

Dirección General de Docencia e Investigaciones – MINSA
Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón Gutiérrez

TRIBUNAL EXAMINADOR

ACEPTADO POR EL MINISTERIO DE SALUD DE NICARAGUA Y POR LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA, MANAGUA – LEON

Dra.: Tania de los Andes Gómez Barrios


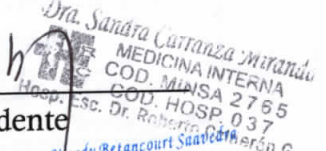
No. cédula: 001-130782-0012J culminó la Especialidad de MEDICINA DE
EMERGENCIA

en el año Académico: 2010 – 2013

Realizó Defensa de Tesis: Prevalencia del síndrome de Burnout en personal médicos del Servicio
de Emergencia de cuatro hospitales públicos de Managua, Enero 2013.

En la ciudad de: Managua Fecha: 01 / Marzo / 2013
Día Mes Año

Dra. Sandra Carranza Miranda
Nombre y Apellidos




Firma del Presidente

Dra. Sandra Carranza Miranda
MEDICINA INTERNA
COD. MINSAL 2765
Hosp. Esc. Dr. Roberto Calderón C
COD. HOSP 037


Dra. Wendy Betancourth
Nombre y Apellidos


Firma del Secretario

Dra. Wendy Betancourth Saavedra
MÉDICO Y CIRUJANO
ESPECIALISTA EN MEDICINA
DE EMERGENCIA
COD. MINSAL 9942

Dr. Marcos U. Fonseca Laguna
Nombre y Apellidos


Firma del Vocal

Dr. Marcos U. Fonseca Laguna
MÉDICO Y CIRUJANO
ESPECIALISTA EN EMERGENCIAS
DE MEDICINA QUIRURGICAS
COD. MINSAL 19298


Ministerio de Salud
Hosp. Dr. Roberto Calderón C
DIRECCION DOCENTE
Dra. Gretel Sequeira Castillo
Sub Director Docente
Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón Gutiérrez

DEDICATORIA

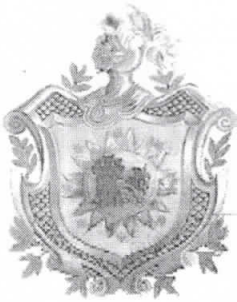
A mis colegas para que luchemos
día a día por el desarrollo de nuestra
profesión de nuestros derechos y valores
teniendo como bandera el
progreso y no la mediocridad.

AGRADECIMIENTO

A DIOS, por darme la vida a través de mis queridos PADRES: JOSE Y ROSARIO quienes con mucho cariño, amor y ejemplo han hecho de mi una persona con valores para poder desenvolverme como: ESPOSA, MADRE Y PROFESIONAL

A MI ESPOSO E HIJOS, que son el motivo y la razón que me ha llevado a seguir superándome día a día, para alcanzar mis más apreciados Ideales de superación, ellos fueron quienes en los momentos más difíciles me dieron su amor y comprensión para poderlos superar.

A MIS HERMANOS Y SOBRINOS estuvieron dándome ánimo durante todo este tiempo realmente difícil.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
HOSPITAL ESCUELA ROBERTO CALDERON

TESIS MONOGRAFICA PARA OPTAR AL TITULO DE ESPECIALISTA EN
EMERGENCIOLOGIA

Prevalencia del Síndrome de Burnout en personal médico del servicio de
emergencia de cuatro hospitales públicos de Managua, Enero 2013.

Autora:

Dra. Tania de los Andes Gómez Barrios
Residente de Emergencia

Tutor: *Dr. Gonzalo Latino Saballos MB*
Emergencia

Asesor metodológico: *Dr. Steven Cuadra*

cd-rom

Biblioteca Central "Salomón de la Selva"	
UNAN-Managua	
Fecha de Ingreso:	<i>15/10/15</i>
Comprado:	<i>Don. Fac. Medicina</i>
Precio: C\$	US
Registro No.	<i>63414</i>

MED
ESP/EMERGEN
378.242
Góm
2013

CONTENIDO

Introducción	3
Antecedentes	5
Justificación	12
Planteamiento del problema	13
Objetivos	14
Marco teórico	15
DISEÑO METODOLOGICO.....	<u>37</u>
Resultados	40
Discusion	<u>44</u>
BIBLIOGRAFIA	53

INTRODUCCIÓN

Este síndrome ha sido reconocido desde hace varios años en personas que se desempeñan en diversos ámbitos de la actividad humana, en especial en aquellos que trabajan en ambientes o que se dedican a profesiones en las cuales están expuestos a una gran tensión o a estrés intenso ya sea en forma cíclica o continua como contadores, corredores de bolsa, directivos o ejecutivos de empresas de diversas áreas pero que tienen niveles importantes de responsabilidad en toma de decisiones. Por lo anterior este síndrome no es exclusivo de la medicina ni mucho menos de la medicina de urgencia o de los servicios de urgencias. Sin embargo es de suma importancia para quienes nos dedicamos a la Medicina de Urgencia pues esta especialidad médica tiene implícito el estrés como algo ineludible como algo que viene en el mismo "paquete" y desde el punto de vista laboral como algo cotidiano

Todos los factores que se han identificado como causantes del síndrome de Burn Out, se interrelacionan y tienen un efecto acumulativo que puede dar lugar con el paso del tiempo a una sensación de insatisfacción por el trabajo y es lo que origina sentirse "quemado" por lo que no hay, no ha habido, ni habrá algún especialista en Medicina de Urgencia, que a lo largo de su carrera no experimente en algún momento el síndrome de "Burn Out".

El experimentar este síndrome, o parte de él, origina que surjan algunas manifestaciones, reacciones y expresiones que hemos escuchado más de una vez entre nuestros compañeros de trabajo o que incluso nosotros mismos hemos manifestado tales como: estoy cansado, estoy quemado, estoy "tronado", estoy rendido, nada me motiva a seguir trabajando, todo me da igual, etc.

Pero esto sólo es una pequeña muestra de lo que está ocasionando en los trabajadores médicos de los servicios de emergencias, el estrés al que se está expuestos, prácticamente sólo es la "punta del iceberg".

Es muy importante que el especialista en medicina de urgencias aprenda a reconocer los síntomas de este síndrome en él mismo así como en sus colegas, con el fin de obtener ayuda para poder resolverlo de la mejor manera y lo más rápido posible.

El personal médico que labora en el área de la Emergencia, a medida que transcurre el día de su guardia, se siente fatigado y con falta de fuerza, aunado a esto se le pueden sumar circunstancias especiales como es el estrés causado por una emergencia, el simple hecho de trabajar con un equipo médico incompleto y falta de insumos, lo cual influyen directamente en la calidad de la asistencia médica a nivel de la emergencia.

Todo lo expuesto anteriormente, motivo la realización de este estudio para determinar la prevalencia del Síndrome de Burnout en personal médico del servicio de emergencia de cuatro hospitales públicos de Managua.

ANTECEDENTES

El Síndrome de Burnout ha sido investigado en ámbitos y grupos ocupacionales diversos. Las exploraciones iniciales se realizaron en médicos y enfermeras (os), posteriormente, se incluyeron profesionales ligados a la salud mental tales como psiquiatras, enfermeras psiquiátricas y auxiliares de Enfermería (Gil-Monte & Peiró, 1997). Aunque en la actualidad se acepta que el Síndrome de Burnout afecta a cualquier grupo ocupacional, existen profesionales más predispuestos a este síndrome, como es el caso específico de los profesionales de la salud.

Un estudio realizado a nivel internacional entre médicos especialistas en medicina de urgencias reportó que en el 19% de médicos encuestados presentaban síntomas de depresión, 23% referían niveles altos de estrés, pero lo que más llamaba la atención es que en el 43% de ellos consideraban que a 10 años no estarían ya atendiendo pacientes. Pero por si esto fuera poco se ha demostrado que: el estrés físico y emocional es la segunda causa de abandono de la carrera entre los médicos especialistas en medicina de urgencias en diversos países (Alonso y col., 2001)

Barría (2002) en el estudio "Síndrome de Burnout en asistentes sociales del Servicio Nacional de Menores de la Región Metropolitana de Chile", determinó que: "El perfil del asistente social con presencia del síndrome del burnout tiene las siguientes características: son en su mayoría mujeres, pero con una presencia también significativa de hombres, de 26 a 35 años de edad, con pareja estable, casada (o), con hijos de 1 a 5 años, con menos de 9 años de ejercicio de la profesión y menos de tres años de permanencia en la institución. El Síndrome de Burnout aparece en el primer año de trabajo, lo cual podría explicar la rotación de profesionales y los cambios constantes de trabajo".

Prieto y Robles (2002) en el estudio "Burnout en médicos de atención primaria de la provincia de Cáceres (España)", determinaron que: "Un 50% presentaba alteraciones psicofísicas en los tres meses previos; el 33% soporta mucha

burocracia. Las alteraciones en la esfera familiar y sociolaboral se asocian con los niveles elevados de despersonalización y agotamiento emocional. La antigüedad, la conflictividad sociolaboral y familiar, se asocian con altos niveles de desgaste emocional".

Del Río y Perezagua (2003) en el informe "El síndrome de burnout en los enfermeros/as del Hospital Virgen de la Salud de Toledo (España)", llegaron a la siguiente conclusión: "Recogidos trescientos veinte cuestionarios, lo que supone más del 60% de los (as) enfermeros (as) que trabajan en el hospital, el 17,83% sufría burnout, donde el intervalo de confianza del 95% corresponde a 14,2%-21,4%. Además se objetivó la presencia de cansancio emocional en el 43,3% de los enfermeros/as, despersonalización en el 57%; y la falta de realización en el trabajo en el 35,66%".

Román (2003) en la investigación "Estrés y burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención (Chile)", encontró los siguientes hallazgos: "Se estableció la hipótesis de que, así como el género y la profesión, el nivel de atención también diferenciaba significativamente las respuestas de estrés y Burnout. Una segunda hipótesis consistió en que el bajo reconocimiento profesional se asocia a respuestas de estrés y de Burnout. Ambas fueron confirmadas. La prevalencia de Burnout fue ligeramente superior a 30% y la de síntomas de estrés de 50 %. El Burnout afectó fundamentalmente a las mujeres médicas de atención primaria, y el estrés a las enfermeras del mismo nivel de atención".

Martínez y Del Castillo (2003) en la investigación "Estudio sobre la prevalencia del burnout en los médicos del Área Sanitaria de Talavera de la Reina (España)", concluyeron que: "La prevalencia del síndrome de burnout en profesionales médicos del Área Sanitaria de Talavera de la Reina, es muy alta (76.4%)".

Ibáñez y Vilaregut (2004), en el estudio "Prevalencia del síndrome de burnout y el estado general de salud en un grupo de enfermeras de un hospital de Barcelona. Revista de Enfermería clínica", determinaron que: "El 71.4% de las

enfermeras estudiadas presentaron síntomas físicos y psíquicos de origen psicológico que podrían requerir atención especializada y éstos se correlaciona con el cansancio emocional y la despersonalización. Las enfermeras que desean cambiar su horario de trabajo (42.9%) o de profesión (32.9%) puntuaron más alto en la sub escala de cansancio emocional. Por tanto, el perfil epidemiológico de riesgo de padecer burnout sería el de mujer casada con pocas horas de ocio a la semana y que desea cambiar su horario de trabajo".

Encomo, Paz y Liebster (2004), en la investigación titulada "Rasgos de personalidad, ajuste Psicológico y Síndrome de agotamiento en personal de enfermería (Venezuela)", determinaron que: El síndrome de Agotamiento no está relacionado con una "Personalidad tipo"; se trata de rasgos de personalidad particulares asociados con la capacidad que tiene un sujeto de utilizar los recursos materiales y psicológicos disponibles para generar respuestas adaptativas entre las necesidades internas y las exigencias del ambiente.

Varela y Fantao (2005), en el informe "Desgaste profesional entre los odontólogos y estomatólogos del Servicio de Gallego de Salud (España)", arribaron a los siguientes resultados: "Se obtuvieron valores altos de cansancio emocional (54.3%) y despersonalización (55.6%); mientras que, la realización profesional fue del 6.9%. No se han hallado diferencias en estos parámetros en función de la edad, el estado civil, sexo, tipo de contrato y el ámbito de ejercicio".

Ramos y Domínguez (2006) en el trabajo de investigación "Prevalencia de burnout y variables asociadas en los médicos de atención primaria de Burgos (España)", concluyeron que: "El 67.9% de profesionales médicos presentan burnout, de los cuales, la tercera parte (21.6%) de grado máximo. En el análisis multivariable la localización urbana del centro aparece relacionada con el burnout y aglutina un cupo y una presión asistencial elevados".

Aranda, Pando y Torres (2005) en la investigación ""Factores psicosociales y síndrome de burnout en médicos de familia. México", llegó a los siguientes resultados: "La prevalencia de burnout en los médicos de familia fue 41,8%. Tanto las asociaciones significativas como aquellas variables sociodemográficas y laborales que se comportaron como factor de riesgo se inclinaron hacia la dimensión "agotamiento emocional". Conclusiones: Aunque las variables en estudio fueron pocas, las que resultaron relacionadas con el desarrollo del síndrome fueron importantes como para ser vistas desde un nivel preventivo. Así mismo, se sugiere que quienes ya manifiestan signos y síntomas por este síndrome sean derivados para atención médica y/o psicológica y, si el caso lo requiere, brindarle incapacidad, con la finalidad de mejorar el bienestar y la salud del trabajador, así como la calidad de atención y de vida al derechohabiente".

Quiroz y Saco (2003) en el la investigación "Factores asociados al síndrome burnout en médicos y enfermeras del hospital nacional sur este de EsSalud del Cusco", determinaron que: "Durante los meses de Octubre de 1998 a Febrero de 1999, se realizó un estudio de prevalencia del Síndrome Burnout y los factores asociados al mismo en 64 médicos y 73 enfermeras del Hospital nacional Sur Este de ESSALUD del Cusco, que corresponde al 83.1 % de médicos y al 81 % de enfermeras que trabajaban en esos meses en dicho hospital. La prevalencia del Síndrome Burnout se encuentra en grado bajo en el 79.7 % de médicos y 89 % de enfermeras; en grado medio en el 10.9 % de médicos y 1.4 % de enfermeras.

No se encontró Síndrome Burnout en alto grado. Existe asociación estadísticamente significativa con las siguientes variables: sexo masculino, la profesión de médico, tiempo de servicio mayor de 12 años, baja motivación laboral, baja satisfacción laboral y alta insatisfacción laboral. Existe baja asociación estadística con el trabajo mayor a 40 horas semanales, menos de 6 horas de esparcimiento semanal y otros trabajos fuera del hospital. Existe correlación inversa con situación laboral, motivación para el trabajo,

autopercepción laboral, satisfacción laboral e insatisfacción laboral. No se encuentra asociación estadísticamente significativa con el número de horas de trabajo diario, ni con quien vive".

Gomero, Palomino, Ruiz y Llap (2005) en el estudio piloto "El Síndrome de Burnout en personal sanitario de los hospitales de la empresa minera de Southern Perú Copper Corporation", hallaron los siguientes resultados: "Se recibieron 82 (63%) cuestionarios debidamente llenados de los 130 entregados, de los cuales 26 fueron médico(a)s, 35 enfermero(a)s y 21 auxiliares de enfermería. Solo un médico presentó puntaje alto para cansancio emocional (CE) y despersonalización (DP) y bajo para baja realización personal (BRP). En la población estudiada se encontró un médico con diagnóstico de Síndrome de Burnout, quien se caracterizó por el desarrollo temprano del síndrome y no asociado a la realización de turnos. Además concluimos en la necesidad de repetir el estudio en instituciones de salud públicas".

En el ámbito regional no existen estudios acerca del síndrome de burnout, pero si referidos al estrés laboral. Rejas y Acori (1998) en la tesis sobre "Factores que influyen en los niveles de estrés en Enfermeras asistenciales del Hospital de Referencia Sub Regional de Ayacucho", llegaron a las siguientes conclusiones: "De 68 (100%) profesionales de Enfermería, 32.4% trabajan 12 horas diarias, de las cuales, 16.2% presentan estrés severo, 13.2% moderado y 2.9% leve. El 29.4% trabajan de 15 a 18 horas diarias, de ellas, 22.1% presentan estrés severo y 8.8% moderado. El 17.7% trabajan 24 horas diarias y presentan estrés severo; demostrándose que en esta institución existe sobrecarga laboral debido a la inadecuada dotación de personal, que termina por agotar física y mentalmente a los profesionales de Enfermería".

Arévalo (2004) en la tesis titulada "Sobrecarga laboral y su influencia en la funcionalidad familiar de los profesionales de enfermería del Hospital Regional de Ayacucho", concluyó que: el 71.4% de profesionales asistenciales de este nosocomio experimentan sobrecarga laboral; de ellos, el 55.5% tienen familias disfuncionales, Por tanto, la dotación de personal sigue siendo insuficiente, debido al excesivo número de pacientes hospitalizados que supera la

capacidad real de atención de los profesionales de Enfermería, situación que hace que culminen con su jornada laboral agotados física y mentalmente, razón por la cual perciben que trabajan a presión y más de su capacidad real".

De La Cruz y Palomino (2006) en la investigación "Efectividad de la terapia de relajación progresiva en la disminución del nivel de estrés en los profesionales de enfermería que laboran en los centros y puestos de salud de los distritos de Ayacucho, San Juan Bautista, Carmen Alto y Jesús Nazareno. Ayacucho", determinaron que: "el 100% (52) de profesionales de enfermería que labora en Centros y Puestos de salud del distrito de Ayacucho, San Juan Bautista, Carmen Alto y Jesús Nazareno presenta estrés en sus diferentes intensidades: 61.54% moderado, 36.54% severo y 1.92% leve. El estrés severo disminuyó de 36.54% (antes de la aplicación de la terapia de relajación progresiva) a 9.62% (después de la aplicación de esta terapia). Siendo el valor p de la prueba estadística Chi cuadrado menor que 0.001, se establece que la terapia de relajación progresiva es efectiva en la disminución del nivel de estrés en los profesionales de Enfermería".

Peralta y Pozo (2006) en la tesis "Factores asociados al síndrome de burnout en el equipo de salud asistencial del Hospital de Apoyo Huanta (Ayacucho)", concluyeron en los siguientes aspectos: "El 29.2% de integrantes del equipo de salud asistencial del Hospital de Apoyo Huanta presenta síndrome de burnout asociado significativamente con el tiempo de servicio, condición laboral, jornada laboral semanal y el perfil ocupacional".

Ríos, Altamirano y Morales Prevalencia del Sd. De Burnout y las características que presentan el personal medico de los Hospital Alemán Nicaragüense, Antonio Lenin Fonseca, Bertha Calderón en el primer trimestre del 2007. Concluyeron que 23 % de su muestra se diagnóstico Sd de Burnout con predominio del Sexo femenino.

Obando y García (2002) en Prevalencia del Sd de Burnout en personal de emergencia del Hospital Manuel de Jesús Rivera bajo grado de Burnout 56.9% sin diferencia frente a sexo edad situación laboral.

Salinas Jiménez (2003) en su trabajo Evaluación de estrés laboral en trabajadores del hospital docente José Dolores Fletes describe que éste predomina en el sexo femenino, solteros en edades entre 25-34 años.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Conocer la prevalencia del Síndrome de Burnout en personal médico que laboran en los servicio de emergencia de cuatro hospitales de Managua, al mes de enero del 2013.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Determinar la frecuencia global del síndrome de bournout, y de sus dimensiones específicas en la población en estudio.
2. Caracterizar las poblaciones en estudio según variable socio demográficas y laborales
3. Identificar potenciales factores predisponentes asociados a las características sociodemográficas de la población en estudio.
4. Identificar potenciales factores predisponentes asociados a las características profesionales y de la carga laboral la población en estudio.
5. Describir la frecuencia síntomas clinicos asociados a síndrome de bournout en la población en estudio.

JUSTIFICACIÓN

El Síndrome de Burnout o de desgaste profesional es una fase avanzada de estrés laboral crónico. La frecuencia de esta patología ha sido poco estudiada en los médicos. En los últimos tiempos se ha manifestado en nuestro medio la necesidad de investigar sobre un malestar relacionado con el trabajo que se presenta especialmente en profesiones y/o personas cuyas tareas están vinculadas al proceso salud-enfermedad.

El Síndrome de Burnout es una entidad que afecta a las personas en cuerpo y mente, relacionada con la tensión laboral y supone una disminución de la capacidad para tomar decisiones.

El conocimiento respecto a la prevalencia y los factores epidemiológicos y laborales asociados al Síndrome de Burnout permitirá al ministerio de salud, implementar programas de promoción de la salud ocupacional para el profesional médico asistencial, teniendo en consideración que el Síndrome de Burnout se relaciona con una variedad de problemas de salud en la esfera física, psicológica, social y espiritual que comprometen la eficacia y eficiencia en la prestación de servicios.

La relevancia social se fundamenta en la necesidad de promover la prevención del Síndrome de Burnout en los profesionales de salud mediante el control de los factores de riesgo modificables, que garanticen un mejor desempeño profesional.

La investigación contribuirá en el conocimiento de los factores epidemiológicos y laborales asociados al Síndrome de Burnout, porque en la actualidad no existe consenso al respecto.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la prevalencia del Síndrome de Burnout en personal médico que laboran en los servicios de emergencia de cuatro hospitales de Managua, Enero del 2013?

Finalmente en general a los médicos no se nos permiten errores, (el médico debe ser perfecto) y aun cuando nosotros sabemos que esto es una utopía, de todos modos lo aceptamos e incluso favorecemos y compramos esta idea, el riesgo es que puede llevarnos a problemas serios de sobrecargas de trabajo pero sobre todo a desarrollar una gran ansiedad al no poder cumplir esta expectativa irreal.

Algunos de estos puntos negativos, tienen también implícito un posible riesgo médico- legal

COMBINACIÓN DE TRES ELEMENTOS

A continuación se desglosaran los tres elementos mencionados en la definición, los cuales al combinarse son causantes de manera predominante del desarrollo del síndrome de "Burn Out"

1. El ambiente y los sucesos

Es la causa más importante de estrés laboral tanto entre los médicos especialistas en medicina de urgencias como entre las enfermeras que laboran en los servicios de urgencias por las razones que a continuación se mencionan.

El desempeñar el trabajo bajo la mirada crítica de todo el mundo es como "vivir en una pecera". La crítica, la cual es generadora de estrés, es algo que el especialista en medicina de urgencia tiene que enfrentar a diario, lo cual es un factor de estrés laboral muy importante. La crítica por otros colegas del servicio y en especial por otros servicios, como por ejemplo medicina interna, cirugía general, terapia intensiva, banco de sangre, radiodiagnóstico, etc., se realiza en forma indiscriminada, critican las acciones terapéuticas, lo que se hizo y también lo que no se hizo, frecuentemente dudan de lo que se anota en el expediente clínico y consideran torpe o inadecuado lo realizado a un paciente, sin embargo no están ellos allí en el momento en que se recibe a los pacientes como para demostrar que efectivamente ellos lo "hubieran hecho mejor". Y aun

como importantes en un buen médico; dedicación y responsabilidad, altruismo, independencia y perfeccionismo. Además para los médicos especialistas en medicina de urgencia se deben tener "múltiples talentos", esto implica tener una gran capacidad de análisis, tener una gran serenidad, capacidad de actuar bajo tensión manteniendo la objetividad, tratar varios pacientes a la vez, saber diagnosticar y tratar diferentes padecimientos, en especial en nuestro país en donde definitivamente dependemos más de nuestra capacidad clínica que de los apoyos diagnósticos frecuentemente por carecer de ellos. Y definitivamente ser líder pero a la vez saber integrarse y trabajar en equipo. Muchas de estas características idealmente también las deben poseer las enfermeras.

Desafortunadamente cada una de estas cualidades tiene su lado negativo, que se puede agregar al estrés que cada médico experimenta y puede ser un factor que lo lleve a "desfondarse".

El médico que es muy dedicado y responsable, puede aceptar una gran carga de trabajo aún excesiva, incluso llegar al punto de poner en riesgo su salud y su bienestar, este nivel de sobrecarga de trabajo puede contribuir a desarrollar una sensación de que la actividad que se desempeña es un suplicio.

El altruismo llevado al extremo puede implicar una gran autonegación y un gran retraso para que se le brinde un merecido reconocimiento a su esfuerzo e incluso puede implicar la ausencia de ese reconocimiento, esto a la larga puede originar un gran resentimiento e ira.

Un médico de alto nivel académico con una personalidad muy fuerte e independiente que además tiene el reconocimiento de ser líder puede encontrar prácticamente imposible el pedir ayuda, lo cual puede llevarlo a desarrollar una sensación de soledad además de temor que puede derivar en miedo intenso.

También puede favorecer el aceptar sobrecargas de trabajo y desarrollar sensación de martirio. Por otro lado puede también tender a evitar solicitar ayuda, para atender a un paciente con un padecimiento difícil o grave, por el temor a ser criticado y visto como débil e incapaz.

cuando critican a diestra y siniestra no aceptan críticas en sentido opuesto pues prácticamente son "infalibles", aun cuando se nos exige que en tiempo breve se tomen decisiones serias no sólo terapéuticas, en pacientes de los que tenemos muy poca información y frecuentemente de los que no sabemos nada en especial si la vida de este paciente está en riesgo. Esto genera una gran incertidumbre, nuestros colegas de otras especialidades en los pisos o unidades especiales con un tratamiento iniciado y antecedentes más completos tardan varios días para llegar a un diagnóstico definitivo y poder egresar a los pacientes.

En este mismo sentido de las relaciones Inter-profesionales, es decir con los colegas de otros servicios, se ven a los médicos de urgencias como abusivos en cuanto a exceso de interconsultas y como proveedores de más trabajo.

Siempre que haya oportunidad y en especial si hay alguna queja en cuanto al "excesivo" número de pacientes para los cuales se piden valoraciones, tenemos el derecho de defendernos y debemos dar nuestra opinión sustentada y no es permisible ni aceptable que se nos ofenda o maltrate por hacer nuestro trabajo en especial si estamos conscientes que lo estamos llevando a cabo de la mejor manera posible, en forma profesional y responsable.

El realizar o desempeñar un trabajo que implica una gran responsabilidad, genera estrés, y el atender pacientes que acuden a un servicio de urgencias implica en sí una responsabilidad mayor, pues estos enfermos están necesitando ayuda. De esta manera el tratar a diario con el dolor y el sufrimiento de otros seres humanos impone una carga de estrés muy intenso. La muerte de alguno de los pacientes a nuestro cuidado genera en nosotros sentimientos muy diversos y frecuentemente encontrados desde desesperanza hasta impotencia y muchas veces desesperación, simplemente basta con recordar la muerte del primer paciente que estaba a nuestro cuidado para refrescar el sentimiento de frustración. Los especialistas en medicina de urgencias y el personal que labora en los servicios de urgencias somos de los pocos que enfrentamos el dolor, el sufrimiento y la angustia que genera el ver morir a un niño especialmente en situaciones inesperadas como los accidentes.

La atención de determinado tipo de pacientes tales como: pacientes graves; con padecimientos crónico degenerativos; en fase terminal, o el hecho de confrontar pacientes o familiares problemáticos y hostiles también son otros factores generadores de estrés.

Esto se debe a que los servicios de urgencias son el depósito de males sociales. Por eso encontramos pacientes sin hogar, pacientes que sufren violencia y crisis familiares.

No debemos olvidar que podemos ser víctimas de agresión por los pacientes o sus familiares en especial si están intoxicados, alcoholizados o drogados o bien si se trata de pacientes psiquiátricos siendo la violencia en urgencias una realidad. En los Estados Unidos en un estudio realizado entre residentes de medicina de urgencia avanzados por lo menos la mitad de ellos refería haber sido golpeados o por lo menos empujados alguna vez por algún paciente. La agresión verbal es un riesgo laboral prácticamente inevitable, por lo cual considero debe tocarse este punto en la información que se proporciona a los residentes y enseñarles a confrontar crisis para poder desarrollar una preparación mental, filosófica y física para atender este tipo de pacientes.

El riesgo de contagio de infecciones tales como infección por VIH, tuberculosis, hepatitis entre muchas otras también provoca angustia y temor.

Las sobrecargas de trabajo y la escasez o incluso falta de personal son otros factores que agudizan los niveles de estrés del personal de salud.

La excesiva realización de trámites y papeleo que lleva a la burocratización no sólo de la atención médica también de los procesos internos para el correcto y oportuno abasto de medicamentos, consumibles, material de curación, soluciones por mencionar sólo algunos ejemplos. Impide que los médicos cuenten con la optimización del tiempo en su jornada laboral.

Las instalaciones deficientes, carencia de equipo y material o bien equipos defectuosos, son otras variables importantes que juegan un papel importante en la génesis del estrés No obstante que es del conocimiento tanto de

autoridades como del público en general esta serie de carencias, con las que a pesar de todo se sigue trabajando y otorgando un buen nivel de atención con un gran esfuerzo por parte de los trabajadores de la salud, existe un altísimo nivel de exigencia por parte tanto de los pacientes como de las autoridades para elevar la calidad de la atención, además de que en la actualidad en nuestro país existen mayores requerimientos de preparación académica, certificación y recertificación para los médicos especialistas, es decir existen mayores responsabilidades de orden legal e incluso penal esto es el estrés Médico Legal pues los especialistas en medicina de urgencias somos los terceros en nuestro país en lo que se refiere a demandas de tipo legal sólo después de los gineco-obstetras y de los anestesiólogos.

Se ha visto que es dos veces más frecuente el suicidio entre los médicos que han sido demandados.

Trabajar en un ambiente ruidoso: Los Servicios de Urgencias tienen la particularidad de ser excesivamente ruidosos en especial si se trata de un servicio grande y que da atención a un número muy importante de pacientes. Los efectos del ruido excesivo pueden ser el origen de síntomas tan molestos como la cefalea, que deriva en enfermedades laborales, también trastorna las relaciones interpersonales. Muchas veces lo hemos vivido pues en especial si hay demasiado ruido originado por las ambulancias, los pacientes, (niños llorando, pacientes quejándose, pacientes intoxicados por alcohol, pacientes psiquiátricos), los familiares (solicitando información, o frecuentemente con actitudes agresivas) el empleo de "voceador" del servicio y del hospital en general, las alarmas de los equipos, los monitores, los ventiladores, además de música "ambiental", o cuando el servicio está más que saturado entonces intentamos comunicarnos elevando el tono de la voz hasta llegar a los gritos. Esto por un lado puede afectar la relación con los pacientes al disminuir la amabilidad y comunicación con los mismos o sus familiares.

Manipulación de cargas pesadas. Lo cual es de hecho un riesgo para la salud, cuando cargamos o ayudamos a cargar a los pacientes, en especial si llegan graves a la unidad de reanimación para colocarlos en una camilla, en ese

momento no pensamos en si está pesado o no, sólo actuamos, ayudamos, movemos las camillas u otros objetos que están mal colocados. El paciente no puede esperar a que el personal de servicios básicos regrese de pisos o de algún otro lugar.

Posiciones incómodas. Frecuentemente trabajamos en posiciones muy incómodas, considero que no hay otro servicio en todo el hospital en el que se trabaje con las condiciones en las cuales se trabaja en el servicio de urgencias, en cuclillas, agachados, de rodillas, "torcidos", etc. Pero no sólo esto, también en ocasiones en un ambiente con mala iluminación, ventilación y temperatura.

ESTRÉS FEMENINO Y LA MEDICINA DE URGENCIA

Un punto que definitivamente debe ser mencionado aparte es la forma cómo ciertos factores imponen un estrés adicional a las médicas dedicadas a la medicina de urgencia;

cómo les afecta, cómo lo enfrentan y lo viven pues implican también un riesgo para su salud.

Existen otros factores que aun cuando no son exclusivos del sexo femenino per se, en la cultura occidental son responsabilidades que socialmente se les han atribuido a las mujeres.

Diversos estudios muestran que las médicas residentes sufren más frecuentemente de depresión durante la residencia en relación a los varones.

En una encuesta nacional realizada en los Estados Unidos en 1994 se observó que el acoso sexual a las médicas residentes fue tres veces mayor que el reportado en varones.

Los asuntos relacionados con la familia son una fuente particularmente importante de preocupación y tensión, pues las exigencias de la residencia o bien de la profesión cuando se ha pasado la etapa de la residencia crean un

conflicto para la mujer en relación al rol más tradicional en el hogar. Pues las mujeres, como amas de casa, llevan la carga de la responsabilidad en la organización y el cuidado de la casa, aun cuando se trate de matrimonios o parejas en las que tanto el como ella sean médicos y aun en sociedades "más avanzadas".

Como madres el cuidado y crianza de los hijos crea conflictos tremendos entre la casa y el trabajo. Y para las médicas solteras o casadas que aún no tienen hijos, el largo tiempo de preparación médica en cuanto a la(s) residencia(s) crea un conflicto con la maternidad y muchas veces con la pareja, pues el "reloj biológico" no se detiene y el tomar una decisión al respecto puede ser realmente muy complicado y estresante.

Aunado a ello en el ámbito laboral, el personal femenino de enfermería espera mayor comprensión por parte de las médicas, de lo que normalmente esperan de los médicos varones. Por otro lado los pacientes esperan más ternura y consideración de las doctoras y frecuentemente las médicas son confundidas con enfermeras. En cuanto a su comportamiento como médicas, están entre la espada y la pared en cuanto a las tomas de decisión, pues si son enérgicas corren el riesgo de ser estigmatizadas como gruñonas y exageradas, por el contrario si no son enérgicas ponen en riesgo su liderazgo en el grupo, ya que pueden ser consideradas inseguras y hasta incapaces.

2. Pensamientos negativos

Los pensamientos negativos los desarrollan tanto médicos como enfermeras que se desempeñan en el servicio de urgencias, después de estar expuestos a tanta tensión psicológica, emocional y física.

Presentan una sensación de insatisfacción por su trabajo, esto es que una actividad para la que se han preparado por mucho tiempo y que en un inicio les provocaba entusiasmo y alegría, ahora les es poco agradable y satisfactoria, sintiéndose fatigados y agotados.

Adicionalmente a lo anterior, se desarrolla un sentimiento prácticamente generalizado de frustración al no poder desempeñar su trabajo de forma adecuada por las carencias que hay en diferentes hospitales, lo cual definitivamente no es responsabilidad del médico o de su equipo de trabajo.

Pero esto los pacientes no tratan de entenderlo y generalmente responsabilizan y agreden al médico tratante. Por otro lado las autoridades hospitalarias o institucionales al hacer frente a esta responsabilidad pueden tener una respuesta evasiva y tratar de fincar responsabilidades a los diferentes trabajadores, cuando lo que sucede es que muchos de los procesos internos están caducos, obsoletos y excesivamente burocratizados.

Por otro lado, el considerar que el trabajo que se realiza tiene una inadecuada compensación económica genera varias reacciones como acentuar la sensación de insatisfacción por el trabajo y muchas veces con dudas y angustia en relación a su actuación. En especial si no ven reflejados en esta actividad todo lo que se anhela y el progreso que se considera debiera alcanzarse como un logro personal. También puede acrecentarse la frustración hasta desarrollar una sensación de disgusto que con el tiempo puede derivar en ira ya que la persona puede sentir que se está abusando de ella.

3. Activación del organismo, respuestas psicológicas y físicas

La manera como respondemos ante todos estos factores ya mencionados varía de una persona a otra, sin embargo se han identificado algunas manifestaciones comunes en quienes padecen esta enfermedad, en primer lugar la aparición de estados de ansiedad y angustia, la persona no puede encontrar una explicación a estas sensaciones.

Muchas veces es tan intensa esta angustia que pueden llegar a ocasionar un estado denominado de "inercia" en el cual podemos desarrollar cierto grado de cinismo manifestado por una expresión ya desafortunadamente muy conocida de "me vale", se nos olvida que atendemos seres humanos que también están sufriendo y también están angustiados.

Por otro lado puede derivar en carencia de ilusión, entusiasmo o energía para seguir adelante, manifestado por falta de interés en lo que antes nos entusiasmaba. Sin embargo hay otras manifestaciones de tipo emocional que se desarrollan:

Irritabilidad: prácticamente nos enojamos hasta por que "voló la mosca", como comúnmente se dice, siendo el ambiente familiar en el que se identifica primero esta alteración y es cuando a los solteros(as) les dicen que se casen y a los casados(as) les dicen que se divorcien. Sin embargo esto no es tan simple como pudiera parecer inicialmente, ya que de no resolverse llega a derivar en un sentimiento de cólera sin una causa aparente. Y un sentimiento que puede ser muy doloroso que es sin duda la sensación de soledad.

En cuanto a las reacciones propiamente físicas de nuestro organismo éstas también son variadas y van desde sencillas o no graves hasta el desarrollo de padecimientos crónicos. Dentro de las más comunes se encuentran: Temblor en manos, taquicardia, aumento en respiración, etc.

Los efectos no se manifiestan en un solo nivel, tienen repercusiones tanto en el ambiente laboral, social y familiar.

En cuanto a los padecimientos crónicos derivados del síndrome se han asociado las consecuencias del estrés intenso con: Hipertensión arterial sistémica, cardiopatía isquémica, trastornos gastrointestinales, deterioro emocional no manifestado por depresión, ansiedad, ira, fatiga, cambios de personalidad, alteraciones de la conducta, empleo excesivo de tabaco, alcohol, o bien el abuso de sustancias prohibidas (marihuana, cocaína o fármacos como anfetaminas por mencionar algunos).

Se pueden desarrollar conflictos interpersonales con la familia, compañeros de trabajo y divorcios.

Comportamiento impulsivo en diversos ámbitos de la vida incluido el sexual, con conductas consideradas riesgosas.

Finalmente disfunción intelectual manifestada por dificultad para concentrarse y disminución en la eficiencia al realizar actividades.

EFFECTOS DEL SÍNDROME DE BURN OUT

Este desfondamiento psicológico que está experimentando quien está desarrollando o ha desarrollado el síndrome de Burn Out, tiene graves consecuencias en dos niveles fundamentales.

1) Nivel profesional

En este nivel se ve afectada la calidad de atención que se otorga a los pacientes, lo cual tiene implicaciones laborales desde el punto de vista de la falta de cumplimiento de un contrato, además del riesgo de caer en errores graves que nos lleven a implicaciones de orden legal tales como impericia o incluso negligencia con riesgo de perder la libertad y el derecho de seguir ejerciendo la profesión médica.

Por otro lado, también se afecta la relación médico-paciente y nuestra interrelación con el equipo de trabajo que directa e indirectamente modificará nuestra calidad de atención, pues no podremos establecer el rapport necesario tanto con los enfermos a nuestro cuidado como con sus familiares lo cual es indispensable, para lograr una buena relación médico-paciente. En muchas ocasiones esta falta de buena comunicación origina disgusto en la familia y falta de confianza por parte del paciente hacia nuestro actuar y hacia nuestras decisiones. Además una buena comunicación con nuestro equipo, ya sean otros médicos adscritos, residentes o internos, y en especial con el grupo de enfermeras, es fundamental si deseamos que nuestro ambiente de trabajo sea agradable y en lo posible libre de tensiones. No se trata de hacerse el simpático se trata simplemente de comportarse y dirigirse con respeto y profesionalismo con todos y cada uno de quienes están a nuestro alrededor.

No obstante lo serio que esto puede ser, llama la atención que las alteraciones en este nivel por lo general son las últimas en aparecer y generalmente se tiene una actitud de negación aun cuando estemos conscientes que los problemas ya nos rebasaron y tratamos de no mostrar que el estrés nos está afectando. Esto tiene además otra explicación; tenemos una gran necesidad de proteger nuestra identidad como médicos pues este síndrome amenaza la tremenda inversión psicológica, emocional, muchas veces familiar e incluso financiera

que tenemos en nuestra identidad como profesionistas, esto es que nos hemos esforzado mucho por llegar ser médicos que tratamos de guardar a toda costa la imagen que los demás tienen de nosotros. Además el continuar trabajando es una manera más de negar que existe un problema.

2) Nivel personal y familiar

Este síndrome se manifiesta primero en la vida personal y familiar del médico. Quien lo padece comienza por alejarse de los miembros de su familia y de las actividades familiares, posteriormente de sus amigos y de las actividades sociales, es decir tiende a aislarse.

El origen de esta actitud es tratar de evitar que los demás, en especial quienes se encuentran más cercanos a nosotros y a quien amamos se den cuenta de que tenemos un problema. Deseamos mantener la imagen que tienen de nosotros como médicos, independientes, fuertes, capaces etc. Sin embargo, el simple hecho de tener esta actitud demuestra que algo está mal, en especial si quien lo padece normalmente es apegado a su familia.

Signos de alarma

Existen diversos tipos de manifestaciones que podemos considerar datos o signos de alarma, pues son los síntomas del síndrome de Burn Out o estar quemado los cuales debemos tener en mente para poder identificarlos ya sea en nosotros mismos o bien en nuestros colegas para tratar de buscar ayuda y resolver esta enfermedad pues afortunadamente tiene solución:

Negación. La persona afectada es la última en aceptar que tiene el problema.

Aislamiento. Es frecuente que la persona afectada se retire de la familia, sus colegas y amigos.

Ansiedad. Es la sensación persistente que tiene el médico de que algo malo va a suceder.

Miedo o temor. Una sensación poderosísima de miedo a ir al trabajo.

Depresión. Éste es uno de los síntomas más peligrosos ya que puede llevar al suicidio, es uno de los datos más característicos del síndrome.

Ira. Las manifestaciones de esto incluyen perder la calma y el control, manifestando un enojo exagerado en relación a la causa que es motivo del disgusto al tratar con otros médicos, los pacientes o con las enfermeras Fuga o anulación. El médico llega tarde o muestra un desinterés en el trabajo.

Adicciones. Se inicia o aumenta el empleo de sustancias, ni siquiera prohibidas, simplemente de tabaco o alcohol. El alcoholismo puede ser una salida al problema de un síndrome de estar quemado grave.

Cambios en la personalidad. Hay una incapacidad para poder confiar en el individuo.

Culpabilidad y autoinmolación. El médico siente que la actividad que desarrolla es prácticamente un castigo o bien tiene un sentimiento exagerado de ser indispensable en el trabajo.

Cargas excesivas de trabajo. El aceptar varios turnos o pasar tiempo de más en forma excesiva en el Hospital para comprobar que todo está bien es otra manifestación de auto negación.

Comportamiento riesgoso. Comportamiento no característico en la persona, el cual puede ir desde simplemente embarazoso, inapropiado e impulsivo hasta peligroso en diversos ámbitos de la vida, incluido el sexual con conductas consideradas de riesgo.

Sensación de estar desbordado y con desilusión. El médico percibe la sensación de ya no poder seguir trabajando con el mismo ritmo ni entusiasmo que al principio, tiene sensación de fatiga crónica.

Abandono de sí mismo. Se presenta un cambio en la pulcritud que debe tener un médico al vestir y en su arreglo e higiene personal. Hay cambios en los hábitos alimenticios, con pérdida o ganancia exagerada de peso.

Pérdida de la memoria y desorganización. Existe dificultad para concentrarse y aprender. No se pueden recordar eventos importantes familiares y laborales. Puede haber trastornos del sueño.

MANEJO GENERAL

Existen algunas recomendaciones generales en el manejo del estrés , en primer lugar se deben tener presente siempre las necesidades personales: de salud, con una dieta adecuada y balanceada, con un programa de ejercicio, para tratar de mantenernos físicamente sanos. Es importante reflexionar en la necesidad de atención que tiene nuestra familia y nuestras amistades. Se sugiere adoptar una filosofía básica de: "Mi familia es lo más importante para mí"

De esta manera las decisiones de trabajo siempre tendrán en cuenta cómo afectaran a la familia, por lo que debemos estar preparados para en algún momento se tomen decisiones incluso en contra de alguna "norma", desde luego sin que esto implique un riesgo laboral.

Otra recomendación es emplear el humor e involucrarse en actividades recreativas ya sea con compañeros de trabajo o amigos. En especial aquellas que no tengan que ver con la medicina, recordar que existen museos, literatura y diversiones alejadas de la medicina, debemos dejar de practicar el "deporte"

de comprar y "leer" libros médicos, aunque muchas veces sean sólo para tenerlos en el librero por mucho tiempo.

Otra posibilidad muy interesante es el organizar reuniones con colegas para discutir los casos difíciles, o grupos de apoyo y autoayuda cuando se enfrente la pérdida de algún paciente o simplemente para dejar escapar nuestras inconformidades y/o compartir sentimientos.

También se sugiere delegar las responsabilidades de la casa como por ejemplo en las finanzas familiares. Debemos aprender a decir no sin sentirnos culpables. Asistir a cursos de administración del tiempo es muy recomendable.

Es indispensable el tomarse un descanso durante las horas de trabajo, ya sea para comer o simplemente para mantenerse en calma.

Debemos aprender y enseñar a los médicos residentes el valor de entender que no somos infalibles, mucho menos perfectos, y muchas veces debemos aprender a cuidar a los enfermos ya que frecuentemente no podremos curarlos.

De esta manera disminuirémos la sensación de angustia que nos genera atender pacientes graves, verlos morir, sin caer en el extremo del conformismo.

Así la oración de la serenidad adquiere un gran valor para nosotros y es aplicable en nuestra labor cotidiana como médicos de urgencias: "Señor dame serenidad para aceptar las cosas que no puedo cambiar, coraje para cambiar las cosas que pueda cambiar y sabiduría para conocer la diferencia".

Es deseable que aprendamos y enseñemos que no debemos juzgar a los pacientes por sus actitudes en el servicio de urgencias, pues es probable que estén cursando por una mala época en su vida. Por otro lado cuando nos agreden debemos tener la filosofía que no es personal y debemos aprender a no convertirlo en algo personal. Las personas están enfadadas frecuentemente con el sistema, y no con nosotros, pero como somos la cara que ven, es a nosotros a quien agreden.

Debemos tratar de entender la angustia que a ellos les da estar enfermos, o estar mal informados en relación a la salud de un ser querido. Por esto es tan importante mantener

una información lo más rápida posible y una comunicación constante con los familiares.

Debemos dar una explicación de porqué suceden las cosas, muy frecuentemente con dar una breve explicación y una disculpa sincera se disminuye el enojo de las personas, pero debemos estar alerta para evitar agresiones físicas además de las verbales a las que estamos expuestos.

Para combatir el ruido excesivo lo primero es darnos cuenta que existe este problema. En el diseño de los servicios de urgencias debe considerarse factores acústicos para la disminución del ruido. Las alarmas de los monitores deben ser moduladas, el empleo de localizadores personales es ideal para evitar el uso excesivo del sistema de altavoces. Se debe pugnar por el empleo de carteles de silencio y con los pacientes ruidosos o agitados debemos calmarlos o sedarlos cuando así este indicado.

Los reconocimientos al trabajo realizado es algo por lo que se debe luchar, no necesariamente en dinero, simplemente un reconocimiento a la labor desempeñada, esto tiene un efecto muy importante para obtener satisfacción por el trabajo.

Debemos exigir que el ambiente laboral cuente con un sistema de seguridad adecuada que permita realizar mejor nuestro trabajo.

Para las mujeres se les recomienda si les es posible obtener ayuda de empleadas domésticas o bien aceptar que durante el tiempo de residencia y probablemente después no podrán tener una casa impecable. Y a la pareja hacerle ver que la cooperación es importante, sin llegar al extremo de pretender dejarle toda la carga de la casa y los hijos. Es importante el tratar de establecer con sus parejas acuerdos en relación a la maternidad.

Debemos tratar de entender la angustia que a ellos les da estar enfermos, o estar mal informados en relación a la salud de un ser querido. Por esto es tan importante mantener

una información lo más rápida posible y una comunicación constante con los familiares.

Debemos dar una explicación de porqué suceden las cosas, muy frecuentemente con dar una breve explicación y una disculpa sincera se disminuye el enojo de las personas, pero debemos estar alerta para evitar agresiones físicas además de las verbales a las que estamos expuestos.

Para combatir el ruido excesivo lo primero es darnos cuenta que existe este problema. En el diseño de los servicios de urgencias debe considerarse factores acústicos para la disminución del ruido. Las alarmas de los monitores deben ser moduladas, el empleo de localizadores personales es ideal para evitar el uso excesivo del sistema de altavoces. Se debe pugnar por el empleo de carteles de silencio y con los pacientes ruidosos o agitados debemos calmarlos o sedarlos cuando así este indicado.

Los reconocimientos al trabajo realizado es algo por lo que se debe luchar, no necesariamente en dinero, simplemente un reconocimiento a la labor desempeñada, esto tiene un efecto muy importante para obtener satisfacción por el trabajo.

Debemos exigir que el ambiente laboral cuente con un sistema de seguridad adecuada que permita realizar mejor nuestro trabajo.

Para las mujeres se les recomienda si les es posible obtener ayuda de empleadas domésticas o bien aceptar que durante el tiempo de residencia y probablemente después no podrán tener una casa impecable. Y a la pareja hacerle ver que la cooperación es importante, sin llegar al extremo de pretender dejarle toda la carga de la casa y los hijos. Es importante el tratar de establecer con sus parejas acuerdos en relación a la maternidad.

Además es deseable considerar el sistema de mentores para las médicas residentes en medicina de urgencia, e incluso para los varones de tal manera que puedan solicitar la ayuda de alguien con experiencia que les pueda apoyar en su preparación.

El síndrome de "estar quemado" es corrosivo y afecta todas las áreas de la vida de la persona afectada incluso las creencias religiosas o morales y de esta manera puede empezar a comprometer cosas incluyendo la carrera profesional.

La buena noticia es que el síndrome de "Estar quemado" es tratable en cualquier estadio en que se encuentre.

El problema es que cuando nosotros llegamos a darnos cuenta o nuestros compañeros y colegas notan datos de este síndrome muchas veces no lo dicen, y cuando llegan a expresarlo, sólo encuentran rechazo y mayor negación del problema.

Debemos entender que la persona que está padeciendo el síndrome de "estar quemado" niega sistemáticamente que lo padece, por lo tanto cuando esto suceda y está cursado con "negación masiva crónica agudizada" se deben tomar medidas más drásticas, pues para los médicos puede ser difícil aceptar que hay un problema, muchos son reacios a aceptar terapia y consejo.

Pueden requerirse acciones más agresivas, reunir a la familia, amigos y colegas para confrontar y hacerle ver al médico que tiene un problema y que no debe continuar negándolo porque todo mundo se ha dado cuenta aunque el (ella) no lo acepte. Este es el primer paso para poder tratar el síndrome.

Manejo de síndrome de "estar quemado" severo Este síndrome igual que otros padecimientos, no se desarrollan de la noche a la mañana, de esta manera el salir del mismo lleva tiempo y será un proceso que requerirá de un tiempo más largo si ha llegado a un estadio de mayor severidad. Durante este periodo se necesita estar alejado del trabajo, asesoría o terapia para aprender a manejar los factores de estrés interno así como los factores externos.

El apoyo de la familia, amigos y compañeros es fundamental, la recuperación es lenta y paso a paso, se debe de reintegrar poco a poco a las actividades usuales, desde luego con un número reducido de horas de trabajo y mayor número de descanso.

PREVENCIÓN

La mejor manera de prevenir el desarrollo de este síndrome a largo plazo es manejar el estrés día a día, fortaleciendo esto con un número adecuado de horas de sueño y descanso. Es necesario un programa de alimentación sana, ejercicios y la conservación del tiempo libre el cual debe dedicarse a actividades recreativas y culturales, se debe tener vacaciones en forma regular.

La mejor manera de lidiar con el estrés cotidiano siempre es más fácil si dejamos que nuestros amigos, colegas y familia, los más cercanos a nosotros, nos ayuden.

Finalmente recuerden y reflexionen en que todos estamos expuesto a esta enfermedad, por lo cual como especialistas en Medicina de Urgencia, ya que tenemos un trabajo especialmente estresante, siempre debemos estar dispuestos a ayudar y apoyar a nuestros colegas al mismo tiempo que debemos permitir que nos ayuden y apoyen para prevenir en lo posible que desarrollemos este síndrome.

DISEÑO METODOLOGICO

TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo, Transversal.

LUGAR Y PERIODO.

Este estudio se realizó en los hospitales públicos de la ciudad de Managua, que incluyen:

Hospital Roberto Calderón Gutiérrez

Hospital Bertha Calderón Roque

Hospital Alemán Nicaragüense

Hospital Antonio Lenin Fonseca

El periodo de recolección es de un mes, las preguntas realizadas a los médicos es sobre la experiencia durante su tiempo de trabajo en la institución.

UNIVERSO

Lo compone todos los médicos de Base, médicos general y Residentes, que corresponden a los Hospitales públicos de Managua que incluimos en el estudio, que es de aproximadamente 1007 personas. La información fue extraída de la página web oficial del Minsa en la división general de Recursos Humanos. El archivo que se descargó y mostró la información necesaria tiene por nombre "Fuerza Laboral de Managua". (http://www.minsa.gob.ni/index.php?option=com_remository&Itemid=52&func=select&id=1540&orderby=2&page=2; accesado el 15 de enero 2013)

DISEÑO METODOLOGICO

TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo, Transversal.

LUGAR Y PERIODO.

Este estudio se realizó en los hospitales públicos de la ciudad de Managua, que incluyen:

Hospital Roberto Calderón Gutiérrez

Hospital Bertha Calderón Roque

Hospital Alemán Nicaragüense

Hospital Antonio Lenin Fonseca

El periodo de recolección es de un mes, las preguntas realizadas a los médicos es sobre la experiencia durante su tiempo de trabajo en la institución.

UNIVERSO

Lo compone todos los médicos de Base, médicos general y Residentes, que corresponden a los Hospitales públicos de Managua que incluimos en el estudio, que es de aproximadamente 1007 personas. La información fue extraída de la página web oficial del Minsa en la división general de Recursos Humanos. El archivo que se descargó y mostró la información necesaria tiene por nombre "Fuerza Laboral de Managua". (http://www.minsa.gob.ni/index.php?option=com_remository&Itemid=52&func=select&id=1540&orderby=2&page=2; accesado el 15 de enero 2013)

MUESTRA

La muestra es de 112 médicos. Esta muestra es resultado de la realización de una ecuación para calcular el tamaño de la muestra, para estimar una proporción de un Universo conocido.

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Se decidió realizar este estudio con un nivel de confianza (IC) del 95% ($\alpha = 0,05$; $Z_{\alpha} = 1,96$), una prevalencia (p) del 50% y una Precisión (d) del 5%, $q = p - 1$ al sustituir estos valores en la ecuación nos da una muestra de 112.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Todos los médicos generales, médicos residentes y de Base que laboran en los servicios de emergencias de los cuatro hospitales públicos de Managua que deseen participar y que tengan un año como mínimo de estar trabajando para el estado en los Hospitales públicos de Managua.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Médicos que no hayan llenado completamente el cuestionario, que tengan menos de 1 año de laborar en emergencia personal no me médico, que no esté presente en la institución al momento de la visita.

DESCRIPCIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACION

En base a previa investigación documental sobre síndrome de burnout, se procedió a realizar el instrumento de recolección de datos que consta de un cuestionario de preguntas cerradas la cual se sometió a revisión de parte de expertos. Una vez revisada, corregida y aprobada, se procedió a realizar cartas de presentación y permiso para que se nos diera la autorización de poder realizar el llenado de la encuesta en los hospitales que se incluyeron en el estudio, esta fue llevada y presentada a los subdirectores docentes quienes dieron su aprobación y facilitaron el proceso de llenado de las encuestas.

Anexos

Se procedió al llenado de la encuesta llenado de las encuestas, por parte del autor.

TÉCNICA DE OBTENCIÓN DE DATOS

Se obtuvo los datos necesarios para nuestro estudio procedente de la muestra por medio de encuesta siguiendo un cuestionario previamente elaborado, revisado y aprobado por nuestro tutor metodológico.

INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Cuestionario, consistió en una serie de preguntas específicas en base a nuestros objetivos, que permiten evaluar las variables definidas en el estudio.

El registro primario lo constituyó el cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI), el cual es el instrumento más utilizado en el mundo. Ver cuadro 1. Se trata de un cuestionario autoadministrado que mide el desgaste profesional. Se completa en 10- 15 minutos y mide los tres aspectos del síndrome antes

mencionados. Está constituido de 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes.

El cuestionario evalúa las 3 dimensiones del síndrome: el cansancio emocional consta de 9 ítems (1,2,3,6,8,13,14,16,20); la despersonalización está formada por 5 ítems (5,10,11,15,22); y por último la realización profesional se compone de 8 ítems (4,7,9,12,17,18,19,21). Los grados de intensidad van desde: 0 = nunca; 1= pocas veces al año o menos; 2= una vez al mes o menos; 3= unas pocas veces al mes o menos; 4= una vez a la semana; 5= pocas veces a la semana; hasta 6= todos los días. Altas puntuaciones en las dos primeras escalas y bajas en la tercera definen al síndrome.

Como puntos de corte se pensó seguir los criterios seguidos por otros autores. Para cansancio emocional, puntuaciones 27 o superiores son indicativas de un alto nivel de burnout. El intervalo 19- 26 correspondería a puntuaciones intermedias, siendo por debajo de 19 indicativas de niveles de burnout bajos o muy bajos. Para despersonalización, puntuaciones superiores a 10 serían de nivel alto, 6- 9 medio y menos de 6, bajo grado de despersonalización. En contrapartida, la escala de realización profesional funciona en sentido opuesto a las anteriores, 0- 33 puntos indicarán baja realización, 34- 39 intermedia y más de 40 alta sensación de logro. (4)

Además el cuestionario contó con una encuesta sociodemográfica, que incluyó sexo (M, F), grupos de edad (grupo 1 de 25- 34 años; grupo 2 de 35- 44 años; y grupo 3 de 45 o más años), situación conyugal (solo, unión estable) y años de ejercicio de la profesión (grupo 1 de < 10 años; grupo 2 entre 10 y 20 años; y grupo 3 > de 20 años).

PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACION

CREACIÓN DE LA BASE DE DATOS

La información obtenida a través de la aplicación de los instrumentos fue introducida en una base de datos utilizando el programa Microsoft Excel 2010, para luego exportar la base de datos al programa SPSS 19 versión para Windows (SPSS Inc. 2010), con el objetivo de facilitar la realización de los cuadros que expresan nuestro resultados en frecuencia, porcentaje, media, mediana, desviación típica, mínima y máxima.

ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA

Se elaboraron tablas de frecuencia (absolutas y porcentajes) de las variables cualitativas (categóricas). Los datos son presentados en forma de tablas de contingencia y gráficos de barras.

Para variables cuantitativas se determinó estadígrafos de tendencia central y de dispersión; las medidas utilizadas están en dependencia del tipo de distribución de los valores de la variable (normal o no normal- asimétrica):

Normal: Media y desviación estándar

No normal: Mediana, rango y percentiles.

Para la evaluación de la normalidad de la distribución se elaboraron gráficos de histogramas con curvas de normalidad, y se aplicó los siguientes tests de normalidad: prueba de Kolmogorov-Smirnov, con un nivel de significancia de Lilliefors para probar la normalidad (estos datos no son presentados ya que son inherente en las pruebas estadísticas aplicadas). Las variables cuantitativas

están expresada en gráficos de dispersión, y cuando fueron analizadas por grupos se usaron gráficos de caja (cajas y bigotes – Boxplot).

ESTADÍSTICA ANALÍTICA

Análisis bivariado

Para estimar la asociación o evaluar diferencias significativas entre dos variables categóricas se utilizó la prueba de chi2 (X2). Para identificar diferencias significativas entre grupos en relación a una variable numérica o cuantitativa se aplica la prueba de T de Student (para variables con distribución normal) o la prueba U de Mann-Whitney (para variables con distribución asimétricas), cuando la variable categórica estaba formada por dos grupos.

En nuestro estudio debido a que las variables cuantitativas se distribuían de forma asimétrica, siempre se utilizó prueba U de Mann-Whitney. Se consideró que una asociación o diferencia fue estadísticamente significativa, cuando el valor de p fue <0.05 .

VARIABLES

ESCALA DE MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI)

1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.
2. Me siento agotado al final de la jornada de trabajo.
3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar.
4. Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes.
5. Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales.
6. Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo.

7. Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes.
8. Me siento quemado por mi trabajo.
9. Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de las personas.
10. Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión.
11. Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente.
12. Me siento muy activo.
13. Me siento frustrado en mi trabajo.
14. Creo que estoy trabajando demasiado.
15. Realmente no me preocupa lo que le ocurre a mis pacientes.
16. Trabajar directamente con personas me produce estrés.
17. Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes.
18. Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes.
19. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión.
20. Me siento acabado.
21. En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Considerando que nuestro tema de estudio es un tema tabú y muy polémico en nuestro país, la recolección de datos, procesamiento y resultados fueron manejados de manera confidencial respetando la integridad de cada personal de salud encuestado a través de códigos. En ningún momento este trabajo pretende evaluar la labor individual del médico, sino que el propósito es iniciar una conversación sobre este tema a lo interno del gremio médico.

RESULTADOS

Según los componentes específicos evaluado en los individuos en estudio tenemos que de acuerdo al cansancio emocional se encontró un promedio de 30.1 con un valor mínimo de 6 y un valor máximo de 50. En cuanto a la despersonalización los valores obtenidos fueron de un promedio de 10.9, un mínimo de cero, con un máximo de 24 y por ultimo tenemos la realización personal con un promedio de 39.4, un mínimo de 22 y un máximo de 48. (ver cuadro 1)

De acuerdo a las Categorías De Los Individuos Según Componente Específico Evaluado Del Síndrome De Bourn Out se encontró que en el cansancio emocional un 72.3% (73) de los individuos en estudio presento un nivel bajo y solo un 17.8% (18) obtuvo un nivel alto. En cuanto a la despersonalización un 43.6% (44) de los individuos en estudio presento un bajo nivel, seguido por el nivel medio con 29.7% (30) y como último parámetro tenemos la realización personal que obtuvo un 48.5% (49) con un nivel alto, un 33.7% (34) con un nivel medio y un 17.8% (18) con el nivel bajo. (Ver cuadro 2)

Según la Proporción De Médicos Con Signos Sugestivos De Síndrome De Bourn Out se encontró que de los 101 individuos en estudio un 91.1% No presentan signos y solo un 8.9% presentan signos sugestivos. (Ver cuadro 3)

En relación a las características generales de médicos con signos sugestivos de síndrome de Bourn Out se encontró un total de 50.5% son del sexo masculino y un 49.5% corresponden al sexo femenino entonces tenemos que en el sexo Masculino un 51.1% No presenta este síndrome y un 44.4% si lo presenta, en cuanto al sexo femenino tenemos que un 48.9% de los individuos No presenta síndrome de Bourn Out y un 55.6% si lo presenta (Chi cuadrado 0.145; $p=0.70$) (ver cuadro 4)

Correspondiente al estado civil de los individuos que no presentan síndrome de Bourn Out un 54.3% se encuentran solteros, un 19.6% se encuentra unido y un

15.2% están casados, Por otro lado con los individuos que si presentan este síndrome tenemos que un 55.6% están casados y un 33.3% se encuentran solteros, (Chi cuadrado 20.7; $p=0.0001$). (ver cuadro 4)

En Cuanto a la religión de los individuos en estudio tenemos que de los que no presentan dicho síndrome un 67.4% pertenecen a la religión Católica y un 15.2% son de religión cristiana/evangélica, en comparación con los que si presentan el síndrome de Bourn Out un 44.4% pertenecen a la religión cristiana/evangélica y en segundo lugar se encuentra con un 33.3% los individuos que creen en Dios pero no tienen religión (Chi cuadrado 11.08; $p=0.026$) (ver cuadro 4)

De acuerdo a que tan religiosos se consideran se encontró en los médicos que no presentan este síndrome que un 57.6% se consideran religiosos promedio, un 22.8% se consideran para nada religioso y solo un 8.7% se consideran muy religiosos, en cuanto a los individuos que si presentan el síndrome de Bourn Out un 44.4% No responde, un 33.3% se consideran religiosos promedios (Chi cuadrado 45; $p=0.0001$) (ver cuadro 4)

Correspondiente a que grado de formación tienen los individuos en estudio se encontró que de los que no presentan este síndrome un 90.2% son médicos residentes, un 6.5% médicos general y un 3.3% médicos de base, en comparación con los que presentan este síndrome un 44.4% son médicos generales, un 33.3% médicos residentes y un 22.2% médicos de base (Chi cuadrado 20.8; $p=0.0001$) (ver cuadro 5)

En cuanto a si tienen otro trabajo un 84.8% de los individuos que no presentan este síndrome no poseen otro trabajo mientras que del grupo q si posee síndrome de Bourn Out un 77.8% tampoco tienen un segundo empleo, con un valor de chi cuadrado de 0.30. (Chi cuadrado 0.30; $p=0.58$) (ver cuadro 6)

En relación a que si su pareja trabaja los individuos que no presentan este síndrome un 79.3% su pareja trabaja, del mismo modo en el grupo de los individuos que presentan el síndrome de Bourn Out un 62.5% también trabaja su pareja. (Chi cuadrado 0.30; $p=0.58$)

En los individuos que no presentan síndrome de Bourn Out se encontró que un 71.7% no padece de alguna enfermedad mientras que en el grupo que si presentan este síndrome un 55.6% no padecen de alguna enfermedad y un 44.4% si presentan alguna enfermedad. (Chi cuadrado 1.03; $p=0.31$) (ver cuadro 7).

En cuanto a que si toma algún medicamento los individuos que si padecen de síndrome de Bourn Out un 76.1% no toman medicamentos y un 23.9% si lo hace, del mismo modo en los individuos que si presentan síndrome de Bourn Out el 100% no toman medicamentos. (Chi cuadrado 2.75; $p=0.097$) (ver cuadro 7)

En relación a la edad de los médicos que no padecen bourn out tenemos una edad promedio de 30.45 y los que si padecen este síndrome fue de 33.44. en cuanto a las horas de trabajo por semana(promedio) cumple en la unidad de salud (incluyendo turnos) los médicos que si padecen el síndrome de bourn out sale un promedio de hora de 96.78 y los que no padecen dicho síndrome tenemos un promedio de horas 78.13. De acuerdo a la frecuencia de turno que hace por mes se encontró un promedio 7.79 en los pacientes que no presentan bourn out mientras que en los pacientes que si lo presentan tienen un promedio de 8.33. En cuanto a los años que tiene de laborar en la unidad de salud, los médicos que no poseen bourn out el promedio fueron de 3.91 y de 4.11 en los individuos que si lo poseen. En relación a los años que llevan siendo médicos el promedio fue de 7.33 en los que presentan el síndrome y de 7.38 en lo que no lo presentan. De acuerdo a las horas que labora semanalmente en sus otros trabajos tenemos un promedio de 12.43 en los individuos que no presentan bourn out y de 43 en los que si presentan dicho síndrome. (ver cuadro 8)

En cuanto a los síntomas que se presentan en los individuos en estudio tenemos la cefalea se presenta en rara vez con un 62% en los médicos que no poseen este síndrome, se presenta habitualmente con un 23.9%, en relación con los que si padecen este síndrome un 66.7% rara vez presenta cefalea, seguida por habitualmente con un 33.3%. con un valor de chi cuadrado de 1.59. de acuerdo al insomnio habitualmente se presenta en los médicos que no

poseen este síndrome con un 50%, seguido por un 47.8% que la presentan rara vez, mientras que del grupo que presenta el síndrome de bourn out con un 100% rara vez presentan insomnio. (ver cuadro 9)

Las alteraciones gastrointestinales se presentaron con un 47.8% habitualmente en los médicos que no poseen dicho síndrome, mientras que en el otro grupo de los médicos que si presentan bourn out se encontró que un 66.7% rara vez presentaba esta sintomatología. En cuanto a dolores musculares y oseos tenemos que habitualmente se encontró con un 53.3% en los individuos que no presentan este síndrome y rara vez con un 66.7% en los médicos que si presentan bourn out. (ver cuadro 9)

En relación al nerviosismo rara vez lo presentaban los médicos que no padecen de bourn out con un 71.7% mientras que los médicos que si padecen este síndrome no padecían de nerviosismo con 89.9%. De acuerdo a la pérdida de peso rara vez lo presento el grupo que no padece bourn out con un 59.8% mientras que los que si padecen no padecen pérdida de peso con un 88.%. (ver cuadro 9)

DISCUSION

Ocurrencia del síndrome de bournout y comparación con otros estudios

En nuestro estudio cerca del 10% de los individuos estudiados cumplen los criterios de alto estrés emocional, alto nivel de despersonalización y bajo nivel de realización personal.

Sin embargo casi el 30% de los entrevistados refieren cansancio emocional medio o alto. Por otro lado casi el 56% refiere un nivel medio o alto de despersonalización, y casi el 50% refiere un nivel medio o bajo de realización personal. Lo que indica que a pesar de solo se observa un 10% cumpliendo los tres criterios, entre el 30 al 50% de los individuos está en riesgo de sufrir el síndrome.

En general al comparar con otros estudios la prevalencia de bourn out es relativamente inferior, pero al comparar los componentes específicos muestran tendencias similares a las reportadas en otras experiencias.

Un estudio realizado a nivel internacional entre médicos especialistas en medicina de urgencias reportó que en el 19% de médicos encuestados presentaban síntomas de depresión, 23% referían niveles altos de estrés, pero lo que más llamaba la atención es que en el 43% de ellos consideraban que a 10 años no estarían ya atendiendo pacientes. (Alonso y col., 2001)

Prieto y Robles (2002) en el estudio "Burnout en médicos de atención primaria de la provincia de Cáceres (España)", determinaron que: "Un 50% presentaba alteraciones psicofísicas en los tres meses previos;".

Román (2003) en la investigación "Estrés y burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención (Chile)", encontró los siguientes hallazgos: La prevalencia de Burnout fue ligeramente superior a 30% y la de síntomas de estrés de 50 %.

Martínez y Del Castillo (2003) en la investigación "Estudio sobre la prevalencia del burnout en los médicos del Área Sanitaria de Talavera de la Reina (España)", concluyeron que: "La prevalencia del síndrome de burnout en profesionales médicos del Área Sanitaria de Talavera de la Reina, es muy alta (76.4%)".

Varela y Fantao (2005), en el informe "Desgaste profesional entre los odontólogos y estomatólogos del Servicio de Gallego de Salud (España)", arribaron a los siguientes resultados: "Se obtuvieron valores altos de cansancio emocional (54.3%) y despersonalización (55.6%); mientras que, la realización profesional fue del 6.9%. No se han hallado diferencias en estos parámetros en función de la edad, el estado civil, sexo, tipo de contrato y el ámbito de ejercicio".

Ramos y Domínguez (2006) en el trabajo de investigación "Prevalencia de burnout y variables asociadas en los médicos de atención primaria de Burgos (España)", concluyeron que: "El 67.9% de profesionales médicos presentan burnout, de los cuales, la tercera parte (21.6%) de grado máximo.

Aranda, Pando y Torres (2005) en la investigación ""Factores psicosociales y síndrome de burnout en médicos de familia. México", llegó a los siguientes resultados: "La prevalencia de burnout en los médicos de familia fue 41,8%.

Quiroz y Saco (2003) en el la investigación "Factores asociados al síndrome burnout en médicos y enfermeras del hospital nacional sur este de EsSalud del Cusco", determinaron que: "La prevalencia del Síndrome Burnout se encuentra en grado bajo en el 79.7 % de médicos y 89 % de enfermeras; en grado medio en el 10.9 % de médicos y 1.4 % de enfermeras.

Peralta y Pozo (2006) en la tesis "Factores asociados al síndrome de burnout en el equipo de salud asistencial del Hospital de Apoyo Huanta (Ayacucho)", concluyeron en los siguientes aspectos: "El 29.2% de integrantes del equipo de salud asistencial del Hospital de Apoyo Huanta presenta síndrome de burnout asociado significativamente con el tiempo de servicio, condición laboral, jornada laboral semanal y el perfil ocupacional".

Determinantes del síndrome de burnout

En cuanto los potenciales determinantes sociodemográficas de la población, se observó que tanto la frecuencia del síndrome como de sus componentes es significativamente mayor en las personas que no tienen pareja estable, y que no se perciben como religiosos o bien tienen bajos niveles de religiosidad. No se observaron diferencias en cuanto a la edad y el sexo de los individuos en estudio.

En cuanto a potenciales factores predisponentes asociados a las características profesionales y de la carga laboral la población en estudio, los médicos de base o los médicos generales presentaron mayor frecuencia del síndrome y sus componentes. También el síndrome fue más frecuente en las personas que tienen otros trabajos. Sin embargo no hubo diferencias en cuanto a los años de trabajo ni a la carga horaria de trabajo.

En cuanto a los síntomas clínicos potencialmente asociados al síndrome de burnout, se observó que las personas que padecen el síndrome tienen con mayor frecuencia insomnio, nerviosismo y pérdida de peso.

El estrés laboral crónico constituye una agresión continuada a la salud de los profesionales sanitarios que afecta a todos los profesionales, especialmente en los servicios de urgencias hospitalarios. Como respuesta a esta agresión surge el síndrome de desgaste profesional (SDP) o «burnout». Afecta a la salud física y mental así como a las relaciones sociales de los trabajadores que lo padecen. Se han detectado síntomas de cansancio físico y emocional, tensión y ansiedad, alteraciones en las relaciones laborales, disminución de la eficacia y eficiencia en el trabajo, incremento del absentismo laboral y deterioro general de la calidad asistencial. En ocasiones, da lugar a entidades psicopatológicas bien definidas, depresión, ansiedad y trastornos de adaptación.

Múltiples estudios han detectado factores de personalidad que favorecen o previenen la aparición del SDP. También se han detectado factores

ambientales vinculados a la aparición de este síndrome: insatisfacción laboral, falta de reconocimiento social, falta de identificación con la organización, menor control sobre el trabajo, auto percepción de baja remuneración económica y el hecho de atender a personas que padecen enfermedades o procesos terminales.

El estrés es un proceso dinámico complejo que viene definido por el desbordamiento de los recursos de la persona para hacer frente a las demandas del medio. Se considera que una persona está sometida a estrés cuando de forma real o distorsionada tiene la percepción de no ser capaz de hacer frente de forma efectiva a las demandas y exigencias del entorno.

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.

El SDP o burnout se origina como respuesta ante el estrés laboral e institucional continuado que sufren los profesionales, especialmente aquéllos que mantienen una relación constante y directa de ayuda con otras personas, sanitarios, educadores, etc. Este estado de sufrimiento mantenido, asociado al estrés laboral, termina afectando a la salud física de los profesionales. Se acumula cansancio de forma progresiva y se ven afectados los mecanismos básicos de recuperación, incluido el sueño. A nivel emocional, los profesionales refieren la sensación de estar dando más de lo que reciben y sienten que sus expectativas se ven repetidamente frustradas. Este cansancio emocional y físico es la primera manifestación del SDP.

ambientales vinculados a la aparición de este síndrome: insatisfacción laboral, falta de reconocimiento social, falta de identificación con la organización, menor control sobre el trabajo, auto percepción de baja remuneración económica y el hecho de atender a personas que padecen enfermedades o procesos terminales.

El estrés es un proceso dinámico complejo que viene definido por el desbordamiento de los recursos de la persona para hacer frente a las demandas del medio. Se considera que una persona está sometida a estrés cuando de forma real o distorsionada tiene la percepción de no ser capaz de hacer frente de forma efectiva a las demandas y exigencias del entorno.

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.

El SDP o burnout se origina como respuesta ante el estrés laboral e institucional continuado que sufren los profesionales, especialmente aquéllos que mantienen una relación constante y directa de ayuda con otras personas, sanitarios, educadores, etc. Este estado de sufrimiento mantenido, asociado al estrés laboral, termina afectando a la salud física de los profesionales. Se acumula cansancio de forma progresiva y se ven afectados los mecanismos básicos de recuperación, incluido el sueño. A nivel emocional, los profesionales refieren la sensación de estar dando más de lo que reciben y sienten que sus expectativas se ven repetidamente frustradas. Este cansancio emocional y físico es la primera manifestación del SDP.

Si no se reacciona a tiempo poniendo remedios adecuados, el profesional entra en una situación de alto riesgo. Puede presentar una distorsión significativa en su manera de percibir las amenazas y los agravios, reales o imaginarios, y reaccionar con estrategias disfuncionales para defenderse de estas percepciones. Se producen entonces cambios muy negativos de las actitudes profesionales.

Progresivamente se desvaloriza la relación médico paciente y se sustituye por el distanciamiento emocional. Esto propicia que se responda con irritabilidad y cinismo ante las demandas de los pacientes y de la organización sanitaria. Se está entrando en la segunda dimensión del SDP: la despersonalización.

El trato despersonalizado a los pacientes y a sus familiares elimina la mayor fuente de satisfacción de las profesiones asociadas a las relaciones de ayuda, lo que refuerza el cansancio de los profesionales iniciando así un viaje sin retorno. Se agotan los recursos del profesional hasta incapacitarlo para el ejercicio de su profesión. Ésta puede ser la vía que nos conduzca a la tercera fase del SDP, la incompetencia personal o falta de realización personal con respuestas negativas hacia el trabajo y hacia sí mismo por parte de los profesionales «quemados» que han perdido total y en ocasiones definitivamente la motivación para el trabajo y que llegan a la falta total de implicación laboral.

Los estudios sobre los efectos de la edad en el SDP han dado resultados no concluyentes. En profesiones con un elevado componente vocacional, la transición actual de las expectativas idealistas de la juventud y periodo de formación a la práctica clínica cotidiana puede frustrar con facilidad las expectativas de recompensas personales, profesionales y sociales. Así, tras los dos primeros años de carrera profesional se puede estar ya produciendo un fenómeno de sensibilización, puesto que los profesionales en esta época son especialmente vulnerables. Aunque inicialmente el SDP se describía en profesionales de más de 40 años, cada vez son mayores los indicadores de desgaste profesional entre los médicos residentes, especialmente en relación con las guardias en los servicios de urgencias.

Es importante tener en cuenta al evaluar estos datos el sesgo de supervivencia, puesto que los más afectados por el SDP son los que finalmente se ven abocados a abandonar el trabajo.

Se ven más afectados los profesionales que llevan más de 20 años de desarrollo profesional, con más de 10 años en el mismo centro de trabajo, especialmente si se trata de centros con gran número de profesionales del ámbito de la atención especializada y dedicados la mayor parte del tiempo de su jornada laboral a la atención directa de un número elevado de pacientes. Las mujeres y las personas que carecen de una pareja estable y del apoyo de una estructura sociofamiliar se han descrito como población de mayor riesgo, pero los resultados de los estudios son contradictorios. Los factores dependientes de la organización y el escaso apoyo social son causas de estrés laboral y pueden conducir al SDP. Las rotaciones laborales, los cambios de turno y de horario pueden incrementar el riesgo, especialmente en el personal de enfermería. La sobrecarga laboral, la estructura de los servicios, así como las expectativas de desarrollo profesional, el sistema de recompensas y el grado de control sobre el propio trabajo influyen. La presencia o ausencia de equidad y el conflicto entre los valores individuales y los de la empresa también influyen en el proceso de desgaste profesional.

Los trabajadores expuestos presentaron altos niveles de despersonalización y cansancio emocional y bajos niveles de realización personal, presentando diferencias significativas al comparar ambos grupos ($p < 0,01$): Se pudo demostrar una correlación negativa entre fatiga y realización personal, así como despersonalización y realización personal. Entre los factores que influyen notablemente en la aparición del síndrome destacan horarios prolongados, turnos rotarios y estabilidad laboral.

CONCLUSIONES

1. En nuestro estudio el 10% de los individuos estudiados cumplen los criterios de alto estrés emocional, alto nivel de despersonalización y bajo nivel de realización personal. El 30% de los entrevistados refieren cansancio emocional medio o alto. El 56% refiere un nivel medio o alto de despersonalización, y el 50% refiere un nivel medio o bajo de realización personal.
 2. En cuanto los potenciales determinantes sociodemográficas de la población, se observó que tanto la frecuencia del síndrome como de sus componentes es significativamente mayor en las personas que no tienen pareja estable, y que no se perciben como religiosos o bien tienen bajos niveles de religiosidad. No se observaron diferencias en cuanto a la edad y el sexo de los individuos en estudio.
 3. En cuanto a potenciales factores predisponentes asociados a las características profesionales y de la carga laboral la población en estudio, los médicos de base o los médicos generales presentaron mayor frecuencia del síndrome y sus componentes. También el síndrome fue más frecuentes en las personas que tienen otros trabajos. Sin embargo no hubo diferencias en cuanto a los años de trabajo ni a la carga horaria de trabajo.
 4. En cuanto a los síntomas clínicos potencialmente asociados al síndrome de burnout, no existió relación en este estudio entre síntomas clínicos y síndrome de burnout.
-

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda que la vigilancia de la salud del personal médico debe incluir necesariamente la búsqueda del Síndrome de Burnout, debido a las consecuencias incapacitantes que están descritos en la literatura.
 2. Es necesario establecer planes de acción que incrementen la comunicación entre trabajadores médicos y autoridades hospitalarias para identificar áreas de riesgo y de mejora, planificar y realizar los cambios organizativos imprescindibles.
 3. Al mismo tiempo es necesario invertir en la formación específica de los profesionales y deben potenciarse los factores de protección, reforzando el optimismo y la autoestima y dotándolos de técnicas de autocontrol y gestión del estrés.
 4. Se debe dotar al sistema hospitalario de recursos para la detección y gestión de trabajadores con factores psicológicos y psicopatológicos que los hagan especialmente vulnerables.
-

5. En cuanto a los síntomas clínicos potencialmente asociados al síndrome de burnout, se observó que las personas que padecen el síndrome tienen con mayor frecuencia insomnio, nerviosismo y pérdida de peso.

5. En cuanto a los síntomas clínicos potencialmente asociados al síndrome de burnout, se observó que las personas que padecen el síndrome tienen con mayor frecuencia insomnio, nerviosismo y pérdida de peso.

BIBLIOGRAFIA

1. Araquistain L, Damis H. Lo insalubre de trabajar en salud Síndrome de Burnout. Boletín de asociación de médicos municipales de la ciudad de Buenos Aires 2001; 26: 1- 8.
2. Auger S. Salud pública y guardias hospitalarias. Boletín de asociación de médicos municipales de la ciudad de Buenos Aires 2003; 89: 1.
3. Caballero MA, Bermejo F, Nieto R, Caballero F. Prevalencia y factores asociados al Burnout en un área de salud. Aten Primaria 2001; 27: 313-317.
4. Cebria J, Segura J, Corbella S y col. Rasgos de personalidad y Burnout en médicos de familia. Aten Primaria 2001; 27: 459- 468.
5. Navarro V. Síndrome de Burnout o quemazón profesional. Intermedicina.com (en línea). Junio 2002 (fecha de acceso 2 de octubre de 2004). Disponible en: http://www.intermedicina.com/Avances/Interes_General/AIG23.htm
6. Olivar C, González S, Martínez MM. Factores relacionados con la satisfacción laboral y el desgaste profesional en los médicos de atención primaria de Asturias. Aten Primaria 1999; 24: 352- 359.
7. Pérez Jaurequi MI. El síndrome de Burnout en los profesionales de la salud. Publicación virtual de la Facultad de Psicología y Psicopedagogía de la USAL (en línea). Diciembre 2002 (fecha de acceso 2 de octubre de 2004). Disponible en: <http://www.salvador.edu.ar/publicaciones/pyp/12/ua1-9pub03-12-06.htm> 5678.
8. Zaldúa G, Lodieu MT, Koloditzky D. El síndrome de Burnout en hospitales públicos. Revista Médica del Hospital J Ramos Mejía 2000; 7 (1): 13- 17.

ANEXOS

CUADRO 1: PUNTAJES OBTENIDOS SEGUN COMPONENTE ESPECIFICO EVALUADO, EN LOS INDIVIDUOS EN ESTUDIO

ESTADIGRAFOS		CANSACIO EMOCIONAL	DESPERSONALIZACION	REALIZACION PERSONAL
N		101	101	101
Promedio		30.1	10.9	39.4
Error estándar		1.1	0.7	0.6
Mediana		29.0	8.0	40.0
Desviación estándar		11.2	7.1	6.1
Mínimo		6.0	0.0	22.0
Máximo		50.0	24.0	48.0
Percentiles	25	23.0	4.0	35.5
	50	29.0	8.0	40.0
	75	39.0	18.0	44.0

FUENTE: FICHA DE RECOLECCION

**CUADRO 2: CATEGORIAS DE LOS INDIVIDUOS SEGUN COMPONENTE ESPECÍFICO
EVALUADO DEL SINDROME DE BOURN OUT.**

		n	%
CANSANCIO EMOCIONAL	BAJO	73	72.3
	MEDIO	10	9.9
	ALTO	18	17.8
	Total	101	100.0
DESPERSONALIZACION	BAJO	44	43.6
	MEDIO	30	29.7
	ALTO	27	26.7
	Total	101	100.0
REALIZACION_PERSONAL	BAJO	18	17.8
	MEDIO	34	33.7
	ALTO	49	48.5
	Total	101	100.0

FUENTE: FICHA DE RECOLECCION

CUADRO 3: PROPORCION DE MEDICOS CON SIGNOS SUGESTIVOS DE SINDROME DE BOURN OUT

		n	%
SINDROME DE BOURN OUT	NO	92	91.1
	SI	9	8.9
	Total	101	100.0

FUENTE: FICHA DE RECOLECCION

CUADRO 4: COMPARACION DE LAS CARACTERISTICAS GENERALES DE LOS MEDICOS SEGÚN PRESENCIA DE SIGNOS SUGESTIVOS DE SINDROME DE BOURN OUT

		SINDROME DE BOURN OUT						CHI CUADRADO		
		NO		SI		Total		VALOR	GL	P
		n	%	n	%	n	%			
SEXO	MASCULINO	47	51.1%	4	44.4%	51	50.5%	.145 ^a	1	.704
	FEMENINO	45	48.9%	5	55.6%	50	49.5%			
Total		92	100.0%	9	100.0%	101	100.0%			
ESTADO CIVIL	SOLTERO / NUNCA CASADO	50	54.3%	3	33.3%	53	52.5%	20.742 ^a	4	.000
	NO CASADO / UNIDO	18	19.6%	0	.0%	18	17.8%			
	SEPARADO / DIVORCIADO / VIUDO	10	10.9%	0	.0%	10	9.9%			
	CASADO	14	15.2%	5	55.6%	19	18.8%			
	NO RESPONDE	0	.0%	1	11.1%	1	1.0%			
Total		92	100.0%	9	100.0%	101	100.0%			
RELIGION	CATOLICA	62	67.4%	2	22.2%	64	63.4%	11.081 ^a	4	.026
	CRISTIANA / EVANGELICA	14	15.2%	4	44.4%	18	17.8%			
	CREE EN DIOS PERO NO TIENE UNA RELIGION (DEISTA / SIN RELIGION)	9	9.8%	3	33.3%	12	11.9%			
	NO CREE EN DIOS (ATEO / GNOTICO)	5	5.4%	0	.0%	5	5.0%			
	NO RESPONDE	2	2.2%	0	.0%	2	2.0%			
	Total		92	100.0%	9	100.0%	101	100.0%		
PERCEPCION DEL NIVEL DE RELIGIOSIDAD	MUY RELIGIOSO	8	8.7%	1	11.1%	9	8.9%	45.213 ^a	5	.000
	RELIGIOSO PROMEDIO	53	57.6%	3	33.3%	56	55.4%			
	POCO RELIGIOSO	4	4.3%	1	11.1%	5	5.0%			
	NADA RELIGIOSO	21	22.8%	0	.0%	21	20.8%			
	NO SABE	6	6.5%	0	.0%	6	5.9%			
	NO RESPONDE	0	.0%	4	44.4%	4	4.0%			
Total		92	100.0%	9	100.0%	101	100.0%			

FUENTE: FICHA DE RECOLECCION

CUADRO 5: TIPO DE MEDICOS SEGÚN PRESENCIA DE SIGNOS SUGESTIVOS DE SINDROME DE BOURN OUT

		SINDROME DE BOURN OUT						CHI CUADRADO		
		NO		SI		Total		VALOR	GL	P
		n	%	n	%	n	%			
TIPO DE MEDICO	MEDICO DE BASE	3	3.3%	2	22.2%	5	5.0%	20.977 ^a	2	.000
	MEDICO RESIDENTE	83	90.2%	3	33.3%	86	85.1%			
	MEDICO GENERAL	6	6.5%	4	44.4%	10	9.9%			

FUENTE: FICHA DE RECOLECCION

CUADRO 6: REALIZACION DE ACTIVIDAD LABORAL EN OTROS LUGARES (SI/NO) SEGÚN PRESENCIA DE SIGNOS SUGESTIVOS DE SINDROME DE BOURN OUT

		SINDROME DE BOURN OUT						CHI CUADRADO		
		NO		SI		Total		VALOR	GL	P
		n	%	n	%	n	%			
TIENE OTRO TRABAJO (CONTRATACION EN OTRO LUGAR)	SI	14	15.2%	2	22.2%	16	15.8%	.302 ^a	1	.583
	NO	78	84.8%	7	77.8%	85	84.2%			
Total		92	100.0%	9	100.0%	101	100.0%			

FUENTE: FICHA DE RECOLECCION

CUADRO 7: PADECIMIENTO DE ALGUNA ENFERMEDAD CRONICO Y CONSUMO HABITUAL DE MEDICAMENTOS (SI/NO) SEGÚN PRESENCIA DE SIGNOS SUGESTIVOS DE SINDROME DE BOURN OUT

	SINDROME DE BOURN OUT							CHI CUADRADO		
		NO		SI		Total		VALOR	GL	P
		n	%	n	%	n	%			
PADECE DE ALGUNA ENFERMEDAD	SI	26	28.3%	4	44.4%	30	29.7%	1.028 ^a	1	.311
	NO	66	71.7%	5	55.6%	71	70.3%			
Total		92	100.0%	9	100.0%	101	100.0%			
CONSUMO HABITUAL DE ALGUN MEDICAMENTO	SI	22	23.9%	0	.0%	22	21.8%	2.752 ^a	1	.097
	NO	70	76.1%	9	100.0%	79	78.2%			
Total		92	100.0%	9	100.0%	101	100.0%			

FUENTE: FICHA DE RECOLECCION

CUADRO 8: EDAD, CARGA LABORAL Y OCURRECIA DE SINDROME DE BOURN OUT EN LOS INDIVIDUOS EN ESTUDIO.

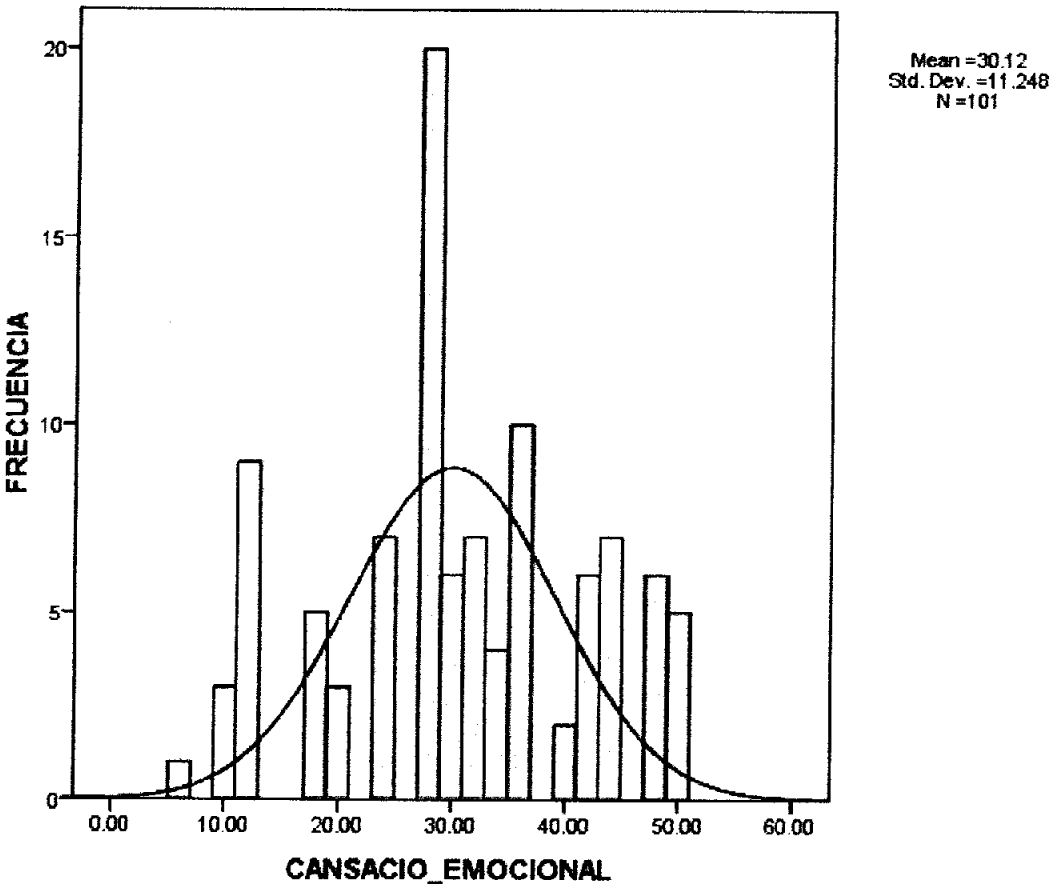
ESTADIGRAFOS							T DE STUDENT		
CARACTERISTICAS	SINDROME DE BOURN OUT	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	t	df	Sig. (2-tailed)	
EDAD	NO	92	30.45	4.534	.473	-1.866	99	.065	
	SI	9	33.44	5.318	1.773				
CUANTAS HORAS DE TRABAJO POR SEMANA(PROMEDIO) CUMPLE EN LA UNIDAD DE SALUD (INCLUYENDO TURNOS)	NO	92	78.13	36.858	3.843	-1.386	99	.169	
	SI	9	96.78	54.023	18.008				
CUAL ES LA FRECUENCIA DE TURNO QUE HACE POR MES?	NO	92	7.79	1.668	.174	-.938	99	.351	
	SI	9	8.33	1.414	.471				
CUANTOS AÑOS TIENE DE LABORAR EN LA UNIDAD DE SALUD?	NO	92	3.91	3.304	.344	-.176	99	.861	
	SI	9	4.11	2.147	.716				
CUANTOS AÑOS TIENE DE LABORAR COMO MEDICO?	NO	88	7.38	4.956	.528	.024	95	.981	
	SI	9	7.33	4.873	1.624	.024	9.772	.981	
CUANTAS HORAS LABORA SEMANALMENTE EN SU OTRO TRABAJO (INCLUYA TODOS SUS OTROS TRABAJOS)	NO	14	12.43	15.955	4.264	-1.899	14	.078	
	SI	2	43.00	55.154	39.000				

FUENTE: FICHA DE RECOLECCION

CUADRO 9: SINTOMAS Y OCURRENCIA DE SINDROME DE BOURN OUT EN LOS INDIVIDUOS EN ESTUDIO.

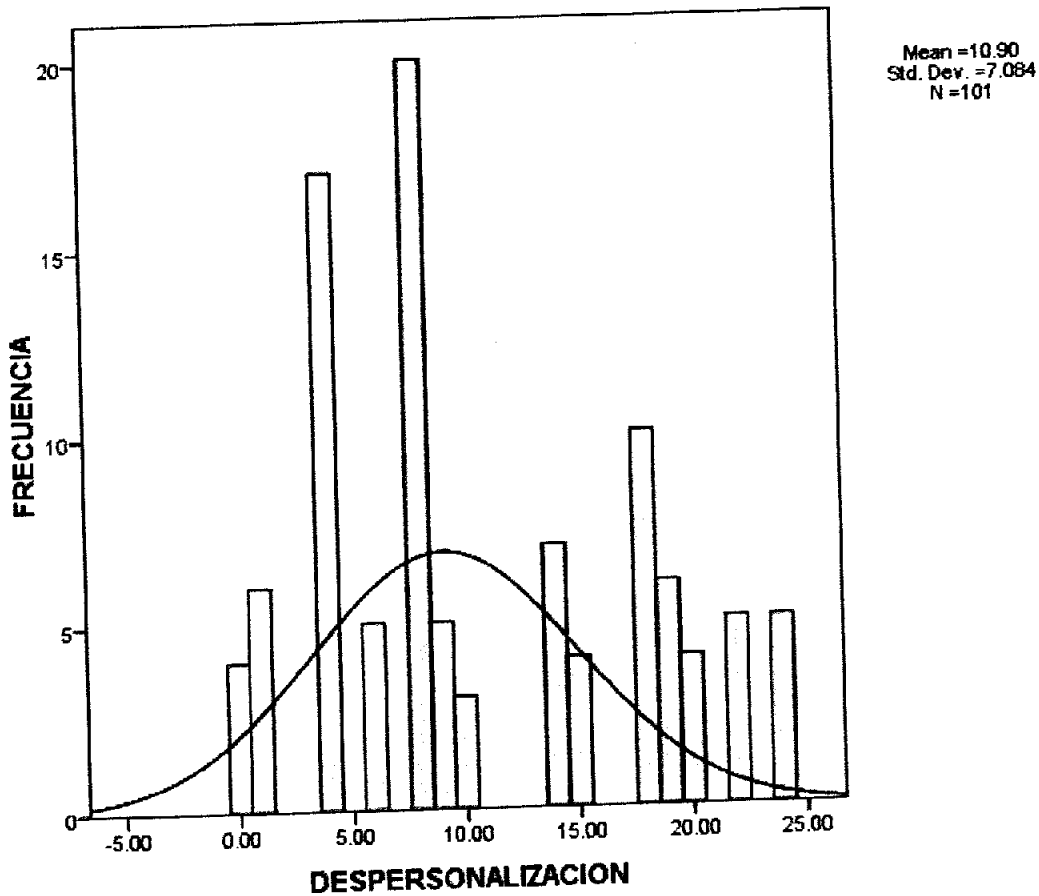
SINTOMAS QUE PADECE	FRECUENCIA	SINDROME DE BOURN OUT				Total		CHI CUADRADO		
		NO		SI		n	%	VALOR	GL	P
		n	%	n	%					
CEFALEA	A DIARIO	13	14.1%	0	0%	13	12.9%	1.595 ^a	2	.450
	HABITUALMENTE	22	23.9%	3	33.3%	25	24.8%			
	RARA VEZ	57	62.0%	6	66.7%	63	62.4%			
Total		92	100.0%	9	100.0%	101	100.0%			
INSOMNIO	A DIARIO	2	2.2%	0	0%	2	2.0%	8.948 ^a	2	.011
	HABITUALMENTE	46	50.0%	0	0%	46	45.5%			
	RARA VEZ	44	47.8%	9	100.0%	53	52.5%			
Total		92	100.0%	9	100.0%	101	100.0%			
ALTERACIONES GASTROINTESTINALES	A DIARIO	8	8.7%	0	0%	8	7.9%	2.121 ^a	2	.346
	HABITUALMENTE	44	47.8%	3	33.3%	47	46.5%			
	RARA VEZ	40	43.5%	6	66.7%	46	45.5%			
Total		92	100.0%	9	100.0%	101	100.0%			
DOLORES OSEOS Y MUSCULARES	A DIARIO	10	10.9%	0	0%	10	9.9%	3.624 ^a	2	.163
	HABITUALMENTE	49	53.3%	3	33.3%	52	51.5%			
	RARA VEZ	33	35.9%	6	66.7%	39	38.6%			
Total		92	100.0%	9	100.0%	101	100.0%			
NERVIOSISMO	A DIARIO	2	2.2%	0	0%	2	2.0%	31.803 ^a	3	.000
	HABITUALMENTE	13	14.1%	0	0%	13	12.9%			
	RARA VEZ	66	71.7%	1	11.1%	67	66.3%			
Total		92	100.0%	9	100.0%	101	100.0%			
PERDIDA DE PESO	A DIARIO	4	4.3%	0	0%	4	4.0%	31.839 ^a	3	.000
	HABITUALMENTE	22	23.9%	0	0%	22	21.8%			
	RARA VEZ	55	59.8%	1	11.1%	56	55.4%			
Total		92	100.0%	9	100.0%	101	100.0%			
FUENTE: FICHA DE RECOLECCION	A DIARIO	4	4.3%	0	0%	4	4.0%			
	HABITUALMENTE	22	23.9%	0	0%	22	21.8%			
	RARA VEZ	55	59.8%	1	11.1%	56	55.4%			
Total		92	100.0%	9	100.0%	101	100.0%			

GRAFICO 1A: Comportamiento de los valores obtenidos de la aplicación del cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI), para el componente de cansancio emocional, en los médicos de los servicios de emergencia, en estudio.



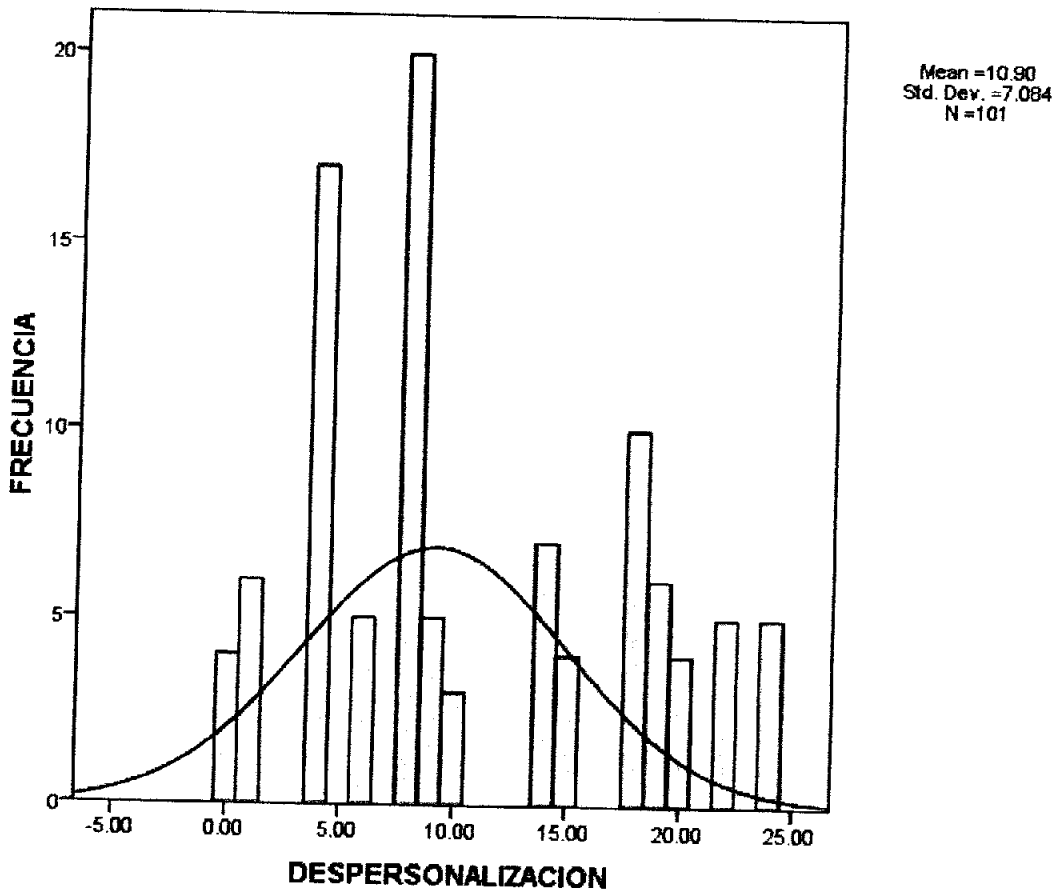
FUENTE: CUADRO 1

GRAFICO 1B: Comportamiento de los valores obtenidos de la aplicación del cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI), para el componente de despersonalización, en los médicos de los servicios de emergencia, en estudio.



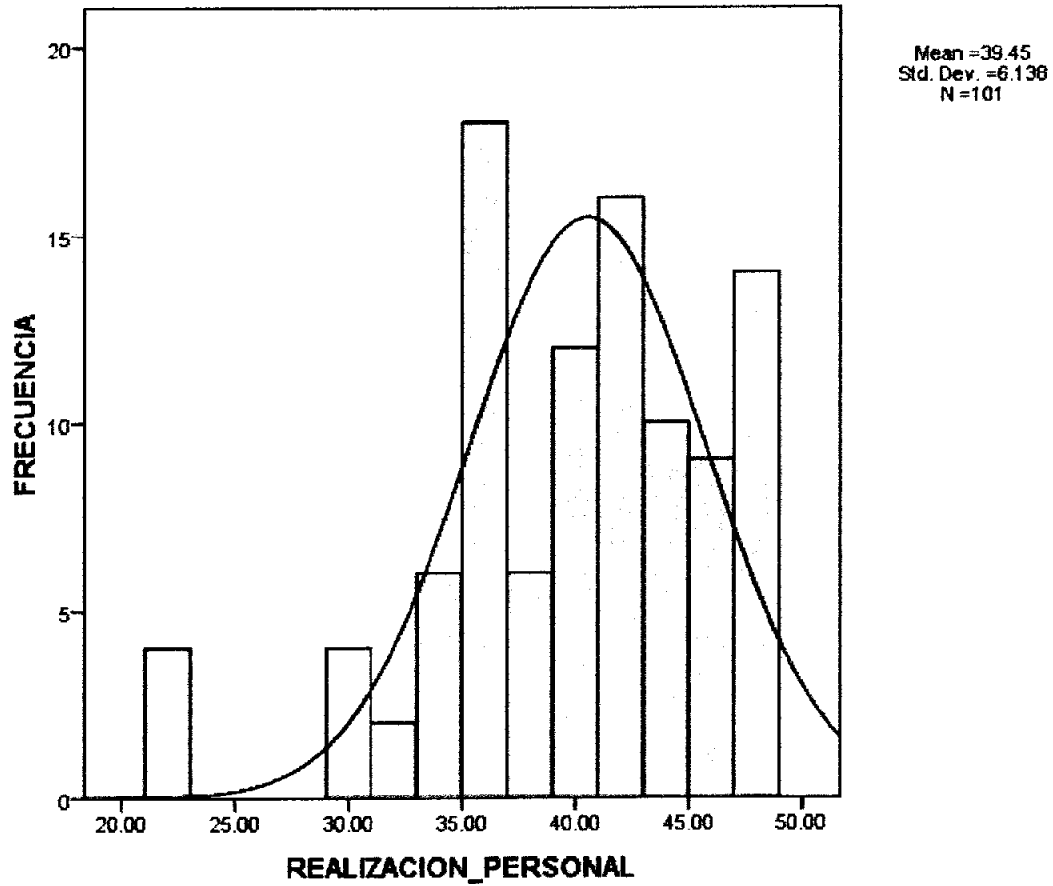
FUENTE: CUADRO 1

GRAFICO 1B: Comportamiento de los valores obtenidos de la aplicación del cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI), para el componente de despersonalización, en los médicos de los servicios de emergencia, en estudio.



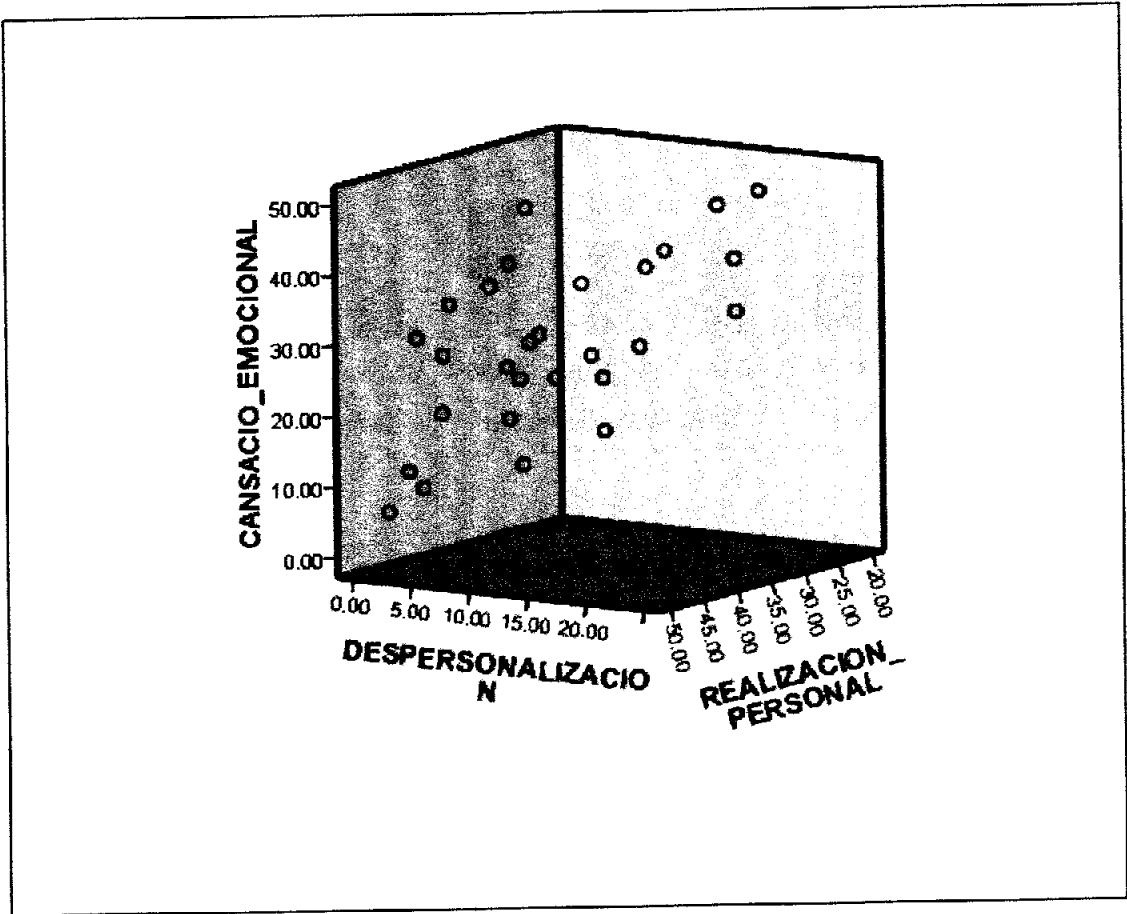
FUENTE: CUADRO 1

GRAFICO 1C: Comportamiento de los valores obtenidos de la aplicación del cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI), para el componente de realización personal, en los médicos de los servicios de emergencia, en estudio.



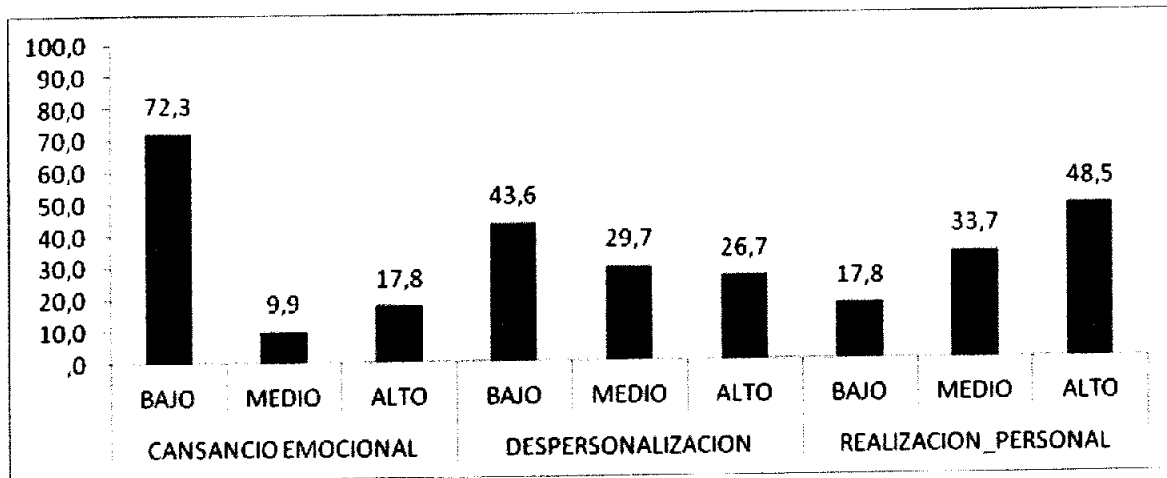
FUENTE: CUADRO 1

GRAFICO 2: Relación entre los valores obtenidos de la aplicación del cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI), para sus tres componentes principales, en los individuos en estudio.



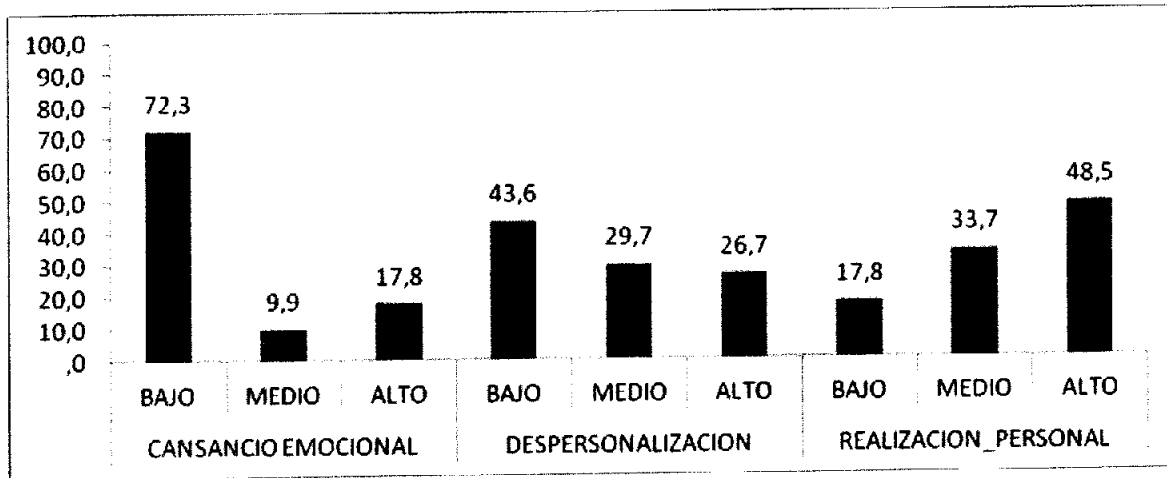
FUENTE: CUADRO 1

GRAFICO 3: NIVELES DE LOS VALORES OBTENIDOS DE LA APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI), PARA SUS TRES COMPONENTES PRINCIPALES, EN LOS INDIVIDUOS EN ESTUDIO.



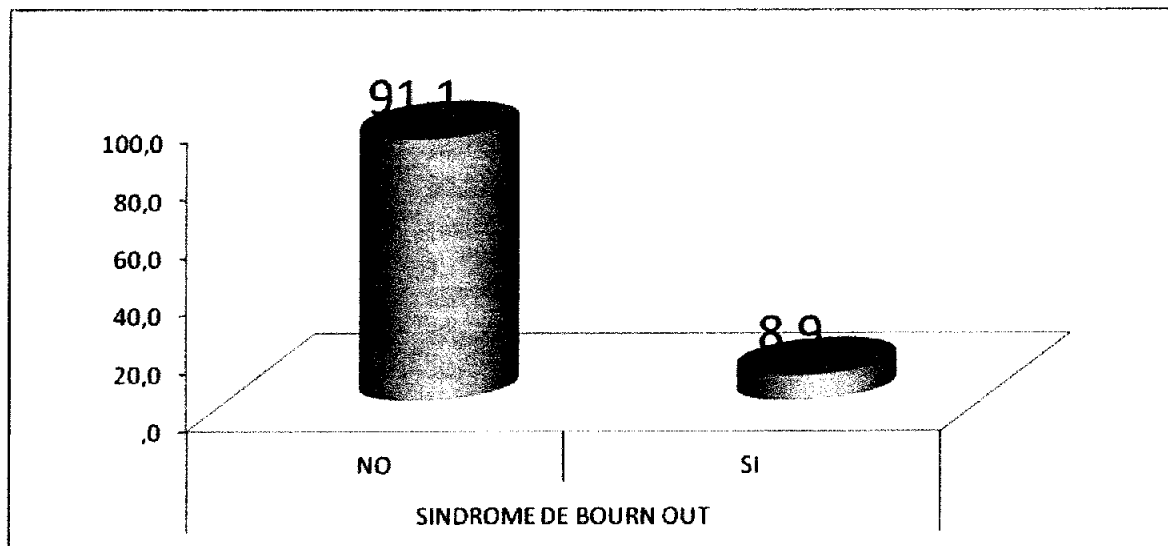
FUENTE: CUADRO 2

GRAFICO 3: NIVELES DE LOS VALORES OBTENIDOS DE LA APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI), PARA SUS TRES COMPONENTES PRINCIPALES, EN LOS INDIVIDUOS EN ESTUDIO.



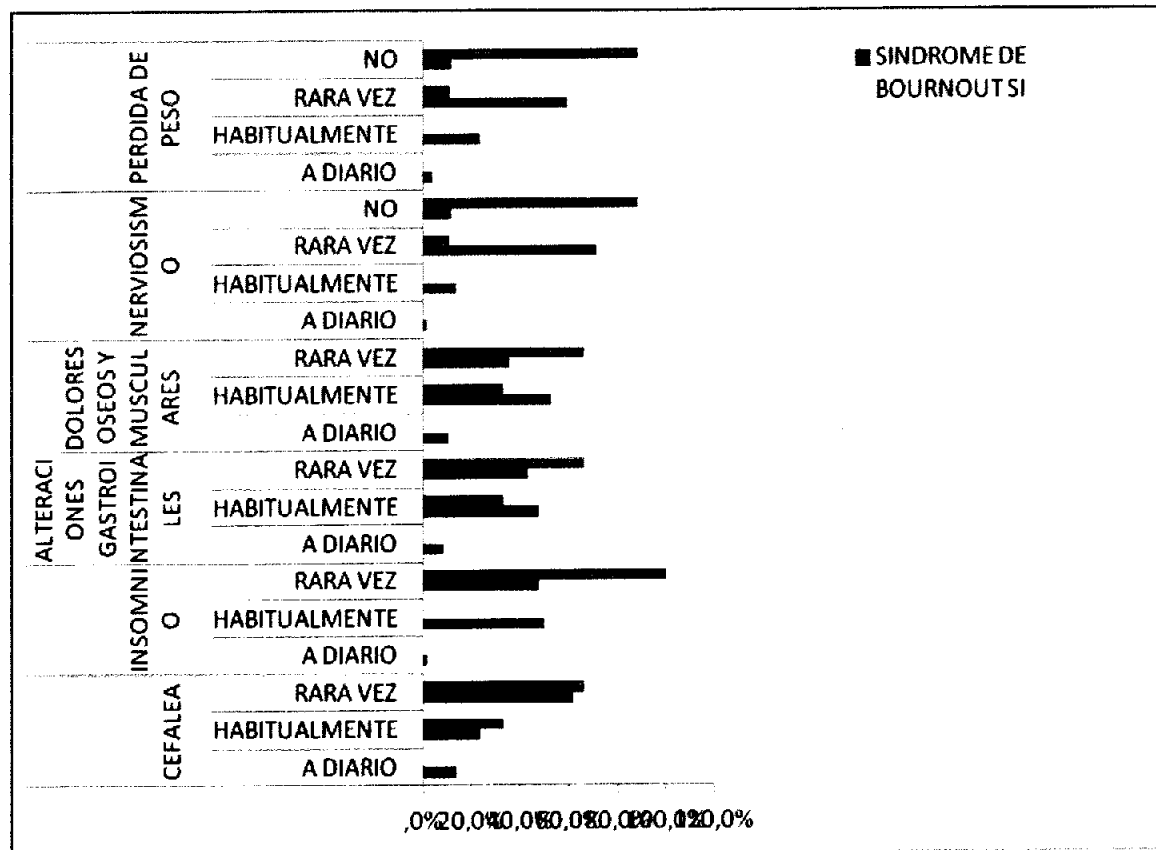
FUENTE: CUADRO 2

GRAFICO 4: OCURRENCIA DEL SINDROME DE BOURN OUT DETECTADO A TRAVES DE LA APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI), PARA SUS TRES COMPONENTES PRINCIPALES, EN LOS INDIVIDUOS EN ESTUDIO.



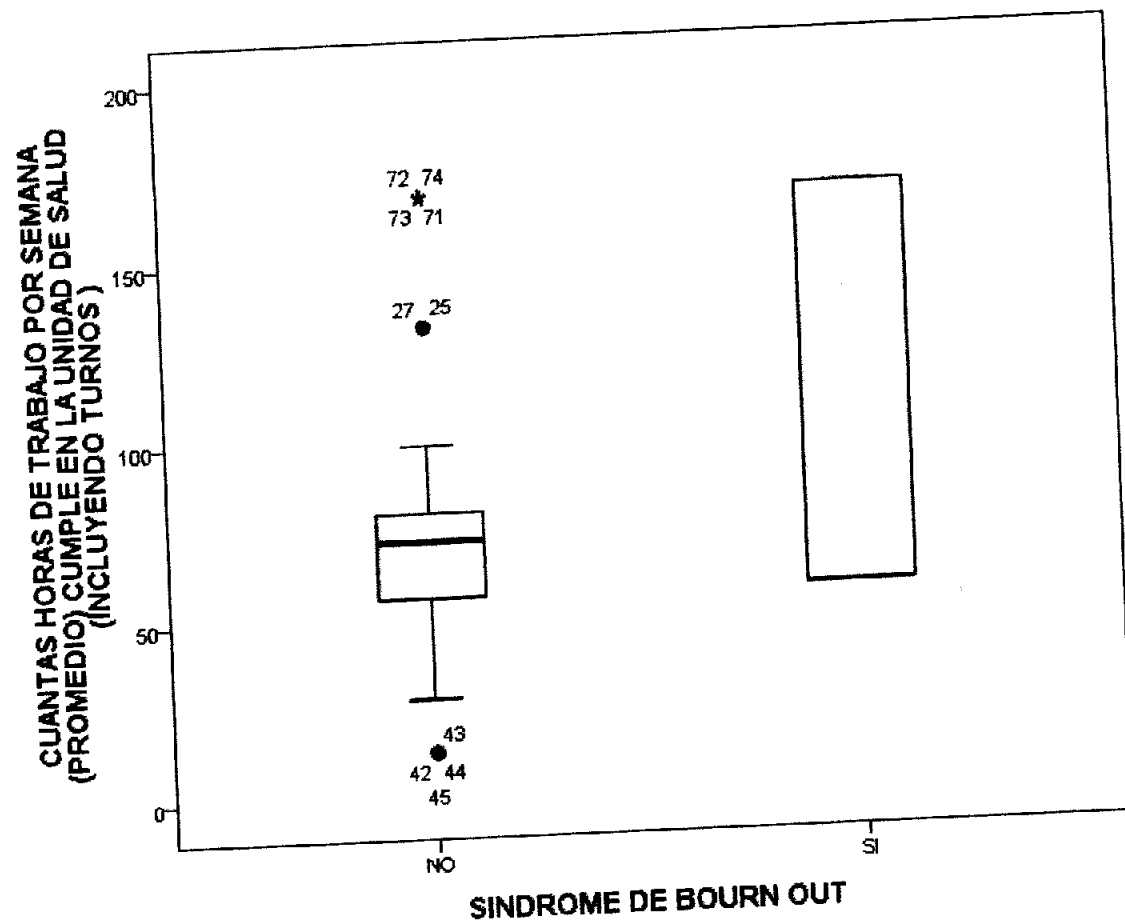
FUENTE: CUADRO 3

GRAFICO 7: SINTOMAS Y OCURRENCIA DE SINDROME DE BOURN OUT EN LOS INDIVIDUOS EN ESTUDIO.



FUENTE: CUADRO 9

GRAFICO 6: OCURRENCIA DEL SINDROME DE BOURN OUT DETECTADO A TRAVES DE LA APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI), Y HORAS DE TRABAJO A LA SEMANA, DE LOS INDIVIDUOS EN ESTUDIO.



FUENTE: CUADRO 5

Encuesta sobre prevalencia del Síndrome de Burnout en personal médico del servicio de emergencia de Hospital Roberto Calderón, Enero 2013.

1. Ficha No: _____

2. CÓDIGO: _____

3. Fecha: - -

Estimado (a) doctor (a), solicitamos su valiosa colaboración para el llenado de este cuestionario, el cual representa el instrumento de recolección de datos de un estudio monográfico para optar al título de ESPECIALISTA EN EMERGENCIOLOGIA de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNAN-Managua. El llenado del cuestionario es confidencial, no solicitamos datos personales que comprometan su identidad ni su ubicación laboral. Los resultados serán presentados de forma global, y únicamente el equipo investigador tendrá acceso a la información suministrada. Su participación es voluntaria, usted está en libertad de tomar un receso en el desarrollo del cuestionario, o bien suspender el llenado en el momento que usted así lo considere. La información que usted nos brinde será utilizada únicamente para efectos de la investigación. El llenado de cuestionario toma en promedio entre 10-12 minutos.

Sabemos que es un tema complicado y delicado de tratar. Por lo que pedimos realizar un esfuerzo por brindar una opinión o contestar las preguntas de una forma que se acerque lo más posible a la realidad. En caso de que usted sienta que no le es posible, por cualquier motivo o circunstancia, contestar de manera objetiva (veraz) las preguntas, le rogamos no llenar el cuestionario. GRACIAS DE ANTEMANO POR SU COLABORACIÓN.

SECCIÓN I. SOCIODEMOGRÁFICO

4. Sexo: M F 5. Edad: años

5. ¿Cuál es su puesto (cargo) en su lugar de trabajo? : _____

6. ¿Qué grado de formación tiene?

1. Médico De Base:

2. Médico Residente: 2.1) R1 2.2) R2 2.3) R3 2.4) R4

3. Médico general

4. Médico interno

7. ¿Cuántas horas de trabajo por semana (promedio) cumple en la unidad de salud (incluyendo turnos): hrs.

8. Turno en el que trabaja (puede marcar más de una alternativa): Mañana Tarde Noche

9. ¿Hace turnos nocturnos? 1. Sí 2. No

10. ¿Cuál es la frecuencia de turno que hace por mes

11. ¿Cuántos años tiene de laborar en la unidad de salud?

12. ¿Cuántos años tiene de laborar como médico?

13. ¿Tiene otro trabajo? 1. Si 2. No

14. ¿Cuántas horas labora semanalmente en su otro (s) trabajo (s)? (incluya todos sus trabajos)

15. ¿Trabaja con ordenador? " Si ¿Cuántas horas? _____ No

16. ¿Padece de alguna enfermedad?

1. Si 2. No

Cuales _____

17. ¿Habitualmente toma algún medicamento? ” Si No

¿Cuáles? ¿Qué posología?

18. ¿Cuál es su estado civil actual?:

1. Soltero/nunca casado: 2. No casado/Unido 3. Separado/Divorciado/Viudo:
4. Casado: 5. No responde:

19. Años de convivencia con su pareja: _____

20. ¿Su pareja trabaja? Si No

21. ¿Cuántos hijos tiene?

22. ¿Cuál es su religión actual?:

1. Católica: (Pasar a 18) 2. Cristiana/evangélica: (Pasar a 18);
3. Cree en Dios, pero no tiene una religión (Deísta/Sin religión):
4. No cree en Dios (Ateo/Gnóstico): 5. Otra (especifique/_____/ (Pasar a 18)
6. No responde:

23. ¿Qué tan religioso(a) se considera usted?:

1. Muy religioso: 2. Religioso Promedio: 3. Poco religioso:
4. Nada religioso: 5. No sabe: 6. No responde:

24. ¿PADECE ALGUNO DE ESTOS SINTOMAS?

Síntoma	A diario	Habitualmente	Rara Vez
Cefaleas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insomnio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alteraciones Gastrointestinales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades Cardiovasculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolores Óseos y Musculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nerviosismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pérdida de Peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25. Maslach Burnout Inventory adaptado al español.

Coloque con los siguientes números la frecuencia con que le suceden cada una de las siguientes afirmaciones en relación a su trabajo . Piense bien y sea completamente sincero.

(0) Nunca.

(1) Pocas veces al año o menos.

(2) Una vez al mes o menos.

(3) Unas pocas veces al mes o menos.

(4) Una vez a la semana.

(5) Pocas veces a la semana.

(6) Todos los días.

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

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

MUCHAS GRACIAS POR SU COOPERACION