



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

RECINTO UNIVERSITARIO RUBEN DARIO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS.

Tesis para optar al título de Médico y Cirujano.

“Factores presentes para el desarrollo del Síndrome de Burnout en el personal del área de emergencia del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños, Enero – Marzo 2020”.

➤ **Autores:**

Br. Javier Maximiliano Martínez Ruiz.

Br. Francisco Omar Martins Méndez.

Br. José Ernesto Mora Marengo.

➤ **Tutor metodológico:**

➤ Dr. Erasmo Aguilar Arriola.

Msc. Salud Ocupacional – Docente FCM UNAN Managua.

➤ **Tutor científico:**

➤ Dra. Estela Sandino Cruz.

Neuropsiquiatra – Docente Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”.

Managua, Nicaragua, Marzo 2020

DEDICATORIA

El presente estudio es una obra principalmente dedicada a Dios por ser el dador de conocimientos y el guía para cada uno de los caminos que hemos recorrido hasta este momento, a nuestros padres, abuelos, hermanos y demás familiares por ser la primera escuela de formación en valores, permitiéndonos entender la importancia del dar sin esperar algo a cambio. Queremos dedicar este esfuerzo a nuestros maestros quienes durante horas de prácticas clínicas y transmisión de experiencias nos mostraron que la vida humana no solo depende de esquemas de tratamiento a seguir, si no que el amor a nuestros pacientes es la expresión viva de aquel “dar sin esperar” que nos fue inculcado en casa; maestros que a su vez son testimonios andantes de cuan frágil la vida humana puede ser.

Queremos dedicar enfáticamente este estudio al pueblo nicaragüense, ya que no podría haber sido posible sin el esfuerzo que día a día llevan a cabo; a quienes les debemos la oportunidad de haber estudiado esta carrera y con quienes nos comprometemos a entregar un servicio ético, científico y humano. En donde nuestro ejercer se rige por el verdadero entendimiento que *“ante tanto bien recibido, en todo amar y servir”*.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, agradecemos a Dios quien ha definido nuestros pasos hasta el día de hoy, a nuestras familias y amigos por haber conformado esa red de apoyo que nos ha visto crecer y ha sido la piedra angular para nuestro desarrollo humano, queremos agradecer especialmente a nuestros tutores, Dr. Erasmo Aguilar quien nos guio a través de la parte aplicativa del proceso investigativo y nos ayudó a comprender la importancia de los resultados desde una perspectiva de seguridad e higiene laboral, Dra. Estela Sandino quien fue pilar fundamental para el entendimiento de los diversos tipos de manifestaciones del Síndrome y de cómo esta enfermedad puede impactar no solo al individuo sino que al sistema de salud en general.

Agradecemos a la subdirección docente del Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”, a la jefatura del servicio de emergencia, a los médicos de base, médicos residentes, médicos internos, enfermería y diverso personal administrativo ya que voluntariamente decidieron apoyar este estudio, siendo ellos los principales protagonistas en un punto donde cada día se contempla aún más la importancia que la higiene laboral y la salud mental tiene no solo en el ejercicio de la medicina sino que también el impacto que existe en aquellos que la ejercen.

RESUMEN

Introducción

El Síndrome de Burnout es un trastorno muy frecuente en el medio hospitalario y que hoy en día es cada vez más conocido y diagnosticado. Este trastorno ha tomado tanta importancia que la OMS ha procedido al reconocimiento oficial del Síndrome de Burnout como enfermedad tras la ratificación de la revisión número 11 de la clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas de salud conexos, que fue aprobada en 2018 y cuya entrada en vigor se ha fijado para el próximo 1 de enero de 2022 (OMC, 2019). Esta afección implica casi siempre a profesionales que requieren un contacto directo con las personas y que tienen una filosofía humanística del trabajo, en la que influyen factores externos (institucionales) e internos (personalidad del trabajador) que pueden desencadenar dicho padecimiento.

Objetivo General

Describir los factores presentes para el desarrollo de Síndrome de Burnout en el personal del área de emergencia del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños enero – marzo 2020. Se determinaron las características sociodemográficas de la población participante del estudio, los antecedentes personales patológicos y no patológicos que aumentan la probabilidad de desarrollo del Síndrome, se realizó el cálculo de los niveles de cansancio emocional, despersonalización y realización personal, las tres dimensiones que se toman en cuenta para establecer el diagnóstico de Síndrome de Burnout y se recopilaron las estrategias empleadas para disminuir la probabilidad de padecer dicho Síndrome.

Métodos

Es un estudio cuantitativo, descriptivo, de tipo observacional, prospectivo y de corte transversal. Se realizó en el área de emergencia del Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños” durante el periodo de enero a marzo del año 2020. El universo lo constituyeron 220 trabajadores, y la muestra calculada para índice de confianza de 95% y margen de error de 5% fue de 141 participantes mediante un muestreo probabilístico aleatorio simple. La recolección de la información se realizó mediante cuestionario de autoadministración digital, a través de la plataforma en línea docs.google.com utilizando el “Formulario de Maslach Modificado”.

El procesamiento de análisis de información se realizó mediante el programa estadístico “**Software SPSS Statistics versión 25**”, la elaboración de gráficos se realizó en archivo de Microsoft Office Word 2013.

Resultados

Tomando en cuenta el objetivo general de este estudio denotamos a través de los resultados que la prevalencia de sexo femenino, el poco tiempo que los trabajadores se toman para comer, la poca frecuencia de relevos entre compañeros de área, la poca frecuencia de realización de pausas activas y la ausencia de prácticas antiestrés dentro del trabajo parecen ser algunos de los factores presentes para el desarrollo del Síndrome de Burnout. A su vez, según el “Formulario de Maslach Modificado” se encontró que, al analizar la presencia del diagnóstico del Síndrome de Burnout, más de la mitad de los trabajadores cumplen con los criterios clínicos descritos a través del inventario para Burnout de Maslach (Lachiner & Luis Fernando, Síndrome de Burnout, 2015). Por otro lado, en relación con el diagnóstico de Síndrome de Burnout podemos encontrar que en la población en estudio un alto porcentaje de trabajadores sí presentaron el diagnóstico, siendo estos datos parecidos al estudio realizado por Damaso Maltez, en la misma unidad de salud, durante un período previo a la acreditación institucional que el hospital llevó a cabo, donde se encontraron valores que reflejan una alta cantidad de trabajadores que presentaron las alteraciones descritas en el Síndrome. (Maltez Torrez, 2017)

“Factores presentes para el desarrollo del Síndrome de Burnout en el personal del área de emergencia del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños, enero – marzo 2020”.

Palabras claves: Burnout, emergencia, MBI, Maslach.

Autores:

Br. Javier Maximiliano Martínez Ruiz.

Br. Francisco Omar Martins Méndez.

Br. José Ernesto Mora Marengo.

Índice

I.	INTRODUCCIÓN	1
II.	ANTECEDENTES	2
III.	JUSTIFICACIÓN	4
IV.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
V.	OBJETIVOS	6
VI.	MARCO TEORICO	7
	Definiciones	7
	Evolución histórica del Síndrome de Burnout	8
	Epidemiología	10
	Fisiopatología	11
	Teoría Organizacional	12
	Factores de riesgo	14
	Manifestaciones Clínicas	20
	Diagnóstico	21
	Estrategias de prevención	24
VII.	DISEÑO METODOLOGICO	27
VIII.	DEFINICIÓN DE VARIABLE POR OBJETIVO ESPECÍFICO	35
IX.	PLAN DE ANÁLISIS Y TABULACIÓN	36
X.	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	37
XI.	RESULTADOS	49
XII.	ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	56
XIII.	CONCLUSIONES	66
XIV.	RECOMENDACIONES	67
XV.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	68
XVI.	ANEXOS	71

I. INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Burnout es un trastorno muy frecuente en el medio hospitalario y que hoy en día es cada vez más conocido y diagnosticado. Este trastorno ha tomado tanta importancia que la OMS ha procedido al reconocimiento oficial del Síndrome de Burnout como enfermedad tras la ratificación de la revisión número 11 de la clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas de salud conexos, que fue aprobada en 2018 y cuya entrada en vigor se ha fijado para el próximo 1 de enero de 2022 (OMC, 2019). Esta afección implica casi siempre a profesionales que requieren un contacto directo con las personas y que tienen una filosofía humanística del trabajo, en la que influyen factores externos (institucionales) e internos (personalidad del trabajador) que pueden desencadenar dicho padecimiento.

Constituye una enfermedad multifactorial en su etiología, lo que dificulta las estrategias de prevención. Repercute en el desempeño, calidad y seguridad de la atención de los pacientes. El Síndrome de Burnout es la paradoja de la atención en salud, el profesional de salud se enferma en la misma medida que éste sana a los pacientes. De tal manera que la Organización Mundial de la Salud en la edición número once de la International Statistical Classification of diseases and relate health problems (CID) lo ha incluido en el capítulo 24 “Factores que influyen en la condición de salud o de relación con los servicios de salud”, título “Factores que influyen en la condición de salud” acápite: problemas asociados con el empleo y el desempleo, clasificación QD85 (OMS , 2019).

La epidemiología es variable y no hay acuerdo entre los autores, si bien aparecen algunas coincidencias en relación a la sobrecarga de trabajo, al tiempo de contacto con los pacientes y la complejidad de éstos, siendo el personal de enfermería el más afectado. El síndrome de Burnout describe un tipo de prolongado estrés laboral e institucional generado en profesionales que mantienen una relación de ayuda y cuidado hacia los demás.

II. ANTECEDENTES

En un estudio titulado “Síndrome de Burnout en médicos y enfermeras(os) de los Centros de Salud Perla María Norori, Mantica Berio, Félix Pedro Picado (Sutiava) de la ciudad de León” encontraron los siguientes resultados: El porcentaje global del Burnout fue 6 % nivel bajo, 31 % nivel moderado y 66% nivel alto. El 80% de la población afectada por Burnout son mujeres. Con respecto a cansancio emocional 40% afectados / 60% no afectados, despersonalización 41% afectados / 59% no afectados, Falta de realización personal: 49% afectados / 51% no afectados. W.A Martínez Juárez, R.I Reyes Escorcía, M.L Venegas López en el 2010 realizan un estudio titulado (Martinez, Reyes, & Venegas , 2010)

En la Ciudad de México Palacios, Morán y Paz realizaron un estudio transversal que incluyó 724 médicos, encontrando que 61% presentaron estrés moderado, 15% estrés alto. Se encontraron diferencias significativas de estrés y severidad de los síntomas entre residentes y médicos adscritos, en quienes trabajaban entre 71 y 85 horas por semana, los que realizaban guardias, rotaban turnos y no tenían descansos durante la jornada. Así como asociación entre los niveles de estrés y la severidad de los síntomas. Las condiciones de trabajo de los residentes mostraron en general, mayor asociación con estrés y sintomatología. Los resultados evidenciaron la importancia de las condiciones de trabajo en la salud de los médicos. (Palacios, Morán, & Paz, 2013)

Otro estudio titulado “Síndrome de Burnout en el personal sanitario del Hospital Santiago de Jinotepe, Carazo, en enero de 2014” identificó que, de 233 trabajadores estudiados entre médicos y enfermeras, 165 presentaron síndrome de Burnout con una prevalencia de 71%. Entre los factores de riesgo asociados a Síndrome de Burnout, se mencionan: el sexo femenino, el estar soltero, divorciado o viudo. El área médico quirúrgica tiene más personal afectado por el Síndrome de Burnout (49%). Las esferas que resultaron más afectadas: La realización personal (40%), cansancio emocional (25%) y despersonalización (20%). (Cerde Vasquez, 2014)

La tesis “Síndrome de burnout en médicos y enfermeras(os) que laboran en el Hospital Alemán Nicaragüense, I semestre del año 2016”. Con respecto a la descripción de las variables sociodemográficas se observó que el sexo más predominante es el femenino con un 71.98%, de acuerdo a la edad el rango que más predomina es 20-30 con 49.45%, en relación al estado civil las solteras tienen 41.75%. (Espinoza Murillo, Ledezma Ortiz, & Roblero Alonzo, 2016)

En cuanto a las variables laborales, el perfil profesional que predomina más son las enfermeras con 42.31%. En el servicio que labora está el área de emergencia con 17.58% y la vez medicina interna con 17.03%, en cuanto a la antigüedad profesional las personas que llevan laborando de 10 años a más presentan un porcentaje más alto con 39.56% y por último las personas que realizan turnos mayores de 24 horas presentan un porcentaje significativo con un 41.76%. (Espinoza Murillo, Ledezma Ortiz, & Roblero Alonzo, 2016)

III. JUSTIFICACIÓN

El Síndrome de Burnout se observa con mayor frecuencia en el personal de salud, ya que están en contacto directo con personas enfermas, y experimentan estrés físico, psíquico y emocional, es así que este cuadro es visto con mayor frecuencia en el personal de salud de las unidades de cuidados intensivos y de emergencia (Sarmiento, 2019)

Es importante remarcar que en el presente trabajo se incluyó la participación del personal administrativo de los servicios de salud, ya que, como es bien conocido, el servicio de emergencia de cualquier unidad de salud posee un alto riesgo para la exposición de situaciones altamente estresantes de las cuales dicho personal no es ajeno. Desde el punto de vista laboral, la exposición constante a esos tipos de situaciones es razón suficiente para la incorporación de este grupo al presente estudio.

Por otro lado, la investigación es llevada a cabo posterior a un período de mejoras y desarrollo institucional que el Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños” realizó en el último año, generando cambios notables a nivel de todos sus servicios médicos. Por lo tanto, los resultados del presente estudio reflejarán en gran medida la respuesta colectiva e individual de los trabajadores pertenecientes al servicio estudiado luego de las modificaciones y progresos en esta unidad de salud.

Considerado el creciente interés por investigar sobre el Burnout en Nicaragua, se pretende conocer mediante este trabajo investigativo los factores que predisponen a desarrollar este síndrome para poder identificarlos y contrarrestarlos precozmente de tal manera que se pueda prevenir eficazmente el Síndrome de Burnout.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En los últimos 40 años se han realizado numerosas investigaciones desde diferentes aproximaciones sobre el Síndrome de Burnout, las cuales han intentado, inicialmente, delimitar el concepto y generar modelos explicativos, pasando posteriormente a un acentuado interés por la evaluación y el diagnóstico de esta problemática, lo que permitiría finalmente generar estrategias eficaces de prevención e intervención.

En un estudio realizado en el Hospital Alemán Nicaragüense el 87.5% de los médicos estudiados tienen un nivel alto de realización profesional, así mismo se determinó que el 62.5% de los casos tenían un nivel medio de agotamiento emocional y por otro lado el 87.5% de los casos reveló un nivel alto de despersonalización en los profesionales de la salud. (Espinoza Murillo, Ledezma Ortiz, & Roblero Alonzo, 2016)

Por lo que se hace la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los factores presentes para el desarrollo del Síndrome de Burnout en el personal del área de emergencia del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños, Enero – Marzo 2020”?

V. OBJETIVOS

Objetivo General:

1. Describir los factores presentes para el desarrollo de Síndrome de Burnout en el personal del área de emergencia del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños” Enero – Marzo 2020.

Objetivos Específicos:

1. Caracterizar socio-demográficamente a la población participante en la investigación.
2. Determinar los factores de riesgo personales en la muestra en estudio.
3. Identificar los factores de riesgo laboral a los que se encuentran expuestos los trabajadores partícipes.
4. Definir el grado de Burnout de la población estudiada según el Inventario para Burnout de Maslach modificado.
5. Enlistar las estrategias utilizadas por la muestra para la prevención del Síndrome de Burnout.

VI. MARCO TEORICO

Definiciones

El Síndrome de Burnout, también conocido como síndrome de desgaste ocupacional o profesional, es un padecimiento que se produce como respuesta a presiones prolongadas que una persona sufre ante factores estresantes emocionales e interpersonales relacionados con el trabajo. Maslach y Jackson en 1981 entienden que el Burnout es una respuesta al estrés laboral crónico, conformado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja, y hacia el propio rol profesional. Siendo un síndrome caracterizado por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado. La doctora Maslach concluye que el Burnout se configura como **“un síndrome tridimensional caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal.** (Olivares, Christina Maslach, comprendiendo el burnout, 2016)

Agotamiento emocional es el elemento clave del síndrome, y se refiere a que los individuos presentan sentimientos de estar emocionalmente agotados y sobrepasados en cuanto a sus recursos emocionales. Despersonalización implica actitudes negativas, cínicas e impersonales, generándose sentimientos demasiado distantes hacia otras personas. Por último, la falta de realización personal en el trabajo se refiere a la disminución de los sentimientos de competencia y éxito en el trabajo, así como una tendencia a evaluarse negativamente a sí mismo, particularmente en el trabajo con otras personas (Olivares, Scielo, 2017). Esta definición sintomática, propuesta por la profesora Maslach, ha sido utilizada de forma casi unánime por los distintos estudiosos del tema, siendo sin duda la conceptualización más aceptada del Burnout.

Independientemente de la definición particular de los diferentes estudiosos en el campo, lo cierto es que el Burnout es una condición que llega a quemar o agotar totalmente a la persona que lo sufre. Actualmente, el Burnout es una enfermedad descrita en el índice internacional de la Organización Mundial para la Salud ICD-10, como “Z73.0 Problemas relacionados con el desgaste profesional (sensación de agotamiento vital)”, dentro de la categoría más amplia Z73 de “problemas relacionados con dificultades para afrontar la vida”, lo que llega a denotar la importancia de este padecimiento a nivel mundial (Forbes, 2011)

Evolución histórica del Síndrome de Burnout

En 1974, un médico psiquiatra llamado Herbert Freudenberger que trabajaba como asistente voluntario en la Free Clinic de Nueva York para toxicómanos, al igual que otros voluntarios jóvenes e idealistas, observó que al cabo de un periodo más o menos largo, entre uno y tres años, la mayoría sufría una progresiva pérdida de energía, desmotivación, falta de todo interés por el trabajo hasta llegar al agotamiento, junto con varios síntomas de ansiedad y de depresión. Freudenberger describió cómo estas personas se vuelven menos sensibles, poco comprensivas y hasta agresivas en relación con los pacientes, con un trato distanciado y cínico con tendencia a culpar al paciente de los propios problemas que padece. (Carlin & Garcés, 2010)

Freudenberger eligió la misma palabra Burnout (“estar quemado”, “consumido”, “apagado”) que se utilizaba también para referirse a los efectos del consumo crónico de las sustancias tóxicas de abuso. Esta era una palabra de uso común en la jerga atlética, deportiva y artística, que hacía referencia a aquellos sujetos que no conseguían los resultados esperados pese al esfuerzo realizado. La psicóloga social Cristina Maslach por aquel entonces, año 1976, estudiaba las respuestas emocionales de los empleados de profesiones de ayuda a personas. Eligió también el mismo término que utilizaban de forma coloquial los abogados californianos para describir el proceso gradual de pérdida de responsabilidad y desinterés cínico entre sus compañeros de trabajo. Burnout era una expresión con gran aceptación social: los afectados se sentían fácilmente identificados con este feliz término descriptivo, no estigmatizador como los diagnósticos psiquiátricos. (Carlin & Garcés, 2010)

Así, al avanzar la década de los años noventa el concepto del Burnout se fue ampliando, incluyéndose dentro de sus límites de acción ocupaciones distintas a la de los servicios humanos, delimitando su alcance a todo profesional que trabaja con clientes de trato directo, y no sólo en personal de ayuda o del sector servicios. Esta generalidad del espectro de acción del Burnout es para algunos autores aún más amplio, ya que entienden que el síndrome se puede presentar en aquellos grupos ocupacionales que trabajan con “cosas” (por ejemplo, en trabajadores del sector cerámico) y con “datos” (como usuarios de tecnologías y teletrabajadores). (Olivares Faundez, 2017)

Estas ideas reafirman los postulados planteados por la profesora Maslach, que señalan que este fenómeno se puede desarrollar en cualquier profesión cuyo trabajo no conlleve necesariamente el contacto directo con personas, siendo potencialmente un síndrome que se puede desarrollar en todos los tipos de actividad laboral, situación que universaliza las ideas de esta importante investigadora, y abren un nicho importante de desarrollo sobre el tema en el espectro mundial. (Olivares Faundez, 2017)

A casi un cuarto de siglo de investigación empírica sobre el Burnout, centrada en los trabajos de la profesora Maslach, de acuerdo a las líneas teóricas que han tratado de determinar los límites conceptuales de este fenómeno, se pueden identificar dos perspectivas: la clínica y la psicosocial. En el lado clínico, el foco de atención está centrado en los síntomas y sus aplicaciones en el contexto de la salud mental (estado), y en el lado psicosocial el foco de atención está en el desarrollo de la relación entre el medio laboral y las características humanas de los individuos partícipes de esos contextos de servicio (proceso), perspectiva original de la profesora Maslach, que sustenta el devenir de la investigación actual del tema. (Olivares Faundez, 2017)

Hoy en día se ha empleado para significar ideas muy distintas y, por lo tanto, no existe una buena base para una comunicación constructiva que dimensione la problemática real, de luces a un diagnóstico unánimemente acertado y establezca posibles soluciones e intervenciones certeras, que sean consensuadas por la comunidad científica internacional. Cuestión que nos habla y pone en valor el sostenido trabajo realizado por la profesora Maslach a lo largo de estos años, ya que abrió una nueva forma de comprender estos complejos fenómenos desde una perspectiva transcultural y global. (Olivares Faundez, 2017)

Sin embargo, hoy en día existe un consenso amplio de opiniones sobre las cuales se entiende que el Burnout es una respuesta del individuo al estrés laboral crónico (Maslach et al., 2001). Una experiencia subjetiva interna que agrupa sentimientos y actitudes, y que tiene un cariz negativo para el sujeto dado que implica alteraciones, problemas, y disfunciones psicofisiológicas como consecuencias nocivas para la persona y para la organización. (Olivares Faundez, 2017)

Epidemiología

El estrés laboral afecta a más del 25% de trabajadores de todos los ámbitos y es una de las principales causas de absentismo laboral y pérdida de productividad. Estos costes se unen a los gastos de atención sanitaria que ocasiona y al sufrimiento y deterioro personal, del entorno familiar, laboral y social de los afectados. Un porcentaje significativo de los profesionales sanitarios refieren sentirse insatisfechos, desmotivados, desilusionados y frustrados en su trabajo por numerosas causas de índole diversa y carácter crónico, relacionadas fundamentalmente con sobrecarga y estrés en el ámbito laboral (Miret & Martínez Larrea, 2010)

Dentro de las labores más propensas a sufrir Síndrome de Burnout se encuentran los profesionales sanitarios, siendo estos: personal de enfermería, médicos y demás trabajadores de salud. Esto se relaciona directamente con pacientes y la burocratización en los hospitales donde se presenta baja capacidad de innovación o cambio, labores repetitivas, poca flexibilidad laboral y turnos nocturnos; además de extensas jornadas de trabajo que es una de las principales causas por las cuales este síndrome se evidencia en esta población. (García, Jimenez, Riaño, & Umbarila, 2018)

Los médicos, en relación con la población general, tienen más probabilidades de presentar síntomas de Burnout (37,9 % frente a 27,8 %), y estar insatisfechos con la relación del equilibrio trabajo-vida (40,2 % frente a 23,2 %). En cuanto al personal de enfermería, de 30 a 40 % sufren Burnout frente a un 10 a 15 % de la población general de Estados Unidos. (Sarmiento, 2019)

A nivel mundial la prevalencia de este síndrome en médicos varía entre 40 % a 60 %. Se ha observado que los más afectados son los especialistas de medicina interna y emergencias, médicos en los que la prevalencia aumenta con el transcurso de los años y llega, actualmente, a 60 %. En España, la prevalencia en médicos generales y especialistas se sitúa entre el 30 y el 69 %, y en Argentina, llega a 67 %, valor que es reportado como alto. (Sarmiento, 2019) En relación al personal de enfermería, a nivel mundial, varía entre un 20 % a 40 %. Se ha observado que este síndrome es más frecuente en médicos que en el personal de enfermería. (Sarmiento, 2019)

Los médicos y enfermeras con Burnout tendrán altas tasas de abandono de la profesión en un corto tiempo, lo que demuestra que en un futuro habrá menos personal asistencial en los centros hospitalarios. Estos trabajadores de emergencia o cuidados críticos están en contacto permanente con pacientes críticamente enfermos lo que provocará que, en algún momento de su vida profesional, tengan repercusiones en la salud física, mental y social, es así que estas áreas de emergencia son clave para la investigación (Sarmiento, 2019)

Fisiopatología

Desde la aparición del Burnout en la literatura psicológica, han surgido múltiples corrientes teóricas de investigación de este fenómeno con el objetivo tanto de describir sus causas como de entender su proceso de desarrollo. La proliferación de estos modelos teóricos en torno al Burnout responde a la necesidad de explicar los factores que participan en su desarrollo, así como a la importancia de integrarlos en marcos teóricos más amplios. Con respecto a esto, Maslach y Leiter indican que las investigaciones iniciales sobre la taxonomía del Burnout se centran en analizar la relación que mantienen las dimensiones de dicho fenómeno entre sí. (Lopez Carballeira, 2017)

Posteriormente, los análisis se orientan a la configuración de modelos basados en la teoría del estrés y los desequilibrios que causan la manifestación del Burnout. En este sentido, Cherniss (1993) elabora el primer modelo que ejerce de puente conceptual entre la naturaleza secuencial del Burnout y estos desequilibrios. Por último, la modificación de las características determinantes del ámbito laboral como son las demandas y los recursos justifican la aparición de dos modelos que contribuyen a explicar el desarrollo del Burnout: la teoría de demandas y recursos laborales. (Lopez Carballeira, 2017)

En definitiva, los modelos teóricos relativos al Burnout se centran en dar respuesta a las cuestiones que suscitan los sentimientos de desgaste y, en última instancia, articular una teoría adecuada a la etiología del Burnout. Al mismo tiempo, cada uno de los marcos teóricos reflejan la importancia del binomio persona – trabajo cuya relación se manifiesta a través de variables como la competencia, la efectividad percibida, la motivación, la despersonalización, la autoeficacia percibida, la autoconciencia, la emoción, las habilidades, la culpabilidad, entre otros.

En esta línea, Peiró y Gil-Monte plantean una categorización de los modelos etiológicos en cuatro líneas de investigación: Teoría Socio-cognitiva del Yo, Teoría del Intercambio Social, Teoría Organizacional y Teoría Estructural. En una revisión reciente, Gil-Monte y Neveu incluyen un marco teórico adicional, representado por la Teoría de Demandas y Recursos laborales. (Lopez Carballeira, 2017)

Teoría Organizacional

La Teoría Organizacional se basa en modelos que centran la atención en los estresores laborales y las estrategias de afrontamiento. Así, pues, las variables implicadas en la aparición del Burnout son el apoyo percibido, la estructura, el clima y la cultura organizacional junto con las habilidades del individuo para desafiar las situaciones estresantes. Cabe señalar, la importancia que adquiere el Burnout como respuesta al estrés laboral. Los modelos desarrollados dentro de la Teoría Organizacional son el *modelo de Golembiewski, Munzenrider y Carter*, el *Modelo de Cox, Kuk y Leiter* y el *Modelo de Winnubst*. (Lopez Carballeira, 2017)

El modelo de Golembiewski, Munzenrider y Carter plantea un modelo en dos etapas. La primera de ellas hace referencia a la secuencia temporal del Burnout en donde el suceso de un componente precipita el desarrollo del otro. La segunda etapa delimita el patrón a través de la combinación de los distintos niveles para cada dimensión del Burnout. Según Golembiewski, Munzenrider y Carter, el estrés se desencadena como consecuencia de la pobreza de rol y la sobrecarga Laboral, motivo por el cual, los individuos muestran sentimientos de pérdida de autonomía y control que conlleva una disminución de su propia imagen, irritabilidad y fatiga. (Lopez Carballeira, 2017)

Consecuentemente, el empleado desarrolla estrategias de afrontamiento con el fin de distanciarse de la situación laboral estresante. Sin embargo, este distanciamiento puede ser de naturaleza constructiva si el profesional mantiene la empatía sin necesidad de implicarse en los problemas de los clientes. Por el contrario, si el individuo manifiesta indiferencia emocional y cinismo se abordaría la cuestión desde el punto de vista contra productivo. (Lopez Carballeira, 2017)

En consecuencia, en el supuesto de que el distanciamiento refleje actitudes despersonalizadas, se pondría de manifiesto el padecimiento del Burnout. No obstante, la persistencia de esta situación dará como resultado sentimientos de despersonalización que se corresponderían con los primeros episodios del Burnout. Posteriormente, el sujeto revelará baja realización personal en su puesto de trabajo, y, en un futuro, agotamiento emocional. La repercusión para la organización es significativa, ya que afecta a la satisfacción, la implicación en el trabajo y el desempeño, con un impacto negativo en la productividad. (Lopez Carballeira, 2017)

Por su parte, *el Modelo de Cox, Kuk y Leiter* se desarrolla bajo el entendimiento de que el Burnout es una respuesta al estrés laboral debido a la ineficacia de las estrategias de afrontamiento empleadas por el individuo para controlar el estrés y sus efectos. Este modelo está enfocado desde el punto de vista transaccional, en el cual, se incluyen dos tipos de variables. La variable “sentirse gastado” hace referencia a los sentimientos de cansancio, confusión y debilidad emocional. Por el contrario, la otra variable asociada a “sentirse presionado y tenso” se encuentra vinculado a sentimientos de amenaza, tensión y ansiedad. Todas estas impresiones se conectan directamente con el proceso de evaluación de los estresores, con la respuesta emocional por parte del empleado y con las tácticas de afrontamiento. (Lopez Carballeira, 2017)

Fruto de estas consideraciones, Cox, Kuk y Leiter consideran que la variable “sentirse gastado” se asocia, desde un punto de vista teórico y empírico, al agotamiento emocional. La despersonalización, por otra parte, son todas aquellas estrategias de afrontamiento derivadas de los sentimientos de agotamiento mientras que la baja realización personal es el resultado de la evaluación que realiza el individuo sobre su experiencia estresante. (Lopez Carballeira, 2017)

El Modelo de Winnubst se formula a través de la concepción unidimensional del Burnout, así como una posición, fundamentalmente, organizacional. Al igual que Pines y Aronson (1988), Winnubst concibe el fenómeno del Burnout como un sentimiento de agotamiento físico, emocional y mental. Además, sigue la senda marcada por Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983), a través de la cual, el Burnout puede emerger en ámbitos profesionales distintos al asistencial. El esquema propuesto por Winnubst se articula sobre una serie de antecedentes organizacionales como son la estructura, la cultura, el clima organizacional y el Apoyo Social. (Lopez Carballeira, 2017)

En el contexto de la organización, los diferentes tipos de estructuras dan lugar a culturas organizacionales diversas. Además, los antecedentes del Burnout varían en función del tipo de estructura organizacional y de la institucionalización del Apoyo Social. (Lopez Carballeira, 2017)

En el Modelo de Winnubst se observa que toda estructura organizacional va a tener un sistema de apoyo social que se ajusta debidamente a ese tipo de estructura. En este sentido, el sistema de apoyo social se manifiesta en interdependencia con el clima organizacional, por lo que se puede esperar una mejora, optimizando el clima organizacional. Paralelamente, tanto la estructura como la cultura y el apoyo social se rigen por criterios éticos como consecuencia de los valores sostenidos en la organización. El análisis de estos criterios éticos permite predecir en qué medida las organizaciones estimulan la aparición del Burnout. De esta forma, el apoyo social se convierte en un factor primordial para prevenir los niveles de Burnout, dado que influye en la percepción del sujeto sobre la estructura organizacional. (Lopez Carballeira, 2017)

Factores de riesgo

Actualmente se le reconoce como un proceso multifactorial y muy complejo, en donde (además del estrés) se ven involucradas variantes como el aburrimiento, crisis en el desarrollo de la carrera profesional, pobres condiciones económicas, sobrecarga laboral, falta de estimulación, pobre orientación profesional y aislamiento. (Lachiner & Luis Fernando, Síndrome de Burnout, 2015) Resulta básicamente de la interacción del trabajador con el ambiente laboral y también producto de las relaciones interpersonales entre el trabajador y las personas para las que trabaja.

➤ **Sociodemográficos**

La edad aunque parece no influir en la aparición del síndrome se considera que puede existir un período de sensibilización debido a que habría unos años en los que el profesional sería especialmente vulnerable a este, siendo estos los primeros años de carrera profesional dado que sería el período en el que se produce la transición de las expectativas idealistas hacia la práctica cotidiana aprendiéndose en este tiempo que tanto las recompensas personales, profesionales, y económicas, no son ni las prometidas ni esperadas. (Merino Gonzalez, 2019). Sólo la escala de cansancio emocional es directamente proporcional con la edad. (Hernandez & Torres Brieva, 2011)

Según el sexo se manifiesta que las mujeres es el grupo más vulnerable, por razones diferentes como podrían ser la doble carga de trabajo que conlleva la práctica profesional y la tarea familiar, así como la elección de determinadas especialidades profesionales que prolongarían el rol de mujer. (Merino Gonzalez, 2019). Las mujeres puntúan más alto en agotamiento e ineficacia profesional que los hombres, en cambio, algunos estudios han mostrado la tendencia de los hombres a demostrar más actitudes negativas hacia el trabajo (Hernandez & Torres Brieva, 2011)

La procedencia, desde que la sociedad se urbanizó, el estilo de vida rural se ha considerado que es menos inductor de riesgo para la depresión. Una residencia rural podría tener efectos positivos y negativos en relación al desarrollo de la depresión. Estos aspectos pueden ser el decline económico, las largas distancias de desplazamiento, los servicios limitados y las comodidades, el entorno físico, los cambios sociales rápidos. (Provensal Estarellas, 2013)

Generalmente, los problemas sociales y los factores estresantes son más prevalente en las zonas urbanas. Un estudio de Landa Durán P. y Valadez Ramírez A., realizado en el 2013 en México, el cual expone los aspectos que los habitantes de una ciudad mexicana consideraban como estresantes, los cuales respondieron que el tráfico de vehículos, la gente, la inseguridad, la contaminación, el ruido, el transporte público, los atascos, el metro, las manifestaciones y las marchas, los accidentes automovilísticos, las inundaciones, el calor, la prisa y el horario de verano, los consideran factores estresantes. (Provensal Estarellas, 2013)

El estado civil, se ha asociado el Síndrome más con las personas que no tienen pareja estable, tampoco hay un acuerdo unánime. Parece que las personas solteras tienen mayor cansancio emocional, menor realización personal y mayor despersonalización, que aquellas otras que o bien están casadas o conviven con parejas estables. En este mismo orden la existencia o no de hijos hace que estas personas puedan ser más resistentes al síndrome, debido a la tendencia generalmente encontrada en los padres, a ser personas más maduras y estables, y la implicación con la familia y los hijos hace que tengan mayor capacidad para afrontar problemas personales y conflictos emocionales; y ser más realistas con la ayuda del apoyo familiar. (Merino Gonzalez, 2019). En un grupo poblacional hispanoamericano, se consideró el hecho de tener hijos, como un factor protector para no desarrollar el síndrome de Burnout. (Hernandez & Torres Brieva, 2011)

La religión, como todas las personas los religiosos también están expuestos a situaciones estresantes, Guindon en 1990 estableció causas de estrés sacerdotal, entre ellas estaban la falta de confianza, baja autoestima, dificultad de administrar la energía personal y el tiempo, desconcierto ante sentimientos de soledad, culpabilidad ante impulsos agresivos. (Manzanares Medina & Merino Soto, 2014). El trabajo de muchas monjas que dedican gran parte de su vida al servicio de obispos y cardenales o de una comunidad es sumamente difícil, advierte la monja australiana Maryanne Lounghry, psicóloga e investigadora del Boston College y la Universidad de Oxford. La mayoría de ellas están sujetas a una estricta jerarquía eclesiástica, sin contrato laboral ni reglas específicas, que las puede empujar a sufrir este síndrome. (Melguizo, 2020)

➤ Personales

Enfermedades crónicas, el permanecer constantemente en un estado de estrés crónico y mental provoca concentraciones elevadas de interleucina 6 y proteína C reactiva provocando en algunos isquemia, alteraciones de los niveles de glucemia, lipemia, presión arterial y frecuencia cardiaca alterada; y que incluso padecer una enfermedad crónica predispone en 84% la probabilidad de presentar el Síndrome de Burnout (Vilchez, y otros, 2016)

Hábitos, existe asociaciones significativas entre el Síndrome de Burnout y el hábito de fumar, consumo de bebidas alcohólicas y bebidas energizantes. Afrontar constantemente los retos del pregrado motiva al estudiante a utilizar diferentes métodos para mejorar su rendimiento académico y vencer el sueño. Aquel que fuma debido a un severo agotamiento profesional lo haría como mecanismo para librarse del estrés crónico, ya que la nicotina puede actuar como un estimulante, en situaciones de fatiga, pero a la vez como tranquilizantes cuando existen niveles elevados de ansiedad y estrés, llevando a aquellos fumadores a realizar estas prácticas en cualquier situación predisponiendo y manteniendo el estado de estrés y agotamiento crónico. (Vilchez, y otros, 2016)

De manera muy especial, los hábitos alimentarios y las conductas asociadas a ellos pueden verse seriamente afectados por el estrés laboral (ingestas inadecuadas o extemporáneas), o pueden, en sentido contrario, ser desencadenantes de formas de estrés originadas por alteraciones o desórdenes dietéticos. La problemática más frecuente en lo que se refiere a estrés laboral en relación con la alimentación es la que se organiza en torno al componente de prisa, casi de urgencia, con que satisfacen las necesidades nutritivas un gran número de trabajadores que se ven obligados a intercalar en su jornada laboral una ingesta alimentaria inadecuadamente planificada desde el punto de vista nutricional. Por lo tanto, una fuente importante de estrés puede modificar como se alimenta una persona predisponiéndola en un futuro a contraer enfermedades. (Díaz Franco, 2017)

➤ **Laborales**

Haciendo referencia a categoría, un civil es por oposición a un militar, una persona que no es miembro del ejército. De manera general, el término civil designa todo lo que se refiere al no-militar en general y a los ciudadanos en particular, por lo que no pueden imponer autoridad ni dar órdenes a un militar.

El ser militar, los rasgos propios de la profesión militar hacen que este síndrome sea más preocupante y debido a múltiples causas: Existen importantes frustraciones en las expectativas profesionales ya que las evaluaciones para los ascensos generan malestar general, sensación de inseguridad; La desigualdad de salarios con respecto a otros funcionarios estatales también genera indignación en los militares ya que parece no tenerse en cuenta las especiales condiciones de la vida que conlleva la disciplina militar, una disponibilidad permanente, un riesgo y una separación del núcleo familiar que no experimentan otros funcionarios; También tienen que enfrentarse a los problemas en las relaciones de pareja y familiares que provocan la ausencia del hogar; El bullying y el acoso también son fenómenos existentes pese a que se insista en negarlos. (Grupo parlamentario de unión progreso y democracia, 2015)

Cargo laboral, al hacer comparaciones en función del cargo del personal de salud, puede verse que aquellos trabajadores con un cargo jerárquico más alto tienen menos niveles de despersonalización y de baja realización personal. (Arias, Carpio, Delgado, & Ortiz, 2017)

Antigüedad profesional o tiempo de servicio en la profesión, el síndrome tiende a desarrollarse entre más tiempo se lleve trabajando en la misma institución. Este aparecería en el intervalo de 5 a 10 años de desempeño en su trabajo. Sin embargo, algunos autores encuentran una relación positiva con el síndrome manifestado en dos períodos, correspondientes a los dos primeros años de su carrera profesional y a los mayores de 10 años de experiencia (Merino Gonzalez, 2019)

Horas de trabajo, es la división de la jornada de trabajo de 24 horas en varios periodos de tiempo. El horario laboral de estos profesionales puede con llevar para algunos autores la presencia del síndrome, aunque no existe unanimidad en este criterio. Diversos autores manifiestan que puede desencadenarse cuando la carga laboral en horas es muy alta diariamente y semanalmente cuando cumplen más de 36 a 40 horas en la semana. (Merino Gonzalez, 2019).

La sobrecarga laboral, que en el personal sanitario es considerada un factor de riesgo psicosocial importante, posiblemente sea debida a la masificación y a la fuerte presión asistencial para reducir las listas de espera, y puede estar causada por una mala organización de los servicios sanitarios, generalmente con falta de personal tanto sanitario como no sanitario. Por tanto, existe falta de tiempo para el desarrollo de las actividades clínicas, que se hace especialmente patente cuando se trata de compatibilizar la actividad asistencial con otras de gestión, docencia e investigación (Quintana Giner, 2015)

Hacinamiento, los lugares de trabajo en los cuales se concentra un número importante de personas en espacios muy reducidos afectan la salud de los trabajadores y, a su vez, la optimización de las tareas desarrolladas, lo recomendable es 1 persona cada 9,5 m². Las limitaciones de espacios en grupos de trabajo tienen repercusiones a nivel individual y social dentro del espacio laboral, pero al mismo tiempo, estas repercusiones pueden ser físicas, psicológicas y emocionales. Entre los efectos físicos y psicológicos del hacinamiento se encuentran: Cefaleas, depresión, ansiedad y estrés laboral; Aumento en la frecuencia de accidentes; Descenso en las capacidades cognitivas como la concentración, memoria, aprendizaje, entre otras (Medical Assistant, 2018)

Turnos nocturnos, el trabajo nocturno afecta negativamente a los hábitos de alimentación, el sueño, la actividad física, la vida social y favorece la aparición de enfermedades. Para Gustavo Calabrese hay un riesgo significativo cuando se trabaja entre 50 a 70 horas por semana, 14 horas consecutivas al día, 1 ó 2 turnos nocturnos por semana, se tiene extensión del turno en la noche, menos de 10 horas de descanso entre periodos de trabajo ó 1 día libre de trabajo a la semana, siendo todos estos factores situaciones reales en los diversos puestos de trabajo desempeñados por profesionales sanitarios como médicos y enfermeros. (Ramírez, Paravic, & Valenzuela, 2013)

Las experiencias muestran que los trabajadores en turnos enfrentan problemas para tener una vida social y familiar adecuada. El trabajo a turnos repercute negativamente en la vida familiar, la participación en la actividad institucional y las relaciones sociales. Los turnos nocturnos también son una fuente generadora de estrés, situación que puede inducir a consumos "escapistas" de sustancias adictivas como tabaco, café, alcohol, etc.

El horario nocturno no solo afecta la salud mental de los individuos, por todos los cambios neuro-bioquímicos que se generan, sino que además influye en las relaciones interpersonales debido a que el cambio de horario genera aislamiento social; ya que comúnmente es difícil combinar los horarios de trabajo con los horarios de sus familias, amistades y demás, conduciendo a problemas de irritabilidad, trastornos psíquicos, crisis conyugales y trastornos sexuales. (Ramírez, Paravic, & Valenzuela, 2013)

Sumados a los citados, algunos investigadores han logrado aislar posibles factores de riesgo para desarrollo de SB en la población médica:

- ✓ Ser joven + tener hijos + trabajar >60 horas a la semana
- ✓ Recibir muchas llamadas irregulares (recibir llamadas durante 2 o más noches durante la semana)
- ✓ Aumentar la carga de trabajo para pagar deudas (Saborío Morales & Hidalgo Murillo, 2015)

Manifestaciones Clínicas

En 1981, Maslach y Jackson definieron el concepto desde una perspectiva tridimensional y que dichos componentes se presentan de forma insidiosa, no súbita, si no paulatina, cíclica, puede repetirse a lo largo del tiempo, de modo que una persona puede experimentar los tres componentes varias veces en diferentes épocas de su vida y en el mismo o en otro trabajo. (Lachiner & Luis Fernando, Síndrome de Burnout, 2015)

Se identifican 3 componentes del síndrome de Burnout:

1. Cansancio o agotamiento emocional: pérdida progresiva de energía, desgaste, fatiga. Es la sensación de no poder dar más de sí mismo a los demás. (Lachiner & Luis Fernando, Síndrome de Burnout, 2015)
2. Despersonalización: construcción, por parte del sujeto, de una defensa para protegerse de los sentimientos de impotencia, indefinición y frustración. El sujeto trata de distanciarse no sólo de las personas destinatarias de su trabajo sino también de los miembros del equipo con los que trabaja, mostrándose cínico, irritable, irónico e incluso utilizando a veces etiquetas despectivas para referirse a los usuarios, clientes o pacientes tratando de hacerles culpables de sus frustraciones y descenso del rendimiento laboral. (Lachiner & Luis Fernando, Síndrome de Burnout, 2015)
3. Sentimiento de bajo logro o realización profesional y/o personal: el trabajo pierde el valor que tenía para el sujeto. Surge cuando se verifica que las demandas que se le hacen exceden su capacidad para atenderlas de forma competente. Supone respuestas negativas hacia uno mismo y hacia su trabajo, evitación de las relaciones personales y profesionales, bajo rendimiento laboral, incapacidad para soportar la presión y una baja autoestima. La falta de logro personal en el trabajo se caracteriza por una dolorosa desilusión y fracaso al darle sentido a la actividad laboral. Se experimentan sentimientos de fracaso personal (falta de competencia, de esfuerzo o conocimientos), carencias de expectativas y horizontes en el trabajo y una insatisfacción generalizada. Como consecuencia se da la impuntualidad, la evitación del trabajo, el ausentismo y el abandono de la profesión, son síntomas habituales y típicos de esta patología laboral. (Lachiner & Luis Fernando, Síndrome de Burnout, 2015)

Existen varios tipos de manifestaciones que podemos considerar como signos de alarma o en ocasiones como parte ya del cuadro clínico en sí como: negación, aislamiento, ansiedad, miedo o temor, depresión (siendo uno de los más frecuentes en este síndrome y uno de los síntomas más peligrosos ya que puede llevar al suicidio), ira, adicciones, cambios de personalidad, culpabilidad y autoinmolación, cargas excesivas de trabajo, se puede presentar como cambios en los hábitos de higiene y arreglo personal, cambios en el patrón de alimentación, con pérdida o ganancia de peso exagerada, pérdida de la memoria y desorganización, dificultad para concentrarse y puede haber trastornos del sueño. (Lachiner & Luis Fernando, Síndrome de Burnout, 2015)

La clínica del síndrome se esquematizó en cuatro niveles:

- ✓ **Leve:** quejas vagas, cansancio, dificultad para levantarse a la mañana.
- ✓ **Moderado:** cinismo, aislamiento, suspicacia, negativismo.
- ✓ **Grave:** enlentecimiento, automedicación con psicofármacos, ausentismo, aversión, abuso de alcohol o drogas
- ✓ **Extremo:** aislamiento muy marcado, colapso, cuadros psiquiátricos, suicidios (Lachiner & Luis Fernando, Síndrome de Burnout, 2015)

Diagnóstico

El Maslach Burnout Inventory (MBI) de Maslach y Jackson es un instrumento conformado por 22 ítems, que valoran en una escala de frecuencia de siete grados, los tres síntomas o dimensiones que definen el Burnout que, según definen estas autoras, son agotamiento emocional (AE), Despersonalización (DP) y baja Realización Personal en el Trabajo (RPT). (Olivares Faúndez, 2017)

Este inventario se divide en tres sub-escalas que se ajustan a tres factores ortogonales cada una, denominados: agotamiento emocional (9 ítems), despersonalización (5 ítems) y realización personal en el trabajo (8 ítems), obteniéndose en ellas una puntuación estimada como baja, media o alta. Para que el MBI tuviera forma hubo de pasar ocho años de estudio y análisis. Originalmente el MBI en su versión de 1981 estaba conformado por 25 ítems distribuidos en cuatro escalas, las tres anteriormente expuestas y otra denominada “Implicación con el trabajo”, siendo ésta eliminada en la nueva versión de 1986, quedándose definitivamente establecido en 22 el número de ítems. (Olivares Faúndez, 2017)

En la última edición del manual se presentan tres versiones del MBI. En primer lugar, encontramos el MBI-Human Services Survey (MBI-HSS), dirigido a los profesionales de servicios humanos. Este instrumento es la versión clásica del MBI.

Está constituido por 22 ítems que se distribuyen en 3 escalas para evaluar la frecuencia con que los profesionales perciben baja realización personal en el trabajo (tendencia a evaluarse negativamente, de manera especial con relación a la habilidad para realizar el trabajo y para relacionarse profesionalmente con las personas a las que atienden) (8 ítems), agotamiento emocional (no poder dar más de sí mismo en el ámbito emocional y afectivo) (9 ítems) y despersonalización (desarrollo de sentimientos y actitudes de cinismo y, en general, de carácter negativo hacia las personas destinatarias del trabajo) (5 ítems). (Olivares Faúndez, 2017)

➤ **Maslach Burnout Inventory (MBI)**

Este cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) está constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los alumnos y su función es medir el desgaste profesional. Este test pretende medir la frecuencia y la intensidad con la que se sufre el Burnout.

Mide los 3 aspectos del síndrome de Burnout:

1. Sub-escala de agotamiento o cansancio emocional: Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Consta de 9 preguntas (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14,16, 20.) Puntuación máxima 54.
2. Sub-escala de despersonalización: Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes frialdad y distanciamiento Está formada por 5 ítems (5, 10, 11, 15, 22.) Puntuación máxima 30.
3. Sub-escala de realización persona: Evalúa los sentimientos de auto-eficiencia y realización personal en el trabajo. Se compone de 8 ítems (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21.) Puntuación máxima 48.ç

➤ **Rangos de medida de la escala**

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

➤ Cálculo de Puntuaciones

Se suman las respuestas dadas a los ítems que se señalan:

Aspecto evaluado	Preguntas a evaluar	Valor total Obtenido	<i>Indicios de Burnout</i>
Cansancio emocional	1-2-3-6-8-13-14-16-20		Más de 26
Despersonalización	5-10-11-15-22		Más de 9
Realización personal	4-7-9-12-17-18-19-21		Menos de 34

➤ Valoración de Puntuaciones

Altas puntuaciones en las dos primeras subescalas y bajas en la tercera definen el síndrome de Burnout. Hay que analizar de manera detallada los distintos aspectos para determinar el Grado del Síndrome de Burnout, que puede ser más o menos severo dependiendo de si los indicios aparecen en uno, dos o tres ámbitos; y de la mayor o menor diferencia de los resultados con respecto a los valores de referencia que marcan los indicios del síndrome. Este análisis de aspectos e ítems puede orientar sobre los puntos fuertes y débiles de cada uno en su labor docente.

➤ Valores de referencia

	BAJO	MEDIO	ALTO
CANSANCIO EMOCIONAL	0 – 18	19 – 26	27 – 54
DESPERSONALIZACIÓN	0 – 5	6 – 9	10 – 30
REALIZACIÓN PERSONAL	0 – 33	34 – 39	40 – 56

Estrategias de prevención

Es importante señalar que el Síndrome de Burnout provoca grandes pérdidas a nivel individual y organizacional. A nivel individual, los profesionales que la padecen sienten limitadas sus capacidades para el buen desempeño de su trabajo, a veces sufren agotamiento emocional debido a la sobrecarga de su labor diaria y acaban con altos niveles de frustración. Esto repercute a nivel organizacional, provocando una disminución de la eficacia y de la calidad de los servicios que proporcionan. (Dominguez Sanchez, 2015)

Por lo tanto, son necesarias diversas actuaciones para prevenir la aparición del Síndrome del Burnout, tales como: tener capacidad personal para poder cambiar las expectativas y preferencias personales, proveer las personas de los recursos y estrategias necesarias para afrontar los aspectos negativos del síndrome, reducir en la medida de lo posible aquellas responsabilidades laborales que pueden provocar sobrecarga en los profesionales. (Dominguez Sanchez, 2015)

El Síndrome de Burnout afecta a numerosos aspectos de la vida de las personas que lo padecen y como tal debe establecerse un tratamiento integral de la situación utilizando todas las técnicas necesarias para poder “atacarlo” desde todos los ámbitos que lo forman. Es importante reunir esfuerzos, solucionar solo una parte de los factores no es suficiente para acabar con el problema (Dominguez Sanchez, 2015)

Por todo esto, se han realizado una clasificación de estrategias, relacionándolas con las diferentes intervenciones que se deben llevar a cabo para contrarrestar las 3 principales variables: Individuales/Personales, Sociales y organizacionales (Dominguez Sanchez, 2015)

➤ **Estrategias orientadas a nivel individual:**

Están directamente relacionadas con la personalidad y las capacidades psicológicas del individuo que padece el Síndrome de Burnout.

- ✓ Fisiológicas: Aquellas que van a disminuir el malestar físico y emocional que provocan las enfermedades psicosomáticas desarrolladas en los profesionales afectados.
 - Realización de ejercicio físico moderado que ayudara a reducir los niveles de estrés dando un efecto tranquilizante.

- Hacer pausas activas/ gimnasia laboral compensatoria: Consisten en una rutina corta de ejercicios específicos y simples que se realizan en el mismo espacio de trabajo durante aproximadamente 10 minutos
- Aprender técnicas de relajación, por ejemplo, la técnica de la respiración profunda, relajación muscular progresiva, visualización, uso de pelotas anti-estrés.
- Practicar yoga o meditación, que los ayuda a alcanzar estados de relajación interna (Dominguez Sanchez, 2015)
- ✓ Cognitivas: Son las que ayudan a comprender de forma más adecuada los problemas que se deben solucionar y hacer un mejor uso de los recursos disponibles. Mejoran la toma de decisiones ante situaciones estresantes.
 - Reestructuración cognitiva, que ayuda al cambio de la interpretación y la valoración de la situación estresante.
 - Diversas actividades para el control y eliminación de pensamientos negativos e irracionales que bloquean a los profesionales impidiéndoles la buena realización de su trabajo.
 - Exposición progresiva y gradual a estímulos estresantes significativos para que el profesional pueda aprender nuevas estrategias y dominar sus emociones y conductas en situaciones similares posterior. Entre ellas podemos nombra la inoculación de estrés o modelamiento encubierto. (Dominguez Sanchez, 2015)

➤ **Estrategias orientadas a la organización:**

Desde las organizaciones donde trabajan los profesionales se deben de tener en cuenta todas las posibles fuentes potenciales de estrés. Es importante intentar establecer distintas medidas que controlen o minimicen los efectos negativos que pueden disminuir las capacidades de los profesionales y afectar a la calidad, eficacia y eficiencia de la organización. Entre las intervenciones más habituales están:

- Asignación de las tareas a los profesionales competentes para ello sin delegación en otras personas que no competen.
- Enriquecimiento de la comunicación a todos los niveles, tanto a nivel horizontal como vertical.
- Fomento de buenas relaciones interdisciplinarias y buen trabajo de equipo.
- Mayor implicación de las opiniones de los trabajadores en las tomas de decisiones. (Dominguez Sanchez, 2015)

➤ **Estrategias de intervención social:**

Es fundamental conocer la necesidad de tener unas buenas redes de relación social, ya que pueden generar un apoyo imprescindible para poder hacer frente al estrés.

- Fomentar el compañerismo entre los profesionales que trabajan en la misma organización.
- Aprender a separar los ámbitos laboral, familiar y social para poder dedicarles el tiempo y calidad en cada momento. (Dominguez Sanchez, 2015)

VII. DISEÑO METODOLOGICO

Tipo de Estudio

El presente estudio es de tipo cuantitativo ya que la información obtenida arroja datos numéricamente medibles, descriptivo pues pretende la descripción de datos tal cual se encontraron durante la investigación; es observacional ya que no pretende intervenir sobre las características de la población estudiada; prospectivo puesto que en el estudio toda la información se recolecto posteriormente a la planeación del mismo; y de corte transversal ya que se desarrolló en un periodo de tiempo determinado en cual la variable principal fue medida una única vez.

Área de Estudio

Este estudio se realizó en el área de emergencia del Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”, hospital ubicado en la ciudad de Managua, departamento de Managua, este es un hospital que se desempeña como base militar con perfil docente funcionando como centro de aprendizaje para estudiantes de diversas carreras de las ciencias de la salud pertenecientes a distintas universidades de Managua. Dicho servicio se encuentra ubicado en la planta baja del bloque 3 del edificio principal, el cual se comprende de los servicios de emergencia de pediatría, cirugía, ginecobstetricia y medicina interna, siendo ubicado estos últimos 3 en una misma área del servicio, teniendo así el bloque de pediatría ubicado en una sección paralela al pasillo principal que atraviesa todo el complejo de la emergencia. Dentro de las instalaciones encontramos la sala de espera, recepción, clasificación, farmacia, sala de observación, UAF, URO, oficinas administrativas, área de limpieza y demás cuartos de trabajo médico. En cada una de estas áreas laboran personal militar y civil con funciones médicas, de enfermería, personal asistencial y personal administrativo.

Periodo de Estudio

Este trabajo investigativo se llevó a cabo en periodo de Enero a Marzo del año 2020.

Universo

Para el universo se tomó en cuenta el total de trabajadores adscritos al área de emergencia hasta el periodo de estudio el cual fue de 220 trabajadores, este dato fue brindado de manera referencial por el jefe de servicio y constatado por los listados roles de trabajo que el servicio había establecido durante el periodo de estudio.

Muestra

La muestra estará conformada por el personal de emergencia, pero dado que el universo, aunque es finito es amplio se decide utilizar el programa OpenEpi versión 3 para determinar una muestra representativa a través de él, por lo cual se trabajó con los siguientes datos:

Tamaño muestral para % de frecuencia en una población (muestras aleatorias)		
Tamaño de la población	220	Si es grande, déjela en un millón
Frecuencia (p) anticipada %	50	Escriba entre 0 y 99.99. Si no lo conoce, utilice 50%
Límites de confianza como +/- porcentaje de 100	5	Precisión absoluta %
Efecto de diseño (para estudios con muestras complejas—EDFF)	1	1.0 para muestras aleatorias

Donde podemos ver que el tamaño de la población es de 220 trabajadores, el valor (p) es de 50%, el límite de confianza de 5% y efecto de diseño de 1.

Para lo cual se obtuvo como muestra final:

Tamaño de la muestra para la frecuencia en una población

Tamaño de la población (para el factor de corrección de la población finita o fcp)(N):	220
frecuencia % hipotética del factor del resultado en la población (p):	50%+/-5
Límites de confianza como % de 100(absoluto +/--%)(d):	5%
Efecto de diseño (para encuestas en grupo-EDFF):	1

Tamaño muestral (n) para Varios Niveles de Confianza

IntervaloConfianza (%)	Tamaño de la muestra
95%	141
80%	95
90%	122
97%	151
99%	166
99.9%	183
99.99%	193

Ecuación

$$\text{Tamaño de la muestra } n = [\text{EDFF} \cdot Np(1-p)] / [(d^2/Z^2_{1-\alpha/2} \cdot (N-1) + p \cdot (1-p))]$$

Resultados de OpenEpi, versión 3, la calculadora de código abiertoSSPropor

Como se puede observar la muestra final del presente estudio será de 141 participantes, calculado para índice de confianza de 95% y margen de error de 5%.

Tipo de muestreo

En la presente investigación se ha denotado un muestreo probabilístico aleatorio simple, donde la selección de la muestra se realiza en una sola etapa, directamente y sin reemplazamientos. Todos los elementos del universo tienen la misma probabilidad de ser elegidos para formar parte de la muestra, de manera que se realizó una selección aleatoria en tantos de 3 hasta completar el tamaño de la muestra.

Fuente de recolección de la información

Es de tipo primaria ya que la información obtenida en el momento es brindada por el testimonio de cada uno de los participantes, sin ser filtrada, resumida, evaluada o interpretada por otro individuo, convirtiéndose en evidencia directa sobre el tema de investigación.

Técnica de recolección de la información

La recolección de la información se realizó mediante cuestionario auto-administrado de forma digital a través de la plataforma en línea docs.google.com ya que por influencia de factor espacio – tiempo, propio de todo el personal que desarrolla sus funciones laborales en el área de emergencia se consideró como la estrategia más eficiente para la recolección de la información. La recopilación de la información se realizó mediante el “Formulario de Maslach Modificado” tomando como referencia el “Maslach Burnout Inventory (MBI)” de Maslach y Jackson (1986) en su versión validada al español para los profesionales sanitarios al cual se le agregaron preguntas concernientes a la caracterización sociodemográfica, antecedentes personales patológicos y no patológicos del personal a estudio.

El “Formulario de Maslach Modificado” se considera cuestionario auto-administrado ya que se proporciona directamente a los participantes, quienes lo contestan. No hay intermediarios y las respuestas las marcan ellos. Esta autoadministración es de forma individual por medio de link que permite acceso directo a dicha plataforma digital.

Instrumento de recolección de la información

Se utilizó el “Formulario de Maslach Modificado”, el cual consta de cinco acápite, conformado por preguntas de selección múltiple y preguntas con respuestas cerradas que contienen opciones de respuesta previamente delimitadas. En el primer acápite se recopila información con respecto a las características sociodemográficas de la población estudio; en segundo acápite recoge los datos relacionados a los antecedentes patológicos; el tercer acápite se relaciona con antecedentes no patológicos; el cuarto acápite corresponde a serie de enunciados que permiten la medición del nivel de cansancio emocional, despersonalización y realización personal, estas 3 dimensiones son tomadas en cuenta para establecer el diagnostico de Síndrome de Burnout; y el quinto acápite recopila las estrategias de prevención empleadas para disminuir la probabilidad de padecer dicho Síndrome.

Procedimiento de recolección de la información

La idea surgió cuando los autores del presente estudio estaban rotando en el área de emergencia como parte de su pre-internado, se observó que posterior a un periodo de desarrollo de cambios y mejoras como parte de proceso de acreditación internacional de la unidad de salud, todo el personal perteneciente a esta área era susceptible a factores que podrían incidir en el desarrollo del Síndrome de Burnout.

A partir de esto se decidió buscar información en el hospital sobre el tema, encontrando únicamente como referencia el estudio: “Prevalencia Del Síndrome De Burnout En El Personal Asistencial De Enfermería Del Hospital Militar Escuela. Dr. Alejandro Dávila Bolaños, Managua, Nicaragua, Febrero –Marzo De 2017” por el Dr. Dámaso Maltez. Sin embargo, dado que este estudio se realizó previo al proceso de acreditación internacional, se consideró por los autores que era importante hacer un estudio posterior a dicho proceso.

Se buscaron tutores abalados por la facultad, los cuales una vez planteada la idea de trabajo investigativo aceptaron participar del estudio, posteriormente se procedió a la elaboración de un breve bosquejo introductorio donde se planteó la problemática, el objetivo general y objetivos específicos, para construir de esta manera la propuesta de tema la cual se inscribió en decanatura. Una vez abalado por decanatura se aplicaron las correcciones pertinentes y se procedió a trabajar en la elaboración del protocolo de investigación, iniciando por la búsqueda de antecedentes tanto nacionales como internacionales que tuviesen relación con el tema, se seleccionó y depuro la información para elaborar propuesta de planteamiento del problema más completa desarrollando la justificación donde se manifiesta la importancia de la realización del estudio y los beneficios o ventajas que podría aportar.

Se definieron las variables por cada uno de los objetivos específicos y se empezó a trabajar en el diseño metodológico que se pretendía seguir como guía para la elaboración del trabajo de investigación incluyendo el instrumento de recolección de la información que diera salida a las variables de cada uno de los objetivos específicos. Se tomó como referencia el “Maslach Burnout Inventory (MBI)” de Maslach y Jackson (1986) en su versión validada al español para los profesionales sanitarios al cual se le agregaron preguntas concernientes a la caracterización sociodemográfica, antecedentes personales patológicos y no patológicos del personal a estudio.

Dicho instrumento modificado atravesó por etapa de validación científica que consistió en la revisión de los tutores: uno en calidad de médico laboral y tutor metodológico, y el otro en calidad de médico clínico y tutor científico. Posteriormente, con previa autorización otorgada por la jefatura de sub-dirección docente se procedió a la etapa de validación de campo del instrumento que consistió en aplicarlo a 20 trabajadores del área de consulta externa ya que se considera ser un ambiente laboral similar al del presente estudio.

Tomando en cuenta todas las observaciones pertinentes se realizan modificaciones al MBI original que consistieron en la reestructuración de la redacción de enunciados para facilitar su comprensión. Finalizada la validación del instrumento se procedió a solicitar permiso por medio de carta escrita dirigida a la jefatura del servicio de emergencia para la programación y calendarización de recolección de la información, la cual se llevó a cabo a lo largo de la primera semana de Febrero. Se les informo con anticipación mediante la jefatura del servicio de emergencia al personal que había sido seleccionada a forma parte del estudio.

Se reunieron en pequeños grupos de 4 y 6 personas dándoles a conocer el tema general y objetivos del presente estudio, se les entrego consentimiento informado por escrito y una vez dieron aprobación de formar parte del estudio se les envió vía telefónica el link de la página web. A cada participante se le otorgo espacio de 15 minutos para contestar en su totalidad el cuestionario, tiempo basto referido por la literatura. Durante este proceso se comprueba que cada una de las fichas se encuentre correctamente llenadas y no exista duplicación alguna

Procesamiento de análisis de la información.

Una vez terminada la recolección de información y verificación de cada una de las fichas se procede a seleccionar un programa estadístico para la elaboración de la base de datos, para ello se decidió utilizar el “**software SPSS Statistics versión 25**”, en él se fue incorporando variable por variable de cada una de las fichas siguiendo el orden de los objetivos específicos y en el caso de las variables cualitativas se decidió codificar con valor numero para que pudieran ser legibles por el programa.

Terminada la base de datos se procede a la depuración, análisis y limpieza de la base de datos, posteriormente se elaboran las tablas simples en frecuencia y porcentaje siguiendo el orden de los objetivos específicos de la investigación. Así mismo se procede a realizar tablas de cruces de variables. Luego se copian y pegan las tablas según orden de objetivos específicos en la sección de anexos en archivo de Microsoft Office Word 2013 para Windows 8 el cual se trabaja en computadora HP Notebook, se mejora estéticamente cada tabla colocándole numeración secuencial, título en sus 3 esferas (espacio, tiempo, persona) y fuente a partir de la cual fue construida.

A partir de estas tablas se procede a la elaboración de gráficos en el mismo documento de Word para lo cual se utilizó gráficos en porcentaje estilo pastel y estilo de barra según conveniencia. Se decide codificar por colores cada gráfico colocándolo por debajo de su tabla correspondiente, se coloca numeración secuencial, título en sus 3 esferas (espacio, tiempo, persona) y fuente correspondiente.

Posteriormente, se procede a realizarla descripción de las tablas y su comentario correspondiente en la sección de resultados, describiéndolos de mayor a menor, teniendo los resultados elaborados se contrastan en la sección de análisis de los resultados con los antecedentes e información referencial que se coloca en el marco teórico, primeramente se analizan las tablas simples y luego las tablas de cruces de variables.

Concluido el análisis se procede a la redacción de conclusiones según orden de objetivos específicos; en base a resultados y conclusiones se elaboran las recomendaciones dirigidas a los diferentes actores responsables.

Descritas las recomendaciones que dan salida a los objetivos específicos se procede a depuración y limpieza final del documento el cual se presenta y se inscribe en Decanatura, se procede a la aplicación de observaciones pertinentes posterior a la revisión. Abalado el documento final tanto por los tutores como por Decanatura se imprimen y empastan 3 copias de documento, elaboración de CD, se solicita jurado y fecha de presentación del trabajo monográfico.

Consideraciones éticas

En todo estudio de investigación cada individuo debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posible conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficio calculado, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento.

Tomando en cuenta lo antes mencionado se obtuvo autorización de la jefatura de sub-dirección docente para la realización del estudio en el área de emergencia del hospital Escuela Militar “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”, a cada participante se le hizo entrega de acta de consentimiento informado donde se le notifica al individuo del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias.

En la presente investigación se tomaron en cuenta las debidas precauciones para asegurar anonimato y confidencialidad de cada una de las respuestas generadas por los participantes, por lo que decidimos brindar un código específico a cada entrevista de manera que nunca se revelará ningún tipo de información, lo cual le fue expresado igualmente al colaborador. A su vez nos comprometemos con las autoridades competentes del hospital a respetar los protocolos de trabajo interno de la institución.

VIII. DEFINICIÓN DE VARIABLE POR OBJETIVO ESPECÍFICO

N°	Objetivo Especifico	Variable
1.	Caracterizar socio-demográficamente a la población participante en la investigación.	Características sociodemográficas
2.	Determinar los factores de riesgo personales en la muestra en estudio.	Factores de riesgo personales
3.	Identificar los factores de riesgo laborales a los que se encuentran expuestos los trabajadores partícipes.	Factores de riesgo laborales
4.	Definir el grado de Burnout de la población estudiada según el para Burnout de Maslach.	Grado de Burnout
5.	Enlistar las estrategias utilizadas por la muestra para la prevención del Síndrome de Burnout.	Estrategias de prevención

IX. PLAN DE ANÁLISIS Y TABULACIÓN

N°	Cruce de variables	Importancia
1.	Características sociodemográficas + Factores de riesgo personales	Dentro de las características sociodemográficas, principalmente la edad y el sexo pueden estar vinculadas con antecedentes patológicos como enfermedades crónicas que exacerben la condición del Síndrome Burnout del trabajador.
2.	Características sociodemográficas + Factores de riesgo laborales	La procedencia puede ser factor condicionante para las horas de descanso pos-turno, siendo posiblemente los trabajadores que viven en zonas rurales los más afectados.
3.	Características sociodemográficas + Diagnóstico	El sexo como características sociodemográficas puede estar relacionado con diferentes grados de Burnout tomando en cuenta las exigencias y expectativas laborales a las cuales los trabajadores pueden verse expuestos según su identidad sexual. Según la edad es probable que el grado de Burnout sea variable, tomando en cuenta el contexto social e histórico del país donde se realiza el estudio.
4.	Factores de riesgo laborales + Diagnóstico	El síndrome de Burnout ha sido considerado como un problema del ámbito profesional que suele producirse en entornos de estrés laboral continuo. Y las manifestaciones del Síndrome pueden llegar a variar según el cargo de la persona (médico de base, médico residente, médico interno, enfermero de estación, auxiliar de enfermería, asistente clínico y personal administrativo).
5.	Factores de riesgo personales + Factores de riesgo laborales	Ambos elementos combinados incrementan exponencialmente las posibilidades de un individuo de ser afectado por el Síndrome de Burnout.
6.	Factores de riesgo laborales + Estrategias de prevención	El cargo y la sobrecarga laboral, pueden estar relacionadas con la realización o no de pausas activas, el cumplimiento de relevos durante la jornada laboral. Además, el tener más de 40 horas laborales por semana y 2 o más turnos nocturnos por semana son condiciones limitantes para la realización de ejercicio físico, medidas de relajación o recreación las cuales son estrategias de prevención fisiológicas.
7.	Factores de riesgo personales + Diagnóstico	Hábitos como fumar, consumir bebidas alcohólicas y bebidas energizantes predisponen y mantienen el estado de estrés y agotamiento crónico que conlleva a la aparición del Síndrome de Burnout.
8.	Estrategias de prevención + Diagnóstico	El síndrome de Burnout afecta a numerosos aspectos de la vida de las personas que lo padecen y como tal es necesario que se establezcan estrategias de prevención y así “atacar” desde todos los ámbitos que lo forman. Por ello, es vital la prevención para mitigar los sentimientos y estados negativos que genera el Síndrome de Burnout

X. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

1) Caracterizar socio-demográficamente a la población participante en la investigación.

N°	Variable	Definición operacional	Indicador	Escala / Valor	Tipificación del indicador
1.	Características sociodemográficas	Son todas las características que describen el estado social y demográfico del personal participante.	Sexo	<ul style="list-style-type: none"> ○ Masculino ○ Femenino 	Cualitativo, categórico, nominal, bicotómico.
			Edad	<ul style="list-style-type: none"> ○ Menor de 25 años ○ De 25 a 35 años ○ Mayor de 35 años 	Cuantitativo, numérico, discreto, politómico.
			Procedencia	<ul style="list-style-type: none"> ○ Urbana ○ Rural 	Cualitativo, categórico, nominal, bicotómico.
			Estado civil	<ul style="list-style-type: none"> ○ Soltero ○ Unión libre ○ Casado 	Cualitativo, categórico, nominal, politómico.
			Religión	<ul style="list-style-type: none"> ○ Católico ○ Evangélico ○ Testigo de Jehová ○ Otro ○ Ninguno 	Cualitativo, categórico, nominal, politómico.
			Núcleo familiar	<ul style="list-style-type: none"> ○ Menor de 3 personas ○ De 3 a 5 personas ○ Mayor de 4 personas 	Cuantitativo, numérico, discreto, politómico.

2) Determinar los factores de riesgo personales de la muestra en estudio.

N°	Variable	Definición operacional	Indicador	Escala / Valor	Tipificación del indicador
2.	Factores de riesgo personales	Características o condiciones propias del personal participante, que aumenta las posibilidades de adquirir Síndrome de Burnout.	Antecedentes patológicos	<ul style="list-style-type: none"> ○ Ninguno ○ Diabetes ○ Hipertensión arterial ○ Otra 	Cualitativo, categórico, nominal, politómico.
			Antecedentes no patológicos	<ul style="list-style-type: none"> ○ Etilismo ○ Tabaquismo ○ Consumo de café ○ Consumo de drogas ilegales ○ Consumo de fármacos para enfermedad crónica ○ Consumo de bebidas energizantes ○ Ninguno 	Cualitativo, categórico, nominal, politómico.

3) Identificar los factores de riesgo laborales a los que se encuentran expuestos los trabajadores partícipes.

N°	Variable	Definición operacional	Indicador	Escala / Valor	Tipificación del indicador
3.	Factores de riesgo laborales	Características o condiciones existentes en el medio laboral, que aumenta las posibilidades de adquirir Síndrome de Burnout en los trabajadores participantes.	Categoría	<ul style="list-style-type: none"> ○ Civil ○ Militar 	Cualitativo, categórico, nominal, bicotómico.
			Cargo	<ul style="list-style-type: none"> ○ Médico de base ○ Médico residente ○ Médico interno ○ Enfermero de estación ○ Auxiliar de enfermería ○ Asistente clínico ○ Personal administrativo 	Cualitativo, categórico, nominal, politómico.
			Tiempo de laborar	<ul style="list-style-type: none"> ○ De 6 meses a 1 año ○ Más de 1 año 	Cuantitativo, numérico, discreto, bicotómico.
			Horas laborales por semana	<ul style="list-style-type: none"> ○ 48 horas o menos ○ Más de 48 horas 	Cuantitativo, numérico, discreto, bicotómico.
			Horario de jornada laboral	<ul style="list-style-type: none"> ○ Matutino ○ Vespertino ○ Nocturno 	Cualitativo, categórico, nominal, politómico

N°	Variable	Definición operacional	Indicador	Escala / Valor	Tipificación del indicador
3.	Factores de riesgo laborales	Características o condiciones existentes en el medio laboral, que aumenta las posibilidades de adquirir Síndrome de Burnout en los trabajadores participantes.	Frecuencia de turno nocturno	<ul style="list-style-type: none"> ○ Ninguno ○ 2 veces o menos ○ De 3 a 5 veces ○ Más de 5 veces 	Cuantitativo, numérico, discreto, politómico.
			Post-turno	<ul style="list-style-type: none"> ○ Si ○ No 	Cualitativo, categórico, nominal, bicotómico.
			Horas de sueño post-turno	<ul style="list-style-type: none"> ○ 8 horas o menos ○ Más de 8 horas 	Cuantitativo, numérico, discreto, dicotómico.
			Hacinamiento laboral	<ul style="list-style-type: none"> ○ Si ○ No 	Cualitativo, categórico, nominal, bicotómico.
			Frecuencia de tiempo de comida	<ul style="list-style-type: none"> ○ Siempre ○ Casi siempre ○ Algunas veces ○ Nunca 	Cualitativo, categórico, nominal, politómico

N°	Variable	Definición operacional	Indicador	Escala / Valor	Tipificación del indicador
3.	Factores de riesgo laborales	Características o condiciones existentes en el medio laboral, que aumenta las posibilidades de adquirir Síndrome de Burnout en los trabajadores participantes.	Tiempo de comida dentro del hospital	<ul style="list-style-type: none"> ○ Ninguno ○ Desayuno ○ Almuerzo ○ Cena ○ Refacción de media noche 	Cualitativo, categórico, nominal, politómico
			Área geográfica de los tiempos de comida	<ul style="list-style-type: none"> ○ Comedor general ○ Espacio de trabajo ○ Cafetín 	Cualitativo, categórico, nominal, politómico.
			Horario correcto de alimentación	<ul style="list-style-type: none"> ○ Siempre ○ Casi siempre ○ Algunas veces ○ Nunca 	Cualitativo, categórico, nominal, politómico
			Tiempo usado para comer en el área laboral	<ul style="list-style-type: none"> ○ Menos de 15 minutos ○ De 15 a 30 minutos ○ De 31 a 60 minutos ○ Más de 60 minutos 	Cuantitativo, numérico, discreto, politómico.

4) Definir el grado de Burnout en la población estudiada según el Inventario para Burnout de Maslach modificado.

N°	Variable	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Escala / Valor	Tipificación del indicador
4.	Grado del Síndrome de Burnout	Características o condiciones propias del personal participante, que propician el desarrollo Síndrome de Burnout.	Agotamiento emocional	<ul style="list-style-type: none"> - Me siento emocionalmente defraudado por mi trabajo. - Cuando termino mi jornada de trabajo me siento agotado. - Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento agotado. - Siento que puedo entender fácilmente a las personas que tengo que entender. - Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fuesen objetos impersonales. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Nunca ○ Pocas veces al año o menos ○ Una vez al mes o menos ○ Pocas veces al mes ○ Una vez a la semana ○ Pocas veces a la semana ○ Pocas veces a la semana ○ Todos los días 	Cuantitativo, numérico, discreto, politómico.

N°	Variable	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Escala / Valor	Tipificación del indicador
4.	Grado del Síndrome de Burnout	Características o condiciones propias del personal participante, que propician el desarrollo Síndrome de Burnout.	Agotamiento emocional	<ul style="list-style-type: none"> - Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa. - Siento que trato con mucha efectividad los problemas de las personas que tengo que atender. - Siento que mi trabajo me está desgastando. - Siento que estoy influyendo positivamente en las vidas de otras personas a través de mi trabajo. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Nunca ○ Pocas veces al año o menos ○ Una vez al mes o menos ○ Pocas veces al mes ○ Una vez a la semana ○ Pocas veces a la semana ○ Pocas veces a la semana ○ Todos los días 	Cuantitativo, numérico, discreto, politómico.

N°	Variable	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Escala / Valor	Tipificación del indicador
4.	Grado del Síndrome de Burnout	Características o condiciones propias del personal participante, que propician el desarrollo Síndrome de Burnout.	Despersonalización	<ul style="list-style-type: none"> - Siento que me he hecho más duro con la gente. - Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente. - Me siento con mucha energía en mi trabajo. - Me siento frustrado por mi trabajo. - Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Nunca ○ Pocas veces al año o menos ○ Una vez al mes o menos ○ Pocas veces al mes ○ Una vez a la semana ○ Pocas veces a la semana ○ Pocas veces a la semana ○ Todos los días 	Cuantitativo, numérico, discreto, politómico.

N°	Variable	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Escala / Valor	Tipificación del indicador
4.	Grado del Síndrome de Burnout	Características o condiciones propias del personal participante, que propician el desarrollo Síndrome de Burnout.	Realización personal	<ul style="list-style-type: none"> - Cuando laboro en la emergencia me siento parte importante de este servicio. - Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a las personas que tengo que atender profesionalmente. - Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa. - Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable en mi trabajo. - Con frecuencia llego a pensar que me siento estimulado después de haber trabajado íntimamente con quienes tengo que atender. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Nunca ○ Pocas veces al año o menos ○ Una vez al mes o menos ○ Pocas veces al mes ○ Una vez a la semana ○ Pocas veces a la semana ○ Pocas veces a la semana ○ Todos los días 	Cuantitativo, numérico, discreto, politómico.

N°	Variable	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Escala / Valor	Tipificación del indicador
4.	Grado del Síndrome de Burnout	Características o condiciones propias del personal participante, que propician el desarrollo Síndrome de Burnout.	Realización personal	<ul style="list-style-type: none"> - Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo. - Me siento como si estuvieran al límite de mis posibilidades. - Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados en forma adecuada. - Me parece que los beneficiarios de mi trabajo me culpan de algunos de sus problemas. - Frecuentemente llego a pensar en “esta profesión no es para mí” 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Nunca ○ Pocas veces al año o menos ○ Una vez al mes o menos ○ Pocas veces al mes ○ Una vez a la semana ○ Pocas veces a la semana ○ Pocas veces a la semana ○ Todos los días 	Cuantitativo, numérico, discreto, politómico.

5) Enlistar las estrategias utilizadas por la muestra para la prevención del Síndrome de Burnout.

N°	Variable	Definición operacional	Indicador	Escala / Valor	Tipificación del indicador
5.	Estrategias de prevención	Son un conjunto de acciones realizadas por el personal participante que previenen el desarrollo del Síndrome de Burnout.	Práctica de medidas de relajación en tiempo libre	<ul style="list-style-type: none"> ○ Yoga ○ Musicoterapia ○ Hidroterapia ○ Ninguna ○ Otra 	Cualitativo, categórico, nominal, politómico.
			Práctica de ejercicio físico en tiempo libre	<ul style="list-style-type: none"> ○ Si ○ No 	Cualitativo, categórico, nominal, bicotómico.
			Actividades de recreación en tiempo libre	<ul style="list-style-type: none"> ○ Ver películas ○ Bailar ○ Cocinar ○ Ninguna ○ Otra 	Cualitativo, categórico, nominal, politómico.

N°	Variable	Definición operacional	Indicador	Escala / Valor	Tipificación del indicador
5.	Estrategias de prevención	Son un conjunto de acciones realizadas por el personal participante que previenen el desarrollo del Síndrome de Burnout.	Pausas activas durante horas laborales	<ul style="list-style-type: none"> ○ Menos de 3 veces al día ○ 3 o más veces al día 	Cuantitativo, numérico, discreto, bicotómico.
			Uso de pelotas de goma manuales en horas laborales	<ul style="list-style-type: none"> ○ Si ○ No 	Cualitativo, categórico, nominal, bicotómico.
			Realización de relevo con compañeros durante horas laborales	<ul style="list-style-type: none"> ○ Si ○ No 	Cualitativo, categórico, nominal, bicotómico.

XI. RESULTADOS

De toda información obtenida y planteada en la base de datos, sobre el trabajo investigativo titulado: “Factores presentes para el desarrollo del Síndrome de Burnout en el personal del área de emergencia del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños, Enero – Marzo 2020”; entre los resultados más relevantes se encuentran:

Un poco más de la mitad de la población en estudio fue de sexo femenino con 54.6%, mientras que el 45.4% fue de sexo masculino. **(Ver Tabla N° 1)**. Con respecto a la edad el 73.05% pertenecen al grupo etario entre 25 a 35 años, el 15.6% eran menores de 25 años mientras que solamente el 11.35% fueron mayores de 35 años. **(Ver Tabla N° 2)**. En cuanto a la procedencia el 87.2% son de origen urbano y el 12.8% de origen rural **(Ver Tabla N° 3)**. Al ser consultados sobre su estado civil el 53.2% aseguraron ser solteros, el 28.4% se encuentran casados y en unión libre apenas el 18.4%. **(Ver Tabla N° 4)**. El 68.1% refieren profesar la religión católica, el 22.7% dicen ser evangélicos y el 9.2% aseguran no pertenecer a ninguna religión. **(Ver Tabla N° 5)**. Con relación al núcleo familiar de cada participante el 65.2% está conformado de 3 a 5 personas, el 20.6% por menos de 3 personas y el 14.2% por más de 5 personas. **(Ver Tabla N° 6)**.

De los 141 participantes el 74.4% no adolece de ninguna enfermedad crónica, el 9.2% padece de Hipertensión Arterial y solo el 3.5% de Diabetes. **(Ver Tabla N° 7)**. Con respecto a los hábitos practicados destaca el consumo de café con 66.6% del total de la población en estudio, etilismo con 37.5%, tabaquismo con 25.5%, consumo de bebidas energizantes con 24.2%, el 15.6% aseguran no realizar ninguno de estos hábitos adictivos, mientras que el 14.1% consume fármacos para enfermedad crónica y el 9.2% ha llegado a experimentar el consumo de drogas ilegales **(Ver Tabla N° 8)**. En referencia a la categorías a las que pertenece cada uno de los trabajadores el 85.1% son civiles y el 14.9% son militares. **(Ver Tabla N° 9)**.

De los encuestados el 53.9% se desempeñan como médico residente, 17.02% como enfermero de estación, 10.64% como médico interno, 6.38% como médico de base, 4.96% como personal administrativo, mientras que solamente el 3.55% son asistentes clínicos y en igual porcentaje auxiliares de enfermería. **(Ver Tabla N° 10)** En referencia al tiempo que lleva laborando en la unidad de salud el 78.7% lleva más de 1 año mientras que el 21.3% tiene entre 6 meses a 1 año. **(Ver Tabla N° 11)**. Las horas que labora por semana fue de predominancia de más de 48 horas con un 93.6% y de 48 horas o menos con un 6.4%. **(Ver Tabla N° 12)**.

Concerniente al horario en que llevan a cabo su jornada laboral el 95.7% debe realizar turnos matutinos, 88.6% turnos vespertinos y 87.9% turnos nocturnos. **(Ver Tabla N° 13)**. De estos el 79.4% debe realizar 2 o menos turnos nocturnos por semana, 14.2% de 3 a 5 veces por semana y el 6.4% no realiza turnos nocturnos. **(Ver Tabla N° 14)**. Al momento de dar respuesta al cuestionario 83% de los trabajadores no se encontraba pos-turno, solo 17% se encontraba pos-turno. **(Ver Tabla N° 15)**. El 85.8% de los participantes logra dormir 8 horas o menos luego de terminar su jornada laboral, únicamente 14.2% duermen por espacio mayor de 8 horas. **(Ver Tabla N° 16)**. Un 61.7% considera que “su espacio de trabajo es óptimo para el desarrollo de sus funciones laborales”, mientras que el 38.3% restante no lo considera como óptimo. **(Ver Tabla N° 17)**.

Al preguntarles la frecuencia con que realiza algún tiempo de comida dentro del hospital, 65.25% considera que algunas veces, 21.28% casi siempre, 10.64% siempre y solamente 2.84% afirma nunca alimentarse dentro de la institución. **(Ver Tabla N° 18)**. En referencia al tiempo de comida que realiza dentro del hospital el 91.4% manifestó el almuerzo, 45.3% la cena, 25.5% el desayuno, 19.8% la refacción de media noche y el 2.84% que corresponde a los que nunca se alimentan dentro de la institución. **(Ver Tabla N° 19)**. En cuanto al lugar donde acostumbran comer durante la jornada laboral predominantemente es en el comedor general con un 67.3% de las ocasiones, en el cafetín 44.6%, espacio de trabajo 22.7% y el 2.84% que no se alimenta dentro del hospital. **(Ver Tabla N° 20)**.

Relacionado a la frecuencia de alimentación en horario correspondiente 52.5% piensa que le es posible algunas veces, 24.8% nunca le es posible, 14.9% casi siempre le es posible y solo 7.8% siempre le es posible. **(Ver Tabla N° 21)**. Con respecto al tiempo para comer durante la jornada 57.45% se toman menos de 15 minutos, 41.84% de 15 a 30 minutos y 0.71% de 31 a 60 minutos. **(Ver Tabla N° 22)**. El 56.74% de trabajadores todos los días se identifican con el pensamiento “me siento parte importante del servicio de emergencia”, 12.77% lo piensa unas pocas veces a la semana, 8.51% nunca lo ha llegado a pensarlo, 6.38% unas pocas veces al mes, 5.67% pocas veces al año, 4.96% lo ha pensado una vez o menos al mes y en igual porcentaje lo ha piensa una vez a la semana. **(Ver Tabla N° 23)**.

La frecuencia con la que se identifican con el pensamiento “esta profesión no es para mí”, 56.7% nunca lo ha pensado, 14.9% pocas veces al año, 7.8% unas pocas veces a la semana, 5.7% tanto unas pocas veces al mes, una vez a la semana y todos los días con un respectivamente; y solo una vez o menos al mes 3.5%. **(Ver Tabla N° 24)**.

57.4% afirma no practicar ninguna medida de relajación en su tiempo libre, 21.9% musicoterapia, 20.5% otras terapias de relajación, 2.8% practica yoga e hidroterapia apenas 0.71%. **(Ver Tabla N° 25)**. 58.2% asegura no practicar ejercicio físico, mientras que 41.8% si lo practica. **(Ver Tabla N° 26)**. Con respecto a la práctica de medidas de recreación tiempo libre 73.76% ven películas, 34.75% cocinan, 26.24% salen a bailar, 17.73% refieren la práctica de otras formas de recreación y 5.67% no consideran no realizar. **(Ver Tabla N° 27)**. El 75.9% del personal realiza menos de 3 veces pausas activa por día y 24.1% 3 o más veces al día. **(Ver Tabla N° 28)**. En relación al uso de pelotas de goma por parte de los trabajadores 99.3% no las utiliza y únicamente 0.7% ha llegado a utilizarla. **(Ver Tabla N° 29)**.

El 63.1% del total de los encuestados aseguran no realizar relevos entre compañeros durante la jornada laboral, mientras que el 36.9% si los realizan. **(Ver Tabla N° 30)**. En cuanto al cansancio emocional del personal 52.48% presento alto nivel, 31.21% bajo nivel y 16.31% nivel medio de cansancio emocional. **(Ver Tabla N° 31)**. Con respecto al nivel de despersonalización del personal 45.39% presento alto nivel, 38.3% bajo nivel y 16.31% nivel medio de despersonalización. **(Ver Tabla N° 32)**. Por otro lado, el nivel de realización personal 41.13% presento bajo nivel, 34.75% nivel medio y apenas 24.11% alto nivel de realización personal. **(Ver Tabla N° 33)**. Finalmente el 63.1% del total del personal del área de emergencia presento diagnóstico de Síndrome de Burnout, mientras que el 36.9% no presento diagnóstico de dicho Síndrome. **(Ver Tabla N° 34)**.

Con respecto al sexo según la edad se encontró: en personal masculinos de 25 a 35 años con 33.3%, menor de 25 años con 7.8%, mayor de 35 años con 4.3% y en personal femeninos de 25 a 35 años con 39.7%, menores de 25 años con 7.8% y mayores de 35 años con 7.1% **(Ver Tabla N° 35)**. En relación a las horas que duermen luego de terminar jornada laboral según procedencia tenemos: los que viven en zona urbana y duermen 8 horas o menos con 73.1% y solamente el 14.2% logran dormir más de 8 horas; los que viven en zona rural y duermen 8 horas o menos con 12.8%, mientras que ningún trabajador logra dormir más de 8 horas. **(Ver Tabla N° 36)**.

En cuanto al estado civil según núcleo familiar resultaron: solteros con núcleo de 3 a 5 personas con 33.5%, más de 5 personas con 9.2% y menos de 3 personas con 8.5%. Aquellos que se encuentran en unión libre con núcleo de 3 a 5 personas con 9.9%, menos de 3 personas con 5.7% y más de 5 personas con 2.8%. Y los que están casado con núcleo de 3 a 5 personas con 19.9%, menos de 3 personas un 6.4% y más de 5 personas con 2.1% **(Ver Tabla N° 37)**.

Al consultarles sobre los hábitos según tiempo que llevan laborando en la unidad de salud refieren: los que llevan de 6 meses a 1 año el 12.1% consumen café, etilismo el 7.8%, tabaquismo el 4.3%, igualmente el 4.3% aseguran no realizar ninguno de estos hábitos adictivos, el 3.6% consumen bebidas energizantes, drogas ilegales y fármacos solo el 0.7%. Para trabajadores que han laborado más de 1 año el 56.7% consumen bebidas energizantes, el 54.6% consumen café, etilismo el 29.8%, tabaquismo el 21.3%, el 12.1% aseguran no realizar ninguno de estos hábitos adictivos y el 8.5% consumen drogas ilegales (**Ver Tabla N° 38**).

La frecuencia de pausas activas según cargo: escogieron la opción menos de 3 veces al día por médico residente el 44%, por enfermero de estación el 10.6%, médico interno el 9.9%, médico de base el 4.3%, personal administrativo el 2.8%, auxiliar de enfermería y asistente clínico solo el 2.1%. Para aquellos que eligieron la opción 3 o más veces al día el 9.9% fue por médico residente, enfermero de estación el 6.4%, personal administrativo y médico de base el 2.1%, asistente clínico y auxiliar de enfermería el 1.4% y médico interno apenas el 0.7% (**Ver Tabla N° 39**).

La práctica de ejercicio físico en tiempo libre según horas laborales por semana resultó: los que si practican ejercicio y deben realizar más de 40 horas por semana con 36.9% y solamente se ejercita el 5 % de los que deben realizar 40 horas o menos por semana. En contraste, los que no practican ejercicio y realizan más de 40 horas por semana con 56.7% y apenas el 1.4% en aquellos que cumplen 40 horas o menos por semana y aun así no se ejercitan. (**Ver Tabla N° 40**). El diagnóstico de Síndrome de Burnout según sexo fue: en masculino con presencia del Síndrome 28.4% y 17% sin presencia de este. Para las femeninas con Síndrome corresponde el 34.8% y sin presencia del Síndrome 19.9%. (**Ver Tabla N° 41**).

El diagnóstico de Síndrome de Burnout según la edad fue: en menores de 25 años con presencia del Síndrome 12.1% y 3.6% sin presencia del Síndrome. Grupo etario entre 25 a 35 años con el Síndrome 49.7% y 23.4%. Para mayores de 35 años sin diagnóstico del Síndrome 9.9% y con diagnostico el 1.4%. (**Ver Tabla N° 42**). El diagnóstico de Síndrome de Burnout según el estado civil fue: en soltero con el Síndrome 40.4% y 12.8% sin el Síndrome. Para aquellos que se encuentran en unión libre sin el Síndrome 9.9% y con el Síndrome 8.5%. En relación a los casado tanto los que presentaron el síndrome como los que no el resultado fue de 14.2% (**Ver Tabla N° 43**).

El diagnóstico de Síndrome de Burnout según el núcleo familiar fue: En trabajadores con núcleo menor de 3 personas con presencia del Síndrome 12.1% y 8.5% sin presencia del Síndrome. Para aquellos con núcleos de 3 a 5 personas con el Síndrome 41.1% y 24.1% sin el Síndrome. Para trabajadores con núcleos mayores de 5 personas con diagnóstico del Síndrome 9.9% y sin diagnóstico del Síndrome 4.3% **(Ver Tabla N° 44)**. El diagnóstico de Síndrome de Burnout según la categoría fue: trabajadores de categoría civil con el Síndrome 53.2% y sin el Síndrome 31.9%. Para la categoría militar con presencia del Síndrome 9.9% y sin presencia del Síndrome 5%. **(Ver Tabla N° 45)**.

El diagnóstico de Síndrome de Burnout según el cargo el resultado fue: para aquellos trabajadores con el Síndrome corresponde el 42.6% a médico residente, médico interno 9.9%, enfermero de estación 4.3%, personal administrativo 3.6%, médico de base 1.4%, auxiliar de enfermería y asistente clínico 0.7%. Para aquellos trabajadores que no presentaron el Síndrome corresponde el 12.8% a enfermero de estación, médico residente 11.4%, médico de base 5%, auxiliar de enfermería y asistente clínico 2.8%, personal administrativo 1.4% y médico interno 0.7% **(Ver Tabla N° 46)**. El diagnóstico de Síndrome de Burnout según el tiempo que lleva laborando en la unidad de salud fue: en aquellos que llevan de 6 meses a 1 año que sí presentaron el Síndrome 14.9% y que el 6.4% no lo presentaron. Los que llevan más de que si tienen el diagnóstico del Síndrome con 48.2% y 30.5% sin el diagnóstico del Síndrome. **(Ver Tabla N° 47)**.

El diagnóstico de Síndrome de Burnout según las horas laborales por semana: de aquellos que realizan 48 horas o menos y sí presentaron el Síndrome corresponde el 3.6%, y solamente el 2.8% a los que no lo presentaron. Para aquellos que laboran más de 48 horas a la semana y tienen el diagnóstico del Síndrome corresponde el 59.6%, y el 34% en los que no tienen el Síndrome 34% **(Ver Tabla N° 48)**. El diagnóstico de Síndrome de Burnout según número de veces que realiza turno nocturno por semana fue: aquellos que no deben realizar ningún turno y no poseen el Síndrome con 4.3% y 2.1% en los que poseen el Síndrome. En los trabajadores que realizan 2 turnos o menos por semana y poseen el Síndrome con 52.5% y 27% en los que no poseen el Síndrome. Para los que deben realizar de 3 a 5 turnos por semana y tienen diagnóstico del Síndrome con 8.5% y sin diagnóstico del Síndrome 5.7%. **(Ver Tabla N° 49)**.

El diagnóstico de Síndrome de Burnout según número de participantes que consideran como “su espacio de trabajo óptimo para el desarrollo de sus funciones laborales” resultó: en aquellos que si lo consideran óptimo y poseen el síndrome el 31.2% y 30.5% en los que no poseen el síndrome. Para los que no lo consideran óptimo y tienen el Síndrome 32.6% y 5.67% en los que no tienen el Síndrome. **(Ver Tabla N° 50).**

El diagnóstico de Síndrome de Burnout según horario de alimentación correspondiente: para los que comen siempre según horario y no tienen el diagnóstico del Síndrome el 7.8% y 0% con el diagnóstico del Síndrome. Para los que consideran que casi siempre se alimentan según horario y no poseen el Síndrome con 9% y 6.4% en los que si poseen el Síndrome. Los que aseguran alimentarse según horario algunas veces y tienen el Síndrome con 34% y 18.4% en los que no tienen el Síndrome. Los que manifiestan nunca lograr alimentarse según horario y tienen el Síndrome corresponde el 22.7% y 2.1% en los que no tienen el Síndrome. **(Ver Tabla N° 51).**

El diagnóstico de Síndrome de Burnout según el tiempo que se toman para comer durante la jornada laboral fue: de aquellos que tardan menos de 15 minutos y poseen el Síndrome con 39% y 18.4% en los que no poseen el Síndrome. Los que se toman de 15 a 30 minutos y tienen el diagnóstico del Síndrome con 23.4% y 18% sin el diagnóstico del Síndrome. Los que dilatan de 31 a 60 minutos y tienen el Síndrome con 0.7% y 0% en los que no tienen el Síndrome. Ningún participante refiere tardar más de 60 minutos durante su tiempo de alimentación. **(Ver Tabla N° 52).**

El diagnóstico de Síndrome de Burnout según la frecuencia con que se identificaron con el pensamiento “Me siento parte importante del servicio de emergencia” fue: en aquellos que presentaron el Síndrome y tienen el pensamiento todos los días corresponde el 26.2%, unas pocas veces a la semana el 11.4%, nunca lo han llegado a pensar el 7.8%, pocas veces al año y unas pocas veces al mes el 5% en ambos casos, una vez a la semana el 4.3% y una vez al mes o menos el 3.6%. Para los que no presentaron el Síndrome y tienen este pensamiento todos los días corresponde el 30.5%, una vez al mes o menos, unas pocas veces al mes y unas pocas veces a la semana el 1.4% respectivamente, pocas veces al año solo el 1%, los que nunca han llegado a pensarlo y los que lo piensan una vez a la semana apenas el 0.7% **(Ver Tabla N° 53).**

El diagnóstico de Síndrome de Burnout según la frecuencia con que se identificaron con el pensamiento “esta profesión no es para mí” fue: en aquellos que presentaron el Síndrome y nunca se han identificado con el pensamiento corresponde el 27%, pocas veces al año el 9.9%, unas pocas veces a la semana el 7.8%, una vez a la semana el 5.7%, todos los días el 5%, unas pocas veces al mes el 4.3% y una vez al mes o menos el 3.6%. Para los que no presentaron el Síndrome y nunca se han identificado con el pensamiento corresponde el 36.9%, pocas veces al año el 5%, pocas veces al mes el 1.4%, 0.7% lo piensan todos los días, y en los casos de una vez al mes o menos, una vez a la semana y pocas veces a la semana fue 0% **(Ver Tabla N° 54)**

El diagnóstico de Síndrome de Burnout según medidas de relajación fue: en aquellos que presentaron el Síndrome y no practican ninguna medida el 34%, musicoterapia el 16.3%, la opción de otras medidas el 12.1%, yoga solo el 2.8% e hidroterapia apenas el 0.7%. Para aquellos que no presentaron el Síndrome y no practican ninguna medida el 23.4%, la opción otras medidas 8.5%, musicoterapia el 6%, yoga e hidroterapia 0% **(Ver Tabla N° 55)**.

El diagnóstico de Síndrome de Burnout según medidas de recreación fue: en aquellos con el Síndrome y ven películas el 46.1%, salen a bailar el 17%, cocinan el 15.6%, la opción otras medidas el 9.9%, y el 4.3% refieren no practicar ninguna medida. Para aquellos que no presentaron el Síndrome y ven películas el 27.7%, cocinan el 19.2%, salen a bailar el 10%, la opción otras medidas el 7.8% y el 1.4% manifiestan no practicar ninguna medida **(Ver Tabla N° 56)**.

El diagnóstico de Síndrome de Burnout según frecuencia de pausas activas fue: para aquellos que realizan menos de 3 veces al día pausas activas y poseen el Síndrome con 53.9% y 22% en los que no poseen el Síndrome. Para aquellos que realizan 3 o más pausas activas al día y no tienen el Síndrome con 15% y 9.2% en los que sí tienen el Síndrome. **(Ver Tabla N° 57)**.

El Diagnóstico de Síndrome de Burnout según relevos entre compañeros durante jornada laboral fue: en aquellos que si tienen relevo por parte de sus compañeros y no presentan el Síndrome corresponde el 19.15% y 17.73 en los que si presentan el Síndrome. Para aquellos que no tienen relevos por parte de sus compañeros y si tienen el diagnóstico del Síndrome corresponde el 45.39% y 17.73% en los que no tienen el diagnóstico del Síndrome. **(Ver Tabla N° 58)**.

XII. ANALISIS DE LOS RESULTADOS

De los resultados descritos en el capítulo anterior, el análisis derivado a partir del marco teórico y toda la documentación teórica que se sustenta en el presente documento, lo más relevante es:

Tomando en cuenta el sexo del personal denotamos que hay mayor predominio de trabajadores femeninos, lo cual se puede relacionar con el hecho de que las mujeres son más propensas a desarrollar el Síndrome que los varones (Merino Gonzalez, 2019). El grupo etario al que más frecuentemente pertenecieron los trabajadores fue entre los 25 a 35 años, lo que evidencia que la población de trabajadores se encuentra en un rango de edad que laboralmente son más activos y productivos.

Al ser de procedencia urbana, la mayor parte de los trabajadores, se podría considerar como un factor presente para el desarrollo del Síndrome tomando en cuenta las implicaciones psico ambientales descritas en los factores sociodemográficos del Síndrome (Provencal Estarellas, 2013). Con respecto al estado civil, se identifica que la mayor parte de los trabajadores son solteros, lo cual se podría tomar en cuenta como un factor presente para el desarrollo del Síndrome (Merino Gonzalez, 2019).

En relación a la religión presente en el personal en estudio, se denota que mayoritariamente los trabajadores se identifican con la católica lo cual nos permite generar una contextualización sobre la personalidad y los conceptos éticos – religiosos de la población. Esto relacionado a que el trabajo pastoral, sobre todo en la religión católica, parece exponer (crónicamente) al individuo a padecer desconcierto ante sentimientos de soledad, culpabilidad ante impulsos agresivos y dificultad de administrar la energía personal (Manzanares Medina & Merino Soto, 2014).

Los núcleos familiares compuestos por 3 a 5 personas son los más frecuentes entre los trabajadores lo cual puede tomarse con un factor presente que evitaría el desarrollo del síndrome (Hernandez & Torres Brieva, 2011). La mayor parte de los trabajadores refirió que no posee ninguna enfermedad crónica las cuales están relacionadas a un constante estado de estrés provocado por las condiciones patológicas de dichas enfermedades, por lo cual parece ser que este es un factor presente que evitaría el desarrollo del Síndrome (Vilchez, y otros, 2016).

Las enfermedades crónicas presentes en el personal en estudio denotan las características de enfermedad orgánica que el trabajador posee, siendo estas un estresor agregado a las condiciones psicopatológicas de los trabajadores, tomando en cuenta que padecer una enfermedad crónica predispone en un 84% la probabilidad de presentar Síndrome de Burnout (Vilchez, y otros, 2016). Por lo cual parece ser que las enfermedades crónicas son un factor presente para el desarrollo del Síndrome.

Los hábitos practicados por los trabajadores describen la tipificación de posibles factores que predisponen para el padecimiento del Síndrome en los cuales se denota principalmente el consumo de café, etilismo y tabaquismo, ya que dichas conductas están relacionadas con la necesidad de disminuir el agotamiento y son practicadas en unos casos como mecanismo para liberarse del estrés crónico y en otros para vencer el sueño y tener un mejor rendimiento (Vilchez, y otros, 2016). De manera que la presencia de dichas prácticas parece funcionar como indicador de posibles factores presentes para el desarrollo del Síndrome.

En cuanto a la categoría a la que pertenecen los trabajadores se evidencia que la mayor parte de ellos son civiles lo cual corresponde a las inspecciones realizadas durante las visitas al área de salud. La mayor parte de los trabajadores participantes correspondió a médicos residentes lo cual parece indicar que más de la mitad del personal del área de emergencia se encuentra expuesto a las labores demandantes que implica el cargo en cuestión. La mayoría de los trabajadores participantes tienen laborando en el área más de 1 año, lo cual está descrito entre las condiciones en las que se puede producir el Síndrome, por lo cual parece ser que este es otro factor presente para el desarrollo del Síndrome (Merino Gonzalez, 2019).

Con respecto a las horas que laboran por semana los trabajadores indica que un gran porcentaje de estos labora más de las 48 horas descritas como el máximo de horas para trabajar semanalmente. Por lo tanto, esto contextualiza que los trabajadores se encuentran en una condición que se considera que puede exacerbar el desarrollo del Síndrome, cargas laborales que cumplen más de 36- 40 horas semanales (Merino Gonzalez, 2019).

En relación al horario en que llevan a cabo su jornada laboral se puede apreciar que con bastante frecuencia todos los trabajadores desempeñan funciones laborales en los 3 tipos de jornadas, tipificando así el tiempo prolongado en que el personal debe trabajar. En su mayoría los trabajadores realizan de 2 veces o menos turno nocturno lo cual parece que es un factor presente que evitaría el desarrollo del Síndrome (Merino Gonzalez, 2019).

Durante la aplicación del formulario de Maslach modificado se encontró que la mayor parte de los trabajadores participantes no se estaban Post-turno, por lo cual se puede aseverar que durante las aplicaciones las respuestas no fueron afectadas por las condiciones del desvelo. La mayoría de los trabajadores refirió que luego de terminar su jornada laboral duerme 8 horas o menos, lo cual puede tomarse como un factor presente para el desarrollo del Síndrome (Merino Gonzalez, 2019).

En referencia a la cantidad de trabajadores que consideran su espacio de trabajo como óptimo para el desarrollo de sus funciones laborales, más de la mitad de los participantes afirmó que era óptimo, lo cual parece ser un factor presente que evitaría el desarrollo del Síndrome. La frecuencia con que los trabajadores realizan algún tiempo de comida contextualiza aún más las posibles condiciones que pueden predisponer al participante para padecer otros tipos de enfermedades y que tienden a su vez a generar efectos estresores que propician el desarrollo del Síndrome. En lo concerniente a la frecuencia de veces que los trabajadores realizan algún tiempo de comida durante jornadas laborales se obtuvo que la mayoría de los participantes llegan a comer algunas veces algún tiempo de comida, lo cual puede considerar como un factor presente para el desarrollo del Síndrome (Díaz Franco, 2017).

El tiempo de comida que más frecuentemente realizan los trabajadores es el almuerzo, lo cual fue corroborado durante las visitas al área de salud. A su vez en lo concerniente al lugar donde acostumbran comer, en un alto porcentaje, es el comedor general lo cual fue también corroborado durante las visitas al área de salud y parece ser un espacio de “break” para las actividades del trabajador puesto que algunas características conductuales parecían cambiar posterior a su período de almuerzo en el comedor general. En relación a la alimentación en el horario correspondiente se denota que los trabajadores algunas veces pueden llegar a comer en el horario predeterminado para cada tiempo de comida. La mayoría de los trabajadores refiere que se toman menos de 15 minutos para comer durante su jornada laboral, lo cual parece ser un factor presente para el desarrollo del Síndrome (Quintana Giner, 2015).

En cuanto a la frecuencia con la que se identificaron los trabajadores con el pensamiento “me siento parte importante del servicio de emergencia”, más de la mitad refiere que todos los días se ven representados por dicho pensamiento, lo cual parece ser un factor presente que evitaría el desarrollo del Síndrome.

Por otro lado, la frecuencia con la que se identificaron con el pensamiento “esta profesión no es para mí”, nuevamente más de la mitad parece que nunca se ha identificado con dicho pensar, sin embargo, se encontraron valores aislados de personas que piensan esto unas pocas veces al mes, una vez a la semana, todos los días y unas pocas veces a la semana.

Con respecto a las medidas de relajación se denotó que más de la mitad de los trabajadores no designan una actividad que les permita focalizar y desprender la carga laboral, lo cual puede ser un factor presente para el desarrollo del Síndrome (Dominguez Sanchez, 2015). En relación a la práctica de ejercicio físico en tiempo libre más de la mitad expresó que no practica otra medida les permita focalizar y desprenderse de la carga laboral, lo cual puede ser un factor presente para el desarrollo del Síndrome (Dominguez Sanchez, 2015). En referencia a las medias de recreación que los trabajadores practican en tiempo libre, su gran mayoría procuran realizar más de alguna actividad recreativa.

En lo concerniente a la frecuencia de pausas activas que realizan los trabajadores se observó que un gran porcentaje de ellos practica menos 3 veces al día pausas activas lo cual está descrito como una estrategia importante para “combatir” los efectos del Síndrome (Dominguez Sanchez, 2015). Por lo cual parece que la práctica de menos de 3 veces al día de pausas activas es un factor presente para el desarrollo del Síndrome. Relacionando la frecuencia de pausas activas denotamos que los trabajadores en un alto porcentaje realizan menos de 3 pausas activas al día, lo cual puede ser un factor presente para el desarrollo del Síndrome (Dominguez Sanchez, 2015).

Con respecto al uso de pelotas de goma, se encontró que casi el total de trabajadores no hace uso de dichas herramientas descritas para combatir el “Burnout” dentro de las horas laborales, lo cual claramente es un factor presente para el desarrollo del Síndrome (Dominguez Sanchez, 2015). Por lo cual parece ser que el no aplicar este tipo de terapias dentro del ambiente laboral es un factor presente para el desarrollo del Síndrome.

En cuanto a los relevos entre compañeros durante la jornada laboral se encuentra que en más de la mitad de los casos los trabajadores reportan que no se realizan relevos lo cual está descrito entre las estrategias a nivel organizacional para “combatir” los efectos del Síndrome (Dominguez Sanchez, 2015). Por lo cual parece ser que el no practicar relevos entre compañeros es un factor presente para el desarrollo del Síndrome.

En relación al nivel de cansancio emocional de los trabajadores se denota que una alta frecuencia dicha dimensión se encuentra en un rango alto lo cual está descrito como uno de los criterios diagnósticos para el desarrollo del Síndrome (Olivares Faúndez, 2017), siendo este otro factor presente para la evolución futura del Síndrome. También se observó que en relación a la dimensión de despersonalización casi la mitad de trabajadores presentó un grado alto de la misma. Aunque se debe mencionar que dicha dimensión se encontró baja en un porcentaje relativamente similar al del indicador alto. A su vez en la dimensión de realización personal se encuentra en un rango bajo.

En referencia la presencia del diagnóstico del Síndrome de Burnout se encontró que más de la mitad de los trabajadores cumplen con los criterios clínicos descritos a través del inventario para Burnout de Maslach (Lachiner & Luis Fernando, Síndrome de Burnout, 2015). En cuanto al diagnóstico de Síndrome de Burnout podemos encontrar que en la población en estudio un alto porcentaje de trabajadores sí presentaron el diagnóstico, siendo estos datos parecidos al estudio realizado por Damaso Maltez, en la misma unidad de salud, donde se identificaron valores que reflejan una alta cantidad de trabajadores que presentaron las alteraciones descritas en el Síndrome. (Maltez Torrez, 2017)

Con respecto al sexo y la edad denotamos que, entre el rango de edades más comunes de 25 años a 35 años, participaron en una proporción similar tanto varones como mujeres, lo cual brinda caracterización de que el Síndrome de Burnout sí estuvo presente en trabajadores con ese rango de edad y de manera casi independiente del sexo. En relación a la cantidad de horas que los trabajadores duermen luego de su jornada laboral, se encontró que aquellos trabajadores que proceden de zonas urbanas tienen más posibilidades de dormir más de 8 horas en comparación con aquellos que proceden de zonas rurales donde la tendencia a dormir más de 8 horas fue de 0%.

Haciendo referencia al estado civil según la cantidad de personas que componen el núcleo familiar, se observa que existe un alto porcentaje de trabajadores que son solteros y además conviven en un núcleo familiar de entre 3 a 5 personas, lo cual puede considerarse como un posible factor presente que previene el desarrollo del Síndrome pues, aunque es considerado que las personas solteras tienden a tener mayor cansancio emocional, menor realización personal y mayor despersonalización (Merino Gonzalez, 2019), la convivencia con otros individuos dentro del núcleo parece disminuir los efectos del Síndrome en la población estudiada.

Según los hábitos practicados y el tiempo laborado en la unidad de salud, se identificó que en general aquellos trabajadores que han laborado más de 1 año tienden a consumir más frecuentemente café y bebidas energizantes lo cual es esperable puesto que según algunos investigadores la práctica de dichos hábitos (especialmente el consumo de café) ayuda a afrontar constantemente los retos que se presentan en las jornadas nocturnas utilizándose para mejorar el rendimiento académico, procedimental y vencer el sueño (Vilchez, y otros, 2016).

En lo concerniente al cargo que desempeñan los trabajadores y la frecuencia de pausas activas se obtuvo que los médicos residentes tienden a realizar en su gran mayoría menos de 3 pausas activas al día, lo cual indica un posible factor presente relevante para el desarrollo del Síndrome ya que este sub grupo representa la gran mayoría de trabajadores participantes en el estudio y que a su vez son aquellos que desarrollan tareas procedimentales y de contacto directo con los pacientes.

En cuanto a la práctica de ejercicio físico en tiempo libre y la cantidad de horas laborales por semana se denota que para los trabajadores que laboran más de 48 horas a la semana existen una diferencia relativamente poca entre aquellos que no practican ejercicio y los que sí lo hacen, de lo cual se puede deducir que aún con la carga laboral existente, parece posible la realización de actividades preventivas del Síndrome, como lo es el ejercicio físico, durante el tiempo libre. Con respecto al diagnóstico de Síndrome de Burnout y el sexo se observó que la confirmación del diagnóstico se encuentra presente relativamente en igual similitud de sexos pero siempre más prevalente en el sexo femenino, esto es esperable tomando en cuenta que se considera que las mujeres son el grupo más vulnerable en el ambiente laboral para el desarrollo del Síndrome (Merino Gonzalez, 2019).

En relación al diagnóstico del Síndrome de Burnout según la edad del personal se denota que dentro de los trabajadores participantes cuyas edades oscilan entre los 25 a 35 años es donde también hay una mayor confirmación del diagnóstico, esto corresponde con lo observado dentro del área de trabajo, ya que aunque se entiende que estas son las edades laboralmente más activas y con mayor capacidad de resolución la respuesta funcional dentro del ambiente de trabajo se ha observado en ocasiones deficiente. En referencia al diagnóstico del Síndrome de Burnout según el estado civil se obtuvo una alta frecuencia de trabajadores solteros y que a su vez presentaron el Síndrome, esto es esperable puesto que el ser soltero parece estar relacionado con alteraciones de las funciones afectivas y conativas lo cual termina exacerbando el Síndrome cuando no hay un fortalecimiento de relaciones interpersonales (Merino Gonzalez, 2019).

Con referencia al diagnóstico de Síndrome de Burnout según el núcleo familiar indica que aquellos trabajadores que, aunque presentaron una alta frecuencia de confirmación del diagnóstico, conviven en un núcleo compuesto de 3 a 5 personas, lo cual puede estar relacionado a un factor presente para la prevención del desarrollo del Síndrome. En lo concerniente al diagnóstico del Síndrome de Burnout según la categoría se encontró que proporcionalmente tanto trabajadores civiles como militares poseen el Síndrome en una diferencia relativamente grande con aquellos que no lo poseen, a su vez esto indica que la categoría del trabajador parece ser un factor presente para el desarrollo del Síndrome y que relacionando la proporcionalidad con lo observado durante el estudio tanto civiles como militares que sean expuestos al área estresora desarrollarán en una alta frecuencia el Síndrome.

En cuanto al diagnóstico del Síndrome de Burnout según el cargo se denota que el médico residente frecuentemente es quien presentó el Síndrome, probablemente al tipo de trabajo el cual este cargo realiza, a su vez se denota que el cargo que menos presentó el síndrome dentro de la proporcionalidad fue el enfermero, esto es esperable pues según a como se observó durante el estudio, el colectivo de enfermería parece tener un rol de trabajo, atención y colaboración entre compañeros mejor definido que en el caso de otros cargos. Además, otros cargos que parecen compartir el mismo factor presente para desarrollo del Síndrome parecen ser los médicos internos y el personal administrativo.

Con respecto al diagnóstico del Síndrome de Burnout según el tiempo que lleva laborando el trabajador se obtuvo que entre mayor sea el período que se ha laborado la frecuencia con la que se encontrará el diagnóstico será proporcionalmente directa, en las condiciones expuestas de esta unidad de salud. Por lo cual parece ser que el tiempo laborado es un factor presente para el desarrollo del Síndrome, denotando que la frecuencia del diagnóstico se duplica representativamente con más de 1 año de laborar en la unidad.

En relación al diagnóstico del Síndrome de Burnout y las horas laboradas durante jornada laboral semanal se evidencio que aquellos trabajadores que laboran más de 48 horas por semana tienden a presentar el Síndrome en una proporcionalidad de casi del doble en comparación con aquellos trabajadores que cumplen más de 48 horas por semana y que no presentan el síndrome, por lo cual parece ser que el exceso de las horas laborales durante la jornada semanal es un factor presente para el desarrollo del Síndrome.

En referencia al diagnóstico del Síndrome de Burnout y el número de veces que el trabajador realiza turno nocturno por semana se denota que, aunque se realice turno 2 veces o menos a la semana, siempre existen trabajadores que presentan diagnóstico del Síndrome. Por lo cual parece ser que, dentro de las condiciones descritas para el presente estudio, la realización de turno nocturno 2 veces o menos a la semana será un factor presente para el desarrollo del Síndrome.

En lo concerniente al diagnóstico del Síndrome de Burnout y aquellos trabajadores que consideran que “su espacio de trabajo es óptimo para el desarrollo de sus funciones laborales” se observó que aunque los trabajadores que afirmaron tener un espacio óptimo de trabajo una frecuencia relativamente alta de dichos trabajadores posee el Síndrome por lo que parece ser que la opinión sobre las condiciones de hacinamiento y espacio laboral no son necesariamente un factor presente para el desarrollo del Síndrome.

En cuanto al diagnóstico del Síndrome de Burnout y el horario de alimentación correspondiente se evidencia que aquellos trabajadores que “algunas veces” o “nunca” realizan un tiempo de alimentación en el hospital tienden a poseer el Síndrome más frecuentemente que aquellos trabajadores que se alimentan en otra frecuencia de tiempo lo cual es esperable puesto que es considerado que la sobrecarga laboral tiende a impedir que se compatibilicen las actividades asistenciales con otras de gestión (tales como el tiempo de comida), docencia e investigación (Quintana Giner, 2015).

Con respecto al diagnóstico del Síndrome de Burnout y el tiempo que toma para comer durante la jornada laboral se obtuvo que aquellos trabajadores que comen en menos de 30 minutos tienden a poseer más frecuentemente el Síndrome, dicho indicador parece aumentar entre menos tiempo el trabajador dedique a su hora de comida, esto corresponde con las diversas respuestas no integrativas a las labores que fueron observadas posteriores al tiempo de comida durante la realización del estudio.

En relación al diagnóstico del Síndrome de Burnout y la frecuencia con que los trabajadores se identificaron con el pensamiento “Me siento parte importante del servicio de emergencia” se encontró que proporcionalmente de aquellos trabajadores que sí se identificaban todos los días con dicho pensamiento, un porcentaje paradójico posee el Síndrome.

De esta manera se puede inferir que las herramientas utilizadas para que el trabajador se sienta realizado y apropiado en las labores que desempeña en la unidad aún no cubren las otras dimensiones relacionadas para el desarrollo del Síndrome.

En referencia al diagnóstico del Síndrome de Burnout y la frecuencia con que los trabajadores se identificaron con el pensamiento “Esta profesión no es para mí” se obtuvo que proporcionalmente de aquellos trabajadores que nunca se identificaban con dicho pensamiento, un porcentaje paradójico posee el Síndrome. Además, que aquellos trabajadores que presentan el Síndrome tienden a tener este pensamiento entre una vez a la semana hasta todos los días con frecuencias relativamente altas. De esta manera se puede inferir que las herramientas utilizadas para que el trabajador se sienta realizado y apropiado en las labores que desempeña en la unidad aún no cubren las otras dimensiones relacionadas para el desarrollo del Síndrome.

En relación al diagnóstico del Síndrome de Burnout y las medidas de relajación practicadas en tiempo libre observo que aquellos trabajadores que no practican ninguna medida de relajación tienden a poseer 10 veces más el Síndrome en comparación con aquellos trabajadores que realizan al menos una actividad de relajación, esto es esperable pues se considera que el Síndrome afecta a numerosos aspectos de la vida que un tratamiento integral para poder “atacarlo” es el uso de técnicas que evacuen la sobrecarga emocional y física provocada por las responsabilidades laborales (Dominguez Sanchez, 2015).

En cuanto al diagnóstico del Síndrome de Burnout y las medidas de recreación que los trabajadores practican en su tiempo libre se encuentra que independientemente de la actividad recreacional común que el trabajador realice la frecuencia del Síndrome siempre será elevada, por lo cual se puede inferir que las afectaciones del Síndrome interfieren el proceso de relajación del trabajador no solo dentro del ambiente laboral sino que también en aquellas situaciones que comúnmente son relajantes y frecuentemente practicadas fuera del espacio laboral.

Con respecto al diagnóstico del Síndrome de Burnout y la frecuencia de pausas activas que realizan los trabajadores se denota que aquel personal que realiza pausas activas menos de 3 veces al día tiene una alta frecuencia de poseer el Síndrome, contraponiendo a aquellos trabajadores que realizan pausas activas 3 o más veces al día y que relativamente no poseen el Síndrome.

Esto es esperable puesto que la realización de dichas pausas activas es parte de las estrategias de tipo fisiológicas orientadas a nivel individual para la disminución de las manifestaciones del Síndrome (Dominguez Sanchez, 2015). Por lo cual parece ser que no practicar pausas activas es un factor presente para el desarrollo del Síndrome.

En relación al diagnóstico del Síndrome de Burnout y el relevo entre compañeros de trabajo se denota que aparentemente la práctica de relevo no incide en la frecuencia de aparición del Síndrome, sin embargo, en aquellos trabajadores que no practican relevo la diferencia de poseer el Síndrome excede proporcionalmente el doble. Esto puede ser explicado a través de las estrategias orientadas a la organización donde se detalla que el fomento de buenas relaciones interdisciplinarias y buen trabajo de equipo es una de las técnicas designadas para núcleos de trabajo grandes (Dominguez Sanchez, 2015).

XIII. CONCLUSIONES

- La población está conformada en su mayoría por el sexo femenino, cuya edad se encuentra principalmente en el rango de 25 a 35 años, católicos, solteros, categoría civil y de procedencia urbana.
- Solamente un número bajo de trabajadores presenta alguna enfermedad crónica. Las prácticas más habituales en orden de frecuencia son: consumo de café, etilismo, tabaquismo y bebidas energizantes.
- Más de la mitad de trabajadores se desempeñan como médicos residentes. Gran parte de la población lleva laborando más de 1 año en esta unidad de salud. Casi todos los trabajadores laboran más de 40 horas por semana. Lo más común es que cada trabajador realice 2 o menos turnos por semana. Solo un pequeño grupo se encontraba pos-turno al momento de dar respuesta al cuestionario. Por lo general, luego de culminar la jornada laboral los trabajadores logran dormir menos de 8 horas. La mayoría de trabajadores consideran como óptimo su espacio de trabajo para el desarrollo de sus funciones laborales. Aproximadamente la mitad de los trabajadores manifiestan que solo algunas veces les es posible alimentarse en horario correspondiente. Un poco más de la mitad de trabajadores suelen tomarse menos de 15 minutos para alimentarse durante cada tiempo de comida.
- La mayoría de trabajadores se consideran como parte importante del servicio de emergencia cuando forman parte de este. Más de la mitad de trabajadores aseguran no identificarse con el pensamiento “Esta profesión no es para mí”. La medida de relajación que practican con mayor frecuencia los trabajadores en su tiempo es la musicoterapia. Menos de la mitad de trabajadores logran realizar ejercicio físico en su tiempo libre. Habitualmente los trabajadores logran realizar menos de 3 veces pausas activas por día. Un mínimo de los trabajadores emplea el uso de pelotas de gomas anti-estrés. Aproximadamente de dos tercios de trabajadores realizan relevos entre compañeros durante su jornada laboral.
- Alrededor de la mitad de trabajadores presentaron alto nivel de cansancio emocional y despersonalización, en consecuencia, presentaron bajo nivel de realización personal. Existe predominio de trabajadores que si tienen diagnóstico de Síndrome de Burnout.

XIV. RECOMENDACIONES

- **A las autoridades del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños:**

- Divulgación de los resultados del presente estudio que permitan en un futuro hacer modificaciones adecuadas por parte de la institución para la mejoría del trabajo en equipo, el trato justo entre colegas y el clima organizacional que beneficiarán a los servicios médicos y docentes.
- Realización de programas preventivos y de soporte psicológico-psiquiátrico dirigidos a disminuir el cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal en los trabajadores del hospital.
- Implementación de programas organizacionales que mejoren las condiciones y el clima laboral en donde se incluya periódicamente la evaluación y control del estrés.
- Realización de talleres sobre estrategias colectivas e individuales descritas en el presente estudio, que contrarresten los efectos negativos de los factores de riesgos presentes para el desarrollo del Síndrome de Burnout.
- Elaboración de más estudios que ayuden al incremento del conocimiento del Síndrome de Burnout en el personal de salud
- Instauración de las recomendaciones realizadas en todos los servicios del hospital.

- **A la jefatura del servicio de emergencia:**

- Implementación de estrategias de prevención fisiológicas como pausas activas, técnicas de relajación (respiración profunda, uso de pelotas anti-estrés) dentro de la jornada laboral por parte de todos los trabajadores y rotativos del servicio
- Colocación plantillas ilustradas en las diversas áreas del servicio, que muestre la forma correcta de cómo se debe de realizar las pausas activas, técnica de respiración profunda para que todos los trabajadores sean conocedores de dichas técnicas.
- Accionamiento de programas de entrenamiento en relaciones interpersonales con todo el personal de salud y los pacientes.

- **Al personal que labora en el área de emergencia**

- Realización de jornadas deportivas trimestrales entre los trabajadores de los diferentes servicios que laboran en el área de emergencia.
- Implementación de roles de descansos con relevos periódicos durante jornada laboral nocturna, en aquellas ocasiones en que la actividad laboral lo permita.

XV. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Carlin, M., & Garcés, E. (2010). El síndrome de burnout: evolucion historica desde el contexto laboral al ámbito deportivo. Anales de Psicología, 169.*
- Cerda Vasquez, S. (2014). Síndrome de Burnout en el personal sanitario del Hospital Santiago de Jinotepe, Carazo en enero de 2014.*
- Dominguez Sanchez, E. (2015). Burnout, estrategias de afrontamiento y prevencion en trabajadoras sociales. Universidad de la Rioja, 19-20. Obtenido de https://biblioteca.unirioja.es/tfe_e/TFE000978.pdf*
- Espinoza Murillo, M., Ledezma Ortiz, G., & Roblero Alonzo, I. (2016). Síndrome de Burnout en Médicos y enfermeras (os) que laboran en el hospital Alemán Nicaraguense, I semestre del Año 2016. 45.*
- Forbes, R. (2011). El síndrome de burnout: síntomas, causas y medidas de atención en la empresa. Exito Empresarial, 1.*
- García, L., Jimenez, M., Riaño, S., & Umbarila, E. (2018). Prevalencia del síndrome de burnout en el personal asistencial de salud del servicio urgencias de la unidad integrada de servicios de salud fontibón- subred suroccidente e.s.e y de la unidad integrada de servicios de salud engativá- subred norte e.s.e de. Scielo, 28.*
- Grupo parlamentario de unión progreso y democracia. (27 de Febrero de 2015). ASFASPRO. Obtenido de <https://www.asfaspro.es/index.php/noticias-2/item/1732-proposici%C3%B3n-no-de-ley-sobre-prevenci%C3%B3n-detecci%C3%B3n-tratamiento-s%C3%ADndrome-quemado-burnout-fuerzas-armadas>*
- Hernandez, J., & Torres Brieva, D. (11 de Julio de 2011). Poblacion a riesgo de desarrollar síndrome de Burnout y cuales son sus factores de riesgo. Obtenido de B Digital: http://bdigital.ces.edu.co:8080/jspui/bitstream/10946/1787/2/Poblacion_riesgo_Sindrome.pdf*
- Lachiner, S., & Luis Fernando, H. (2015). Síndrome de Burnout. Medicina Legal de Costa Rica, 4.*
- Lachiner, S., & Luis Fernando, H. (2015). Síndrome de Burnout. Medicina Legal de Costa Rica, 3.*
- Lopez Carballeira, A. (2017). El Síndrome de Burnout: Antecedentes y consecuencias organizacionales en el ámbito de la sanidad pública gallega. EIDO, 47-49.*
- Maltez Torrez, D. A. (2017). Prevalencia del síndrome de burnout en el personal asistencial de enfermería del Hospital Militar Escuela Doctor Alejandro Dávila Bolaños. Managua, Nicaragua. Febrero-Marzo de 2017. Managua.*

- Manzanares Medina, E. L., & Merino Soto, C. (27 de septiembre de 2014). Slideshare. Obtenido de <https://es.slideshare.net/emanzanaresm/burnout-religiosos-uigv-2012>
- Martinez, W., Reyes, R., & Venegas, M. (2010). *Síndrome de Burnout en médicos y enfermeras (os) de los Centros de Salud Perla María Norori Mantica Berio, Félix Pedro Picado (Sutiava) de la ciudad de Leon.*
- Medical Assistant. (25 de Julio de 2018). Ma.com. Obtenido de <https://ma.com.pe/efectos-del-hacinamiento-en-la-salud-de-los-trabajadores>
- Melguizo, S. (27 de enero de 2020). El Mundo. Obtenido de <https://www.elmundo.es/internacional/2020/01/25/5e2c549a21efa0300d8b463c.html>
- Merino Gonzalez, M. (2019). *Síndrome de Burnout en el Personal de Salud del Hospital Julius Doepfner de Zamora.* 13.
- Miret, C., & Martínez Larrea, A. (2010). *El profesional en urgencias y emergencias: agresividad y burnout.* Scielo, 197.
- Molina, L. (2007). *El síndrome de desgaste profesional Burnout en médicos mexicanos.* Mediagraphic, 11.
- Olivares Faundez, V. (2017). *Laudatio: Dra. Christina Maslach, Comprendiendo el Burnout.* Scielo, 60.
- Olivares Faúndez, V. (2017). *Laudatio: Dra. Christina Maslach, Comprendiendo el Burnout.* Ciencia&Trabajo, 61-62.
- Olivares, V. (2016). *Christina Maslach, comprendiendo el burnout.* Research Gate, 6.
- Olivares, V. (Abril de 2017). Scielo. Obtenido de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S0718-24492017000100059
- OMC (Ed.). (21 de Agosto de 2019). *Medicosypacientes.com.* Obtenido de <http://www.medicosypacientes.com/articulo/la-oms-reconoce-como-enfermedad-el-burnout-o-sindrome-de-estar-quemado>
- OMS . (2019). *ICD.* Obtenido de <https://icd.who.int/es>
- Ordenes D, N. (2004). *Prevalencia de Burnout en trabajadores del hospital Roberto del Río.* Obtenido de scielo: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S0370-41062004000500006#2
- Palacios, M., Morán, I., & Paz, M. (2013). *Burnout en médicos de la Ciudad de Mexico.* Ciudad de Mexico.

Quintana Giner, M. (2015). Situacion del personal de enfermeria de un hospital comarcal: desgaste profesional tras años de ejercicio. 19.

Ramírez, N., Paravic, T., & Valenzuela, S. (2013). Scielo. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S1132-12962013000200008&fbclid=iwar07a2btaaytrcv3pmlnw9fa9tv8tkr_zlstypufdtsexdltiavxuu-yfk

Saborío Morales, L., & Hidalgo Murillo, L. F. (2015). Síndrome de Burnout. Medicina Legal de Costa Rica, 3-4.

Sarmiento, G. (2019). Burnout en el servicio de emergencia de un hospital. Scielo Perú, 68.

Vilchez, J., Huamán, R., Arce, L., Moran, C., Mihashiro, K., Melo, N., . . . Rojas, C. (2016). Síndrome de burnout en estudiantes de medicina: frecuencia, características y factores asociados. Acta Medica Peruana, 287.

XVI. ANEXOS



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

--	--

Acta de Consentimiento Informado

Fecha: _____

Acepto ser incluido(a) en el estudio monográfico para optar al título de Médico y Cirujano: “Factores presentes para el desarrollo del Síndrome de Burnout en el personal del servicio de emergencia del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños, enero – febrero 2020”, el cual se está realizando con el **objetivo de describir** los factores de riesgo presentes en la población en estudio para el desarrollo del Síndrome de Burnout.

Comprendo que la información es de carácter confidencial pues no se destacan mis datos de identidad. Puedo rechazar ser incluido(a), sin que esto afecte mi trabajo y desempeño en el servicio u área para la cual laboro, sin embargo, una vez aceptada mi participación cumpliré con el llenado completo del formulario que se ha enviado a través de la plataforma digital de Google Docs. Afirmo que se me permitió hacer preguntas, y que entendí claramente los objetivos de la investigación.

En constancia de lo anterior firmo:

Formulario de Maslach Modificado.

La presente encuesta tiene como objetivo describir los factores de riesgo presentes para el desarrollo de Síndrome de Burnout en el personal del área de emergencia del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños, la información recolectada será utilizada conforme las consideraciones éticas que se le dieron a conocer mediante el consentimiento informado.

I. Características Sociodemográficas

1. Sexo

Marca con "X" una sola opción.

Masculino

Femenino

2. Edad

Marca con "X" una sola opción.

Menor de 25 años

De 25 a 35 años

Mayor de 35 años

3. Procedencia

Marca con "X" una sola opción.

Rural

Urbano

4. Estado Civil

Marca con "X" una sola opción.

Soltero

Casado

Unión libre

5. Religión

Marca con "X" una sola opción.

- Católica
- Evangélica
- Testigo de Jehová
- Ninguna
- Otra: _____

6. ¿Cuántas personas conforman su núcleo familiar?

Marca con "X" una sola opción.

- Menos de 3 personas
- De 3 a 5 personas
- Más de 5 personas

II. Factores de riesgo personales

7. ¿Usted padece de alguna enfermedad crónica?

Marca con "✓" las opciones que corresponden.

- Ninguna
- Diabetes
- Hipertensión Arterial
- Otras: _____

8. ¿Cuál o cuáles de los siguientes hábitos usted realiza o ha realizado en su vida?

Marca con "✓" las opciones que corresponden.

- Etilismo
- Tabaquismo
- Consumo de café
- Consumo de drogas ilegales
- Consumo de fármacos para enfermedad crónica
- Consumo de bebidas energizantes
- Ninguna

III. Factores de riesgo laborales

9. ¿A qué categoría pertenece?

Marca con "X" una sola opción.

Civil

Militar

10. ¿Qué cargo desempeña?

Marca con "X" una sola opción.

Médico de Base

Médico Residente

Médico Interno

Enfermero de estación

Auxiliar de enfermería

Asistente Clínico

Personal Administrativo

11. ¿Cuánto tiempo lleva laborando en esta unidad de salud?

Marca con "X" una sola opción.

De 6 meses a 1 año

Más de 1 año

12. ¿Cuántas horas labora por semana?

Marca con "X" una sola opción.

48 horas o menos a la semana

Más de 48 horas a la semana

13. Según demanden sus funciones, ¿En qué horario lleva a cabo su jornada laboral?

Marca con "✓" las opciones que corresponden.

Matutino

Vespertino

Nocturno

14. ¿Cuántas veces por semana realiza turno nocturno?

Marca con "X" una sola opción.

- Ninguno
- 2 veces o menos por semana
- De 3 a 5 veces por semana
- Más de 5 veces por semana

15. ¿Usted se encuentra post-turno?

Marca con "X" una sola opción.

- Si
- No

16. ¿Cuántas horas duerme después de terminar un turno nocturno?

Marca con "X" una sola opción.

- 8 horas o menos
- Más de 8 horas

17. ¿Considera que su espacio de trabajo es óptimo para el desarrollo de sus funciones laborales?

Marca con "X" una sola opción.

- Si
- No

18. ¿Con que frecuencia realiza algún tiempo de comida dentro del Hospital durante su jornada laboral?

Marca con "X" una sola opción.

- Siempre
- Casi siempre
- Algunas veces
- Nunca

19. ¿Qué tiempos de comida realiza dentro del Hospital?

Marca con “✓” las opciones que corresponden.

- Desayuno
- Almuerzo
- Cena
- Refacción de media noche

20. ¿Dónde acostumbra comer durante su jornada laboral?

Marca con “✓” las opciones que corresponden.

- Comedor General del Hospital
- Espacio de trabajo
- Cafetín

21. Durante su jornada laboral, ¿logra alimentarse en horario correspondiente?

Horario correspondiente para cada tiempo de comida: Desayuno (6-8 am); Almuerzo (12:30 pm); Cena (6-8 pm); Refracción de media noche (11 pm - 12 am).

Marca con “X” una sola opción.

- Siempre
- Casi siempre
- Algunas veces
- Nunca

22. ¿Cuánto tiempo se toma para comer durante su jornada laboral?

Marca con “X” una sola opción.

- Menos de 15 minutos
- De 15 a 30 minutos
- De 31 a 60 minutos
- Más de 60 minutos

IV. Grado De Burnout

Con respecto a los siguientes enunciados, ¿Qué tan frecuente usted se siente identificado?

23. "Cuando laboro en la emergencia siento que formo parte importante de este servicio"

Marca con "X" una sola opción.

- Nunca
- Pocas veces al año
- 1 vez al mes o menos
- Unas pocas veces al mes
- 1 vez a la semana
- Unas pocas veces a la semana
- Todos los días

24. "Me siento emocionalmente defraudado por mi trabajo"

Marca con "X" una sola opción.

- Nunca
- Pocas veces al año
- 1 vez al mes o menos
- Unas pocas veces al mes
- 1 vez a la semana
- Unas pocas veces a la semana
- Todos los días

25. "Cuando termino mi jornada de trabajo me siento agotado"

Marca con "X" una sola opción.

- Nunca
- Pocas veces al año
- 1 vez al mes o menos
- Unas pocas veces al mes
- 1 vez a la semana
- Unas pocas veces a la semana
- Todos los días

26. "Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento agotado"

Marca con "X" una sola opción.

- Nunca
- Pocas veces al año
- 1 vez al mes o menos
- Unas pocas veces al mes
- 1 vez a la semana
- Unas pocas veces a la semana
- Todos los días

27. "Siento que pueda comprender fácilmente a las personas que tengo que atender"

Marca con "X" una sola opción.

- Nunca
- Pocas veces al año
- 1 vez al mes o menos
- Unas pocas veces al mes
- 1 vez a la semana
- Unas pocas veces a la semana
- Todos los días

28. "Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fuesen objetos impersonales"

Marca con "X" una sola opción.

- Nunca
- Pocas veces al año
- 1 vez al mes o menos
- Unas pocas veces al mes
- 1 vez a la semana
- Unas pocas veces a la semana
- Todos los días

29. "Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa"

Marca con "X" una sola opción.

- Nunca
- Pocas veces al año
- 1 vez al mes o menos
- Unas pocas veces al mes
- 1 vez a la semana
- Unas pocas veces a la semana
- Todos los días

30. "Siento que trato con empatía los problemas de las personas que tengo que atender"

Marca con "X" una sola opción.

- Nunca
- Pocas veces al año
- 1 vez al mes o menos
- Unas pocas veces al mes
- 1 vez a la semana
- Unas pocas veces a la semana
- Todos los días

31. "Siento que mi trabajo me está desgastando"

Marca con "X" una sola opción.

- Nunca
- Pocas veces al año
- 1 vez al mes o menos
- Unas pocas veces al mes
- 1 vez a la semana
- Unas pocas veces a la semana
- Todos los días

32. "Siento que estoy influyendo positivamente en las vidas de otras personas a través de mi trabajo"

Marca con "X" una sola opción.

- Nunca
- Pocas veces al año
- 1 vez al mes o menos
- Unas pocas veces al mes
- 1 vez a la semana
- Unas pocas veces a la semana
- Todos los días

33. "Siento que me he vuelto apático con la gente"

Marca con "X" una sola opción.

- Nunca
- Pocas veces al año
- 1 vez al mes o menos
- Unas pocas veces al mes
- 1 vez a la semana
- Unas pocas veces a la semana
- Todos los días

34. "Me preocupa que este trabajo me esté convirtiendo en alguien insensible emocionalmente"

Marca con "X" una sola opción.

- Nunca
- Pocas veces al año
- 1 vez al mes o menos
- Unas pocas veces al mes
- 1 vez a la semana
- Unas pocas veces a la semana
- Todos los días

35. "Me siento con mucha energía en mi trabajo"

Marca con "X" una sola opción.

- Nunca
- Pocas veces al año
- 1 vez al mes o menos
- Unas pocas veces al mes
- 1 vez a la semana
- Unas pocas veces a la semana
- Todos los días

36. "Me siento frustrado por mi trabajo"

Marca con "X" una sola opción.

- Nunca
- Pocas veces al año
- 1 vez al mes o menos
- Unas pocas veces al mes
- 1 vez a la semana
- Unas pocas veces a la semana
- Todos los días

37. "Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo"

Marca con "X" una sola opción.

- Nunca
- Pocas veces al año
- 1 vez al mes o menos
- Unas pocas veces al mes
- 1 vez a la semana
- Unas pocas veces a la semana
- Todos los días

38. "Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a las personas que tengo que atender profesionalmente"

Marca con "X" una sola opción.

- Nunca
- Pocas veces al año
- 1 vez al mes o menos
- Unas pocas veces al mes
- 1 vez a la semana
- Unas pocas veces a la semana
- Todos los días

39. "Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa"

Marca con "X" una sola opción.

- Nunca
- Pocas veces al año
- 1 vez al mes o menos
- Unas pocas veces al mes
- 1 vez a la semana
- Unas pocas veces a la semana
- Todos los días

40. "Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable en mi trabajo"

Marca con "X" una sola opción.

- Nunca
- Pocas veces al año
- 1 vez al mes o menos
- Unas pocas veces al mes
- 1 vez a la semana
- Unas pocas veces a la semana
- Todos los días

41. Con frecuencia llego a pensar que "me siento estimulado después de haber trabajado íntimamente con quienes tengo que atender"

Marca con "X" una sola opción.

- Nunca
- Pocas veces al año
- 1 vez al mes o menos
- Unas pocas veces al mes
- 1 vez a la semana
- Unas pocas veces a la semana
- Todos los días

42. "Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo"

Entiéndase como "Cosas Valiosas" ejemplo: Oportunidades de superación, logros académicos, compañerismo, estabilidad económica, formación de valores humanos, etc.

Marca con "X" una sola opción.

- Nunca
- Pocas veces al año
- 1 vez al mes o menos
- Unas pocas veces al mes
- 1 vez a la semana
- Unas pocas veces a la semana
- Todos los días

43. "Me siento como si estuviera al límite de mis capacidades"

Marca con "X" una sola opción.

- Nunca
- Pocas veces al año
- 1 vez al mes o menos
- Unas pocas veces al mes
- 1 vez a la semana
- Unas pocas veces a la semana
- Todos los días

44. "Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada"

Marca con "X" una sola opción.

- Nunca
- Pocas veces al año
- 1 vez al mes o menos
- Unas pocas veces al mes
- 1 vez a la semana
- Unas pocas veces a la semana
- Todos los días

45. "Me parece que los beneficiarios de mi trabajo me culpan de algunos de sus problemas"

Marca con "X" una sola opción.

- Nunca
- Pocas veces al año
- 1 vez al mes o menos
- Unas pocas veces al mes
- 1 vez a la semana
- Unas pocas veces a la semana
- Todos los días

46. "Frecuentemente llego a pensar en que esta profesión no es para mí"

Marca con "X" una sola opción.

- Nunca
- Pocas veces al año
- 1 vez al mes o menos
- Unas pocas veces al mes
- 1 vez a la semana
- Unas pocas veces a la semana
- Todos los días

V. Estrategias De Prevención

47. ¿Usted practica alguna/as de las siguientes medidas de relajación en tiempo libre?

Marca con "✓" las opciones que corresponden.

- Yoga
- Musicoterapia
- Hidroterapia
- Ninguna
- Otra: _____

48. ¿Usted realiza ejercicio físico en tiempo libre?

Marca con "X" una sola opción.

- Si
- No

49. ¿Usted realiza alguna/as de las siguientes actividades de recreación en tiempo libre?

Marca con "✓" las opciones que corresponden.

- Ver películas
- Bailar
- Cocinar
- Ninguna
- Otra: _____

50. Pausas activas durante horas laborales

Siendo una pausa activa laboral un descanso breve durante la jornada laboral que sirve para recuperar energía, ejemplo: estirarse, ir a tomar agua, llamar al paciente en espera personalmente. ¿Con que frecuencia las realiza?

Marca con "X" una sola opción.

- Menos de 3 veces al día
- 3 o más veces al día

51. ¿Usa pelotas anti estrés en horas laborales?

Marca con "X" una sola opción.

Si

No



52. ¿Alguno de sus compañeros le hace relevo durante horas laborales?

Marca con "X" una sola opción.

Si

No

"El arma más grande contra el estrés es nuestra habilidad de escoger un pensamiento sobre otro"... Gracias por su colaboración.

Tablas y gráficos.

Tabla N° 1.

Sexo del personal del área de emergencia del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños, Enero – Marzo 2020.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	64	45.4
Femenino	77	54.6
Total	141	100

Fuente: Formulario de Maslach modificado.

Tabla N° 2.

Edad del personal del área de emergencia del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños, Enero – Marzo 2020.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
Menor de 25 años	22	15.6
De 25 a 35 años	103	73.05
Mayor de 35 años	16	11.35
Total	141	100

Fuente: Formulario de Maslach modificado.

Tabla N° 3.

Procedencia del personal del área de emergencia del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños, Enero – Marzo 2020.

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Rural	18	12.8
Urbano	123	87.2
Total	141	100

Fuente: Formulario de Maslach modificado.

Tabla N° 4.

Estado Civil del personal del área de emergencia del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños, Enero – Marzo 2020.

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	75	53.2
Unión Libre	26	18.4
Casado	40	28.4
Total	141	100

Fuente: Formulario de Maslach modificado.

Tabla N° 5.

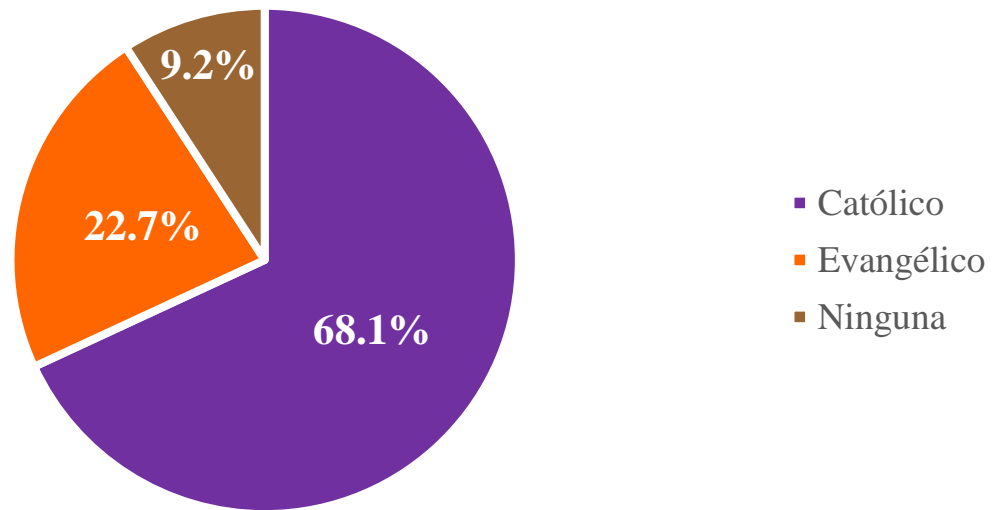
Religión del personal del área de emergencia del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños, Enero – Marzo 2020.

Religión	Frecuencia	Porcentaje
Católico	96	68.1
Evangélico	32	22.7
Testigo de Jehová	0	0
Ninguna	13	9.2
Total	141	100

Fuente: Formulario de Maslach modificado.

Gráfico N° 1.

Religión del personal del área de emergencia del Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”, Enero – Marzo, 2020. (n=141)



Fuente: Tabla N° 5.

Tabla N° 6.

Núcleo Familiar del personal del área de emergencia del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños, Enero – Marzo 2020.

Núcleo Familiar	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 3 personas	29	20.6
De 3 a 5 personas	92	65.2
Más de 5 personas	20	14.2
Total	141	100

Fuente: Formulario de Maslach modificado.

Tabla N° 7.

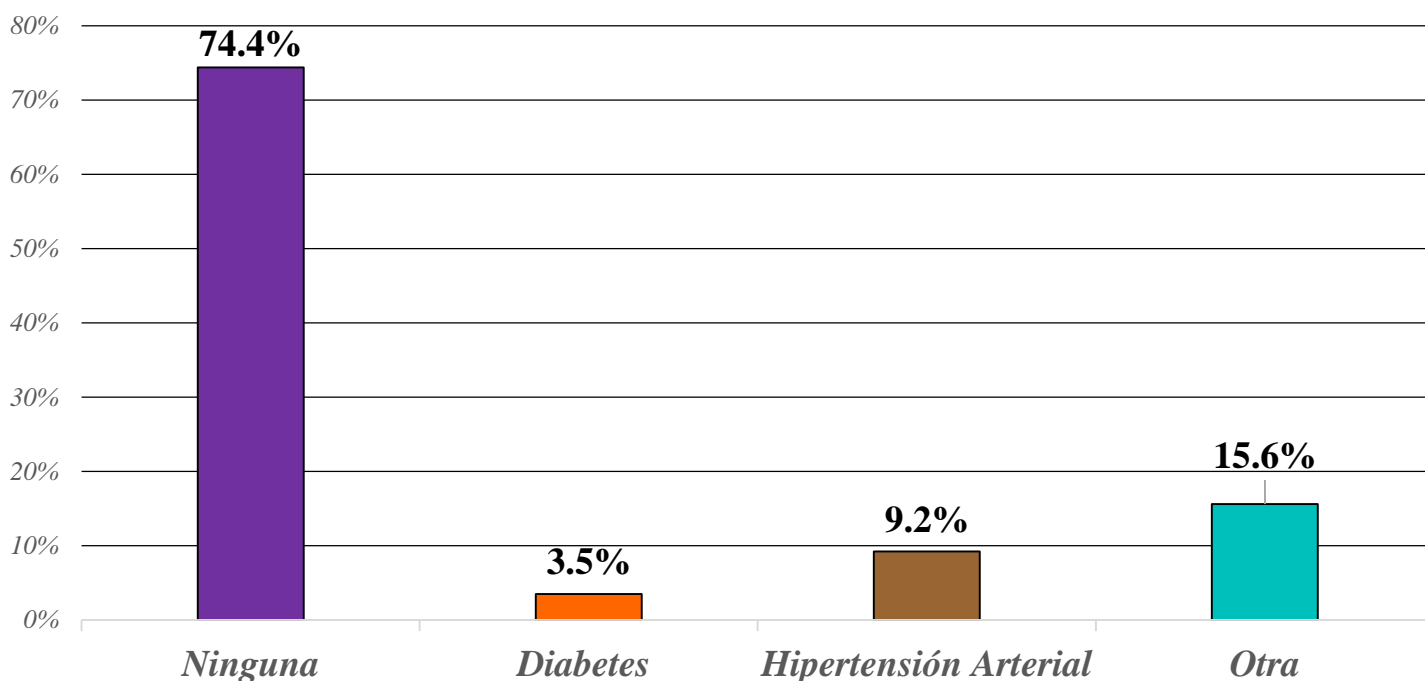
Enfermedades Crónicas que padece el personal del área de emergencia del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños, Enero – Marzo 2020.

Enfermedades Crónicas	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	105	74.4
Diabetes	5	3.5
Hipertensión Arterial	13	9.2
Otra	22	15.6

Fuente: Formulario de Maslach modificado.

Gráfico N° 2.

Enfermedades crónicas que padece el personal del área de emergencia del Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”, Enero – Marzo, 2020. (n=141)



Fuente: Tabla N° 7.

Tabla N° 8.

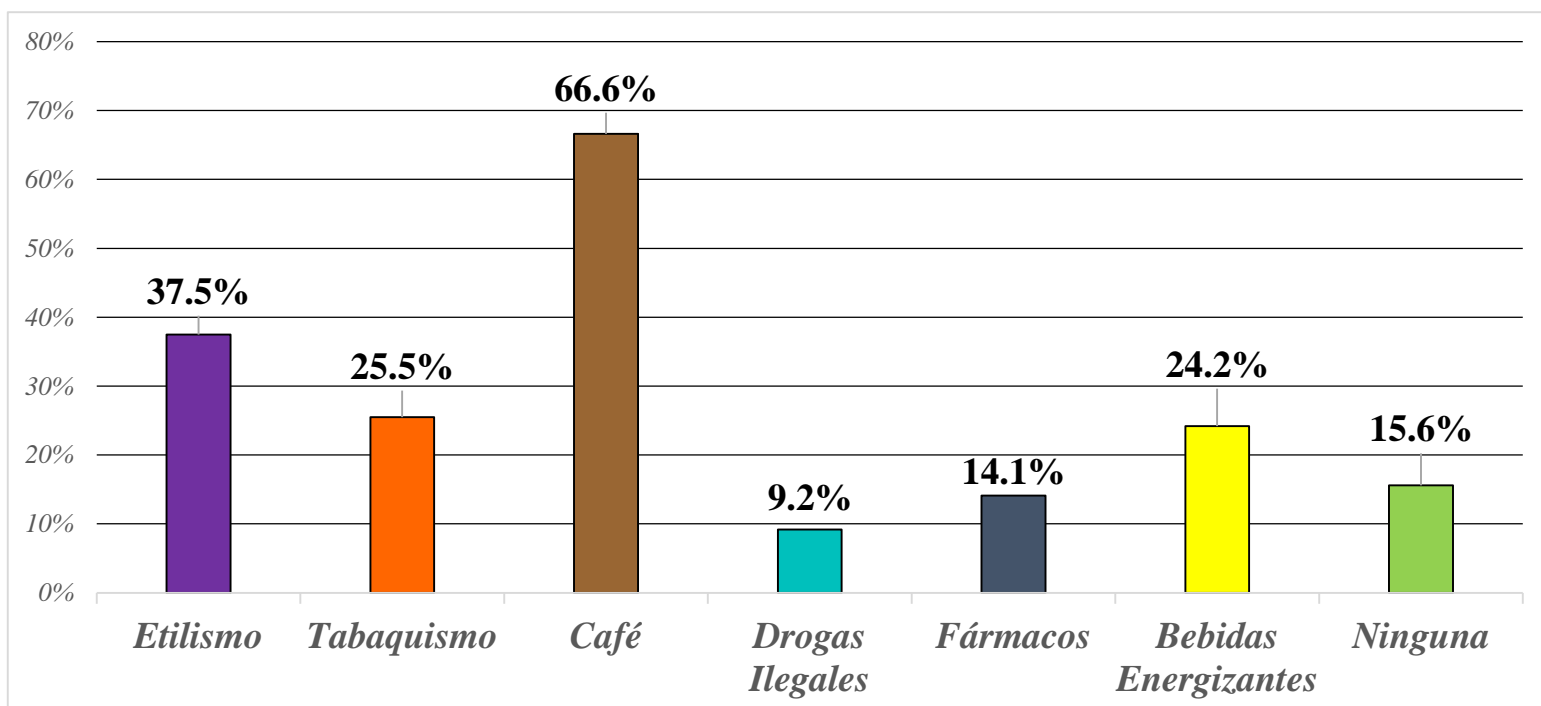
Hábitos practicados por el personal del área de emergencia del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños, Enero – Marzo 2020.

Hábitos	Frecuencia	Porcentaje
Etilismo	53	37.5
Tabaquismo	36	25.5
Consumo de café	94	66.6
Consumo de drogas ilegales	13	9.2
Consumo de fármacos para enfermedad crónica	20	14.1
Consumo de bebidas energizantes	35	24.2
Ninguna	22	15.6

Fuente: Formulario de Maslach modificado.

Gráfico N° 3.

Hábitos practicados por el personal del área de emergencia del Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”, Enero – Marzo, 2020. (n=141)



Fuente: Tabla N° 8.

Tabla N° 9.

Categoría a la que pertenece el personal del área de emergencia del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños, Enero – Marzo 2020.

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Civil	120	85.1
Militar	21	14.9
Total	141	100

Fuente: Formulario de Maslach modificado.

Tabla N° 10.

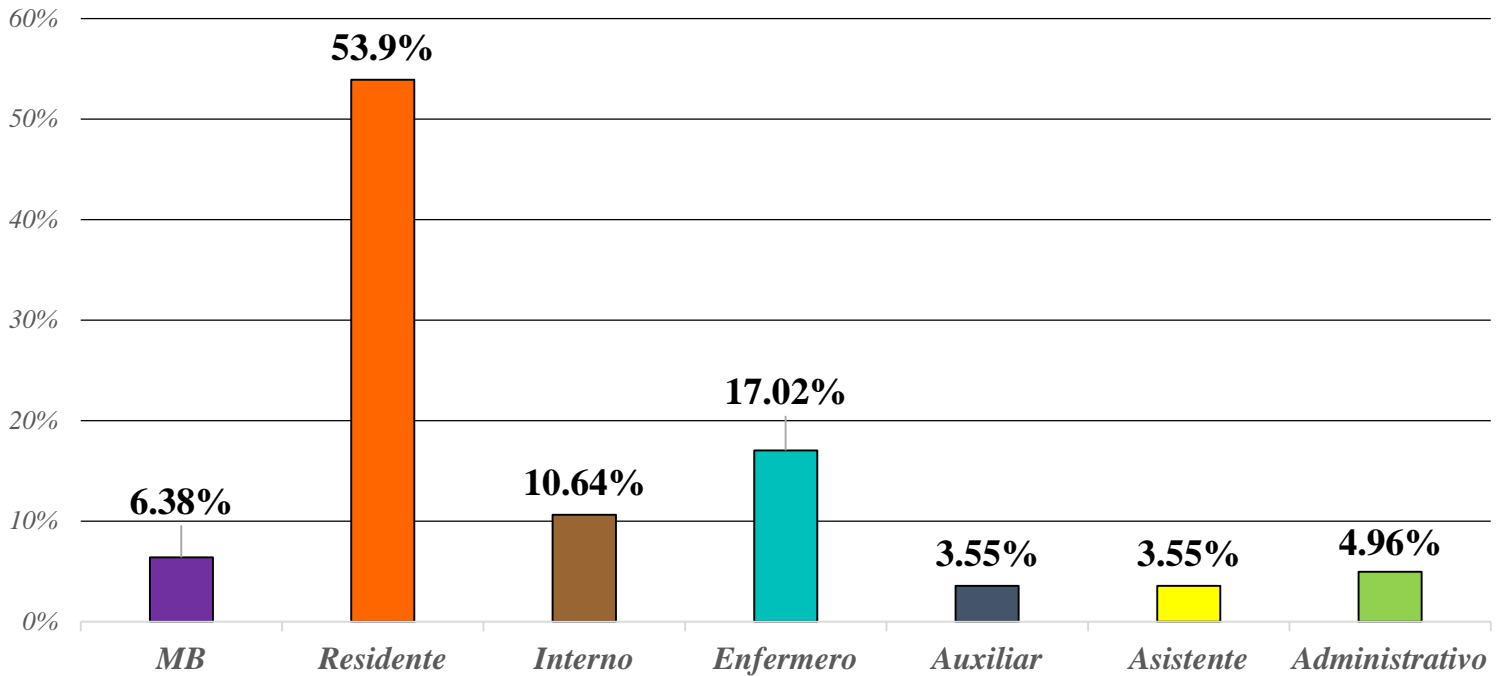
Cargo que desempeña el personal del área de emergencia del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños, Enero – Marzo 2020.

Cargo	Frecuencia	Porcentaje
Médico de base	9	6.38
Médico residente	76	53.9
Médico interno	15	10.64
Enfermero de estación	24	17.02
Auxiliar de enfermería	5	3.55
Asistente clínico	5	3.55
Personal administrativo	7	4.96
Total	141	100

Fuente: Formulario de Maslach modificado.

Gráfico N° 4.

Cargo que desempeña el personal del área de emergencia del Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”, Enero – Marzo, 2020. (n=141)



Fuente: Tabla N° 10.

Tabla N° 11.

Tiempo que lleva laborando en la unidad de salud el personal del área de emergencia del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños, Enero – Marzo 2020.

Tiempo de laborar	Frecuencia	Porcentaje
De 6 meses a 1 año	30	21.3
Más de 1 año	111	78.7
Total	141	100

Fuente: Formulario de Maslach modificado.

Tabla N° 12.

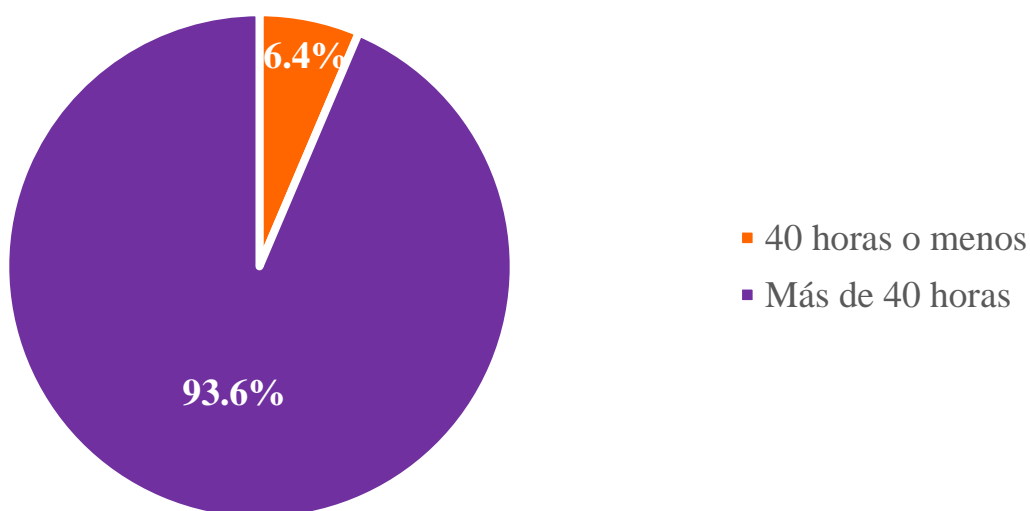
Horas que labora por semana el personal del área de emergencia del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños, Enero – Marzo 2020.

Horas laborales por semana	Frecuencia	Porcentaje
48 horas o menos	9	6.4
Más de 48 horas	132	93.6
Total	141	100

Fuente: Formulario de Maslach modificado.

Gráfico N° 5.

Horas que labora por semana el personal del área de emergencia del Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”, Enero – Marzo, 2020. (n=141)



Fuente: Tabla N° 12.

Tabla N° 13.

Horario en que lleva a cabo su jornada laboral el personal del área de emergencia del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños, Enero – Marzo 2020.

Horario	Frecuencia	Porcentaje
Matutino	135	95.7
Vespertino	125	88.6
Nocturno	124	87.9

Fuente: Formulario de Maslach modificado.

Tabla N° 14.

Número de veces que realiza turno nocturno por semana el personal del área de emergencia del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños, Enero – Marzo 2020.

Turnos nocturnos por semana	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	9	6.4
2 veces o menos	112	79.4
De 3 a 5 veces	120	14.2
Más de 5 veces	0	0
Total	141	100

Fuente: Formulario de Maslach modificado.

Tabla N° 15.

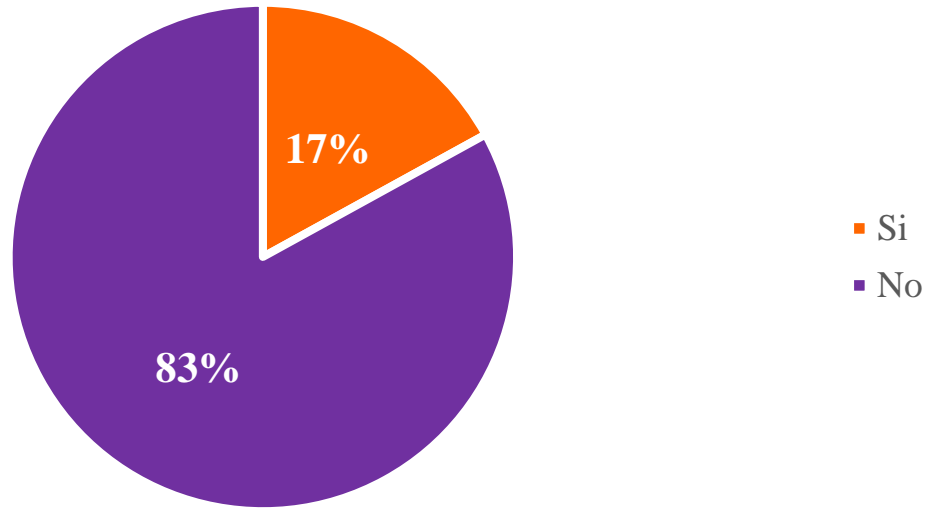
Número de participantes que se encuentran pos-turno al momento contestar el cuestionario, que forman parte del personal del área de emergencia del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños, Enero – Marzo 2020.

Post-turno	Frecuencia	Porcentaje
Si	24	17
No	117	83
Total	141	100

Fuente: Formulario de Maslach modificado.

Gráfico N° 6.

Número de participantes que se encuentran pos-turno al momento contestar el cuestionario, que forman parte del personal del área de emergencia del Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”, Enero – Marzo, 2020. (n=141)



Fuente: Tabla N° 15.

Tabla N° 16.

Horas que duerme luego de terminar jornada laboral el personal del área de emergencia del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños, Enero – Marzo 2020.

Descanso Posturno	Frecuencia	Porcentaje
8 horas o menos	121	85.8
Más de 8 horas	20	14.2
Total	141	100

Fuente: Formulario de Maslach modificado.

Tabla N° 17.

Número de participantes que consideran como “su espacio de trabajo óptimo para el desarrollo de sus funciones laborales”, que forman parte del personal del área de emergencia del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños, Enero – Marzo 2020.

Espacio optimo	Frecuencia	Porcentaje
Si	87	61.7
No	54	38.3
Total	141	100

Fuente: Formulario de Maslach modificado.

Tabla N° 18.

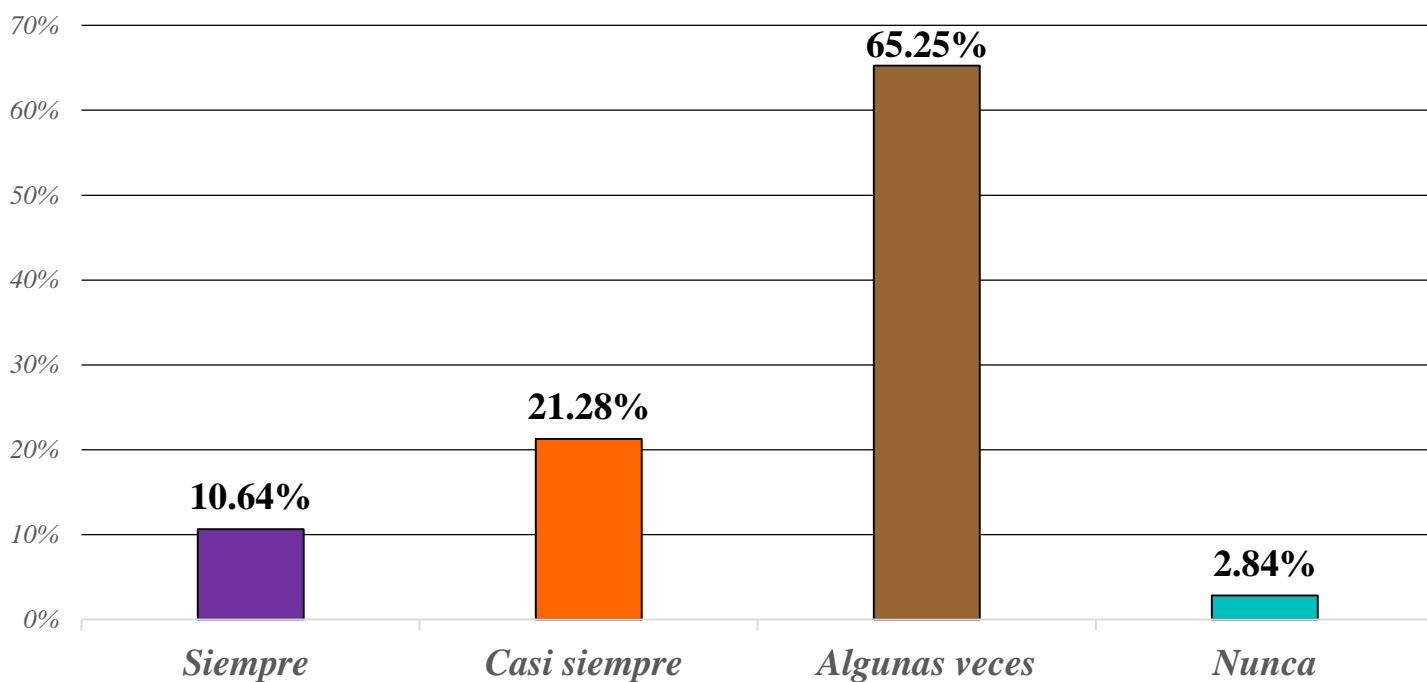
Frecuencia con que realiza algún tiempo de comida dentro del hospital, el personal del área de emergencia del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños, Enero – Marzo 2020.

Comida dentro del hospital	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	15	10.64
Casi siempre	30	21.28
Algunas veces	92	65.25
Nunca	4	2.84
Total	141	100

Fuente: Formulario de Maslach modificado.

Gráfico N° 7.

Frecuencia con que realiza algún tiempo de comida dentro del hospital, el personal del área de emergencia del Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”, Enero – Marzo, 2020. (n=141)



Fuente: Tabla N° 18.

Tabla N° 19.

Tiempo de comida que realiza dentro del hospital, el personal del área de emergencia del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños, Enero – Marzo 2020.

Tiempo de comida	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	4	2.84
Desayuno	36	25.5
Almuerzo	129	91.4
Cena	64	45.3
Refacción de media noche	28	19.8

Fuente: Formulario de Maslach modificado.

Tabla N° 20.

Lugar donde acostumbra comer durante jornada laboral, el personal del área de emergencia del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños, Enero – Marzo 2020.

Lugar de comida	Frecuencia	Porcentaje
Comedor general	95	67.3
Espacio de trabajo	32	22.7
Cafetín	63	44.6
No aplica	4	2.84

Fuente: Formulario de Maslach modificado.

Tabla N° 21.

Alimentación según horario correspondiente del personal del área de emergencia del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños, Enero – Marzo 2020.

Alimentación en horario correspondiente	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	11	7.8
Casi siempre	21	14.9
Algunas veces	74	52.5
Nunca	35	24.8
Total	141	100

Fuente: Formulario de Maslach modificado.

Tabla N° 22.

Tiempo que se toma para comer durante jornada laboral el personal del área de emergencia del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños, Enero – Marzo 2020.

Tiempo para comer	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 15 minutos	81	57.45
De 15 a 30 minutos	59	41.84
De 31 a 60 minutos	1	0.71
Más de 60 minutos	0	0
Total	141	100

Fuente: Formulario de Maslach modificado.

Tabla N° 23.

Frecuencia con la que se identifica con el pensamiento “Me siento parte importante del servicio de emergencia” el personal del área de emergencia del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños, Enero – Marzo 2020.

“Me siento parte importante del servicio de emergencia”	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	12	8.51
Pocas veces al año	8	5.67
Una vez o menos al mes	7	4.96
Unas pocas veces al mes	9	6.38
Una vez a la semana	7	4.96
Unas pocas veces a la semana	18	12.77
Todos los días	80	56.74
Total	141	100

Fuente: Formulario de Maslach modificado.

Tabla N° 24.

Frecuencia con la que se identifica con el pensamiento “Esta profesión no es para mí” el personal del área de emergencia del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños, Enero – Marzo 2020.

“Esta profesión no es para mí”	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	80	56.7
Pocas veces al año	21	14.9
Una vez o menos al mes	5	3.5
Unas pocas veces al mes	8	5.7
Una vez a la semana	8	5.7
Unas pocas veces a la semana	11	7.8
Todos los días	8	5.7
Total	141	100

Fuente: Formulario de Maslach modificado.

Tabla N° 25.

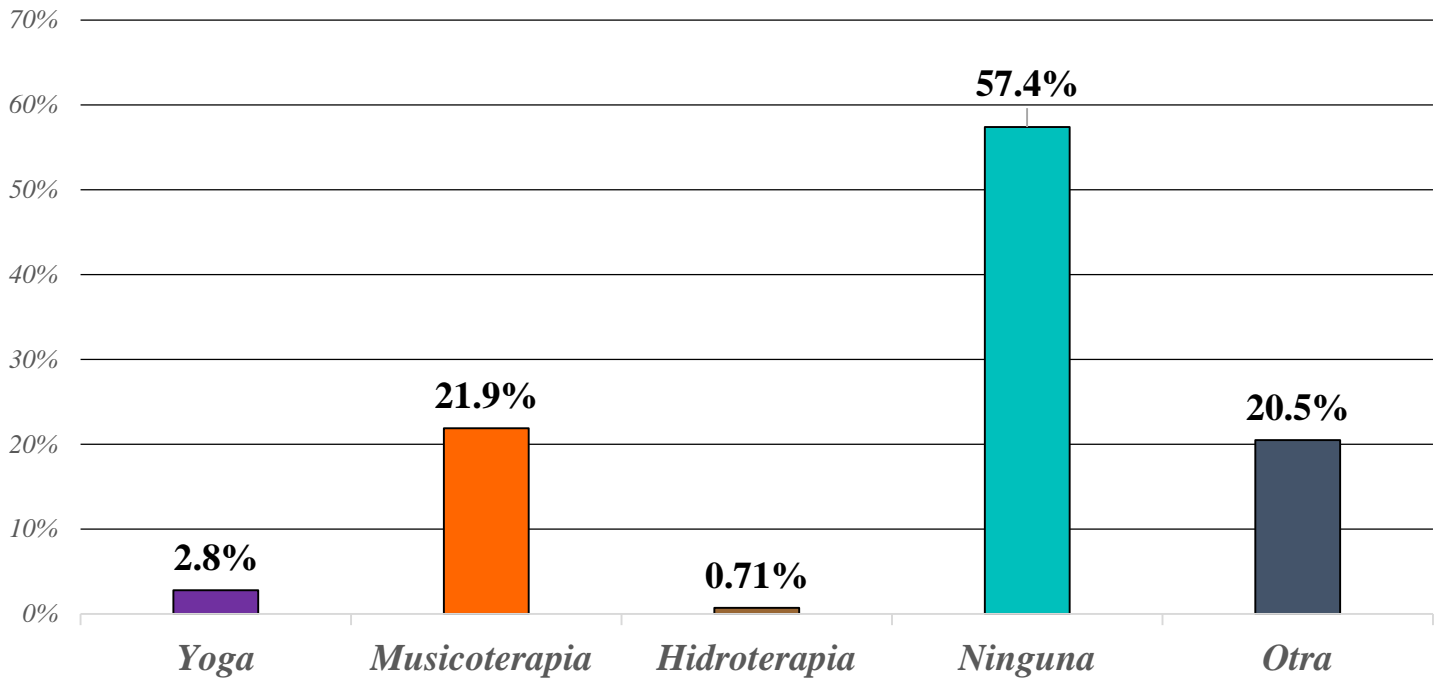
Medidas de relajación que practica en tiempo libre el personal del área de emergencia del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños, Enero – Marzo 2020.

Medidas de relajación	Frecuencia	Porcentaje
Yoga	4	2.8
Musicoterapia	31	21.9
Hidroterapia	1	0.71
Ninguna	81	57.4
Otra	29	20.5

Fuente: Formulario de Maslach modificado.

Gráfico N° 8.

Medidas de relajación que practica en tiempo libre el personal del área de emergencia del Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”, Enero – Marzo, 2020. (n=141)



Fuente: Tabla N° 25.

Tabla N° 26.

Práctica de ejercicio físico en tiempo libre por el personal del área de emergencia del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños, Enero – Marzo 2020.

Ejercicio físico	Frecuencia	Porcentaje
Si	59	41.8
No	82	58.2
Total	141	100

Fuente: Formulario de Maslach modificado.

Tabla N° 27.

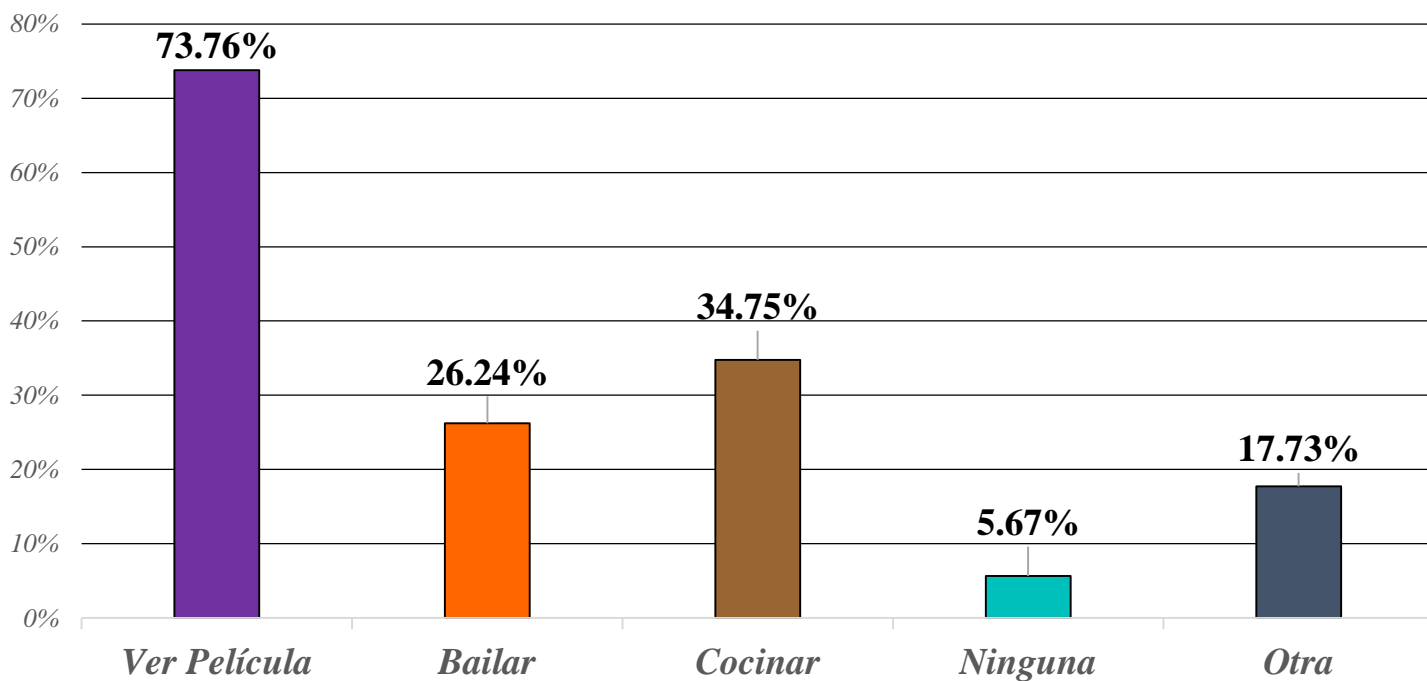
Medidas de recreación que practica en tiempo libre el personal del área de emergencia del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños, Enero – Marzo 2020.

Medidas de recreación	Frecuencia	Porcentaje
Ver Película	104	73.76
Bailar	37	26.24
Cocinar	49	34.75
Ninguna	8	5.67
Otra	25	17.73

Fuente: Formulario de Maslach modificado.

Gráfico N° 9.

Medidas de recreación que practica en tiempo libre el personal del área de emergencia del Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”, Enero – Marzo, 2020. (n=141)



Fuente: Tabla N° 27.

Tabla N° 28.

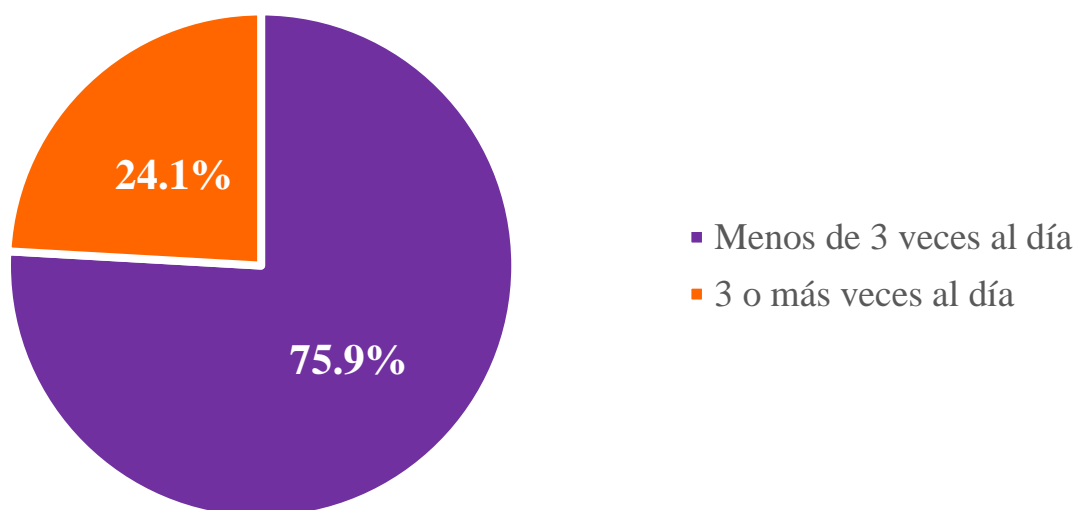
Frecuencia de pausas activas que realiza el personal del área de emergencia del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños, Enero – Marzo 2020.

Pausas activas	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 3 veces al día	107	75.9
3 o más veces al día	34	24.1
Total	141	100

Fuente: Formulario de Maslach modificado.

Gráfico N° 10.

Frecuencia de pausas activas que realiza el personal del área de emergencia del Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”, Enero – Marzo, 2020. (n=141)



Fuente: Tabla N° 28.

Tabla N° 29.

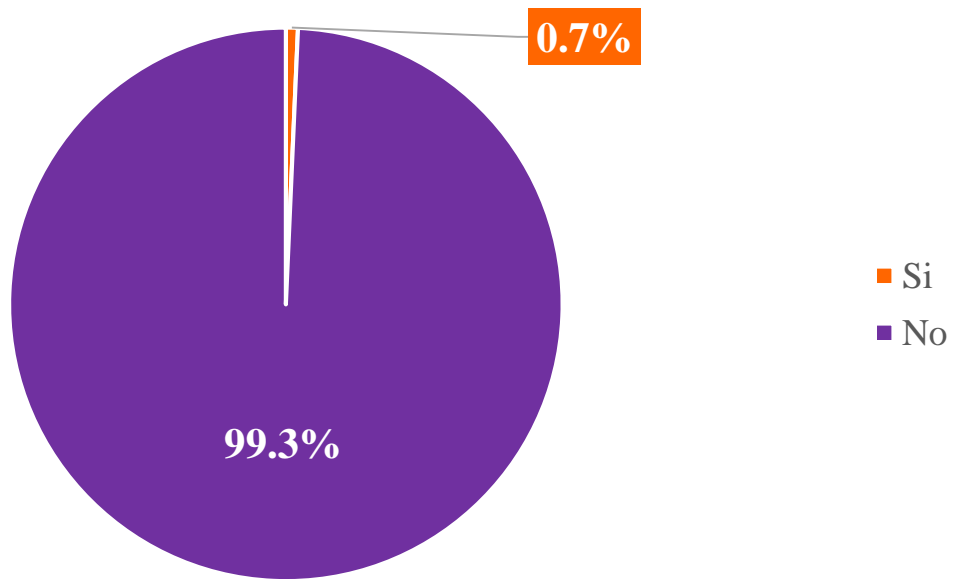
Uso de pelotas de goma por el personal del área de emergencia del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños, Enero – Marzo 2020.

Uso de pelotas de goma	Frecuencia	Porcentaje
Si	1	0.7
No	140	99.3
Total	141	100

Fuente: Formulario de Maslach modificado.

Gráfico N° 11.

Uso de pelotas de goma por el personal del área de emergencia del Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”, Enero – Marzo, 2020. (n=141)



Fuente: Tabla N° 29.

Tabla N° 30.

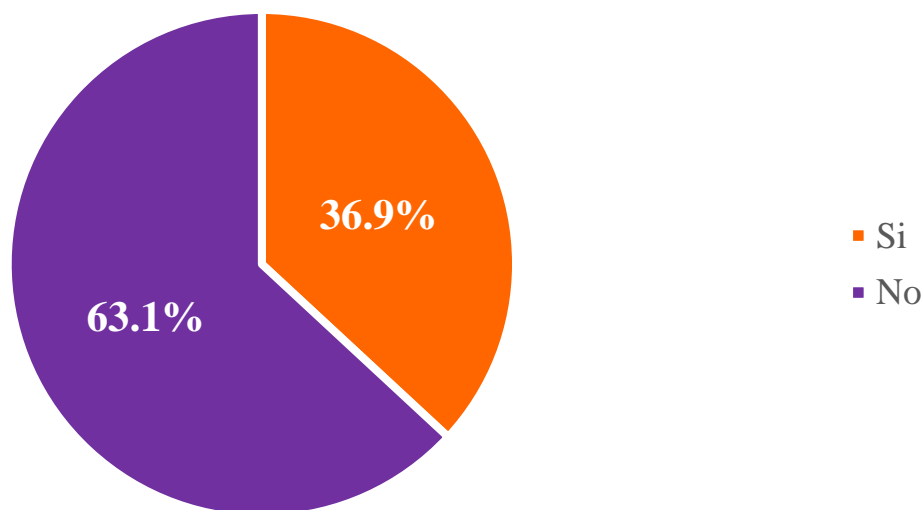
Relevos entre compañeros durante jornada laboral del personal del área de emergencia del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños, Enero – Marzo 2020.

Relevo	Frecuencia	Porcentaje
Si	52	36.9
No	89	63.1
Total	141	100

Fuente: Formulario de Maslach modificado.

Gráfico N° 12.

Relevos entre compañeros durante jornada laboral del personal del área de emergencia del Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”, Enero – Marzo, 2020. (n=141)



Fuente: Tabla N° 30.

Tabla N° 31.

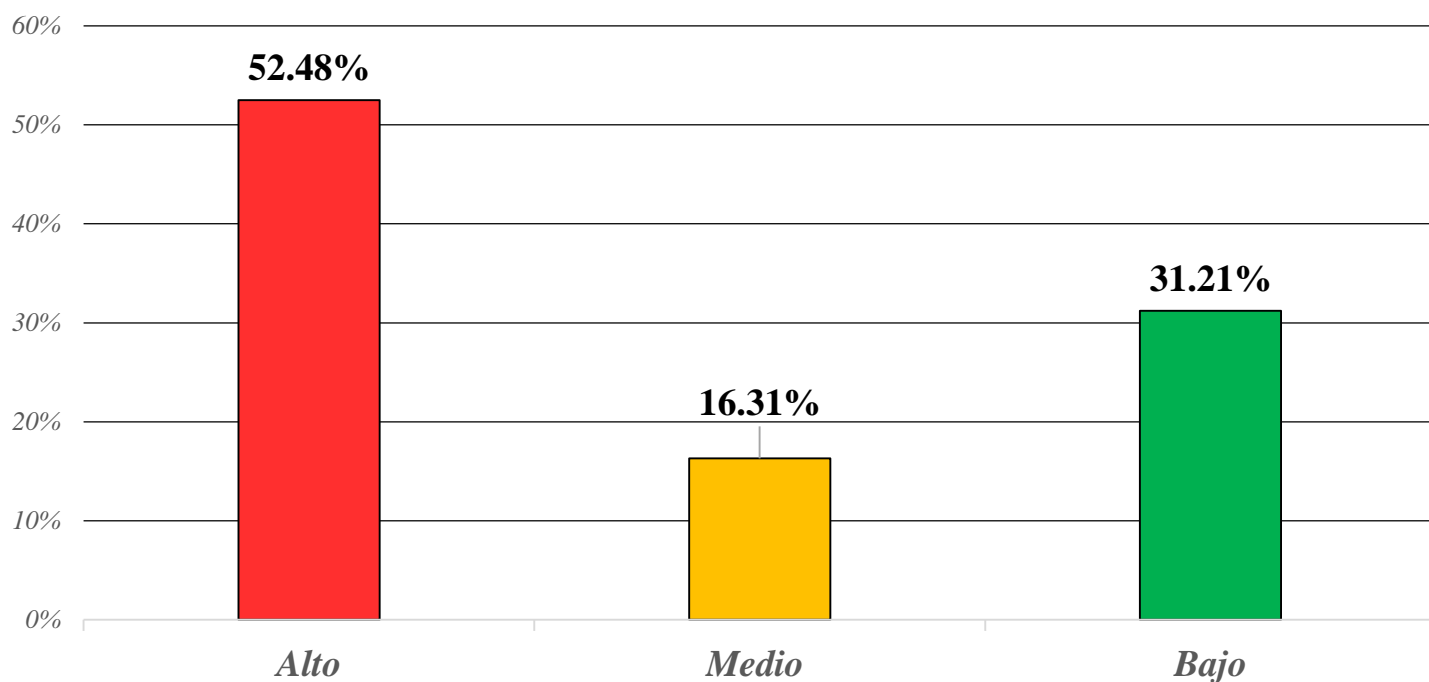
Nivel de Cansancio Emocional del personal del área de emergencia del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños, Enero – Marzo 2020.

Cansancio Emocional	Frecuencia	Porcentaje
Alto	74	52.48
Medio	23	16.31
Bajo	44	31.21
Total	141	100

Fuente: Formulario de Maslach modificado.

Gráfico N° 13.

Nivel de Cansancio Emocional del personal del área de emergencia del Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”, Enero – Marzo, 2020. (n=141)



Fuente: Tabla N° 31.

Tabla N° 32.

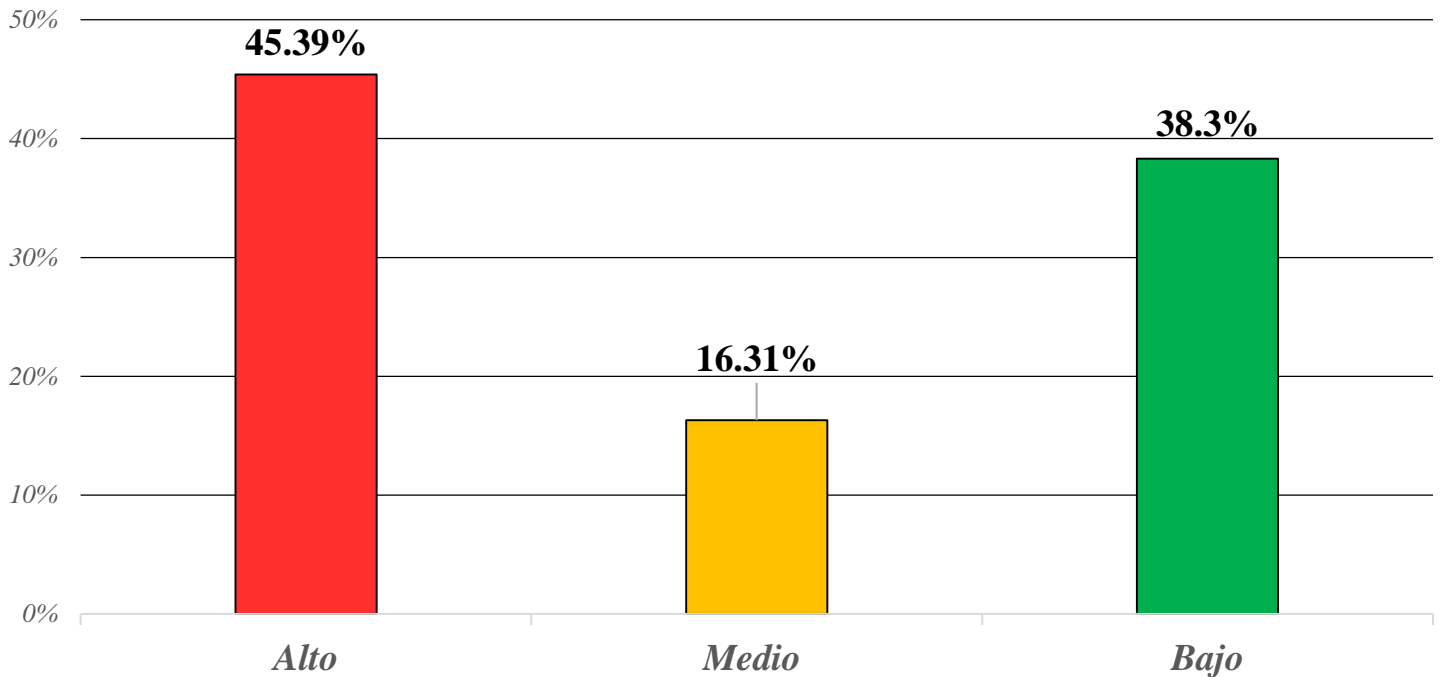
Nivel de Despersonalización del personal del área de emergencia del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños, Enero – Marzo 2020.

Despersonalización	Frecuencia	Porcentaje
Alto	64	45.39
Medio	23	16.31
Bajo	54	38.3
Total	141	100

Fuente: Formulario de Maslach modificado.

Gráfico N° 14.

Nivel de Despersonalización del personal del área de emergencia del Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”, Enero – Marzo, 2020. (n=141)



Fuente: Tabla N° 32.

Tabla N° 33.

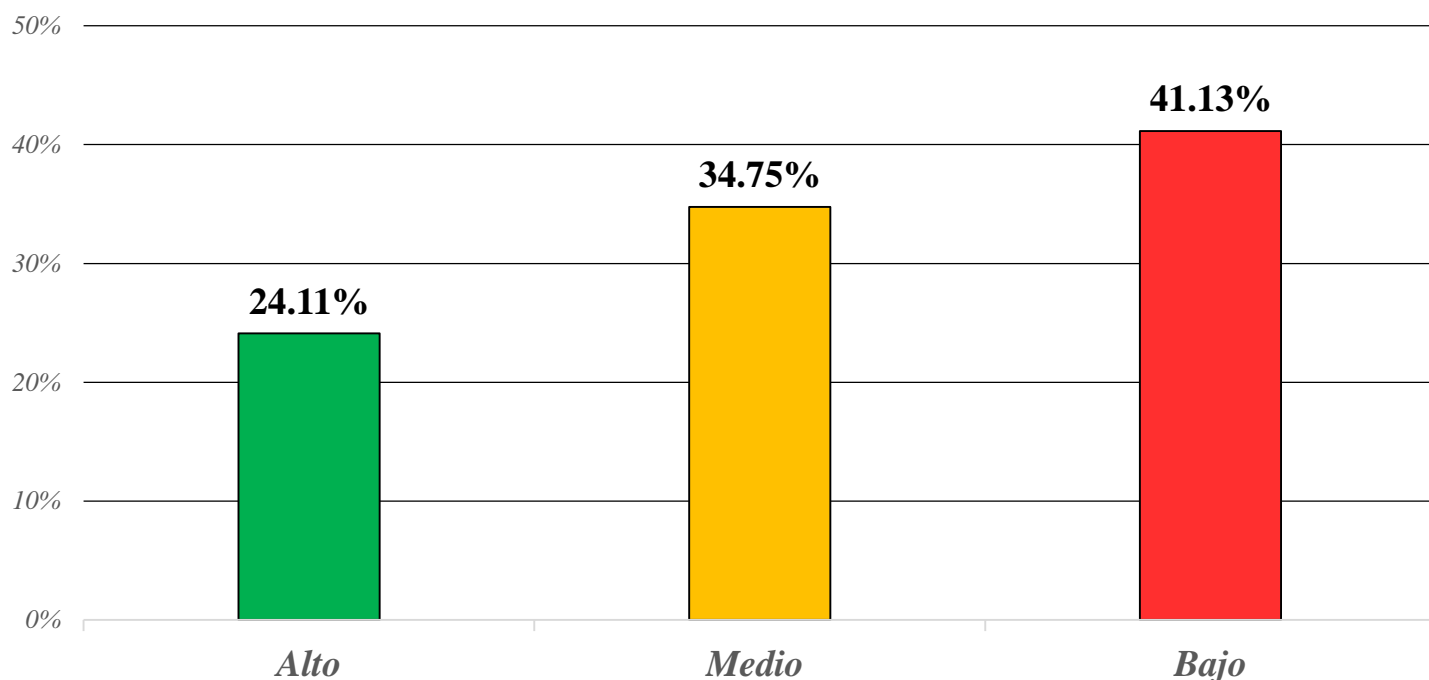
Nivel de realización personal del personal del área de emergencia del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños, Enero – Marzo 2020.

Realización Personal	Frecuencia	Porcentaje
Alto	34	24.11
Medio	49	34.75
Bajo	58	41.13
Total	141	100

Fuente: Formulario de Maslach modificado.

Gráfico N° 15.

Nivel de Realización Personal del personal del área de emergencia del Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”, Enero – Marzo, 2020. (n=141)



Fuente: Tabla N° 33.

Tabla N° 34.

Diagnóstico de Síndrome de Burnout del personal del personal del área de emergencia del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños, Enero – Marzo 2020.

Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
Si	89	63.1
No	52	36.9
Total	141	100

Fuente: Formulario de Maslach modificado.

Gráfico N° 16.

Diagnóstico de Síndrome de Burnout del personal del área de emergencia del Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”, Enero – Marzo, 2020. (n=141)



Fuente: Tabla N° 34.

Tabla N° 35.

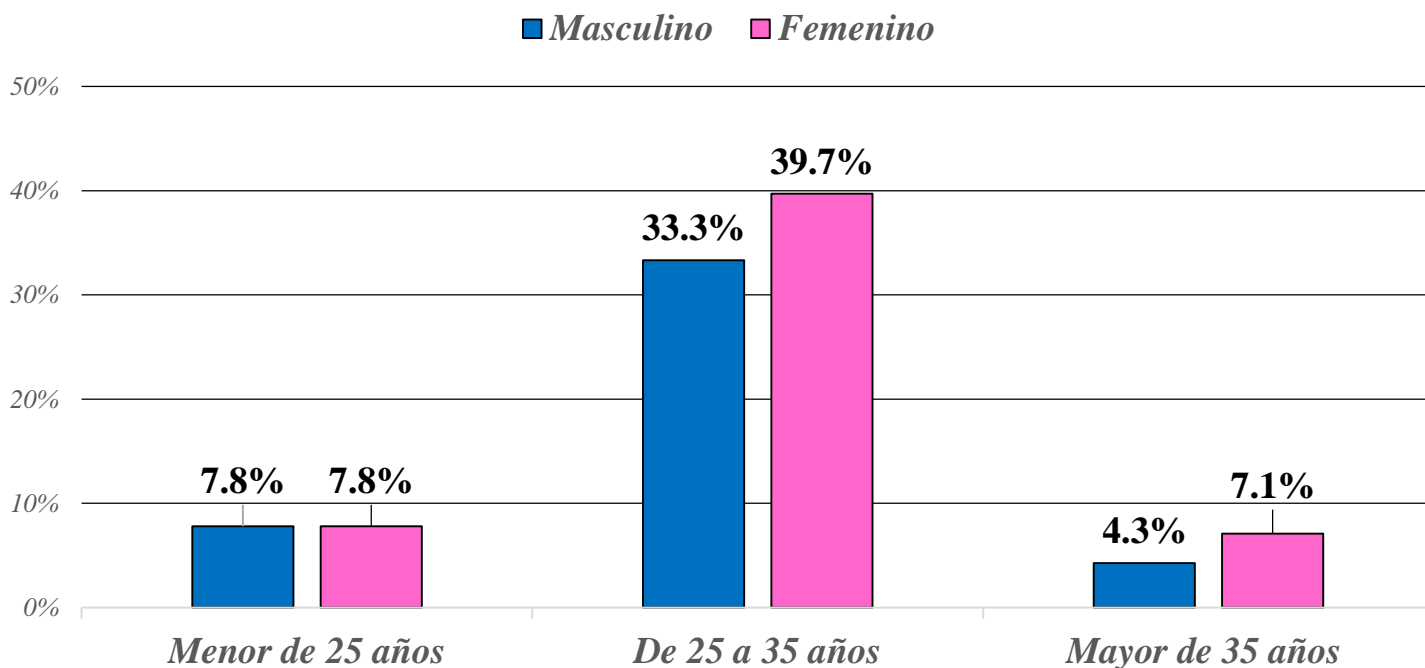
Edad según sexo del personal del área de emergencia del Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”, Enero – Marzo, 2020.

Edad - Sexo	Masculino		Femenino	
	F	%	F	%
Menor de 25 años	11	7.8	11	7.8
De 25 a 35 años	47	33.3	56	39.7
Mayor de 35 años	6	4.3	10	7.1
Total:	Frecuencia 141 Porcentaje 100			

Fuente: Formulario de Maslach modificado.

Gráfico N° 17.

Edad según sexo del personal del área de emergencia del Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”, Enero – Marzo, 2020. (N=141)



Fuente: Tabla N° 35.

Tabla N° 36.

Horas que duerme luego de terminar jornada laboral según procedencia del personal del área de emergencia del Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”, Enero – Marzo, 2020.

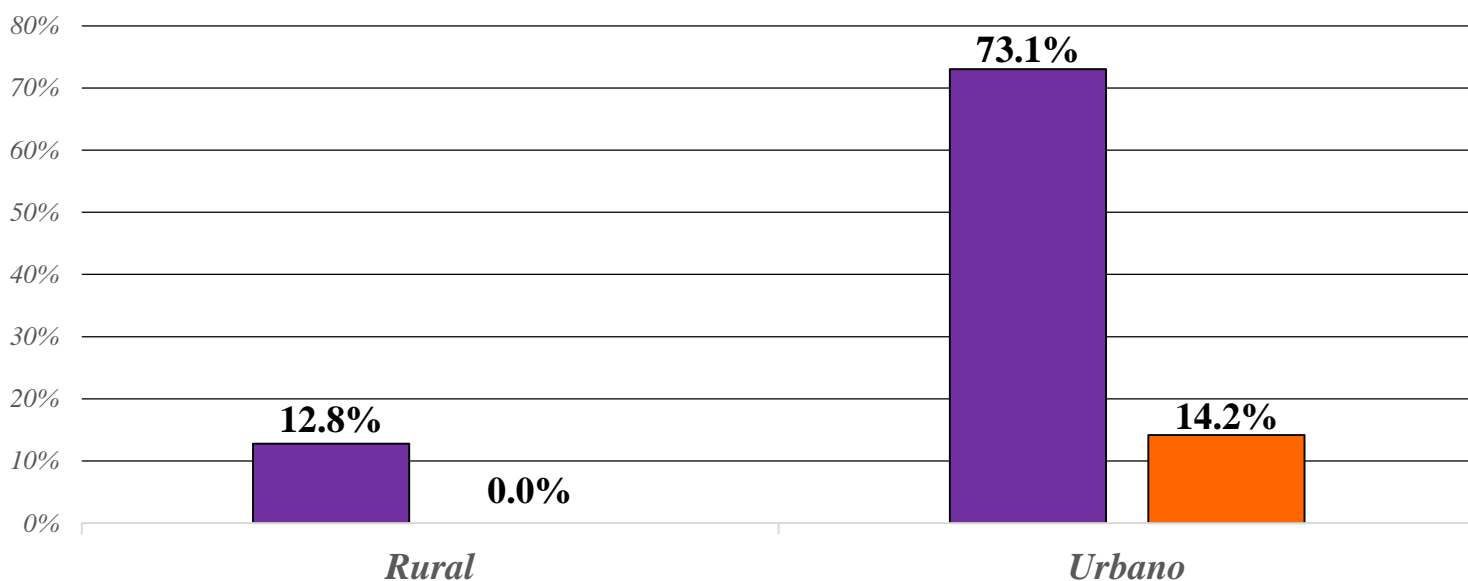
Descanso Posturno - Procedencia	Rural		Urbano	
	F	%	F	%
8 horas o menos	18	12.8	103	73.1
Más de 8 horas	0	0	20	14.2
Total:	Frecuencia 141 Porcentaje 100			

Fuente: Formulario de Maslach modificado.

Gráfico N° 18.

Horas que duerme luego de terminar jornada laboral según procedencia del personal del área de emergencia del Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”, Enero – Marzo, 2020. (n=141)

■ 8 horas o menos ■ Más de 8 horas



Fuente: Tabla N° 36.

Tabla N° 37.

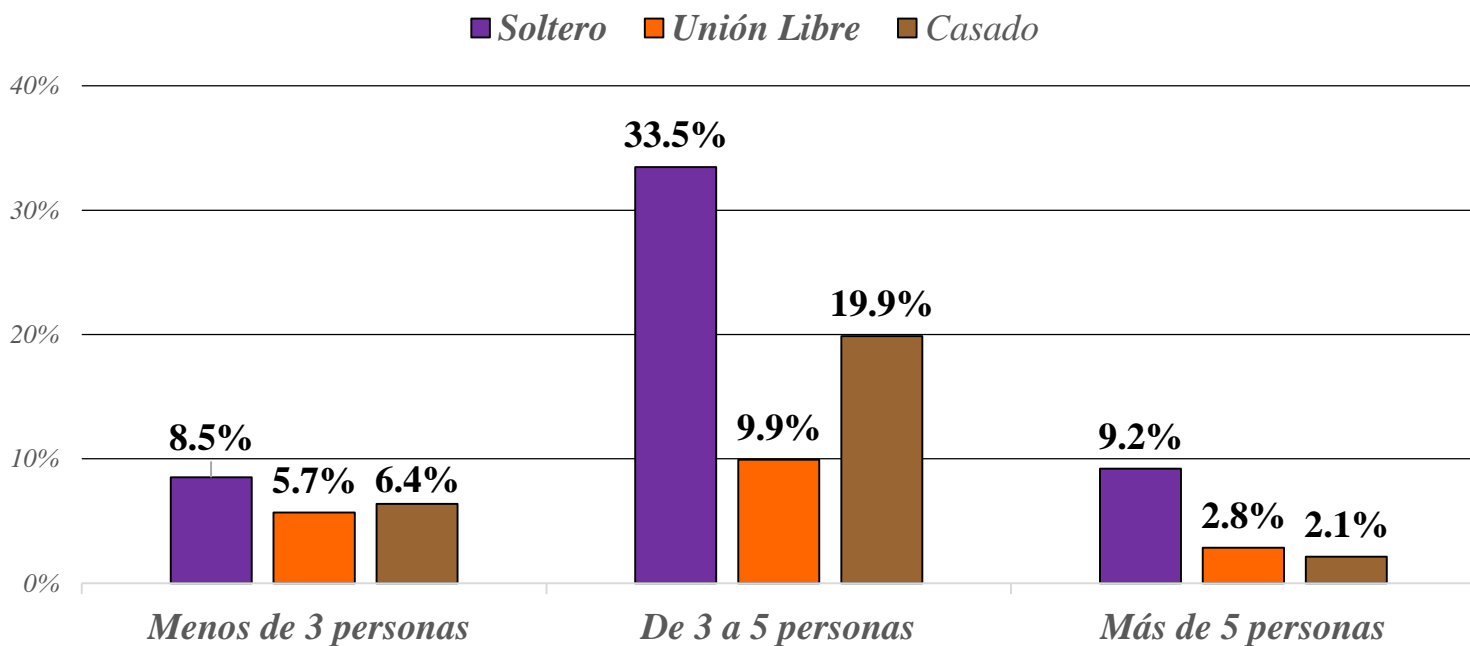
Estado civil según núcleo familiar del personal del área de emergencia del Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”, Enero – Marzo, 2020.

Estado civil – Núcleo familiar	Soltero		Unión libre		Casado	
	F	%	F	%	F	%
Menos de 3 personas	12	8.5	8	5.7	9	6.4
De 3 a 5 personas	50	33.5	14	9.9	28	19.9
Más de 5 personas	13	9.2	4	2.8	3	2.1
Total:	Frecuencia 141 Porcentaje 100					

Fuente: Formulario de Maslach modificado.

Gráfico N° 19.

Estado civil según núcleo familiar del personal del área de emergencia del Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”, Enero – Marzo, 2020. (n=141)



Fuente: Tabla N° 37.

Tabla N° 38.

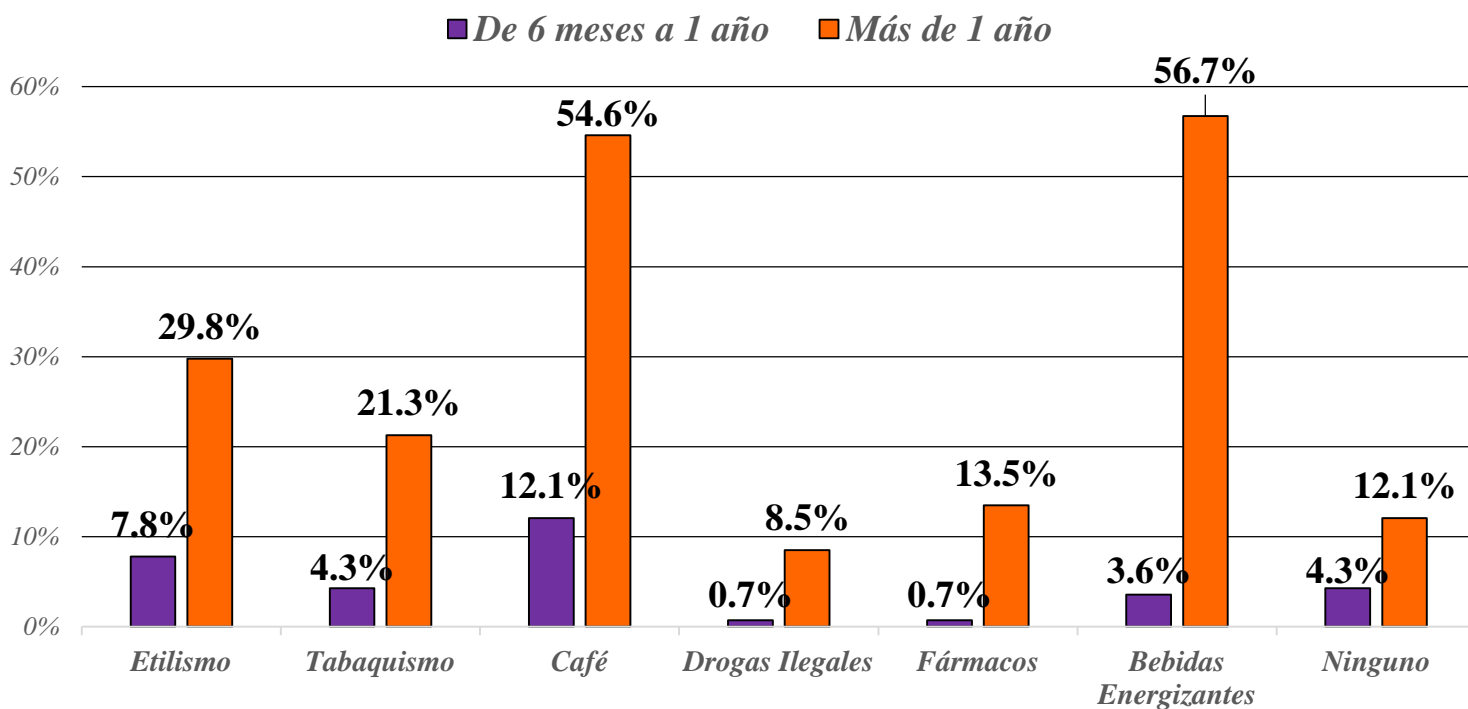
Hábitos que ha practicado según el tiempo que lleva laborando en la unidad de salud, el personal del área de emergencia del Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”, Enero – Marzo, 2020.

Hábitos – Tiempo de laborar	De 6 meses a 1 año		Más de 1 año	
	F	%	F	%
Etilismo	11	7.8	42	29.8
Tabaquismo	6	4.3	30	21.3
Café	17	12.1	77	54.6
Drogas ilegales	1	0.7	12	8.5
Fármacos	1	0.7	19	13.5
Bebidas energizantes	5	3.6	30	56.7
Ninguno	6	4.3	17	12.1

Fuente: Formulario de Maslach modificado.

Gráfico N° 20.

Hábitos que ha practicado según el tiempo que lleva laborando en la unidad de salud, el personal del área de emergencia del Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”, Enero – Marzo, 2020. (n=141)



Fuente: Tabla N° 38.

Tabla N° 39.

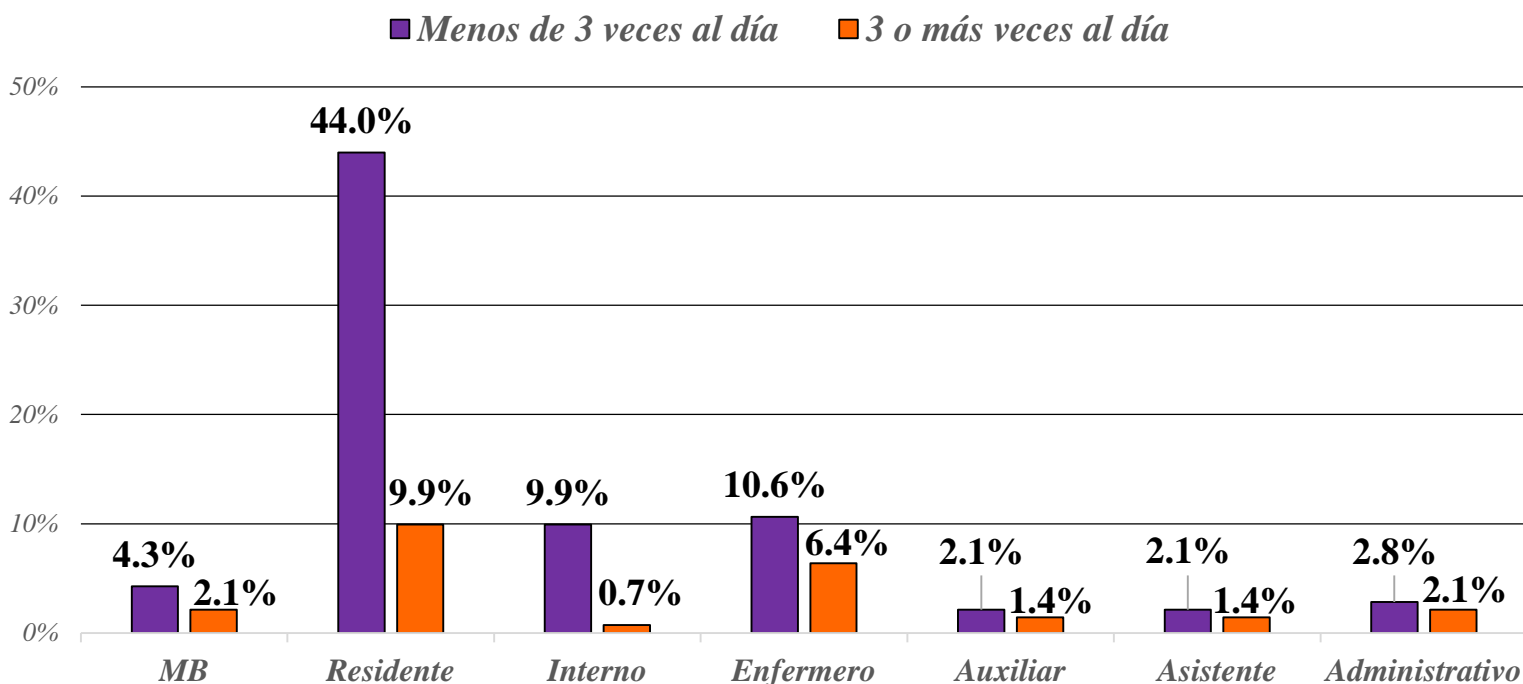
Frecuencia de pausas activas según el cargo que desempeña, el personal del área de emergencia del Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”, Enero – Marzo, 2020.

Cargo – Pausas activas	Menos de 3 veces al día		3 o más veces al día	
	F	%	F	%
Médico de base	6	4.3	3	2.1
Médico residente	62	44	14	9.9
Médico interno	14	9.9	1	0.7
Enfermero de estación	15	10.6	9	6.4
Auxiliar de enfermería	3	2.1	2	1.4
Asistente clínico	3	2.1	2	1.4
Personal administrativo	4	2.8	3	2.1
Total:	Frecuencia 141 Porcentaje 100			

Fuente: Formulario de Maslach modificado.

Gráfico N° 21.

Frecuencia de pausas activas según el cargo que desempeña, el personal del área de emergencia del Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”, Enero – Marzo, 2020. (n=141)



Fuente: Tabla N° 39.

Tabla N° 40.

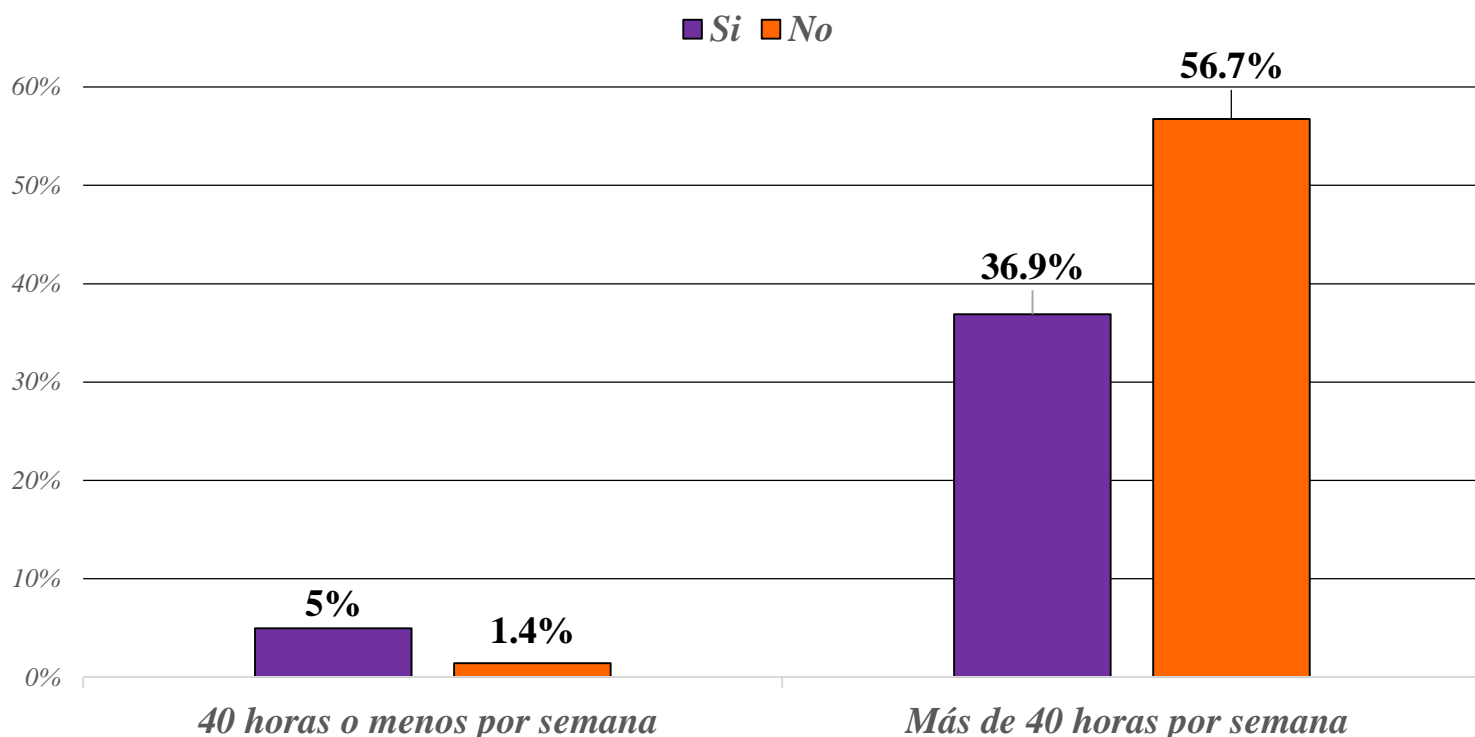
Práctica de ejercicio físico en tiempo libre según horas laborales por semana del personal del área de emergencia del Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”, Enero – Marzo, 2020

Ejercicio físico – Horas laborales por semana	Si practica ejercicio		No practica ejercicio	
	F	%	F	%
40 horas o menos por semana	7	5	2	1.4
Más de 40 horas por semana	52	36.9	80	56.7
Total:	Frecuencia 141 Porcentaje 100			

Fuente: Formulario de Maslach modificado.

Gráfico N° 22.

Práctica de ejercicio físico en tiempo libre según horas laborales por semana del personal del área de emergencia del Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”, Enero – Marzo, 2020. (n=141)



Fuente: Tabla N° 40.

Tabla N° 41.

Diagnóstico de Síndrome de Burnout según el sexo del personal del área de emergencia del Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”, Enero – Marzo, 2020.

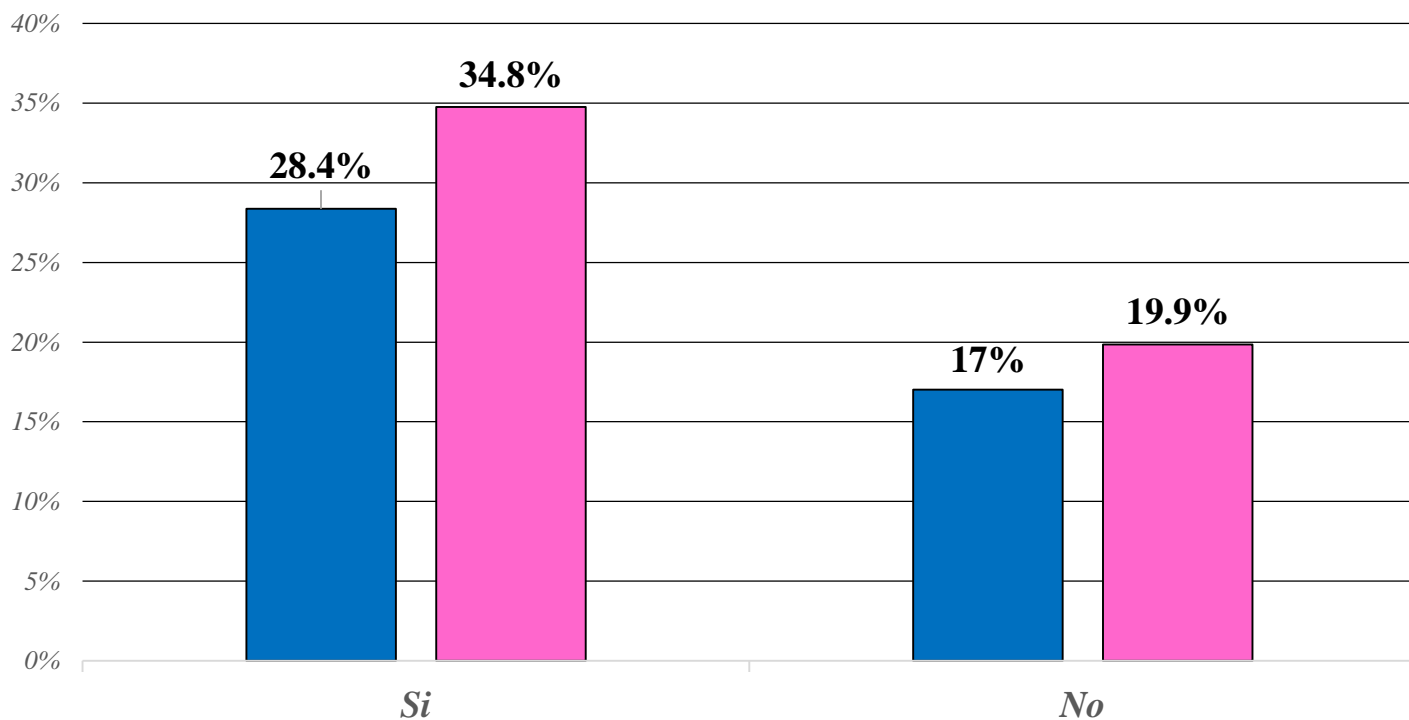
Diagnóstico – Sexo	Masculino		Femenino	
	F	%	F	%
Si tiene diagnóstico	40	28.4	49	34.8
No tiene diagnóstico	24	17	28	19.9
Total:	Frecuencia 141 Porcentaje 100			

Fuente: Formulario de Maslach modificado.

Gráfico N° 23.

Diagnóstico de Síndrome de Burnout según el sexo del personal del área de emergencia del Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”, Enero – Marzo, 2020. (n=141)

■ *Masculino* ■ *Femenino*



Fuente: Tabla N° 41.

Tabla N° 42.

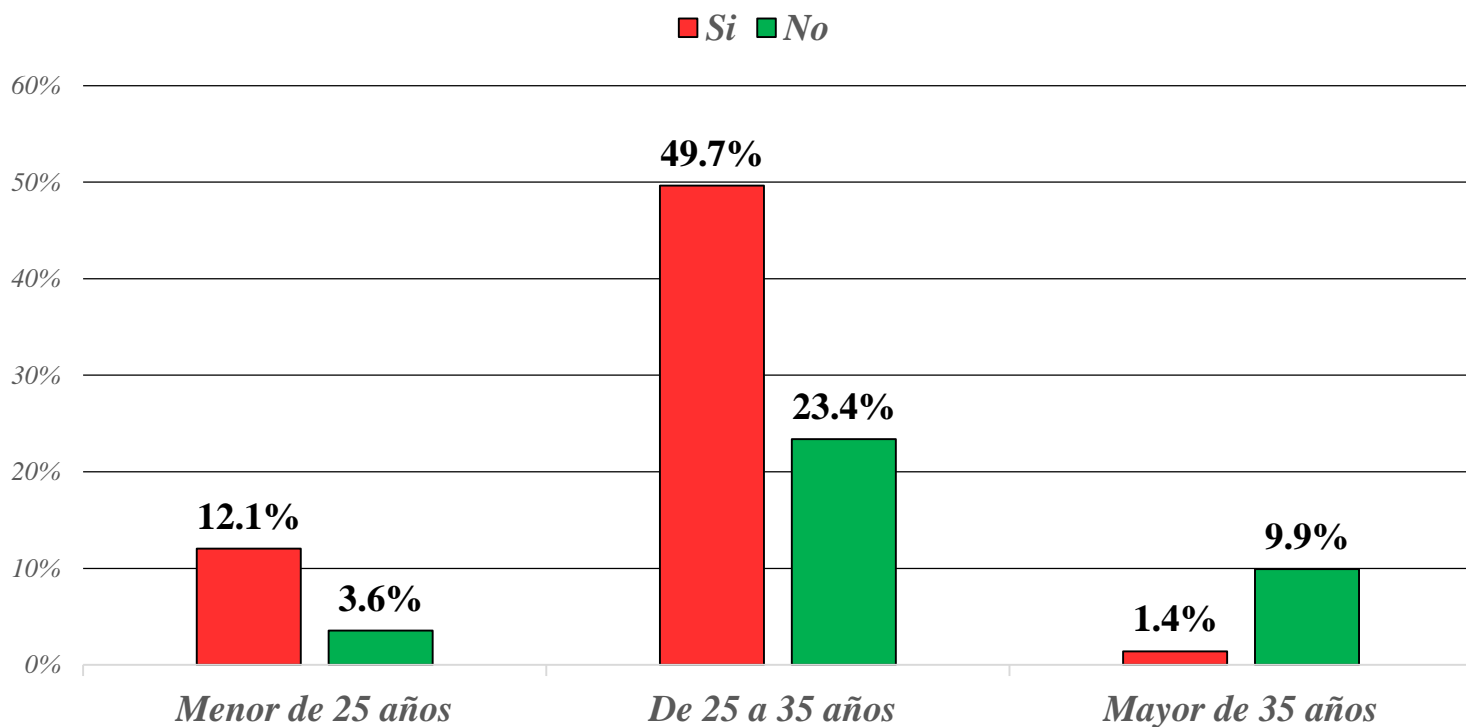
Diagnóstico de Síndrome de Burnout según la edad del personal del área de emergencia del Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”, Enero – Marzo, 2020.

Diagnóstico – Edad	Menor de 25 años		De 25 a 35 años		Mayor de 35 años	
	F	%	F	%	F	%
Si tiene diagnóstico	17	12.1	70	49.7	2	1.4
No tiene diagnóstico	5	3.6	33	23.4	14	9.9
Total:	Frecuencia 141 Porcentaje 100					

Fuente: Formulario de Maslach modificado.

Gráfico N° 24.

Diagnóstico de Síndrome de Burnout según la edad del personal del área de emergencia del Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”, Enero – Marzo, 2020. (n=141)



Fuente: Tabla N° 42.

Tabla N° 43.

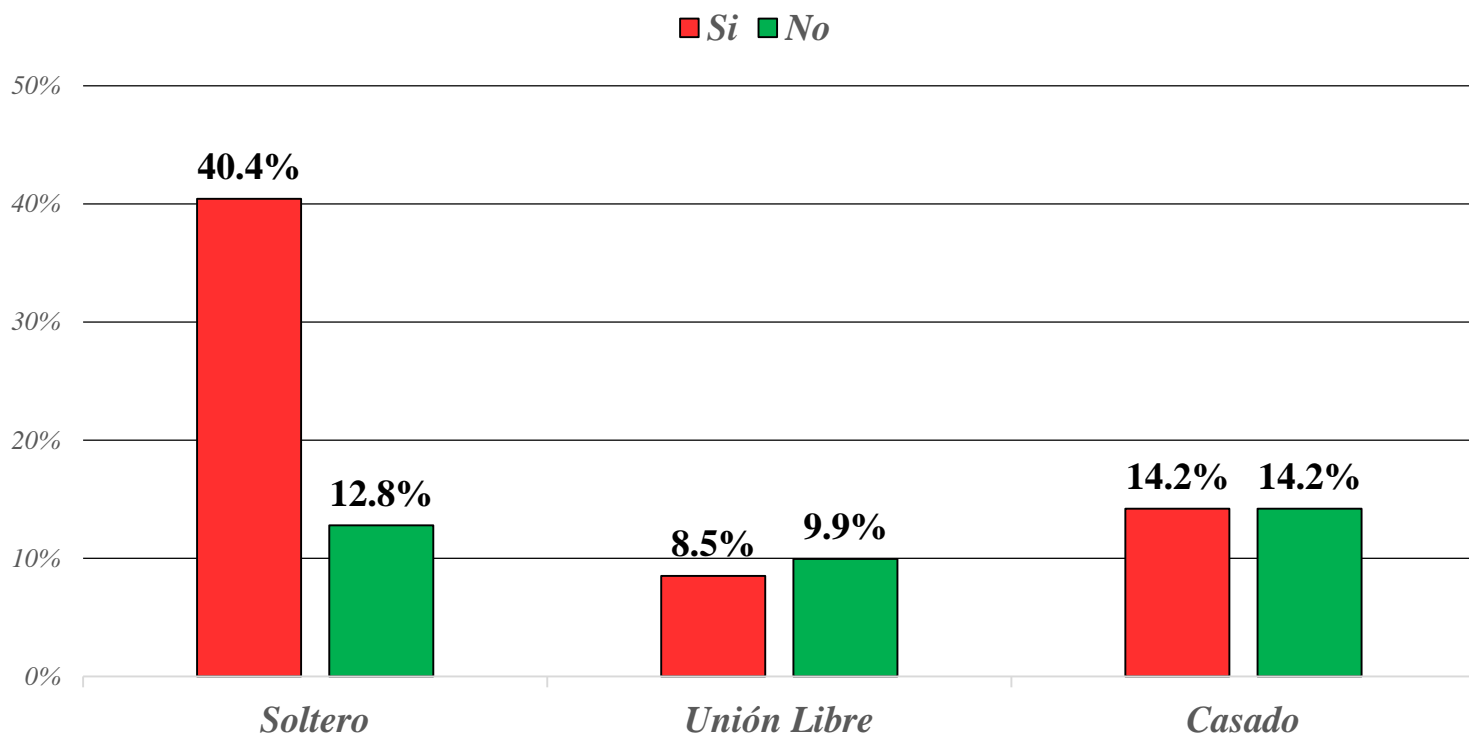
Diagnóstico de Síndrome de Burnout según el estado civil del personal del área de emergencia del Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”, Enero – Marzo, 2020.

Diagnóstico – Estado civil	Soltero		Unión libre		Casado	
	F	%	F	%	F	%
Si tiene diagnóstico	57	40.4	12	8.5	20	14.2
No tiene diagnóstico	18	12.8	14	9.9	20	14.2
Total:	Frecuencia 141 Porcentaje 100					

Fuente: Formulario de Maslach modificado.

Gráfico N° 25.

Diagnóstico de Síndrome de Burnout según el estado civil del personal del área de emergencia del Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”, Enero – Marzo, 2020. (n=141)



Fuente: Tabla N° 43.

Tabla N° 44.

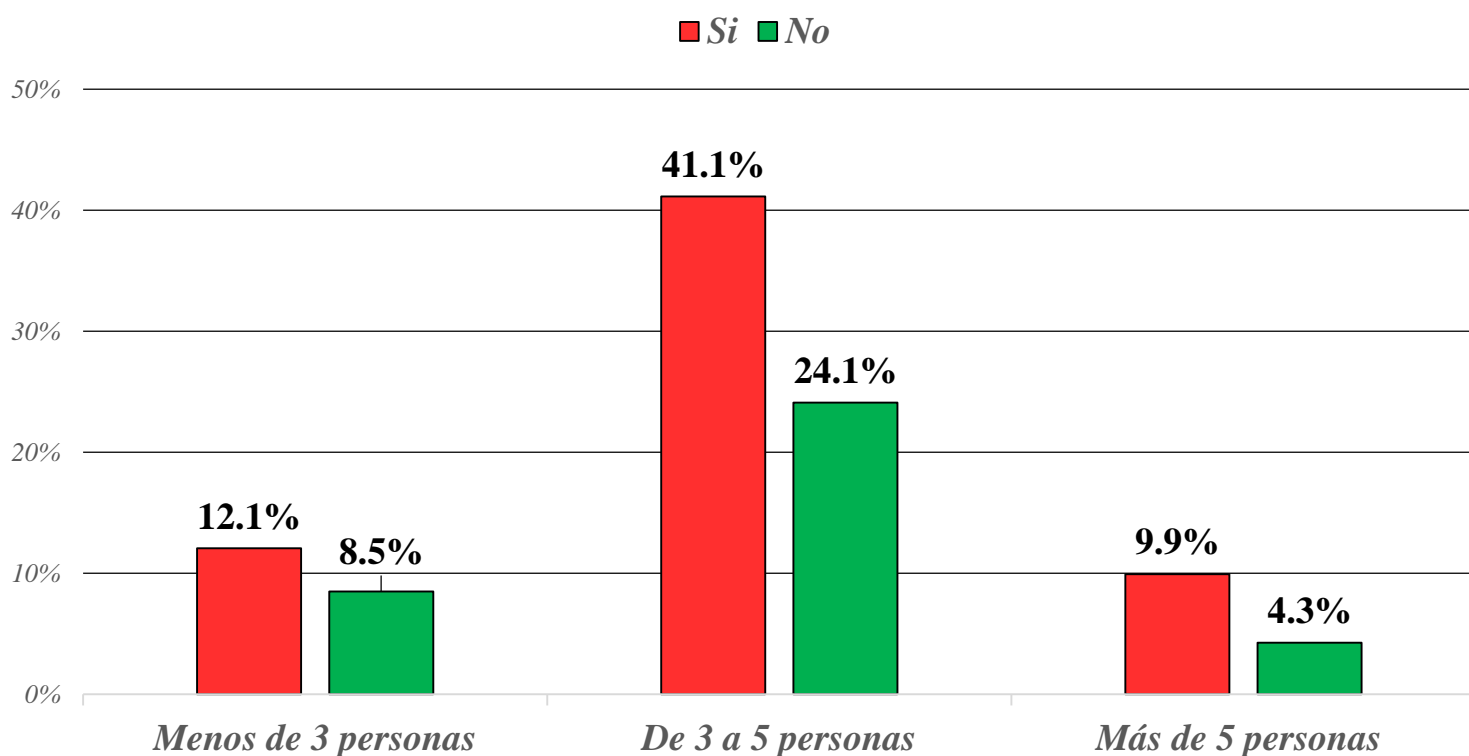
Diagnóstico de Síndrome de Burnout según el núcleo familiar del personal del área de emergencia del Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”, Enero – Marzo, 2020.

Diagnóstico – Núcleo familiar	Menos de 3 personas		De 3 a 5 personas		Más de 5 personas	
	F	%	F	%	F	%
Si tiene diagnóstico	17	12.1	58	41.1	14	9.9
No tiene diagnóstico	12	8.5	34	24.1	6	4.3
Total:	Frecuencia 141 Porcentaje 100					

Fuente: Formulario de Maslach modificado.

Gráfico N° 26.

Diagnóstico de Síndrome de Burnout según el núcleo familiar del personal del área de emergencia del Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”, Enero – Marzo, 2020. (n=141)



Fuente: Tabla N° 44.

Tabla N° 45.

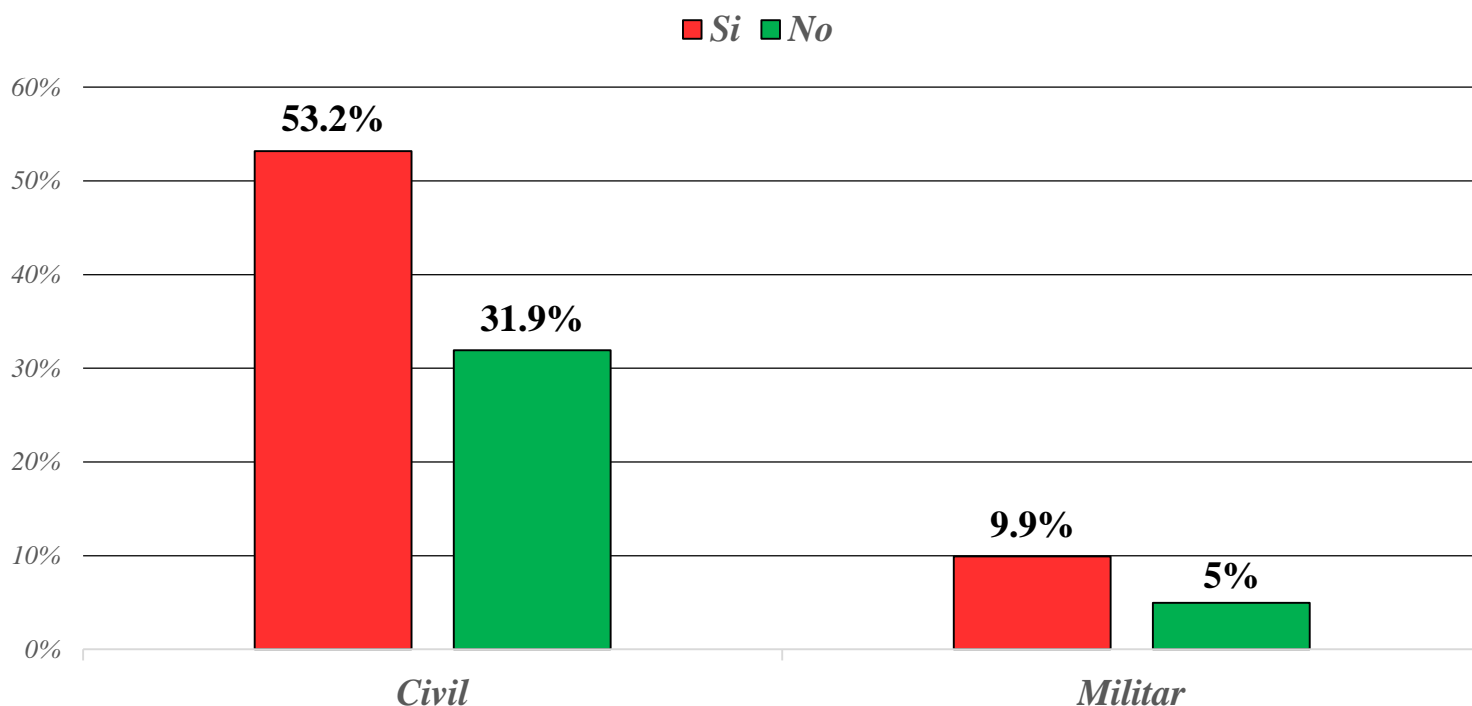
Diagnóstico de Síndrome de Burnout según la categoría a la que pertenece el personal del área de emergencia del Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”, Enero – Marzo, 2020

Diagnóstico – Categoría	Civil		Militar	
	F	%	F	%
Si tiene diagnóstico	75	53.2	14	9.9
No tiene diagnóstico	45	31.9	7	5
Total:	Frecuencia 141 Porcentaje 100			

Fuente: Formulario de Maslach modificado.

Gráfico N° 27.

Diagnóstico de Síndrome de Burnout según la categoría a la que pertenece el personal del área de emergencia del Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”, Enero – Marzo, 2020. (n=141)



Fuente: Tabla N° 45.

Tabla N° 46.

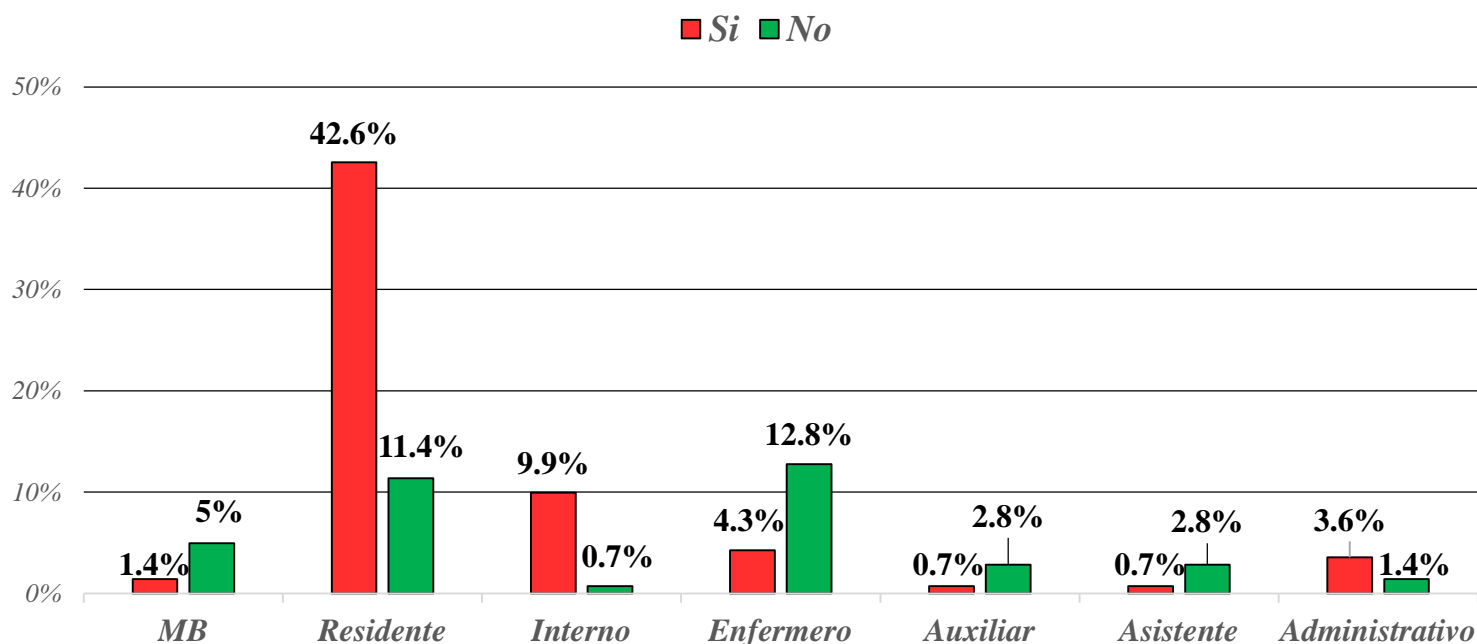
Diagnóstico de Síndrome de Burnout según el cargo que desempeña el personal del área de emergencia del Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”, Enero – Marzo, 2020

Diagnóstico – Cargo	Si tiene diagnóstico		No tiene diagnóstico	
	F	%	F	%
Médico de base	2	1.4	7	5
Médico residente	60	42.6	16	11.4
Médico interno	14	9.9	1	0.7
Enfermero de estación	6	4.3	18	12.8
Auxiliar de enfermería	1	0.7	4	2.8
Asistente clínico	1	0.7	4	2.8
Personal administrativo	5	3.6	2	1.4
Total:	Frecuencia 141 Porcentaje 100			

Fuente: Formulario de Maslach modificado.

Gráfico N° 28.

Diagnóstico de Síndrome de Burnout según el cargo que desempeña el personal del área de emergencia del Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”, Enero – Marzo, 2020. (n=141)



Fuente: Tabla N° 46.

Tabla N° 47.

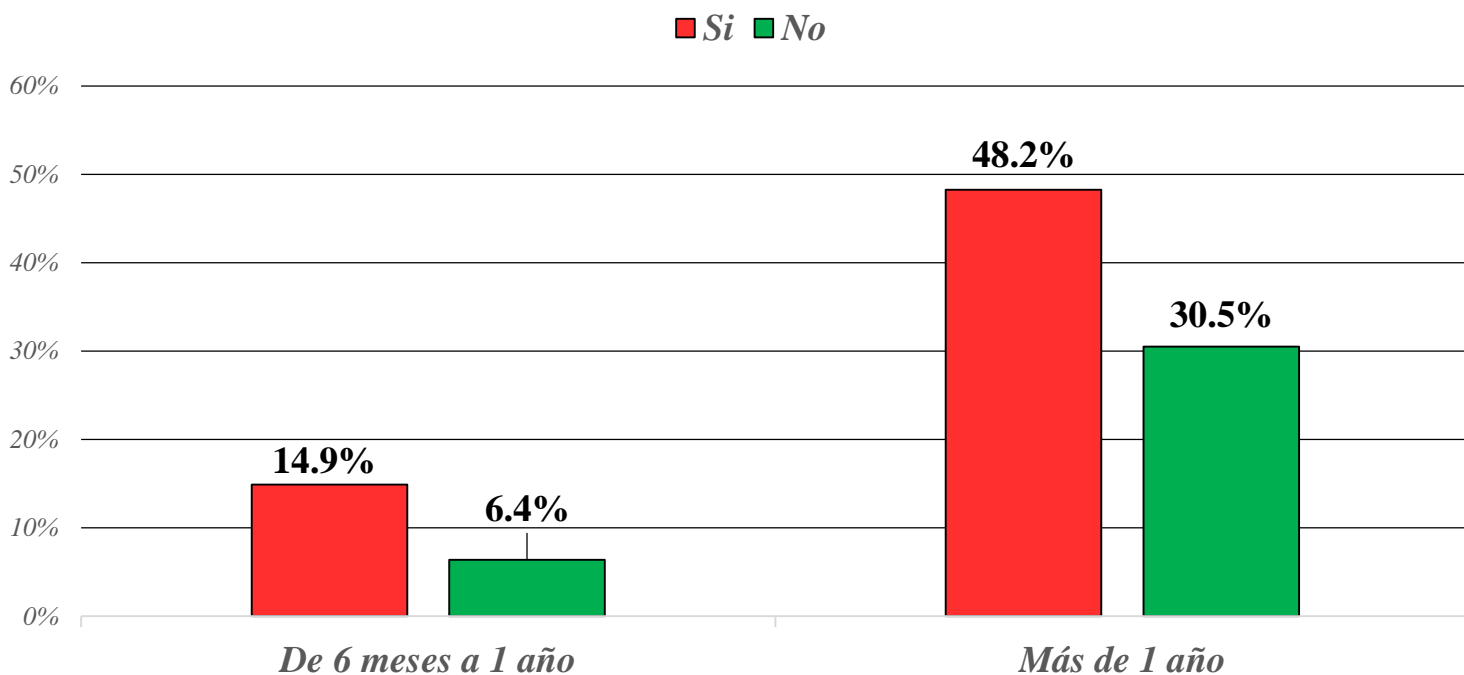
Diagnóstico de Síndrome de Burnout según tiempo que lleva laborando en la unidad de salud el personal del área de emergencia del Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”, Enero – Marzo, 2020.

Diagnóstico – Tiempo de labora	De 6 meses a 1 año		Más de 1 año	
	F	%	F	%
Si tiene diagnóstico	21	14.9	68	48.2
No tiene diagnóstico	9	6.4	43	30.5
Total:	Frecuencia 141 Porcentaje 100			

Fuente: Formulario de Maslach modificado.

Gráfico N° 29.

Diagnóstico de Síndrome de Burnout según tiempo que lleva laborando en la unidad de salud el personal del área de emergencia del Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”, Enero – Marzo, 2020. (n=141)



Fuente: Tabla N° 47.

Tabla N° 48.

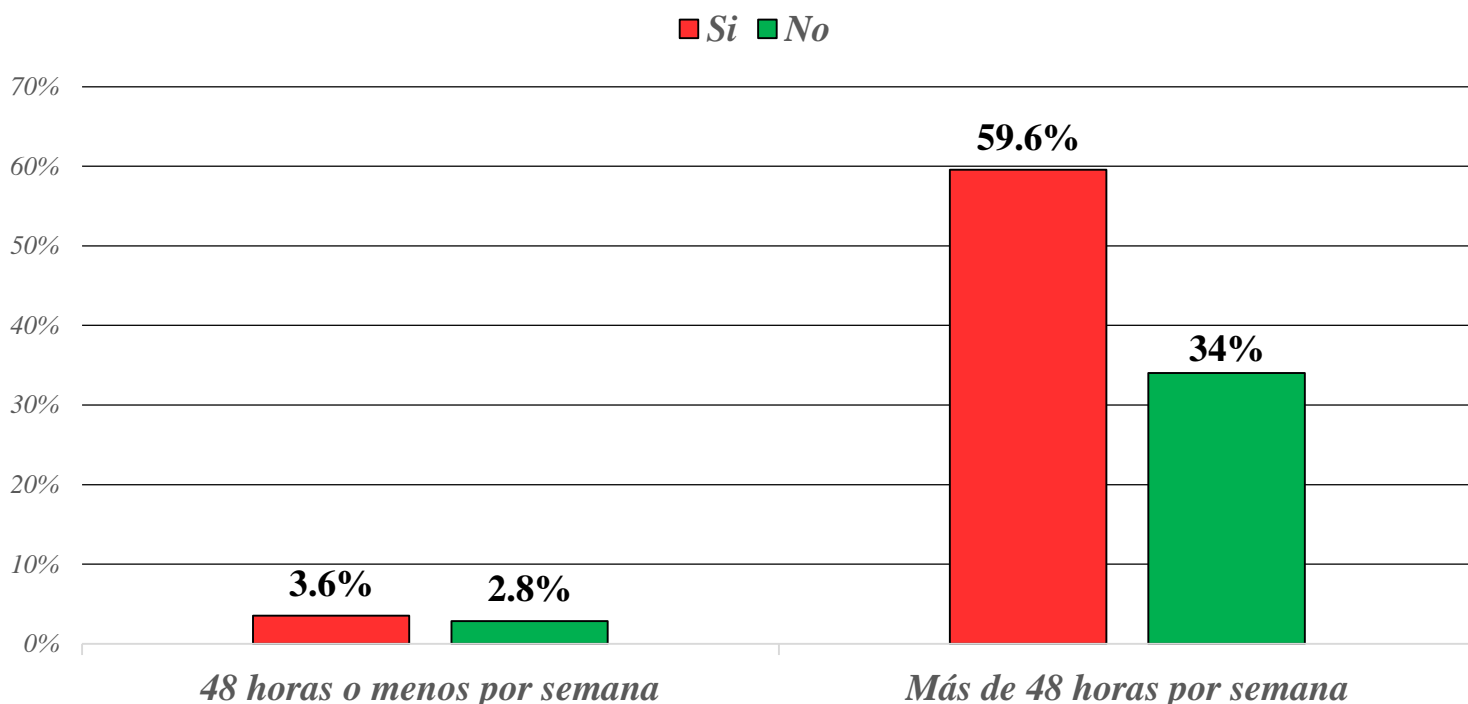
Diagnóstico de Síndrome de Burnout según las horas laborales durante jornada laboral del personal del área de emergencia del Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”, Enero – Marzo, 2020.

Diagnóstico – Horas laborales por semana	48 horas o menos a la semana		Más de 48 horas a la semana	
	F	%	F	%
Si tiene diagnóstico	5	3.6	84	59.6
No tiene diagnóstico	4	2.8	48	34
Total:	Frecuencia 141 Porcentaje 100			

Fuente: Formulario de Maslach modificado.

Gráfico N° 30.

Diagnóstico de Síndrome de Burnout según las horas laborales durante jornada laboral del personal del área de emergencia del Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”, Enero – Marzo, 2020. (n=141)



Fuente: Tabla N° 48.

Tabla N° 49.

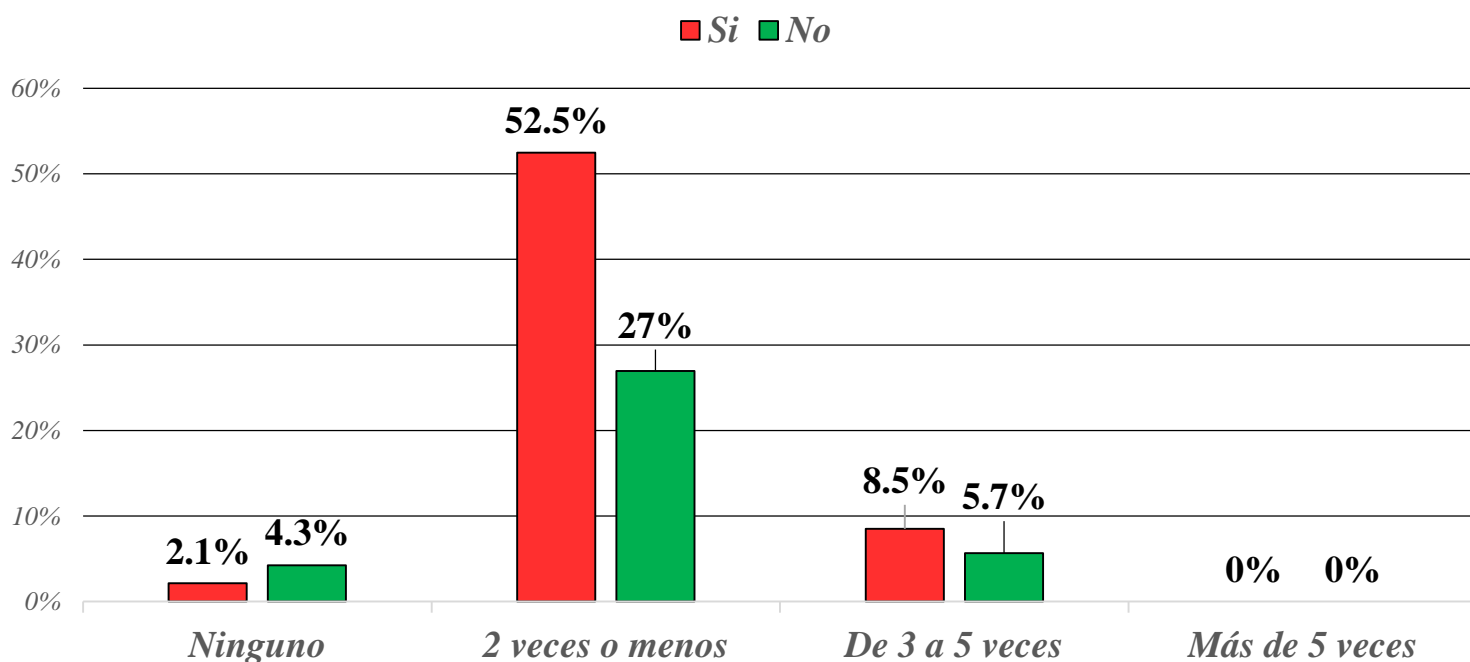
Diagnóstico de Síndrome de Burnout según número de veces que realiza turno nocturno por semana el personal del área de emergencia del Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”, Enero – Marzo, 2020.

Diagnóstico – Turno nocturno por semana	Ninguno		2 veces o menos		De 3 a 5 veces		Más de 5 veces	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Si tiene diagnóstico	3	2.1	74	52.5	12	8.5	0	0
No tiene diagnóstico	6	4.3	38	27	8	5.7	0	0
Total:	Frecuencia 141 Porcentaje 100							

Fuente: Formulario de Maslach modificado.

Gráfico N° 31.

Diagnóstico de Síndrome de Burnout según número de veces que realiza turno nocturno por semana el personal del área de emergencia del Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”, Enero – Marzo, 2020. (n=141)



Fuente: Tabla N° 49.

Tabla N° 50.

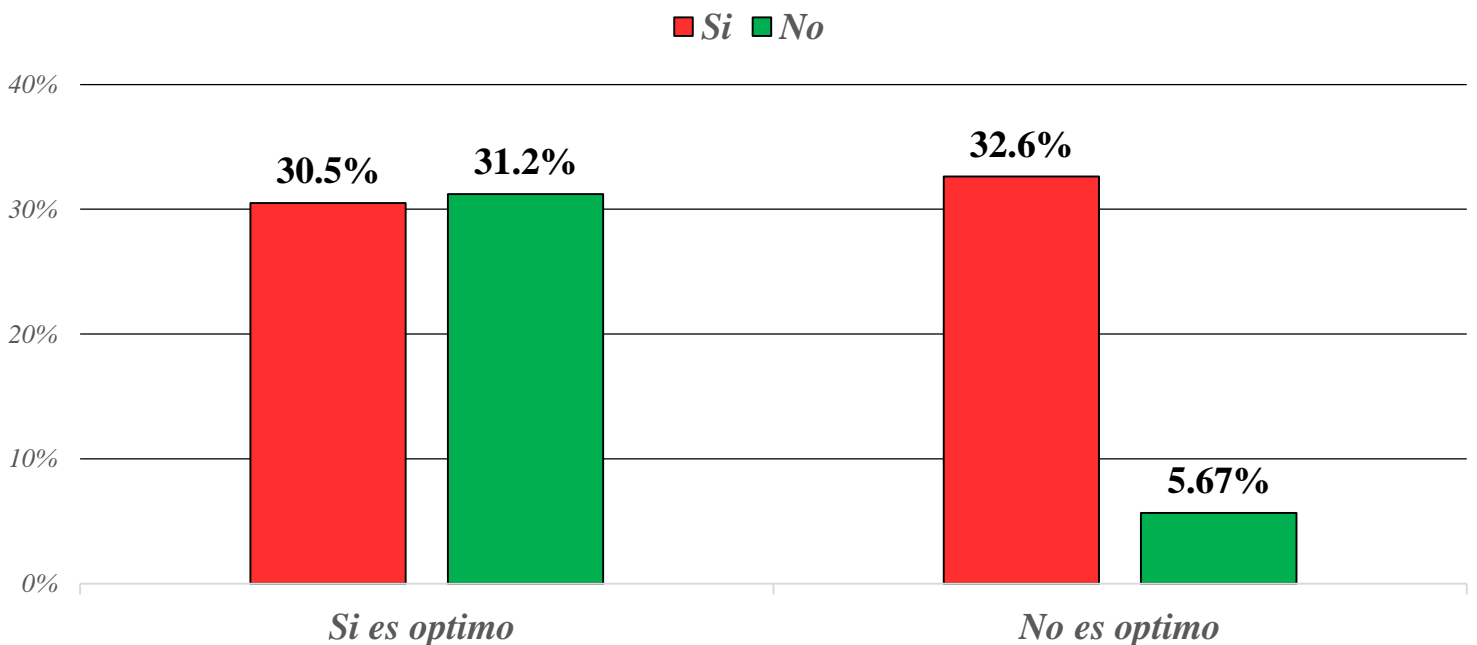
Diagnóstico de Síndrome de Burnout según número de participantes que consideran como “su espacio de trabajo óptimo para el desarrollo de sus funciones laborales”, que forman parte del personal del área de emergencia del Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”, Enero – Marzo, 2020.

Diagnóstico – Espacio óptimo	Si es óptimo		No es óptimo	
	F	%	F	%
Si tiene diagnóstico	43	30.5	46	32.6
No tiene diagnóstico	44	31.2	8	5.67
Total:	Frecuencia 141 Porcentaje 100			

Fuente: Formulario de Maslach modificado.

Gráfico N° 32.

Diagnóstico de Síndrome de Burnout según número de participantes que consideran como “su espacio de trabajo óptimo para el desarrollo de sus funciones laborales”, que forman parte del personal del área de emergencia del Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”, Enero – Marzo, 2020. (n=141)



Fuente: Tabla N° 50.

Tabla N° 51.

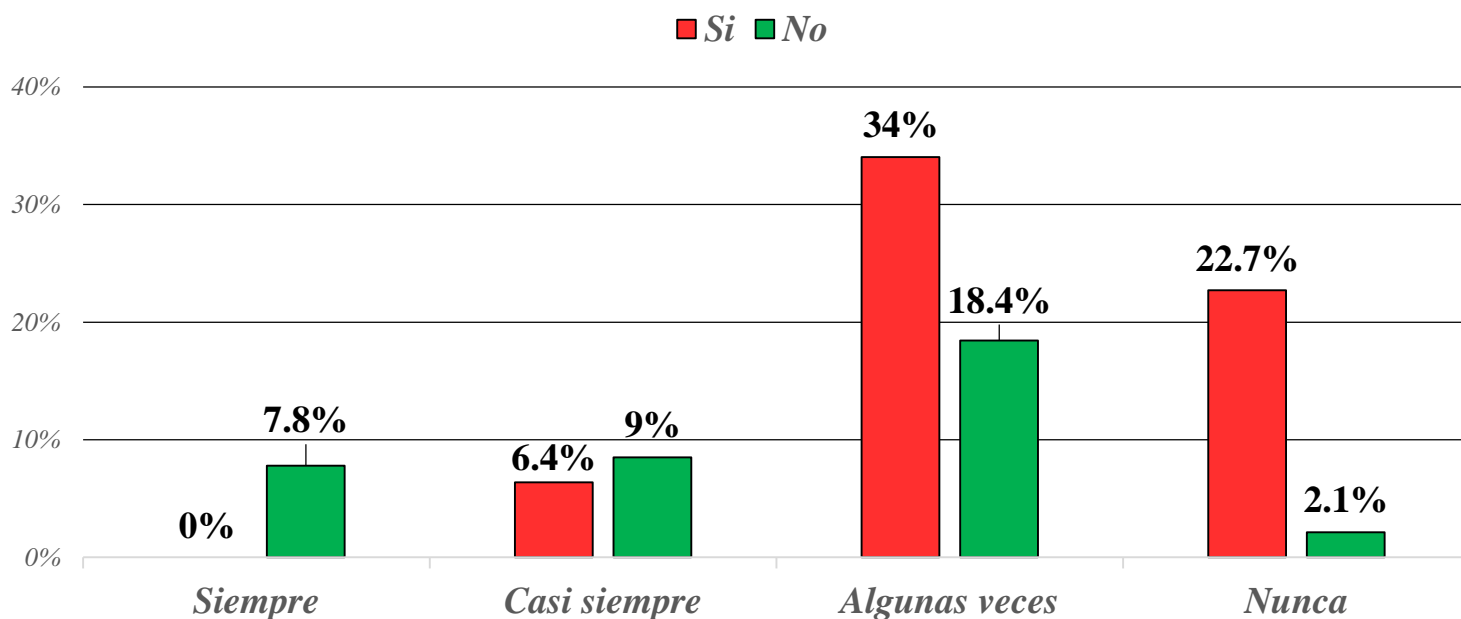
Diagnóstico de Síndrome de Burnout según horario de alimentación correspondiente del personal del área de emergencia del Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”, Enero – Marzo, 2020.

Diagnóstico – Horario de alimentación correspondiente	Siempre		Casi siempre		Algunas veces		Nunca	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Si tiene diagnóstico	0	0	9	6.4	48	34	32	22.7
No tiene diagnóstico	11	7.8	12	9	26	18.4	3	2.1
Total:	Frecuencia 141 Porcentaje 100							

Fuente: Formulario de Maslach modificado.

Gráfico N° 33.

Diagnóstico de Síndrome de Burnout según horario de alimentación correspondiente del personal del área de emergencia del Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”, Enero – Marzo, 2020. (n=141)



Fuente: Tabla N° 51.

Tabla N° 52.

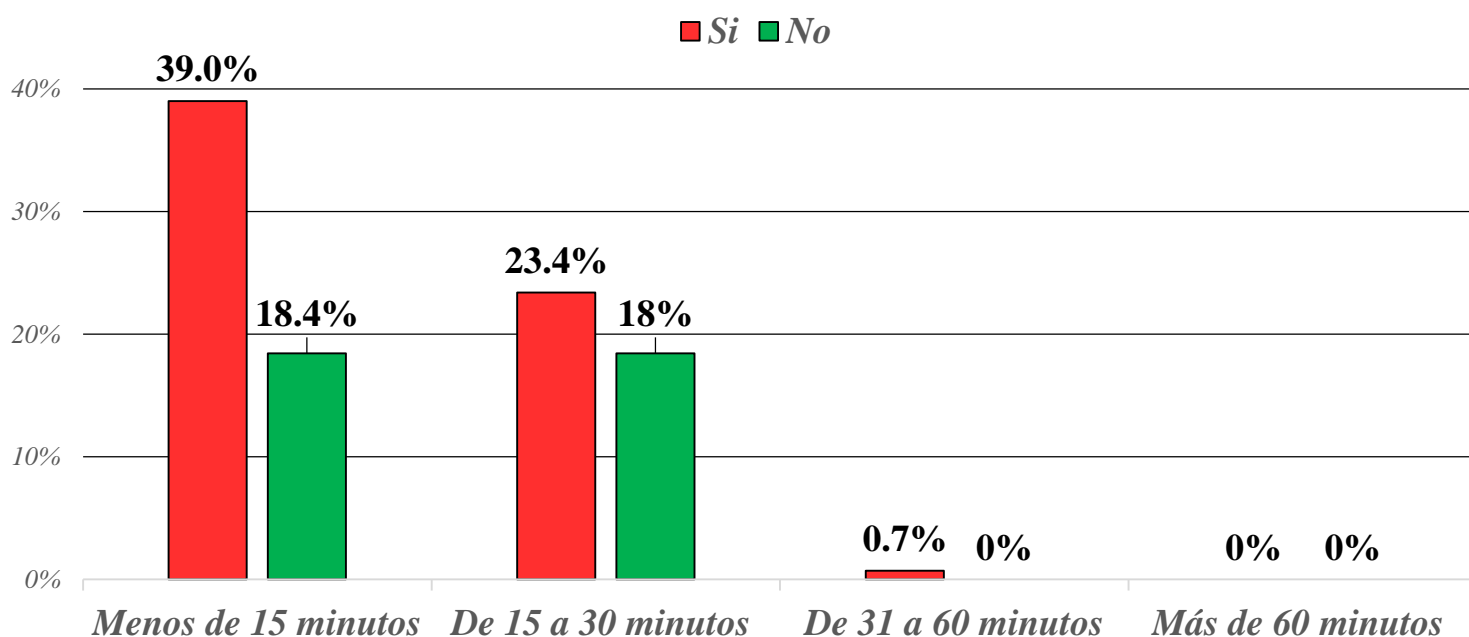
Diagnóstico de Síndrome de Burnout según el tiempo que se toma para comer durante jornada laboral el personal del área de emergencia del Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”, Enero – Marzo, 2020

Diagnóstico – Tiempo para comer	Menos de 15 minutos		De 15 a 30 minutos		De 31 a 60 minutos		Más de 60 minutos	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Si tiene diagnóstico	55	39	33	23.4	1	0.7	0	0
No tiene diagnóstico	26	18.4	26	18	0	0	0	0
Total:	Frecuencia 141 Porcentaje 100							

Fuente: Formulario de Maslach modificado.

Gráfico N° 34.

Diagnóstico de Síndrome de Burnout según el tiempo que se toma para comer durante jornada laboral el personal del área de emergencia del Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”, Enero – Marzo, 2020. (n=141)



Fuente: Tabla N° 52.

Tabla N° 53.

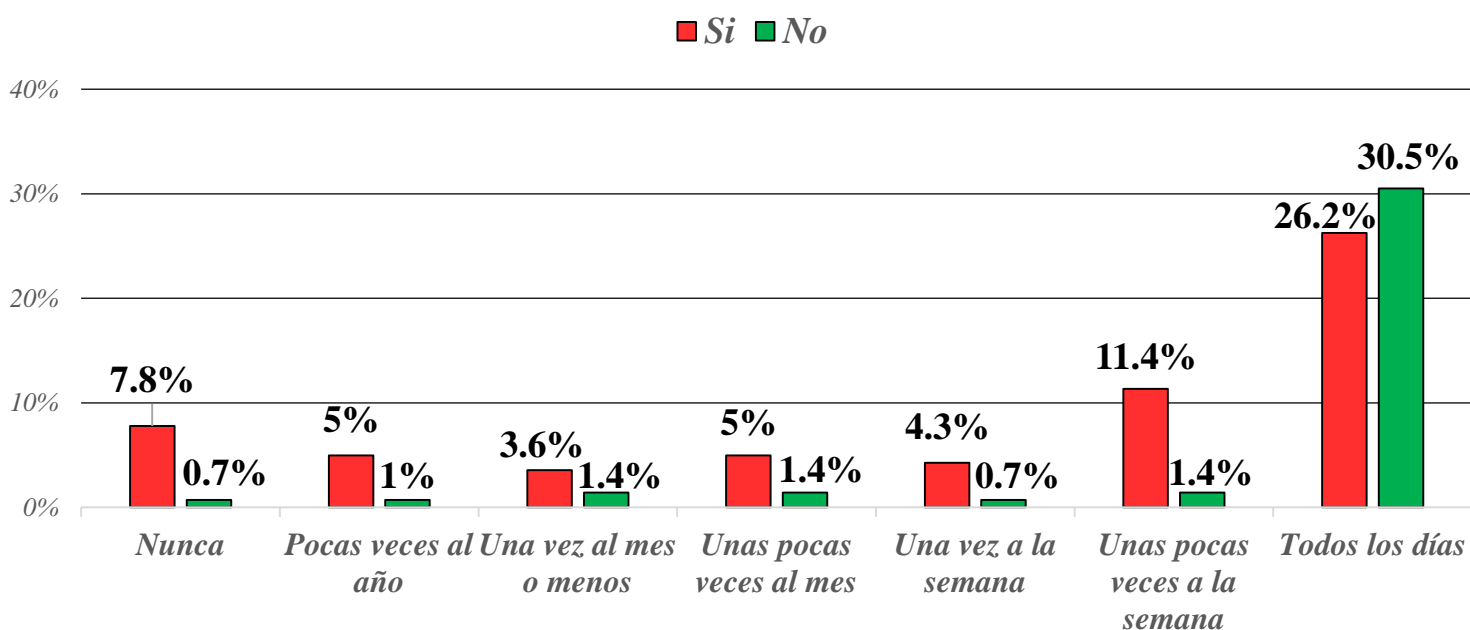
Diagnóstico de Síndrome de Burnout según la frecuencia con que se identifica con el pensamiento “Me siento parte importante del servicio de emergencia” el personal del área de emergencia del Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”, Enero – Marzo, 2020.

Diagnóstico – “Me siento parte importante del servicio de emergencia”	Si tiene diagnóstico		No tiene diagnóstico	
	F	%	F	%
Nunca	11	7.8	1	0.7
Pocas veces al año	7	5	1	1
Una vez al mes o menos	5	3.6	2	1.4
Unas pocas veces al mes	7	5	2	1.4
Una vez a la semana	6	4.3	1	0.7
Unas pocas veces a la semana	16	11.4	2	1.4
Todos los días	37	26.2	43	30.5
Total:	Frecuencia 141 Porcentaje 100			

Fuente: Formulario de Maslach modificado.

Gráfico N° 35.

Diagnóstico de Síndrome de Burnout según la frecuencia con que se identifica con el pensamiento “Me siento parte importante del servicio de emergencia” el personal del área de emergencia del Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”, Enero – Marzo, 2020. (n=141)



Fuente: Tabla N° 53.

Tabla N° 54.

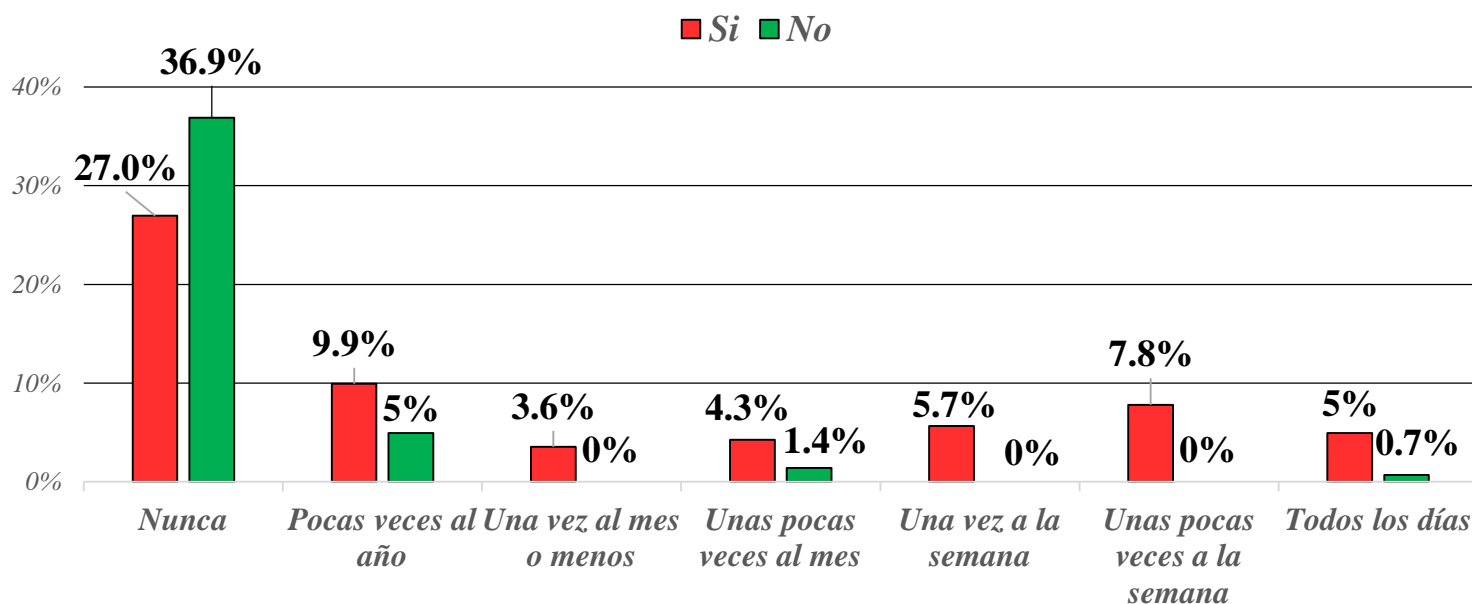
Diagnóstico de Síndrome de Burnout según la frecuencia con que se identifica con el pensamiento “Esta profesión no es para mí” el personal del área de emergencia del Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”, Enero – Marzo, 2020.

Diagnóstico – “Esta profesión no es para mí”	Si tiene diagnóstico		No tiene diagnóstico	
	F	%	F	%
Nunca	38	27	42	36.9
Pocas veces al año	14	9.9	7	5
Una vez al mes o menos	5	3.6	0	0
Unas pocas veces al mes	6	4.3	2	1.4
Una vez a la semana	8	5.7	0	0
Unas pocas veces a la semana	11	7.8	0	0
Todos los días	7	5	1	0.7
Total:	Frecuencia 141 Porcentaje 100			

Fuente: Formulario de Maslach modificado.

Gráfico N° 36.

Diagnóstico de Síndrome de Burnout según la frecuencia con que se identifica con el pensamiento “Esta profesión no es para mí” el personal del área de emergencia del Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”, Enero – Marzo, 2020. (n=141)



Fuente: Tabla N° 54.

Tabla N° 55.

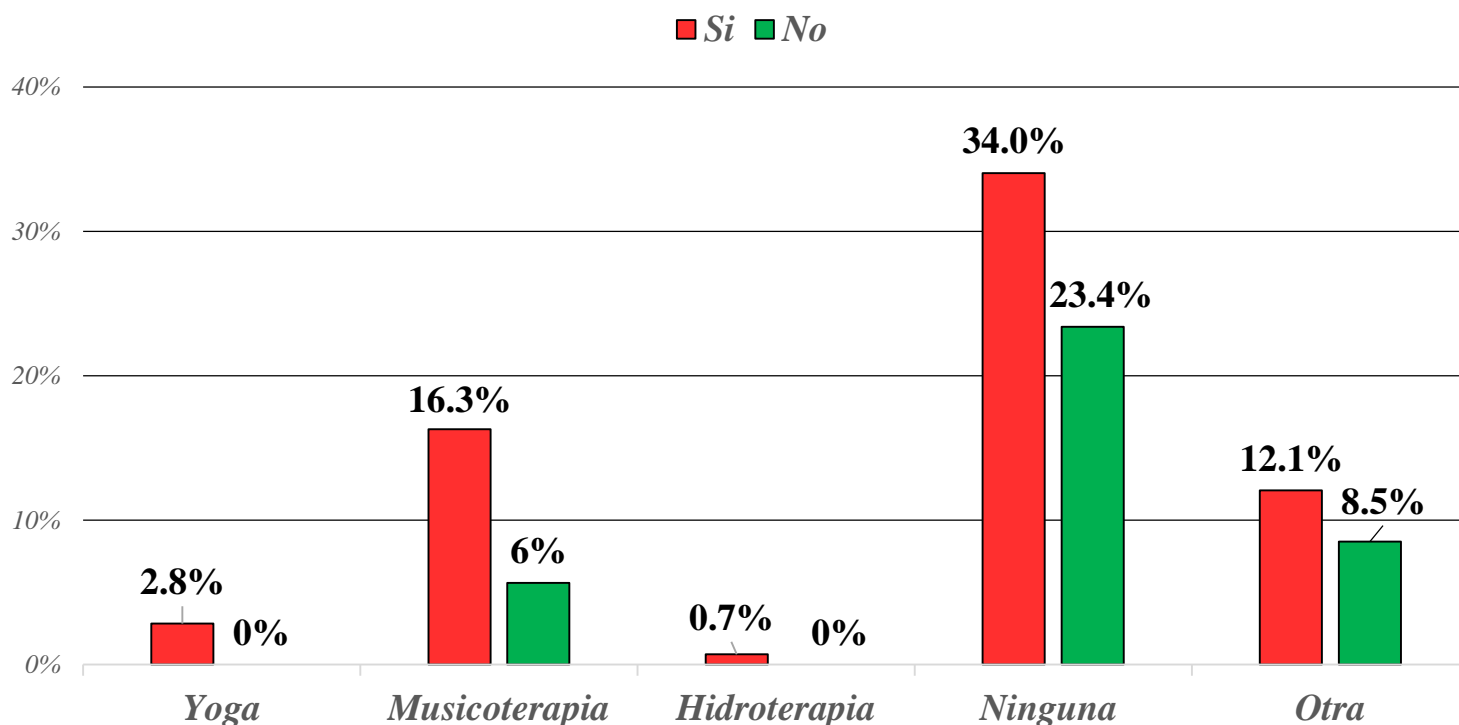
Diagnóstico de Síndrome de Burnout según medidas de relajación que practica en tiempo libre el personal del área de emergencia del Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”, Enero – Marzo, 2020.

Diagnóstico – Medidas de relajación	Si tiene diagnóstico		No tiene diagnóstico	
	F	%	F	%
Yoga	4	2.8	0	0
Musicoterapia	23	16.3	8	6
Hidroterapia	1	0.7	0	0
Ninguna	48	34	33	23.4
Otra	17	12.1	12	8.5

Fuente: Formulario de Maslach modificado.

Gráfico N° 37.

Diagnóstico de Síndrome de Burnout según medidas de relajación que practica en tiempo libre el personal del área de emergencia del Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”, Enero – Marzo, 2020. (n=141)



Fuente: Tabla N° 55.

Tabla N° 56.

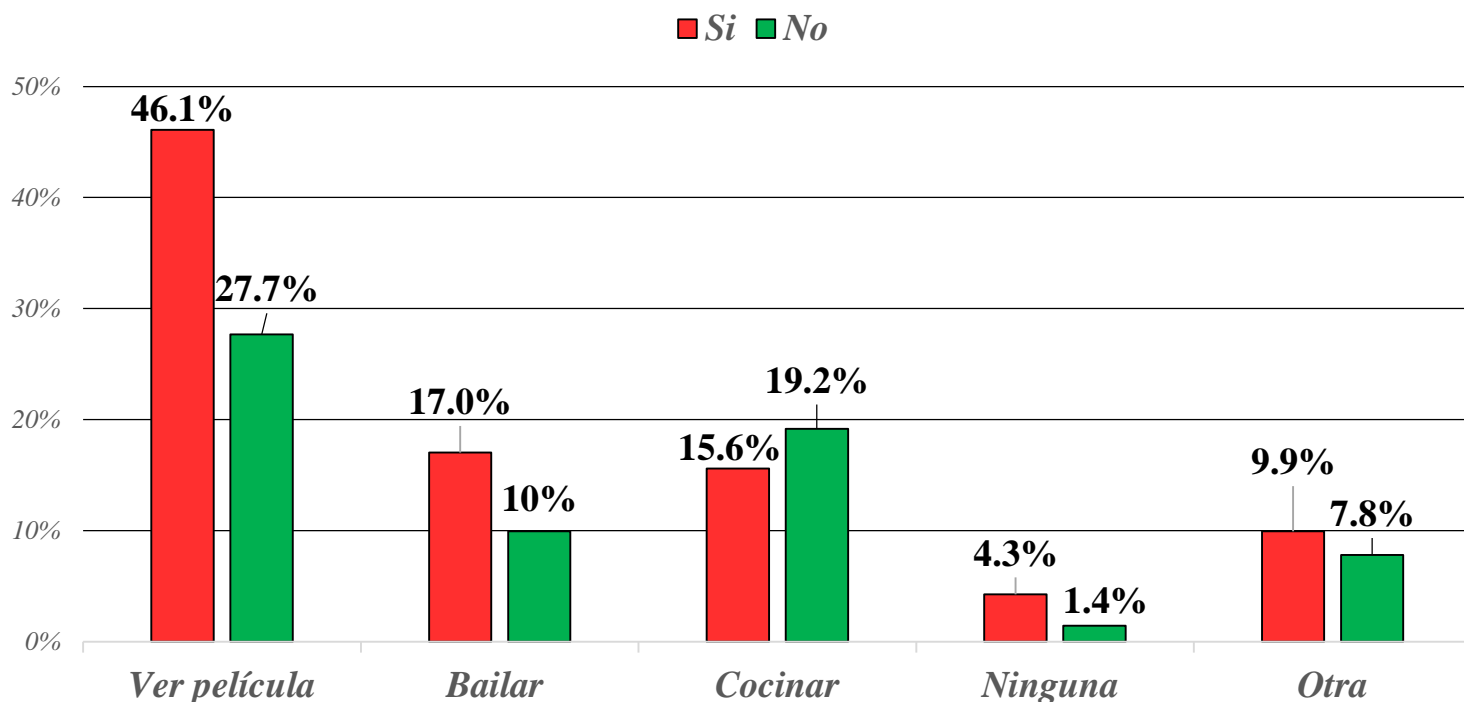
Diagnóstico de Síndrome de Burnout según medidas de recreación que practica en tiempo libre el personal del área de emergencia del Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”, Enero – Marzo, 2020.

Diagnóstico – Medidas de recreación	Si tiene diagnóstico		No tiene diagnóstico	
	F	%	F	%
Ver película	65	46.1	39	27.7
Bailar	24	17	14	10
Cocinar	22	15.6	27	19.2
Ninguna	6	4.3	2	1.4
Otra	14	9.9	11	7.8

Fuente: Formulario de Maslach modificado.

Gráfico N° 38.

Diagnóstico de Síndrome de Burnout según medidas de recreación que practica en tiempo libre el personal del área de emergencia del Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”, Enero – Marzo, 2020. (n=141)



Fuente: Tabla N° 56.

Tabla N° 57.

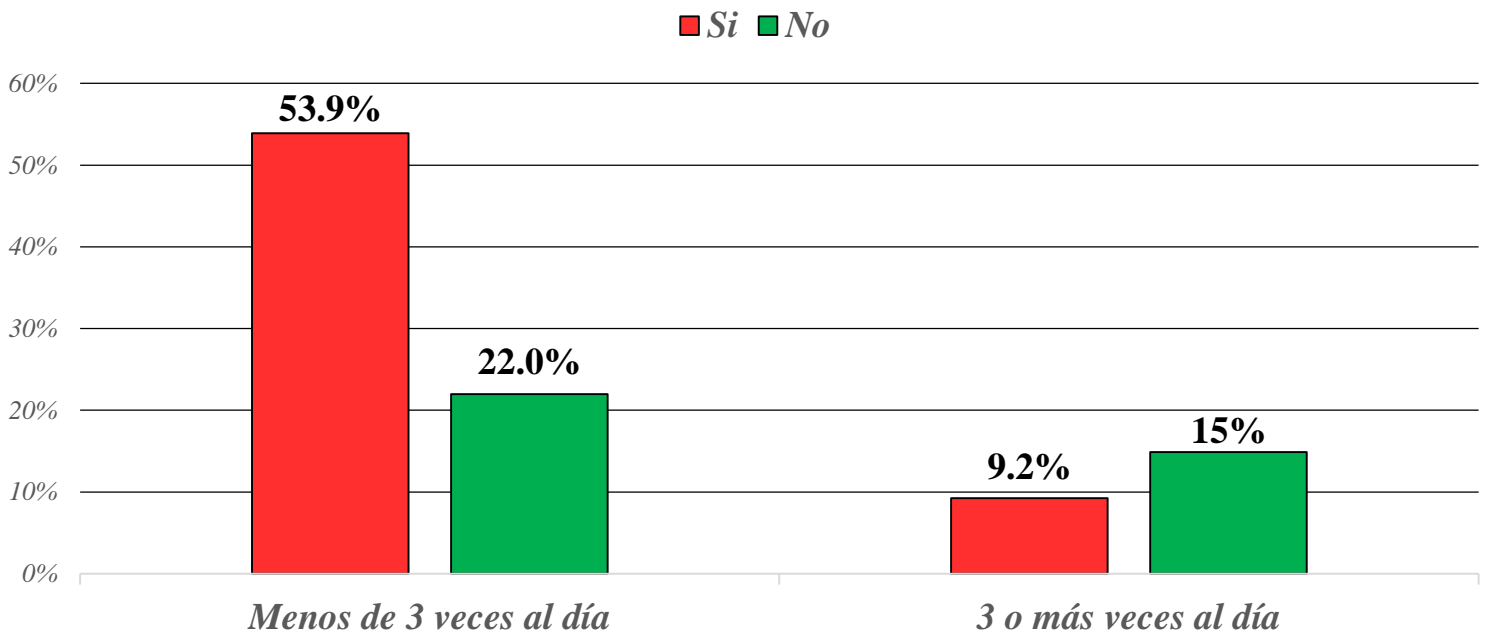
Diagnóstico de Síndrome de Burnout según la frecuencia de pausas activas que realiza el personal del área de emergencia del Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”, Enero – Marzo, 2020

Diagnóstico – Pausas activas	Menos de 3 veces al día		3 o más veces al día	
	F	%	F	%
Si tiene diagnóstico	76	53.9	13	9.2
No tiene diagnóstico	31	22	21	15
Total:	Frecuencia 141 Porcentaje 100			

Fuente: Formulario de Maslach modificado.

Gráfico N° 39.

Diagnóstico de Síndrome de Burnout según la frecuencia de pausas activas que realiza el personal del área de emergencia del Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”, Enero – Marzo, 2020. (n=141)



Fuente: Tabla N° 57.

Tabla N° 58.

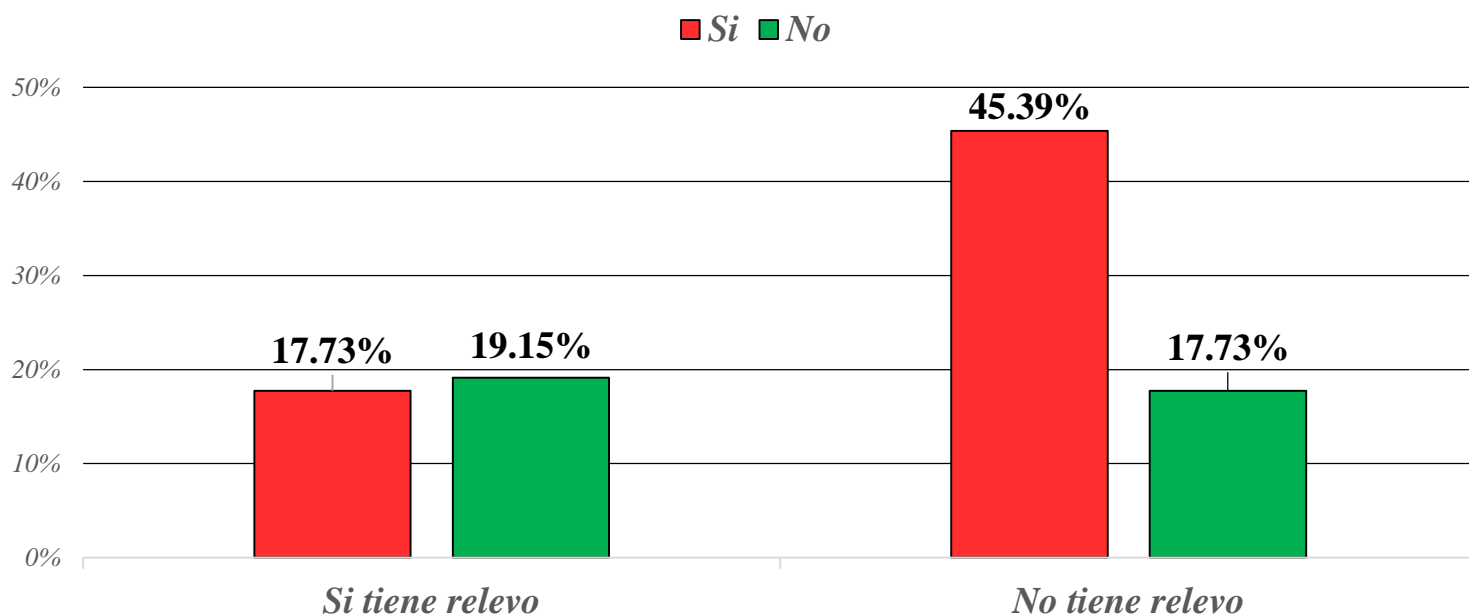
Diagnóstico de Síndrome de Burnout según relevos entre compañeros durante jornada laboral del personal del área de emergencia del Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”, Enero – Marzo, 2020.

Diagnóstico – Relevos	Si tiene relevo		No tiene relevo	
	F	%	F	%
Si tiene diagnóstico	25	17.73	64	45.39
No tiene diagnóstico	27	19.15	25	17.73
Total:	Frecuencia 141 Porcentaje 100			

Fuente: Formulario de Maslach modificado.

Gráfico N° 40.

Diagnóstico de Síndrome de Burnout según relevos entre compañeros durante jornada laboral del personal del área de emergencia del Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”, Enero – Marzo, 2020. (n=141)



Fuente: Tabla N° 58