



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE NICARAGUA**



Maestría en Salud Ocupacional
2010-2012 (Ocotal)

Protocolo de Tesis para Optar al Grado de:
Maestro En Salud Ocupacional

**“CARGA LABORAL Y SD BURNOUT EN PERSONAL MEDICO. UNIDAD DE EMERGENCIA,
HOSPITAL REGINAL, INSTITUTO HONDUREÑO SEGURIDAD SOCIAL.
SAN PEDRO SULA- HONDURAS
MARZO 2012”**

Autora

Alba Luz Rodríguez Murcia M.D.

Tutor: Luis Carballo

M.S: Salud Ocupacional

Demógrafo

Ocotal-Nicaragua 2012

DEDICATORIA

A Dios Todopoderoso, por proveernos de la voluntad y fortaleza para alcanzar esta meta.

El presente trabajo es realizado en una etapa de la vida donde aprecio más los logros que obtengo, ya que son el Fruto de esfuerzos sacrificios no solo míos sino de mi familia que me han apoyado en todo momento. Ayudándome a llegar hasta aquí y son el motor que me impulsa a seguir a delante aun en momentos que siento no puedo más. A ellos dedico este trabajo

Mi amado esposo que ha estado en todo momento a mi lado, a mis hijos ARIEL, TITI, KEVIN.

A mi familia en su amplio sentido, Mis compañeros de maestría que juntos pasamos momentos buenos, no tan buenos, pero que juntos nos hicimos solidarios y supimos ser compañeros.

AGRADECIMIENTO

Mi agradecimiento primero a DIOS todo poderoso que me ha permitido llegar hasta aquí, que me dio fuerza de voluntad, sabiduría para finalizar esta maestría.

A mis maestros del CIES-UNAN por su dedicación a la enseñanza, a los conocimientos impartidos.

Agradezco el apoyo que me dio el Dr. Amílcar García gerente de la emergencia del I.H.S.S. de San Pedro Sula.

A la Dra. Susana Pineda por su apoyo y colaboración en esta empresa que hoy llega a feliz termino.

A mis compañeros de emergencia que colaboraron con migo participando en este estudio.

Y a todos los que de alguna forma colaboraron con la realización de el presente estudio

RESUMEN

El objetivo de esta investigación fue establecer la relación de carga laboral y Sd de Burnout en el personal médico de la Unidad de emergencia del Instituto de Seguridad Social de San Pedro Sula. La población total estuvo conformada por 46 médicos y el diseño de la investigación fue no experimental de tipo relacional ya que se busca establecer si hay relación entre Sd de Burnout y carga laboral. El instrumento utilizado fue el cuestionario, para el cual se tomó el modelo propuesto por **MBI (Inventario de Burnout de Maslach)** con el cual se investigó el Sd. El clima laboral y las situaciones individuales.

Utilizando el SPSS se estableció que por lo menos en el presente trabajo el valor de chi cuadrado no fue significativo, por lo que no hay una relación estrecha entre el Sd y la carga laboral, utilizando el SPSS.

Si se demostró que el Sd se ve más en mujeres y en las que trabajan en turnos nocturnos.

Palabras claves:

Sd de Burnout

Carga laboral

Turnos de trabajo

INDICE	PAG.
I. INTRODUCCION -----	1
II. ANTECEDENTES -----	3
III. JUSTIFICACION -----	7
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA -----	9
V. OBJETIVOS -----	10
VI. MARCO TEORICO -----	11
VII. MARCO METODOLOGICO -----	24
VIII. HIPOTESIS -----	24
IX. ANALISIS DE RESULTADO -----	28
X. DISCUSIÓN DE RESULTADOS-----	29
XI. CONCLUSIONES-----	31
XII. RECOMENDACIONES -----	32
XIII. BIBLIOGRAFIA -----	33
XIV. ANEXOS -----	35

I. INTRODUCCION

Con el paso del tiempo se ha incrementado sobre manera la demanda asistencial del seguro social; con la llegada de las maquilas la migración del campo a la ciudad a aumentado de forma alarmante, donde las persona buscan mejorar su nivel de vida; el crecimiento en el área industrial de San Pedro Sula en otros rubros también ha presentado un alto incremento, y con ello también ha aumentado la demanda de los servicios médicos.

Viéndose reflejado en la asistencia diaria a la emergencia del hospital regional, lo que lleva a una mayor demanda de esfuerzo físico y mental de los médicos de la emergencia en sus tres turnos.

En relación con el estrés profesional, surge el termino burnout o síndrome de desgaste profesional, uno de los factores que más ha influido en este proceso es el incremento de la demanda de atención pero no el incremento de personal médico.

Vinculados al ámbito laboral sanitario y a los estresores laborales, se han señalado 3 grupos principales de transformaciones socio laborales como especialmente relevantes para la salud médica¹: a) una mayor sobrecarga en la atención a pacientes, lo que ha derivado en el aumento de la carga emocional y mental; b) mayores exigencias macroeconómicas, que han implicado un incremento de las exigencias de adaptación de los trabajadores sanitarios, y c) un empeoramiento de las condiciones laborales actuales, lo que ha supuesto incrementos en los turnos de trabajo, escasa promoción, movilidad descendente o forzosa, desempleo eventual y prejubilaciones son causas relacionadas con la enfermedad. Como consecuencia conjunta de todo ello, se ha producido un aumento de la tasa del desgaste profesional o síndrome de *burnout* en la profesión médica. (1)

El presente trabajo considera analizar carga laboral y estrés proponer posibles recomendaciones para mejorar esta situación en la unidad de emergencia del I.H.S.S.

II. ANTECEDENTES

En este nuevo siglo con tantos nuevos avances en ciencia, tecnología y comunicaciones, exigen de las personas más profesionalismo, efectividad y un nuevo termino como trabajar bajo estrés, aun en los anuncios solicitando personal leemos esta frase. Esta comprobado que las situaciones límites o extremas son las que generan comprobado mayor estrés en los individuos, ya que los someten a un estado de alerta que los prepara para enfrentar el acontecimiento que se ha percibido como amenazante. (Lazarus y Folkman et al, 1986). (1)

Uno de los lugares en los que se puede encontrar escenarios que ponen a prueba el temple del ser humano, son las Unidades de Emergencia (UE), en donde a cada segundo puede ocurrir un evento en que se pone en juego la vida de las personas. Se debe considerar además, que el trabajo en estas unidades, exige profesionales altamente capacitados, sin embargo, en estos lugares suceden múltiples hechos que pueden generar estrés y por lo tanto afectar el rendimiento y la capacidad laboral del individuo, lo que directa o indirectamente puede repercutir en la atención al usuario. Actualmente, existen múltiples investigaciones que abordan la presencia de estrés laboral crónico o burnout en profesionales de de salud; todas ellas concluyen que la etiología es el resultado de un cúmulo de factores estresantes asociados al desempeño de la profesión y que sobrepasan los recursos de afrontamientos personales (Braham, 1999; Pérez, 2002; Ferrer et al, 2002). (2)

Por tal motivo se consideró de importancia investigar el tema, ya que en el país existen pocos estudios que aborden esta problemática específica de los profesionales médicos que trabajan en las unidades de emergencia de nuestros hospitales. La actividad laboral es por sí misma generadora de estrés, ya que determina la exposición del empleado a ciertos estresares, que según como sean vividos, resueltos afrontados, determinan la respuesta individual, sea adaptativa

(aprendizaje, adaptación) o des adaptativa (desgaste e insatisfacción), (Carmona, Sanz Marín, 2002) et al. (3)

Se han descrito varias características que influyen en la salud del trabajador, destacando: el tamaño de la empresa, la responsabilidad que se tiene, las disfunciones de rol y la falta de participación en la toma de decisiones (Mingóte, 1997; Epstein, 2001). De esta manera, al relacionar estrés y trabajo, surge una muy variada cantidad de exigencias. La necesidad de satisfacción, la de autoestima y la de realización personal, cumplen un papel destacado para encontrarle sentido a la actividad que se realice (Llor Abad, 1995). Es así como el estrés laboral se puede definir como: "El desequilibrio percibido entre las demandas profesionales y la capacidad de la persona para llevarlas a cabo" (Vargas Fernandez et al, 1998). (4)

En relación con el estrés profesional, surge el termino burnout o síndrome de desgaste profesional, que describe la pérdida progresiva de energía, hasta llegar al agotamiento, síntomas de ansiedad y depresión, así como desmotivación para el trabajo, presente en trabajadores que desarrollan su actividad laboral con personas (Sánchez et al, 2003).(5)

Actualmente, este síndrome se define como el agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal. El agotamiento emocional, se refiere a la disminución y pérdida de los recursos emocionales; la despersonalización o deshumanización, consiste en el desarrollo de actitudes negativas, de insensibilidad hacia los receptores del servicio prestado y la falta de realización personal se relaciona con la tendencia a evaluar el propio trabajo de forma negativa, con vivencias de insatisfacción profesional y baja autoestima personal. Este síndrome estaría dado exclusivamente en profesionales de servicios (Maslach Jackson, 1981) y debe ser entendido como una respuesta al estrés laboral que aparece cuando fallan las estrategias de afrontamiento que suele emplear el profesional. El Modelo de Peiró y Salvador (Peiró Salvador, 1993), explica el burnout como respuesta al estrés laboral, en el cual una vez

percibida la situación como estresante han de aparecer estrategias de afrontamiento que deben neutralizar los estresores, haciendo desaparecer las discrepancias entre demandas y recursos, puesto que la fuente de estrés persistirá en la relación cotidiana del profesional con su entorno; es decir, la situación estresora debe dejar de ser vivida como tal. En caso contrario llevarían a fracaso profesional y fracaso de las relaciones interpersonales con los sujetos receptores del servicio, provocando un sentimiento de baja realización personal en el trabajo y agotamiento emocional, que desembocaría en una actitud de despersonalización como forma de afrontamiento, que son las variables que indican la instauración del burnout. Si se mantienen en el tiempo los estresores y no se resuelve la situación, aparecerían consecuencias negativas para el individuo y la organización (Peiró et al, 1997) (6)

.Estudios recientes aportan mayor información en relación a esta temática; Albadejo y Villanueva (2004), corroboraron a través de su estudio, que los profesionales que trabajan en unidades de alta demanda física y psicológica, como en las Unidades de Urgencia y Oncología, las que presentaron niveles más elevados de burnout. Sánchez-Rodríguez y De Lucas García (2001), pesquisaron que la presencia de burnout en el personal sanitario pre hospitalario, correspondía principalmente a niveles intermedios a bajos. Los profesionales con hijos, los que presentaban mayor antigüedad profesional y más años dedicados a la emergencia, obtuvieron puntajes más elevados para cansancio emocional y burnout. Los profesionales que realizaban turnos de 17 horas (tarde-noche) y los que no estaban de acuerdo con su tipo de turno presentaron el puntaje más elevado para este síndrome y sus subescalas. También se pesquisó que los profesionales con problemas de relaciones interpersonales en su trabajo presentaban altos niveles de burnout y baja realización profesional. (6) A su vez Pera y Serra-Prat (2002) a través de su estudio pesquisaron un elevado porcentaje de este Síndrome en el personal administrativo y bajo en enfermeras. Para las escalas de cansancio emocional y despersonalización, los resultados evidenciaron alto porcentaje de burnout en los varones y sólo para cansancio

emocional se observó una elevada presencia en viudos. Los de mayor edad presentaron índices más altos de burnout, los que tenía hijos evidenciaban niveles medios en la escala de cansancio emocional. Otro trabajo que entrega datos en relación a la presencia de burnout en profesionales del área de la salud es el de Hernández (2003), en donde se concluyó que el bajo reconocimiento profesional se asociaba a respuestas de estrés y de burnout. Este síndrome, afectó fundamentalmente a las mujeres médicas de la atención primaria y se detectó la presencia de síntomas de estrés en las enfermeras del mismo nivel de atención. Quiroz y Saco Méndez (2003), encontraron asociación estadística para burnout y las variables sexo masculino, profesión de médico, tiempo de servicio mayor de 12 años, baja motivación laboral, baja satisfacción laboral. A su vez se pesquisó baja asociación estadística con el trabajo mayor a 40 horas semanales, menos de 6 horas de esparcimiento a la semana, otros trabajos fuera del hospital y convivencia. El objetivo general de este estudio fue determinar la presencia de sobrecarga labora, estrés laboral crónico o burnout y su probable relación con factores sociales y laborales, en los profesionales médicos que trabajan en emergencias, de los hospitales del I.H.S.S.

III. JUSTIFICACIÓN

La creciente demanda de los servicios médicos exige equipar tanto material como profesionalmente a las unidades críticas, de choques y de atención permanente en los centros hospitalarios. Sin embargo, tal necesidad y desempeño ordinario de funciones incide notoria y rápidamente en el progresivo desgaste del personal médico, tal situación redundando no solo desde una perspectiva individual sino que se proyecta a una dimensión colectiva, por las características propias del trabajo que se desempeña.

El estudio propuesto posee relevancia laboral, debida que se plantea un estudio para determinar si hay sobrecarga laboral y por ende stress laboral, en los médicos del área de emergencia.

De ahí, la importancia de esta investigación que se asume de una visión sanitaria y organizacional, ya que aspira a conocer el sentido humano y las presiones a las que está expuestas a diario el médico, por otra parte desde un punto de vista organizacional permite adecuar aun más las condiciones de trabajo a fin de alcanzar las metas.

Realizando un análisis observacional de las labores, así mismo de las estadísticas de la atención del área de emergencia, verificando así el impacto físico, mental y emocional que la sobrecarga laboral puede provocar en los médicos del área de emergencia.

Que luego se ve reflejado en la atención a los pacientes y en la satisfacción que estos manifiestan de su atención.

El propósito al realizar este trabajo es demostrar en un estudio la sobrecarga laboral a que están sometidos los médicos de la de emergencia del hospital regional de San Pedro Sula.

Con los resultados obtenidos se espera tener una mayor base para proponer los cambios necesarios que ayudaran a transformar la emergencia en una unidad

con un personal altamente calificado que se reflejara en la satisfacción de los pacientes atendidos. La investigación es importante porque intenta generar conocimiento sobre un problema del que hay muy poco estudio en nuestro país y ninguno en el I.H.S.S. que limita, empobrece y desgasta la salud de un personal de primera línea como son los profesionales médicos de la emergencia del Hospital del I.H.S.S. de San Pedro Sula.

Se espera que el presente estudio sea de utilidad a las autoridades del I.H.S.S. para tomar encuentra en futuras reformas a las normas de trabajo, a los médicos de el área de trabajo de emergencia, haci como a otras áreas y gerencias de la Institución, haci como a otras instituciones hospitalarias.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cómo la carga labora en los médicos de la emergencia del hospital regional del Instituto de seguridad social en San Pedro Sula conlleva al Sd de Burnout?

¿El número de médicos que labora en la unidad de emergencia es suficiente para suplir la demanda asistencial?

¿Cómo influye la carga laboral de los médicos de la emergencia con el llamado Sd de Burnaut?

¿Cómo es la situación ambiental laboral en la que trabajan los médicos en la emergencia?

V. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

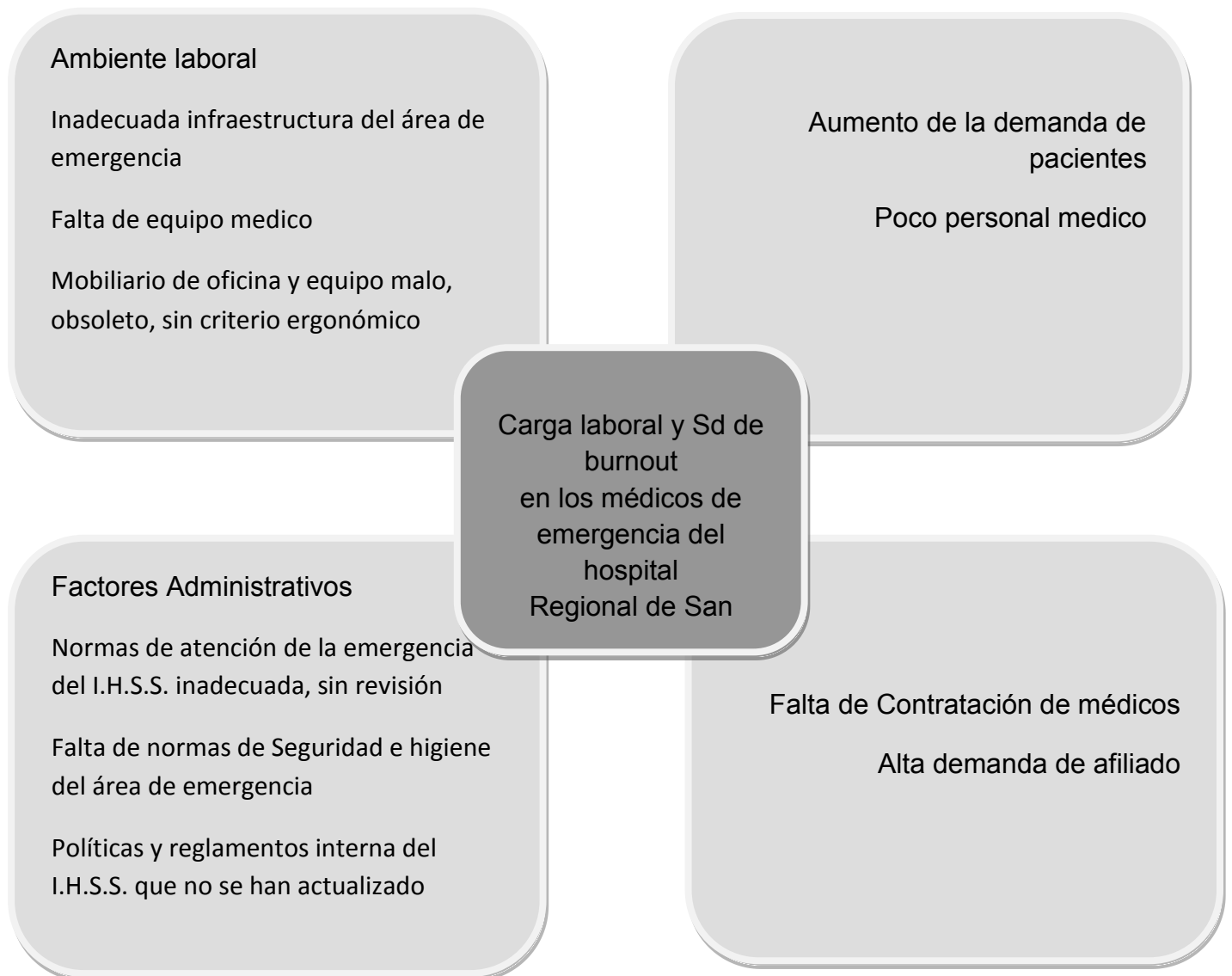
Conocer la situación del Síndrome de Burnout y su relación con la carga laboral en los médicos que laboran en la emergencia del Hospital regional del norte del I.H.S.S del Municipio de San Pedro Sula. Honduras marzo 2012.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Establecer las características sociodemográficas de los médicos que laboran en la Emergencia del Hospital.
2. Determinar la cantidad de pacientes atendidos y la carga horaria por médicos por turno.
3. Establecer la frecuencia del Síndrome en los médicos de emergencia
4. Determinar los factores que influyen en la aparición del Síndrome de Burnout.

VI. MARCO TEORICO

MODELO TEORICO



LA MEDICINA EN EL MUNDO MODERNO

Según Reinaldo Bustos cuerpo, medicina y enfermedad son nociones indefectiblemente relacionadas en todas las culturas. Comprender, por lo tanto, las relaciones genealógicas de estas tres nociones en el mundo moderno, tomando como hilo conductor la corporal, nos parece básico y necesario, para situar las contradicciones y aporías de la institución médica en la actualidad, sus gestos de grandeza y de miseria, sus posibilidades reales e imaginarias, sus crisis y esperanzas.

La medicina emergente en el espacio histórico de la modernidad, se instaura entonces sobre los principios de la oposición orden/caos que reemplazan a los principios tradicionales de vida/muerte, como fundamentos de la organización social. En este sentido, vencer el caos o la anomia equivale a vencer la muerte en el plano de las equivalencias con el orden pre-moderno. La medicina encuentra así un espacio de formulación fuerte en la construcción de un orden “nómico” moderno y, por lo tanto, una función destacada –a diferencia del pre-modernidad en la mantención del nuevo orden. Para ello, nutre su saber de una concepción del cuerpo que debe hacerse homogéneo y transparente a la mirada médica, en un proceso de reducción de lo individual a lo objetivo, que deben consolidarse en dos dominios que constantemente se entrecruzan en la modernidad: el ámbito práctico institucional y el científico-discursivo. De esta manera, como exigencia de todo un reordenamiento social, surge la medicina moderna que opera un desplazamiento de un cuerpo cósmico a un cuerpo objetivado e individual, para construir sus categorías de conocimiento de la enfermedad. Este conocimiento se consolida así en una antropología residual, de un cuerpo concebido como una máquina.

En nuestro postulado, la medicina como institución emergente en este espacio histórico moderno se instituiría como una estructura de apoyo al orden social, que tiene por finalidad corregir la disrupción (caos) que representa la enfermedad y la muerte en el funcionamiento social.

Resumiendo, el surgimiento de la medicina moderna se encuentra asociada a las nuevas prácticas burocráticas en el sistema panóptico, como lo postulara

Foucault, que ha hecho posible el desarrollo de toda una gama de disciplinas, entre las cuales se encuentra la medicina, cuyo objetivo fundamental era hacer posible el control de la enfermedad y la docilidad de la población, como parte de un vasto proceso de racionalización que involucra a toda la sociedad por medio de las prácticas científicas en todos los aspectos de la vida humana. De nuevo, es el cuerpo el punto de aplicación y encuentro entre un orden social y una medicina que se refuerzan mutuamente en un proceso de regulación social, que necesita de cuerpos dóciles y sanos como condición de su expansión capitalista en la modernidad temprana.

Sus expresiones actuales las podemos encontrar en la estrecha interacción de ciencia y técnica, que determina la práctica médica y que genera la idea de que ésta se puede instalar desde más allá de la ética en el espacio público, en la medida en que puede contribuir a un cierto modelo político de bienestar humano. Así, la medicina, fecundada con poderes nuevos, asume un rol que moviliza imaginariamente en la conciencia colectiva una sensación de certidumbre frente al vacío que dejara la religión desplazada del mundo moderno, de creer poder controlar el disfuncionamiento social que implica la presencia de la enfermedad y la amenaza siempre inquietante de la muerte.

Estos son los puntos de origen de una fase de la evolución histórica de la medicina moderna, que asume la enfermedad como una disfunción de la máquina corporal, máquina humana que en otro plano participa de la valoración del mundo con su fuerza de trabajo.

Allí se inaugura también una relación de la medicina con la economía, cuyo punto de llegada será la crisis económica actual en el mundo en relación a las políticas de salud. De esta manera, podemos comprender que la medicina moderna no es una abstracción como institución social, sino que, por el contrario, su desarrollo y expresión actual se identifica plenamente con el ordenamiento político-económico que está en su base, "sacrificando" la subjetividad del individuo social-histórico, al hombre concreto (Bustos, R. et al, 1993).(7)

Carga de trabajo

El trabajo requiere la utilización de energía humana, que se traduce en la realización de un esfuerzo físico y mental determinado. Podemos definir la carga de trabajo como “el conjunto de requerimientos mentales y físicos a que se ve sometido un trabajador o una trabajadora para la realización de su tarea”. Acotar la carga de trabajo exclusivamente a los requerimientos “durante la jornada” excluye una situación bastante frecuente en muchos trabajos (y en particular a los que acceden mujeres): los requerimientos físicos y mentales directamente relacionados con la tarea se continúan más allá de la jornada, en el espacio del hogar. Por ejemplo, el trabajo docente.

La carga de trabajo como factor de riesgo se va a estudiar en dos aspectos: la demanda de esfuerzo físico y las demandas mentales o psicológicas del trabajo. Como factores de riesgo, ambos aspectos pueden agravar o ayudar en la recuperación de enfermedades profesionales y enfermedades comunes no laborales.

Cuando producen fatiga y malestares inespecíficos, aumentan el riesgo de accidentes; cuando se controlan adecuadamente, aumentan la productividad y la satisfacción con el trabajo.

Demanda de esfuerzo físico

En el trabajo se da una combinación de posturas, movimientos y fuerzas que se traducen en esfuerzo físico. Para mantener una postura determinada, el organismo necesita realizar un esfuerzo sostenido, que es más intenso mientras más estática es la postura y mientras mayor fuerza debe sostener. Realizar movimientos también demanda un esfuerzo físico: son más exigentes los movimientos que se realizan a mayor velocidad, usando menos grupos musculares, en postura estática y venciendo una mayor fuerza que se le opone. La fuerza que se realiza en el trabajo también implica esfuerzo físico: el levantamiento de objetos pesados obliga a realizar fuerzas, pero también mantener una postura en contra de objetos que oponen resistencia y en contra de la fuerza de gravedad.

Los problemas aparecen cuando se le exige a las personas que permanezcan en una misma postura durante un tiempo excesivo, en malas posturas o que realicen movimientos y fuerzas más allá de sus capacidades. Para prevenir la fatiga y la aparición de problemas musculoesqueléticos derivados del esfuerzo físico, se deben adoptar medidas de control sobre:

- Postura: Promover variedad de posturas y movimientos.
- Tiempo de exposición: Promover esquemas de pausas y rotación a tareas que aumenten la variedad y el dinamismo de posturas, fuerzas y movimientos.
- Movimientos en forma repetitiva: Cualquier parte del cuerpo que se hace trabajar muchas veces en cortos períodos de tiempo, se daña por la falta de reposo adecuado entre un movimiento y otro.
- Exigencia de fuerzas excesivas: Cada grupo muscular se encuentra capacitado para realizar fuerzas dentro de un cierto rango; se debe promover el uso de equipos de apoyo.
- Forma de realización de las fuerzas: La capacidad de una zona muscular para realizar una fuerza también depende de la postura en que se realice dicha fuerza: mientras más mala es la postura, más disminuye la capacidad de realizar fuerzas; se debe entrenar a las personas en la realización de esfuerzos físicos.

LEGISLACION APLICABLE:

Art. 193° del Código del Trabajo: Sillas para el trabajo de pie.

Art. 95° del Decreto 594 (Salud): No se pueden trabajar más de 8 horas diarias ni más de 40 semanales en trabajo de digitación, el ritmo debe ser de 5 minutos de descanso cada 20 minutos de trabajo.

Ley 19 404 (1995): normas especiales para jubilación anticipada por trabajo pesado.

Demanda de esfuerzo mental

El trabajo, como actividad orientada al fin de obtener un producto o producir un servicio siempre produce una demanda de actividad mental. Esta demanda es clara en trabajos en que las personas deben aplicar mucho esfuerzo a interpretar datos, pero también es clara en los denominados “trabajos manuales”.

En ellos las personas deben percibir su entorno y estar atentos a las señales que éste entrega, interpretando la información dada por las características de los materiales o procesando instrucciones. Incluso el trabajo más simple obliga a pensar, a recordar los conocimientos adquiridos, a resolver problemas de manera creativa.

Todos los trabajos producen sensaciones en las personas. Desde la observación de los componentes materiales del trabajo hasta la evocación de recuerdos y

sensaciones de gusto o disgusto con algún aspecto de la tarea o del entorno. En el trabajo se utilizan los conocimientos y experiencias adquiridas con fines instrumentales: todo trabajo requiere la preparación del individuo, en la escuela, instituto o universidad o como aprendiz guiado por otro. También forma parte del trabajo la utilización de destrezas y conocimientos adquiridos con fines más generales. Se intercambian informaciones, experiencias y creencias que necesitan destrezas adquiridas previamente y que ayudan a detectar intereses comunes que ayudarán a integrarse a grupos dentro del trabajo.

En el trabajo las personas interpretan lo que sucede a su alrededor en el medio material y en el medio social, el trabajo incluso moldea la forma en que se realiza esta interpretación, uno de los fenómenos psicológicos más complejos y difíciles de evaluar en el trabajo.

Aunque los aspectos psicológicos implicados en el trabajo parecen apuntar a considerar su estudio desde una perspectiva individual, se reitera el carácter social de esta actividad y la necesidad de su estudio integrado.

Se considera que un esfuerzo mental excesivo o inadecuado, requerido por algunos trabajos, implica un mayor riesgo, porque además de aumentar la probabilidad de accidentes y enfermedades, generan bajas de productividad y mayor insatisfacción con el trabajo.

Para poder objetivar la demanda de esfuerzo mental se debe considerar:

- Cantidad y dispersión de la información recibida.
- Cualidades de la información: grado de elaboración que requiere, complejidad de los razonamientos para aplicarla, coherencia.
- Nivel de atención y concentración demandado.
- Rapidez de respuesta demandada.
- Grado de libertad en la toma de decisiones.
- Retroalimentación sobre los resultados.

No existe una legislación aplicable para prevenir los riesgos derivados del esfuerzo mental.

. Organización del trabajo

Como señalábamos, el trabajo es una actividad orientada a un fin y, por lo tanto, organizada. En la actividad laboral moderna están organizados los tiempos de trabajo, las funciones y las relaciones entre los individuos. Una organización del trabajo puede contribuir a un mejoramiento del nivel de bienestar de los trabajadores y trabajadoras o puede operar como un factor agravante del riesgo existente en los aspectos hasta ahora revisados. Por ejemplo, si los tiempos están organizados de modo que por regla se trabaja de noche, aumenta el esfuerzo físico y mental, disminuye la capacidad del organismo para recuperarse de la exposición a agentes físicos, químicos o biológicos y aumenta la probabilidad de accidentes.

Jornada de trabajo

La cantidad de horas que se trabajan se relaciona de diversas formas con la salud:

- Una gran cantidad de horas trabajadas implica un tiempo prolongado de exposición a algún riesgo que esté presente en el lugar de trabajo (ruido, vibraciones y esfuerzo físico).

Por ejemplo, un ambiente ruidoso puede ser interpretado por algunas personas como estimulante para desarrollar con energía la tarea, pero otras pueden considerarlo desestimulante, en tanto las desconcentra de su trabajo. La cantidad de horas trabajadas le resta horas al tiempo de descanso. El descanso no sólo sirve para recuperarse del esfuerzo físico y de las pequeñas lesiones que se puedan producir en el trabajo, sino también para destinarlo a la vida familiar, a los intereses individuales, a las actividades sociales.

Algunos trabajos presentan intervalos largos sin actividad durante la jornada. La legislación (que descuida el segundo aspecto mencionado antes sobre la importancia del descanso fuera del trabajo), permite extender los tiempos de permanencia en tales casos, como ocurre en trabajos de restaurantes. Entonces, no sólo hay que considerar las horas de trabajo efectivo, sino también los tiempos de permanencia en el trabajo.

En muchas situaciones de trabajo el tiempo de descanso se ve acortado por los excesivos tiempos de traslado (faenas apartadas de centros urbanos, problemas de congestión de tránsito).

Las trabajadoras mujeres ven aumentados sus tiempos de trabajo total por una desigual distribución de tareas entre los géneros dentro de la sociedad. Al trabajo remunerado de extensas jornadas se le agrega el trabajo doméstico. Por lo tanto, cuando se aborda la jornada de trabajo se deben tocar aspectos que dependen de

la extensión del tiempo de trabajo en la empresa y aspectos que dependen de factores sociales globales: estado de la inequidad de género e infraestructura del transporte para los trabajadores y trabajadoras.

Ritmo de trabajo

Se refiere al tiempo necesario para realizar una determinada tarea, que se manifiesta en trabajar a una cierta velocidad, la que puede ser constante o variable. Uno de los grandes cambios que sufrió el trabajo moderno durante los siglos XIX y XX fue la estandarización del tiempo de trabajo. Significó la exigencia de una velocidad determinada con anterioridad, suponiendo la existencia de trabajadores ideales a los cuales se debe equiparar. Se dejan de considerar las diferencias individuales de velocidad en la realización de tareas.

Los ritmos intensos producen mayor demanda de esfuerzo físico y mental, por lo tanto, fatiga y riesgo de accidentes, además de insatisfacción. A la larga, pueden ser improductivos. Desde distintas perspectivas, han surgido propuestas para modificar las formas de planificar el ritmo de trabajo. Un ritmo intenso se puede moderar con pausas adecuadas. Es más favorable un ritmo de trabajo que respeta la capacidad individual y la autonomía para su regulación, aunque en la práctica esto es difícil de alcanzar. Las formas de salario que dependen de una cantidad producida por unidad de tiempo, por lo general imponen ritmos forzados intensos.

Algunos trabajos imponen ritmos tan intensos que incluso se llega a prohibir la conversación entre las personas

y el uso de los sanitarios, hasta la pausa única de colación. Estas formas de organizar el ritmo de trabajo además de la insatisfacción, no generan trabajo de equipo y se relacionan además con infecciones urinarias por exceso de retención, especialmente en mujeres.

Los turnos de noche

Se suele considerar que, dado que el día tiene 24 horas, trabajar de noche es lo mismo, sólo que en otro segmento horario. Esto no es así: al establecer trabajo nocturno se altera la fisiología normal del organismo.

No se produce una adaptación, ni siquiera en los trabajadores nocturnos permanentes, porque no hay una transformación en seres humanos nocturnos. El concepto más aceptado para definir el trabajo nocturno se refiere al trabajo fuera de las horas normales de luz diurna (aproximadamente entre 07:00 y 18:00 horas).

Otros esquemas son los turnos muy temprano en la madrugada, los turnos a medianoche, el sobretiempo, etc.

En el mediano y largo plazo, los trabajadores en turno tienen un mayor riesgo de trastornos digestivos y cardiovasculares. Las experiencias muestran que los trabajadores en turnos enfrentan problemas para tener una vida social y familiar adecuada:

Se afecta el tiempo disponible para dormir de día después de un turno de noche.

- Se reduce el tiempo disponible para actividades recreativas y sociales.
- Se reduce la cantidad de fines de semana libres.

El ambiente social también influye en el efecto del trabajo nocturno:

Género: Es mucho más difícil soportar los efectos del trabajo en turnos para mujeres que están a cargo de labores domésticas. Las trabajadoras suelen llegar a preparar desayunos o almuerzos después de su turno y no a dormir según su necesidad.

Niños: La presencia de niños pequeños que demandan cuidados se ha demostrado como un factor que dificulta la tolerancia al trabajo en turnos.

Apoyo social: Cuando el individuo que realiza trabajo nocturno cuenta con una suficiente base de apoyo social, ya sea por la existencia de una familia que le facilita las cosas (situación que suele faltar para las mujeres que trabajan) o por la existencia de programas especialmente diseñados provistos por la empresa, mejora la tolerancia al trabajo nocturno.

Para la prevención de los problemas del trabajo nocturno se puede recomendar:

- Buscar alternativas al trabajo en turnos.
- Reducir al mínimo el número de turnos de noche consecutivos.
- Prohibir los cambios de turno rápidos: debe haber una pausa mínima de 12 horas entre la salida de un turno y la entrada a otro.
- Otorgar el máximo posible de fines de semana libres.
- Organizar un mínimo de turnos largos y de sobretiempo.
- No usar turnos largos para tareas pesadas.
- Preocuparse de las horas de entrada y salida a turnos.

- Diseñar los sistemas de modo que sean lo más regulares posibles.
- Otorgar un número mayor de descansos en el turno de noche.
- Controlar las condiciones ambientales en el turno de noche.
- Proveer servicios de cuidado de la salud, asesoría individual y vigilancia.
- Proveer programas sociales.
- Entregar educación a los trabajadores, como con cualquier otro riesgo ocupacional.
- Proveer instalaciones adecuadas para dormir, cuando se trabaja fuera de la residencia habitual (campamentos).Conceptos básicos en salud laboral.(17)

EL “BURNOUT”, UNA FORMA ESPECÍFICA DE ESTRÉS LABORAL

EL ESTRÉS

La procedencia del término estrés es quizás más antigua que su definición conceptual moderna, ligado a la salud. Para el siglo XVI la palabra connotaba tensión, adversidad o dureza. Posteriormente el término evoluciona y es utilizado en el campo de la física para

La fuerza interior de un cuerpo. YA en el siglo XIX, se concibe que dicha fuerza puede distorsionar y deformar el cuerpo en si mismo del objeto.

Los estudios de psicología impulsados por Walter Cannon sobre la emoción, considerando al estrés como una perturbación de la homeostasis ante situaciones extrema, frío, falta de oxígeno, descenso de la glicemia.

Sin embargo, es el Dr. Hans Selye, endocrinólogo quien conceptualiza el término como el conjunto de reacciones fisiológicas ante cualquier forma de estimulación nociva (incluidas las amenazas psicológicas)

El concepto de estrés es importante porque proporciona una manera de comprender a la persona como ser unificado que responde en su totalidad (mente y cuerpo) a las distintas vicisitudes que tienen lugar en la vida diaria.

Es además un fenómeno universal todas las personas lo experimentan.

Ivanovitch y Mateson 1989, en su libro estrés y trabajo, en definición funcional del estrés consideran el estrés como una respuesta adaptativa mediada por características individuales por procesos psicológicos, la cual es a la vez consecuencia de alguna acción, de una situación o un evento externo que plantean a la persona especiales demandas físicas y/o psicológicas.

CAUSA DEL ESTRÉS

Victor J. Freeman 1989, sugiere tres causas de estrés.

a.- estrés carencial o por privación:

Se produce cuando hay una pérdida de algún factor indispensable para el bienestar del individuo. Este estrés puede ser producido por factores: Fisiológicos, Psicológicos o sociales.

b.- estrés por exceso:

Los cambios o las variaciones de cualquier clase pueden transformar los procesos psicológicos del organismo, al igual que la conducta del individuo.

c.- estrés por intolerancia

Se produce cuando el organismo acciona ante situaciones intolerables y las cuales pueden ser de tipo biológicas, psicológicas y sociales.

Por otra parte Labrador, j (1996) designa “el termino estresor o situación estresante, al estímulo o situación que provoca una respuesta de estrés en el trabajador “y los clasifica como psicosociales, cuando su naturaleza atiende al significado que las personas asigne y los biogénicos referido a las situaciones que pasan a ser estresores por su capacidad para producir cambios bioquímicos o eléctricos que automáticamente disparan la respuesta de estrés.

En este sentido el trabajo realizado desde una unidad de cuidados intensivos es considerado como exigente, estresante, con niveles de riesgo y alto desgaste físico donde el deterioro de la salud del trabajador proviene del ambiente físico y su entorno en general.

FACTORES QUE INFLUYEN SOBRE LOS EFECTOS ESTRÉSANTES

Un factor estresante afecta a un individuo dependiendo de:

- De la naturaleza del factor.
- El número de ellas a lo que hay que hacer frente al mismo tiempo.
- La duración de la exposición a dichos factor.
- Experiencias con otros factores parecidos.

La naturaleza del factor estresante esta formada por:

- Tipo de problema que genera el estrés.
- La magnitud del mismo.
- Número de factores que aparecen al mismo tiempo.

El número de factores estresantes a los que hay que hacer en un determinado momento puede influir decisivamente en la reacción.

Duración de la Exposición

La exposición continúa a un factor estresante puede disminuir la capacidad de defensa. La resistencia al mismo es menor durante el estado de alarma, se hace mayor en la resistencia cuando los mecanismos de defensa se ponen en acción y luego recaen a niveles inferiores de lo normal en el estado de agotamiento.

La experiencia en otro factor parecido

Es particularmente significativa en el momento ya que se relaciona con hechos que les han contado y las personas que se ocupan que les van a ocurrir también.

FACTORES ASOCIADOS AL ESTRÉS

a.- Ambientales:

Tipo de unidad - servicio y condiciones físicas estado de las enfermedades y tipo de cuidados sentimiento del personal, peligros físicos, exigencias de preparación, especialización, escasos recursos materiales.

b- Relaciones

Malas relaciones con superiores, subordinados y compañeros, recibir órdenes contradictorios, falta de confianza y restricción de la autonomía personal, falta de información médica. Organizativa y Burocrática.

C-Mala organización y distribución de tareas, excesivos papeleo, horario inflexible y sobrecargado, aumento de responsabilidades administrativa, falta de recompensa administrativa.

d- Profesionales e inherentes al Rol

Percepción de no estar preparado profesionalmente, miedo a la muerte, sometimiento constante al dolor o muerte de otro temor a equivocarse, paciente agresivo, no colaborador, Tareas ingratas, pesadas y repetitiva, rol ambiguo y/o conflictivo, promoción excesiva o insuficiente ambiciones profesionales frustradas bajo salario.

e- Relacionada con presión y exigencia

Escasez de personal, ser requerido en varios sitios a la vez, imposición de plazas por parte de otras personas, poco tiempo para realizar las obligaciones que mas satisfacen cumplir órdenes de más de una persona a la vez, presiones o exigencias de los familiares, asignación forzadas a los servicios.(8)(9)(10)(11)

C171 Convenio sobre el trabajo nocturno, 1990 O.I.T

Convenio sobre el trabajo nocturno (Nota: Fecha de entrada en vigor: 04:01:1995)

Lugar: Ginebra

Sesión de la Conferencia:77

Fecha de adopción:26:06:1990

Sujeto: Tiempo de trabajo (17)

Articulo I

A los efectos del presente Convenio:

- (a) la expresión **trabajo nocturno** designa todo trabajo que se realice durante un período de por lo menos siete horas consecutivas, que abarque el intervalo comprendido entre medianoche y las cinco de la mañana y que será determinado por la autoridad competente previa consulta con las organizaciones más representativas de empleadores y de trabajadores o por medio de convenios colectivos;
- (b) la expresión **trabajador nocturno** designa a todo trabajador asalariado cuyo trabajo requiere la realización de horas de trabajo nocturno en un número sustancial, superior a un límite determinado. Este número será fijado

por la autoridad competente previa consulta con las organizaciones más representativas de empleadores y de trabajadores, o por medio de convenios colectivos.

FUNCIONES DE LOS MEDICOS DE LA EMERGENCIA DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL



1. Debe ser llenado por cada guardia saliente- matutina- vespertina y nocturna (de ambas emergencias adultos y niños).
2. Se debe incluir paciente pendiente de evaluación o tratamiento.
3. No se debe dejar pacientes para ingreso en la siguiente guardia, ni que vayan para laboratorio, USG, I.T.U., Diarreicos, dolor abdominal tipo quirúrgico pero solo priorizar de acuerdo a las necesidades del paciente.
1. Diagnostico temprano 2. Tratamiento oportuno.
4. Paciente de ortopedia debe ser evaluado por medicina general y solicitarles RX para su atención por ortopedia de ser necesario.
5. Todos los pacientes deberán al momento de entregar la guardia haber sido evaluados y se deberán responsabilizar por el destino de los mismos (enviados a admisión/ triage/ ingreso / consulta externa) (llenar tarjeta de triage con firma y sello)
6. No deberán quedar pacientes con prioridad uno pendientes de ser evaluados, tratado e ingresados a excepción de aquellos que vengan sobre la hora de salida (10 minutos antes de salir).
7. Se debe entregar el pase de guardia de los pacientes en pantalla de espera / atención/ en sala de espera y de la observación/ emergencia.
8. Reportar todo paciente que este pendiente de:
Estudios, evaluación especializada, (TAC, USG), asmáticos en tratamiento (1, 2 o 3 nebulización), heridos, poli-traumatizados, ingresados en su guardia, traslado a UCI o quirófano.

9. El reporte deberá contener lo siguiente: letra legible de molde, hora, fecha, servicio, sala, nombre del paciente, afiliación, diagnóstico, estado clínico, motivo de reporte.
10. El mecanismo es como sigue de lunes a viernes es de turno A al turno B y el turno B al C y el C al A.; los fines de semana la guardia diurna a nocturna y nocturna a diurna.
11. Cualquier eventualidad en manejo, tratamiento, falta de cupo, necesidad de cirugía, estudios (TAC, USG) deberán ser reportado a la gerencia de emergencia de inmediato para servirle mejor al paciente.
12. Se les solicita que para su mejor comprensión y evitar atrasos acudan 10 minutos antes de la entrada para recibir el reporte y agilizar con prontitud la salida del compañero y dar un mejor servicio a los derechohabientes.
13. Cuando ocurran situaciones como: a) apagones b) incendios c) falta de agua d) fuga de pacientes e) agresiones f) maltrato doméstico g) abuso infantil o de adultos mayor; tomar las precauciones correspondientes y poner en salvaguardia a los pacientes. También deberán reportar en primera instancia a la gerencia de emergencia en primera instancia, D.U.M. y/o gerencia general. (18)

RESEÑA HISTÓRICA DEL IHSS

EL IHSS UNA CONQUISTA DE LOS TRABAJADORES

Las páginas de la historia consagran que el 19 de diciembre de 1957, la Asamblea Nacional Constituyente estableció las bases que dieron paso al Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), al promulgar el Decreto No. 21 que estipula la obligación del Estado de garantizar a los trabajadores del país medios de subsistencia como derecho real y delegar la responsabilidad de administrar los servicios correspondientes. Dos años después, se creó el IHSS mediante el Decreto No. 140 del 3 de julio de 1959.

El Seguro Social surgió como "una entidad autónoma, con personalidad jurídica y patrimonio propio, distinto e independiente de la hacienda nacional". Desde su creación se le asignó la responsabilidad de "orientar, dirigir, prestar y administrar los servicios de seguridad social a la población trabajadora de Honduras", basándose para ello en el Artículo 142, Capítulo VI de la Constitución de la República.

Adicionalmente, los Artículos 143 y 144 de la misma Carta Magna, señalan que "el estado, los Patronos y los Trabajadores están obligados a contribuir al financiamiento, mejoramiento y expansión de la seguridad social".

La Seguridad Social nace como consecuencia de la huelga Bananera de la Costa Norte en julio de 1954.

En 1959 durante el gobierno del Dr. Ramón Villeda Morales se aprueba el Código de Trabajo y el 22 de mayo del mismo año se aprueba la Ley del Instituto Hondureño de Seguridad Social en el Congreso, presidido por el Dr. Modesto Rodas Alvarado, nombrándose como primer director al Dr. Rogelio Martínez Agustinuz, hombre de probada honradez e inteligencia; como subdirector quedó el Dr. Alfredo Médense, famoso radiólogo; y como Director Medico el Dr. Gaspar Vallecillo, renombrado clínico y profesor de la escuela de Medicina. Y el 3 de julio se publica oficialmente en el diario La Gaceta.

En los primeros años (1959-1961) durante la administración del Dr. Rogelio Martínez Agustinuz, se organiza financiera y administrativamente la Institución, siendo asesorada por técnicos de la OIT (Organización Internacional del Trabajo) en especial por el Sr. Fernando Antonio Bayo, quien por muchos años trabajo en el Seguro Social.

En 1962 se inaugura el Hospital General del IHSS en Barrio Abajo, su primer Director fue el Dr. Juan Andoni Fernández. De esta forma se aprueba el Reglamento, donde se establecen sólo tres prestaciones: Enfermedad, Maternidad

(EM) que inició en 1962, Vejez, Invalidez y Muerte (IVM) que inició en 1969; y Riesgos Profesionales, que entró en vigencia el 29 de junio de 2005.

En la Ley se establece la obligatoriedad de los trabajadores y empresarios para afiliarse al IHSS.

En 1965 se lleva a cabo la inauguración del edificio Administrativo de Barrio Abajo. En 1966 Se realiza la apertura de la primera Clínica Periférica en Villa Adela de Comayagüela.

En 1969 inicia la extensión de cobertura con la inauguración del Hospital Regional del Norte; dos años después (1971), se abre la Clínica Villanueva, Cortes. El Director Ejecutivo de esa época fue el Lic. Miguel R. Ortega, destacándose la participación del Dr. Gaspar Vallecillo, como Subdirector de la Institución. En ese año también inician las prestaciones de IVM.

De 1989 a 1993, se amplió la cobertura a otras ciudades, como y Choloma, que es un polo de desarrollo. En el 2001, se reformó la Ley del Seguro Social, en la que se planteó una nueva cotización que beneficia a los afiliados al Sistema.

En el 2002 se concibe el primer Plan Estratégico para la modernización del Instituto, que promueve transformaciones profundas y certeras, brindándole a la Sociedad Trabajadora los servicios que merece, con marcadas huellas de calidad y calidez. (19)

UNIDAD DE EMERGENCIA DEL IHSS SAN PEDRO SULA

DESCRIPCIÓN FÍSICA

La unidad de emergencia ubicada en la primera planta del hospital con acceso directo a la calle.

Consta de 6 ambientes con 3 puertas de acceso, dos a la sala de espera y una que da directamente al área de emergencia.

TIPO DE VENTILACIÓN DE LOS AMBIENTES

La ventilación de los ambientes es generada por medio de:

Aires acondicionados

Mini Split

Ductos centrales

Ventiladores

Natural (ventanas)

El mantenimiento de los aires acondicionados se realiza cada cuatro meses. Los filtros se limpian una vez al mes.

TIPO DE ILUMINACIÓN DE LOS AMBIENTES

La iluminación de los ambientes es con energía eléctrica, por medio de lámparas fluorescentes y con luz natural que entra por las ventanas. El hospital cuenta con un generador de energía que funciona en caso de emergencia

EL TECHO

Es de lámina cielo falso de 2 x 4 x 5 octavos de grosor que hace que no pase el calor del aluzinc y el aire acondicionado trabaja en mejores condiciones, el aseo se hace una vez por semana.

SALA DE ESPERA

Donde está ubicada la oficina de admisión en donde se anotan los pacientes, luego se ubican en las sillas de espera para ser llamados para la toma de signos vitales y se clasifique su prioridad.

Los pacientes que entran es estado de gravedad pasan directamente al área de emergencia

EMERGENCIA Y OBSERVACION ADULTOS

La área de emergencia es una sala de forma rectangular 5mts por 10 de diámetros, donde están ubicadas 5 camillas ,4 mesas de computadoras, 4 computadoras, una estación de enfermería con su computadora al lado del acceso de pacientes que llegan en ambulancia, silla de ruedas camillas, heridos , fracturas está ubicado un cubículo que se ha destinado para filtro de pacientes , que se utiliza solo de lunes a viernes en la jornada A Y B que mide 4m por 4 metros ; atrás de la el área de enfermería esta la puerta de acceso al primer ambientes de la observación 18 mts por 15mts , hay un baño para pacientes que ameriten ser aseados , a su lado hay un cubículo de 6mts por 4 mts, que su uso es para procedimientos de enfermería, un cubículo para área de shock y que se usa para cirugía menor, un cubículo para las emergencias de ortopedia, a su lado un cubículo que se había destinado para cirugía menor 6 mts por 4mts , una área donde están ubicadas 6 camas, al lado de esta área esta la puerta que da acceso al área de observación.

La sala de observación cuenta con un área de 24m cuadrados por 18 metros cuadrados con el siguiente ambiente:

Cuenta con 14 camas, una estación de enfermería, una oficina para el jefe de sala, una oficina para la jefa de enfermería, una bodega, una cocineta, una área de baño con dos duchas y dos sanitarios para pacientes, un baño para el personal ,al lado de cada cama hay un lava manos, y uno para el personal.las paredes son de cerámica, blanco perla; los pisos de cerámica blanco; el cielo es cielo falso de laminas de 2por 4 por 5 octavos de grosor que hace que no se pase el calor del aluzinc y esto hace que el aire trabaje mejor. Consta de 3 puertas amplias de dos hojas de vidrio que le dan buena accesibilidad. (19)

VII. HIPOTESIS

H1: La cantidad de pacientes atendidos por los médicos como carga laboral es el principal factor de riesgo para la aparición del Síndrome de Burnout.

H0: La cantidad de pacientes atendidos por los médicos como carga laboral no es el principal factor de riesgo para la a aparición del Síndrome de Burnout.

VIII. MARCO METODOLOGICO

Área de estudio

El estudio se realizó en la unidad de emergencia del hospital regional.

Ubicado en la colonia Tara carretera salida puerto Cortes

El número de médicos generales que laboran en Emergencia es de 49, pero solo se estudiaron 46; ya que un medico se reusó a participar, dos médicos estaban incapacitados.

Tipo de estudio

Este estudio es de relacional, analítico porque se trata de ver la relación que existe dos variables: la carga laboral y el Sd de Burnaut

Se trata de un estudio transversal porque ha sido realizado en un momento en el tiempo.

Este estudio es exploratorio porque no hay estudios previos en la institución sobre este tema ni en esta área de la Institución.

Fuente de datos

1. Primaria. Aplicación de la encuesta a los médicos de guardia.
2. Secundaria recurriendo a las estadísticas del I.H.S.S. a los informes de la gerencia de la emergencia, a las normas establecidas para el manejo de la emergencia de I.H.S.S. revisión de los improntos de la emergencia del I.H.S.S.

Técnicas e instrumentos para la recolección de datos

Una de las técnicas utilizadas fue la entrevista a los médicos de emergencia, utilizando como instrumentos La Encuesta de Maslach para valorar la presencia del Síndrome y un cuestionario para datos generales.

La otra técnica fue de revisión documental de las estadísticas de la atención del hospital, usando como instrumento una guía de Revisión de datos estadístico.

Análisis de datos

- a. Para el análisis se creo una Base de datos en SPSS obteniendo tablas y gráficos para el análisis de variables cualitativas y Tablas de 2x 2 para demostrar relaciones de los factores de riesgo con el síndrome de Burnout.

Plan de análisis

1. Se realizo un análisis de variables simples.
2. Se hizo entrecruzamiento de variables. Con tablas 2por 2
3. Se realizo OR para analizar las asociaciones planteadas en el estudio.
4. Se aplicó Chi cuadrado y el valor de P para ver si la asociación es estadísticamente significativa.
5. Se utilizo el programa WORD para la redacción del estudio.

VARIABLES

Numero de pacientes, edad, sexo, estado civil, grado académico, jornadas de trabajo, Tiempo de laborar, tipo de contratos, Sd de Burnaut,

Diseño y validación del instrumento

El diseño del cuestionario general se hizo en base a las variables anteriormente mencionadas.

El cuestionario Maslach burnout inventory es una matriz de datos que ya esta diseñada por lo que se aplicara tal y como esta diseñada.

La validación del cuestionario se realizo haciendo una prueba piloto. El Maslach burnout inventory es un instrumento ya validado.

Control de sesgos

Los sesgos pueden producirse en todo tipo de investigación científica. En el caso que nos ocupa los sesgos pueden producirse en las siguientes etapas de la investigación:

De selección: se entrevisto a todo el personal medico que labora en el área de emergencia.

De medición: se utilizo un solo instrumento.

Del instrumento: La Encuesta de Maslach para valorar la presencia del Síndrome Esta validado internacionalmente

Sesgos durante la toma de datos: Son los sesgos que se producen durante el proceso de la recolección de la información, ya sea por la obtención de información incompleta o errónea o por la modificación de la muestra (o parte de ella) durante la realización del trabajo.

Se consideran los siguientes:

- a. Sesgos debidos al encuestado.
- b. Subjetividad.
- c. Confusión e ignorancia.
- d. Medición.

Control: El cuestionario se verifico que era correcto (sin posibilidad de respuestas subjetivas, vocabulario adecuado y preciso, corto). Se debe mantener el interés en las personas entrevistadas para evitar que el encuestado abandone.

1. Sesgos de análisis e interpretación: En esta fase puede haber errores sistemáticos por transcripción incorrecta de la información a la base de datos (codificaciones erróneas, valores no aceptados por el campo de una base de datos). También se pueden cometer errores en los métodos estadísticos empleados que pueden ser inadecuados para los datos analizados (p. ej. distribuciones no normales, métodos que no tengan en cuenta las posibles interrelación entre variables). Finalmente hay que tener en cuenta las interpretaciones erróneas de los resultados de la encuesta, por ejemplo por la presencia de variables de confusión no contempladas.

Control: Se registrar y analizar los datos correctamente. Se fue cauteloso y comedido en las interpretaciones y extrapolaciones.

Consideraciones Éticas

Para realizar este estudio se solicitó el permiso del Gerente de emergencia DR Amílcar Mejía, el permiso del Director de unidades médicas del Seguro Social Dr. y de la jefa del departamento de estadísticas Lic. Suyapa Varía

Las consideraciones éticas de la presente investigación se basarán en la Declaración de Helsinki.

Tanto el Cuestionario General como el Maslach Burnout Inventory son instrumentos estrictamente confidenciales. En ninguno de ellos aparece el nombre o cualquier otro dato que pueda orientar a la identificación del trabajador al que se le aplicarán las pruebas; Se le explicó a los médicos en qué consistía el estudio que se estaba realizando y lo que se esperaba obtener de sus resultados, siendo voluntaria su participación, que es un estudio para beneficio de el área de emergencia, ya que con los resultados, analice y las recomendaciones necesarias para mejorar el área de trabajo de la emergencia .esperamos una respuesta favorable de nuestras autoridades, además de quedar registrado un estudio que nunca antes se había realizado en el I.H.S.S.

IX. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Un total de 46 médicos del servicio de emergencia, 34 (73.91%) permanentes, 12 (26.08%) por contrato de los 49 médicos que laboran en la emergencia del I.H.S.S. de San Pedro Sula. (Tabla 1).

La edad fluctuó entre los de más de 45 años, con una media de 47.30. y la moda fue de 48 y 52 años.(tabla 2).

La antigüedad más alta fue la de más de diez años de laborar en la Institución (Tabla 3).

En la evaluación por turnos se encontró que el turno de la noche tiene el mayor número de médicos, 31 médicos (tabla 4).

El sexo masculino con leve porcentaje de superioridad es el sexo que predomina en el presente estudio. (Tabla 5).

El estado civil de los médicos del servicio de emergencia el (80.4%) están casados, siendo la mayoría (tabla 6).

El personal medico en forma individual el nivel bajo o normal represento la mayoría (43.6%) y grado medio (41.3%) el nivel alto (15.2 %) pero sumados el porcentaje de nivel medio y alto representa una mayoría significativa (56.5%) lo que nos indica que tenemos un porcentaje importante de Sd de Burnaut entre los médicos de la emergencia del I.H.S.S. (Tabla 7).

Analizando por sexos vemos que ambos sexos presentan igual porcentaje de algún grado del Sd de Burnaut, con la observación que en el grado alto o severo del Sd predominaron las mujeres (tabla 9)

De los casos que presentan algún grado de Sd de Burnaut se observo que en su totalidad tiene más de 10 de antigüedad en la Institución.

La edad delos médicos que presentaron algún grado de Sd de Burnaut en su totalidad fue de 45 años de edad.

En el presente estudio al analizar los resultados estadísticos no se pudo comprobar la hipótesis: H0: La cantidad de pacientes atendidos por los médicos como carga laboral no es el principal factor de riesgo para la a aparición del Síndrome de Burnout. No hubo significancia entre las variables, chi cuadrado no fue significativo.

X. DISCUSION DE RESULTADOS EN RELACIÓN A OTROS ESTUDIOS

1. Los resultados de la investigación no evidencian la presencia del Síndrome de Burnout en un grado elevado como se esperaba, pero si una tendencia a pasar de un nivel medio a desarrollarlo en un buen porcentaje de profesionales, que se ajustan a un patrón sociodemográfico bien definido y muy similar a los estudios que muestra la literatura en otros estudios realizados en España, Chile Colombia, Venezuela.
2. El grupo que mostró la mayor tendencia a presentar el Síndrome en su nivel alto fue: mujer, Casada, con edad de 40 y mas años, y antigüedad profesional mas de 10 años que coincide con otros estudios, en la mayoría de los estudios realizados, el sexo femenino es el que presenta una mayor tendencia a padecer el síndrome ó Enfermedad de Burnout.
3. debido a esta prevalencia de Sd de Burnout debe llamar la atención que se encontró un porcentaje no despreciable de médicos que denotan una importante tendencia a la sobrecarga laboral, lo cual daría una pauta a que punto poner mayor atención para realizar una intervención precoz, y así evitar el estrés laboral.
4. Sería interesante continuar la investigación, ampliando la población en estudio al comparar estos resultados con el personal de otras áreas del hospital, aplicando el cuestionario, para comparar el nivel de desgaste en las distintas áreas para aplicar los correctivos necesarios
5. Luego de aplicar el instrumento y analizar sus resultados y aplicar las formulas estadísticas se encontró que no hay relación estrecha entre el Sd de Burnout y la carga laboral, Por lo que se concluyo que la carga laboral que tiene los médicos del área de emergencias del I.H.S.S. no es la principal causa de Sd de Burnout.

6. Se encontró que los 7 casos con alto grado de Burnout cinco se encontraron en turno C y dos en Turno B.

Cinco de ellos son femeninos y dos masculinos.

7. Se encontró que aunque se atienden mayor número de pacientes en turnos A y B, es el turno C donde los médicos tienen mayor atención de pacientes por médico ya que en el turno A y B asisten seis médicos por turno y se refieren pacientes a consulta externa, en tanto que el turno C solo es asistido por 4 médicos, divididos: dos en pediatría y dos para medicina interna, cirugía, ortopedia y demás especialidades.

8. Los médicos en su mayoría se ubicaron en el término bajo o normal y medio de Sd de Burnout. Solo un pequeño número está en el nivel alto del Sd. Se encontró que la mayoría tiene una alta satisfacción personal, que se sienten realizados con la labor que ejercen.

9. Como en otros estudios realizados en otros países como México, Chile y España se encontró que el Sd se ve más en las mujeres que en los hombres. Se encontró que el 100% de los médicos encuentran el medio ambiente (mobiliario, espacio físico, equipo médico) inadecuado.

XI. CONCLUSIONE

A partir de los resultados de la investigación, se podría concluir que Establecimos que los médicos del área de emergencia el mayor porcentaje tienen estabilidad laboral (plaza permanente)

Que la mayoría tiene una antigüedad laboral mayor de diez años.

En mayor número de médicos de la emergencia se ubican en turno C o se guardias de nocturnas.

El mayor porcentaje de médicos tienen una estabilidad familiar.

Se determino que los médicos de la emergencia atienden un número promedio al día de 73 pacientes en turnos matutino(A). Un promedio de 45 pacientes en turno vespertino (B) y un promedio de 40 en turno nocturno(C).

Se estableció que la mayor carga laboral en las cantidades de atención de pacientes es en el turno de nocturno (turno C).

La carga laboral por horas trabajadas se determino que la mayoría de los médicos trabajan 20 horas y menos a la semana y en menor grado trabajan más de 20 horas.

Se encontró un bajo porcentaje de médicos con alto grado de Sd de Burnaut pero si un grado moderado de Sd de Burnaut, tan significativo que se deben tomar medidas inmediatas para que no evolucionen a un alto grado del Sd de Burnaut.

No se comprobó la hipótesis formulada: que la carga laboral por si misma como factor sea la causa principal de Sd de Burnaut en los médicos de la emergencia, ya que estadísticamente el chi cuadrado no fue significativo ni por numero de pacientes atendidos, ni por horas de trabajo, por lo que concluimos que la aparición del Sd de Burnaut es por causas multifactoriales que juntas llevan a su desarrollo en determinados individuos.

XII. RECOMENDACIONES.

Las presentes recomendaciones van dirigidas a las autoridades del I.H.S.S.

Y todo aquellos que quieran seguir un estudio de esta índole y este estudio le pueda servir.

- Repetir este estudio a los médicos de la emergencia del I.H.S.S. en seis meses a un año para estudiar la tendencia que se observe en este estudio donde se establece un promedio considerado de médicos ubicados en el nivel medio; para establecer las medidas preventivas con el objetivo de intervenir en este nivel para evitar progresen en un futuro a un nivel alto.
- A la Institución del Seguro social de Honduras recomendamos: prestar atención a las necesidades afectivas y psicológicas del personal, promover el trabajo en equipo y las relaciones interpersonales, capacitar a sus funcionarios en el control adecuado de sus emociones y entregar soporte emocional y fomentar la consolidación de equipos de trabajo multidisciplinarios que incluyan la participación de psicólogos para prevenir que los médicos que están en un nivel normal progresen a un grado medio , y los que esta en un grado medio progresen a un alto grado del Sd.
- Se recomienda disminuir la carga laboral de los médicos de turno de C aumentando el número de médicos; en base a las normas internacionales de trabajo nocturno de la O.I.T donde se establecen las horas de trabajo y la carga laboral para horarios nocturnos. **C171 Convenio sobre el trabajo nocturno, 1990 O.I.T** Convenio sobre el trabajo nocturno (Nota: Fecha de entrada en vigor: 04:01:1995) Lugar: Ginebra

Sesión de la Conferencia: 77 Fecha de adopción:26:06:1990

Sujeto: Tiempo de trabajo

- Proporcionar el mobiliario y equipo necesario para que se mejore el área de trabajo de la emergencias en base a las normas ergonómicas ya establecidas que se vera compensado en una mejor atención a los pacientes que asisten a la emergencia, y a su vez en una mejor satisfacción del medico con su ambiente de trabajo

XIII. BIBLIOGRAFIA

1. Stress, Appraisal, and Coping

Richard S. Lazarus, Susan Folkman

2. Desgaste profesional y salud de los profesionales médicos: revisión y propuestas de prevención José Carlos Mingote Adána, Bernardo Moreno Jiménez b y Mónica Gálvez Herrerb. Mingote A.J.C, Pérez-Corral F: El estrés del médico. Madrid, España; Ed. Díaz de Santos, 1999:41-59.
3. Carmona, E, Sanz, L. Marín, D. (2002) Relaciones entre el estrés en profesionales de enfermería. Factores sociodemográficos y reactividad al estrés. *Revista Enfermería Científica*. ene-feb, 238(239) 33-39. Chile. Instituto de Normalización Estadística (INE). (2006).
4. Cruz Marín, C. Vargas Fernandez, L. (1998). *Estrés, entenderlo es manejarlo* (2da. Edición). Santiago, Chile. Ediciones Universidad Católica de Chile.
5. Sánchez -Rodríguez, A. De Lucas García; N. (2001). Estrés laboral en el profesional de un servicio de emergencia prehospitalario. *Emergencias*.
6. Gil-Monte, R. Peiro, J. M. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: El síndrome de quemarse*. Madrid. Síntesis S.A.
7. Historia de la medicina moderna(Bustos, R., 1993)
8. Mingote A.J.C, Perez-Corral F: El estrés del médico. Madrid, España; Ed. Díaz de Santos, 1999:41-59.
9. Rodríguez-Pimentel L, Silva-Romo R, Beltrán-Parraga S, Solís F, Wilkins Gámis A, Than Gómez T. Síndrome de desgaste laboral en el médico. *Med Int Mex* 2003; 19 (3): 9-25.
10. Rocha-Luna JM. Síndrome de Burnout, ¿el médico de urgencias incansable? *Rev Mex Med Urg* 2002, 1: 48 -56

11. López-Franco M, Rodríguez-Núñez A, Fernández-Sanmartín M, Marcos-Alonso S, Martín-Torres F, Martín-Sánchez JM. Síndrome de desgaste profesional en el personal asistencial pediátrico. *An Pediatr (Barc)* 2005;62(3):248-51
12. Álvarez, A. Arce, M. (2005) Síndrome de Burnout en médicos de hospitales públicos de la ciudad de Corrientes. *Revista de Postgrado de la VI Cátedra de Medicina*, enero (141), 27-30. Argentina
13. Yusvisaret Palmer-Morales L, Gómez-Vera A, Cabrera-Pivaral C, Prince-Vélez R, Searcy-Bernal R. Prevalencia del síndrome de agotamiento profesional en médicos anesestesiólogos de la Ciudad de Mexicali. *Gac Med Mex* 2005; 141 (3): 181-183.
14. Curiel-García JA, Rodríguez-Morán M, Guerrero-Romero F. Síndrome de agotamiento profesional en personal de atención a la salud. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2006; 44 (3):221-26
15. Avila-Sandoval C. Prevalencia de estrés manifestado como ansiedad y depresión entre los residentes en urgencias médico quirúrgicas del Instituto Mexicano del Seguro Social. México 2002. Tesis de especialización en Medicina de Urgencias. IPN-IMSS.
16. Maslach C, Jackson S. MBI Maslach Burnout Inventory. Manual Research Edition, Palo Alto: University of California. Consulting Psychologist Press, 1996.
17. C171 Convenio sobre el trabajo nocturno, 1990 O.I.T.
18. Normas del Instituto de Seguridad social de Honduras, Mayo 2009
19. Reseña histórica del I.H.S.S.

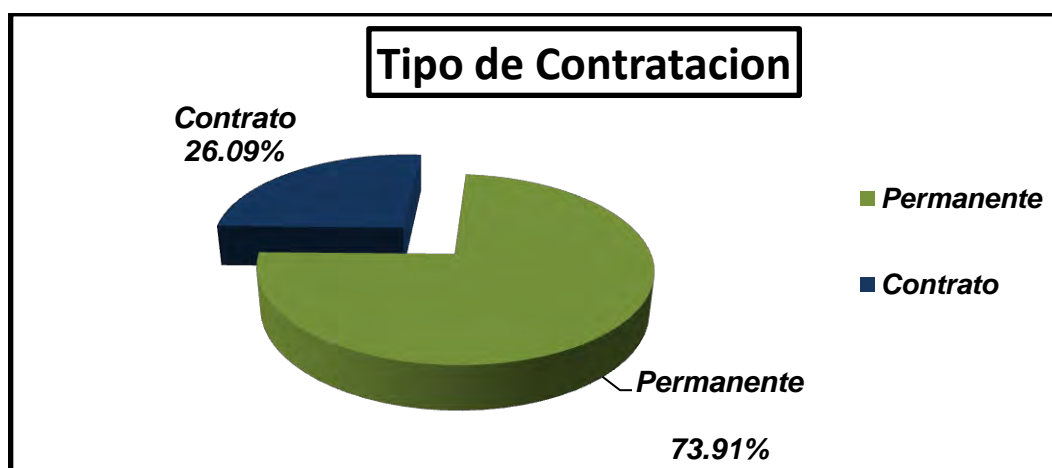
XIV. ANEXOS

TABLAS Y GRAFICOS

Un total de 46 médicos del servicio de emergencia, 34 (73.91%) permanentes, 12 (26.08%) por contrato de los 49 médicos que laboran en la emergencia del I.H.S.S. de San Pedro Sula. (Tabla 1).

Tabla 1: Distribución por tipo de contratación en 46 médicos del servicio de emergencia en los que se evaluó el síndrome de desgaste profesional

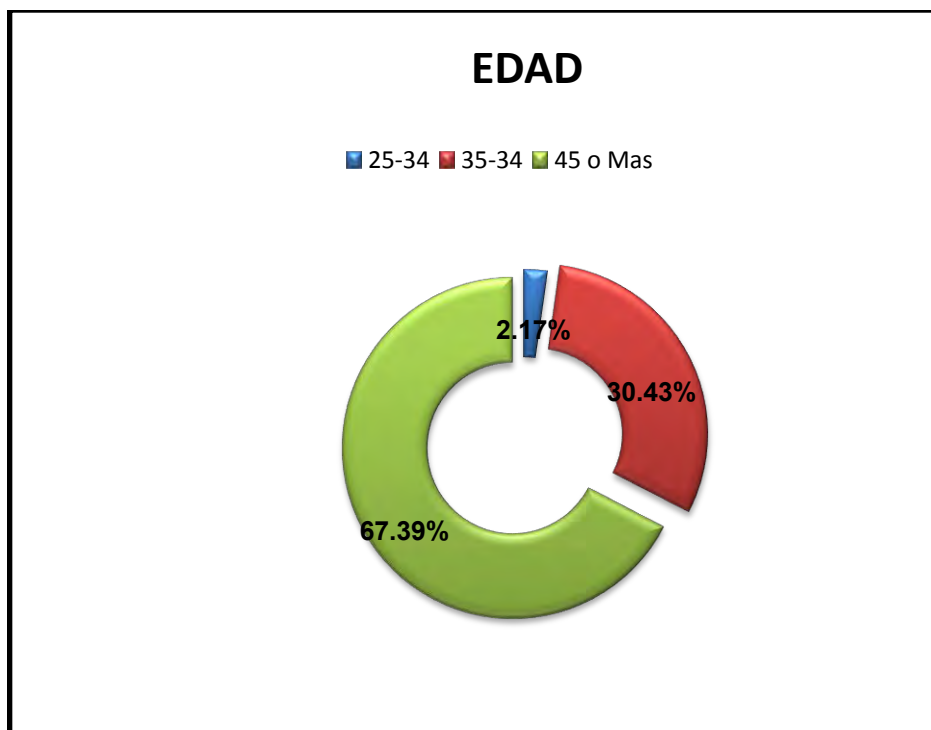
TIPO DE CONTRATACION	n	%
Permanente	34	73.91
Contrato	12	26.09
Total	46	100



La edad fluctuó entre los de más de 45 años, con una media de 47.30. y la moda fue de 48 y 52 años.

Tabla 2: Distribución edad en 46 médicos del servicio de emergencia en los que se evaluó el síndrome de desgaste profesional

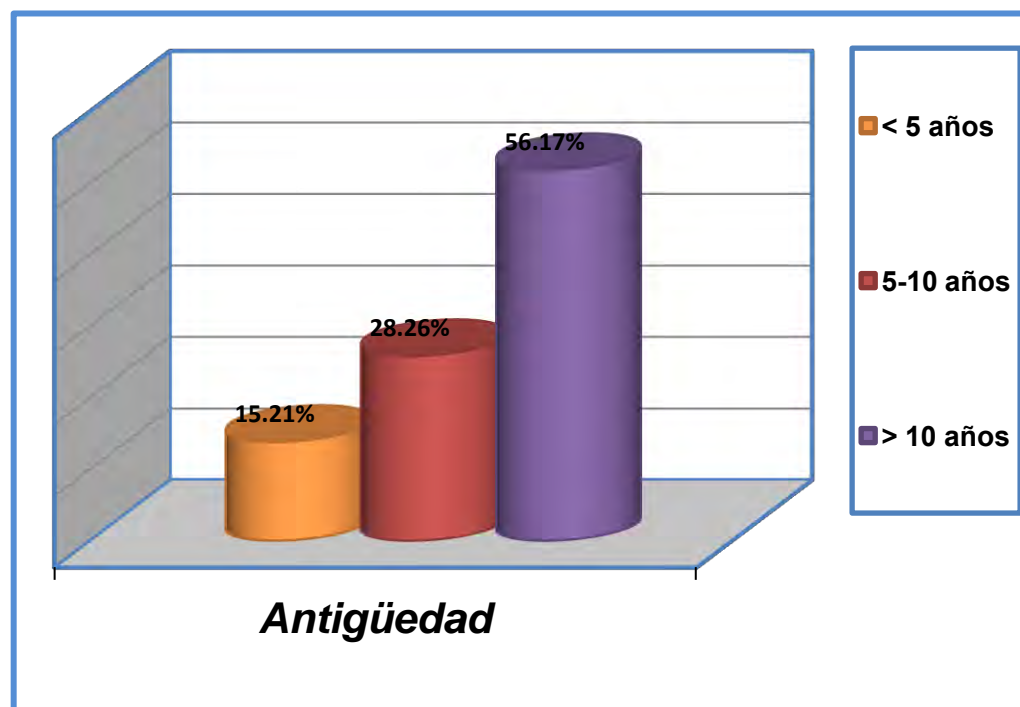
EDAD	n	%
25 - 34	1	2.17
35 - 44	14	30.43
45 o mas	31	67.39
Total	46	100



La antigüedad más alta fue la de menos de mas de diez años años (Tabla 3).

Tabla 3: Distribución por antigüedad en 46 médicos del servicio de urgencias en los que se evaluó el síndrome de desgaste profesional

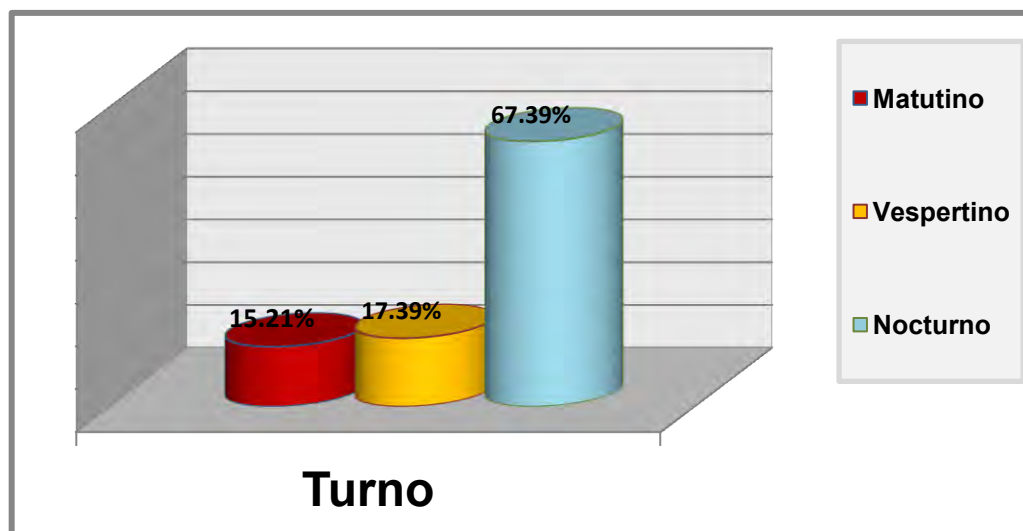
ANTIGÜEDAD	n	%
< 5 años	7	15.21
5-10 años	13	28.26
> 10 años	26	56.17
Total	46	100



En la evaluación por turnos se encontró que el turno de la noche tiene el mayor número de médicos, 31 médicos

Tabla 4: Distribución por turno en 46 médicos del servicio de emergencia en los que se evaluó el síndrome de desgaste profesional

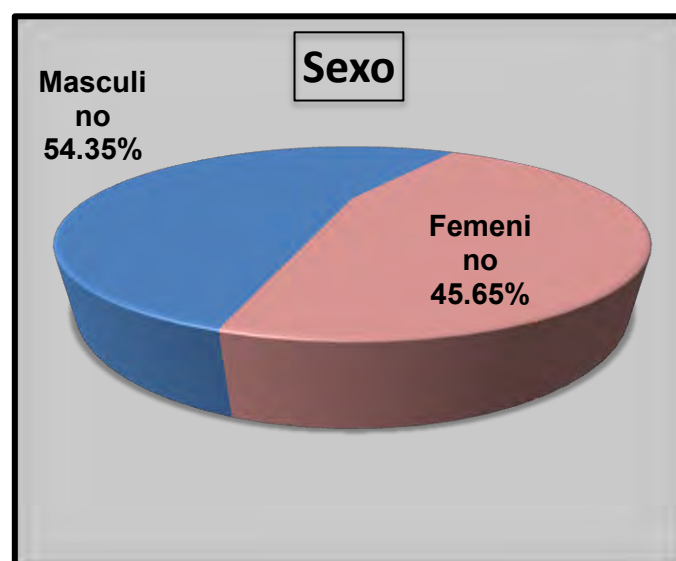
TURNO	n	%
Matutino	7	15.21
Vespertino	8	17.39
Nocturno	31	67.39
Total	46	100.00



El sexo se mantiene más o menos igual, levemente mayor para el sexo masculino.

Tabla 5: Distribución de sexo de los médicos del servicio de emergencia en los que se evaluó el síndrome de desgaste profesional

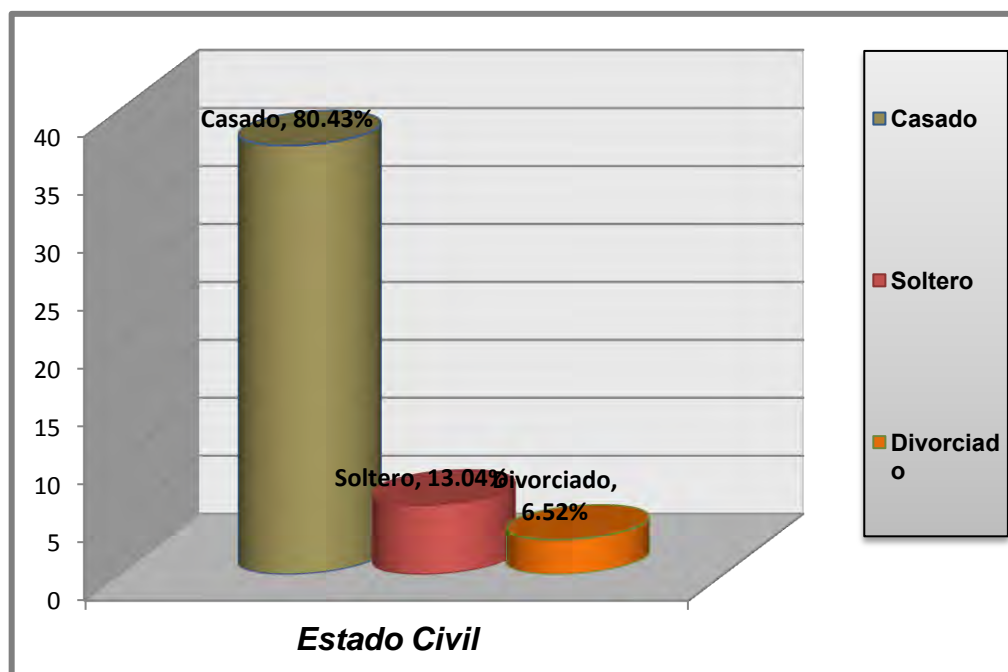
SEXO	n	%
Femenino	21	45.65
Masculino	25	54.35
Total	46	100



El mayor porcentaje de médicos están casados.

Tabla 6: Distribución del estado civil de los médicos del servicio de emergencia en los que se evaluó el síndrome de desgaste profesional, el (80.4%) están casados.

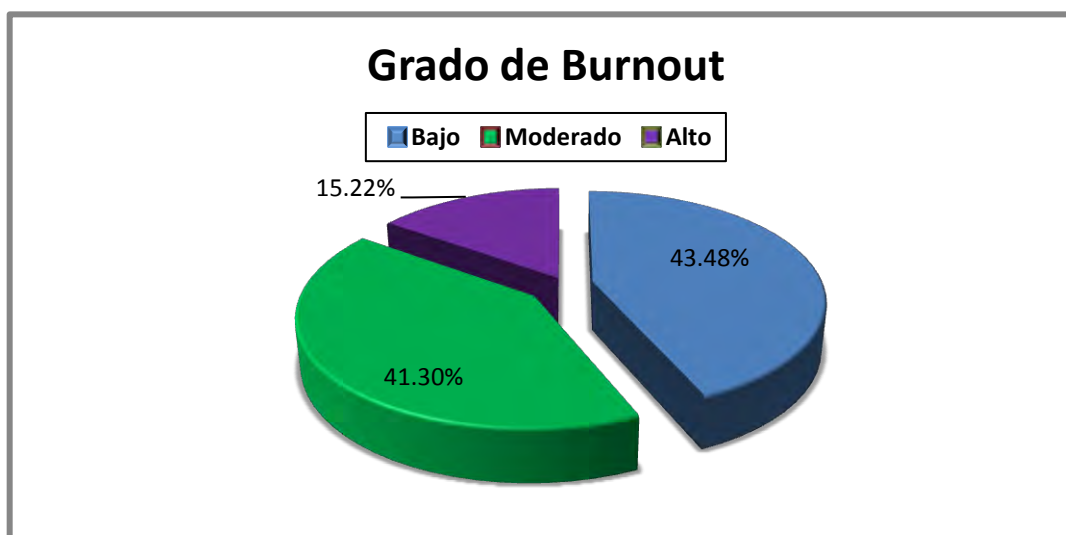
ESTADO CIVIL	n	%
Casado	37	80.43
Soltero	6	13.04
Divorciado	3	6.52
Total	46	100



Aunque de forma individual la mayoría de médicos se ubicó en el nivel de bajo o normal (43.6%) , la suma del valor de moderado y alto lo supera (56.5%) Tabla 7.

Tabla 7: Distribución por grado de desgaste profesional en 46 médicos evaluados del servicio de emergencia.

GRADO DE BURNOUT	n	%
normal	20	43.48
Moderado	19	41.30
Alto	7	15.22
Algún grado de Sd de Burnout	26	56.52
Total	46	100



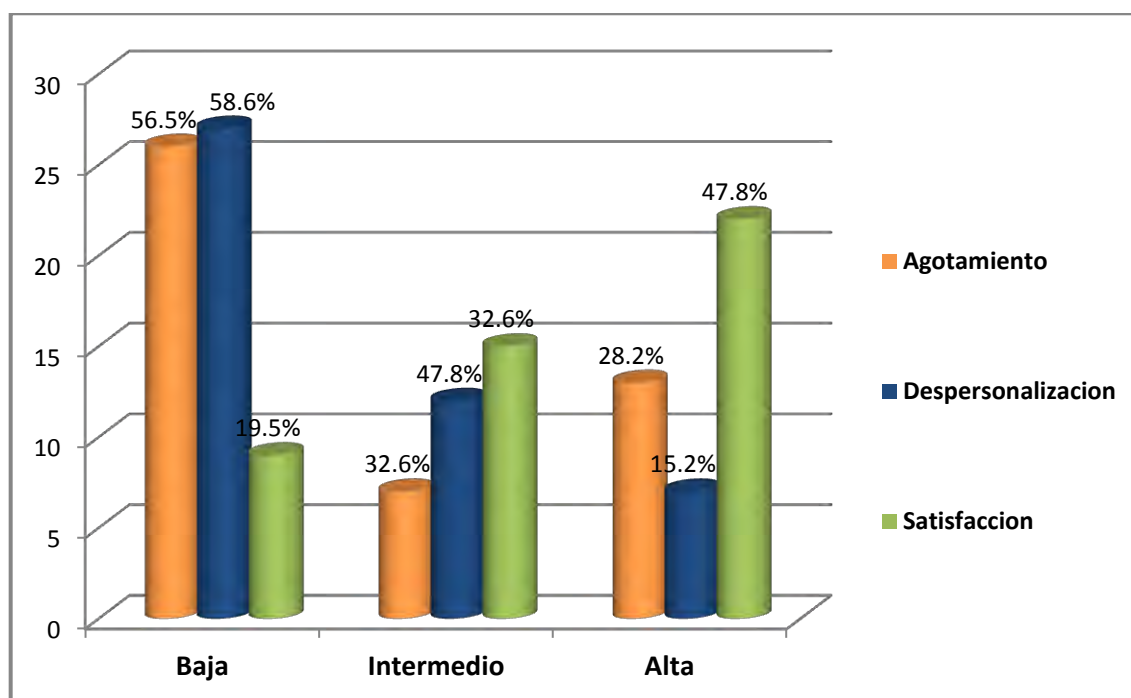
Se observó que el 56.5% presentaban grado bajo de agotamiento. El 58.6% de los médicos presentaron el mas bajo porcentaje de despersonalización y 15.2% alta no satisfacción personal presento el valor mas alto (47.8) pero sumando los valores medio y alto se observa

que un 80% de médicos tiene algún grado de insatisfacción profesional, en las demás subesca le porcentaje de médicos normales supero a los que tiene algún grado del Sd. . (Tabla 8)

Tabla 8: Distribución por subescala de síndrome de desgaste profesional en 44 médicos evaluados del servicio de urgencias

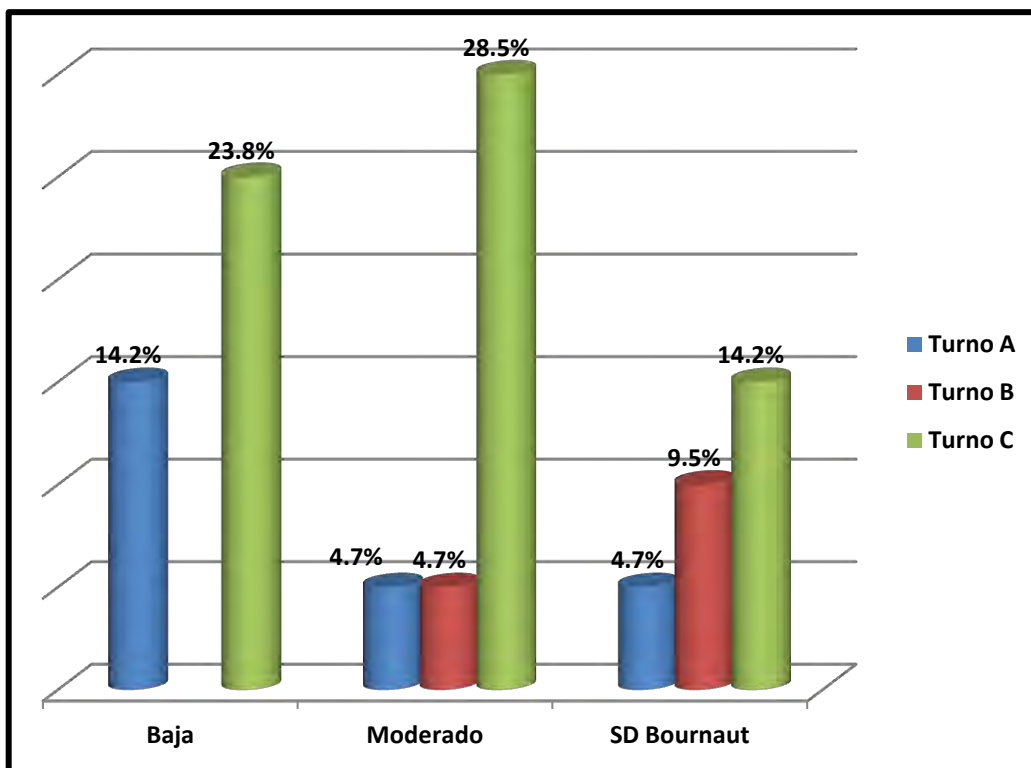
SUBESCALA DE DESGASTE PROFESIONAL	AGOTAMIENTO n (%)	DESPERSONALIZACION n (%)	SATISFACCION n (%)
NORMAL	26(56.5)	27(58.6)	9(19.5)
INTERMEDIO	7(15.2))	12(26.0)	15(32.6)
ALTA	13(28.2))	7(15.2)	22(47.8)
TOTAL DE SD	20(43.47)	19(41.30)	37(80.43)
TOTAL	46(100)	46(100)	46(100)

SUBESCALA DE DESGASTE PROFESIONAL



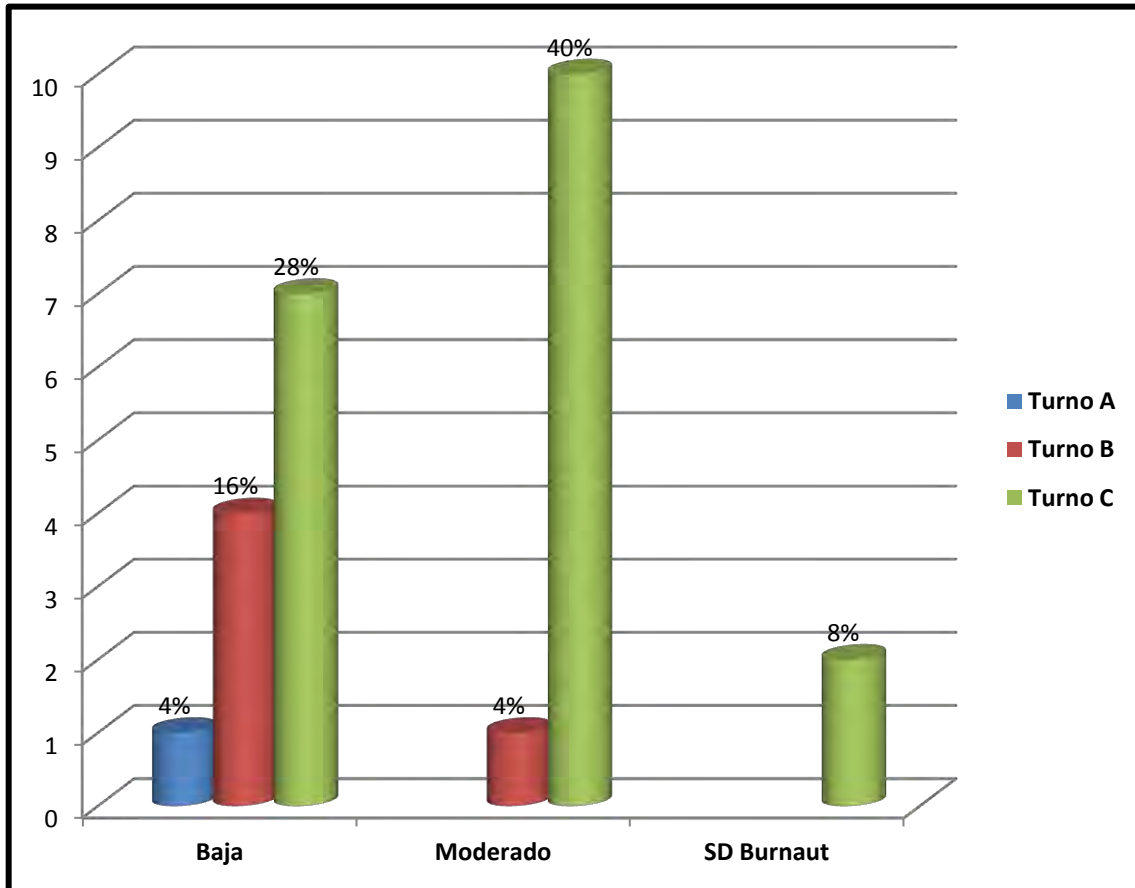
SD DE BURNAUT POR SEXO Y TURNOS

Sexo Femenino					
Tipo de SD	Turno A	Turno B	Turno C	N	%
BAJA (Normal)	3		5	8	
MODERADO	1	1	6	8	
SD BOURNAUT	1	2	2	5	
TOTAL	5	3	13	21	
Sexo Masculino					
Tipo de SD	Turno A	Turno B	Turno C	N	%
BAJA (Normal)	1	4	7	12	
MODERADO		1	10	11	
SD BOURNAUT			2	2	
TOTAL	1	5	19	25	
Gran Total	6	8	32	46	



Sexo Femenino

Sexo Masculino



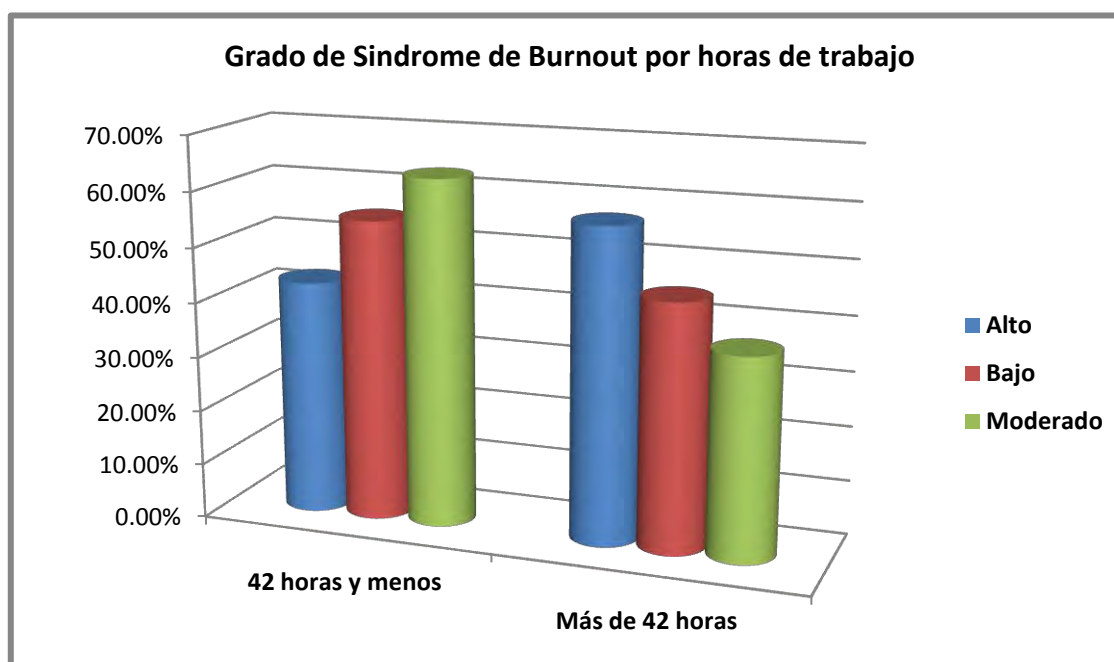
Horas de trabajo según síndrome de Burnout

	grado de Sd de Burnaut							
	alto		Bajo(normal)		moderado		Total	
	Recuento	% del N de la columna	Recuento	% del N de la columna	Recuento	% del N de la columna	Recuento	% del N de la columna
42 horas y menos/sem.	3	42.9%	11	55.0%	12	63.2%	26	56.5%
Más de 42 horas/sem.	4	57.1%	9	45.0%	7	36.8%	20	43.5%
Total	7	100.0%	20	100.0%	19	100.0%	46	100.0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	.891(a)	2	.640
Razón de verosimilitudes	.890	2	.641
N de casos válidos	46		

A 2 casillas (33.3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia Mínima esperada es 3.04.



MATRIZ DE OPERACIONALIZACION DE VARIABLES Y O DESCRIPTORES

Objetivo específico	variable	Definición operacional	categorías	escala de valores
Carga laboral Determinar la cantidad de pacientes atendidos por medico/ turno Por horas de trabajo	Pacientes atendidos	Promedio de pacientes atendidos por cada medico en cada turno	Turno A: Turno B: Turno C	Cuantitativo discreta
	horas	Promedio de pacientes atendidos por horas	42 hrs y menos Mas de 42 hrs	Cuantitativo directa
Determinar los factores socio demográfico de población en estudio	Edad	Edad de los médicos en años.		Cuantitativo continua
	Sexo	Características sexuales secundarias	Femenino y masculino	Cualitativo nominal
	Estado civil	Estado de pareja de los médicos relacionados por sus lasos	Casado Soltero	Cualitativo nominal

Jornada(s) de trabajo	turnos	familiares Médicos generales	Divorciado Viudo Turnos A,B,C	cuantitativo nominal
Estabilidad laboral	forma de contratación	Permanente Contrato	Permanente o contrato	cuantitativo nominal
Antigüedad laboral	tiempo de trabajar	Años de labor	No antiguo (< 10 años) Antiguo: (> 10 años)	Cuantitativo nominal
Medición Sd Burnout	Grados	Valoración del Medico bajo estudio	Normal Moderado severo	Cualitativa ordinal
Ambiente laboral	Ventilación Luz Mobiliario equipo	Valoración del Medico bajo estudio	bueno regular malo	Cualitativa ordinal

MODELO DE LA ENCUESTA UTILIZADA

Cuestionaría datos generales

Se elaboro un cuestionario de datos generales de los médicos donde se recoge información como: edad, sexo, años de trabajar en la institución, jornada en el que labora, en cuantos jornadas labora.

Estudio para determinar la carga laboral de los médicos que laboran en la unidad de emergencia del hospital regional del I.H.S.S.

Fecha: _____

Edad : _____

Sexo : F _____ M _____

Tiempo de labor : _____

Medico General : _____

Jornada de trabajo: marque la jornada o jornadas en la que labora :

Turno A: 7 a.m. a 1 p.m. _____

Turno B: 1 p.m. a 7p.m. _____

Turno C: 7 p.m. a 7a.m. _____

Tipo de contrato :

Permanente _____ contrato temporal _____ sustituto _____

Como considera el ambiente de trabajo (espacio físico, mobiliario, equipo medico)

Bueno _____ Regular _____ Malo _____

CARGA LABORAL EN PERSONAL MEDICO. SD DE BURNOUT. UNIDAD DE EMERGENCIA, HOSPITAL REGINAL, INSTITUTO HONDUREÑO SEGURIDAD SOCIAL.

SAN PEDRO SULA- HONDURAS

MBI (INVENTARIO DE BURN OUT DE MASLACH)

A continuación encontrará una serie de enunciados acerca de su trabajo y de sus sentimientos en él. Tiene que saber que no existen respuestas mejores o peores.

Los resultados de este cuestionario son estrictamente confidenciales y en ningún caso accesible a otras personas. Su objeto es contribuir al conocimiento de las condiciones de su trabajo y mejorar su nivel de satisfacción.

A cada una de las frases debe responder expresando la frecuencia con que tiene ese sentimiento, poniendo una cruz en la casilla correspondiente y número que considere más adecuado.

			Nunca	Alguna vez al año o menos	Una vez al mes o menos	Algunas veces al mes	Una vez a la semana	Varias veces a la semana	Diariamente
			0	1	2	3	4	5	6
1	EE	Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado.							
2	EE	Al final de la jornada me siento agotado.							
3	EE	Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo.							

4	PA	Puedo entender con facilidad lo que piensan mis pacientes.							
5	D	Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos.							
6	EE	Trabajar con pacientes todos los días es una tensión para mí.							
7	PA	Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan mis pacientes.							
8	EE	Me siento "quemado" por el trabajo.							
9	PA	Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros.							
10	D	Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago este trabajo.							
11	D	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.							
12	PA	Me encuentro con mucha vitalidad.							
13	EE	Me siento frustrado por mi trabajo.							

14	EE	Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro.							
15	D	Realmente no me importa lo que les ocurrirá a algunos de los pacientes a los que tengo que atender.							
16	EE	Trabajar en contacto directo con los pacientes me produce bastante estrés.							
17	PA	Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada a mis pacientes.							
18	PA	Me encuentro animado después de trabajar junto con los pacientes.							
19	PA	He realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo.							
20	EE	En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades.							
21	PA	Siento que se tratar de forma adecuada los problemas emocionales en el trabajo.							
22	D	Siento que los pacientes me							

		culpan de algunos de sus problemas.							
--	--	-------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--

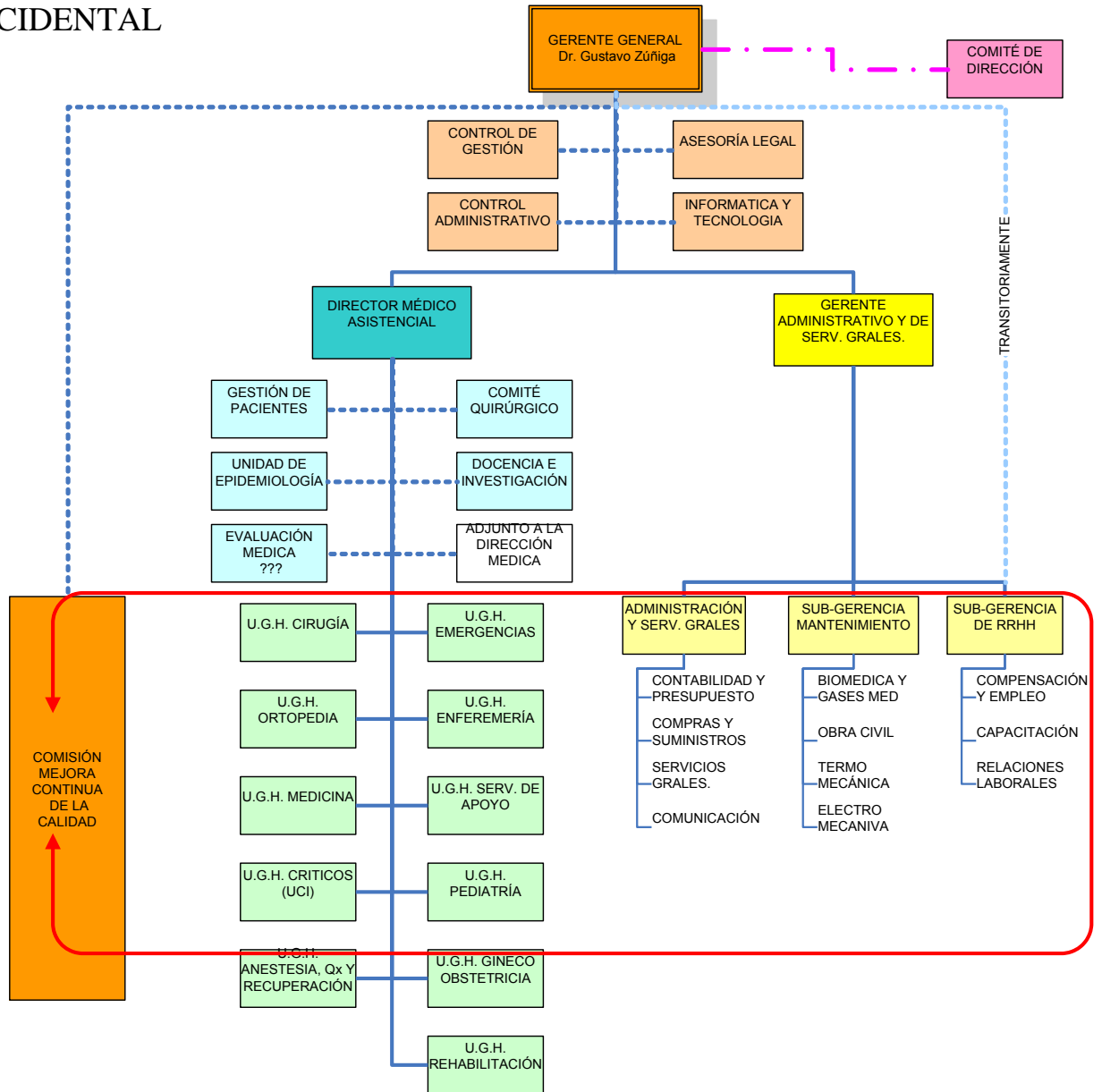
El cuestionario evalúa las 3 dimensiones del síndrome: el cansancio emocional consta de 9 ítems (1,2,3,6,8,13,14,16,20); la despersonalización está formada por 5 ítems (5,10,11,15,22); y por último la realización profesional se compone de 8 ítems (4,7,9,12,17,18,19,21). Los grados de intensidad van desde: 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).

Los datos fueron evaluados estadísticamente y los resultados volcados en una tabla para su mejor comprensión

B) ESTRUCTURA ORGANIZATIVA DEL IHSS REGIÓN NOR- OCCIDENTAL



Los servicios y sus respectivas salas se muestran en la siguiente tabla:

SERVICIO	SALA	# DE CAMAS POR SALA
CIRUGÍA	CIRUGÍA DE HOMBRES	32
	CIRUGÍA DE MUJERES	17
GINECO-OBSTETRICIA	PUERPERIO NORMAL	25
	GINECOLOGÍA	24
	EMBARAZO PATOLÓGICO	9
MEDICINA INTERNA	MEDICINA DE HOMBRES	16
	UCI ADULTOS	6
	MEDICINA DE MUJERES	12
ORTOPEDIA Y TRAUMA	ORTOPEDIA Y TRAUMA	23
PEDIATRÍA	PEDIATRÍA A	30
	PEDIATRÍA B	15
	RN PATOLÓGICO	19