. Por ejemplo, Pavlov, al inicio del siglo, forzó a perros a la distinción entre un círculo y una elipse; después, al tornarse la diferencia paulatinamente cada vez menor, provocaba una ruptura en el comportamiento que acreditó tratarse de una "neurosis experimental". El can, forzado por la escuela y al mismo tiempo imposibilitado de realizarla, sería un modelo para el desarrollo de las neurosis humanas. Contemporáneamente, Freud desarrollaba su psicoanálisis, y con él el concepto de frustración (Versagung), "la satisfacción efectiva de su deseo que el sujeto se niega a sí mismo". Así, paradójicamente, el sujeto se enferma justamente en el momento en que obtiene éxito.<sup>10</sup>

El behaviorismo, con Watson, después Skinner, desarrollan un concepto semejante, el que para este último se aproximaría al descubrimiento del behaviorismo y del psicoanálisis. Un recorrido por las diversas teorías psicológicas, diversas épocas, en la etiología de las neurosis, de la depresión, de la ansiedad, en fin, un problema candente, latente: ¿Por qué las personas desisten?, ¿Por qué fracasan?, ¿Cómo y cuándo lo hacen si

no hay una razón aparente?, ¿Qué está inmovilizando al sujeto? . Falta de motivación, desamparo, desesperación, pasividad, alienación, depresión, fatiga, stress y ahora Burnout, en última instancia se enfrentan con una misma cuestión: ¿Por qué las personas desisten?.<sup>10</sup>

Los estudios sobre "mecanismos de control interno y externo", llevados a cabo por Rotter en 1961 y muchos otros, nos enseñan que podemos desarrollar una actitud frente a la vida, acreditando la posibilidad del control sobre el medio (mecanismos de control interno) o acreditando en el control por la suerte, destino u otros poderes externos (mecanismos de control externos).<sup>10</sup>

La teoría de desamparo de Seligman, la cual asegura que aprendemos a no responder, o que nuestras respuestas no son capaces de librarnos de nuestros problemas, que tanto hacen responder de una u otra forma.<sup>10</sup>

La teoría del stress no coincide simplemente con la explosión de producción y consumo que siguió a Berton Wood, la productividad a cualquier costo en que el mundo se encuentra atrapando cotidianamente al ser humano y sus propios límites.

La teoría del Burnout tampoco surge por casualidad, teoría que se dispone a comprender las contradicciones en el área de prestación de servicios, exactamente cuando la producción del sector primario desciende y el sector terciario viene a ocupar su lugar. La teoría del ser humano solitario, en la época en que parece desvanecerse la solidaridad, el énfasis en la despersonalización cuando la ruptura de los contratos sociales parecen haber eliminado a la persona."

En los primeros años de la década del 70, un estudio con profesionales relacionados al tratamiento de usuarios de drogas, mostró que, después de algunos meses de trabajo, estos profesionales compartían algunos síntomas que ya habían sido observados y estudiados, pero en forma aislada (Freudenberger, 1974). Se podía observar el sufrimiento. Algunos decían que ya no veían a sus "pacientes" como personas que necesitasen de cuidados especiales, dado que ellos no se esforzaban por dejar de usar drogas. Otros decían que estaban tan cansados que a veces ni deseaban despertar para no tener que ir al trabajo. Otros afirmaban que no lograban cumplir los objetivos que se habían imaginado. Se

sentían incapaces de modificar el status quo; se sentían derrotados. A estos síntomas, ahora buscados y analizados en conjunto, se le atribuye el nombre de Burnout. <sup>18</sup>

Una investigación llevada a cabo en la Universidad de Extremadura (España), traduce al término anglosajón Burnout, como "estar quemado", desgastado, exhausto y perder la ilusión por el trabajo. Estos investigadores, coordinados por Eloísa Guerrero Barona, también coinciden en que aunque no existe una definición unánimemente aceptada sobre Burnout, sí parece haber consenso en que se trata de una respuesta al estrés laboral crónico, una experiencia subjetiva que engloba sentimientos y actitudes con implicaciones nocivas para la persona y la organización, para lo cual hacen referencia a diferentes autores. Gil-Monte y Peiró han afirmado que el síndrome del quemado puede estudiarse desde dos perspectivas, clínica y psicosocial.

La perspectiva clínica asume el Burnout como un estado (concepción estática) a la que llega el sujeto como consecuencia del stress laboral y la psicosocial, lo define como un proceso con una serie de etapas que se generan por interacción de las características personales y del entorno laboral. <sup>18</sup>

Fue desde la perspectiva clínica que Freudenberger utilizó el término por primera vez en 1974. En esta misma línea, Fischer (1983) consideró el Burnout como un estado resultante del trauma narcisista que conllevaba una disminución en la autoestima de los sujetos, mientras que Pines y Aronson, lo conceptualizan como un estado en el que se combinan fatiga emocional, física y mental, sentimientos de impotencia e inutilidad y baja autoestima. Iba acompañado de un conjunto de síntomas que incluía vacío físico, sentimientos de desamparo y desesperanza, desilusión y desarrollo de un autoconcepto y una actitud negativa hacia el trabajo y hacia la vida misma. En su forma más extrema, el Burnout representa un punto de ruptura más allá del cual la capacidad de enfrentarse con el ambiente resulta severamente disminuida y es especialmente duro para personas entusiastas e idealistas.

Desde una perspectiva psicosocial, la mayoría de sus adeptos, aceptan hoy la definición de Burnout elaborada por Maslach y Jackson en 1986, quienes lo consideran como una respuesta, principalmente emocional, situando los factores laborales y los organizacionales como condiciones y antecedentes.

Los estudios de Maslach y Jackson defienden que Burnout es un síndrome tridimensional que se desarrolla en aquellos profesionales cuyo objeto de trabajo son personas (usuarios) y añaden tres dimensiones características (Agotamiento emocional, despersonalización y bajo logro o realización profesional y/ o personal).

Se experimentan sentimientos de fracaso personal (falta de competencia, de esfuerzo o conocimientos), carencia de expectativas y horizontes en el trabajo, y una insatisfacción generalizada. Como consecuencia: la impuntualidad, el ausentismo y el abandono de la profesión, son síntomas habituales y típicos de esta patología laboral.

Si bien, la mayoría de las investigaciones actuales aceptan la perspectiva psicosocial, algunos autores discrepan de los supuestos planteados por Maslach y Jackson, entre los que se encuentran Price y Murphy, Farber, Golembiewski y col., Leiter y Maslach y Gil-Monte y Peiró. Por ejemplo, Golembiewski y col. aseguran que el Burn Out afecta a todo tipo de profesiones y no sólo a las organizaciones de ayuda.<sup>10, 18</sup>

De lo que no parece haber dudas es de que el síndrome de Burnout comprende una serie de alteraciones físicas, comportamentales y emocionales que tienen su origen en factores individuales, laborales y sociales.

Los adeptos de la perspectiva psicosocial afirman que el síndrome hay que entenderlo como un proceso que se desarrolla secuencialmente, en lo referente a la aparición de sus rasgos y síntomas globales. En cambio, algunos autores van a discrepar en el síntoma que se presenta en primer lugar, la secuencia del proceso, el protagonismo que conceden a cada uno de sus síntomas globales, en la explicación de sus mecanismos explicativos y en las estrategias que el individuo puede emplear para manejarlo. De ahí que hayan surgido varios modelos procesales que traten de explicar el desarrollo de este proceso. Los modelos etiológicos explicativos del síndrome, siguiendo la revisión de Gil-Monte y Peiró, han quedado estructurado en tres grandes teorías: Socio cognitivo, teoría del intercambio social y la teoría organizacional que a su vez engloban los modelos de Spaniol y Caputo, Harrison, Cherniss (1980); Edelwich y Brodsky.

### 2.1.3. CARACTERÍSTICAS GENERALES

- **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 qué punto padece el síndrome o es el propio desgaste profesional, y donde está el límite entre una cosa y la otra.
- **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.
- **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.<sup>18</sup>

### 2.1.4. EFECTOS DEL BURNOUT

Afecta negativamente la resistencia del trabajador, haciéndolo más susceptible al desgaste por Empatía. Gradualmente el cuadro se agrava en relación directa a la magnitud del problema, inicialmente los procesos de adaptación protegen al individuo, pero su repetición los agobia y a menudo los agota, generando sentimientos de frustración y conciencia de fracaso, existiendo una relación directa entre la sintomatología, la gravedad y la responsabilidad de las tareas que se realizan.

El concepto más importante es que el Burnout es un proceso (más que un estado) y es progresivo. El proceso incluye:

- Exposición gradual al desgaste laboral
- Desgaste del idealismo
- Falta de logros.<sup>4</sup>

### 2.1.5. SIGNOS Y SÍNTOMAS

- a. Físicos:** fatiga, problemas del sueño, dolores de cabeza, impotencia, gastrointestinales, etc.
- b. Emocionales:** irritabilidad, ansiedad, depresión, desesperanza, etc.
- c. Conductuales:** agresión, actitud defensiva, cinismo, abuso de sustancias, etc.
- d. Relacionados con el trabajo:** absentismo, falta de rendimiento, robos, etc.
- e. Interpersonales:** pobre comunicación, falta de concentración, aislamiento, etc.

El sentirse usado, menoscabado o exhausto debido a las excesivas demandas de energía, fuerza o recursos personales, crea además intensas repercusiones en la persona y en su medio familiar.

Estados de fatiga o frustración son el resultado de la devoción a una causa, estilo de vida, o relación que fracasó en producir la recompensa esperada. La progresiva pérdida del idealismo, de la energía y el propósito que experimentan muchos profesionales son el resultado de sus condiciones de trabajo. El síndrome de agotamiento, es el último paso en la progresión de múltiples intentos fracasados de manejar y disminuir una variedad de situaciones laborales negativas.

La lista de síntomas psicológicos que puede originar este síndrome es extensa, pudiendo ser leves, moderados, graves o extremos.

Uno de los primeros síntomas de carácter leve pero que sirven de primer escalón de alarma es la dificultad para levantarse por la mañana o el cansancio patológico, en un nivel moderado se presenta distanciamiento, irritabilidad, cinismo, fatiga, aburrimiento, progresiva pérdida del idealismo que convierten al individuo en emocionalmente exhausto con sentimientos de frustración, incompetencia, culpa y autovaloración negativa.

Los graves se expresan en el abuso de psicofármacos, ausentismo, abuso de alcohol y drogas, entre otros síntomas. Es la repetición de los factores estresantes lo que conforma el cuadro de crónico, que genera baja de la autoestima, un estado de frustración agobiante con melancolía y tristeza, sentimientos de impotencia, pérdida, fracaso, estados de neurosis, en algunos casos psicosis con angustia y/ o depresión e impresión de que la vida no vale la pena, llegando en los casos extremos a ideas francas de suicidio. <sup>4</sup>

### 2.1.6. EVOLUCIÓN NATURAL DE LA ENFERMEDAD

Podemos establecer cuatro estadios de evolución de la enfermedad aunque estos no siempre están bien definidos:

- a. Forma leve:** los afectados presentan síntomas físicos, vagos e inespecíficos (cefaleas, dolores de espaldas, lumbalgias), el afectado se vuelve poco operativo.
- b. Forma moderada:** aparece insomnio, déficit atencional y en la concentración, tendencia a la auto-medicación.
- c. Forma grave:** mayor en absentismo, aversión por la tarea, cinismo. Abuso de alcohol y psicofármacos.
- d. Forma extrema:** aislamiento, crisis existencial, depresión crónica y riesgo de suicidio. <sup>4</sup>

### 2.1.7. DIAGNÓSTICO

El diagnóstico se establece a través de la presencia de la tríada sintomatología constituida por el cansancio emocional, la despersonalización y la falta de realización personal, elementos que pueden ser puestos en evidencia por diferentes tests, el paradigma de los cuales es el cuestionario socio demográfico MBI (Maslach Burnout Inventory). <sup>17</sup>

El diagnóstico diferencial debe realizarse con el síndrome depresivo, el síndrome de fatiga crónica y los sucesos de crisis.

Dicha escala (1986) es el método de medición más utilizado. Mide los tres aspectos del Burnout: cansancio emocional, despersonalización y realización personal.

Se trata de un cuestionario autoaplicable y tiene una fiabilidad cercana al 0.9. Es autoadministrado, lo constituyen 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo.<sup>17</sup>

### **2.1.8. MANEJO DEL SÍNDROME DE BURNOUT**

El manejo de este síndrome, según Gómez Sancho y Bondjale Oko, opera en varios niveles:

#### **2.1.8.1. Gestión Individual:**

Trabajar mejor en vez de más; realizar pequeños cambios que pueden hacer el trabajo menos estresante y más eficiente. Maslach recomienda una serie de estrategias que pueden ser útiles:

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.

#### **2.1.8.2. Cuidarse a uno mismo además de a los otros:**

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 porqué 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 stress 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.

#### **2.1.8.3. Gestión Social:**

En la mayoría de los casos de agotamiento, un buen apoyo es la pareja, los compañeros y los amigos, ya que es una ayuda en la reducción de la tensión emocional o ayudándonos a afrontar la situación de forma distinta.

#### **2.1.8.4. Gestión Institucional:**

Esto ya depende de las instituciones, más que del propio personal. A veces es muy difícil, ya que las instituciones pueden ser muy conservadoras, además de ser los responsables directos de estos cambios. Sin embargo, se consiguen cosas, por lo que hay que poner el esfuerzo en ello. Con más medios, con más recursos humanos, se reduciría el riesgo de llegar a una situación de Burnout, pero como esto no es fácil de conseguir habrá que utilizar y analizar la manera de mejorar los recursos disponibles:

División del trabajo, que el personal realice diferentes trabajos de vez en cuando, aún en el mismo sector. Esto cambia el hábito y rompe la rutina.

Limitar la contaminación del tiempo libre.

Tomarse periodos de descanso.

Tipo de relación del personal con sus superiores. La incidencia del Burnout es menor en los trabajadores que tienen buenas relaciones laborales con los superiores y que obtienen de ellos apoyo y reconocimiento.

Análisis de casos puntuales. Aunque se dan consejos generales, en ocasiones es bueno analizar en cada situación individual los factores que en un momento dado pueden provocar un exceso de estrés.

Otras posibilidades son discutir en equipo los casos difíciles, dar más apoyo o recompensas particulares a los profesionales, promover y favorecer la formación profesional continuada. <sup>4</sup>

### 2.1.9. PREVENCIÓN

Según Maslach, las estrategias anteriormente citadas para el manejo de este síndrome pueden y deben ser utilizadas para su prevención.

A este síndrome se le puede hacer frente más fácilmente en la fase inicial que cuando ya está establecido, ya que en las primeras fases es posible que los compañeros se den cuenta antes que el propio sujeto. Por lo que, amigos, compañeros o superiores suelen ser el mejor sistema de alarma precoz para detectar el Burnout y por lo tanto todos los profesionales del equipo tienen que darse cuenta que son ellos mismos los que representan la mejor prevención de sus compañeros. <sup>17</sup>

Como método preventivo, existen diferentes técnicas:

Información sobre la existencia del síndrome de agotamiento profesional.

Información anticipada sobre los requerimientos emocionales del trabajo a las personas que se incorporan.

Programas de formación sobre el Síndrome de Burnout y las fuentes de stress emocional.

### 2.1.10. BURNOUT Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

El síndrome de Burnout es un proceso que se desarrolla como respuesta al stress laboral crónico. En este marco es un paso intermedio en la relación stress – consecuencias de stress, de manera que si permanece a lo largo del tiempo, el stress laboral tendrá consecuencias negativas para el individuo, en forma de enfermedades o falta de salud con alteraciones psicósomáticas cardiorrespiratorias, jaquecas, gastritis, úlceras, insomnio, mareos y vértigos). A nivel institucional esto se traduce en deterioro del rendimiento o de la calidad asistencial o del servicio, ausentismo, rotación no deseada, abandono; satisfacción laboral disminuida y bajo interés por las actividades. Sabemos que este proceso se da con mayor frecuencia en profesionales de servicios de ayuda y una de las primeras medidas para evitar el síndrome de quemarse es conocer sus manifestaciones.<sup>21</sup>

Según Gil-Monte y Pieró, las estrategias para la intervención debe considerar al menos tres niveles:<sup>21</sup>

**2.1.10.1. Individual**, que contempla los procesos cognitivos de autoevaluación de los profesionales, y el desarrollo de estrategias cognitivo-conductuales que les permitan eliminar, mitigar, evitar o neutralizar las consecuencias negativas del stress.

**2.1.10.2. Grupales e interpersonales**, referidas a potenciar la formación de habilidades sociales y de apoyo social de los equipos profesionales.

**2.1.10.3. Organizacionales**, que consisten en eliminar o disminuir los estresores del entorno organizacional que determinan el síndrome.

El concepto clásico de afrontamiento de Lazarus y Folkman se refiere a: “Aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”.

Estos autores a su vez diferencian las estrategias de afrontamiento en aquellas:

-Destinadas a regular la respuesta emocional, también llamadas “paliativas”, que consisten en una serie de procesos cognitivos encargados de disminuir el grado de trastorno emocional que genera una situación estresante. Aquí los sujetos las usan cuando perciben que los estresores no pueden ser modificados y tienen que interactuar con ellos.

-Destinadas a manipular o alterar el problema, llamadas “instrumentales”, que implican intentar modificar el estresor. Se trata de estrategias que buscan analizar y definir la situación, y lograr alternativas para su solución considerando costos y beneficios. Se sabe que las estrategias de afrontamiento para el síndrome de Burnout, centradas en el problema, previene el desarrollo del síndrome, mientras que las centradas en la emoción, especialmente aquellas que tiene que ver con la evitación y el escape, facilitan su aparición.

Otras tipologías de afrontamiento descritas desde el ámbito del estrés laboral, se agrupan en cinco grupos conductuales:

- Hablar con otros
- Trabajar más duro y durante más tiempo
- Cambiar a una actividad de tiempo libre
- Adoptar una aproximación de solución de problemas
- Alejarse de las situaciones estresantes

Por su parte, más recientemente Dewe y Guest (1990) identifican siete tipos de estrategias de afrontamiento ante situaciones de stress laboral: <sup>21</sup>

- Abordar o trabajar sobre el problema
- Intentar que el problema no se apodere de uno
- Descarga emocional
- Tomar medidas preventivas
- Recuperarse y prepararse para abordar en mejores condiciones el problema
- Utilizar recursos familiares

-Intentos pasivos de tolerar los efectos del estrés

Tal como lo señalamos con anterioridad, el identificar más específicamente las estrategias de afrontamiento ante la experiencia de quemarse en el trabajo, nos conduce, en forma resumida a los siguientes puntos:

- Estrategias individuales: Entrenamiento de la solución de problemas; entrenamiento de la asertividad; entrenamiento para manejar el tiempo de manera eficaz.
- Estrategias grupales e interpersonales: Apoyo social principalmente en el trabajo.
- Estrategias organizacionales: Programas de socialización anticipada; evaluación y retroinformación; desarrollo organizacional.<sup>21</sup>

#### **2.1.11. ESCALA DE MASLACH**

El primer instrumento a utilizarse será el cuestionario socio demográfico MBI (Maslach Burnout Inventory). Dicha escala mide los tres aspectos del Burnout: cansancio emocional, despersonalización y realización personal. Se trata de un cuestionario auto aplicable y tiene una fiabilidad cercana al 0.9.

El Maslach Burnout Inventory (MBI) es una herramienta validada para poblaciones españolas, mexicanas argentinas, chilenas y peruanas, no reportándose diferencias significativas con el cuestionario original<sup>11</sup>. No se encontró un estudio de validación en nuestro país. La versión que se aplicará consta de 22 ítem diferentes que exploran cada uno de los tres componentes del síndrome de Burnout o Agotamiento Profesional: cansancio emocional (CE), despersonalización (DP) y baja realización personal (BRP). La subescala de CE está formada por 9 ítems, la DP por 5 ítems y la BRP por 8 ítems. Cada ítem consta de 6 alternativas con una puntuación del 0 al 6 con una puntuación establecida.<sup>4, 7, 17</sup>

Para el presente estudio se considerará<sup>15</sup>:

**a) Cansancio o Agotamiento Profesional:** Sensación de sobreesfuerzo físico y hastío emocional que se producen como consecuencia de las continuas interacciones que los trabajadores deben mantener entre ellos, así como con los clientes.

**b) Despersonalización:** Desarrollo de actitudes y respuestas cínicas hacia las personas a quienes los trabajadores prestan su servicio.

**c) Baja Realización Personal:** Pérdida de confianza en la realización personal y la presencia de un negativo auto concepto como resultado de las situaciones ingratas. Consta de 22 ítems:

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

22. Siento que los pacientes me culpan por alguno de sus problemas

**Preguntas correspondientes a cada escala:**

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

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

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

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

- Baja si es  $\leq 18$  puntos.
- Media si es de 19 a 26 puntos.
- Alta si es  $\geq 27$  puntos.

De manera que cuanto más alta sea la puntuación mayor es el cansancio emocional (CE).

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

- Baja si es  $< 6$  puntos
- Media si es de 6 a 9 puntos.
- Alta si es  $> 9$  puntos

Cuanta más alta sea la puntuación, mayor es la despersonalización (DP).

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

- Alta si es  $\geq 40$  puntos.
- Media si es de 34 a 39 puntos.
- Baja si es  $\leq 33$  puntos.

Cuanto más baja sea la puntuación, menor es la realización personal (RP).

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

0 = Nunca

1 = Pocas veces al año o menos

2 = Una vez al mes o menos

3 = Unas pocas veces al mes o menos

4 = Una vez a la semana

5 = Pocas veces a la semana

6 = Todos los días

Para diagnosticar al trabajador con Síndrome de Burnout, debía tener un valor alto en el componente de CE y DP, mientras que el de BRP debía ser bajo respecto a la distribución de frecuencias. La calificación permite clasificar a los trabajadores por encima del percentil 95 en la categoría "alto", entre el percentil 95 y 5 en la categoría de "medio" y por debajo del percentil 5 en la categoría "bajo". (Anexo 1)

## **2.2. FUNCIONALIDAD FAMILIAR**

### **2.2.1. DEFINICIÓN**

El buen o mal funcionamiento de la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros. Con base en que la familia cumpla o deje de cumplir eficazmente sus funciones, se habla de familia funcional o disfuncional, en vez de referirse a ella como normal o patológica. La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. <sup>14</sup>

La funcionalidad familiar cursa por cuatro etapas secuenciales: procesos de identidad, disposición al cambio, procesos de la información y estructuración de roles. <sup>20</sup>

### 2.2.2. DINAMICA FAMILIAR

Es el conjunto de pautas transaccionales que establece de que manera, cuando y con quien se relaciona cada miembro de la familia en un momento dado y de acuerdo al ciclo vital por el que esté atravesando dicha familia. Es la totalidad de fuerzas tanto positivas como negativas, determinantes del buen o mal funcionamiento de éste sistema y al cual se le atribuye una función primordial en el constante cambio y crecimiento del grupo familiar.

Una familia funcional es capaz de cumplir con las tareas que le son encomendadas, de acuerdo con la etapa del ciclo vital en que se encuentre y en relación con las demandas que percibe desde su ambiente externo. Es aquella en que los hijos no presentan trastornos graves de conducta y donde la pareja no está en lucha constante; no obstante lo cual presenta aspectos de ambivalencia, sentimientos negativos e insatisfacciones de un miembro respecto al otro. Por lo tanto, la dinámica familiar funcional es una mezcla de sentimientos, comportamiento y expectativas entre cada miembro de la familia, que le permite a cada uno de ellos desarrollarse como individuo y le infunde además el sentimiento de no estar aislado y de poder contar con el apoyo de los demás.<sup>14</sup>

La manera en que el sistema familiar considera la amplia gama de los sentimientos humanos es de importancia básica para su propio bienestar, por ello, explora como son los patrones familiares referentes a la expresión emotiva y al compromiso familiar y cuáles son los sentimientos expresados en la familia, permite conocer el grado de satisfacción que resulta de vivir dentro del grupo familiar.<sup>14</sup>

La funcionalidad familiar es dinámica, ya que las familias no son estáticas y por lapsos o circunstancias pueden caer en crisis, y en ese momento ser disfuncionales en mayor o menor grado, y recuperarse posteriormente. Sin embargo algunas familias ante un problema no consiguen su homeostasis y la disfunción se vuelve irreparable o llegan a la desintegración, no obstante el mayor porcentaje de familias recuperan su funcionalidad sin ayuda técnica específica.<sup>19</sup>

Los incidentes afectan a los miembros de una familia en forma distinta en diferentes momentos, por eso, la homeostasis familiar puede funcionar adecuadamente para ellos durante algunos periodos de la vida familiar y no durante otros. El mantenimiento de éste equilibrio es un requisito indispensable para que la familia cumpla con sus funciones eficazmente. Una familia con una dinámica funcional mantiene un estado de equilibrio u homeostasis tal, que las fuerzas del grupo le permiten progresar de crisis en crisis, resolviéndolas de manera que se promueve el desarrollo de cada miembro hacia un mayor grado de madurez. <sup>14</sup>

Para determinar el grado de funcionalidad de una familia, Satir emplea los siguientes criterios:

**a) Comunicación:** En una familia funcional la comunicación entre sus miembros es clara, directa, específica y congruente; características opuestas en una disfuncional.

**b) Individualidad:** La autonomía de los miembros de la familia funcional es respetada y las diferencias individuales no sólo se toleran, sino que se estimula para favorecer el crecimiento de los individuos y del grupo familiar.

**c) Toma de decisiones:** La búsqueda de la solución más apropiada para cada problema es más importante que la lucha por su poder. En las familias disfuncionales importa más quien va a “salirse con la suya” y consecuentemente los problemas tienden a perpetuarse porque nadie quiere perder.

**d) Reacción a los eventos críticos:** Una familia funcional es lo suficientemente flexible para adaptarse cuando las demandas internas o ambientales así lo exigen, de manera que puede conservar la homeostasis sin que ninguno de los miembros desarrolle síntomas. En cambio, en una disfuncional, la rigidez y la resistencia al cambio favorecen la aparición de psicopatología cuando las crisis amenazan romper el equilibrio. <sup>14</sup>

La disfunción familiar puede manifestarse por medio de los síntomas en sus integrantes. Gran parte de los trastornos psicosociales tienen su origen en la disfunción familiar.

Eventos críticos familiares: El médico que brinda atención a sus pacientes en el contexto de la familia, debe comprender el impacto de que las crisis ocasionan en el estado

funcional de la misma. Este conocimiento facilitará el diagnóstico y manejo de la disfunción familiar. <sup>14</sup>

Como sistema sociocultural abierto, la familia enfrenta constantemente situaciones críticas inducidas por cambios biopsicosociales en uno o varios de sus miembros y a través de los diversos estímulos provenientes del medio en que está incluida.

Una crisis; es cualquier evento traumático, personal o interpersonal, dentro o fuera de una familia, que ocasiona cambios en la funcionalidad de sus miembros y conduce a un estado de alteración y que requiere una respuesta adaptativa de la misma.

Los eventos críticos incrementan la tensión dentro del grupo familiar y cuando no son manejadas adecuadamente pueden conducir al deterioro de la salud familiar. <sup>14</sup>

La disfunción familiar en principio es un problema de interrelación consigo mismos y con las estructuras sociales, condición compleja porque requiere modificaciones estructurales y adaptativas respecto a valores sociales, aspectos económicos, sexuales, religiosos, etc. <sup>19</sup>

El sano funcionamiento de la familia requiere que estas crisis sean reconocidas y validadas por ella misma como problemas potenciales, a fin de poder ser resueltas favorablemente. <sup>14</sup>

Ante la presencia de eventos críticos, al estudiar una familia se debe explorar cuidadosamente la forma en que el grupo los identifica y aborda, así como el nivel de conflicto alcanzado, los cambios posteriores ante tales situaciones, y el grado de compromiso, solidaridad y apoyo entre la pareja y/o el resto de la familia.

Tanto la vulnerabilidad familiar como la capacidad regenerativa del sistema, que se expresa como la disponibilidad de recursos que éste puede poner en juego, se ven afectadas por la concurrencia de éstos factores tensionantes.

La familia funcional no difiere de la disfuncional por la ausencia de problemas, lo que las hace diferentes es el manejo que hacen de sus conflictos, no la ausencia o presencia de ellos. <sup>14</sup>

### 2.2.3. APGAR FAMILIAR

La familia como sistema también juega un papel importante no sólo en el proceso generador de la enfermedad sino en el proceso de su rehabilitación, en la medida en que cumpla con sus funciones básicas. El APGAR familiar es un instrumento diseñado para evaluar el funcionamiento sistémico de la familia, y es útil en la identificación de familias de riesgo.<sup>2</sup>

El Dr. Gabriel Smilkstein de la Universidad de Washington, Seattle, en 1978, creó el APGAR familiar como respuesta a la necesidad de evaluar la función de la familia, con un instrumento que se diligencia por sí mismo, que es entendido por personas con educación limitada y que en muy poco tiempo se puede completar.<sup>1</sup>

El Dr. Smilkstein diseñó el APGAR familiar como herramienta para la valoración funcional de la familia, según lo expresado por Smilkstein en comunicación personal, al estar enfrentado en la práctica diaria con familias él detectó, la necesidad de evaluar aspectos que no estaban relacionados y no eran evaluados en la historia clínica tradicional, puesto que ejercían una influencia positiva o negativa en el curso de la situación de salud o enfermedad que presentaba la persona en la consulta.<sup>2</sup>

Este es uno de los primeros instrumentos elaborados por un médico familiar. Smilkstein publicó el APGAR Familiar en 1978 con el propósito de diseñar un breve instrumento de tamizaje para uso diario en el consultorio del médico de familia, para obtener datos que reflejaran el punto de vista de sus pacientes en relación con la situación funcional de sus familias. El acrónimo APGAR fue seleccionado para dar al instrumento mayor credibilidad ante los médicos, quienes podrían asociarlo fácilmente con la escala de APGAR para evaluar a los neonatos.<sup>2</sup>

El APGAR se elaboró con base a cinco elementos o constructos esenciales: adaptabilidad, compañerismo, desarrollo, afectividad y resolución. Este instrumento consta de solamente cinco reactivos, uno para cada constructo. La escala de calificación incluye

tres categorías de respuesta: casi siempre, algunas veces o casi nunca con puntajes de cero a dos.<sup>2</sup>

El autor afirma que puntajes de 7 a 10 sugieren una familia altamente funcional, de 6 a 4 moderadamente disfuncional, y de 0 a 3 una familia fuertemente disfuncional. No se cuenta con información suficiente para identificar la edad mínima necesaria para responder el cuestionario. El APGAR Familiar tiene consistencia interna (alpha de Chronbach 0.80) y confiabilidad demostrada mediante test-retest. Debido a la brevedad del cuestionario, también es limitada la información que se puede proporcionar. Su valor real puede identificarse en la posibilidad de identificar en forma inicial a las familias en las cuales existe algún nivel de disfuncionalidad.<sup>9</sup>

Se ha propuesto una puntuación mayor de 6 como funcional y menor o igual a 6 como disfuncional.<sup>3</sup>

En comparación con otras escalas similares (CES, McMaster, FACES III, Pless-Satterwhite) presenta gran ventaja por su reducido número de ítems y facilidad de aplicación. Se encuentra validada por Bellon y Cols.

### **2.2.3.1. Componentes**

**2.2.3.1.1. Adaptación:** Se relaciona con la forma en que los miembros de la familia, en tiempos de necesidad y crisis, se ayudan y se adaptan a los cambios o retos que se les presentan.

**2.2.3.1.2. Participación:** En esta función se evalúa participación: Cómo se comunican los miembros de la familia acerca de asuntos tales como vacaciones, finanzas, cuidado médico, compras y problema personales. Valora si la participación es permitida para todos o si es electiva para algunos.

**2.2.3.1.3. Ganancia o crecimiento:** Está referida a la manera en que los miembros de la familia proponen o emprenden nuevas actividades tendientes a su desarrollo personal en las diferentes esferas; explora la forma en que la familia facilita o bloquea el inicio de acciones académicas, laborales o recreativas, etc.

**2.2.3.1.4. Afecto:** Se pregunta cómo responden los diferentes miembros de la familia al afecto y si sus expresiones son permitidas.

**2.2.3.1.5. Recursos:** ¿Cómo comparten los miembros de la familia el tiempo, el espacio y el dinero? Los recursos son elementos esenciales para la dinámica familiar. Con frecuencia alguno de éstos, está implicado como disparador de disfuncionalidad en la familia. Esta función explora tres recursos básicos para la familia: tiempo, espacio y dinero.

**- Adaptabilidad o apoyo y solidaridad.**

¿Está satisfecho con el apoyo que recibe de su familia cuando tiene algún problema o pasa por alguna situación crítica?

**- Participación o compañerismo.**

¿Le satisface la manera e interés con que su familia discute sus problemas y la forma como participa con usted en la resolución de ellos?

**- Gradiente de Crecimiento.**

¿Encuentra que su familia respeta sus decisiones individuales y acepta sus deseos de efectuar nuevas actividades o hacer cambios en su estilo de vida?

**- Afecto.**

¿Está satisfecho con la forma en que su familia expresa el afecto y responde a sus sentimientos, ya sean de bienestar o malestar?

**- Resolución.(Compartir el tiempo y recursos)**

¿Le satisface la cantidad de tiempo que Ud. y su familia pasan juntos?

El diseño del APGAR considera principios básicos, es dinámico, es un formulario auto-administrado, de fácil lectura e instrucciones simples, probado y validado en diversas culturas, que requiere un tiempo muy corto para ser completado.<sup>1</sup>

Los parámetros del APGAR se delinearón sobre la premisa de que los miembros de la familia perciben el funcionamiento familiar, y pueden manifestar el grado de satisfacción en el cumplimiento de los parámetros básicos de ésta.

El APGAR familiar tiene considerables ventajas como instrumento de medición del funcionamiento familiar por su sencillez, rapidez y facilidad de aplicación, sin olvidar que no es una medida objetiva de la función familiar, aunque sí del grado de satisfacción que percibe el paciente al evaluar la función de su sistema familiar.<sup>1</sup> (Anexo 1)

### 3. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

**3.1. Autores:** AGUDELO, Carlos; CASTAÑO, José; ARANGO, César; DURANGO, Luz; GALLEGO, Vanessa; OSPINA, Alejandra; CASTAÑO, Johana y Cols.

**Título:** Prevalencia y factores psicosociales asociados al Síndrome de Burnout en médicos que laboran en instituciones de las ciudades de Manizales y la Virginia (Colombia) 2011.

**Resumen:**

El síndrome de desgaste profesional se define como una respuesta inadecuada a los estresores laborales crónicos. En los últimos años el síndrome de desgaste profesional ha adquirido relevancia.

**Materiales y métodos:** Se diseñó un estudio de corte transversal para evaluar la prevalencia y los factores psicosociales asociados al síndrome de desgaste profesional en médicos generales y especialistas que laboran en varias instituciones de la ciudad de Manizales, Caldas, y la Virginia Risaralda, mediante cuestionario que evalúa factores sociodemográficos, la prevalencia del síndrome de desgaste profesional (mediante el empleo del cuestionario Maslach HSS), la funcionalidad familiar y las relaciones interpersonales

Resultados: Participaron 227 médicos. Se encontró una frecuencia de Burnout de 17,6%, 26,4% agotamiento alto, 26,4% despersonalización, y 7,2% de realización personal baja. Se encontró relación significativa de Burnout con actividad extra laboral ( $p=0,039$ ); se presenta en un 25,8% en los médicos que no realizan ningún tipo de actividad extra laboral en la semana, 14,3% entre los que la realizan. También con la funcionalidad familiar ( $p=0,009$ ); los médicos que presentan disfunción moderada tienen mayor tendencia a presentar el síndrome de Burnout en un 37,5%. Conclusión: El síndrome de Burnout es común en esta población, aunque en menor proporción a otras poblaciones.

**3.2. Autores:** GONZÁLEZ JIMÉNEZ, Ramón; ALANIS NIÑO, Gerardo; GRANADOS GUTIERREZ, María y Cols.

**Título:** Síndrome de Burnout en Médicos Residentes y Médicos Internos de Pregrado. *Revista Salud pública y Nutrición, 2004; vol. 4 (México)*

**Resumen:**

Introducción: Uno de los padecimientos actuales de la profesión médica es lo que el psiquiatra Marti Oikinuora del Instituto Finlandés de Salud Ocupacional denomina el síndrome del médico. Los médicos se imaginan que son invulnerables en su profesión y que están protegidos del estrés que amenaza a otros ciudadanos. Sin embargo se ha comprobado que la profesión médica no es una defensa contra el estrés y la fatiga. Una de las consecuencias del estrés laboral e institucional es el Síndrome de Burnout que de acuerdo a Maslach se ve en profesiones que tengan contacto con gente de manera continua y en donde frecuentemente hay una carga afectiva en la interacción del que presta ayuda y el ayudado. El Burnout se desarrolla de forma continua y fluctuante en el tiempo. El síndrome en general se caracteriza por ser insidioso, tenderse a negar ya que se vive como un fracaso profesional y personal, son los compañeros los que primero lo notan, lo que representa un punto importante para el diagnóstico precoz. Existe una fase irreversible, entre un 5 a 10% de los médicos.

Objetivo: determinar el Síndrome de Burnout en médicos residentes y médicos

internos de pregrado.

**Material y Métodos:** se realizó un estudio descriptivo, observacional, transversal y prospectivo en 277 médicos residentes e internos de pregrado de enero a julio del 2003 en diferentes hospitales del IMSS a quienes se les aplicó el instrumento MBI para la evaluación del Síndrome de Burnout y se realizó análisis estadístico descriptivo.

**Resultados:** Solo se observó que 37(13.35%) de los encuestados presentaron cansancio emocional alto, 141(50.90%) moderado y 99(35.75%) bajo. En relación a la despersonalización 5(1.80%) presentaron alta, 88(31.76%) moderada y 184(66.44%) baja. En relación a la realización personal 232(83.75%) presentaron un alto nivel, 44(15.88%) moderada y 1(0.37%) baja.

**Conclusiones:** el síndrome de Burnout en estas categorías estudiadas no existe como tal solo se observan algunas manifestaciones que no pueden ser evaluadas como síndrome.

**3.3. Autores:** ALBALADEJO, Romana; VILLANUEVA, Rosa; ORTEGA, Paloma; ASTASIO, P; CALLE, M; DOMINGUEZ, V.

**Título:** Síndrome de Burnout en el personal de Enfermería de un hospital de Madrid. Revista. Española Salud publica v.78 n.4 Madrid jul-ago. 2004

**Resumen:**

**Fundamento:** El término Burnout se refiere a una situación que es cada vez más frecuente entre los profesionales que prestan sus servicios a través de una relación directa y mantenida con las personas, entre los que se encuentran todos los profesionales sanitarios. El objetivo de nuestro estudio ha sido determinar la prevalencia del síndrome de Burnout y de sus tres componentes (cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal) entre los profesionales del área de enfermería del Hospital Clínico Universitario San Carlos de Madrid y su relación con determinados factores sociodemográficos, laborales e institucionales.

**Métodos:** se realizó un estudio transversal entre los profesionales adscritos al área de enfermería del mencionado hospital. Las variables implicadas se recogieron

mediante un cuestionario de elaboración propia. En cuanto al Síndrome de Burnout se midió mediante el Maslach Burnout Inventory, en su versión validada en español. Resultados: el personal de enfermería está más despersonalizado ( $p=0,004$ ) y menos realizado ( $p=0,036$ ) que el grupo de auxiliares/técnicos. Cuando se analizaron los resultados de las 4 escalas por servicios comprobamos que el agotamiento es superior en los trabajadores de oncología y urgencias ( $p=0,001$ ), la despersonalización en urgencias ( $p=0,007$ ), y el Burnout es de nuevo más alto en las áreas de oncología y urgencias ( $p=0,000$ ). Los profesionales que respondían que su labor asistencial era poco reconocida obtenían peores puntuaciones en el Burnout en sus tres dimensiones ( $p=0,000$ ). A menor grado de satisfacción laboral más altas son las puntuaciones en las 4 escalas ( $p=0,000$ ).

Conclusiones: Podemos concluir que en nuestro estudio el perfil del sujeto afecto de Burnout se corresponde con el de un profesional con experiencia laboral que sin embargo manifiesta un escaso grado de reconocimiento a su labor asistencial y un alto nivel de insatisfacción con la gestión de su centro de trabajo.

**3.4. Autor:** ROJAS GONZALES, Rocío

**Título:** Prevalencia del Síndrome de Burn-Out en Médicos, Residentes e internos del Centro Médico Naval, Lima 2002

**Resumen:**

Se conoce como Burn-Out a un tipo de estrés laboral frecuente entre trabajadores de salud. Es un estrés crónico que afecta a los profesionales de servicios que se caracterizan por una atención intensa y prolongada a personas que están en una situación de necesidad o de dependencia: aparece en los profesionales que prestan ayuda al público. Se caracteriza por cansancio emocional (CE), despersonalización (DP) y falta de realización personal (RP).

El desarrollo del Burn-Out en el médico puede llevarle a dejar el trabajo o evitar el trato directo con los pacientes mediante su dedicación al desarrollo de labores administrativas o de investigación.

Se pretende determinar la prevalencia del Síndrome de Burn-Out y de sus

componentes (CE, DP, RP) en un grupo de internos, residentes y asistentes de un centro hospitalario.

Se entregó un cuestionario de Maslach Burn-Out Inventory (MBI), al personal médico del centro médico naval de Lima, la encuesta fue realizada en forma anónima. Se realizó análisis estadístico.

El cuestionario fue respondido por 92 médicos, entre internos, residentes y asistentes. Se los encuestó teniendo en cuenta el tipo de especialidad; se tomaron las cuatro especialidades básicas de la medicina: Gineco-Obstetricia, Pediatría, Medicina Interna y Cirugía.

Las respuestas previamente codificadas se analizaron obteniéndose las medidas y desviación estándar, determinando los porcentajes y valores de CE, DP, RP a fin de valorar el grado de frecuencia entre los diferentes grupos de médicos y tipo de especialidad.

Predominan el grupo de edad entre 22 y 31 años, y el de 42 y 51 años.

El servicio de cirugía fue el más afectado por algún síntoma del Burn-Out y se halló menor frecuencia en el servicio de Pediatría.

Entre los grupos en estudio, el de residentes presentó una mayor frecuencia de padecer de algún síntoma de Burn-Out en comparación con los internos y asistentes. En cambio es el interno quien en mayor frecuencia padece de despersonalización, cansancio emocional y en menor frecuencia de realización personal.

**3.5. Autores:** IBAÑEZ, Edgar; BICENTY, Angela; MARTÍNEZ, Jeannette.

**Título:** Prevalencia y factores asociados al Síndrome de Burnout en docentes de odontología Fundación Universitaria San Martín, año 2011

**Resumen:**

Objetivo: determinar la prevalencia y factores asociados al síndrome de Burnout en docentes de la Fundación Universitaria San Martín, Año 2011.

Materiales y métodos: el tipo de estudio fue de corte transversal en una población de docentes de la Fundación Universitaria San Martín en el año de 2011. Los criterios de inclusión fueron: pertenecer a las áreas básica, preclínica y clínica, y estar

vinculados a la institución.

Los criterios de exclusión fueron: aquellos docentes que no quisieran participar o no se encontraran el día de la toma de los datos. La muestra fue conformada por aquellos que cumplieron con los criterios de selección. Para determinar el síndrome de Burnout se utilizó la escala de Maslach, incluyendo el APGAR familiar, variables socio demográficas y relacionadas con el trabajo.

Resultados: el agotamiento emocional fue alto en un 30,8% (n=24), moderado en un 43,6% (n=34) y bajo en un 25,6% (n=20). En despersonalización fue alto en un 17,1% (n=14), moderado en un 48,8% (n=40) y bajo en un 34,1% (n=28). En baja realización personal fue moderado en un 1,4% (n=1) y bajo en un 98,6% (n=72). En el análisis multivariado se encontró asociación con agotamiento emocional y el APGAR familiar, siendo 16,84 veces mayor frente al funcional, y en el estado civil soltero 10,54 veces mayor frente al casado. En despersonalización, el estado civil separado tuvo un riesgo 21,94 veces mayor de presentar agotamiento emocional frente al estado civil casado o unión libre.

Conclusión: los docentes en su mayoría presentaron un grado alto de agotamiento emocional y despersonalización.

### **3.6. Autores:** GUTIÉRREZ VILLAR, Odalys

**Título:** Prevalencia del Síndrome de Burnout y los factores laborales asociados en profesionales de enfermería del Servicio de Emergencia del Hospital Militar Central. (Lima 2006)

#### **Resumen:**

**Objetivo:** evaluar la prevalencia del Síndrome de Burnout y los factores laborales asociados en profesionales de enfermería del Servicio de Emergencia del Hospital Militar Central.

**Materiales y métodos:** La muestra de estudio está constituida por el personal de enfermería siendo 26 enfermeras estudiadas. Para descubrir los factores laborales asociados se elaboró un cuestionario basado en el área laboral del profesional de enfermería, así mismo para medir el síndrome de Burnout se utilizó el Test de

Maslach donde se tipifica el desgaste profesional en tres dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización y la falta de realización personal, el cual dará tres grados: bajo, moderado y alto.

Resultados: Los resultados muestran que la prevalencia del síndrome de Burnout resultó el 26.92% en enfermeras de emergencia del Hospital Militar Central. De las 26 enfermeras, 3.8% resultó con agotamiento emocional en grado moderado, 11.5% con agotamiento emocional en grado bajo, 3.8% resultó con signos de despersonalización en grado bajo, 19% resultó con falta de realización personal en grado moderado.

Conclusión: Al estudiar la correlación entre el síndrome de Burnout y las variables sexo, estado civil y edad; se encontró que el sexo y estado civil tienen mayor relevancia; la edad es indiferente a las variables estudiadas.

En las variables para factores laborales asociados es el salario bajo, la falta de control médico anual y la falta de estímulo en el trabajo tienen mayor significancia.<sup>13</sup>

**3.7. Autores:** GUEVARA, César; HENAO, Diana; HERRERA, Julián A.

**Título:** Síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes. Hospital Universitario del Valle, Cali, 2004

**Resumen:**

**Objetivo:** Determinar la prevalencia e intensidad del Síndrome de Desgaste Profesional, sus características y su asociación con alteraciones en la dinámica familiar en médicos internos y residentes del Hospital Universitario del Valle en Cali, Colombia.

**Resultados:** Se evaluaron 150 médicos (63 internos y 87 residentes) sin diferencias sociodemográficas entre internos, residente clínicos y residentes quirúrgicos; 128 (85.3%) presentaban Síndrome de Desgaste Profesional entre moderado y severo, siendo el componente de desgaste emocional el más afectado y sin diferencias entre los grupos médicos; 102 (68%) presentaban disfunción familiar (APGAR familiar <18) siendo más frecuente la disfunción familiar sobre todo en los internos ( $p=0.01$ ); 90% de los médicos con desgaste profesional presentaban disfunción familiar. El número de turnos semanales se asociaron con el desgaste profesional ( $p=0.002$ ) y con

la disfunción familiar.<sup>12</sup>

**3.8. Autores:** LINARES CARPIO, Milagros.

**Título:** Factores epidemiológicos asociados a la prevalencia del síndrome de agotamiento laboral crónico (Burnout) en enfermeras del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza Arequipa 2007

**Resumen:**

**Objetivo:** Determinar la asociación entre factores epidemiológicos y el síndrome de agotamiento laboral crónico (Burnout) en enfermeras del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza Arequipa 2007.

**Resultados:** De un total de 84 enfermeras, la frecuencia total de síndrome de agotamiento laboral crónico fue del 28.57% de la población estudiada (24casos), siendo la más alta frecuencia en el servicio de Cirugía, las cuales presentan asociación con factor edad se encuentra entre las edades 35 a 44 años, el estado civil predominante fue en casada con el factor estado nutricional fue en las enfermeras con peso normal y en la procedencia, en la condición no migrante.

**3.9. Autores:** MUÑOZ NAJAR, Leslie.

**Título:** Asociación del estrés del Síndrome de Burnout con la satisfacción laboral en el personal médico asistencial del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa - 2007

**Resumen:**

**Objetivo:** Determinar la asociación de estrés del Síndrome de Burnout con la satisfacción laboral en el personal médico asistencial del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa - 2007.

**Resultados:** La frecuencia del síndrome de Burnout es 34.3%. Dentro de ello el cansancio o agotamiento emocional 1.9%, la despersonalización 24.8%, la falta de realización personal 18.1%. La frecuencia de satisfacción laboral es del 25.7%. Se determinó la asociación indirecta entre síndrome de Burnout y la satisfacción laboral siendo la falta de realización personal la variable mayor relacionada con las

dimensiones de la satisfacción laboral.

#### **4. OBJETIVOS:**

##### **4.1. OBJETIVO GENERAL**

- Determinar la relación entre los síntomas del Síndrome de Burnout y el Nivel de Funcionalidad familiar en el personal profesional del Servicio de Emergencia. Hospital Nacional C.A.S.E. EsSalud y Hospital de Yanahuara.

##### **4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Determinar la frecuencia de síntomas del Síndrome de Burnout en el personal profesional del Servicio de Emergencia. Hospital Nacional C.A.S.E. EsSalud y Hospital de Yanahuara.

- Determinar el nivel funcionamiento familiar del personal profesional del Servicio de Emergencia. Hospital Nacional C.A.S.E. EsSalud y Hospital de Yanahuara.

- Determinar la relación entre la frecuencia de síntomas del Síndrome de Burnout y el nivel de funcionamiento familiar en el personal profesional del Servicio de Emergencia. Hospital Nacional C.A.S.E. EsSalud y Hospital de Yanahuara.

#### **5. HIPÓTESIS:**

- Dado que el Síndrome de Burnout se viene convirtiendo en un problema frecuente de salud, es probable que el personal de emergencia sometido a agudo nivel de estrés presente síntomas del Síndrome de Burnout asociados a bajo nivel de funcionamiento familiar.

### III. PLANEAMIENTO OPERACIONAL

#### 1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

##### 1.1. Técnicas

- Cuestionario

##### 1.2. Instrumentos

- Escala de Maslach del Síndrome de Burnout
- Formulario de Apgar familiar de Smilkstein

##### 1.3. Materiales

- Material de escritorio: papel, bolígrafo, engrapador, folder.
- Material bibliográfico: Bibliografía básica
- Material de apoyo logístico: Instrumentos electrónicos: Ordenador personal, CD, Impresora, Fotocopiadora.

#### 2. CAMPO DE VERIFICACIÓN:

**2.1. Ubicación Espacial:** La investigación se realizará en Servicio de Emergencia del HNCASE y Hospital de Yanahuara - Arequipa

**2.2. Ubicación Temporal:** Se tomarán los datos en Enero y Febrero del año 2013.

##### 2.3. Unidades de estudio:

###### 2.3.1. Universo

- Personal de Salud del HNCASE y Hospital de Yanahuara.

### **2.3.2. Población**

- Personal de Salud del servicio de Emergencia del HNCASE y Hospital de Yanahuara en Enero, Febrero del 2013

### **2.3.3. Muestra y procedimiento de muestreo**

- No se considerará un tamaño muestral, pues se tomará el total de Personal de Salud del servicio de Emergencia del HNCASE y Hospital de Yanahuara en Enero, Febrero del 2013

### **2.3.4. Criterios de inclusión**

- Todo el Personal de Salud del servicio de Emergencia del HNCASE y Hospital de Yanahuara en Enero, Febrero del 2013 que desee participar voluntariamente y dé su consentimiento

### **2.3.5. Criterios de exclusión**

- Todo el Personal con algún tratamiento por problemas de salud mental.
- Todo el Personal de Salud que no desee participar

## **3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

### **3.1. Organización**

- Se solicita permiso correspondiente al servicio de Emergencia del HNCASE y Hospital de Yanahuara
- Se coordina con la Facultad de Medicina Humana para el documento correspondiente.

### 3.2. Recursos

#### a. Humanos

El investigador, tutor de proyecto de trabajo de investigación, tutor de ejecución de trabajo de investigación estadístico.

#### b. Materiales

- Hardware : Computador Pentium IV, impresora, memoria externa( pen drive)
- Software: Sistema operativo, Microsoft Office XP Profesional 2010, paquetes estadísticos.
- Material del escritorio: Papel bon A4, calculadora, lapiceros, cuaderno de apuntes.
- Material bibliográfico: libros, copias de tesis, copias de revistas, revistas médicas informáticas impresas.

#### c. Institucionales

- Informática de la UCSM: Información académica de los alumnos.
- Biblioteca de la facultad médica de la UCSM, UNSA.
- Direcciones electrónicas de páginas web de revistas médicas.

#### d. Financiero

- El estudio será completamente financiado por el investigador

### 3.3. Validación de los instrumentos

#### 3.3.1. Escala de Maslach

El primer instrumento a utilizarse será el cuestionario socio demográfico MBI (Maslach Burnout Inventory). Dicha escala mide los tres aspectos del Burnout: cansancio emocional, despersonalización y realización personal. Se trata de un cuestionario auto aplicable y tiene una fiabilidad cercana al 0.9.

El Maslach Burnout Inventory (MBI) es una herramienta validada para poblaciones españolas, mexicanas argentinas, chilenas y peruanas, no reportándose diferencias significativas con el cuestionario original <sup>11</sup>. No se encontró un estudio de validación en nuestro país. La versión que se aplicará consta de 22 ítem diferentes que exploran cada uno de los tres componentes del síndrome de Burnout o Agotamiento Profesional: cansancio emocional (CE), despersonalización (DP) y baja realización personal (BRP). La subescala de CE está formada por 9 ítems, la DP por 5 ítems y la BRP por 8 ítems. Cada ítem consta de 6 alternativas con una puntuación del 0 al 6 con una puntuación establecida. <sup>4, 7, 17</sup>

Para el presente estudio se considerará<sup>15</sup>:

**a) Cansancio o Agotamiento Profesional:** Sensación de sobre esfuerzo físico y hastío emocional que se producen como consecuencia de las continuas interacciones que los trabajadores deben mantener entre ellos, así como con los clientes.

**b) Despersonalización:** Desarrollo de actitudes y respuestas cínicas hacia las personas a quienes los trabajadores prestan su servicio.

**c) Baja Realización Personal:** Pérdida de confianza en la realización personal y la presencia de un negativo auto concepto como resultado de las situaciones ingratas.

Consta de 22 ítems:

1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo
2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo
3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar
4. Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes
5. Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales
6. Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo
7. Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes
8. Me siento "quemado" por mi trabajo
9. Creo que influyó positivamente con mi trabajo en la vida de las personas
10. Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión

11. Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente
12. Me siento muy activo
13. Me siento frustrado en mi trabajo
14. Creo que estoy trabajando demasiado
15. Realmente no me preocupa lo que le ocurre a mis pacientes
16. Trabajar directamente con personas me produce estrés
17. Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes
18. Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes
19. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión
20. Me siento acabado
21. En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma
22. Siento que los pacientes me culpan por alguno de sus problemas

**Preguntas correspondientes a cada escala:**

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

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

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

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

- Baja si es  $\leq 18$  puntos.
- Media si es de 19 a 26 puntos.
- Alta si es  $\geq 27$  puntos.

De manera que cuanto más alta sea la puntuación mayor es el cansancio emocional (CE).

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

- Baja si es  $< 6$  puntos
- Media si es de 6 a 9 puntos.
- Alta si es  $> 9$  puntos

Cuanta más alta sea la puntuación, mayor es la despersonalización (DP).

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

- Alta si es  $\geq 40$  puntos.
- Media si es de 34 a 39 puntos.
- Baja si es  $\leq 33$  puntos.

Cuanto más baja sea la puntuación, menor es la realización personal (RP).

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

0 = Nunca

1 = Pocas veces al año o menos

2 = Una vez al mes o menos

3 = Unas pocas veces al mes o menos

4 = Una vez a la semana

5 = Pocas veces a la semana

6 = Todos los días

Para diagnosticar al trabajador con Síndrome de Burnout, debía tener un valor alto en el componente de CE y DP, mientras que el de BRP debía ser bajo respecto a la distribución de frecuencias. La calificación permite clasificar a los trabajadores por encima del percentil 95 en la categoría "alto", entre el percentil 95 y 5 en la categoría de "medio" y por debajo del percentil 5 en la categoría "bajo". (Anexo 1)

### 3.3.2. Apgar Familiar

La familia como sistema también juega un papel importante no sólo en el proceso generador de la enfermedad sino en el proceso de su rehabilitación, en la medida en que cumpla con sus funciones básicas. El APGAR familiar es un instrumento diseñado para evaluar el funcionamiento sistémico de la familia, y es útil en la identificación de familias de riesgo.<sup>2</sup>

El Dr. Gabriel Smilkstein de la Universidad de Washington, Seattle, en 1978, creó el APGAR familiar como respuesta a la necesidad de evaluar la función de la familia, con un instrumento que se diligencia por sí mismo, que es entendido por personas con educación limitada y que en muy poco tiempo se puede completar.<sup>1</sup>

El Dr. Smilkstein diseñó el APGAR familiar como herramienta para la valoración funcional de la familia, según lo expresado por Smilkstein en comunicación personal, al estar enfrentado en la práctica diaria con familias él detectó, la necesidad de evaluar aspectos que no estaban relacionados y no eran evaluados en la historia clínica tradicional, puesto que ejercían una influencia positiva o negativa en el curso de la situación de salud o enfermedad que presentaba la persona en la consulta.<sup>2</sup>

Este es uno de los primeros instrumentos elaborados por un médico familiar. Smilkstein publicó el APGAR Familiar en 1978 con el propósito de diseñar un breve instrumento de tamizaje para uso diario en el consultorio del médico de familia, para obtener datos que reflejaran el punto de vista de sus pacientes en relación con la situación funcional de sus familias. El acrónimo APGAR fue seleccionado para dar al instrumento mayor credibilidad ante los médicos, quienes podrían asociarlo fácilmente con la escala de APGAR para evaluar a los neonatos.<sup>2</sup>

El APGAR se elaboró con base a cinco elementos o constructos esenciales: adaptabilidad, compañerismo, desarrollo, afectividad y resolución. Este instrumento consta de solamente cinco reactivos, uno para cada constructo. La escala de calificación incluye

tres categorías de respuesta: casi siempre, algunas veces o casi nunca con puntajes de cero a dos.<sup>2</sup>

El autor afirma que puntajes de 7 a 10 sugieren una familia altamente funcional, de 6 a 4 moderadamente disfuncional, y de 0 a 3 una familia fuertemente disfuncional. No se cuenta con información suficiente para identificar la edad mínima necesaria para responder el cuestionario. El APGAR Familiar tiene consistencia interna (alpha de Chronbach 0.80) y confiabilidad demostrada mediante test-retest. Debido a la brevedad del cuestionario, también es limitada la información que se puede proporcionar. Su valor real puede identificarse en la posibilidad de identificar en forma inicial a las familias en las cuales existe algún nivel de disfuncionalidad.<sup>9</sup>

Se ha propuesto una puntuación mayor de 6 como funcional y menor o igual a 6 como disfuncional.<sup>3</sup>

En comparación con otras escalas similares (CES, McMaster, FACES III, Pless-Satterwhite) presenta gran ventaja por su reducido número de ítems y facilidad de aplicación. Se encuentra validada por Bellon y Cols.

### 3.3.2.1. Componentes

**3.3.2.1.1. Adaptación:** Se relaciona con la forma en que los miembros de la familia, en tiempos de necesidad y crisis, se ayudan y se adaptan a los cambios o retos que se les presentan.

**3.3.2.1.2. Participación:** En esta función se evalúa participación: Cómo se comunican los miembros de la familia acerca de asuntos tales como vacaciones, finanzas, cuidado médico, compras y problema personales. Valora si la participación es permitida para todos o si es electiva para algunos.

**3.3.2.1.3. Ganancia o crecimiento:** Está referida a la manera en que los miembros de la familia proponen o emprenden nuevas actividades tendientes a su desarrollo personal en las diferentes esferas; explora la forma en que la familia facilita o bloquea el inicio de acciones académicas, laborales o recreativas, etc.

**3.3.2.1.4. Afecto:** Se pregunta cómo responden los diferentes miembros de la familia al afecto y si sus expresiones son permitidas.

**3.3.2.1.5. Recursos:** ¿Cómo comparten los miembros de la familia el tiempo, el espacio y el dinero? Los recursos son elementos esenciales para la dinámica familiar. Con frecuencia alguno de éstos, está implicado como disparador de disfuncionalidad en la familia. Esta función explora tres recursos básicos para la familia: tiempo, espacio y dinero.

**- Adaptabilidad o apoyo y solidaridad.**

¿Está satisfecho con el apoyo que recibe de su familia cuando tiene algún problema o pasa por alguna situación crítica?

**- Participación o compañerismo.**

¿Le satisface la manera e interés con que su familia discute sus problemas y la forma como participa con usted en la resolución de ellos?

**- Gradiente de Crecimiento.**

¿Encuentra que su familia respeta sus decisiones individuales y acepta sus deseos de efectuar nuevas actividades o hacer cambios en su estilo de vida?

**- Afecto.**

¿Está satisfecho con la forma en que su familia expresa el afecto y responde a sus sentimientos, ya sean de bienestar o malestar?

**- Resolución.(Compartir el tiempo y recursos)**

¿Le satisface la cantidad de tiempo que Ud. y su familia pasan juntos?

El diseño del APGAR considera principios básicos, es dinámico, es un formulario auto-administrado, de fácil lectura e instrucciones simples, probado y validado en diversas culturas, que requiere un tiempo muy corto para ser completado.<sup>1</sup>

Los parámetros del APGAR se delinearón sobre la premisa de que los miembros de la familia perciben el funcionamiento familiar, y pueden manifestar el grado de satisfacción en el cumplimiento de los parámetros básicos de ésta.

El APGAR familiar tiene considerables ventajas como instrumento de medición del funcionamiento familiar por su sencillez, rapidez y facilidad de aplicación, sin olvidar que no es una medida objetiva de la función familiar, aunque sí del grado de satisfacción que percibe el paciente al evaluar la función de su sistema familiar.<sup>1</sup> (Anexo 1)

#### **3.4. Criterios o estrategias para el manejo de resultados**

Se procederá con las siguientes técnicas de recolección de datos:

a. Se tomarán en cuenta todo el Personal de Salud del servicio de Emergencia del HNCASE y Hospital de Yanahuara en Enero, Febrero del 2013 que cumplan con los criterios de selección y ninguna con criterio de exclusión.

b. Se registrará la información en el Formato de Recolección de Datos de los Test, confeccionada y adecuada a los objetivos del estudio.

c. La información será organizada, tabulada y sistematizada en base de datos informático para su posterior análisis e interpretación.

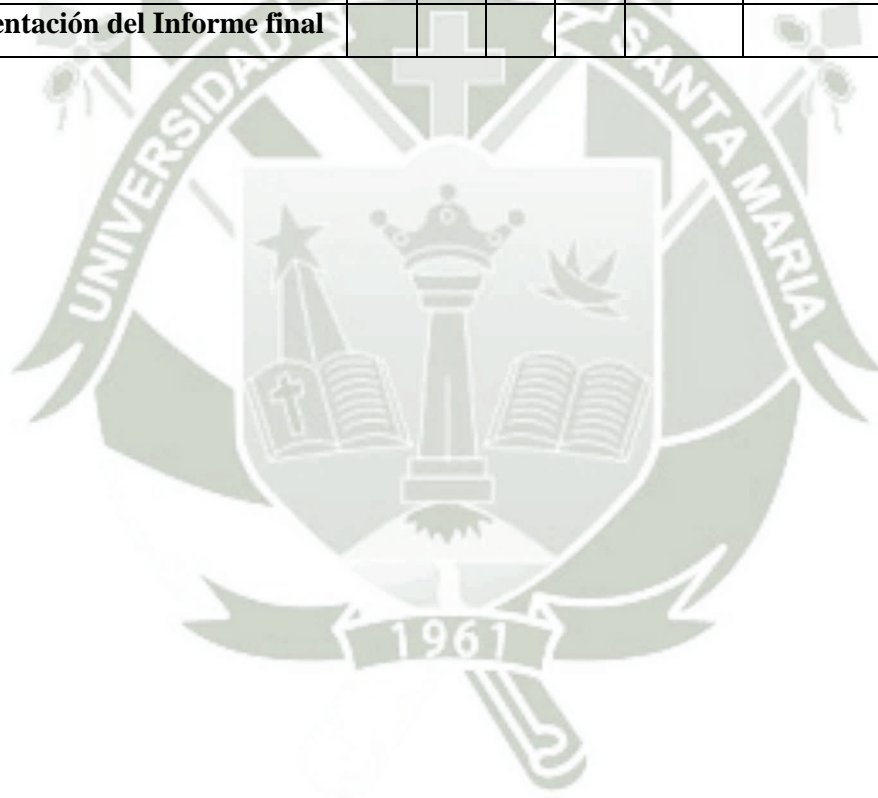
Análisis de resultados: se utilizará estadística descriptiva con distribución de frecuencias absolutas y porcentuales para variables cualitativas, medidas de tendencia central (media, desviación estándar) para variables cuantitativas.

Para relacionar las variables cuantitativas se utilizará coeficientes de correlación lineal simple, y para comparar variables independientes se empleará el test de chi-cuadrado. Los datos serán tabulados por SPS.

d. Se aplicará: base de datos de hojas de cálculo de Microsoft Office Excel 2010, Microsoft Office Word 2010, Paquetes estadísticos SPS para el análisis de resultados.

**IV. CRONOGRAMA DE TRABAJO:**

Tiempo	2012				2013		
	Enero-Diciembre				Enero	Febrero	Marzo
Actividades	1	2	3	4			
<b>Búsqueda de información</b>	X						
<b>Elaboración del proyecto</b>		X	X				
<b>Presentación del proyecto</b>				X			
<b>Recolección de datos</b>					X		
<b>Elaboración de Informe final</b>						X	
<b>Presentación del Informe final</b>							X



## V. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

1. Arias L, Herrera J. El Apgar familiar en el cuidado primario de la salud. Revista Colombia Médica, 1994; 25 26-28.
2. Arias L, Thier J. Apgar familiar, Ministerio de salud, recursos e instrumentos en medicina familiar. Revista Colombia Médica, 1994; 1-8.
3. Bellon J. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar. Revista Colombia Médica 18, 1996; 289-296.
4. Brenninkmeijer V, Van Yperen N. How to conduct research on burnout: advantages and disadvantages of a unidimensional approach in burnout research. Occup Environ Med 60, 2003; 16-20.
5. Chacón R, Grau J, Massip Pérez C y cols. El control del síndrome de desgaste profesional o Burnout en enfermería oncológica: una experiencia de intervención. Ter. Psicol, 2006; 24(1):39-53.
6. Gandini BJ, Paulini Silvia S y cols. El desgaste profesional o síndrome de estrés laboral asistencial entre los profesionales de la salud de la ciudad de Córdoba. Rev. Fac. Cienc. Med. Cordoba, 2006; 63(1):18-25.
7. Garza J, Schneider K, Promecene P, Monga M. Burnout in residency: A statewide study. South Med J, 2004; 97 (12): 1171-1173.
8. Gomero R, Palomino J y cols. El Síndrome de Burnout en personal sanitario de los hospitales de la empresa minera Southern Perú Copper Corporation. Rev Med Hered Lima, 2005; v.16 n.4.
9. Gómez C, Irigoyen C. Selección y análisis de instrumentos para la evaluación de la estructura de la funcionalidad familiar. Arch. Med. Fam, 1999; 1 (2) 45-57.

10. Tonon G. "Calidad de vida y Desgaste Profesional". Edit EUDEBA. Argentina, 2004; 3(4):10-18.
11. Grajales T. Estudio de validación factorial del Maslach Burnout Inventory versión española en una población de profesionales mexicanos. Revista Memorias 2000 del CIE México DF, 2000; 145-173.
12. Guevara C, Henao D, Herrera JA. Síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes. Hospital Universitario del Valle, Cali, 2002. Colomb. Med, 2004; 35(4):173-178.
13. Gutiérrez O. Prevalencia de Síndrome de Burnout y factores laborales asociados en el profesional de enfermería del servicio de Emergencia del Hospital Militar Central. Lima. Rev. Ciencias de la Salud, 2006.
14. Huerta J. Estudio de salud familiar en Programa de actualización continua en medicina familia. Revista México: Intersistemas, 1999; 5-39.
15. Llanea J. Ergonomía y Psicología aplicada. Manual para la formación del especialista. 3ra Edición, Editorial Lex Nova; 2003: 493-516.
16. Jáuregui M, "Cuando el stress laboral se llama Burn Out". Revista México: Intersistemas, 2003; 23-39.
17. Maslach C, Jackson S. Maslach Burnout Inventory: Manual research. University of California. Palo Alto CA: Consulting Psychologist Press; 1986.
18. Mercado J, Di Marco G y cols. Síndrome de Burnout. Revista Argentina, 2006.
19. Rodríguez G. Disfunción familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica. Revista Médica IMSS, 2005; 42 (2), 96-102.
20. Velazco-Orellana R, Chávez V. La disfunción familiar, un reto diagnóstico-terapéutico. Rev. Med. IMSS, 1994; 32 (3).

## ANEXOS

### ANEXO 1

#### CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR DEL ESTUDIO

Soy Luigui Alvarez Paredes, estudiante de Medicina de la Universidad Católica de Santa María. Te invito a participar del estudio de investigación titulado “Relación entre el Síndrome de Burnout y el Nivel de Funcionamiento Familiar en el personal de salud del servicio de Emergencia del HNCASE y Hospital de Yanahuara en Enero, Febrero del 2013”

A continuación se te proporcionará una entrevista psiquiátrica sencilla y breve desarrollada para la investigación clínica. Es totalmente anónima y su participación es absolutamente voluntaria, no habiendo beneficios económicos ni riesgos o perjuicios por formar parte del estudio. No se manejará información personal sobre cada participante, por lo que cualquier evidencia de esta será eliminada (nombres completos, correos electrónicos, etc.) una vez concluido el estudio.

Recuerde, no hay respuestas correctas o incorrectas.

---

**Firma del Encuestado**

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Edad:** \_\_\_\_\_

**Puesto: Médico**

**Enfermera**

## ESCALA DE MASLACH PARA EVALUAR EL SÍNDROME DE BURNOUT

*Para responder a las siguientes preguntas, por favor lea atentamente y marque con una X la más apropiada para Ud.:*

	Nunca	Pocas veces al año o menos	Una vez al mes o menos	Unas pocas veces al mes o menos	Una vez a la semana	Pocas veces a la semana	Todos los días
1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo							
2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo							
3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar							
4. Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes							
5. Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales							
6. Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo							

7. Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes							
8. Me siento "quemado" por mi trabajo							
9. Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de las personas							
10. Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión							
11. Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente							
12. Me siento muy activo							
13. Me siento frustrado en mi trabajo							
14. Creo que estoy trabajando demasiado							
15. Realmente no me preocupa lo que le ocurre a mis pacientes							
16. Trabajar directamente con personas me produce estrés							
17. Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes							

18. Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes							
19. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión							
20. Me siento acabado							
21. En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma							
22. Siento que los pacientes me culpan por alguno de sus problemas							



## FACTORES PERSONALES Y FACTORES LABORALES

*Por favor lea atentamente y marque con una X la más apropiada para Ud.:*

### 1. FACTORES PERSONALES

**Sexo:** ( ) Femenino ( ) Masculino

**Edad**

( ) 25 a 30 años ( ) 31 a 35 años ( ) 36 a 40 años ( ) 41 a 45 años ( ) Más de 45

**Estado civil:** ( ) Soltero ( ) Casado ( ) Viudo ( ) Separado

### 2. FACTORES LABORALES

**Ocupación**

( ) Médico ( ) Enfermera

**Tiempo de servicio**

( ) Menor de 4 años ( ) Entre 4 y 6 años ( ) Mayor a 6 años.

## APGAR FAMILIAR PARA EVALUAR LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR

*Para responder a las siguientes preguntas, por favor lea atentamente y marque con una X la más apropiada para Ud.:*

	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre
1. ¿Está satisfecho con el apoyo que recibe de su familia cuando tiene algún problema o pasa por alguna situación crítica?			
2. ¿Le satisface la manera e interés con que su familia discute sus problemas y la forma como participa con usted en la resolución de ellos?			
3. ¿Encuentra que su familia respeta sus decisiones individuales y acepta sus deseos de efectuar nuevas actividades o hacer cambios en su estilo de vida?			
4. ¿Está satisfecho con la forma en que su familia expresa el afecto y responde a sus sentimientos, ya sean de bienestar o malestar?			
5. ¿Le satisface la cantidad de tiempo que Ud. y su familia pasan juntos?			

**MUCHAS GRACIAS**

Matriz de datos

FICHA	EDAD	SEXO	ESTADO CIVIL	OCUPACIÓN	TIEMPO DE SERVICIO	LUGAR DE SERVICIO	CANSANCIO EMOCIONAL	DESPERSONALIZACIÓN	REALIZACIÓN PERSONAL	SINDROME DE BURNOUT	APGAR FAMILIAR
1	3	2	2	1	1	1	1	1	1	2	1
2	5	2	2	1	2	1	1	1	1	2	1
3	3	2	2	1	2	1	3	3	3	1	1
4	2	2	2	1	1	1	2	1	1	2	1
5	4	2	4	1	2	1	1	1	1	2	1
6	5	1	2	1	3	1	3	3	3	1	1
7	4	1	2	1	3	1	2	1	2	2	1
8	2	2	1	1	2	1	1	1	1	2	1
9	4	2	3	1	2	1	1	2	2	2	2
10	4	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1
11	4	1	2	1	2	1	1	1	1	2	1
12	4	2	4	1	3	1	3	3	3	1	3
13	4	1	2	1	2	1	1	1	1	2	1
14	4	1	2	1	2	1	1	1	1	2	1
15	3	2	4	1	1	1	1	1	1	2	1
16	5	1	2	1	3	1	3	3	3	1	1
17	3	2	2	1	2	1	1	1	1	2	1
18	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1
19	5	1	2	1	3	1	3	3	3	1	1
20	4	2	2	1	2	1	3	3	3	1	1
21	3	1	2	1	2	1	1	2	2	2	1
22	3	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1
23	4	2	3	1	1	1	3	3	3	1	1
24	3	2	2	1	2	1	1	1	1	2	3
25	3	2	2	1	2	1	2	1	1	2	1
26	3	2	2	1	1	2	1	1	1	2	1
27	5	2	2	1	3	2	3	3	3	1	2
28	4	2	2	1	2	2	1	1	1	2	1
29	4	1	2	1	2	2	1	1	1	2	1
30	2	1	2	1	2	2	1	1	1	2	2
31	4	2	2	1	3	2	3	3	3	1	1
32	4	1	2	1	3	2	2	1	1	2	1
33	4	2	2	1	2	2	1	1	2	2	1
34	4	2	2	1	1	2	1	1	1	2	1

35	5	2	2	1	3	2	1	2	1	2	1
36	5	2	2	1	3	2	3	3	3	1	3
37	3	1	2	1	1	2	1	1	1	2	1
38	4	1	2	1	1	2	1	2	1	2	1
39	4	2	2	1	3	2	3	3	3	1	2
40	4	2	4	1	2	2	1	1	1	2	1
41	4	1	2	1	3	2	1	2	1	2	1
42	3	2	2	1	2	2	1	1	1	2	1
43	5	2	2	1	2	2	1	1	1	2	1
44	5	1	3	1	3	2	3	3	3	1	3
45	5	2	2	1	1	2	1	1	1	2	1
46	3	1	2	2	1	1	1	1	1	2	1
47	4	1	2	2	2	1	2	2	1	2	2
48	5	1	2	2	3	1	3	3	3	1	1
49	3	1	2	2	2	1	1	1	1	2	1
50	4	1	2	2	2	1	1	1	1	2	1
51	3	1	2	2	1	1	1	1	1	2	1
52	4	1	2	2	1	1	1	1	2	2	2
53	2	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1
54	4	1	2	2	2	1	1	1	1	2	1
55	5	1	4	2	3	1	3	3	3	1	1
56	4	1	2	2	2	1	1	1	1	2	1
57	4	1	2	2	3	1	3	3	3	1	2
58	5	2	2	2	2	1	1	1	1	2	1
59	5	1	2	2	1	1	1	1	1	2	1
60	4	1	2	2	1	1	1	2	2	2	1
61	5	1	4	2	3	1	3	3	3	1	3
62	4	1	4	2	1	1	1	1	1	2	1
63	2	1	2	2	1	1	1	2	1	2	1
64	2	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1
65	4	1	2	2	3	1	3	3	3	1	1
66	4	1	2	2	1	1	1	1	1	2	1
67	4	2	2	2	1	1	1	1	1	2	1
68	5	1	2	2	3	1	1	2	1	2	3
69	5	1	4	2	2	1	1	1	1	2	1
70	4	1	2	2	2	1	1	1	1	2	1
71	4	1	2	2	2	1	1	1	2	2	1
72	4	1	2	2	1	1	2	1	1	2	2
73	4	1	2	2	2	1	1	1	1	2	1
74	3	1	2	2	2	1	1	1	1	2	1
75	4	1	3	2	2	1	3	3	3	1	1
76	3	1	2	2	1	1	1	1	1	2	1
77	5	1	2	2	2	1	1	1	1	2	1
78	3	1	2	2	2	1	1	2	1	2	1

79	4	1	4	2	2	2	1	1	1	2	1
80	3	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2
81	1	1	2	2	2	2	1	1	1	2	1
82	5	1	2	2	3	2	3	3	3	1	1
83	4	1	2	2	1	2	1	1	1	2	1
84	5	1	2	2	1	2	1	1	1	2	1
85	2	1	1	2	1	2	3	3	3	1	2
86	4	1	2	2	2	2	1	1	1	2	1
87	5	1	2	2	2	2	1	1	1	2	1
88	4	1	2	2	2	2	2	1	1	2	1
89	4	1	2	2	1	2	1	2	2	2	1
90	5	1	2	2	1	2	1	1	1	2	2
91	4	1	4	2	2	2	1	1	1	2	1
92	4	1	2	2	1	2	1	1	1	2	1
93	5	1	4	2	2	2	1	1	1	2	1
94	5	1	4	2	3	2	3	3	3	1	1
95	1	1	1	2	1	2	1	1	1	2	1
96	4	1	2	2	2	2	1	1	1	2	1
97	5	1	4	2	3	2	2	1	1	2	1
98	3	1	2	2	1	2	1	1	1	2	3
99	4	2	2	2	2	2	1	1	1	2	1
100	4	1	2	2	2	2	2	1	2	2	1
101	4	1	2	2	1	2	1	1	1	2	1
102	3	1	3	2	1	2	3	3	3	1	1
103	4	1	2	2	2	2	1	1	1	2	1
104	5	1	2	2	3	2	1	2	1	2	1

**(1) Ficha**

**(2) Edad**

- 1 Entre 25 a 30 años
- 2 Entre 31 a 35 años
- 3 Entre 36 a 40 años
- 4 Entre 41 a 45 años
- 5 Más de 45

**(3) Sexo**

- 1 Femenino
- 2 Masculino

**(4) Estado civil**

- 1 Soltero
- 2 Casado
- 3 Viudo
- 4 Separado

**(5) Ocupación**

- 1 Médico
- 2 Enfermera

**(6) Tiempo de servicio**

- 1 Menor de 4 años
- 2 Entre 4 y 6 años
- 3 Mayor a 6 años.

**(7) Lugar de servicio**

- 1 HNCASE
- 2 Hospital de Yanahuara

**(8) Cansancio emocional**

- 1 Menos de 19 puntos
- 2 De 19 A 26 puntos
- 3 Más de 26 puntos

**(9) Despersonalización**

- 1 Menos de 6 puntos
- 2 Entre 6 y 9 puntos

3 Más de 9 puntos

**(10) Realización personal**

1 Más de 39 puntos

2 Entre 34 Y 39 puntos

3 Menos de 34 puntos

**(11) Síndrome de Burnout**

1 Con Burnout

2 Sin Burnout

**(12) Apgar familiar**

1 Funcional

2 Moderadamente disfuncional

3 Fuertemente disfuncional





## INTRODUCCIÓN

Según un reciente estudio publicado por la OMS, el Síndrome de Burn Out, se presenta en la actualidad como uno de los cinco problemas más graves entre los profesionales de la salud, tanto por la alta prevalencia entre los mismos como por las posibles consecuencias en la población asistida por dichos profesionales.

Además, este proceso no solo repercute en la salud y la calidad de vida del trabajador afectado y de las personas que atiende, sino que influye directa y negativamente en la propia organización, observándose un aumento del ausentismo, abandono, rotación y deterioro del servicio.

También es importante destacar que esta patología, no solo está incidiendo en trabajadores del sector sanitario y servicios sociales, sino que cada vez más se está observando en otros profesionales de diversas actividades: puestos directivos, administración,...

Por todo ello, es necesario saber identificar los signos y síntomas de este síndrome para poder detectarlo a tiempo y adoptar así las medidas necesarias para mejorar tanto el bienestar de los profesionales como el de la población en general.

## QUÉ ES EL SÍNDROME DE BURN OUT

### BURN OUT

#### AGOTAMIENTO EMOCIONAL

El trabajador siente que sus recursos afectivos han sido superados por el estrés producido por el contacto diario con las personas que reciben directamente su servicio.

#### DESPERSONALIZACIÓN

Desarrollo de sentimientos negativos hacia las personas con las que trabaja, que se traduce en comportamientos y actitudes acordes a esos sentimientos.

#### BAJA REALIZACIÓN PERSONAL

El trabajador evalúa de forma negativa su labor, lo cual afecta a su auto-concepto, auto-estima y sus relaciones con los demás.

## CAUSAS

- Falta de éxitos terapéuticos y/o de progreso observable en las personas que se les presta el servicio.
- Descuido institucional de las necesidades del paciente-alumno-cliente, ..., a favor de las necesidades administrativas, financieras, burocráticas y legales.
- Inadecuados sistemas de promoción de los profesionales.
- Falsos liderazgos.
- Falta de interacción social con el resto de compañeros.
- Falta de apoyo entre los miembros de un equipo.
- Variables personales individuales.

## INDIVIDUALES

### FISIOLÓGICAS

Agotamiento físico.  
 Fatiga.  
 Resfriados/gripes repetidos.  
 Alteraciones del apetito.  
 Contracturas musculares.  
 Cefaleas.  
 Taquicardia.  
 Hipertensión.  
 Disfunciones sexuales.  
 Insomnio.  
 Trastornos gastrointestinales.  
 Úlceras.  
 ...

### PSICOLÓGICAS

Irritabilidad.  
 Ansiedad.  
 Rasgos depresivos.  
 Cambios repentinos de humor.  
 Actitudes rígidas e inflexibles.  
 Sentimiento de frustración laboral.  
 Sentimiento de despersonalización.  
 ...

### CONDUCTUALES

Expresiones de hostilidad.  
 Conductas impulsivas.  
 Disminución capacidad concentración.  
 Contacto mínimo con los pacientes-clientes.  
 Aumento de relaciones conflictivas.  
 Retrasos frecuentes y salidas anticipadas.  
 Distanciamiento del área del trabajo.  
 Aumento del ausentismo.  
 Actitud cinica.  
 Mayor consumo de café, alcohol, cigarrillos, y psicofármacos.  
 ...

## EN LA ORGANIZACIÓN

Baja satisfacción laboral de los trabajadores.  
 Deterioro de la calidad del servicio que el trabajador ofrece.  
 Elevados costes económicos, derivados, por ejemplo de:

- Absentismo laboral.
- Mayor propensión a sufrir accidentes de trabajo.
- Tendencia a cometer más errores.
- Indemnizaciones tras el abandono de la institución.