

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA,  
MANAGUA UNAN, MANAGUA  
RECINTO UNIVERSITARIO RUBÉN DARÍO  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

*Tesis para optar al título de Doctor en medicina y cirugía general*



**TEMA**

**“Comportamiento del síndrome de Burn-out en personal médico y de enfermería en el Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe en el período comprendido entre enero-marzo 2017.”**

**AUTORES:**

**Br. Rodrigo Marcelo**

**García Bermúdez**

**Br. Rodrigo Emmanuel**

**Torrez Pérez**

**TUTOR Y ASESOR METODOLÓGICO**

**Dr. Roberto Alfonso Vásquez Castillo**

**Carazo, Nicaragua**

**Noviembre, 2017**

## **Dedicatoria**

A Dios, por ser la fuente de toda sabiduría, y por dirigirnos desde el primer día que entramos a esta carrera que poco a poco se convirtió en nuestro mundo.

A nuestros maestros quienes compartieron parte de ellos con nosotros, mostrándonos un sin número de conocimiento, ideas e ideales que ahora son parte de nosotros y de nuestra práctica profesional.

A nuestras familias y amigos, cuyo apoyo ha sido parte de vital de nuestra fuerza de voluntad para poder enfrentar todo reto y adversidad.

A todos aquellos médicos que luchan día a día dando hasta el último aliento de su ser al servicio de otros, sacrificando su sueño, sus fines de semana, sus familias, y sus vidas. Esto es para ustedes.

## **Agradecimiento**

A nuestros padres, quienes se soñaron algún día vernos aquí. Gracias por ser nuestra más grande motivación y por su apoyo incondicional. Juntos lo logramos.

A todos aquellos médicos y enfermeras que fueron nuestros maestros, que con el ejemplo supieron guiarnos y que sembraron en nosotros esa semilla de conocimiento.

A nuestro tutor, por su paciencia y disposición.

## Opinión del tutor

El presente trabajo, “Comportamiento del síndrome de Burn-out en personal médico y de enfermería en el Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe en el período comprendido entre enero-marzo 2017”, realizado por los Bachilleres. Rodrigo Marcelo García Bermúdez y Rodrigo Enmanuel Torres Pérez, aborda de una manera sencilla, pero directa uno de los problemas considerados como tabú dentro de los sistemas de salud público, como es el agotamiento físico y psicológico de los trabajadores de la salud.

De una manera descriptiva, con un cálculo y selección de la muestra adecuada al problema, con un carácter del estudio de tipo exploratorio, sus resultados tienen gran importancia y nos da una idea de la magnitud del problema, muy cercana a la realidad.

Considero que el hallazgo más importante está relacionado a la identificación del recurso más afectado por este problema, lo que debe motivar a otros investigadores a profundizar sobre el síndrome de burnout en el sistema público de salud, y específicamente en los recursos con mayor riesgo de sufrirlo.

Felicito a los bachilleres García y Torres por el esfuerzo realizado, y la calidad con que abordaron el problema, y los insto a continuar investigando sobre problemas de salud que afecten a los recursos humanos de salud, muchas veces exigidos para dar calidad de servicio, olvidándonos de su sacrificio como personas.



Dr. Roberto Vásquez Castillo  
MÉDICO Y CIRUJANO  
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA  
COD. MINSA 7079

Jinotepe, 29 de Noviembre del 2017.

# 1. RESUMEN

**Objetivo:** Identificar el comportamiento del Síndrome de Burn Out en el personal médico y de enfermería del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe en el período comprendido entre Enero- Marzo del 2017.

**Diseño Metodológico:** Estudio descriptivo de corte transversal, con un universo de 232 médicos y enfermeras, y una muestra probabilística estratificada la cual fue extraída por medio de la fórmula de Kish con un nivel de confianza de 95%, una prevalencia esperada del 50% y una precisión del 8% para un total de 99 individuos a estudio los cuales se les aplicó el Inventario de Maslach para la identificación de las tres esferas que se correlacionan con la aparición del BOS.

**Resultados:** La prevalencia general del BOS se encontró en un 25.26%, distribuido de la siguiente manera: 29.7% entre los médicos y un 22.5% de las enfermeras. De las tres esferas en estudio se encontró una afectación de un 44.4% en la despersonalización con un 48.64% y un 41.93% entre las dos subpoblaciones respectivamente; un agotamiento emocional de 32.32% distribuido en 35.13% y 30.64%: y una baja realización personal de un 70% con un 75.6% y un 70.7% entre personal médico y de enfermería. Con pruebas estadísticas que demuestran que todas las subpoblaciones se encuentran en igual riesgo de desarrollar el síndrome.

**Conclusiones:** La presencia del BOS fue ligeramente mayor entre la población médica particularmente a nivel de los internos que cursaban su primer año laboral y del sexo masculino y la esfera más afectada fue la despersonalización.

**Recomendaciones:** Valoraciones anuales al personal de salud para determinar y monitorear la prevalencia de BOS, así como fomentar jornadas laborales que no excedan lo establecido en el código del trabajo. Incluir el estrés laboral dentro de los problemas mentales asociados al trabajo

**Palabras clave:** Burn out, estrés crónico, despersonalización, agotamiento emocional, baja realización personal.

## Contents

1. RESUMEN	
2. Capítulo I: Generalidades .....	7
A. Introducción .....	7
B. Antecedentes .....	8
C. Justificación.....	10
D. Planteamiento del Problema .....	11
E. Objetivos .....	12
I. Objetivo General.....	12
II. Objetivos Específicos.....	12
F. Marco Teórico .....	13
3. Capítulo II: Diseño Metodológico .....	27
A. Tipo de Estudio .....	27
B. Lugar de Estudio .....	27
C. Período de Estudio .....	27
D. Universo .....	27
E. Muestra.....	27
I. Estrategia de selección de la muestra.....	28
II. Criterios de inclusión.....	28
III. Criterios de exclusión.....	28
F. Fuente de información.....	28
G. Técnicas y procedimientos .....	29
H. Variables .....	29
I. Operacionalización de Variables.....	30
J. Cruce de Variables .....	32
K. Análisis de resultados.....	32
4. Capítulo III: Resultado y Análisis.....	33
A. Resultados .....	33
B. Análisis de resultados.....	35
5. Capítulo IV: Conclusiones .....	39
6. Capítulo V: Recomendaciones .....	40
7. Capítulo VI: Bibliografía.....	41
8. Capítulo VII: Anexos.....	42

## 2. Capítulo I: Generalidades

### A. *Introducción*

El estrés se ha constituido en una parte constante de la vida cotidiana, y los efectos del mismo garrafales para quien lo padece. Ahora bien, en una profesión donde la línea entre la vida y la muerte está separada por tan sólo una fracción de segundos y la exigencia va en aumento creciente es imposible no pensar que tarde o temprano se inicie a pagar las consecuencias.

En 1974 el psiquiatra Herbert J. Freudenberger observó mientras trabajaba en un centro de rehabilitación en Nueva York que los voluntarios de esta institución después de un año presentaban desinterés por sus labores, asociado a una pérdida progresiva de energía hasta llegar al agotamiento, pasados 3 años tenían pérdida de su idealismo y de la simpatía en el trato hacia sus pacientes seguido por depresión y ansiedad. Ante esto introdujo un nuevo concepto, “El burnout (BOS), es fallar, desgastarse o sentirse exhausto debido a las demandas excesivas de energía, fuerza o recursos. Es lo que pasa cuando un miembro de una organización por las razones que sean y luego de muchos intentos se vuelve inoperante.”

Sin embargo, no fue sino hasta 1980 cuando Cristina Maslach y Michael Leiter desarrollaron un instrumento para medir este síndrome el “Test de Maslach”, el cual consiste en 22 ítems en forma de afirmaciones dirigido a identificar las tres grandes esferas afectadas por burnout, el cual ha facilitado su reconocimiento temprano.

En la actualidad se maneja que BOS no es exclusivo de médicos, sino también enfermeras, y todo aquel considerado personal de salud.

Utilizando el test de Maslach se estudió el personal que labora en el Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe (HERSJ) para identificar la prevalencia del síndrome y las dimensiones más afectadas, para lo cual se tomó una muestra significativa de un universo constituido por la totalidad de aquellos médicos y enfermeras que tenían al momento del estudio más de un año de servicio, posteriormente se procedió a estratificar la muestra entre especialistas, generales e internos para el primer grupo, y licenciadas y auxiliares para el segundo, con el objetivo de reconocer si existe alguna relación entre el cargo desempeñado y la presentación del BOS.

## ***B. Antecedentes***

Desde que fuese descrito por primera vez en 1974 múltiples estudios han sido publicados alrededor del mundo con el fin de determinar el verdadero alcance de esta patología.

En Latinoamérica, donde la situación socioeconómica no es la más adecuada, y donde la práctica de la medicina en muchas regiones es aún artesanal y en condiciones infrahumanas, la incidencia de este síndrome ha sido reportada hasta en un 70% de los profesionales de la salud (Mingote, Moreno, & Gálvez, 2004).

Entre octubre de 1998 y febrero de 1999 Rodolfo Quiroz y Santiago Saco realizaron un estudio de prevalencia para determinar la presencia del Síndrome de Burnout (BOS) y su asociación con diversos factores (variables sociodemográficas, problemas familiares, motivación para el trabajo, satisfacción laboral, insatisfacción laboral, autopercepción del desempeño laboral), para ello seleccionaron a 64 médicos y 73 enfermeras del Hospital Nacional Sur Este de ESSALUD del Cusco, Perú, encontrando un BOS de grado bajo en el 79.7% de médicos y un 89% de enfermeras y de grado medio en 10.9% y 1.4% respectivamente.

Para 2003 Román en su investigación “Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención (Chile)” evidenció que la prevalencia de BOS fue ligeramente superior a 30% y de síntomas de estrés de 50%.

En 2004 se realizó un estudio descriptivo y de corte transversal en médicos de hospitales públicos de la ciudad de Corrientes, Argentina, para ello se seleccionó una muestra compuesta de 80 médicos, 42 del sexo femenino y 38 del sexo masculino, de entre 25 años y 50 años, seleccionados al azar, al momento de presentar los resultados dividieron según sexo, estado civil y relación con años trabajados, correlacionados en las 3 dimensiones del síndrome, encontrando: un predominio por el sexo femenino, un cansancio emocional reportado en 22 de sus profesionales (25%), 19 (23,75%) en la variable despersonalización



mostrando como factor agravante la soltería, y con cansancio emocional a 16 (20%) siendo afectados aquellos en unión estable. Llamó la atención la relación inversa entre años trabajados y presencia de la enfermedad, ya que se reportó que aquellos con menos de 10 años de ejercicio, fueron los que mayor índice de burnout presentaron, con un total de 37 (46,25%) (Álvarez, 2005).

A nivel de Nicaragua se han realizados investigaciones respecto al tema. Una de ellas fue llevada a cabo en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello en la ciudad de León, para ello usaron como unidad de análisis al personal médico y de enfermería que laboraban durante el tiempo del estudio; constituyendo la muestra un total de 65 médicos y 100 enfermeras encontrando una incidencia de un 14% en el primer grupo y un 28% en el segundo, de los cuales un 6% de las enfermeras se correspondía con niveles altos, no reportándose ningún caso en médicos, sin embargo niveles medios se atribuyeron en un 1% y 12.3% respectivamente (Aragón, Morazán, & Pérez, 2007).

Gómez (2013) en su tesis monográfica “Prevalencia del Síndrome de Burnout en personal médico del servicio de emergencia de cuatro hospitales públicos de Managua, enero 2013” concluyó que según la proporción de médicos con signos sugestivos de síndrome de burnout de los 101 individuos en estudio un 91.1% no presentan signos y solo un 8.9% presentan signos. Encontrando una prevalencia relativamente inferior a la reportada en estudios internaciones, sin embargo, al comparar los componentes específicos se muestran resultados similares. No obstante, casi el 30% de los entrevistados refieren cansancio emocional medio o alto. Por otro lado, casi el 56% refiere un nivel medio o alto de despersonalización, y casi el 50% refiere un nivel medio o bajo de realización personal. Lo que indica que a pesar de que solo se observa un 10% cumpliendo los tres criterios entre el 30 al 50% de los individuos está en riesgo de sufrir el síndrome.

### ***C. Justificación***

La práctica de las ciencias de la salud es, sin lugar a duda, la profesión que más está en estrecho contacto con las diversas facetas de la dimensión humana.

El objetivo del trabajador de la salud es conseguir para sus pacientes lo que la OMS define como “Un estado de completo bienestar físico, mental y también social, no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia”, para ello debe entrar a un estado de completa empatía con quienes buscan de apoyo, es decir sentir no sólo la dolencia física, sino también la mental. Esta práctica traducida a cada paciente que se atiende día tras día puede volverse estresante y con los años llevar a un estado de estrés crónico de alta peligrosidad para quien lo padece y los que son atendidos por el mismo. A lo antes mencionado debe sumarse también el componente ambiental que en un país como el nuestro significa trabajar jornadas laborales maratónicas de 8 horas por día con turnos de 36 horas cada 4 días, para un total estimado de aproximadamente 70 horas semanales, cuando el Código del trabajo en su artículo 51 estipula que para aquellos trabajadores con trabajo ordinario mixto (es decir, la que se ejecuta durante un tiempo que comprenda parte del período diurno y parte del nocturno) no podrá ser mayor de siete horas y media diarias ni exceder un total de cuarenta y cinco horas a la semana (Ley N° 185, 1996).

Identificar la prevalencia del Síndrome de Burn Out y sus niveles de presentación, así como los factores que más se relacionan al mismo es de vital importancia para que las autoridades pertinentes tomen cartas en el asunto y determinen medidas para resolver esta problemática.

Este trabajo pretende estudiar el comportamiento del BOS en el personal médico y de enfermería en un hospital de referencia nacional como lo es el Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe con el fin de despertar el interés al respecto y tomar las medidas pertinentes que garanticen un ambiente laboral más apropiado para sus trabajadores.

#### ***D. Planteamiento del Problema***

La carga laboral excesiva, las extenuantes horas laborales, la constante presión y la eterna contra el tiempo son sólo algunos de los factores contra los que el profesional de salud tienen que luchar a diario, todo lo cual eventualmente puede llevar a un estado de estrés crónico y a la alteración de tres importantes esferas de la dimensión humana: la realización personal, el agotamiento emocional y la despersonalización; a esto se le conoce como Síndrome de Burn Out y una vez instaurado supone un riesgo tanto al que lo padece como para aquellos atendidos por el mismo, es por esto que identificarlo a tiempo permite llevar a cabo medidas preventivas e intervenciones adecuadas para frenar su progreso, y la razón que nos lleva a plantear la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el comportamiento del Síndrome de Burn Out en el personal médico y de enfermería del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe en el período comprendido entre Enero-Marzo del 2017?

## ***E. Objetivos***

### **A. Objetivo General**

Identificar el comportamiento del Síndrome de Burn Out en el personal médico y de enfermería del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe en el período comprendido entre Enero- Marzo del 2017.

### **B. Objetivos Específicos.**

- Determinar la prevalencia del Síndrome de Burn Out en el personal médico y de enfermería.
- Identificar la distribución del síndrome de Burn Out en la población estudiada.
- Indicar las dimensiones más afectadas en la población de estudio.

## ***F. Marco Teórico***

Entre las múltiples definiciones que han surgido de Síndrome de Burn Out (BOS) la más aceptada en la actualidad fue la propuesta por Maslach y Jackson en 1981 quienes lo definen como “una forma inadecuada de afrontar un estrés emocional crónico cuyos rasgos principales son el agotamiento emocional, la despersonalización y la disminución del desempeño personal”. P. Gil-Monte lo define 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 agotado". Inicialmente se miró como un padecimiento más del personal de salud, pero ha tomado tanto auge en los últimos años que la OMS lo considera en la actualidad como un riesgo laboral, declarándolo en el año 2000 por la misma como un factor de riesgo laboral por su capacidad para afectar la salud mental, calidad de vida y poner la misma en riesgo. Calidad de vida, salud mental. Y tomando en cuenta que las consecuencias del mismo afectan no sólo aquellos que lo padecen sino también a quienes reciben atención por el mismo.

Muchas patologías abarcan la totalidad del paciente (física y emocional) y su manejo implica entrar en contacto con los aspectos más íntimos de la naturaleza humana, es por eso que ser un trabajador de la salud más que una profesión es un estilo de vida y un compromiso absoluto. A este estado de intensa empatía hay que sumarle las dosis diarias de estrés por metas que cumplir y jornadas laborales extenuantes, estas interacciones llevan a grados variables de desgaste profesional, el cual sino es tratado a tiempo tiende a la progresión.

Por otro lado, Moreno y Peñacoba (1999) al hacer una diferenciación del estrés y el burnout argumentan textualmente lo siguiente, que: “el burnout no se identifica con la sobrecarga de trabajo, el exceso de trabajo no provoca si más el burnout; de la misma manera un trabajo escasamente estresante pero desmotivador puede llevar al burnout. Desde esta perspectiva el burnout no es un proceso asociado a la fatiga, sino a la desmotivación emocional y cognitiva que sigue al abandono de intereses que en un determinado momento fueron importantes para el sujeto”. En otras palabras, el estrés está relacionado con un sinnúmero

de situaciones que pertenecen a la vida cotidiana y el burnout es sólo una de las formas que tiene de progresar el estrés laboral.

La frecuencia con la que se reporta BOS varía de autor en autor, sin embargo en una revisión realizada por Gutierrez et al en 2006 encontraron que, en el personal de enfermería la prevalencia fue del 30.5- 39%, siendo el género más afectado el masculino. La distribución en médicos por su parte varió, entre internos y residentes la afectación fue entre un 76-85%, siendo severo en el 52%, los médicos generales en un 48%, los familiares en un 59.7%, los cirujanos generales en un 32% y los anestesiólogos en un 44%, concluyendo también que según algunos autores consideran que todos los médicos lo padecen en algún punto de su vida.

Diversos **factores de riesgo** han sido reportados, dividiéndose en:

1) Individuales:

- Baja autoestima
- Problemas adaptativos.
- Adultos jóvenes con una visión idealista del mundo.
- Grandes expectativas irreales.
- Problemas financieros.
- Variables familiares (armonía y estabilidad familiar)
- Genero
- Personalidad (personalidad competitiva, hiperexigente)
- Depresión
- Trastornos del sueño
- Problemas en el hogar

2) Organizacionales:

- Carga laboral excesiva.
- Conflicto con colegas de trabajo.
- Recursos escasos.

- Desbalance esfuerzo-recompensa.
- Falta de personal.
- Cambios institucionales rápidos.
- Escaso trabajo real en equipo
- Absentismo laboral
- Conflictos con compañeros, superiores y clientes.
- Diminución de la eficiencia y eficacia en el cargo que desempeña
- Beneficios laborales
- Insuficiente reconocimiento de la labor: ambigüedad en el desempeño de roles.
- Sensación de injusticia: por condiciones económicas insatisfactorias y falta de perspectivas de crecimiento laboral.
- Fallas en la construcción de una comunidad de trabajo: ausencia de espacios para el tratamiento de las dificultades en las relaciones interpersonales.
- Conflicto de valores: entre los valores personales y los de la organización

3) Específicos para aquellos expuestos a unidades de cuidados intensivos.

- Variabilidad en horarios de trabajo.
- Recambio rápido de pacientes.
- Morbi-mortalidad elevada de pacientes.

4) Ambientales

- Muerte de algún familiar u cónyuge.
- Matrimonio
- Divorcio
- Nacimiento de un hijo

El BOS es una enfermedad de instauración lenta y prolongada en el tiempo, por lo que es importante identificar **signos de alarma**, siendo los más nombrados:

- Negación: Persona afectada es la última en aceptar el problema.
- Aislamiento: Se retira de su entorno social y familiar.

- Ansiedad: Sensación persistente del médico que algo malo va a pasar.
- Miedo o temor: Sobre todo a regresar al ambiente laboral.
- Depresión: Siendo este uno de los más peligrosos.
- Ira: Enojo exagerado y sin razón aparente.
- Adicciones: Inicia o aumenta el abuso de sustancias.
- Cambios de personalidad: Trastornos de bipolaridad constante, se puede presentar como cambios en los hábitos de higiene y arreglo personal, cambios en el patrón de alimentación, con pérdida o ganancia de peso exagerada, pérdida de la memoria y desorganización, dificultad para concentrarse.
- Culpabilidad o autoinmolación: Por situaciones que salen de control en ambientes laborales.
- Insomnio: Alteración del patrón del sueño y repercusión en su grado de descanso.

### **Estrés crónico vs BOS**

La OMS define el estrés como el conjunto de reacciones fisiológicas que prepara al organismo para la acción, visto de esa manera este debería ser considerado una suerte de estímulo, un mecanismo de supervivencia, sin embargo bajo ciertas circunstancias como la sobrecarga laboral, el ambiente competitivo, las presiones sociales y económicas llega a percibirse como una amenaza constante que termina por cambiar a la persona tornándola agresiva, irritable, insegura y con repercusiones sobre su salud.

Es por esta razón que, en abril de 2016 en conmemoración del Día Mundial de la Seguridad y la Salud en el Trabajo, y organizado por la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS / OMS), la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Organización de Estados Americanos (OEA), trató sobre el impacto del estrés laboral en la salud y productividad de los trabajadores y las medidas para reducir el problema.

La OIT aprovechó la ocasión para presentar su nuevo informe bajo el título “Estrés laboral: un reto colectivo para todos”, en el cual destacaron el hecho que no hay datos globales



disponibles sobre la prevalencia y el impacto del estrés laboral en el trabajo, no obstante, algunos estudios publicados alrededor del mundo arrojan pistas de la magnitud del problema.

En América Central se encontró que más del 10% de los encuestados reportaron haberse sentido constantemente bajo estrés o tensión, tristes o deprimidos, o con pérdida de sueño debido a sus preocupaciones por las condiciones de trabajo. Otros como Argentina (2009) en una encuesta realizada en varias instituciones laborales reveló que un 26.7% de los trabajadores sufría de estrés mental debido a lo que ellos consideraron una excesiva carga de trabajo. Brasil por su parte evaluó el ausentismo por accidentes y enfermedades ocupacionales reveló que el 14% de los servicios de salud utilizados por año están relacionados con enfermedades mentales. Y finalmente, una encuesta realizada en Chile en el 2011 encontró que el 27.9% de los trabajadores y el 13,8% de los empleadores reportaron estrés y depresión en sus empresas.

### **Asociación con factores sociales.**

Si bien el ambiente laboral afecta de forma importante sobre el desarrollo de estrés crónico los factores psicosociales externos pueden tener influencia sobre la salud, el desempeño y la satisfacción laboral, es por ello que la Dra. Julieta Rodríguez--Guzmán, Asesora Regional en Salud de los Trabajadores de la OPS/OMS, mencionó que "estos problemas son capaces de reducir la motivación, el compromiso y el rendimiento laboral; y producen un aumento del ausentismo, la rotación de personal y el retiro temprano. Lo que conlleva a disminuir la productividad, la competitividad y la imagen pública de las organizaciones."

### **Historia natural de la enfermedad**

El curso natural de la enfermedad por lo general adquiere la siguiente secuencia:

- 1) Etapa 1: Desequilibrio en la balanza demanda- recursos, el exceso de los primeros y la falta de los segundos genera una condición de estrés agudo.
- 2) Etapa 2: Consiste en un intento de ajuste del individuo mediante un sobreesfuerzo por satisfacer las demandas, exigiendo y depletando recursos emocionales y la

energía del individuo volviéndolo incapaz de sobrellevar la situación por mucho tiempo.

- 3) Etapa 3: Se establece el síndrome de burnout. De manera gradual con sus diferentes manifestaciones y repercusiones
- 4) Etapa 4: Ocurre un deterioro psicofísico marcado que convierte al individuo en un peligro más que una ayuda.

Entre la etapa 2 y 3 el cuadro aún es reversible, una vez avanzando este eslabón la tendencia a la cronicidad exacerba.

De manera general se describen 3 dimensiones afectadas:

- 1) Agotamiento emocional: Caracterizado por una pérdida y disminución de los recursos emocionales, pérdida de la energía, llegando a la fatiga.
- 2) Despersonalización/ Deshumanización: Desarrollo de actitudes negativas de insensibilidad hacia los receptores de los recursos prestados. Construidas por parte del sujeto, como un mecanismo de defensa para protegerse de los sentimientos de impotencia, indefinición y frustración.
- 3) Baja realización personal: Percepción negativa del trabajo actual, hay un reproche total de no haber alcanzado objetivos propuestos.

Dichos componentes se presentan de forma insidiosa, no súbita, si no paulatina, cíclica, puede repetirse a lo largo del tiempo, de modo que una persona puede experimentar los tres componentes varias veces en diferentes épocas de su vida y en el mismo o en otro trabajo.

El síndrome de burnout tiene graves consecuencias en dos niveles fundamentales:

- 1) Profesional: Se afecta la calidad de atención que se brinda al paciente, e incluso expone al desarrollo de situaciones que se relacionan a negligencia o impericia.
- 2) Personal/ Familiar: Se tiende a alejarse de los miembros de la familia y actividades familiares, posteriormente amigos y resto del círculo social.

La clínica del síndrome se esquematizó en cuatro niveles (1):

- Leve: quejas vagas, cansancio, dificultad para levantarse a la mañana
- Moderado: cinismo, aislamiento, suspicacia, negativismo
- Grave: enlentecimiento, automedicación con psicofármacos, ausentismo, aversión, abuso de alcohol o drogas. hipertensión, palpitations intensas, insomnio, ulcera gástrica. Descompensación de padecimientos crónicos.
- Extremo: aislamiento muy marcado, colapso, cuadros psiquiátricos, suicidios, eventos cardiovasculares severos (ACV o IAM)

### **Abordaje del paciente con BOS**

Dada la subjetividad de los síntomas que pueden presentarse el abordaje debe de incluir con minuciosidad, los cambios presentes en el paciente en estudio detallados de la mejor manera posible.

- Historia clínica: Antecedentes médicos conocidos (familiares y personales)
- Antecedentes ocupacionales y sociales: Identificar potenciales factores estresantes y consecuencias sociales.
- Antecedente de uso de estupefacientes: Tabaquismo, alcoholismo y/o drogadicción.
- Signos y síntomas: Curso natural y relación temporal.
- Examen físico: Completo y detallado.
- Valoración psicósomática: Inventario de Maslach.
- Exámenes de laboratorio: Mediciones hormonales (Perfil tiroideo, cortisol, entre otros), monitoreo de estrés.

## **Inventario de Maslach**

El diagnóstico de esta enfermedad se ha realizado por diversos métodos, siendo el más conocido el cuestionario creado por Cristina Maslach en 1996, conocido como Maslach Burnout Inventory (MBI), este consiste en 22 items divididos en las 3 dimensiones afectadas por BOS, las cuales se responden en relación a la frecuencia con la que han experimentado la pregunta en cuestión. Tiene una validez diagnóstica y grado de confianza alta (85%).

### **CANSANCIO EMOCIONAL**

1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.
2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo
3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar
4. Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo, es tensionante
5. Me siento quemado (desgastado), cansado por mi trabajo
6. Me siento frustrado o aburrido de mi trabajo
7. Creo que estoy trabajando demasiado
8. Trabajar directamente con personas me produce estrés
9. Me siento acabado, como si no pudiese dar más.

### **DESPERSONALIZACIÓN**

1. Creo que trato a los pacientes de una manera impersonal, apática
2. Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión
3. Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente
4. Siento que me preocupa poco lo que le ocurre a mis pacientes
5. Yo siento que las otras personas que trabajan conmigo me acusan por algunos de sus problemas.

### **REALIZACIÓN PERSONAL**

1. Comprendo fácilmente como se sienten los demás.

2. Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes
3. Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de las personas
4. Me siento muy activo
5. Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes
6. Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes
7. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión
8. En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma.

0 = Nunca

1 = Pocas veces al año

2 = Una vez al mes

3 = Pocas veces al mes o menos

4 = Una vez a la semana

5 = Pocas veces a la semana

6= Todos los días.

El resultado se clasifica según la dimensión estudiada, realizando una categorización de los puntajes.

<b>Componente</b>	<b>Bajo</b>	<b>Moderado</b>	<b>Alto</b>
Desgaste emocional	<19	19-26	>26
Despersonalización	<6	6-9	10
Realización personal	0-33	34-39	40

Además del MBI, existen otros instrumentos que permiten evaluar el síndrome de Burnout, varios de ellos evalúan aspectos diferentes a los 3 componentes clásicos:

El Copenhagen Burnout Inventory (CBI) es de dominio público para la medida del síndrome de burnout, que está estructurado en tres subdimensiones: la personal, la relacionada con el trabajo y la relacionada con el trabajo con clientes.

El Oldenburg Burnout Inventory (OLBI), a diferencia de los anteriores, solo evalúa el agotamiento y la falta de compromiso con el trabajo

El Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse en el Trabajo, esta escala española, a diferencia de los anteriores, incluye la "ilusión (desilusión progresiva, pérdida del sentido del trabajo y las expectativas)" como aspecto a evaluar como parte del síndrome.

### **Diagnóstico diferencial**

- Depresión: La cual se caracteriza por reunir una serie de síntomas de bajo estado de ánimo generalizado en un determinado tiempo.
- Trastorno Distímico: Estado de ánimo crónicamente depresivo que está presente la mayor parte del día de la mayoría de los días durante al menos 2 años.
- Estrés crónico: Es una reacción al estrés en el trabajo en función de las demandas y características de la ocupación. Además, el estrés tiene efectos positivos y negativos para la vida, en el Burnout siempre son negativos.
- Insatisfacción laboral: Este incluye cambios de conducta hacia los sujetos objeto de la actividad laboral, así como cambios en la calidad y desarrollo del trabajo y agotamiento o disminución de la energía para el trabajo. Mientras que el Burnout no se identifica con la sobrecarga de trabajo ni es un proceso asociado a la fatiga, sino a la desmotivación emocional y cognitiva que sigue el abandono de intereses que en un determinado momento fueron importantes para el sujeto.
- Endocrinopatías: Especialmente aquellas que puedan provocar cambios conductuales y anímicos. Algunos ejemplos: Trastornos tiroideos, enfermedad de Addison, trastornos hipotalámicos y/o pituitarios.
- Síndrome de fatiga crónica: Es un desorden caracterizado por una extrema fatiga que no puede ser explicada por ninguna condición médica existente, empeora con la actividad mental o física, pero no mejora con el reposo.

### **Manifestaciones clínicas.**

Diversos autores han recopilado los principales signos y síntomas que se asocian a la presencia del BOS en aquellos afectados. Entre las manifestaciones físicas citadas estarían las cefaleas, los dolores musculares y especialmente los dorsales (Belcastro,1982). Los problemas de pérdida de apetito, disfunciones sexuales, problemas de sueño serían frecuentes en las personas afectadas por el síndrome (Kahill, 1988). Shiron (1989) considera que la manifestación más habitual sería la fatiga crónica. Entre los trastornos psicofisiológicos estarían los trastornos alérgicos, gastrointestinales, úlceras, trastornos cardiovasculares, recurrencia de infecciones y de trastornos respiratorios. Sin embargo, en todos estos estudios la variable salud siempre ha sido un criterio autoinformado y apenas si se pueden encontrar estudios con síntomas objetivamente evaluados tales como el efectuado por Melamed, Kushnir y Shirom, (1992) para los riesgos cardiovasculares. Igualmente, apenas es difícil encontrar algún estudio de tipo longitudinal, como el desarrollado por Wolpin (1986), que mostró que después de un año los profesores afectados por el burnout mostraban mayores quejas psicosomáticas.

### **Mecanismo de daño.**

Una de las comparaciones más aciertas que explican el comportamiento de este síndrome es el propuesto por Golembiewski y Muzenrider (1988), el burnout es visto como un proceso virulento que aumenta sus consecuencias negativas según aumenta su virulencia o intensidad. La propuesta de los autores es que la secuencia real del burnout, tal como aparece en su nivel de consecuencias sigue el siguiente orden: despersonalización, realización personal y agotamiento emocional. Según los mismos, la secuencia real del proceso debería ser paralela al nivel de consecuencias que tiende a aumentar en función principalmente del cansancio emocional, por lo que debería ser considerado como el elemento más patógeno del proceso y por ello el último en aparecer.

### **Factores individuales**

¿Qué hace a algunos individuos tener más resistencia o susceptibilidad para desarrollar BOS? Aunque el origen del desgaste profesional tuviera que situarse en el tipo del ejercicio profesional y sus condiciones, parecía claro que las variables individuales ejercían una

influencia indudable. Algunos patrones que parecen tener una asociación son: el deseo del profesional de marcar una referencia con respecto a los compañeros, las formas de asumir el propio trabajo profesional, el perfil de profesional implicado como idealista y obsesivo, el nivel alto de ansiedad, la tendencia a la sobreidentificación con el cliente del propio trabajo y por último la percepción de incontabilidad a situaciones estresantes.

### **Influencia de la relación paciente- profesional de salud.**

De acuerdo con lo propuesto por Maslach (1978) el cliente puede convertirse en un estresor importante por las siguientes razones:

- Tipo de problemas del paciente (gravedad, probabilidad de cambio)
- Relevancia personal de los problemas (implicación emocional)
- Normas reguladoras de la relación cliente-profesional (implícitas y explícitas)
- Conducta del cliente (pasiva o activa)

### **Consecuencias del BOS**

- Nivel profesional: Lo primero en afectarse es la calidad de atención que se brinda al paciente, lo cual supone un incremento en el riesgo de un mal diagnóstico o manejos incorrectos. Por otra parte, la relación médico- paciente, y la interrelación con equipo de trabajo también sufre modificaciones importantes lo que hace que el ambiente laboral se vuelva hostil y dificultoso. Lo más relevante de esta alteración es el grado de negación que lo acompaña, probablemente por la necesidad inminente de proteger la identidad de médicos, esa que ha costado tanto por llegar a tener.
- Nivel personal y familiar: En un intento por evitar que los demás sepan que existe un problema el afectado comienza a alejarse de los miembros de su familia, y su núcleo de amistad más cercano, culminando por un aislamiento casi completo.



## **Medidas de prevención.**

Algunas de las propuestas recomendadas para la prevención de este estado son:

- Revisión constante de los objetivos laborales, con el fin de determinar que estos sean realistas y alcanzables por el personal.
- Establecimiento de mecanismos de contratación que promuevan la seguridad laboral.
- Fortalecimiento de la creatividad y la autonomía en el trabajo.
- Fomento de vías de comunicación efectiva entre empleadores y empleados que permitan brindar retroalimentación adecuada.
- Análisis de los niveles de estrés y carga mental de las tareas, así como de distribución de responsabilidad entre puestos de trabajo.
- Fortalecimiento de vínculos sociales entre los colaboradores.
- Evaluación constante del clima y cultura laboral incluyendo aspectos asociados con el burnout.

La OIT en asociación con la OMS ha propuesto directrices y recomendaciones para la prevención de enfermedades mentales asociadas a la sobrecarga laboral publicadas en su serie "Protegiendo la Salud de los Trabajadores", algunas de las cuales son:

- Proveer de un empleo justo.
- Respetar los derechos humanos.
- Acoger los estándares laborales.
- Proteger el medio ambiente.
- Fomentar la transparencia.
- Promover el diálogo social.
- Incluir el estrés laboral y los problemas mentales del trabajo en los listados de enfermedades profesionales, para de esta forma favorecer su reconocimiento temprano.

**Medidas de manejo.**

- Farmacoterapia: En relación con los síntomas presentados, por ejemplo, antidepresivos, betabloqueantes.
- Psicoterapia: Como técnicas de relación, terapias antiestrés, motivación de la autoestima.
- Reorganización del ambiente laboral: Como cambios de la estructura de trabajo y medidas de organización del tiempo.
- Cambio del ambiente laboral: Combinado con terapias de rehabilitación y entrenamiento.

### **3. Capítulo II: Diseño Metodológico**

#### **A. Tipo de Estudio**

Dado la naturaleza de la investigación se trata de un estudio descriptivo, y según su realización en el tiempo de corte transversal.

#### **B. Lugar de Estudio**

El estudio se realizará en el Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe.

#### **C. Período de Estudio**

Se llevará a cabo en el período comprendido entre Enero- Marzo de 2017.

#### **D. Universo**

Está compuesto por el personal médico (generales, especialistas, internos) y de enfermería (Licenciadas y Auxiliares) del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe, para un total de 232, distribuidos entre 111 y 121 respectivamente.

#### **E. Muestra**

Debido a que el estudio pretende comparar los resultados entre los grupos en cuestión, se hizo necesario la selección de una muestra probabilística estratificada, donde de la población en estudio, utilizando el programa estadístico EpiInfo para un nivel de confianza de 95%, una prevalencia esperada del 50% y una precisión del 8% la muestra definida fue de 99.

Luego, utilizando la fórmula de Kish para muestras probabilísticas estratificadas se obtiene que:

$fh = \frac{n}{N}$ , donde n= Tamaño de la muestra, y N= Tamaño del universo, y con esta constante, se multiplicó cada subpoblación para obtener el tamaño de la muestra.

$(NH)(fh) = nh$ , donde nH y Nh corresponden a la muestra y la subpoblación de cada estrato

Donde, en nuestro estudio,

$$fh = \frac{99}{293} = 0.337$$

(41)(0.337) = 14 Médicos Internos.

(12)(0.337) = 4 Médicos Generales.

(57)(0.337) = 19 Médicos Especialistas

(121)(0.337) = 41 Enfermeras

(61) (0.337) = 21 Auxiliares de enfermería

### ***F. Estrategia de selección de la muestra.***

Se utilizó un muestreo probabilístico estratificado, incluyendo a los individuos que cumplieran los siguientes criterios

#### **A. Criterios de inclusión.**

Deben cumplir todos los criterios de inclusión.

- A. Trabajadores del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe.
- B. Haber cumplido un período mínimo de un año de laborar en la institución.

#### **B. Criterios de exclusión.**

No se incluyeron a aquellos que presenten una o más de las siguientes condiciones:

- A. No accedan al llenado del Inventario de Maslach.
- B. Pacientes con diagnóstico previo conocido de BOS.

### ***G. Fuente de información***

La fuente de información es de tipo primaria, ya que los resultados se obtuvieron directamente de la unidad de análisis.

## **H. Técnicas y procedimientos**

### **A. Instrumento de recolección de información.**

La técnica de recolección de la información se realizó por medio del inventario de Maslach, el cual consiste en un cuestionario elaborado con 22 ítems divididos en las 3 dimensiones afectadas por el síndrome, que corresponden a: Agotamiento emocional (Pérdida y disminución de los recursos emocionales), Despersonalización (Desarrollo de actitudes negativas de insensibilidad hacia los pacientes), Realización Personal (Percepción propia del trabajo), las cuales se distribuyen en 9, 5 y 8 respectivamente.

Para su desarrollo el paciente responde en relación con la frecuencia con la que ha experimentado la pregunta en cuestión. Tiene una validez diagnóstica y grado de confianza alta (85%). Siendo el método más usado en el mundo para el reconocimiento de BOS.

### **B. Procesamiento y análisis de la información.**

La información obtenida por medio del instrumento de recolección de datos fue introducida y procesada en una base de datos del programa estadístico SPSS 22.0 versión para Windows.

## **I. Variables**

**Objetivo 1:** Determinar la prevalencia del Síndrome de Burn Out en personal médico y de enfermería.

- a. Personal Médico
- b. Personal de Enfermería
- c. Prevalencia de BOS

**Objetivo 2:** Identificar la distribución del síndrome de Burn Out en la población estudiada.

- a. Edad
- b. Sexo
- c. Horas laborales diarias
- d. Turnos nocturnos

**Objetivo 3:** Indicar las dimensiones más afectadas en la población de estudio.

1. Agotamiento Emocional
2. Despersonalización
3. Realización Personal.

### ***J. Operacionalización de Variables***

**Objetivo 1:** Determinar la prevalencia del Síndrome de Burn Out en los sujetos en personal médico y de enfermería.

Variables	Concepto	Indicador	Escala/Valor
Personal Médico	Profesional que practica la medicina y que intenta mantener y recuperar la salud humana.	Grado Académico	-Médicos generales -Médicos Internos (Pre-Grado) -Médicos Especialistas
Personal de Enfermería	Persona que tiene por oficio asistir o atender a enfermos, heridos o lesionados bajo las prescripciones de un médico, o ayudar al médico o cirujano.	Grado Académico	-Licenciada de enfermería -Auxiliares de enfermería
Prevalencia de BOS	Proporción de individuos que presentan síndrome de Burn Out en el momento del estudio.	-Baja Realización personal (0-33) - Alto Agotamiento emocional (>26) - Alta Despersonalización (>9)	- Positivo - Negativo

**Objetivo 2:** Identificar la distribución del síndrome de Burn Out en la población estudiada.

Variables	Concepto	Indicador	Escala/Valor
Edad	Tiempo que una persona ha vivido, a contar desde que nació.	Años cumplidos al momento del estudio.	20-29 años 30-39 años 40-49 años 50-59 años >60 años
Sexo	Características fenotípicas que diferencian a un hombre de una mujer, referida por los miembros participantes.	Cédula de identidad	Masculino Femenino
Horas laborales diarias	Número de horas trabajadas diarias, así como la duración en el lugar de trabajo.	Tipo de contrato laboral (Según planilla)	4hrs 8hrs
Turnos nocturnos	Jornadas laborales comprendida entre 1500hrs-0600hrs	Tipo de contrato laboral (Según planilla)	Si No

**Objetivo 3:** Indicar las dimensiones más afectadas en la población de estudio.

Variables	Concepto	Indicador	Escala/Valor
Agotamiento Emocional	Pérdida y disminución de los recursos emocionales	Cuestionario de Maslach	<19(Bajo) 19-26(Moderado) >26(Alto)
Despersonalización	Desarrollo de actitudes negativas de insensibilidad hacia los pacientes	Cuestionario de Maslach	<6 (Bajo) 6-9 (Moderado) 10 (Alto)
Realización Personal	Percepción propia del trabajo	Cuestionario de Maslach	0-33 (Bajo) 34-39 (Moderado) 40 (Alto)

### ***K. Cruce de Variables***

- Cargo laboral- Prevalencia de BOS
- Años laborales- Prevalencia de BOS
- Sexo- Prevalencia de BOS
- Edad- Prevalencia de BOS
- Cargo Laboral- Despersonalización
- Cargo laboral-Realización Personal
- Cargo laboral- Agotamiento Emocional

### ***L. Plan de análisis***

Los datos se presentarán en tablas y gráficos según frecuencia y porcentaje. La información será procesada en el programa SPSS versión 22. Posteriormente se utilizará el programa estadístico EpiInfo<sup>TM</sup> 7 para proceder al análisis epidemiológico de los datos tabulados en cuadros 2x2, se estimó el OR a la muestra seleccionada con un nivel de confianza de 95%, una prevalencia esperada del 50% y una precisión del 8%.



## Capítulo III: Resultado y Análisis.

### *M. Resultados*

**Resultado No.1:** La prevalencia general del BOS se encontró en un 25.26%, distribuido de la siguiente manera: 29.7% entre los médicos y un 22.5% de las enfermeras.

En el primer grupo los más afectados fueron los médicos internos con un 42.9%, seguidos por los médicos generales con un 25%, y por último los especialistas con un 21.1%. Entre el personal de enfermería las licenciadas manifestaron BOS en un 24.40% y las auxiliares en un 19%. Con una asociación estadística de un **OR 2.6 (0.80-8.43)**. Ver tabla No.1

**Resultado No.2:** En cuanto a la despersonalización, su grado más alto de presentación se manifestó en un 48.64% de los médicos y un 41.93% de las enfermeras. En el primer grupo distribuido en un 57.1% de los médicos internos, un 50% de los generales, y un 42.1% de los especialistas. Entre las enfermeras un 48.8% de las licenciadas y un 28.6% de las auxiliares. Con una asociación estadística de un **OR 1.81 (0.57-5.68)**. Ver tabla No. 2.1

**Resultado No.3:** Un grado alto de agotamiento emocional se presentó en un 32% de la población general, distribuido en un 35.13% de los médicos y 30.64% de las enfermeras, en el primer grupo los más afectados fueron los internos en un 50% seguido por los especialistas en un 26.3% y los generales con un 25%, en el segundo grupo las más afectadas fueron las auxiliares con un 47.6% seguidas por las licenciadas en un 22%. Con una asociación estadística de un **OR 2.4 (0.76-7.55)**. Ver tabla No. 2.2

**Resultado No.4:** La baja realización personal se manifestó en un 70.7% de la población general, con una prevalencia entre médicos de un 75.67%, siendo mayormente afectados los internos en un 85.7% seguido por los generales en un 75% y un 68.4% en los especialistas. En cuanto al personal de enfermería un 70.7% de las enfermeras y un 61.9% de las auxiliares. Con una asociación estadística de un **OR 2.79 (0.76-7.55)**. Ver tabla No. 2.3

**Resultado No.5:** La prevalencia de BOS según años laborales fue mayormente en la población entre 6-10 años y el 1 año, con un 37.5% y un 34.5% respectivamente. Con una asociación estadística de un **OR 2.02 (0.65-6.28)**. Ver tabla No.3

**Resultado No.6:** Según sexo, el masculino presentó un 32% de afectación, mientras que el femenino manifestó un 22.1%. Con una asociación estadística de un **OR 1.68 (0.65-4.33)**. Ver tabla No.4

**Resultado No.7:** Según la distribución por edad los dos intervalos más afectados fueron los 40-49 años y los 20-29 años respectivamente con un 37% y 35.3%. Con una asociación estadística de un **OR 2.23 (0.85-5.87)**. Ver tabla No.5

## ***N. Análisis de resultados***

En relación con la población estudiada, la prevalencia general del BOS se encontró en un 25.26%, con un comportamiento similar a lo reportado por algunos de los estudios latinoamericanos revisados durante la realización de este trabajo, los cuales lo sitúan en un 30% (Román, 2003).

En cuanto a su distribución por cargo laboral, se manifestó en un 29.7% del personal médico y un 22.5% del personal de enfermería con una diferencia entre poblaciones de apenas un 7.2%, mostrando un comportamiento opuesto a lo encontrado en la mayor parte de la literatura, la cual refleja una mayor prevalencia en el segundo grupo.

Del personal médico el subgrupo más afectado fueron los médicos internos (42.90%), seguido por los médicos generales (25%) y en último lugar los especialistas (21.10%). Lo cual llama la atención ya que a mayor complejidad y años de estudio menor fue la prevalencia reportada. Lo cual podría explicarse por un mecanismo adaptativo a las exigencias y ritmo laboral.

En el caso del personal de enfermería el comportamiento fue opuesto al grupo anterior, siendo las licenciadas las más afectadas (24.40%) en comparación con las auxiliares (19%), no se encontró referencia bibliográfica que hiciera una comparativa a estos dos subgrupos, y a diferencia de los médicos pareciese que a mayor años laborales y complejidad de procedimientos mayor prevalencia del síndrome.

El empleo del cuestionario de Maslach permitió identificar no sólo la prevalencia del Síndrome, sino también el grado de afectación de 3 esferas importantes en la cognición humana valoradas al momento del diagnóstico: la despersonalización, agotamiento emocional y la realización personal, las cuales si se encuentran fuera de rangos normales tienen repercusiones importantes en la salud y vida profesional.

La despersonalización presentó diversas variaciones en los subgrupos estudiados, con grados de severidad elevados en un 42.1% de los especialistas, 50% de los generales, y 57.1% de los internos, cifras importantes cuando tomamos en consideración que estas se reflejan como actitudes negativas de insensibilidad hacia el paciente, y más aún cuando los resultados indican que están presentes en casi la mitad de la población médica. Por su parte en el personal de enfermería un 48.8% de las licenciadas presentan niveles altos severidad, mientras que el grado de afectación prevalente en las auxiliares fue moderado en un 42.9%. Similar a la prevalencia general, pareciese que entre los médicos a mayor nivel de complejidad menor número de afectados, y una actitud inversa entre las enfermeras.

Entre la población médica el agotamiento emocional estuvo presente en niveles altos (>26) en un 35.13%, siendo los más afectados los internos, con un 50% de los estudiados mostrando cifras alarmantes, en cambio entre la población de enfermería un 30.64% mostraron niveles similares, y dentro de ellas fueron las auxiliares las que, con un 47.6%, tuvieron un mayor grado de afectación en el otro grupo de estudio. De forma que, mientras menos años académicos cursados mayor la afectación.

De las esferas en estudio, la que se encontró más afectada fue la baja realización personal. Su más bajo nivel de presentación fue el más prevalente en las poblaciones en estudio con un 75.67% de los médicos con una distribución de 68.4% entre de los especialistas, 75% de los generales y un 85.7% de los internos. Las enfermeras con una prevalencia general del 67.74%, dividido con 70.7% de las licenciadas y un 61.9% de las auxiliares, lo cual se traduce a un grupo mayoritario que considera que la situación actual contrasta con los objetivos de vida profesional propuestos al inicio de su carrera, y va de la mano con una sensación de insuficiencia y baja autoestima laboral, lo que quiere decir que más de la mitad de los estudiados percibe sus labores con frustración y de poca importancia.

El estudio también mostró que el BOS se manifestó mayormente en aquellos comprendidos entre los 6-10 años laborales dentro de la institución y los que recién cursaban por su primer año, en ese orden de presentación, este segundo grupo corresponde en su mayoría a la subpoblación conformada por médicos internos.

La distribución según sexo ha sido muy controversial, según la literatura revisada a nivel nacional, hay quienes han considerado que no existe asociación protectora o de riesgo entre ambos (Obando & García, 2002), sin embargo, otros como el Dr. Salinas Jiménez en su trabajo “Evaluación de estrés laboral en trabajadores del hospital docente José Dolores Fletes” considera que es predominante en el sexo femenino.

En este trabajo monográfico se encontró que el sexo más afectado fue el masculino con un 32% frente a un 22.1% en las féminas con apenas un 10% de diferencia entre ambos.

Por su parte, la prevalencia en edad fue predominante en aquellos comprendidos entre los 20-29 y 40-49 años respectivamente, siendo el primer grupo conformado en su mayoría por la población médico interno.

En ninguno de los estudios revisados durante la elaboración de este trabajo se observó la aplicación de métodos estadísticos para delimitar la muestra entre subpoblaciones lo cual implica una limitante y sesgo al momento del análisis de resultados, así como tampoco pruebas que valoren si en efecto lo encontrado implica la existencia de un factor de riesgo o protección entre los estudiados.

Por lo antes mencionado durante la selección del número de muestra se escogió el uso del método de Kish para muestras probabilísticas estratificadas, y posterior a la obtención de resultados estas fueron analizadas por medio de pruebas estadísticas, las cuales con valores inferiores de  $P < 1$  en todos los cruces de variables, demostraron que:

- Todos los grupos en estudio se encuentran en igual riesgo de presentar BOS.
- El Agotamiento emocional, la despersonalización y la baja realización personal pueden presentarse en su más alto nivel de afectación en cualquiera de los grupos estudiados, sin distinción alguna, pese a que en el actual estudio los médicos internos son los más afectados.
- Posterior al primer año cumplido el BOS puede presentarse a cualquier punto durante la vida laboral.

## Capítulo IV: Conclusiones

- La prevalencia general del BOS fue de un 25.26%, con una distribución de 29.7% y 22.5% entre médicos y enfermeras respectivamente.
- Las tres dimensiones afectadas en el BOS se encuentran afectadas de la siguiente manera: Despersonalización en un 44.4%, el agotamiento emocional en un 32.32% y la baja realización personal en un 70%.
- Pese a que en este estudio las subpoblaciones más susceptibles fueron los médicos internos y las licenciadas de enfermería al aplicar pruebas estadísticas se determinó que todos los subgrupos están en el mismo riesgo de desarrollar BOS o manifestar afectaciones en alguna de las tres esferas cognitivas.

## Capítulo V: Recomendaciones

Al Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe:

- Realizar valoraciones anuales al personal de salud para determinar y monitorear la prevalencia de BOS o sus esferas afectadas.
- Establecer vías de comunicación entre los responsables de área y los empleados para la identificación temprana del síndrome.
- Realizar talleres informativos del BOS y de control de estrés.
- Fomentar medidas para el respeto de horarios de reposo entre jornadas laborales.
- Promover actividades fuera del marco laboral para la recreación de los trabajadores.

Al Ministerio de Salud:

- Analizar el marco institucional/ laboral de los centros de salud y hospitales para identificar tendencias que incrementen la susceptibilidad de aparición del BOS.
- Fomentar jornadas laborales que no excedan lo establecido en el código del trabajo.
- Capacitar a los directores regionales y departamentales con talleres de manejo del estrés y BOS.
- Incluir el estrés laboral dentro de los problemas mentales asociados al trabajo.

Al Ministerio del Trabajo:

- Realizar un sondeo y reestructuración en los diversos organismos del estado para identificar jornadas y actitudes que vayan en contra de lo establecido por el código laboral.
- Promover el diálogo social en temas relacionados al estrés laboral y el BOS.



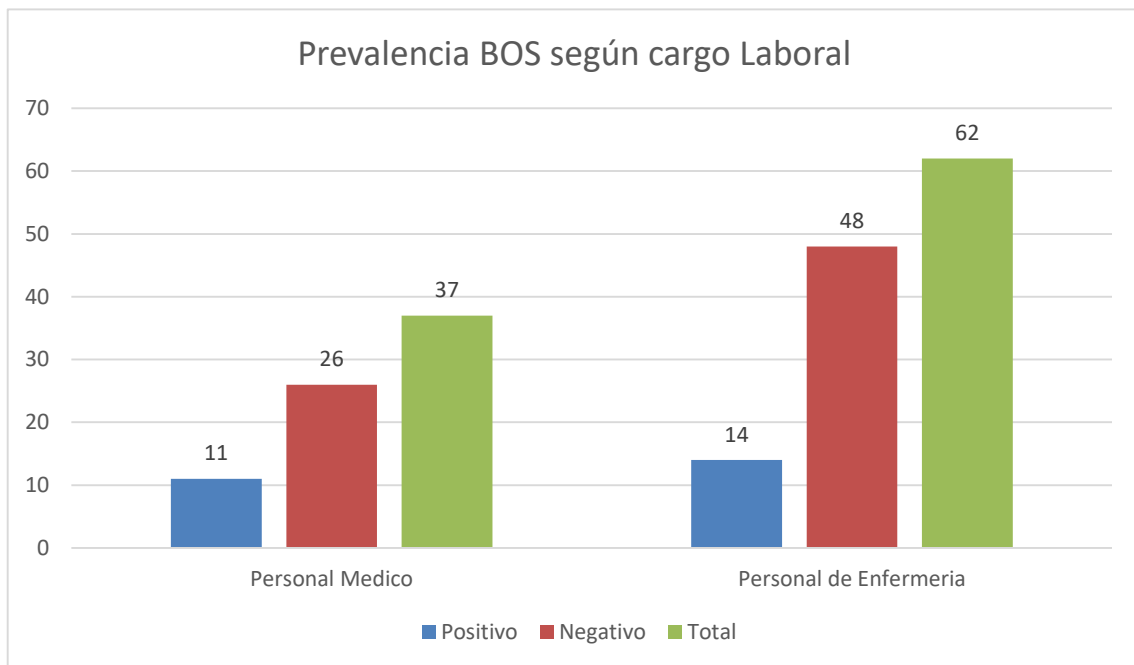
## Capítulo VI: Bibliografía

- Aragón, M., Morazán, D., & Montiel, René. (2008). Síndrome de Burnout en médicos y personal de enfermería del Hospital Escuela “Oscar Danilo Rosales Argüello”, León, 2007. *Universitas*, 2, pp.33-38.
- Gómez, T. (2013). Prevalencia del síndrome de Bumout en personal médicos del Servicio de Emergencia de cuatro hospitales públicos de Managua. Enero 2013. Abril 20, 2017, de Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua Sitio web: <http://repositorio.unan.edu.ni/1186/>
- Gutiérrez, G., Celis, M., Jiménez, S., & Suárez, J. (2006). Síndrome de burnout. *Archivos de Neurociencia*, 11, pp. 305- 309.
- Guevara, C., Henao, D., & Herrera, J. (2004). Síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes en Hospital Universitario del Valle, Calí, 2002. *Colombia Médica*, 35, p.4.
- Ley N°185. Diario La Gaceta, Managua, Nicaragua 30 de Octubre de 1996.
- Martínez, A. (2010). El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión.. *Vivat Academia*, 110, pp. 10-14.
- Maslach, C., Jackson, S., & Leiter, M. (1996). *Maslach burnout inventory manual*. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.
- Mealer, M., Moss, M., Good, V., Gozal, D., Kleinpell, R., & Sessler, G. (2016). What is Burnout Syndrome (BOS)?. *American Thoracic Society*, 194, pp.1-2.
- Méndez, J. (2004). Estrés laboral o síndrome de 'burnout'. *Acta pediátrica de México*, 25, pp.299-302.
- Mingote, J., Moreno, B., & Gálvez, M. (2007, Septiembre). Desgaste profesional y salud de los profesionales médicos: revisión y propuestas de prevención. *Elsevier*, 123, p.7.
- Webber, A., & Jaekel-Reinhard, A.. (2000). Burnout syndrome: a disease of modern societies?. *Occupational Medicine*, 50, pp.512-517.
- Webmaster. (2014). *Médicos Esclavos*. La Prensa, pp. 4-5.

## Capítulo VII: Anexos

<b>Tabla N°1.1 Prevalencia BOS según cargo laboral (Poblaciones)</b>			
Cargo Laboral	Prevalencia		Total
	Positivo	Negativo	
Personal médico	11 (29.7%)	26 (70.3%)	37 (100.00%)
Personal de Enfermería	14 (22.5%)	48 (77.5%)	62 (100.00%)

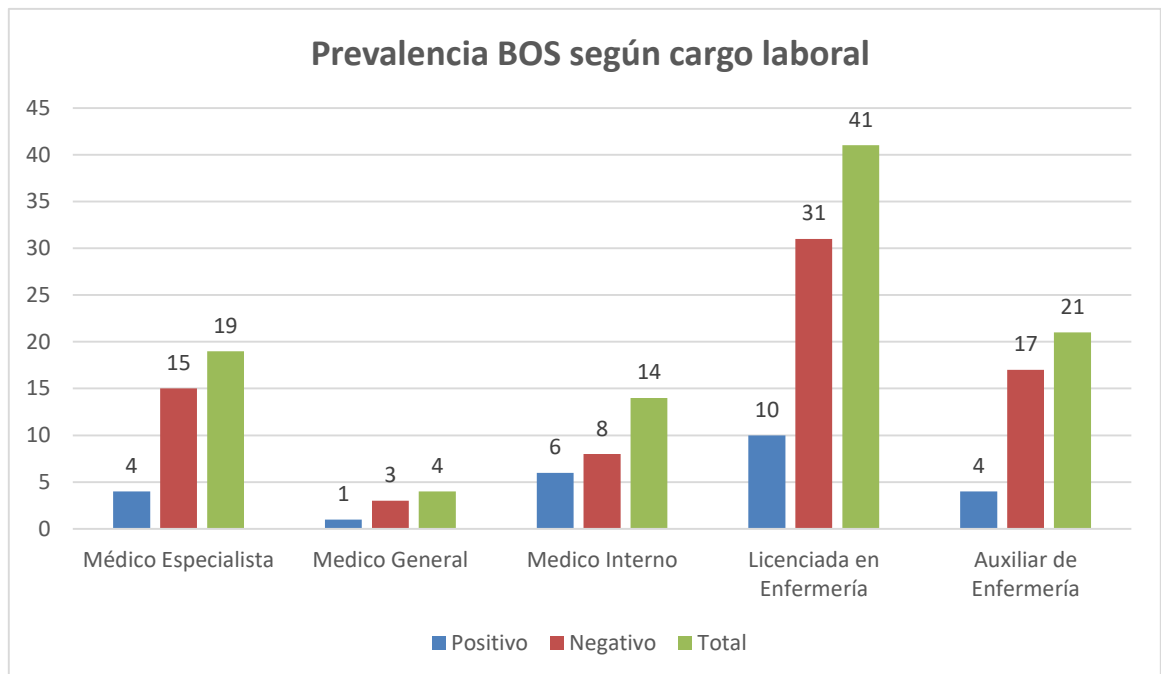
**Fuente:** Prevalencia y distribución del síndrome de burn-out en personal médico y de enfermería en el Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe en el período comprendido entre enero-marzo 2017.



**Fuente:** Prevalencia y distribución del síndrome de burn-out en personal médico y de enfermería en el Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe en el período comprendido entre enero-marzo 2017.

<b>Tabla N°1.2 Prevalencia BOS según cargo laboral</b>			
Cargo Laboral	Prevalencia		Total
	Positivo	Negativo	
Médico Especialista	4 (21.10%)	15 (78.90%)	19 (100.00%)
Médico General	1 (25.00%)	3 (75.00%)	4 (100.00%)
Médico Interno	6 (42.90%)	8 (57.10%)	14 (100.00%)
Licenciada en Enfermería	10 (24.40%)	31 (75.60%)	41 (100.00%)
Auxiliar de Enfermería	4 (19.00%)	17 (81.00%)	21 (100.00%)

**Fuente:** Prevalencia y distribución del síndrome de burn-out en personal médico y de enfermería en el Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe en el período comprendido entre enero-marzo 2017.

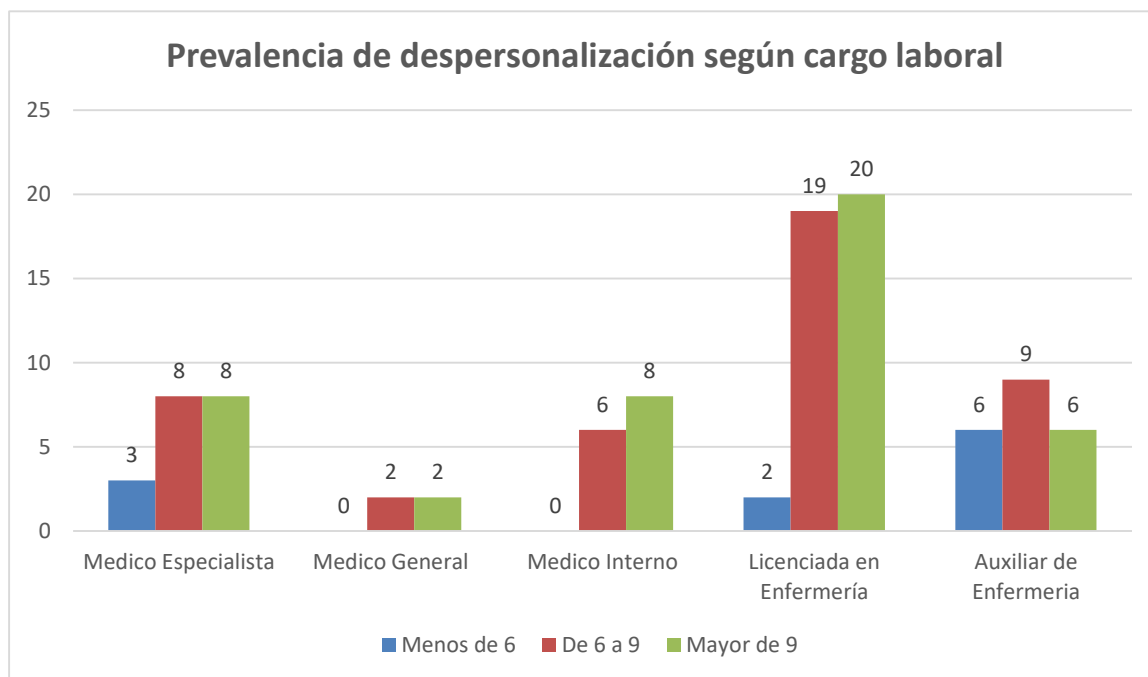


**Fuente:** Prevalencia y distribución del síndrome de burn-out en personal médico y de enfermería en el Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe en el período comprendido entre enero-marzo 2017.

**Tabla N°2.1 Prevalencia de despersonalización según cargo laboral**

Cargo Laboral	Despersonalización			Total
	<6	6-9	10	
Médico Especialista	3 (15.8%)	8 (42.1%)	8 (42.1%)	19 (100.0%)
Médico General	0 (0.0%)	2 (50.0%)	2 (50.0%)	4 (100.0%)
Médico Interno	0 (0.0%)	6 (42.9%)	8 (57.1%)	14 (100.0%)
Licenciada en Enfermería	2 (4.9%)	19 (46.3%)	20 (48.8%)	41 (100.0%)
Auxiliar de Enfermería	6 (28.6%)	9 (42.9%)	6 (28.6%)	21(100.0%)

**Fuente:** Prevalencia y distribución del síndrome de burn-out en personal médico y de enfermería en el Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe en el período comprendido entre enero-marzo 2017.

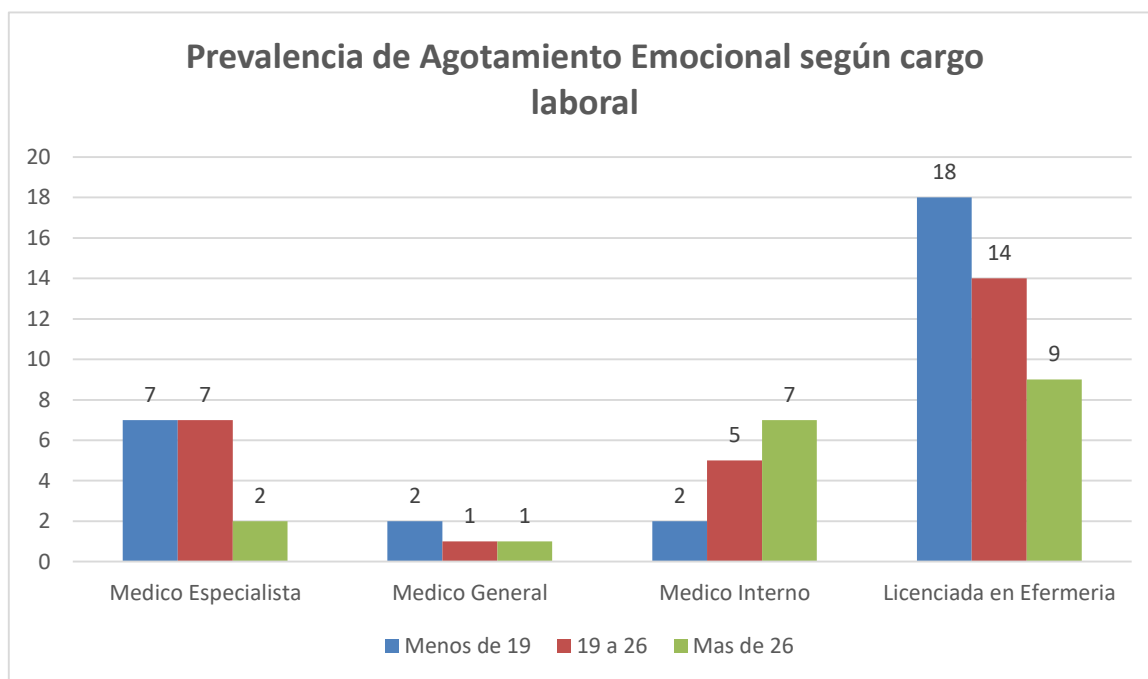


**Fuente:** Prevalencia y distribución del síndrome de burn-out en personal médico y de enfermería en el Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe en el período comprendido entre enero-marzo 2017.

**Tabla N°2.2 Prevalencia de Agotamiento Emocional según cargo laboral**

Cargo Laboral	Agotamiento Emocional			Total
	<19	19-26	>26	
Médico Especialista	7 (36.8%)	7 (36.8%)	5 (26.3%)	19 (100.0%)
Médico General	2 (50.0%)	1 (25.0%)	1 (25.0%)	4 (100.0%)
Médico Interno	2 (14.3%)	5 (35.7%)	7 (50.0%)	14 (100.0%)
Licenciada en Enfermería	18 (43.9%)	14 (34.1%)	9 (22.0%)	41 (100.0%)
Auxiliar de Enfermería	6 (28.6%)	5 (23.8%)	10 (47.6%)	21(100.0%)

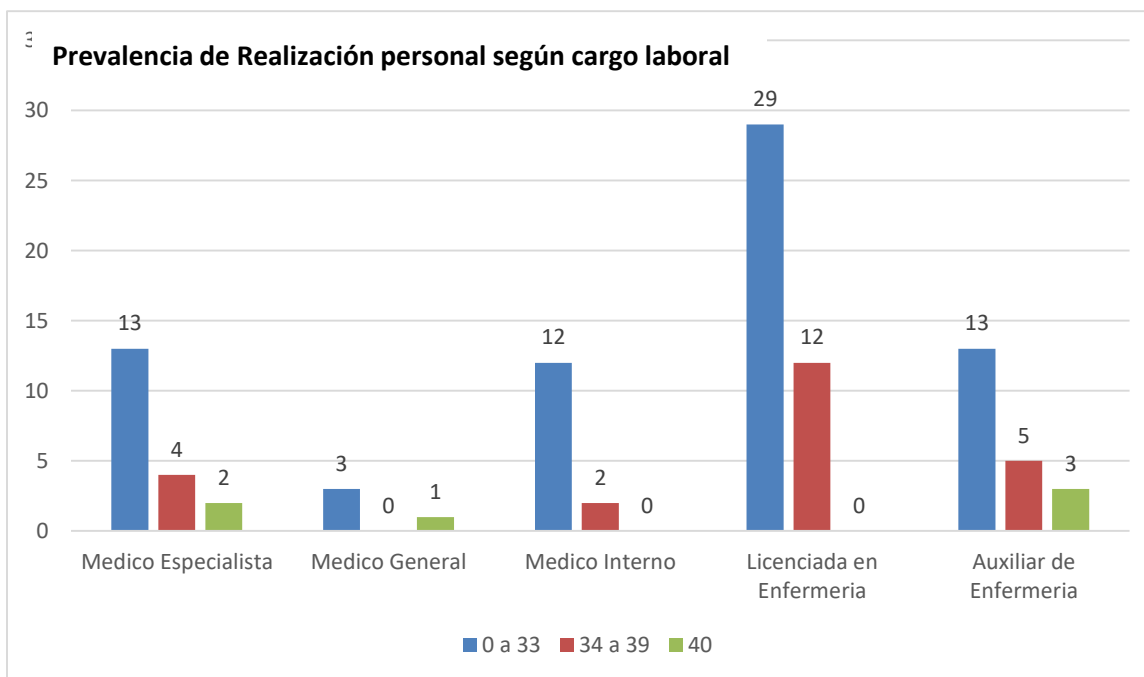
**Fuente:** Prevalencia y distribución del síndrome de burn-out en personal médico y de enfermería en el Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe en el período comprendido entre enero-marzo 2017.



**Fuente:** Prevalencia y distribución del síndrome de burn-out en personal médico y de enfermería en el Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe en el período comprendido entre enero-marzo 2017.

Cargo Laboral	Realización personal			Total
	0-33	34-39	40	
Médico Especialista	13 (68.4%)	4 (21.1%)	2 (10.5%)	19 (100.0%)
Médico General	3 (75.0%)	0 (0.0%)	1 (25.0%)	4 (100.0%)
Médico Interno	12 (85.7%)	2 (14.3%)	0 (0.0%)	14 (100.0%)
Licenciada en Enfermería	29 (70.7%)	12 (29.3%)	0 (0.0%)	41 (100.0%)
Auxiliar de Enfermería	13 (61.9%)	5 (23.8%)	3 (14.3%)	21(100.0%)

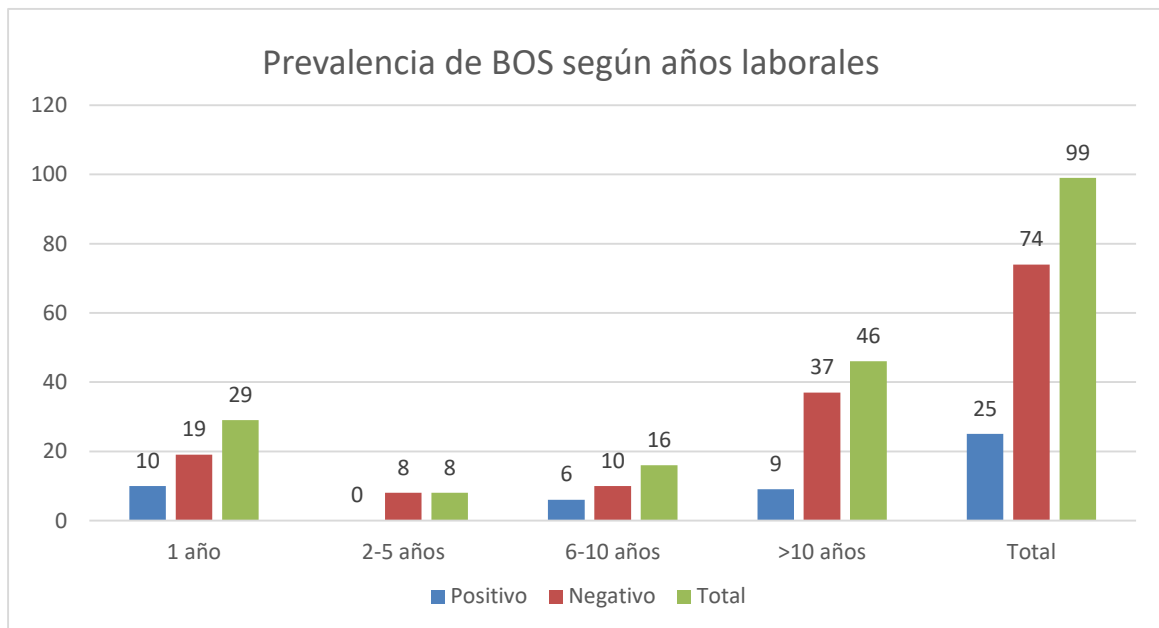
**Fuente:** Prevalencia y distribución del síndrome de burn-out en personal médico y de enfermería en el Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe en el período comprendido entre enero-marzo 2017.



**Fuente:** Prevalencia y distribución del síndrome de burn-out en personal médico y de enfermería en el Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe en el período comprendido entre enero-marzo 2017.

<b>Tabla N°3 Prevalencia de BOS según años laborales</b>			
Años Laborales	Prevalencia BOS		Total
	Positivo	Negativo	
1 año	10 (34.5%)	19 (65.5%)	29 (100.0%)
2-5 años	0 (0.0%)	8 (100.0%)	8 (100.0%)
6-10 años	6 (37.5%)	10 (62.5%)	16 (100.0%)
>10 años	9 (19.6%)	37 (80.4%)	46 (100.0%)
Total	25 (25.3%)	74 (74.7%)	99 (100.0%)

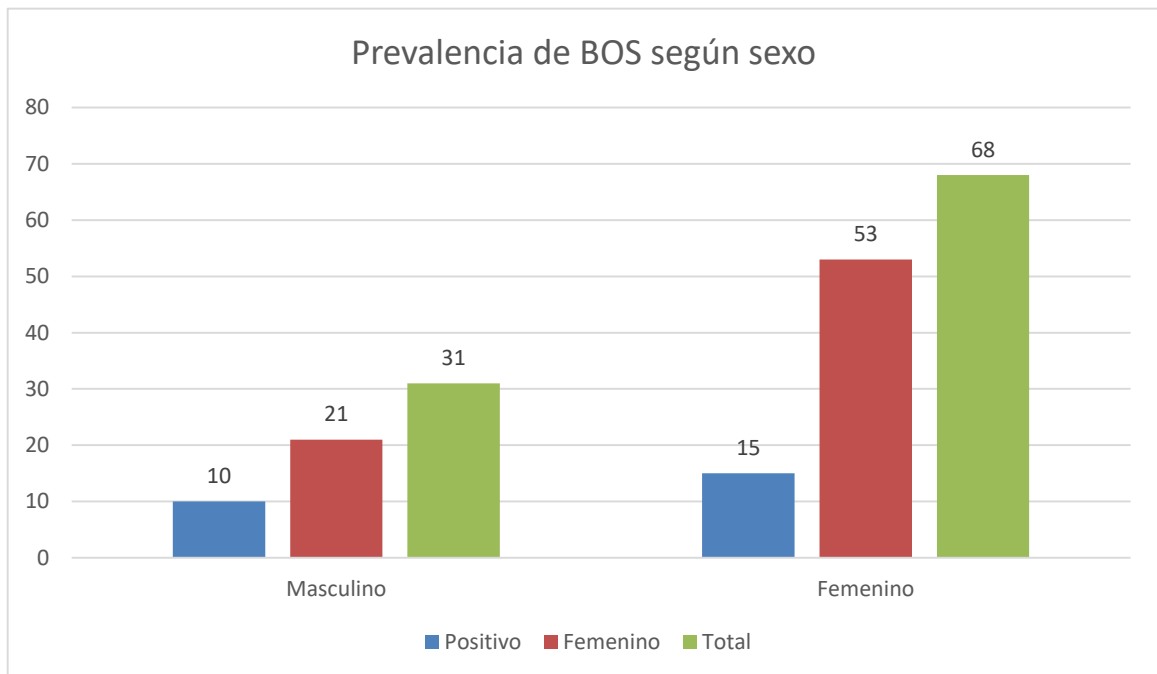
**Fuente:** Prevalencia y distribución del síndrome de burn-out en personal médico y de enfermería en el Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe en el período comprendido entre enero-marzo 2017.



**Fuente:** Prevalencia y distribución del síndrome de burn-out en personal médico y de enfermería en el Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe en el período comprendido entre enero-marzo 2017

<b>Tabla N°4 Prevalencia de BOS según sexo</b>			
Sexo	Prevalencia de BOS		Total
	Positivo	Negativo	
Masculino	10 (32%)	21 (67.7%)	31 (31%)
Femenino	15 (22.1%)	53 (77.9%)	68 (100%)

**Fuente:** Prevalencia y distribución del síndrome de burn-out en personal médico y de enfermería en el Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe en el período comprendido entre enero-marzo 2017.

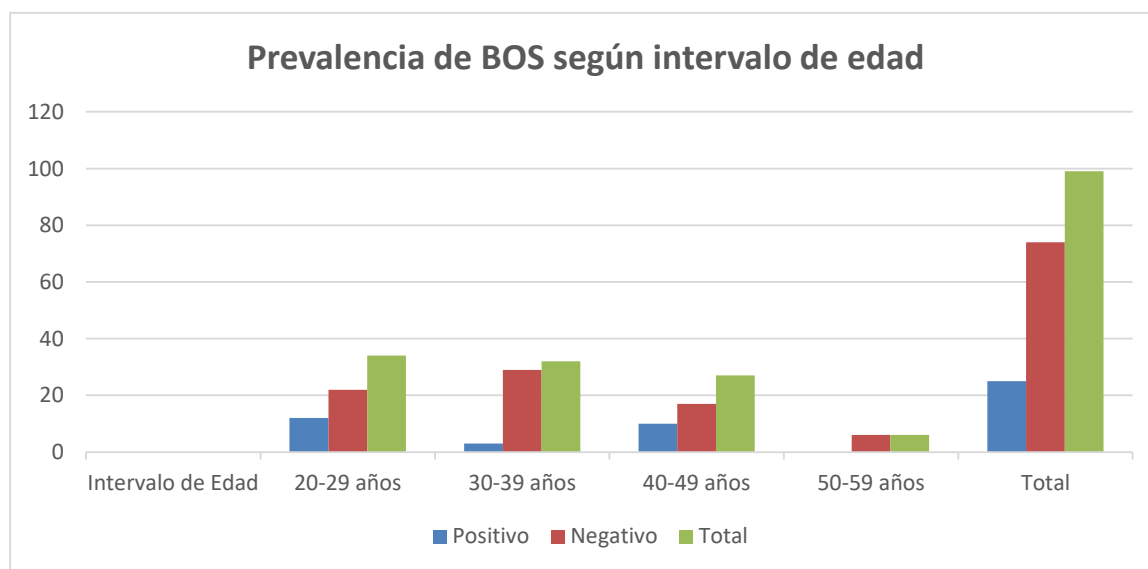


**Fuente:** Prevalencia y distribución del síndrome de burn-out en personal médico y de enfermería en el Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe en el período comprendido entre enero-marzo 2017.



<b>Tabla N°5 Prevalencia de BOS según intervalo de edad.</b>			
Intervalo de Edad	Prevalencia BOS		Total
	Positivo	Negativo	
20-29 años	12 (35.3%)	22 (64.7%)	34 (100.0%)
30-39 años	3 (9.4%)	29 (90.6%)	32 (100.0%)
40-49 años	10 (37.0%)	17 (63.0%)	27 (100.0%)
50-59 años	0 (0%)	6 (100%)	6 (100.0%)
Total	25 (25.3%)	74 (74.7%)	99 (100.0%)

**Fuente:** Prevalencia y distribución del síndrome de burn-out en personal médico y de enfermería en el Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe en el período comprendido entre enero-marzo 2017.



Prevalencia y distribución del síndrome de burn-out en personal médico y de enfermería en el Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe en el período comprendido entre enero-marzo 2017.

<b><i>Cruce de variables</i></b>	<b><i>Odds Ratio</i></b>	<b><i>Valor inferior de P</i></b>	<b><i>Valor Superior de P</i></b>
Internos- BOS	2.60	0.80	8.43
Internos- AE	2.40	0.76	7.55
Internos- D	1.81	0.57	5.68
Internos- RP	2.79	0.58	13.35
Años laborales- BOS	2.02	0.65	6.28
Sexo- BOS	1.68	0.65	4.33
Intervalo de edad- BOS	2.23	0.85	5.87

**Fuente:** Prevalencia y distribución del síndrome de burn-out en personal médico y de enfermería en el Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe en el período comprendido entre enero-marzo 2017.

**Edad:**            **Años laborales:**            **Turnos Nocturnos:**            **Cargo:**

**No.Teléfono (Opcional):**

<b>Inventario de Maslach</b>						
	Items	1	2	3	4	5
A.E	Me siento emocionalmente defraudado en mi trabajo					
A.E	Cuando termino mi jornada de trabajo me siento agotado					
A.E	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento agotado.					
R.P	Siento que puedo entender fácilmente a las personas que tengo que atender.					
D	Siento que estoy tratando a algunos beneficiados de mí, como si fuesen objetos impersonales.					
A.E	Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa					
R.P	Siento que trato con mucha efectividad los problemas de las personas a las que tengo que atender.					
A.E	Siento que mi trabajo me está desgastando					
R.P	Siento que estoy influyendo positivamente en las vidas de otras personas a través de mi trabajo.					
D.	Siento que me he hecho más duro con la gente					
D.	Me preocupa que este trabajo me está endureciendo emocionalmente					
R.P	Me siento muy enérgico en mi trabajo					
A.E	Me siento frustrado por el trabajo					
A.E	Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo					
D.	Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a las personas a las que tengo que atender profesionalmente.					
A.E	Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa.					
R.P	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable en mi trabajo					
R.P	Me siento estimulado después de haber trabajado íntimamente con quienes tengo que atender.					
R.P	Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo					
A.E	Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades					
R.P	Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada					
D	Me parece que los beneficiarios de mi trabajo me culpan de algunos problemas					