

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA

UNAN-Managua

Recinto Universitario “Rubén Darío”

Facultad de Ciencias Médicas



TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD Y EPIDEMIOLOGÍA

Tema: Prevalencia y Factores asociados al Síndrome de Burnout en Médicos Especialistas, Residentes de las Especialidades Médico Quirúrgicas y Licenciadas en Enfermería del Hospital Bertha Calderón Roque en el período de Enero - Marzo del 2017.

Autora:

Lic. Ana Estela Thompson Bello
Residente de Dirección de Servicios de Salud y Epidemiología

Tutor Científico: Lic. Floridalma Urizar

Lic. Psicología

Tutor Metodológico: Dr. Mauricio Javier Paniagua López

MsC. Administración y Especialista en Salud Previsional y Riesgo Laboral.

Managua, Marzo del 2017.

INDICE

Dedicatoria

Agradecimiento

Resumen

1. Introducción.....	1
2. Antecedentes.....	3
3. Justificación	9
4. Planteamiento del problema.....	11
5. Objetivos	12
6. Marco teórico	13
6.1 Definición	13
6.2 Epidemiología.....	15
6.3 Factores de Riesgo.....	20
6.4 Manifestaciones Clínicas.....	22
6.5 Prevención.....	28
7. Diseño Metodológico.....	32
8. Resultados.....	40
9. Discusión de Resultados.....	44
10. Conclusiones.....	49
11. Recomendaciones	50
12. Bibliográficas.....	51

Anexos

DEDICATORIA

Quiero dedicarle este logro primeramente a nuestro Dios Todopoderoso, creador del cielo y de la tierra, quien me ha llenado de fortalezas las veces que he estado a punto de desfallecer

A mi Madre, quien ha sido uno de los pilares más fuertes en mi vida y en mi formación profesional, esa mujer que no se cansa nunca y siempre está ahí cuando la necesito.

A mi Padre, quien a pesar de haberme dejado cuando apenas iniciaba este nuevo reto en mi vida, nunca dudo en que saldría adelante, siempre fue uno de mis más grandes admiradores y aunque no tuve la oportunidad de decírselo nunca, le agradezco su formación porque gracias a su forma de ser, me enseñó a ser una mujer fuerte que no se da por vencida por las adversidades de la vida, y quien sé que desde el cielo junto a mi hermana continúan guiándome y protegiendo.

A mis Hermanas y Hermanos que siempre han estado conmigo brindándome su apoyo incondicionalmente.

A mi princesa, quien con su amor y su ternura se ha convertido en el combustible que echa adelante mi vida, procurando ser una mejor persona cada día.

A mi esposo, quien con mucho amor y paciencia me ha apoyado y aguantando cada nuevo reto que me propongo, alentándome siempre a seguir adelante.

AGRADECIMIENTO

- Primeramente agradezco al Ministerio de Salud, FETSALUD, UNAN Managua y el SILAIS RACCS, por haberme aceptado ser parte de la primera generación de Especialistas de Dirección en Servicios de Salud y Epidemiología, por haberme abierto las puertas para poder seguir estudiando, así como también a los diferentes docentes que brindaron sus conocimientos y su apoyo para seguir adelante día a día.
- A todos los Médicos Especialistas, Residente, Enfermeras y Enfermeros que colaboraron en la realización de las encuestas, sin cuya colaboración habría sido imposible realizar este estudio.
- Agradezco también a mi Tutor de Tesis Dr. Mauricio Paniagua por haberme brindado la oportunidad de recurrir a su capacidad y conocimiento científico, por haberme tenido toda la paciencia del mundo para guiarme durante el desarrollo de la tesis.
- Mi agradecimiento también va dirigido al Dr. Faisal Eslaquit, Dra. Gloria Eugenia López, Lic. Rosario Mora, Dr. Silvio Navarro, Dr. Vidal Ruiz, Dr. Wilmer Beteta y a mi hermana de corazón Andrea Molina. Quienes en este andar han sido personas muy especiales que me han enseñado muchas cosas, compartiendo un poco de sus conocimientos técnicos y científicos, además de su amistad sincera.
- Y para finalizar, también agradezco a todos los que fueron mis compañeros de clase durante estos tres años ya que gracias al compañerismo, amistad y apoyo moral han aportado un alto porcentaje a mis ganas de seguir adelante como profesional.

RESUMEN

El Burnout es uno de los principales problemas para la salud de los trabajadores, este aparece cuando se produce un desajuste entre la persona y su entorno de trabajo. El objetivo de este estudio fue: Determinar la prevalencia y factores de riesgo asociado al Síndrome de Burnout en Médicos especialistas, Residentes de las Especialidades Médico Quirúrgicas y Licenciadas en enfermería del Hospital Bertha Calderón Roque, es un estudio descriptivo de corte transversal, la población de estudio fueron los Médicos de Base, Residentes de las Especialidades Médico Quirúrgicas y Licenciadas en enfermería que laboran en esta unidad de salud, la muestra fue de 85 profesionales. Se aplicó el instrumento el Maslach Burnout Inventory (MBI) el cual es un instrumento que mide tres dimensiones específicas: Agotamiento Emocional, Despersonalización y Falta de Realización Personal y para su análisis se utilizó el programa SPSS. Los resultados demuestran que el 62.5 % de la población con Síndrome de Burnout son varones, con un rango de edad entre los 26 y 30 años, el 32.4% de las personas afectadas eran Médicos de base y el 23.5% médicos residentes de segundo año, el 72% de los Médicos de base presentaron niveles alto de agotamiento emocional, 72% niveles altos de despersonalización, y 68.4% de Médicos residentes presentaron niveles altos de falta de realización personal, por su parte el 80% del personal sanitario presentaron Burnout, y los factores que esta asociados al Burnout son ser hombre, menor de 31 años, casado, sin hijos, por tal razón se concluye que la prevalencia en este estudio varía según los estudios epidemiológico nacionales e internacionales, con una mayor presencia de prevalencia de los niveles de Burnout altos y medio.

1. INTRODUCCIÓN

El gobierno ha implementado políticas dirigidas a mejorar cada día la calidad de la atención en salud en el contexto del Modelo de Salud Familiar y Comunitario, por lo que se han dirigidos notables esfuerzos en aumentar el presupuesto y así mismo aumentar la cantidad de recursos que laboran en el Ministerio del poder ciudadano para la salud, dado que los recursos humanos son la clave fundamental para mejorar el acceso y la calidad de los servicios de salud, sin embargo es una realidad que nos toca asumir que en cierto sector de nuestros recursos principalmente los que laboran en áreas hospitalarias han sufrido en algún momento de su vida laboral un estrés que es secundario a su profesión ya que es común escuchar comentarios como: ¡estoy cansado!, ¡ya no doy más!, ¡me siento quemado!, este sentimiento expresado no es exclusivo de nuestro sistema, sino más bien un tema, ha sido incluso descrito en diferentes estudios a nivel internacional, el cual se viene estudiando desde ya hace cuatro décadas.

Descrito por primera vez en 1974 por un médico psiquiatra llamado Herbert Freudenberg que trabajaba como asistente voluntario en la Free Clinic de Nueva York para toxicómanos (Ruiz, 2010), sin embargo es hasta en 1981 que el Burnout es definido por Maslach y Jackson como un síndrome psicológico en el que se incluyen tres dimensiones como son el Agotamiento Emocional que se caracteriza por agotamiento de los propios recursos emocionales y la presencia de sentimientos de estar muy agotado emocional y psicológicamente, Despersonalización que es la respuesta negativa, insensible y excesivamente fría, objetivizada frente al otro que usualmente es el beneficiario, y Reducción o Falta de la realización personal que se refiere al declive en los sentimientos de la competencia y de los buenos resultados en el propio trabajo, es decir, una evaluación negativa de los logros personales en el trabajo y con las personas, lo que genera que las personas se sientan descontentas consigo mismas e

insatisfechas con sus logros en el trabajo; todo lo anterior ocurriría en individuos que trabajan con otras personas (Gomez, 2016).

La Organización Mundial de la Salud en sus series de protección de la salud de los trabajadores en la tercera serie denominada La Organización del Trabajo y el Estrés reconoce que el estrés laboral es uno de los principales problemas para la salud de los trabajadores y el buen funcionamiento de las entidades para la que trabaja, además de que el estrés laboral puede dar lugar a comportamientos disfuncionales y no habituales en el trabajo, y contribuir a la mala salud física y mental del individuo (Anon., 2004).

Se han desarrollado hoy en día diferentes instrumentos para estudiar el síndrome, sin embargo hasta ahora el más utilizado es el Maslach Burnout Inventory (MBI), ya que este es uno de los más completos para lograr hacer el diagnóstico y poder evaluar las tres dimensiones que se ven afectadas con este síndrome

Este estudio pretende determinar la Prevalencia y Factores asociado al Síndrome de Burnout en Médicos especialistas, Residentes de las Especialidades Médico Quirúrgicas y Licenciadas en enfermería del Hospital Bertha Calderón Roque, ya que está demostrado por la literatura que hay factores de riesgos en los que se puede incidir y así mismo crear condiciones, políticas y estrategias que nos ayude a prevenir esta afectación en nuestro personal.

2. ANTECEDENTES

Este término apareció por primera vez en el año 1961 en un artículo llamado “*A Burnout case*” escrito por Graham Greens. En 1974 cuando Herbert Freudenberg al estar desarrollando sus actividades cotidianas en una clínica de la ciudad de Nueva York, se dio cuenta que los voluntarios que tenían mucho contacto con toxicómanos presentaban pérdida de energía que les producía agotamiento físico y mental, síntomas de ansiedad y depresión que provocaban desmotivación en el trabajo y agresividad hacia los demás pacientes. La psicóloga Cristina Maslach en 1976, acuñó el término “Burnout” para referirse al agotamiento profesional, despersonalización y baja realización personal del individuo que atiende o ayuda a personas. (Freudenberger, 1974)

El Síndrome de Burnout ha sido y se continúa investigando 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 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.

Según investigaciones Internacionales realizadas vemos que:

En 1991, García-Izquierdo destacan en su investigación sobre *satisfacción y clima laboral / Burnout en profesionales de enfermería*; que “los intentos de vinculación del Burnout con la motivación laboral y el clima organizacional han sido escasos, confirmando que este no tiene relación ni con la edad, ni con la antigüedad en la profesión”. (Izquierdo, 1991)

Caballero & Millán, (1999). Consideraron que “la presencia del Síndrome de Burnout es una consecuencia de trabajar intensamente hasta el límite de no tomar en cuenta las necesidades personales. Esta situación se acompaña de

sentimientos de falta de ayuda, de impotencia, de actitudes negativas y de una posible pérdida de autoestima que sufre el trabajador”. (Millan, 1999)

Quiroz y Saco (1999) en la investigación "*Factores asociados al Síndrome Burnout en médicos y enfermeras del Hospital Nacional Sur Este de EsSalud del Cusco*", determinaron que el síndrome Burnout bajo se presenta en el 79.7% de médicos y 89% de enfermeras; en grado medio en el 10.9% de médicos y 1.4% de enfermeras, asociado a la jornada laboral mayor de 40 horas semanales, menos de 6 horas de esparcimiento semanal y otros trabajos fuera del hospital. (Quiros, 1999)

En 2002, Alonso y col., demostraron 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”. Lo cual también fue demostrado en un estudio realizado a nivel internacional entre médicos especialistas en medicina de urgencias donde se reportó que el 19% de médicos encuestados presentaban síntomas de depresión, 23% referían niveles altos de estrés, mientras que el 43% de ellos consideraban que a 10 años no estarían ya atendiendo pacientes. (Alonso Morrillejo, 2002)

En 2003 Martínez y Del Castillo 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, era de 76.4%,” considerándola muy alta. (Martínez, 2003)

Román (2003) en su investigación "*Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención (Chile)*" encontró que: tanto el género como la profesión y el nivel de atención también diferenciaba significativamente las respuestas de estrés y Burnout al igual que el bajo reconocimiento profesional lo cual está asociado también a esta problemática. “El Burnout afectó fundamentalmente a las mujeres médicas de atención primaria, y el estrés a las enfermeras del mismo nivel de atención”. (Román, 2003)

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". (Varela, 2005)

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". (Peralta, 2006)

Rosa Suñer-Soler y cols. (2007) en España, realizaron un estudio titulado "*Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de Burnout en personal sanitario hispanoamericano y español en donde se concluyó que la prevalencia del Burnout es mayor en España y Argentina y los profesionales que más lo padecen son los médicos. La edad, tener hijos, la percepción de sentirse valorado, el optimismo, la satisfacción laboral y la valoración económica, son variables protectoras de Burnout.*" (Rosa Suñer-Soler, 2007)

En un estudio realizado en Bogotá por Paredes Olga y cols. (2008) donde se aplicó el Cuestionario Breve de Burnout (CBB) a 138 médicos para medir la prevalencia del síndrome, se encontró que de acuerdo a la categorización de puntuaciones del síndrome definida por el CBB, se observó la siguiente distribución: el 43% presentó un nivel medio o alto y el 57% nivel bajo. El componente de despersonalización fue el más afectado en el síndrome y dentro de las causas, el tedio alcanzó la mayor prevalencia, superando claramente los demás componentes. En cuanto al bienestar psicológico el 7,3% reportó un nivel bajo, el 92,7% moderado y ninguno reportó niveles altos.

No se encontró ninguna relación estadística significativa entre Síndrome de Burnout y las variables sociodemográficas y laborales como la especialidad, la edad, el género, el estado civil, el número de hijos, el año de residencia cursado y el número de horas laborales por semana en el hospital. (Paredes, 2008)

En Bogotá, Espinosa Ivonne (2009) en la tesis *Determinación de presencia del Síndrome de Burnout en médicos de urgencias y especialistas del Hospital La Victoria* se encontró que dentro de las variables socio-demográficas y laborales de la población, la asociación entre desgaste emocional y género (P: 0.008), al igual que realización personal y número de trabajos (P: 0'010). Se concluyó que el grado de desgaste profesional o Síndrome de Burnout en médicos de urgencias fue de 8% para leve y 4% para moderado, ninguno presentó síndrome de Burnout severo. En pediatría el 16% de los encuestados presentó síndrome de Burnout severo. En el mismo grupo el 24% padece de Burnout moderado, seguido de Burnout leve con 8%. Medicina interna presentó el 4% para desgaste profesional leve y 4% para moderado. Cirugía presentó Burnout leve con 4% sin presentar moderado ni severo. Ginecología y obstetricia presentó mayor Burnout leve en comparación con las otras especialidades con un 16%, seguido de moderado con 8%. El 4% de los anesestesiólogos presenta un desgaste profesional moderado, excluyéndolos de Burnout leve y severo. La prevalencia del síndrome de Burnout en el Hospital la Victoria fue de 40% para leve, 44% moderado y 16% severo. (Espinosa, 2009)

En Ecuador, Aguirre Karla (2013) en la tesis *Síndrome del quemado por el trabajo -Burnout- en médicos de atención especializada que se encuentran trabajando en los Hospitales públicos de la ciudad de Ibarra*; se encontró que en una muestra de 59 médicos, la prevalencia del Síndrome de Burnout en médicos especialistas fue de 25.42%, a pesar de no considerarse estadísticamente significativo, es un importante indicador, puesto que gran parte de la muestra presentó falencias en alguna de las tres dimensiones. De las personas con ausencia del síndrome el 15.9% obtuvo porcentajes altos en las sub escalas agotamiento emocional y despersonalización y el 4.54% presentó altos niveles de baja realización personal.

Esto puede ocasionar la tendencia a padecer en algún momento el síndrome, debido a que los médicos por las características propias de su profesión se enfrentan a condiciones de riesgos desencadenantes del Burnout, por ello el porcentaje se convierte en un indicador significativo el cual determina la importancia de la implementación de acciones correctivas y preventivas dentro de los hospitales públicos. Gran porcentaje de los encuestados presentaron alta realización personal, esto actúa de manera inversa ya que a pesar de la sobrecarga emocional, física e intelectual, el estrés laboral se va compensando por el sentido de competencia y éxito profesional presente en los participantes. (al., 2009) En cuanto a la antigüedad de los médicos se evidenció que los años que más predominaron en la prevalencia del síndrome son 20 años de permanencia en el hospital. (Karla, 2013)

En el ámbito nacional:

Obando y García (2002) en *Prevalencia del Síndrome de Burnout en personal de emergencia del Hospital Manuel de Jesús Rivera* encontraron un bajo grado de Burnout 56,9% sin diferencia frente a sexo, edad y situación laboral. (N., 2002)

En 2007 en la ciudad de León, Aragón Brunilda y cols., realizaron un estudio de *título: Síndrome de Burnout en médicos y personal de enfermería del Hospital Escuela "Oscar Danilo Rosales Argüello"*, la muestra estuvo constituida por 65 médicos y 100 recursos de enfermería. Encontrando el doble de casos con síndrome de Burnout en el personal de enfermería que en los médicos que laboran en el Hospital. Los médicos no presentaron niveles altos de Burnout a diferencias del personal de enfermería que si lo hizo. En las características organizacionales la variable que en su mayor porcentaje es percibida como desfavorable (contribuye al síndrome) tanto en médicos como el personal de enfermería, es la dinámica de trabajo. Predominando el sexo femenino en el personal de enfermería a diferencias de los médicos que fue el sexo masculino. En ambos grupos los afectados, eran casados y las personas más jóvenes fueron las que mayoritariamente presentaban el Síndrome de Burnout. Los médicos que

tenían menos años de laborar presentaron Síndrome de Burnout a diferencias del personal de enfermería, donde el fenómeno es inverso ya que a más años laborales más presentan el síndrome. (Aragón, 2007)

En Jalapa, Nueva Segovia, Rivera Mackell (2011), realizó tesis monográfica titulada *Burnout en trabajadores del Hospital primario Pastor Jiménez Arostegui*, con una muestra de 68 trabajadores, se determinó una prevalencia del 26.5% del Síndrome de Burnout, el agotamiento emocional, la despersonalización y la realización personal mostraron asociación significativa con el tipo de profesión del trabajador, siendo los médicos y enfermeras los más afectados. “Los factores que están asociados al Síndrome del Burnout fueron ser del sexo femenino, y rango de edad de 35 a 54 años, así como el tener parejas y tener de 3 a 6 hijos”. (Rivera, 2011)

Gómez Tania (2013), en su tesis monográfica *Prevalencia del Síndrome de Burnout en personal médico del servicio de emergencia de cuatro hospitales públicos de Managua*. Con una muestra de 112 médicos, 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% cansancio emocional medio o alto. El 56% nivel medio o bajo de realización personal. En cuanto a características “sociodemográficas se observó que la frecuencia del síndrome es 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 relación a la edad y el sexo. Los médicos Especialistas y 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 diferencia en cuanto a los años de trabajo ni a la carga horaria de trabajo. (Gómez, 2013)

3. JUSTIFICACIÓN

El síndrome de Burnout constituye un problema de salud pública poco estudiado en el ambiente laboral y su presencia hasta este momento desconocido, afecta muy negativamente a las instituciones de trabajo y a la sociedad en general. La preocupación por la prevención de la salud psíquica de los trabajadores no es solo un presupuesto social sino un indicador de la posición competitiva y de calidad de los servicios públicos.

El personal de salud en general y los médicos y enfermeras en particular son candidatos idóneos para presentar el síndrome de Burnout, el estilo de dirección en una institución, el grado de satisfacción laboral experimentada, la carga de trabajo, el trabajo nocturno, la rotación de la jornada y las perspectivas de promoción son algunos de los factores contribuyentes de daño mental.

En Nicaragua hasta el día de hoy son muy pocos los estudios realizados en este tema, por tanto, consideramos necesario ya que existen diversos estudios internacionales que evidencian el carácter silencioso pero contagioso y que en un breve periodo de tiempo se puede generalizar en las instituciones lo que nos advierte que puede caer en desánimo generalizado, cabe señalar que este riesgo de contagio organizacional es mayor cuando los factores que lo desencadenan están en la dirección organizativa, o cuando tiene que ver con falta de comprensión para tratar el problema.

Además de lo antes mencionado el síndrome nos conlleva a costos individuales como organizacionales, ya que está comprobado que el cansancio laboral puede llevar al profesional a cometer más errores y negligencias, lo que a su vez conduce a aumentos de reclamos y denuncias, a situaciones de estremecimiento, baja laborales y a una mala utilización de recursos.

Este estudio pretende despertar la reflexión que, un trabajador estresado suele ser más enfermizo, estar desmotivado, menos productivo y tener menos seguridad laboral; además suele tener peores perspectivas de éxito. Los trabajadores de la

salud han sido identificados en diversos estudios como uno de los grupos con medidas altas en los diferentes componentes del Síndrome de Burnout y sus consecuencias van desde una reducción de calidad de trabajo y conflictos laborales.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la prevalencia y factores asociados al Síndrome de Burnout en Médicos Especialistas, Residentes de las Especialidades Médico Quirúrgicas y Licenciadas en enfermería del Hospital Bertha Calderón Roque en el período Enero - Marzo del 2017?

5. OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia y factores asociados al Síndrome de Burnout en Médicos especialistas, Residentes de las Especialidades Médico Quirúrgicas y Licenciadas en enfermería del Hospital Bertha Calderón Roque Enero-Marzo del 2017.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Identificar factores sociodemográficos y su relación con la aparición del Síndrome de Burnout.
2. Medir el nivel de Agotamiento Emocional, Despersonalización y Falta de Realización Personal entre los diferentes grupos de profesionales a estudio.
3. Relacionar el número de vacaciones pendientes con la aparición de las dimensiones que se ven afectadas en el síndrome de Burnout.
4. Determinar la relación entre hábitos de los profesionales a estudio y la aparición del síndrome de Burnout.

6. MARCO TEÓRICO

6.1 DEFINICIÓN: El síndrome de Burnout o "de quemarse por el trabajo se define, pues, como una respuesta al estrés laboral crónico, integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado.

Maslach y Jackson (1986), lo definen como: Un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, que ocurre entre individuos que trabajan con personas. Agotamiento emocional se refiere a la disminución y pérdida de recursos emocionales. Despersonalización o deshumanización consiste en el desarrollo de actitudes negativas, de insensibilidad y cinismo hacia los receptores del servicio prestado. Por último la falta de realización personal es la tendencia a evaluar el propio trabajo de forma negativa: los afectados se reprochan no haber alcanzado los objetivos propuestos, con vivencias de insuficiencia personal y baja autoestima Profesional.

DIMENSIONES DEL SINDROME DE BURNOUT

Tomando en cuenta los estudios de Maslach estas son las tres dimensiones presentadas en el síndrome de Burnout: (MASLACH C, 1986)

1. **Agotamiento emocional** caracterizado por una disminución y pérdida de los recursos emocionales.
2. **Despersonalización o deshumanización**, caracterizado por el desarrollo de actitudes negativas, de insensibilidad hacia los receptores del servicio prestado. En este sentido, se ha argumentado que la despersonalización en niveles moderados sería una respuesta adaptativa para los profesionales, pero esta misma respuesta, en grado excesivo demostraría sentimientos patológicos hacia los otros, de insensibilidad y cinismo.
3. **Falta de realización personal** caracterizado por la percepción del trabajo en forma negativa; los afectados se reprochan no haber alcanzado los objetivos propuestos, con vivencias de insuficiencia personal y baja autoestima profesional. En la actualidad se acepta que el SDP es un síndrome de

agotamiento profesional, despersonalización y baja realización personal que puede ocurrir entre los individuos que trabajan con seres humanos.

El síndrome de desgaste profesional (SDP) es un trastorno adaptativo crónico asociado con el inadecuado afrontamiento de las demandas psicológicas del trabajo que altera la calidad de vida de la persona que lo padece y produce un efecto negativo en la calidad de la prestación de los servicios médicos asistenciales." Este tipo de conductas o síntomas y signos clínicos se correlacionan cuando hay un desbalance entre las expectativas personales y laborales, siendo las laborales reflejadas por condiciones de trabajo, entorno laboral, falta de requerimientos o insumos necesarios para la buena praxis médica, así como de tecnología en donde en determinados sitios de trabajo no cuentan con la cantidad ni calidad necesaria y se tiene que laborar bajo condiciones inadecuadas e inhumanas respectivamente.

Además algunas instituciones de salud que cuentan con poco presupuesto para los profesionales (o se destinan a otros recursos) hace que sea insuficiente el contrato de personal para los requerimientos y satisfacción de una gran de población. Entonces es así donde se refleja la desproporción entre los esfuerzos realizados y los resultados obtenidos que va de la mano con la calidad de vida.

Se trata de un conjunto de conductas (como el deterioro del rendimiento, la pérdida de responsabilidad, actitudes pasivo-agresivas con los pacientes y pérdida de la motivación, entre otros), en las que se implicarían tanto factores internos (valores individuales y sociales, rasgos de personalidad) como externos (organizacionales, laborales, grupales).

Este Síndrome ha sido de gran auge, se ha tomado de referencia para muchos estudios por la compleja estructura que abarca, además porque es una situación que día a día se va presentando con más frecuencia en los profesionales sanitarios, ya que se describe como una respuesta al estrés laboral crónico junto con las respectivas implicaciones que a ello acoge se puede decir con exactitud basados en los datos estadísticos que nos encontramos frente a un problema de

salud de gran magnitud que conlleva a consecuencias negativas tanto en el entorno personal como laboral y estos hechos justifican que continúe creciendo el número de estudios de este síndrome de manera considerable ideados en la prevalencia.

ESTRÉS Y SINDROME DE BURNOUT

El síndrome de quemarse por el trabajo no debe identificarse con estrés psicológico, sino que debe ser entendido como una respuesta a fuentes de estrés crónico (estresores). En el contexto de las organizaciones sanitarias. Son estresores especialmente relevantes para el desarrollo del síndrome las relaciones sociales de los profesionales de la salud con los pacientes y sus familiares. El síndrome es un tipo particular de mecanismo de afrontamiento y autoprotección frente al estrés generado por la relación profesional-cliente, y por la relación profesional-organización. (GIL-MONTE P. R. Y PEIRÓ, 1997)

La siguiente tabla muestra las diferencias que existen entre el estrés y el síndrome de Burnout.

ESTRÉS	BURNOUT
<ul style="list-style-type: none"> • Sobre implicación en los problemas • Hiperactividad emocional • Daño fisiológico • Agotamiento o falta de energía física • La depresión le produce reservas físicas • Efectos positivos en exposiciones moderadas 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de implicación • Degaste emocional • Daño emocional • El agotamiento afecta la energía física y la motivación • La depresión con energía perdida de ideales • Solo tiene efectos negativos

6.2 EPIDEMIOLOGIA

En la actualidad se cuenta con amplia bibliografía sobre este tema por su gran controversia además de su utilidad para ser posiblemente catalogado dentro del área de salud ocupacional.

NIVEL NACIONAL

En León, Nicaragua, María Brunilda Aragón Paredes y sus colaboradores en el artículo síndrome de Burnout en médicos y personal de enfermería del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello (HEODRA). El tipo de estudio de corte transversal y unidad de análisis estuvo constituido por médicos y personal de enfermería. Con una muestra de 228 enfermeras (os) y auxiliares de enfermería y 263 médicos. Obteniendo resultados: un 28% del personal de enfermería y un 14% de los médicos padecen el síndrome de Burnout, es decir un 72% del personal de enfermería y el 86% de los médicos no presentan este síndrome. Al analizar los niveles de Burnout, se encontró que el 6% de las enfermeras presenta nivel altos de Burnout, en cambio los médicos no presentan niveles altos de Burnout, el 1% de las enfermeras tienen nivel medio de Burnout, el 12.3% de los médicos también lo presentan y un 21% de las enfermeras presentaron nivel bajo de Burnout a diferencias de los médicos que tiene el 1.5%. Concluyendo que se presentaron el doble de casos con síndrome de Burnout en el personal de enfermería que en los médicos que laboran en el Hospital. Los Médicos no presentaron niveles altos de Burnout a diferencias del personal de Enfermería que si lo presenta.

VARIABLES Y ESTADISTICA

Diferentes variables son tomadas en cuenta al momento de nombrar el Síndrome de Burnout o Síndrome de Desgaste Profesional por ejemplo: (GIL-MONTE P. R. Y PEIRÓ, 1997)

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

Según Gould (1985) cuanto más joven es el trabajador hay mayor incidencia de Burnout la edad aparece como una variable que puede mediatizar en el proceso del síndrome en el contexto laboral, de tal manera que a mayor o menor edad también se debe encontrar una correspondencia en experiencia y madurez y en la forma de afrontar las diferentes presiones que afectan al individuo, esta afirmación respalda los resultados ya que la mayoría de los médicos y del personal de enfermería son personas jóvenes.

- ✓ Según **el género** sería principalmente las mujeres el grupo más vulnerable quizá en este caso de los sanitarios por razones diferentes como podrían ser la doble carga de trabajo que conlleva la práctica profesional y la tarea familiar así como la elección de determinadas especialidades profesionales que prolongarían el rol de mujer.

- ✓ El **estado civil**, aunque se ha asociado el Síndrome más con las personas que no tienen pareja estable, tampoco hay un acuerdo unánime; parece que las personas solteras tienen mayor cansancio emocional, menor realización personal y mayor despersonalización, que aquellas otras que o bien están casadas o conviven con parejas estables. En este mismo orden la existencia o número de hijos hace que estas persona pueda ser más resistentes al síndrome debido a la tendencia generalmente encontrada en los padres a ser personas más maduras y estables, y la implicación con la familia y los hijos hace que tenga mayor capacidad para afrontar problemas personales y conflictos emocionales; y ser más realistas con la ayuda del apoyo familiar.

(Barría, 2002), en sus artículos publicados menciona que una de las variables predictores al Síndrome de Burnout es el estado civil, se dice que la mayoría de los solteros son los que se predisponen más a presentar el síndrome, ya que estos no cuentan con una pareja estable, una seguridad emocional como las que presentan las personas casadas o que mantienen una relación estable.

- ✓ La **rotación de turno** laboral y el horario laboral de estos profesionales pueden conllevar para algunos autores la presencia del síndrome aunque tampoco existe unanimidad en este criterio; siendo en enfermería donde esta influencia es mayor.
- ✓ Sobre **la antigüedad profesional** tampoco existe un acuerdo, Algunos autores encuentran una relación positiva con el síndrome manifestado en dos periodos, correspondientes a los dos primeros años de carrera profesional y los mayores de 10 años de experiencia, como los momentos en los que se produce un menor nivel de asociación con el síndrome, Naisberg y Fenning encuentra una relación inversa debido a que los sujetos que más Burnout experimentan acabarían por abandonar su profesión por lo que los profesionales con más años en su trabajo serían los que menos Burnout presentaron y por ello siguen presentes.
- ✓ Es conocida la relación entre Burnout y **sobrecarga laboral** en los profesionales asistenciales, de manera que este factor produciría una disminución de la calidad de las prestaciones ofrecidas por estos trabajadores, tanto cualitativa como cuantitativamente, Sin embargo no parece existir una clara relación entre el número de horas de contacto con los pacientes y la aparición de Burnout, si bien si es referida Por otros autores.
- ✓ También **el salario** ha sido invocado como otro factor que afectaría al desarrollo de Burnout en estos profesionales, aunque no queda claro en la literatura. Este Síndrome de Burnout ha sido tema de controversia durante décadas, en un principio se realizaron estudios sobre profesionales de la salud tales como enfermeras y médicos por su gran demanda de trabajo y relación directa y mantenida con las personas, por ello se concluyó que en este grupo era donde se presentaba este. Luego se analizó otra población de estudio no sanitario que también cumplía con las características de demanda de trabajo y

contacto continuo con la comunidad encontrándose similares resultados estadísticos, por ello. en la actualidad este síndrome de Burnout no es típico de los trabajadores de la salud sino en todos aquellos en los que implique el contacto directo y constante con la población.

"Es un síndrome padecido por personas que trabajan en íntimo contacto con otros seres humanos, relación en la que exige una respuesta emocional continua, Son médicos, enfermeras, psicólogos (sobre todo de la especialidad de oncología), Maestros, Policías, Funcionarios de prisiones, Asistentes sociales, Abogados o Jueces.

CAUSAS

El síndrome Burnout se debe a distintas causas múltiples, no necesariamente una sola, y se origina siempre en largos periodos de tiempo se ha encontrado en múltiples investigaciones que el síndrome ataca especialmente cuando el trabajo supera las ocho horas, no se ha cambiado de ambiente laboral en largos periodos de tiempo y en la paga mal remunerada, sin embargo en personas que laboran en amplias jornadas pero bien remunerada es poco común la presencia del síndrome. (GIL MONTE, 1999)

Originalmente se estima que una gran influencia en la presencia de este Síndrome es el contacto masivo con la comunidad. Metiéndonos en el campo laboral profesional del médico es íntimo el contacto no solo físico sino emocional que el galeno tiene para con sus pacientes, es de ejemplo el estrés que origina la angustia hacia un paciente enfermo ya que no solo se piensa en el sino que se mira su entorno como lo es su familia, así de esta forma es factible que los problemas de ámbito laboral sean llevados a la casa originando una atmosfera inadecuada tanto laboral como familiar y por ende un desgaste emocional.

En el artículo descrito por Gonzalo Latino de la Universidad Autónoma de Nicaragua menciona algunas de las causas de este síndrome:

- ✓ El continuo y sostenido contacto con el dolor y la muerte.
- ✓ La caída del valor social de la profesión médica.

- ✓ La sobrecarga laboral debido al excesivo número de pacientes, la presencia de patologías cada vez menos reversibles, la carencia de recursos, la presión horaria.
- ✓ La merma en las retribuciones y estímulos de distinto tipo.
- ✓ La cada vez más inquietante amenaza de sufrir juicios por mala praxis.
- ✓ El resolver el dilemas éticos resultantes de las nuevas tecnologías.

CAUSAS SEGÚN LA OMS

Surge de una misma persona generalmente profesional que inicialmente tenía ideales, metas, objetivos en sí un entusiasmo con gran energía, y expectativas a bordo que con el paso del tiempo se da cuenta que las metas o logros planeados no son los alcanzados con valioso esfuerzo y peor aun las que satisfaga sus necesidades enfrentándose a la realidad consiguiendo por lo contrario gran frustración.

- ✓ Falta de éxitos terapéuticos y de progreso observable en los pacientes
- ✓ Descuido institucional de las necesidades de los pacientes, a favor de las necesidades administrativas, financieras, burocráticas y legales.
- ✓ Inadecuados sistemas de promoción que afectan el necesario prestigio social.
- ✓ Falsos liderazgos.
- ✓ Falta de interacción social.(El profesional se aísla de sus vínculos personales y de sus colegas)
- ✓ Falta de apoyo entre los miembros de un equipo.

6.3 FACTORES DE RIESGO

Se han identificado numerosos factores estresantes crónicos del entorno laboral implicados en su producción como pacientes difíciles, bien por padecer patologías graves, bien por su propio inconformismo; el poco tiempo por paciente y la mala calidad de las relaciones de equipo. (MERIN-REIG J., 1995)

Gonzalo Latino describe cuatro desencadenantes del síndrome en profesionales de salud, primero de ellos hace referencia a:

1. En el nivel individual la existencia de sentimientos de altruismo e idealismo lleva a los profesional a implicarse excesivamente en los problemas de los usuarios y convierten en un reto personal la solución de los problemas, Consecuentemente se siente culpable de los fallos, tanto propios como ajenos, los cuales redundaran en bajos sentimientos de realización personal en el trabajo y alto cansancio emocional.
2. En el plano de las relaciones interpersonales, las relaciones con los usuarios y con los compañeros de igual o diferente categoría, cuando son tensas, conflictivas y prolongadas, van a aumentar los sentimientos de quemarse por el trabajo, Así mismo, la falta de apoyo en el trabajo por los compañeros y supervisores, o por parte de la dirección o de la administración de la organización son fenómenos característicos de estas profesiones que aumentan los sentimientos de quemarse por el trabajo.
3. Desde un nivel organizacional, los profesionales de la salud trabajan en organizaciones que responde al esquema de una burocracia profesionalizada, estas organizaciones inducen problemas de coordinación entre sus miembros, sufren la incompetencia de los profesionales, los problemas de libertad de acción la incorporación rápida de innovaciones, y las repuestas disfuncionales por parte de la dirección a los problemas organizacionales. Todo ello resulta es estresores del tipo de ambigüedad, conflicto y sobrecarga del rol.
4. Por último, en el entorno social, se encuentran como desencadenantes las condiciones actuales de cambio social por las que atraviesan estas profesiones (leyes y estatutos que regulan la profesión, cambios en perfiles demográficos de la población, etc.)."

Otros factores, sobre los que existe más controversia serían los cambios de turnos y los horarios laborales, el salario, la categoría profesional y la sobrecarga laboral asistencial. Además, siguiendo la bibliografía existente se detectan una serie de área de trabajo con mayor incidencia del síndrome, como es el caso de los servicios urgencia y unidad de cuidados Intensivos (UCI). Las características del trabajo que se desarrolla en estas unidades requieren notable experiencia clínica y madurez profesional que permita hacer frente a la frecuente toma de decisiones difíciles con implicaciones éticas y morales.

Otro grupo de riesgo especial es el de los trabajadores del área de oncología, donde la enfermería se enfrenta diariamente al sufrimiento humano y en muchos casos a los pacientes terminales y a la muerte.

6.4 MANIFESTACIONES CLINICAS

El síndrome se manifiesta en los siguientes aspectos:

- **Psicosomáticos:** fatiga crónica, frecuentes dolores de cabeza, problemas de sueño, úlceras y otros desordenes gastrointestinales, pérdida de peso, dolores musculares, entre otros.
- **Mentales:** sentimientos de vacío, agotamiento, fracaso, impotencia, baja autoestima y pobre realización personal, Es frecuente apreciar, nerviosismo, inquietud, dificultad para la concentración y una baja tolerancia a la frustración, con comportamiento paranoides y/o agresivos hacia los pacientes, compañeros y la Propia familia.
- **Conductuales:** absentismo laboral, abuso de drogas (café, tabaco, alcohol, fármacos, entre otros.), incapacidad para vivir de forma relajada, superficialidad en el contacto con los demás, comportamiento de alto riesgo, aumento de conductas violentas.
- **Emocionales:** distanciamiento afectivo como forma de protección del yo, aburrimiento y actitud cínica, impaciencia e irritabilidad, sentimiento de omnipotencia, desorientación, incapacidad de concentración, sentimientos depresivos.

- **En el ambiente laboral:** detrimento de la capacidad de trabajo, detrimento de la calidad de los servicios que se presta a los clientes, aumento de interacciones hostiles, comunicación deficiente. (ZAULA G, 2000). El estrés en el entorno laboral es un problema creciente, inhabilitante y con un coste personal, social y económico muy importante. Los gastos y pérdidas derivadas por el costo del estrés son cuantiosos y aumentan año tras año son numerosos los índice de ausentismo, baja productividad en las empresas, los accidentes profesionales y las escasas motivaciones en el trabajo. (Freudenberger, 1974)

FASES DEL BURNOUT

Existen cuatro fases por las cuales pasa todo individuo con Burnout:

Etapa de idealismo y entusiasmo. El individuo posee un alto nivel de energía para el trabajo, expectativas poco realistas sobre él y aún no sabe lo que puede alcanzar con éste. La persona se involucra demasiado y existe una sobrecarga de trabajo voluntario. Al comienzo de su carrera existen bastantes motivaciones intrínsecas. Hay una hiper valorización de su capacidad profesional que le lleva a no reconocer los límites internos y externos, algo que puede repercutir en sus tareas profesionales. El incumplimiento de expectativas le provoca, en esta etapa, un sentimiento de desilusión que hace que el trabajador pase a la siguiente etapa. (BLANDIN JAICY Y MARTÍNEZ, 2005)

Etapa de estancamiento. Supone una disminución de las actividades desarrolladas cuando el individuo constata la irrealidad de sus expectativas, ocurriendo la pérdida del idealismo y del entusiasmo. El individuo empieza a reconocer que su vida necesita algunos cambios, que incluyen necesariamente el ámbito profesional.

Etapa de apatía. Es la fase central del síndrome Burnout. La frustración de las expectativas lleva al individuo a la paralización de sus actividades, desarrollando apatía y falta de interés. Empiezan a surgir los problemas emocionales, conductuales y físicos.

Una de las respuestas comunes en esta fase es la tentativa de retirada de la situación frustrante. Se evita el contacto con los compañeros, hay faltas al trabajo y en muchas ocasiones se da el abandono de éste y en los casos más extremos de profesión. Estos comportamientos empiezan a volverse constantes abriendo el camino para la última etapa de Burnout, la del distanciamiento

Etapa de distanciamiento. La persona está crónicamente frustrada en su trabajo, ocasionando sentimientos de vacío total que pueden manifestarse en la forma de distanciamiento emocional y de desvalorización profesional. Hay una inversión del tiempo dedicado al trabajo con relación a la primera etapa.

En el lugar del entusiasmo e idealismo profesional la persona pasa a evitar desafíos y clientes de forma bastante frecuente y trata sobre todo de no arriesgar la seguridad del puesto de trabajo, pues cree que a pesar de inadecuado, posee compensaciones (el sueldo, por ejemplo) que justifican la pérdida de satisfacción.

OTRAS ETAPAS

Edelwich e Brodsky identificaron 5 etapas:

1. El entusiasmo, hay disminución del entusiasmo en la actividad profesional
2. El estancamiento, con el entusiasmo disminuido la persona no ha logrado recuperarlo luego de varios ciclos en que si lo logró.
3. La frustración, estancado, experimenta el alejamiento de los objetivos generales de su plan de vida.
4. La apatía, deja de sentirse frustrado y experimenta una apatía a todo que resiente la actividad.
5. Intervención: se hace obligado por parte de la Institución donde trabaja la persona tomar una resolución con el profesional afectado.

La progresión de un estadio a otro puede no ser lineal, pero siempre es cíclica o sea que si el afecto al síndrome experimenta recuperación tiende a la recidiva del proceso por persistencia de causas. (ZAULA G, 2000)

EFFECTOS DEL SÍNDROME DE BURNOUT

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

a) 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 la atención 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.

b) Nivel personal y familiar

Este síndrome se manifiesta primero en la vida personal y familiar del médico. Quien lo padece comienza con 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 Burnout 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 si 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.

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. (BLANDIN JAICY Y MARTÍNEZ, 2005)

CONSECUENCIA DEL SINDROME DE BURNOUT		
FISICAS	PSICOLOGICAS	PARA LA ORGANIZACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> • Cefalea, migrañas • Dolores musculares • Dolores de espalda • fatiga crónica molestias gastrointestinales, úlceras • Hipertensión • Asma • Urticaria • Taquicardia 	<ul style="list-style-type: none"> • Frustración, irritabilidad • Ansiedad • Baja autoestima • Desmotivación • sensación de desampara • sentimientos de inferioridad • desconcentración • comportamientos paranoides y/o agresivos 	<ul style="list-style-type: none"> • Infracción de normas • Disminución del rendimiento • perdida de la calidad del servicio • ausentismo • abandono • Accidentes

6.5 PREVENCIÓN

Medidas de prevención La mayoría de los autores (Byrne, Maslach, Huberman...) coinciden en que la prevención es un aspecto fundamental para solucionar los efectos que produce el Burnout. El trabajo preventivo afecta a decisiones políticas y económicas existiendo un posicionamiento poco realista de las administraciones respecto a la situación actual de la educación.

Siguiendo las líneas de actuación propuestas por Kelchetermans y Strittmatter para la prevención del Burnout en profesores, es necesaria una actuación de base de la administración pública centrada en el reconocimiento público de la labor docente, la vuelta a una imagen positiva del profesor, el balance entre las políticas educativas y la realidad, así como la autonomía de los centros.

La preparación psicológica no se incluye en la formación del profesorado, según la directora de un Centro de Terapia y Psicología, algo que es esencial para dotar de recursos que motiven y gestionen problemas de grupo.

La falta de recursos unida a una sensación personal de incapacidad para resolver los conflictos les lleva al estrés y a los problemas psicológicos, como angustia, depresión o desmotivación.

Las técnicas de autoconocimiento personal tienen una importancia significativa para resolver estas dificultades. El diagnóstico precoz, la terapia médica y psicológica, cambios en la calidad de alimentación y la distribución del tiempo de sueño- trabajo- esparcimiento, permiten revertir muchos cuadros.

Otros aspectos destacados son la provisión de recursos personales y materiales para poder adaptarse a los cambios que generan las necesidades sociales y políticas, analizar la carrera profesional y vida laboral del profesor (remuneración económica, posibilidad de promoción,...) revisar las funciones de la institución educativa y de los profesores. También destacan la participación de los profesores en las decisiones de los centros y en las políticas educativas, potenciar el trabajo en grupo así como mantener adecuadas relaciones interpersonales entre los compañeros y crear servicios de apoyo y asesoramiento al profesorado.

Las medidas de prevención se pueden clasificar en tres apartados según sea la forma de aplicación:

Estrategias de intervención individuales

Estrategias de intervención grupales

Estrategias de intervención organizacionales

Para mayor concreción en la acción de prevención, las anteriores estrategias se categorizaran en individual y empresarial:

Medidas de prevención a nivel individual

1) Darse cuenta a tiempo y pedir ayuda.

- 2) Flexibilidad ante los cambios.
- 3) Buscar un equilibrio entre la vida personal y la profesional. Mantener una misión y visión personal alineadas con la misión y visión profesional (es decir, ser más felices con nuestro trabajo).
- 4) Realizar ejercicios sencillos de relajación.
- 5) Fijación de metas y objetivos mensurables y factibles.
- 6) Trabajar con creencias y paradigmas para flexibilizar nuestros pensamientos.

Medidas de prevención a nivel empresarial

- 1) Claridad en los roles.
- 2) Comunicación
- 3) Clima laboral apropiado.
- 4) Reestructuraciones conscientes del impacto grupal.
- 5) Trabajar la misión y visión de empresa, alineada con la misión y visión personal de los empleados
- 6) Programas para organizar mejor el tiempo.
- 7) Programas de estímulo y reconocimiento.
- 8) Creación de espacios para conversar sobre temas personales.
- 9) Políticas claras sobre horarios de almuerzo, tabaco, viajes, horarios laborales, vestimenta, recreación, espacio físico laboral, etc.
- 10) Implementación de ejercicios sencillos de relajación en el lugar de trabajo.

PUNTOS CLAVES EN LA PREVENCIÓN DEL BURNOUT

1. Proceso personal de adaptación de expectativas a realidad cotidiana.
2. Formación en emociones.
3. Equilibrio de áreas vitales: familia, amigos, aficiones, descanso, trabajo.

4. Fomento de buena atmósfera de equipo: espacios comunes, objetivos comunes.
5. Limitar a un máximo la agenda asistencial,
6. Tiempo adecuado por paciente: 10 minutos de media como mínimo.
7. Minimizar la burocracia con apoyo de personal auxiliar.
8. Formación continuada reglada, dentro de la jornada laboral
9. Coordinación con la especializada, espacios comunes. Objetivos compartidos.
10. Dialogo efectivo con las gerencias

7. DISEÑO METODOLOGICO

Área de estudio: Hospital Bertha Calderón Roque.

Tipo de Estudio: Descriptivo y de corte transversal.

Población y tiempo de estudio: Médicos Especialistas, Residentes de las Especialidades Médico Quirúrgicas y Licenciadas en Enfermería, que estuvieran laborando en el Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo de Enero – Marzo del 2017.

Universo: Estuvo constituido por un total de 182 personas los cuales se dividían en: 55 Médicos Especialistas, 61 Residentes de especialidades medico quirúrgicas y 66 Licenciadas en Enfermería que laboraban en dicho hospital.

Muestra: La selección de la muestra se realizó de forma aleatoria simple, participando en ella un total de 85 personas (25 médicos de base, 47 residentes y 13 Lic. en enfermería para un 47% del universo con un intervalo de confianza de 95%.

Recolección de datos: La información se recolectó con la encuesta de Maslash Burnout y las variables sociodemográficas y laborales respondidas, se tabularon en el programa de Excel.

Análisis de la información: Para el procesamiento y análisis de la información se utilizó el programa estadístico SPSS 21 y Excel. Por medio del cual se realizó el cálculo de la prevalencia y análisis descriptivo.

Criterio de inclusión

- Médico Especialista, Residente de las Especialidades Médico Quirúrgicas y Licenciadas en Enfermería del hospital antes mencionado.
- Que se encontrara laborando activamente en el período de recolección de datos.
- Que quisiera participar voluntariamente.

Criterios de exclusión:

- Personal que no deseaba participar en el estudio.
- Aquellos cuestionarios incompletos.
- Personal que no estuvo presente en la institución al momento de la visita y recolección de datos.

VARIABLES DEL ESTUDIO**Variables dependientes:**

Se han recogido como variables dependientes las tres dimensiones del Burnout: Cansancio Emocional (CE), Despersonalización (DP) y realización personal (RP), que se han clasificado en tres niveles: bajo, medio y alto, de acuerdo con los puntos de corte establecidos previamente en la literatura, como se recoge en la tabla 1.

Tabla 1. Puntuación de corte en las tres dimensiones del MBI para profesiones relacionadas con la medicina.

Dimensión	Baja	Medio	Alto
Despersonalización	≤ 18	19-26	≥ 27
Falta de Realización Personal	≤ 5	6-9	≥ 10
Cansancio Emocional	≥ 40	34-39	≤ 33

En las tres escalas la puntuación mínima alcanzable es 0, mientras que la máxima es 54 para CE, 30 para DP y 48 para RP.1.2. La siguiente variable dependiente analizada ha sido la presencia de cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal (FRP) (complementaria de la RP), consideradas como

variables dicotómicas:

- ✓ SI: niveles medios y altos de CE, DP y FRP.
- ✓ NO: niveles bajos de CE, DP y FRP.

Se han recogido también los tres niveles del síndrome de Burnout: bajo, medio y alto, dependiendo de la presencia de estos niveles en alguna de las tres dimensiones del síndrome.

Y por último, presencia del síndrome de Burnout como variable dicotómica:

- ✓ SI: niveles medios y altos de Burnout.
- ✓ NO: niveles bajos de Burnout

Variables independientes, se han considerado:

Edad, como variable cuantitativa continua. Se ha medido en años cumplidos.

Número de hijos: Variable cuantitativa discreta.

Estado civil, Variable cualitativa con las siguientes categorías:

- ✓ Casado/a.
- ✓ Soltero/a.
- ✓ Divorciado/a
- ✓ Unión de hecho

Profesión:

- ✓ Médicos de Base
- ✓ Residentes
- ✓ Licenciadas (os) en Enfermería

Años de antigüedad en el centro de trabajo: Variable cuantitativa continua.

- ✓ Número de Pacientes que atiende al día: Variable cuantitativa discreta.
- ✓ Número de horas semanales que trabaja en el centro de trabajo: variable cuantitativa continua.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLE.

SOCIODEMOGRAFICAS:

VARIABLES	DEFINICION	TIPO DE VARIABLE	ESCALA
Edad	Tiempo de existencia desde el nacimiento hasta la fecha actual, representada en años.	Cuantitativa	< 25 años 26-30 años 31-35 años 36-40 años 41-45 años 46- 50 años 50 a más
Sexo	Condición orgánica que distingue del macho a la hembra en los seres humanos	Cuantitativa	Masculino Femenino
Estado civil	Condición personal que socialmente designan para fines demográficos	Cualitativa	Soltero Casado Acompañado Unión de hecho
Profesión	Empleo u oficio que realiza habitualmente a cambio de un salario	Cualitativa	Médico Especialista Residente Lic. Enfermería
Número de hijos	Total de hijos al momento de la encuesta	Cuantitativa	0 1-3 4 o más

HABITOS

VARIABLES	DEFINICION	TIPO DE VARIABLE	ESCALA
Fuma	Consumo de cigarrillos	Cualitativa	Si No
Cantidad de cigarrillos que consume	Número de cigarros que consume al día	Cuantitativa	< 5 cigarrillos >5 cigarrillos
Consumo de bebidas alcohólicas	Consumo de Ron o Cerveza	Cualitativa	Si No
Cantidad de cervezas o tragos que consume	Número de cervezas o tragos que ingiere por día	Cuantitativa	3 5 >6
Consumo de bebidas energizante	Consumo de bebidas energizante.	Cualitativa	Si No
Cantidad de bebidas energizante que consume	Cantidad de bebidas energizante que consume en un día.	Cuantitativa	1 2 >3
Consumo Cafeína	Ingesta de café	Cualitativa	Si No
Consumo Cafeína	Cantidad de tazas de café que ingiere por día	Cuantitativa	<5 tazas >5 tazas
Consumo de Coca Colas	Consumo de coca colas	Cualitativa	Si No
Consumo de Coca Colas	Cantidad de coca colas que consume en un día	Cuantitativa	<5 >5

LABORAL:

VARIABLES	DEFINICION	TIPO DE VARIABLE	ESCALA
Horas de trabajo en la semana	Número de horas laboradas en la semana incluyendo horarios ordinarios más turnos	Cuantitativa	>72 horas 72 Horas 48 horas 40 Horas
Realización de turnos nocturnos	Actividad laboral que se realiza fuera del horario ordinal de trabajo, que se puede realizar de 12 a 24 horas	Cualitativa	Si No
Número de turnos realizados en un mes	Cantidad de turnos realizados de 12 o 24 horas realizados en un mes determinado	Cuantitativa	< 7 turnos 7-8 turnos >8 turnos
Antigüedad laboral	Tiempo que tiene desempeñando su cargo de profesión en una institución	Cuantitativa	Ordinal
Número de Pacientes que atiende por día	Cantidad de pacientes atendidos por durante sus horas laborales por día	Cuantitativa	Ordinal
Jornada Laboral	Tiempo en el que desempeña sus funciones, día, noche o jornadas mixtas	Cuantitativa	Diurno Nocturno Mixto
Porcentaje de la jornada que pasa en interacción con enfermos y/o familiares	Tiempo de su jornada en el que interactúa directamente con los pacientes o con sus familiares	Cuantitativa	Ordinal
Otros trabajo fuera de la institución	Presencia de otro trabajo fuera del actual	Cualitativa	Si No
Presencia de enfermedades	Presencia de enfermedades crónicas degenerativas u otra patología que sea importante para el encuestado	Cualitativa	Si No
Toma de	Ingesta de pastillas, cápsulas, gotas,	Cualitativa	Si

medicamentos de forma habitual	jarabes de forma periódica.		No
Vacaciones	Descanso temporal de una actividad habitual, principalmente del trabajo remunerado o de los estudios.	Cualitativa	Si No
Número de vacaciones pendientes	Número de días vacacionales pendientes a gozar	Cuantitativa	1-5 días 6-10 días 11-15 días 16-20 días 21-25 días 26-30 días >30 días

CUESTIONARIO DE MASLACH

VARIABLES	DEFINICION	TIPO DE VARIABLE	ESCALA
Cansancio Emocional	Se alude a la situación en los que los trabajadores sienten que ya no pueden dar más de sí mismo a nivel afectivo	Cualitativa	Leve Moderado Grave
Despersonalización	Es el desarrollo de sentimientos negativos, actitudes y conductas, de cinismo hacia las personas destinatarias del trabajo	Cualitativa	Leve Moderado Grave
Falta de Realización Profesional	Tendencia de los profesionales a evaluarse negativamente y de forma especial, esa evaluación afecta a la habilidad de la realización al trabajo y a la relación con las personas a las que atiende	Cualitativa	Leve Moderado Grave

8. RESULTADOS

Se le aplicó el cuestionario de Maslach a un total de 85 (47%) participantes de los 182 (100%) trabajadores del Hospital Bertha Calderón Roque seleccionados inicialmente como el universo, con un déficit de 97 (53%) personas, justificando su no participación debido a que algunos no se encontraban al momento de realizar la recolección de la información y otros sencillamente porque no deseaban participar en el estudio el cual se realizó en el periodo comprendido entre Enero-Marzo 2017. Con una prevalencia obtenida según el muestreo de 80%, con 68 casos con resultado positivo y 17 negativos, con un intervalo de confianza de 95%.

Según los datos sociodemográficos, se encontró que la mayor parte del personal de salud entrevistado eran de sexo femenino (62.4%), sin hijos (49.4%), con estado civil soltero (42.4%), seguidos de casados (35.3%), entre 26-30 (43.5%), y 46-50 años (12.9), Médicos de Base (29.4%), R2 (22.4%) y R1 (18.8). (Tabla 1)

Los profesionales de sexo masculino resultaron con niveles alto en las tres dimensiones del Síndrome del Burnout: Cansancio Emocional 62.5% ($p \geq 0.281$), Despersonalización 53.1% ($p \leq 0.028$) y Falta de Realización Personal 46.9% ($p \geq 0.143$). (Tabla 2)

Los casados y los que tenían Unión estable resultaron con Altos niveles de Cansancio Emocional con 66.7% y 58.8% ($p \geq 0.256$) respectivamente y con Despersonalización en un 63.3%, 47.1% ($p \leq 0.017$), mientras que los divorciados 50%.y los casados 46.7% presentaron Altos niveles de Falta de Realización Personal ($p \geq 0.604$). Los divorciados y casados presentaron niveles medio de Despersonalización 100%, 20% ($p \leq 0.017$) y Cansancio emocional 50%, 16.7% respectivamente ($p \geq 0.256$). Presentando los solteros un nivel medio en falta de realización personal 30.6% ($p \geq 0.604$). (Tabla 3)

Las grupos etareos entre 26-30 Años fueron los más afectados con el síndrome de Burnout 39.7%, seguido del grupo entre 46-50 años 14.7% y mayores de 50 años 13.2% ($p \geq 0.585$). (Grafico 4)

Los profesionales sin hijos fueron quienes mayormente presentaron el Síndrome de Burnout 47.1% seguidos de los que tenían entre 1-3 hijos 44.1% ($p \geq 0.697$). (Tabla 5)

En cuanto al nivel de Cansancio Emocional, Despersonalización y Falta de Realización Personal según el Perfil Ocupacional de los profesionales: se encontró que los Médicos de Base y Médicos R3 presentaron Alto nivel de Cansancio Emocional con 72%, 60% respectivamente ($p \geq 0.326$), en cuanto a Despersonalización 72% de médicos de base y 52.6% de R2 presentaron niveles altos ($p \leq 0.010$). Sin embargo los Médicos R2 68.4% tuvieron más Alto nivel en la Falta de Realización Personal seguida de los Médicos de Base 40% ($p \geq 0.142$). (Tabla 6). Los Médicos de Base y R2 resultaron más afectados con el síndrome de Burnout con 32.4% y 23.5% respectivamente, seguidos de los R1 con 17.6% ($p \geq 0.536$). (Tabla 7)

Al relacionar los Días de vacaciones pendientes según dimensiones del Síndrome de Burnout, se encontró que: Los profesionales con menos de 20 días de vacaciones pendientes, resultaron con Altos niveles de Cansancio Emocional 92.3% ($p \geq 0.014$), los que tenían entre 40-59 días pendientes presentaron Altos niveles de Despersonalización 100% $p \leq 0.006$ y los que tenían entre 21-39 días 50% y mayor a 60 días de vacaciones presentaron Alto nivel de Realización Personal 50% ($p \geq 0.707$). Y Los profesionales con vacaciones de 45-59, >60 días pendientes, presentaron nivel medio de falta de realización personal con 50%, 50% vacaciones pendientes ($p \geq 0.707$), seguido de un 25% que no tenían vacaciones pendientes. (Tabla 8). Los profesionales que no tenían vacaciones pendiente resultaron con 52.9% de Burnout positivo, seguidos de quienes tenían menos de 20 días de vacaciones pendiente con 19.1% ($p \geq 0.122$). (Tabla 9)

Los profesionales con antigüedad laboral de 1-5 Años, fueron quienes resultaron con síndrome de Burnout con 57.4%, seguidos de los que tenían de 11-15 con 10.3% y de 6-10, 26-30 años de laborar en la institución con 8.8% respectivamente. ($p \geq 0.915$). (Tabla 10)

Al relacionar el hábito de Médicos Especialistas, Residentes y Licenciadas en Enfermería con la aparición del Síndrome de Burnout: Se encontró que, del total de profesionales con datos positivos de Burnout el 63.3% refirió consumir coca cola durante sus jornadas laborales ($p \geq 0.573$), al igual que el 63.3% consumían café ($p \leq 0.032$), un 58.8% tenían el hábito de consumir Licor o cervezas ($p \geq 0.273$). (Gráfico 15), el 16.2% respondió que si tenían el hábito de fumar ($p \geq 0.492$) y solo un 11.8% de los profesionales consumían bebidas energizantes ($p \geq 0.639$) durante sus jornadas laborales. (Tabla 11)

Al hacer la comparación de hábito de fumar según perfil ocupacional se observó, que los residentes consumen < de 5 cigarros al día para un 12.8%, seguido de los médicos de base 8% quienes consumen > 5 cigarrillos al día. ($p \geq 0.682$). Los profesionales que consumen < de 3 cervezas por semana son los médicos residentes con un 66%, seguidos de los médicos residentes que consumen más de 4 cervezas por semana con 4.3% ($p \leq 0.007$). Los médicos residentes consumen al menos 1 bebida energizante por día con un 14.9%, Mientras que un 4.3% toman hasta 2 bebidas energizantes por (día $p \geq 0.145$). El 84.6% de las licenciadas en enfermería refirió tomar menos de 4 tazas de café por día, seguido de los médicos de base que toman más de 5 tazas de café al día con un 8% ($p \geq 0.095$). Según el consumo de coca cola, se encontró que un 34% de médicos residentes refirió tomar 1 coca cola por día, seguido de los médicos de base quienes toman 2 por día para un 24%, las licenciadas en enfermería refirieron tomar hasta 3 por día para un 23.1% y un 7.7 de enfermeras dijo tomar hasta 5 coca colas al día ($p \geq 0.223$). (Tabla 12)

9. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El Burnout en los profesionales de salud es originado por la combinación de variables físicas, psicológicas y sociales. Son profesionales en los que inciden especialmente estresores como la escasez de personal, sobrecarga laboral, turnos de trabajo, trato con pacientes problemáticos, trato directo con la enfermedad, con el dolor y la muerte, exceso de funciones y tareas, lo que origina conflictos y ambigüedad de rol, falta de autonomía y autoridad en el trabajo para poder tomar decisiones, rápidos cambios tecnológicos. (GIL-MONTE P. R. Y PEIRÓ, 1997).

Sobre la base de los resultados obtenidos en la aplicación de este estudio podemos considerar que, el estudio demuestra una prevalencia similar a la que se registran en investigación nacionales e internacionales, esta investigación demuestra una prevalencia global del síndrome de Burnout del 37.36%, lo cual es inferior a la que se reporta en el estudio de Prevalencia del Burnout en médicos del área sanitaria de Talavera de la Reina (España) (Martínez, 2003), en donde se concluye que “La prevalencia del síndrome de Burnout en profesionales médicos del área sanitaria de Talavera de la Reina era de 76.4%”. También se han publicado trabajos sobre la prevalencia del síndrome de desgaste profesional en personal sanitario, con tasas de respuesta bajas, como el 30% obtenido en un estudio realizado en médicos de familia españoles, o el 47,8% en trabajadores sanitarios de varios hospitales de Gerona (Rosa Suñer-Soler, 2007). Sin embargo nuestra prevalencia es mayor a la prevalencia demostrada en el estudio Burnout en trabajadores del Hospital Primario Pastor Jiménez Arostegui, donde se determina una prevalencia del 26.5%. (Rivera, 2011).

En relación a la aparición de las dimensiones del Síndrome de Burnout y el sexo, nuestro estudio demuestra que los profesionales de sexo masculino han sido más afectados en todas las tres dimensiones: Cansancio Emocional 62.5%, Despersonalización 53.1% y en Falta de Realización Personal 46.9% lo cual no al compararlo con la literatura revisada, esta nos ofrece resultados en una diferentes

direcciones ya que en algunos estudios las mujeres muestran mayores niveles de Burnout (Román, 2003) (Albadalejo R, 2004), principalmente asociado a la doble carga que desempeñan las mujeres en la práctica profesional y las tareas domésticas en el hogar, (Rivera, 2011), sin embargo otros trabajos indican lo opuesto (Caballero MA, 2001). Habiendo estudios en los cuales no se encontraron diferencias entre el sexo tal como (N., 2002) (Varela, 2005) y (Gómez, 2013).

Según el estado civil de los profesionales encontramos en el análisis bivalente que los casados y en Unión estable presentaban altos niveles de cansancio emocional con 66.7% y 58.8%, al igual que presentaron un alto nivel de Despersonalización con datos de 63.3% y 47.1%, mientras que la Falta de Realización Personal la presentaron los profesionales divorciados 50% y casados con 46.7%. Estos resultados han de interpretarse con cautela, ya que no concuerdan con las literaturas revisadas, siendo que en estas la relación encontrada es inversa donde describen a los solteros como los más propensos al Burnout que los casados, e incluso tienen niveles de agotamiento mayores a los que están divorciados ya que los solteros no cuentan con una pareja estable o una seguridad emocional como la que tienen las personas casados o las que mantienen una relación estable. (Barria, 2002) y en otros casos no existe asociación significativa. (Varela, 2005), (Paredes, 2008)

Se encontró que el grupo entre 26 y 30 años fueron los más afectados con el Síndrome con un 39.7%. Esto podría estar asociado al periodo de sensibilidad al Burnout a la que se refieren algunos autores (Daniel Gould, 1985), quien asegura que cuanto más joven es el trabajador hay mayor incidencia puesto que la edad aparece como una variable que puede mediatizar en el proceso del síndrome en el contexto laboral, de tal manera que a mayor o menor edad también se encuentra correspondencia en experiencia y madurez y la forma de afrontar las diferentes presiones que afectan al individuo, también se ha descrito un período de vulnerabilidad durante los primeros años de ejercicio profesional, esta afirmación respalda nuestros resultados ya que la mayoría de los Médicos y Licenciadas en Enfermería son personas jóvenes.

En relación al número de hijos en profesionales con Burnout se observó que el 47.1% no tenían hijos. Según las bibliografías consultadas la presencia de hijos actúa como un factor protector del desgaste profesional, esto debido a que el soporte familiar actúa como un amortiguador del estrés laboral, y la familia disminuye la sobre implicación en el trabajo (Prieto L, 2002). Lo cual respalda nuestros resultados encontrados.

En relación al grado de Cansancio emocional, Despersonalización y Falta de Realización personal según el perfil ocupacional, se observó que los Médicos de base y los Médicos Residentes presentaron un mayor nivel de Cansancio emocional con 72% y 53.2% respectivamente, seguidas de las Licenciadas en enfermería con 46.2%, resultando también con altos niveles de Despersonalización con 72% los Médicos de base y 42.6% los Médicos Residentes y las Licenciadas en enfermería con un 23.1%. Lo cual coincide con lo encontrado por (Rivera, 2011) el agotamiento emocional, la despersonalización y la realización personal mostraron asociación significativa con el tipo de profesión del trabajador, siendo los médicos y enfermeras los más afectados. En cuanto a la falta de realización personal sobresalieron con alto nivel los Médicos residentes con un 68.4% seguidos de los Médicos de base con 40% y las licenciadas en enfermería con 30.8%. Las licenciadas en enfermería sin embargo resultaron con niveles medio de Falta de realización Personal con 53.8%, seguidos de los Residentes que presentaron nivel medio tanto de Despersonalización con 23.4% como de Cansancio emocional con 17%. En estudios anteriores, se ha descrito a la enfermería como una profesión especialmente vulnerable al Burnout, y se ha visto como en la aparición de desgaste profesional en los enfermeros influyen tanto variables organizacionales como personales, de forma que la falta de apoyo social y los conflictos interpersonales intervienen en la aparición del síndrome. En los estudios revisados se ha encontrado una prevalencia tanto en Médicos especialistas como en enfermeras sin embargo hay pocos estudios realizados a los Residentes de las diferente especialidades medico quirúrgicas.

Al relacionar los días de vacaciones pendientes con el cansancio emocional, despersonalización, falta de realización personal y el síndrome de Burnout se encontró que los profesionales más vulnerables a presentar el síndrome fueron los que no tenían vacaciones pendientes con un 52.9%, mientras que los que tenían menos de 20 días pendientes de vacaciones presentaron un alto nivel de cansancio emocional con 92.3%, seguidos de los que tenían entre 21-39 días con 50% quienes resultaron con alto nivel de falta de realización personal, y los que tenían entre 40-59 días pendientes presentaron alto nivel de despersonalización. En nivel medio de Falta de realización personal se encontraron los que tenían entre 40-59 días con 50% y los que tenían más de 60 días pendientes con 50%. Lo que nos demuestra que menos días de vacaciones pendiente mayor el riesgo tanto del síndrome como de niveles altos de cualquiera de sus dimensiones. Lo que vendría a rechazar la hipótesis que a mayor tiempo sin gozar vacaciones es más propenso el profesional de sufrir de Síndrome de Burnout.

En relación al síndrome de Burnout según antigüedad laboral se observó que quienes tenían de 1 a 5 años laborándole a la institución fueron quienes resultaron más afectados con un 57.4%, seguidos de los que tenían entre 11-15 años con 10.3% y los que tenían entre 26-30 años de laborar en la institución resultaron con 8.8%. Es probable que durante los primeros años de trabajo los profesionales se encuentren menos seguros y por tanto más vulnerables a los estresores laborales. Algunos estudios no han encontrado relación entre la antigüedad en el trabajo actual y el Burnout sin embargo otros encuentran mayor cansancio emocional en aquellos profesionales que llevan entre 10 y 20 años en su puesto laboral (Atance, 1997).

En relación al estilo de vida, se encontró que un 16.2% de los profesionales con Síndrome de Burnout tenían el hábito de fumar, el 63.2% consumía Coca cola, 83.8% consumía café, 11.8% consume bebidas energizantes y el 58.8% consumía licor o cervezas.

10. CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos en este estudio se puede concluir lo siguiente:

1. La prevalencia encontrada del Síndrome de Burnout en los trabajadores de la salud del Hospital Bertha Calderón Roque, fue de 80%, con un intervalo de confianza de 95%.
2. El 80% de los profesionales encuestados tiene niveles altos del Síndrome y el 20% niveles bajos de este del mismo.
3. Aparecen niveles altos de cansancio emocional en un 62.5% de los profesionales, 51.3% de despersonalización y 46.9% de falta de realización personal.
4. El perfil del personal con Síndrome de Burnout es un profesional menor de 31 años, masculino, Medico de base, sin hijos, casado, con menos de 6 años de antigüedad laboral.
5. El síndrome se encontró en niveles alto aun en los profesionales con cero días de vacaciones pendientes.
6. Los niveles encontrados de Burnout y sus escalas son similares al de otros estudios realizados en médicos y enfermeros, y no existen importantes diferencias en cuanto a las variables sociodemográficas y laborales asociadas con el mismo.
7. Los principales hábitos de los profesionales que presentan el síndrome son: consumo de café, coca cola, licor o cerveza y Fumado.

11. RECOMENDACIONES

A las Instituciones:

- 1) Solicitar a las autoridades correspondientes del MINSA y a la Dirección del Hospital Bertha Calderón Roque proyectar estudios que permitan establecer técnicas de afrontamiento para los trabajadores que se puedan ver afectados por este síndrome.

- 2) Diseñar estrategias para prevención, detección y tratamiento de este síndrome y sus consecuencias con el fin de mejorar la salud mental y física del personal asistencial y con ello mejorar la calidad de atención a la población.

- 3) Realizar intervención educativa y terapéutica (entrenamiento en habilidades sociales y de comunicación, entrenamiento de relajación y psicoterapia).

A los trabajadores del Hospital

- 1) Establecer buenas relaciones interpersonales y mejorar el soporte social entre compañeros y superiores.

- 2) Organizarse mejor en su tiempo de trabajo.

12. BIBLIOGRAFÍAS

Alonso Morrillejo, E. P. (2002). *La evaluación del estrés laboral en personal sanitario, Factores relevantes para el diseño de intervenciones preventivas*".

Alvarez, R. F. (2011). Síndrome de Burnout, síntomas, causas y medidas de atención en la empresa . *Exito empresarial* .

Aragón, M. M. (2007). "Síndrome de Burnout en médicos y personal de enfermería del Hospital Escuela "Oscar Danilo Rosales Argüello". . Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua.

Armand, F. D. (2007). Armand, FlichtentreilInfluencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español. *Revista Espanola*.

Bladin Jaicy y Martinez, A (2005). *Estrés laboral y mecanismos de afrontamiento: su relación en la aparición del Síndrome de Burnout en médicos residentes del Hospital Militar "Dr. Carlos Arvelo", en Archivos Venezolanos de Psiquiatría y Neurología*.

Bravo, M. d. (2005). *Validacion del Maslash Burnout Inventory (MBI)*.

Burrow, M. T. (2004). El Estrés y la Salud Mental en el Trabajo. 185-188.

Camacho, L. J. (2003). *Síndrome de Burnout*.

Espinosa, I. y. (2009). "Determinación de presencia de Síndrome de Burnout en Médicos de Urgencias y Especialistas del Hospital la Victoria de Bogotá en el periodo diciembre 2008-abril 2009".

Freudenberg. (1974). *Staff Bournout*. Journal of Soccial Issues.

Gil Monte, P. R. (1999). *Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo*. Anales de Psicología.

Gil Monte P. R. Y Piero, J. M. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid .

Gomez, F. D. (2016). *La investigación del síndrome de burnout en América Latina entre el 2000 y 2010*. Cali, Colombia : Psicología desde el Caribe .

Gómez, T. (2013). “*Prevalencia del Síndrome de Burnout en personal médico del servicio de emergencia de cuatro hospitales públicos de Managua, Enero 2013*”.

Tesis monográfica para optar al título de Especialista en Emergenciología. .

Guerrero, J. (n.d.). *Salud y trabajo en tiempos de cambio organizacional*. Colombia.

Guillermo Axayacalt Gutiérrez Aceves, M. Á. (2006). *Síndrome de Burnout*. Mexico: Medigraphic.

Guillermo Axayacalt Gutiérrez Aceves, M. Á. (2007). *El síndrome de Burnout, una aproximación hacia su conceptualización, antecedentes, modelos explicativos y de medición* .

Guillermo Axayacalt Gutiérrez Aceves, Miguel Ángel Celis López, Sergio Moreno. (2006). *Síndrome de burnout*. Mexico: Medigraphic.

Izquierdo, G. (1991). *Burnout en profesionales de enfermería de Centros Hospitalarios* *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 7(18), 3-12. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*.

Jesus Montero, J. G.-C. (2009). Validez factorial de la estructura del cuestionario breve de Burnout en una pequeña muestra de Docentes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* Vol. 14, N.º 2, 2-5.

Karla, A. (2013). “*Síndrome del quemado por el trabajo –Burnout- en médicos de atención especializada que se encuentran trabajando en los Hospitales públicos de la ciudad de Ibarra*”.

(2004). *La Organización del trabajo y el estrés* .

Martínez, A. y. (2003). "Estudio sobre la prevalencia del Burnout en los médicos del Área Sanitaria de Talavera de Reina". *Revista de atención Primaria. España*.

Maslach C, Y. J. (1986). *Burnout Inventory Manual*. Palo Alto. California Consulting Psychol Press.

Merin-Reig J., C.-V. A.-T. (1995). *El estrés laboral, base teórica y marco de intervención/occupational stress: thaeoretical back-ground ant interventiuon frame work, ansiedad y estrés*.

Millan, C. L. (1999). *La aparición del síndrome de Burnout o de estar quemado* . Butlleti bimestral de comunicación interna.

N., O. J. (2002). "Prevalencia del síndrome de Burnout en el personal de emergencia del Hospital Manuel de Jesús Rivera". .

Paredes G., O. L.-F. (2008). Prevalencia del síndrome de Burnout en residentes de especialidades médico quirúrgicas, su relación con el bienestar psicologico y con variables sociodemográficas y laborales. *rev.fac.med, 16,n.1, 25-32*.

Paredes, O. y. (2008). "Prevalencia del síndrome de Burnout en Residentes de especialidades médico quirúrgicas, su relación con el bienestar psicológico y con variables sociodemográficas y laborales. *rev.fac.med, 25-32*.

Peralta, K. y. (2006). "Factores asociados al Síndrome de Burnout en el equipo de salud asistencial del Hospital de Apoyo Huanta".

Pérez, A. M. (2010). *El síndrome de Burnout evolucion conceptual y estado actual de la cuestión*. Espana: Viva Academia.

Quiros, R. Y. (1999). "Factores asociados al síndrome de Burnout en Médicos y Enfermeras del Hospital Nacional Sur Este de EsSalud del Cusco". *Revista SITUA Semestral de la Facultad de Medicina Humana*.

Rivera, M. (2011). *“Burnout en trabajadores del centro de salud Hospitalario Pastor Jiménez Arostegui, Jalapa Nueva Segovia, en el periodo comprendido Febrero-Abril 2011”*.

Román, J. (2003). Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primarios y secundarios de atención. *Rev. Cubana Salud Publica*.

Rosa Suñer-Soler, A. F. (2007). influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de Burnout en personal sanitario hispanoamericano y español”. *Revista Española*.

Ruiz, M. C. (2010). *Evolución histórica desde el contexto laboral al ámbito deportivo* (1 ed.). Murcia, Espana: Anales de la Psicología .

Varela, L. y. (2005). “Desgaste profesional entre los Odontólogos y Estomatólogos del servicio de Gallegos de Salud”. . *Revista de Atención Primaria*. .

Velasquez, M. (2012). la salud mental de las y los trabajadores . *Observatorio Vasco de acoso moral* , 25-33.

ZAULA G, L. M. (2000). *El síndrome de Burnout en hospitales públicos*. . Revista médica del hospital Ramos Mejía.

ANEXO

Tabla 1. Características sociodemográficas de Médicos de Base, Residentes y Licenciadas en Enfermería que laboran en el Hospital Bertha Calderón Roque Enero- Marzo 2017.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
<25	5	5,9
26-30	37	43,5
31-35	10	11,8
36-40	3	3,5
41-45	9	10,6
46-50	11	12,9
>50	10	11,8
Sexo		
Femenino	53	62,4
Masculino	32	37,6
Estado civil		
Casado	30	35,3
Divorciado	2	2,4
Soltero	36	42,4
Unión Estable	17	20,0
Perfil Ocupacional		
Lic. en Enfermería	13	15,3
Médico de Base	25	29,4
R1	16	18,8
R2	19	22,4
R3	10	11,8
R4	2	2,4
Número de hijos		
Ninguno	42	49,9
1 a 3	37	43,5
> de 4	6	7,1

Fuente: Cuestionario variables Sociodemográficas

Tabla 2. Relación ente la aparición de las Dimensiones del Síndrome de Burnout según sexo.

SEXO	CANSANCIO EMOCIONAL %			FALTA DE REALIZACION PERSONAL %			DESPERSONALIZACIÓN %		
	Bajo	Medio	Alto	Bajo	Medio	Alto	Bajo	Medio	Alto
F	34,0	11,3	54,7	32,1	32,1	35,8	43,4	11,3	45,3
M	18,8	18,8	62,5	40,6	12,5	46,9	18,8	28,1	53,1

Fuente: Cuestionario variables Sociodemográficas

Tabla 3. Relación entre estado civil según Dimensiones del Síndrome de Burnout

ESTADO CIVIL	CANSANCIO EMOCIONAL %			FALTA DE REALIZACIÓN PERSONAL %			DESPERSONALIZACIÓN %		
	Bajo	Medio	Alto	Bajo	Medio	Alto	Bajo	Medio	Alto
Casado	16,7	16,7	66,7	26,7	26,7	46,7	16,7	20,0	63,3
Divorciado	50,0	50,0	0,0	50,0	0,0	50,0	0,0	100,0	0,0
Soltero	33,3	13,9	52,8	36,1	30,6	33,3	50,0	11,1	38,9
Unión Estable	35,3	5,9	58,8	47,1	11,8	41,2	35,3	17,6	47,1

Fuente: Cuestionarios variables Sociodemográficas/Maslash

Tabla 4. Presencia del Síndrome de Burnout según grupos etareos.

Grupos Etareos	Presencia de Burnout	
	NO %	SI %
<25	0,0	7,4
26-30	58,8	39,7
31-35	17,6	10,3
36-40	5,9	2,9
41-45	5,9	11,8
46-50	5,9	14,7
>50	5,9	13,2

Fuente: Cuestionarios variables Sociodemográficas/Maslash

Tabla 5. Presencia del Síndrome de Burnout según número de hijos

Número de hijos	Presencia de Burnout	
	NO %	SI %
0	58,8	47,1
1 a 3	41,2	44,1
>4	0,0	8,8

Fuente: Cuestionarios variables Sociodemográficas/Maslash

Tabla 6. Nivel de Cansancio Emocional, Despersonalización y Falta de Realización Personal según Perfil.

DIMENSIONES DEL SÍNDROME	NIVEL	Lic. en Enfermería %	Médico de Base %	R1 %	R2 %	R3 %	R4 %
CANSANCIO EMOCIONAL	Bajo	46,2	16,0	31,3	31,6	20,0	50,0
	Medio	7,7	12,0	25,0	10,5	20,0	0,0
	Alto	46,2	72,0	43,8	57,9	60,0	50,0
DESPERSONALIZACIÓN	Bajo	69,2	16,0	43,8	31,6	20,0	50,0
	Medio	7,7	12,0	31,3	15,8	30,0	0,0
	Alto	23,1	72,0	25,0	52,6	50,0	50,0
FALTA DE REALIZACIÓN PERSONAL	Bajo	15,4	44,0	43,8	15,8	60,0	50,0
	Medio	53,8	16,0	25,0	15,8	20,0	50,0
	Alto	30,8	40,0	31,3	68,4	20,0	0,0

Fuente: Cuestionario variables Sociodemográficas/Maslash

Tabla 7. Relación del Perfil ocupacional según presencia del Síndrome de Burnout.

Perfil Ocupacional	Presencia de Burnout	
	NO %	SI %
Lic. en Enfermería	17,6	14,7
Médico de Base	17,6	32,4
R1	23,5	17,6
R2	17,6	23,5
R3	17,6	10,3
R4	5,9	1,5

Fuente: Cuestionario variables Sociodemográficas/Maslash

Tabla 8. Relación Días vacaciones pendientes según dimensiones del Síndrome de Burnout.

Días de vacaciones Pendiente	CANSANCIO EMOCIONAL			DESPERSONALIZACIÓN			FALTA DE REALIZACIÓN PERSONAL		
	Bajo %	Medio %	Alto %	Bajo %	Medio %	Alto %	Bajo %	Medio %	Alto %
0	31,3	22,9	45,8	35,4	25,0	39,6	35,4	25,0	39,6
<20	7,7	0,0	92,3	7,7	15,4	76,9	46,2	23,1	30,8
21-39	43,8	0,0	56,3	56,3	6,3	37,5	37,5	12,5	50,0
40-59	0,0	16,7	83,3	0,0	0,0	100,0	16,7	50,0	33,3
>60	50,0	0,0	50,0	100,0	0,0	0,0	0,0	50,0	50,0

Fuente: Cuestionario variables Sociodemográficas/Maslash

Tabla 9. Relación Días vacaciones pendientes según presencia del Síndrome de Burnout.

Días de vacaciones Pendiente	Presencia de Burnout	
	NO %	SI %
0	70,6	52,9
<20	0,0	19,1
21-39	29,4	16,2
40-59	0,0	8,8
>60	0,0	2,9

Fuente: Cuestionario variables Sociodemográficas/Maslash

Tabla 10. Relación Antigüedad laboral según presencia del Síndrome de Burnout.

Presencia de Burnout	Antigüedad laboral						
	1-5 %	6-10 %	11-15 %	16-20 %	21-25 %	26-30 %	>30 %
NO	76,5	5,9	5,9	5,9	5,9	0,0	0,0
SI	57,4	8,8	10,3	7,4	5,9	8,8	1,5

Fuente: Cuestionario variables Sociodemográficas/Maslash

Tabla 11. Relación de los hábitos del personal a estudio según Presencia del Síndrome de Burnout.

Presencia del Síndrome de Burnout	Hábitos									
	Fuma		Consume Coca Colas		Consume Coca Café		Consume bebidas energizante		Consume Licor o Cerveza	
	SI %	NO %	SI %	NO %	SI %	NO %	SI %	NO %	SI %	NO %
Positivo	16,2	83,8	63,2	36,8	63,2	36,8	11,8	88,2	58,8	41,2
Negativo	11,8	88,2	64,7	35,3	64,7	35,3	11,8	88,2	47,1	52,9

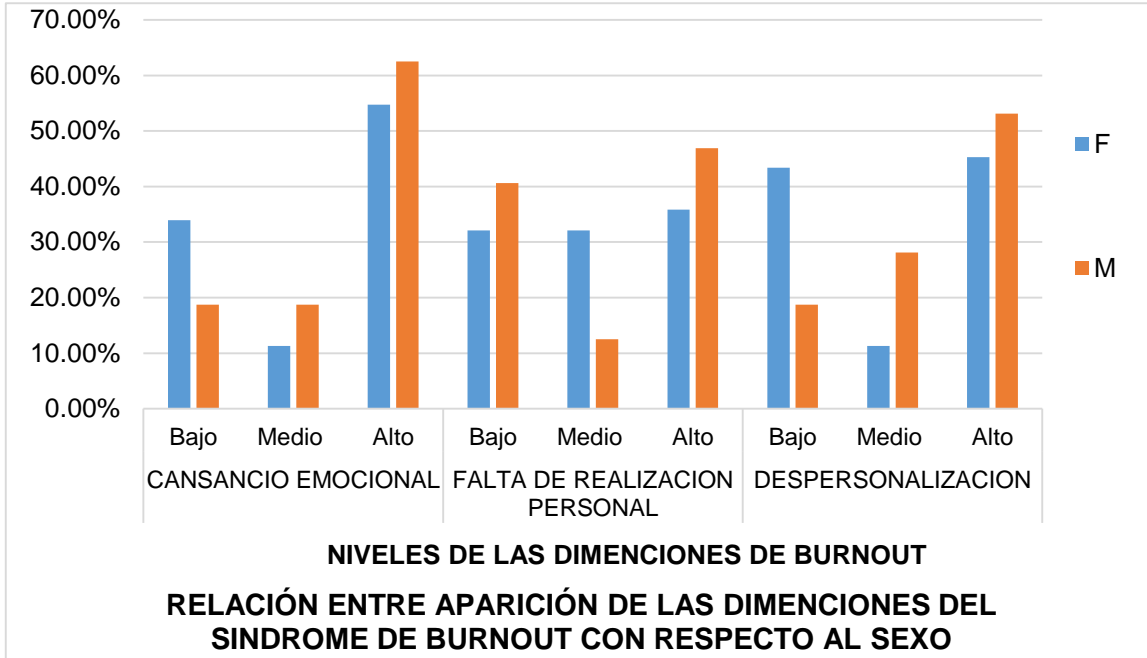
Fuente: Cuestionario variables Sociodemográficas/Maslash

Tabla 12. Relación del Perfil ocupacional según frecuencia de los hábitos del personal a estudio.

Hábitos	Frecuencia	Perfil Ocupacional		
		Lic. en Enfermería %	Médico de Base %	Residentes %
Cuántos cigarros fuma por día	0	100,0	84,0	80,9
	<5	0,0	8,0	12,8
	>5	0,0	8,0	6,4
Cantidad de cerveza o licor que consume por semana	0	76,9	60,0	29,8
	<3	23,1	40,0	66,0
	>4	0,0	0,0	4,3
Cantidad de bebida energizante que consume por día	.0	92,3	100,0	80,9
	1.0	7,7	0,0	14,9
	2.0	0,0	0,0	4,3
Tazas de café que consume al día	0	7,7	8,0	31,9
	<4	84,6	84,0	61,7
	>5	7,7	8,0	6,4
Cantidad de Coca Cola que consume por día	0	30,8	24,0	42,6
	1	23,1	32,0	34,0
	2	15,4	24,0	17,0
	3	23,1	20,0	6,4
	5	7,7	0,0	0,0

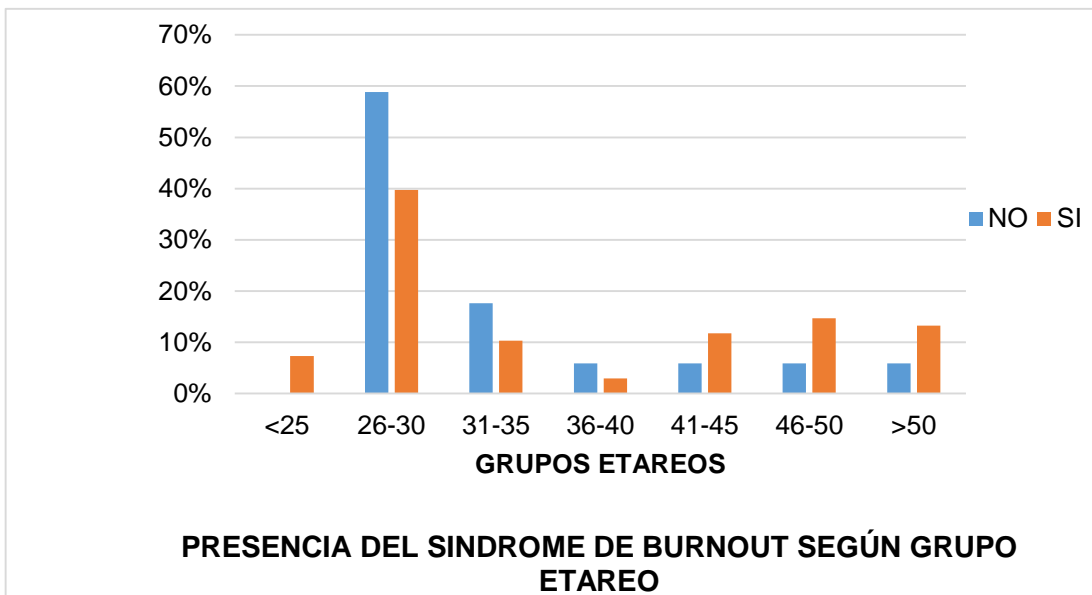
Fuente: Cuestionarios variables Sociodemográficas

Gráfico 1. Relación entre aparición de las Dimensiones del síndrome de Burnout con respecto al sexo.



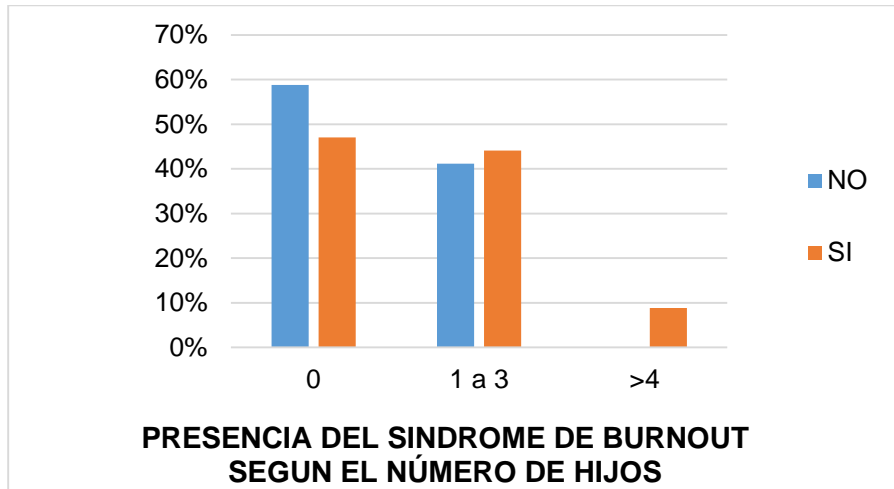
Fuente: Tabla 2

Gráfico 2. Presencia del Síndrome de Burnout según grupos etareos.



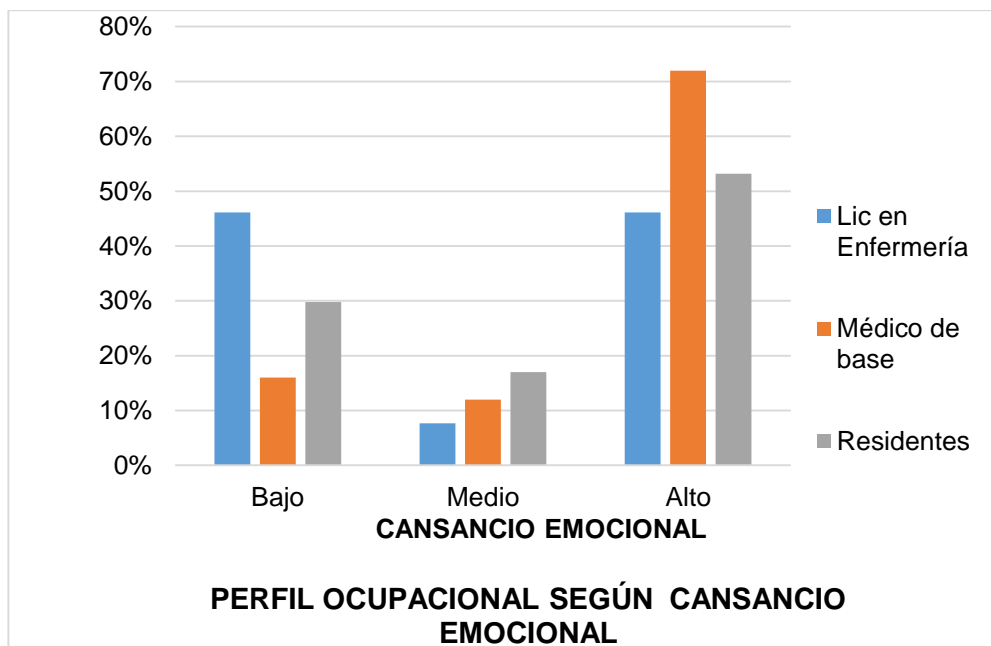
Fuente: Tabla 4

Gráfico 3. Presencia del Síndrome de Burnout según número de hijos.



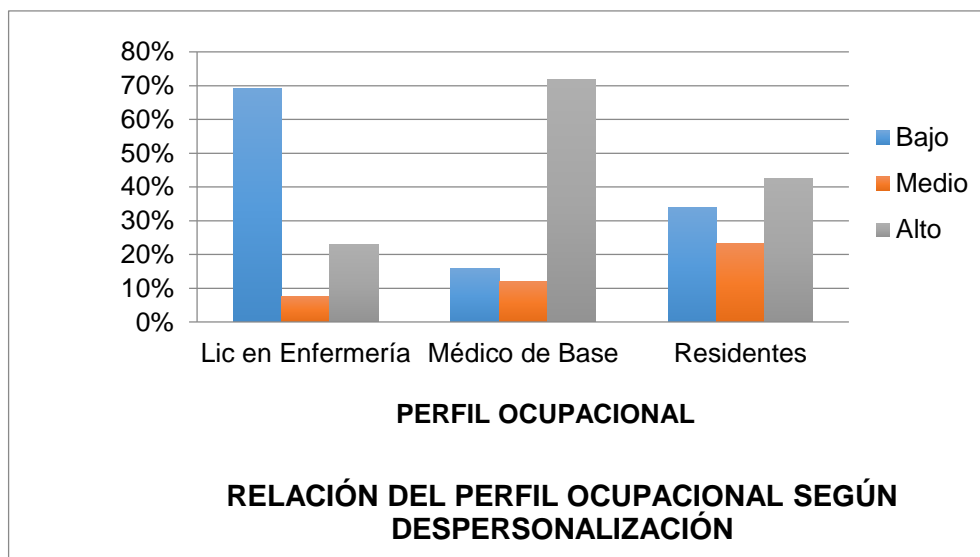
Fuente: Tabla 5

Gráfico 4. Perfil ocupacional según Cansancio Emocional.



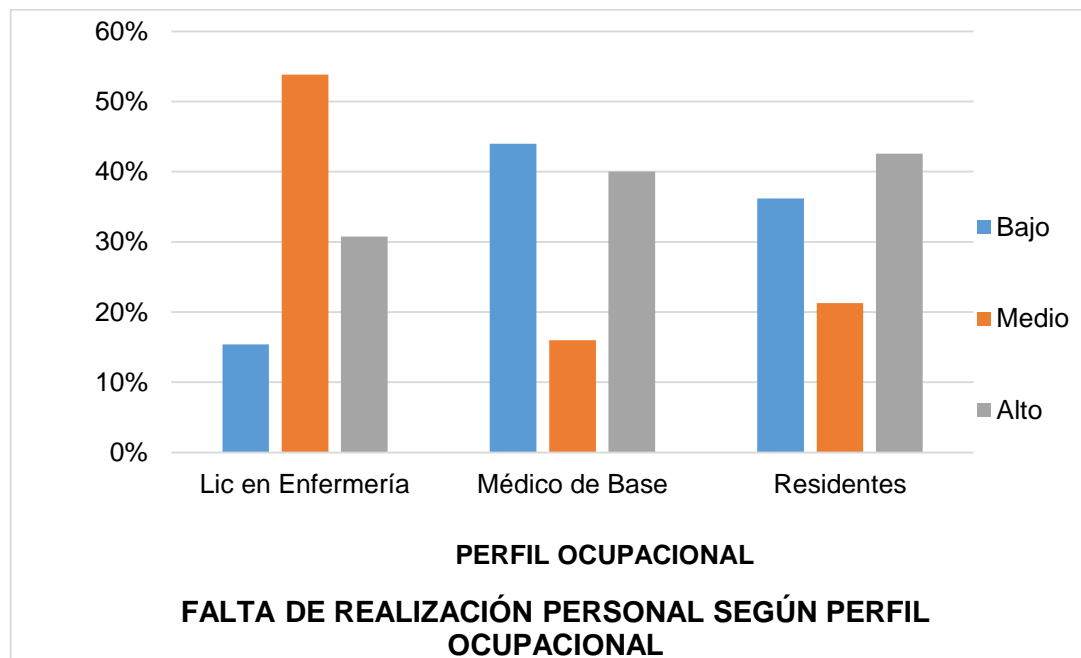
Fuente: Tabla 6

Gráfico 5. Relación del perfil ocupacional según Despersonalización.



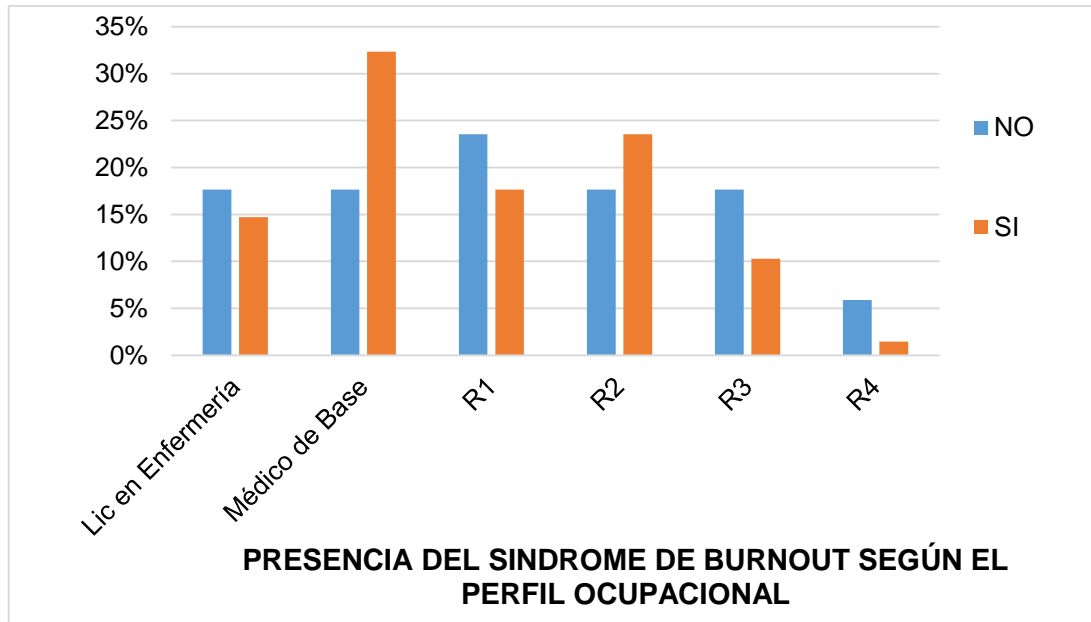
Fuente: Tabla 6

Gráfico 6. Falta de Realización Personal según perfil ocupacional.



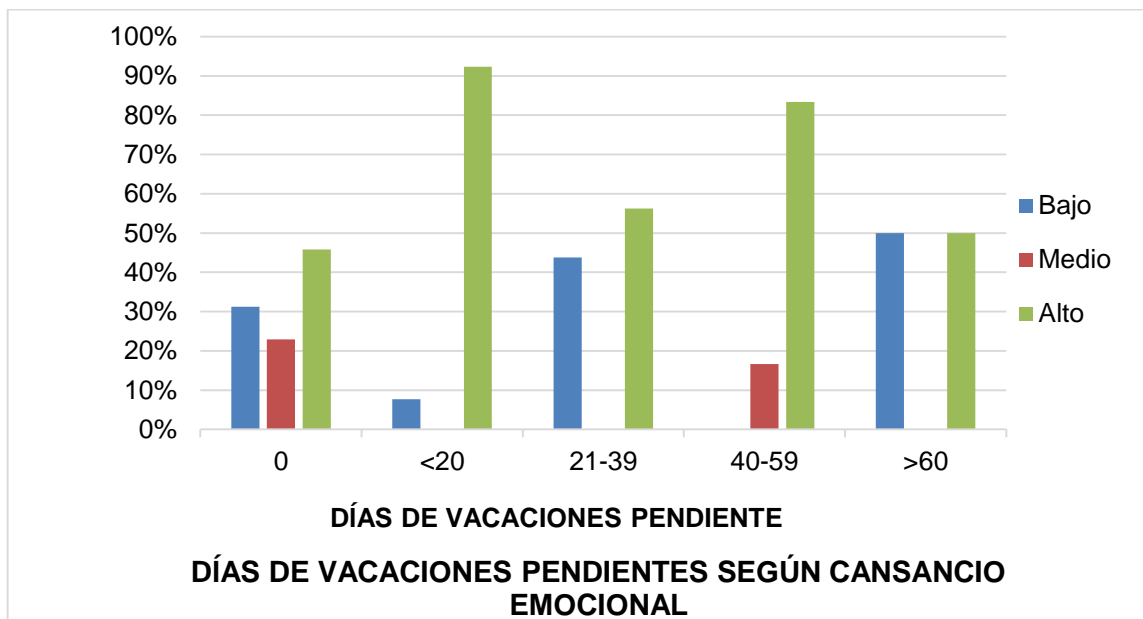
Fuente: Tabla 6

Gráfico 7. Presencia del Síndrome de Burnout según perfil ocupacional.



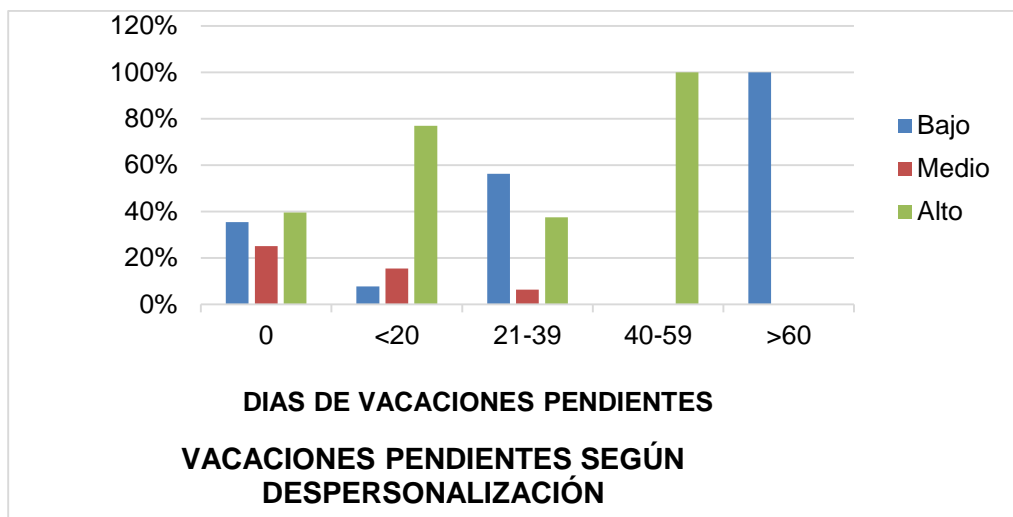
Fuente: Tabla 7

Gráfico 8. Días de vacaciones pendientes según Cansancio Emocional



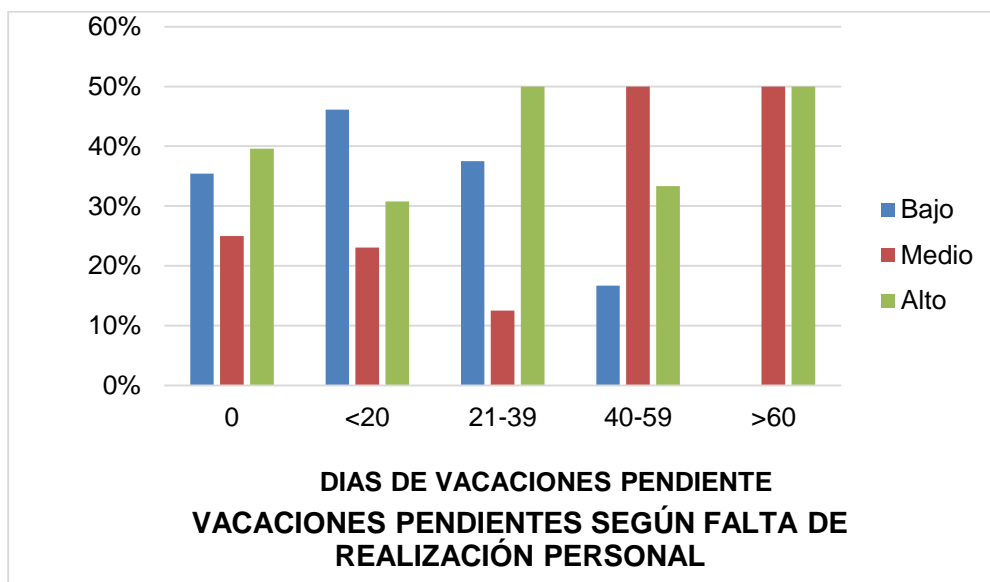
Fuente: Tabla 8

Gráfico 9. Vacaciones pendientes según Despersonalización.



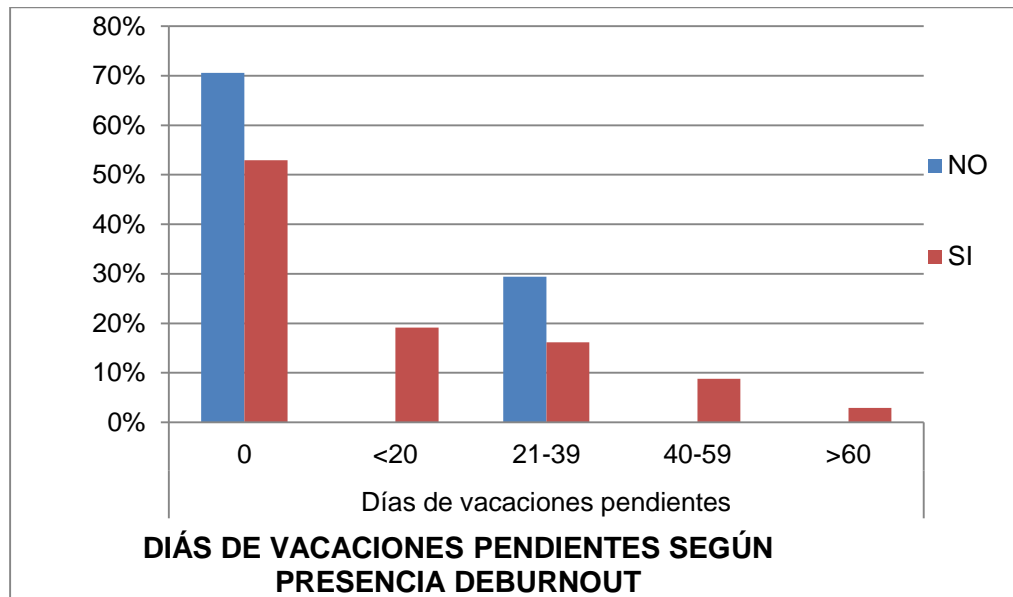
Fuente: Tabla 8

Gráfico 10. Vacaciones Pendientes según Falta de Realización Personal.



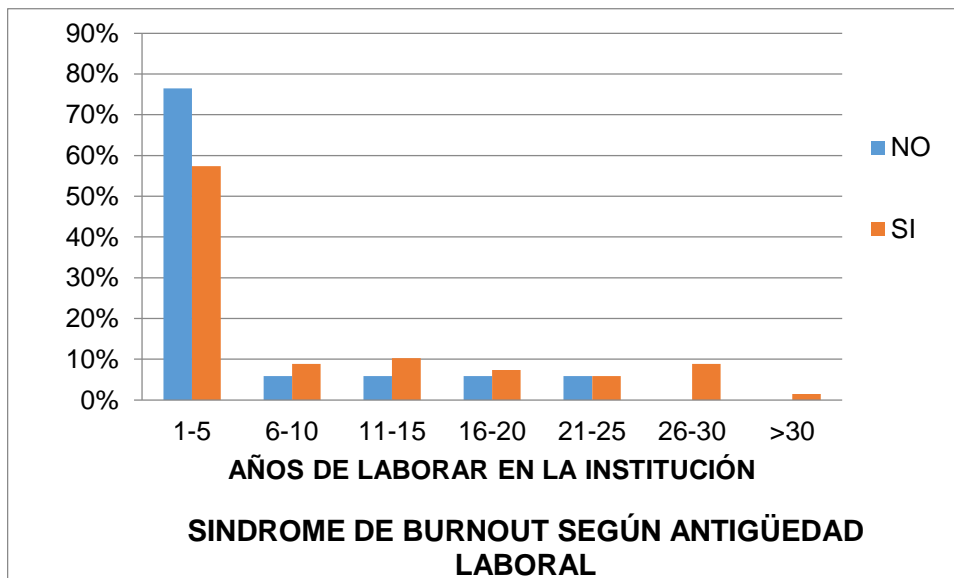
Fuente: Tabla 8

Gráfico 11. Días de vacaciones pendientes según presencia del Síndrome de Burnout.



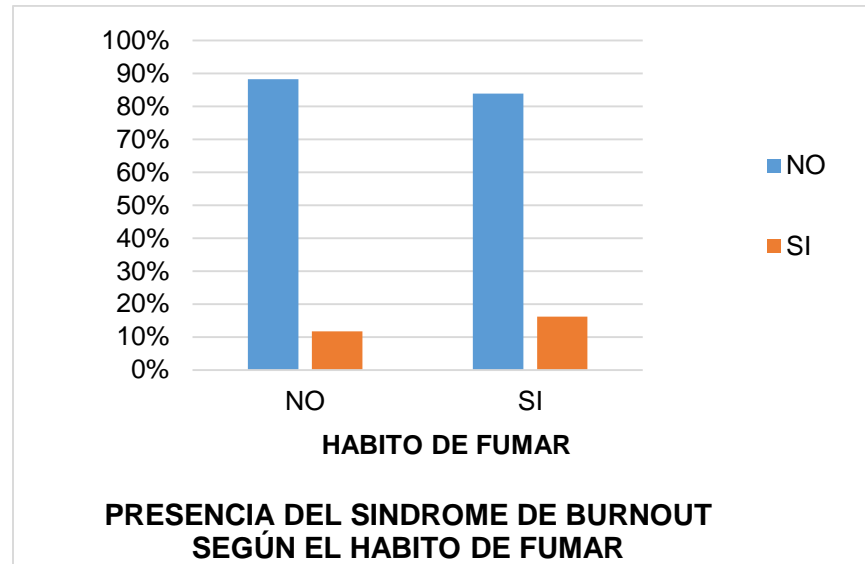
Fuente: Tabla 9

Gráfico 12. Síndrome de Burnout según antigüedad laboral.



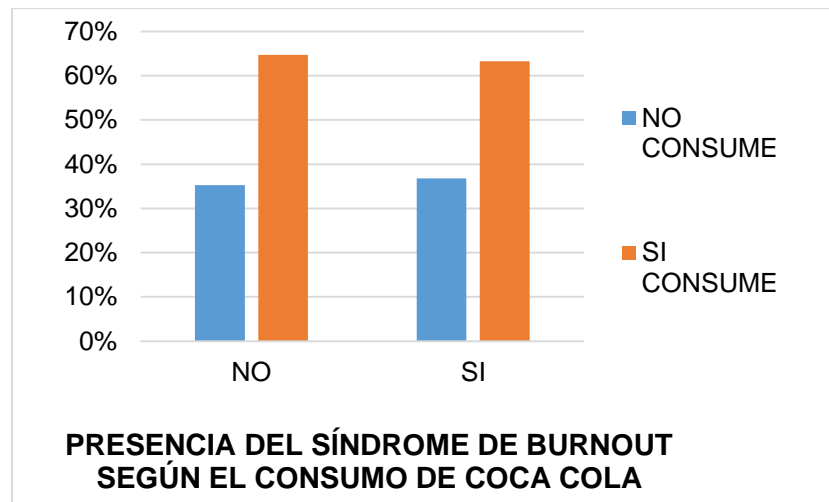
Fuente: Tabla 10

Gráfico 13. Presencia del Síndrome de Burnout según habito de fumar.



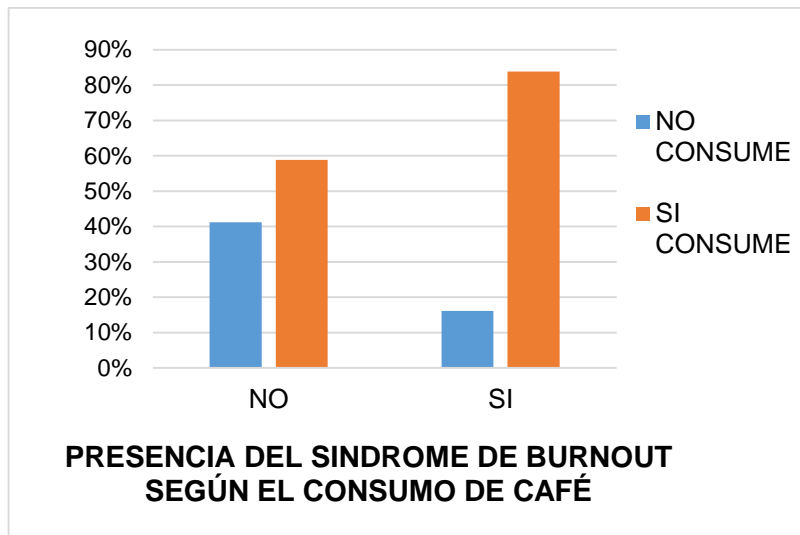
Fuente: Tabla 11

Gráfico 14. Presencia del Síndrome de Burnout según el consumo de Coca Cola.



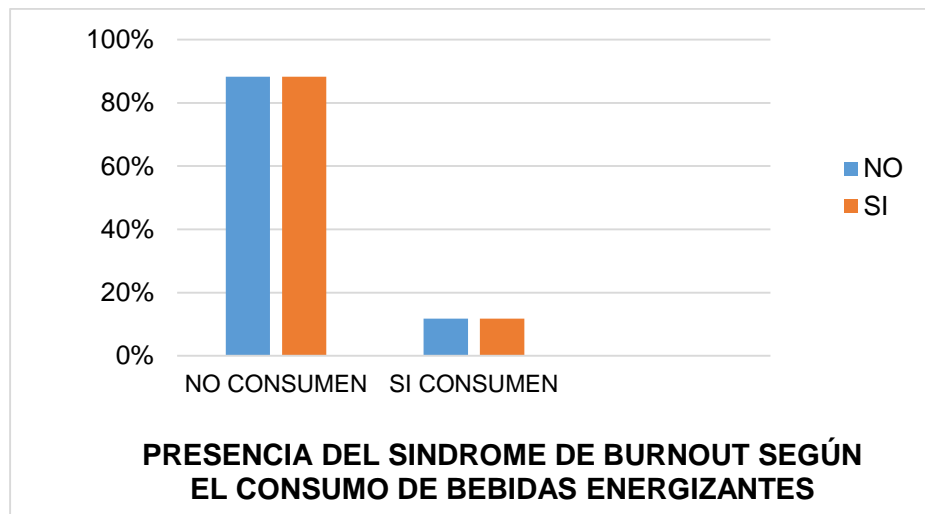
Fuente: Tabla 11

Gráfico 15. Presencia del Síndrome de Burnout según el consumo de café.



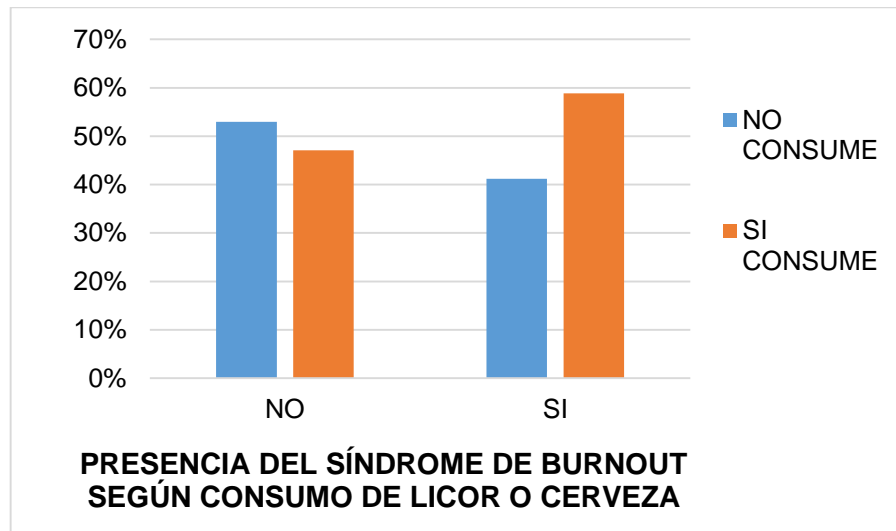
Fuente: Tabla 11

Gráfico 16. Presencia del Síndrome de Burnout según el consumo de bebidas energizantes



Fuente: Tabla 11

Gráfico 17. Presencia del Síndrome de Burnout según consumo de licor o cerveza.



Fuente: Tabla 11

Consentimiento Informado

Estimado Compañero/ Compañera:

Se le invita a participar en una encuesta sobre **prevalencia del Síndrome de Burnout en Médicos Especialistas, Residentes Especialidades Médico Quirúrgicas y Licenciadas en enfermería del Hospital Bertha Calderón Roque.**

Con este trabajo se pretende valorar el posible perfil de riesgo, de mayor susceptibilidad y los principales factores determinantes para la aparición del mencionado cuadro que comúnmente aparece en trabajadores de salud.

Este estudio está aprobado por la Dirección General de Docencia del Ministerio de Salud y autorizado por la Dirección del Hospital a estudio.

Dado que es un estudio de tipo observacional, no se va a realizar ninguna intervención sobre la práctica profesional habitual. Simplemente, se trata de contestar, de forma totalmente voluntaria, una encuesta la cual consta de dos partes, en la primera sección se evaluarán aspectos sociodemográficos y en la segunda se aplicará el Maslach Burnout Inventory adaptado al español que tiene como propósito determinar la presencia del Síndrome de Burnout en personal Médico y de Enfermería, tomando en cuenta diferentes variables sociodemográficas y laborales. El llenado de este instrumento es confidencial, los resultados serán presentados de forma global y únicamente el equipo investigador tendrá acceso a la información.

Agradecemos de antemano su consentimiento para la recolección de información y nos ponemos a su disposición para cualquier duda que pueda albergar al respecto, contáctenos al correo aetb1982@yahoo.com.

Muchas gracias por su participación.

I. Variables sociodemográficas

Hospital: _____

Fecha: _____ Servicio: _____

1. Edad: años.
2. Sexo: M F
3. Estado civil: Casado (a) Unión estable Soltero (a) Viudo (a)
Divorciado(a) Separado(a)
4. ¿Cuántos hijos tiene?
5. ¿Cuál es su perfil ocupacional en su lugar de trabajo?
 - a. Médico de Base
 - b. Médico Residente : R1 R2 R3 R4 R5
 - c. Licenciada (o) en Enfermería:
6. ¿Fuma? Sí No ¿Cuántos cigarrillos por día?
7. ¿Consume licor o cerveza? Sí No cantidad al día: _____
8. ¿Consume algún tipo de bebida energizante? Sí No
Cantidad al día: _____
9. ¿Consume Café? Sí No ¿Cuántas tazas al día? _____
10. ¿Consume coca colas? Sí No cantidad al día: _____
11. ¿Cuántas horas en la semana trabaja en el hospital?
40hrs 48hrs 72hrs >72hrs
12. ¿Hace turnos nocturnos: Si No
13. ¿Cuál es su jornada laboral? 12hrs AM/PM 24hrs >32hrs continuas
14. ¿Cuántos turnos hace por mes? 6 turnos Entre 7- 8 >8 turnos

15. ¿Cuánto tiempo tiene de laborar en esta unidad de salud?

16. ¿Cuántos pacientes atiende por día?

17. Porcentaje de su jornada que pasa en interacción con enfermos y/o familiares:

Ninguno 25% 25-50 % 50-75% >75%

18. ¿Tiene otro trabajo? Sí No

19. ¿Tiene vacaciones pendientes? Sí No

20. ¿Cuántos días?

21. ¿Padece de alguna enfermedad crónica? Sí No

¿Cuáles? _____

22. ¿Toma algún medicamento de forma habitual? Sí No

¿Cuáles? _____

23. ¿Cuántas horas semanales dedica a tareas domésticas:

(Limpieza de hogar, cuidado de hijos, etc.)

Instrucciones para el llenado

0 1 2 3 4 5 6

4.- Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes.

0 1 2 3 4 5 6

5.- Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales.

0 1 2 3 4 5 6

6.- Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa.

0 1 2 3 4 5 6

7.- Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes.

0 1 2 3 4 5 6

8.- Siento que mi trabajo me está desgastando.

0 1 2 3 4 5 6

9.- Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo.

0 1 2 3 4 5 6

10.- Siento que me he hecho más duro con la gente.

0 1 2 3 4 5 6

11.- Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.

0 1 2 3 4 5 6

12.- Me siento con mucha energía en mi trabajo.

0 1 2 3 4 5 6

13.- Me siento frustrado en mi trabajo.

0 1 2 3 4 5 6

14.- Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo.

0 1 2 3 4 5 6

15.- Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes.

0 1 2 3 4 5 6

16.- Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa.

0 1 2 3 4 5 6

17.- Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes.

0 1 2 3 4 5 6

18.- Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes.

0 1 2 3 4 5 6

19.- Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.

0 1 2 3 4 5 6

20.- Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades.

0 1 2 3 4 5 6

21.- Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada.

0 1 2 3 4 5 6

22.- Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas

0 1 2 3 4 5 6