

**UNIVERSIDAD AMERICANA
FACULTAD DE MEDICINA**



Comportamiento Psico laboral del Síndrome de Burn Out en personal de salud del servicio de Emergencia del Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños” Periodo de Agosto y Septiembre del año 2010.

**TRABAJO DE INVESTIGACION MONOGRAFICO
PARA OPTAR AL TITULO DE:**

"MEDICO Y CIRUJANO"

Autoras

Bcher. Leidgam Alicia García Lara.
Bcher. Ekaterina Barahona Kojevnikova.

TUTOR:

**Dr. Luis Alberto Chávez Corrales.
Especialista en 1er Grado de higiene y seguridad laboral.**

Managua, Nicaragua, Octubre 2010.

DEDICATORIA

A DIOS, por darme la vida, sabiduría y el compromiso para poder llevar a cabo este trabajo monográfico. Con mucho amor, para mis padres **Magdiel García O. y Alicia Lara B.** ya que gracias a su dedicación y sacrificio, soy la gran mujer que soy ahora, a mis hermanos **Karla Vanessa García, Brissa Yahoska García y Magdiel Irzan García** que siempre me han apoyado y amado.

Leidgam Alicia García Lara.

A Dios por todas las bendiciones que me ha brindado. A mi mami bella que ha sido mi ejemplo a seguir el todo momento, a mi hermanito y mi abuelita por su apoyo y amor.

Ekaterina Barahona Kojevnikova

AGRADECIMIENTO

A mi tío **Kamilo Lara Bermúdez**, por estar siempre ahí para mí y su apoyo incondicional, a mi gran amiga **Ekaterina Barahona** por haber sido parte de mi carrera y compañera para haber logrado culminar este trabajo monográfico, a **Julio Alejandro Cisneros** por su apoyo y por simplemente haber estado siempre en mi corazón y a **Oscar García** por su amistad y apoyo durante todos estos años.

Leidgam Alicia García Lara.

Principalmente al Dr. **Rocha** por guiarnos a realizar este trabajo y por brindarnos información. A mi compañera **Leidgam García** por todo el apoyo durante toda la carrera y la amistad que hemos formado. A **Víctor Lau** por haberme dado fuerzas para llevar a cabo este trabajo monográfico siempre con mucho amor. A **Sara Artiles** y **Carlos Tercero** por darme el empujón extra.

Ekaterina Barahona Kojevnikova

OPINIÓN DEL TUTOR.

Con este trabajo estamos abordando la problemática que enfrentamos actualmente al Contemplarla seguridad y calidad de vida del trabajador de la salud. En la cual se establece que por derecho de constitución, se instituye a la empresa velar por la salud y calidad de vida de los trabajadores de la salud.

Este trabajo puede ser el inicio del cumplimiento de estos derechos.

Dr. Luis Alberto Chávez Corrales.
Especialista en 1er Grado de higiene y seguridad laboral.

RESUMEN

El Síndrome de Burn Out o Síndrome del desgaste profesional, es un término que se traduce como, agotarse, sentirse exhausto, "volverse inútil por uso excesivo". Teniendo este síndrome diversos grados de presentación, se realizó este trabajo de investigación para conocer el comportamiento del mismo en el personal asistencial que labora en el Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños” con la finalidad de que sirva como punto de partida para la elaboración de estrategias que ayuden o mejoren la salud mental y con ello. Objetivo General Caracterizar el Síndrome de Burn out en trabajadores de la salud de la ruta crítica del Hospital Militar Escuela Dr. “Alejandro Dávila Bolaños” en el periodo comprendido entre Agosto y Septiembre del 2010. Objetivos Específicos: Identificar los principales factores socio demográficos asociados a la aparición de este síndrome. Determinar la presencia del Síndrome de Burn out en los trabajadores de referencia. Determinar el grado de agrupación de dimensiones quemadas. Relacionar las dimensiones que conforman el Síndrome de Burn out con el tipo de profesión. Material y Método: El presente estudio es de tipo observacional descriptivo de corte transversal. Para la realización del estudio se aplicaron dos instrumentos: una encuesta social demográfica y un inventario denominado Maslach Burn out Inventory (MBI). Las Dimensiones exploradas fueron: *a)* Cansancio emocional; *b)* Despersonalización y *c)* Realización personal. Resultados: Se encontró presencia de Burn out con afectación de la Dimensión **falta de realización personal** en el 56% de los trabajadores. La Dimensión **despersonalización**, fue **alta** en el 30% del personal asistencial. La Dimensión **cansancio emocional**, fue **alta** en el 28% de los estudiados. Las variables socio demográficas que mostraron tener asociación con el síndrome fueron el sexo femenino, la presencia de hijos, pocos años de ejercicio profesional, ser médico residente y personal enfermero (a). El Agotamiento emocional, la despersonalización y la Realización personal mostraron asociación significativa con el tipo de profesión del trabajador, siendo los médicos el tipo de profesión más afectada para cada una de las dimensiones y los de enfermería para la dimensión de despersonalización.

INDICE

I.	INTRODUCCIÓN	1
II.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
III.	OBJETIVOS	4
IV.	MARCO TEÓRICO	5
V.	NATURALEZA Y MÉTODO	30
VI.	RESULTADOS	33
VII.	ANALISIS DE RESULTADOS	34
VIII.	CONCLUSION	36
IX.	RECOMENDACIONES	37
X.	BIBLIOGRACIA	38
XI.	ANEXOS	40

I. INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Burn out o Síndrome del desgaste profesional, es un término que se traduce como, agotarse, sentirse exhausto, "volverse inútil por uso excesivo". (1) Las profesiones de servicio que están ligadas a la vida, entre las que se encuentran la medicina y la enfermería, se caracterizan por el hecho de que la profesión no es algo externo al individuo, sino que abarca la totalidad de la persona. La actividad que desarrollan estos profesionales, incluyen un compromiso personal y una interacción directa con las personas a las que atienden y, por tanto, suelen trabajar con los aspectos más intensos del cuidado del paciente (sufrimiento, ira, frustración, miedo, muerte, etc.) Esta interacción va sumada a pequeñas, medianas o grandes dosis diarias de estrés, lo que puede provocar que el colectivo tenga una predisposición a experimentar un cierto grado de desgaste profesional, que puede conducir a la manifestación de actitudes y sentimientos desfavorables, tanto para el profesional como para la persona a la que ofrece su servicio.

En los días que corren, cada vez se le presta más atención al desgaste emocional que produce el ejercicio de la actividad asistencial, debido a las características propias de la práctica profesional, a las presiones de las organizaciones de salud, a las mayores demandas sociales, y los condicionamientos de vivir en países donde la incertidumbre y la falta de proyección de futuro es moneda corriente. Estas razones son las que, aparentemente, conducen a un tremendo cansancio psicológico y a una falta de motivación, lo que demanda consecuencias negativas para los profesionales y sus familias, los pacientes y al propio sistema de salud. (18)

Teniendo este síndrome diversos grados de presentación y siendo posible identificar las variables que lo precipitan, se realizó este trabajo de investigación para conocer el comportamiento del mismo en el personal asistencial que labora en el Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños” con la finalidad de que sirva como punto de

partida para la elaboración de estrategias que ayuden o mejoren la salud mental y con ello mejorar la calidad de la atención brindada por los mismos, evitando que se siga manifestando de forma “invisible” ante las autoridades involucradas. El interés por el estudio de la calidad de vida laboral viene asociado al estrés laboral y a sus repercusiones, ya que el mismo afecta la salud física y mental del trabajador, incide sobre su rendimiento laboral, e impacta de manera directa a la organización que lo contrata. En consecuencia, dentro del marco del estudio de los procesos del estrés laboral surgió el estudio del síndrome de *Burn out*, considerado como un serio proceso de deterioro de la calidad de vida del trabajador.

En toda institución de salud, que planifica en base a metas con objetivos bien definidos, en donde se toma en cuenta el recurso humano, conocer el comportamiento del Burn Out, permite definir hasta donde podrá llegar con el personal con que se cuenta. Conocer la problemática en el gremio médico, paramédico, administrativo y de servicio, permite planear estrategias que se puedan cumplir, y de esta manera dar salida a los propósitos planificados en la atención secundaria, la cual tiene que ser de calidad, para que de esta forma se satisfagan las demandas de los pacientes que solicitan de los servicios del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños.

No se encontraban antecedentes acerca de este problemática en el Hospital Militar. Aunque se sabe que a través del Programa de Atención Médica Especializada del Cuerpo Médico Militar, se aborda toda la problemática de salud que presenta el personal médico, paramédico, administrativo y de servicio anualmente al personal militar mayor de 40 años. Se aborda la sintomatología que puede ser producto del Síndrome de Burn Out, pero no se busca la problemática con los métodos establecidos, ni se corrigen las deficiencias en base a la problemática presentada.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es el Comportamiento Psico laboral del Síndrome de Burnout en el personal asistencial de la ruta crítica del Hospital Militar Escuela Dr. “Alejandro Dávila Bolaños” en el periodo de Agosto a Septiembre del 2010?

III. OBJETIVOS

Objetivo General

Caracterizar el Síndrome de Burn out en trabajadores de la salud de la ruta crítica del Hospital Militar Escuela Dr. “Alejandro Dávila Bolaños” en el periodo comprendido entre Agosto y Septiembre del 2010.

Objetivos Específicos

1. Identificar los principales factores socio demográficos asociados a la aparición de este síndrome.
2. Determinar la presencia del Síndrome de Burn out en los trabajadores de referencia.
3. Determinar el grado de agrupación de dimensiones quemadas.
4. Relacionar las dimensiones que conforman el Síndrome de Burn out con el tipo de profesión.

IV. MARCO TEÓRICO

En los primeros años de la década del 70, un estudio con profesionales relacionados al tratamiento de usuarios de drogas mostró que, después de algunos meses de trabajo, estos profesionales compartían algunos síntomas que ya habían sido observados y estudiados, pero en forma aislada (Freudenberger, 1974). Se podía observar el sufrimiento. Algunos decían que ya no veían a sus "pacientes" como personas que necesitasen de cuidados especiales, dado que ellos no se esforzaban por dejar de usar drogas. Otros decían que estaban tan cansados que a veces ni deseaban despertar para no tener que ir al trabajo. Otros afirmaban que no lograban cumplir los objetivos que se habían imaginado. Se sentían incapaces de modificar el status quo; se sentían derrotados. A estos síntomas, ahora buscados y analizados en conjunto, se le atribuye el nombre de Burn Out. (5)

Una investigación llevada a cabo en la Universidad de Extremadura (España), traduce al término anglosajón Burn Out, como "estar quemado", desgastado, exhausto y perder la ilusión por el trabajo. Estos investigadores, coordinados por Eloísa Guerrero Barona, también coinciden en que aunque no existe una definición unánimemente aceptada sobre Burn Out, sí parece haber consenso en que se trata de una respuesta al estrés laboral crónico, una experiencia subjetiva que engloba sentimientos y actitudes con implicaciones nocivas para la persona y la organización, para lo cual hacen referencia a diferentes autores. Gil-Monte y Peiró han afirmado que el síndrome del quemado puede estudiarse desde dos perspectivas, clínica y psicosocial. (5,8) Fue desde la perspectiva clínica que Freudenberger utilizó el término por primera vez en 1974. (5,9, 11)

En esta misma línea, Fischer (1983) consideró el Burn Out como un estado resultante del trauma narcisista que conllevaba una disminución en la autoestima de los sujetos, mientras que Pines y Aronson, lo conceptualizan como un estado en el que se combinan fatiga emocional, física y mental, sentimientos de impotencia e inutilidad y baja autoestima. Iba acompañado de un conjunto de síntomas que incluía vacío físico,

sentimientos de desamparo y desesperanza, desilusión y desarrollo de un autoconcepto y una actitud negativa hacia el trabajo y hacia la vida misma. (7)

En su forma más extrema, el Burn Out representa un punto de ruptura más allá del cual la capacidad de enfrentarse con el ambiente resulta severamente disminuida y es especialmente duro para personas entusiastas e idealistas. (5) Desde una perspectiva psicosocial, la mayoría de sus adeptos, aceptan hoy la definición de Burn Out elaborada por Maslach y Jackson en 1986, quienes lo consideran como una respuesta, principalmente emocional, situando los factores laborales y los organizacionales como condiciones y antecedentes. (5, 11) Los estudios de Maslach y Jackson defienden que Burn Out es un síndrome tridimensional que se desarrolla en aquellos profesionales cuyo objeto de trabajo son personas (usuarios) y añaden tres dimensiones características (Agotamiento emocional, despersonalización y bajo logro o realización profesional y/ o personal). (5, 11) Desde entonces se han elaborados trabajos para medir el Burn Out entre los que podemos mencionar: El síndrome de Burn out en trabajadores de la salud de la atención primaria. Dr. Julio Cabrera Rego. Instituto de Ciencias Médicas de la Habana, Cuba - 2006. (4,9) En una muestra de 130 trabajadores de la salud encuestados: 29 (22.3%) son portadores del síndrome, siendo más afectados los médicos y personal de enfermería. En el grupo etáreo de 24 a 35 años (29.3%).

En otro estudio en donde se abordaron los aspectos epidemiológicos del Síndrome de Burn out en personal sanitario realizado en Guadalajara – México reporto que hubo un predominio del sexo femenino, de más de 44 años, sin pareja estable, con más de 19 años de antigüedad, con 36 y 40 horas laborales semanales.

El Síndrome de Burn out también fue realizado en médicos residentes que realizan guardias en el servicio de urgencia del Hospital Virgen de las Nieves, Granada, España en Enero del 2007 obteniéndose un predominio promedio en personas de 26 años 72.4% mujeres, 48.3% Médicos Residentes I, 36.2% Médicos Residentes II y 15.5% Médicos

Residentes III 95%. Los valores médicos estudiados fueron: despersonalización 60%, cansancio emocional 74% y baja realización personal 70%.⁽⁹⁾

En Nicaragua son pocos los estudios acerca del Síndrome de Burn out, encontrándose los siguientes resultados: Prevalencia de Síndrome de Burn out y las características que presentan en el personal médico afectado de los Hospitales Alemán Nicaragüense, Antonio Lenin Fonseca, Bertha Calderón, en el 1er Trimestre del 2007. La muestra de 248 médicos logro diagnosticar Síndrome de Burn out en un 23.4% de la muestra total, con predominio del sexo femenino en un 56.9%, con prevalencia en las edades de 40 – 49 años con un 29.3%. El personal de salud tuvo una prevalencia para cansancio emocional del 54%. ⁽¹⁶⁾ En otro estudio de prevalencia realizado en el personal de emergencia del Hospital Manuel de Jesús Rivera, Abril en el 2002, se encontró bajo grado de Burn out (56.9%), sin diferencias con respecto al sexo, edad y situación laboral. ⁽¹⁴⁾ El síndrome afectó mayormente al personal “acompañado”, sin hijos, que realizan turnos durante más de 24 horas, y cada 4 días con una antigüedad profesional y en la emergencia que oscila entre 1 a 4 años, así mismo, los más afectados fueron los médicos de dicha institución hospitalaria.

Se realizo un estudio que abordaba los aspectos epidemiológicos del Síndrome Burn out en Médicos del Hospital y Centro de Salud de Managua en Agosto del 2001. En este estudio se encontró la presencia de los parámetros para el diagnóstico del síndrome, con una prevalencia de cansancio emocional del 22.37%, despersonalización 7.27% y realización personal del 35.39%. ⁽⁹⁾

Se realizo un estudio de corte transversal para estudiar la presencia del síndrome de Burn out en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello (HEODRA) de la ciudad de León, Nicaragua, en el año 2007. La población de estudio estuvo constituida por un total de 65 médicos y 100 del personal de enfermería. Se presentaron el doble de casos en el personal de enfermería que en los médicos. La dinámica de trabajo fue el factor más

percibido como desfavorable. La relación antigüedad laboral-casos tuvo comportamiento inverso, entre el personal de enfermería, a mas años labores más casos, y lo contrario entre los médicos.

Mayor parte de casos son jóvenes y se encuentran casados. Los casos predominantes en el personal de enfermería fueron del sexo femenino, en los médicos fue el masculino. Se recomendó buscar la equidad en la distribución de los horarios y trato interpersonal. (1) Promover y mantener en forma permanente sistemas de evaluación del personal, y crear grupos terapéuticos de contención emocional dirigidos a todos el personal de trabajo, con el fin de promover mayor solidaridad, diálogo y respeto por las opiniones de los otros, mejorando los canales de comunicación entre los compañeros de trabajo.

En marzo del 2008 el Dr. Gonzalo Enrique Latino Saballos, publica su trabajo monográfico titulado Síndrome de burnout en personal asistencial del hospital escuela Dr. Roberto Calderón Gutiérrez en Enero del 2008, donde concluyo que la mayoría de los sujetos encuestados tenían un grado de afectación predominantemente moderado o alto del síndrome de Burn out.

Técnicos y enfermeros presentaron moderado puntaje en las tres escalas del cuestionario MBI (Cansancio Emocional, Despersonalización y Realización Personal) .El gremio médico presento mayor afectación con puntaje alto en las tres escalas.

En relación a los resultados podría ser un perfil de riesgo: Ser Médico (a), tener entre 25 y 35 años, tener pareja, tener 1 ó 2 hijos, realizar turnos nocturnos y tener menos de 10 años laborados; Sin embargo por las limitantes de nuestro estudio deberán hacerse estudios dirigidos a valorar nuestros resultados.

Se define **estrés** como toda aquella agresión emocional, física, social, económica o de cualquier otro tipo que exija una respuesta o un cambio por parte del individuo. (3, 9) El término Burnout se tomó de la industria aeroespacial, que significa agotamiento del

carburante de un cohete como resultado del calentamiento excesivo. La traducción literal de este término es "estar quemado". (5) Se trata de un síndrome clínico descrito en 1974 por Herbert Freudenberger, psiquiatra que trabaja en una clínica para toxicómanos en NY, este término alude a la idea de quemar, arder o consumirse que sufren los que están superados por las situaciones que deben enfrentar. Las "victimas" suelen ser personas con actitudes de hiperresponsabilidad y que en las organizaciones de trabajo cumplen funciones para tapar falencias o agujeros. (4,5) El Burn out es una patología severa que suele derivarse de stress laboral.

Es un cuadro crónico en el que se experimenta agotamiento emocional, falta de realización y una despersonalización. (5) En 1976, el síndrome se instala definitivamente en el ámbito académico a partir de los trabajos de la psicóloga Cristina Maslach presentados públicamente en el Congreso Anual de la Asociación de Psicología (APA), refiriéndose a una situación de sobrecarga emocional cada vez más frecuente entre los trabajadores de servicios humanos, que después de meses o años de dedicación terminaban “quemándose”. Junto con su colega Susan Jackson estructuraron este síntoma como un proceso de estrés crónico por contacto, en el cual dimensionaron tres grandes aspectos:

- Cansancio emocional: cuando aparece una disminución y/ o pérdida de los recursos emocionales.
- Despersonalización: cuando aparecen actitudes negativas, de insensibilidad.
- Sensación de falta de realización profesional: suele evaluarse al trabajo de forma negativa, con vivencias de insuficiencia profesional y baja autoestima personal. (5,11)

Maslach, inicialmente estaba interesada en comprender cómo podrían las personas que trabajan en situaciones de crisis, desarrollar su trabajo de manera calma y eficiente; las únicas referencias importantes que encontró a esta pregunta provenían de la literatura médica.

A partir de su investigación en algunos temas de ética médica, Maslach dirigió el curso de su investigación hacia la comprensión de la experiencia del personal médico. (5,9, 11) Ella realizó la primera investigación sobre el tema recolectando sistemáticamente datos de cientos de entrevistados de todos los campos de servicios humanos: médicos, enfermeras, maestros, policías, trabajadores sociales, psicólogos. Y luego basándose en estos datos estructuró la primera teoría y desarrollo el primer instrumento científico de medición del Burn out. (Maslach, 1982). (9,11, 16) A partir de estos trabajos iniciales, el cuadro fue recibiendo los aportes de otros estudiosos, hasta que en noviembre de 1981 se celebró en Filadelfia la Primera Conferencia Nacional sobre Burn out, que sirvió para aunar los criterios. Si bien inicialmente se proponía una instauración secuencial según los tres grandes aspectos antes enunciados (cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal), fue ganando terreno la idea de que no es necesario este orden secuencial y pueden darse formas agudas y crónicas del síndrome (Golembiewski, 1986 y Leiter, 1989). (5,9)

5.1 Datos epidemiológicos acerca del Burn out.

Estudios y resultados; Kyriacou (1980) 25% en profesores. Pines, Aronson y Kafry (1981) 45% en diversas profesiones. Maslach y Jackson (1982) 20 – 35% en enfermeras. Henderson (1984) 30 – 40% en médicos. Smith, Birch y Marchant (1984) 12 – 40% en bibliotecarios. Rosse, Jonson y Crown (1991) 20% en policías y personal sanitario. García Izquierdo (1991) 17% en enfermeras. Jorgesen (1992) 39% en estudiantes de enfermería. Price y Spencer (1994) 20% en policías y personal sanitario. Deckard, Meterlo y Field (1994) 50% en médicos. (9, 16) Estas cifras son indicativas de que podemos encontrarnos ante un problema de gran magnitud, que conlleva consecuencias personales y laborales negativas que justifican por sí misma que el desarrollo de la investigación haya crecido de manera considerable en estos últimos veinte años. (16)

El burn out es padecido por los profesionales de salud y educadores principalmente, los cuales, en su voluntad por adaptarse y responder eficazmente a un exceso en las demandas y presiones laborales, se esfuerzan de un modo intenso y sostenido en el tiempo, con una sobre - exigencia y tensión que originan importantes riesgos de contraer enfermedades y afectar negativamente el rendimiento y la calidad del servicio profesional. (9,14) Así mismo, es importante destacar los significativos índices epidemiológicos que distintas investigaciones señalan cerca de la morbilidad o aparición de enfermedades a edades cada vez más tempranas en los profesionales de salud. (9,14) Entre sus causas principales podemos mencionar:

- El continuo y sostenido contacto con el sufrimiento, el dolor y la muerte.
- La caída del valor social de la profesión médica.
- La sobrecarga laboral debida 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.(5)

5.2 Parámetros del Burn out Cansancio Emocional: Es el elemento central del Burn out, una persona llega a estar emocionalmente exhausta cuando se siente de forma permanente agobiada por las demandas emocionales impuestas por las personas que atienden. Las personas sienten que su energía emocional se consumió, no tiene fuerzas para enfrentar otro día de trabajo. “Su energía emocional se ha acabado y no dispone de fuente de reabastecimiento”. Maslach, 1982. **Despersonalización:** El desarrollo de una conducta fría, desinteresada, insensible a veces deshumanizada, hacia las necesidades de las personas que atiende a otros individuos es el segundo aspecto del síndrome de Burn out”. Maslach, 1982. **Falta de realización personal:** “El personal se siente ineficaz en su trabajo, se siente no competente para brindar atención a las personas que atiende, siente que ha fracasado profesionalmente y tiene el doloroso sentimiento de haberse equivocado de camino, como

el resultado del desmoronamiento de su autoestima podría refugiarse en el alcohol y drogas". Maslach, 1982. (9, 14)

5.3 Características Generales

1. Aparece de forma brusca: aparece de un día para otro, lo que varía es la intensidad dentro del mismo individuo. Es frecuente que sea difícil precisar hasta que punto padece el síndrome o es el propio desgaste profesional, y donde está el límite entre una cosa y la otra.

2. Negación: se tiende a negar, ya que suele vivirse como un fracaso profesional y personal. Los compañeros son los primeros que lo notan y esto es muy importante para un diagnóstico precoz.

3. Fase irreversible: entre el 5 y el 10% de los casos el síndrome resulta irreversible. Por lo tanto, es importante la prevención ya que, normalmente, el diagnóstico precoz es complicado y la línea que separa el desgaste del Burn Out es muy delgada.

5.4 Los Efectos Del Burn Out Afecta negativamente la resistencia del trabajador, haciéndolo más susceptible al desgaste por Empatía. Gradualmente el cuadro se agrava en relación directa a la magnitud del problema, inicialmente los procesos de adaptación protegen al individuo, pero su repetición los agobia y a menudo los agota, generando sentimientos de frustración y conciencia de fracaso, existiendo una relación directa entre la sintomatología, la gravedad y la responsabilidad de las tareas que se realizan. El concepto más importante es que el Burn Out es un proceso (más que un estado) y es progresivo. (5)

El proceso incluye:

1. Exposición gradual al desgaste laboral
2. Desgaste del idealismo
3. Falta de logros (5)

5.5 Características clínicas El burn out se caracteriza por la presencia de agotamiento físico y psíquico, con sentimientos de impotencia y desesperanza, extenuación emocional y por el desarrollo tanto de un auto concepto negativo como de actitudes negativas hacia el trabajo, la vida y los demás que se reflejan en un trato frío y despersonalizado hacia los demás y en un sentimiento inadecuación a las tareas que ha de realizar. El fenómeno del burn out es más un proceso continuo que un evento discreto, que constituye al paso final en una progresión de tentativas frustradas para afrontar distintas condiciones estresantes. (14) El rango fundamental del burn out es el cansancio emocional o lo que es lo mismo, la sensación de no poder dar más de sí mismo para protegerse de tal sentimiento negativo, el sujeto trata de aislarse de los demás desarrollando así una actitud impersonal hacia los “clientes” y los miembros de su equipo en el que está integrado, mostrándose cínico, distanciado y utilizando etiquetas despectivas para aludir a los usuarios o bien tratando de hacer culpables a los demás de sus frustraciones, produciéndose un descenso de su compromiso laboral.

Todos estos recursos suponen para él una forma de aliviar la tensión experimentada de manera que al restringir el grado o la intensidad de la relación con las demás personas, está tratando de adaptarse a la situación, aunque lo haga por medio de mecanismos neuróticos. El tercer rasgo esencial es el sentimiento complejo de inadecuación personal y profesional al puesto de trabajo que surge al comprobar que las demandas que se le hacen exceden su capacidad para extenderlas debidamente. Este tercer factor puede estar presente o bien encubierto por una sensación paradójica de omnipotencia, ante la amenaza inconsciente de sentirse incompetente, el profesional redobla sus esfuerzos para afrontar las situaciones dando la impresión a los que le observan que su interés y dedicación son inagotables. (14) Además de los síntomas cardinales este síndrome se caracteriza por unas manifestaciones asociadas que se dividen en cuatro grupos sintomáticos:

1. **Psicosomáticos.** Entre ellos se encuentran las cefaleas, dolores osteomusculares de espalda y cuello, molestias gastrointestinales, úlceras, problemas diarreicos, disminución de

peso, sensación crónica de cansancio, insomnio, hipertensión arterial, asma, y alteraciones menstruales.

2. **Conductuales.** Se describen una serie de conductas anómalas que aparecen en el burnout: Ausentismo laboral, dependencia del alcohol y de otras sustancias tóxicas, consumo elevado de cigarrillos, problemas conyugales y familiares, conductas violentas y conductas de alto riesgo como la conducción temeraria aficiones suicidas. Incluso un mayor riesgo de embarazos no deseados se ha relacionado con el incremento de estrés laboral.

3. **Emociones.** El característico de ellos es el distanciamiento afectivo con las personas a las que hay que atender. El sujeto puede volverse irritable, impactante y receloso hasta el punto de manifestar rasgos paranoides en sus relación con los pacientes, compañeros y jefes. Además aparece ansiedad, que conlleva una disminución de la concentración y el rendimiento en el trabajo.

4. **Defensivos.** Utilizados por el sujeto para poder aceptar sus sentimientos. Niega las emociones anteriormente descritas y que le resultan desagradables. Desplaza los sentimientos hacia otras situaciones o cosas que no tengan que ver con el trato con los pacientes. También puede utilizar para defenderse la intelectualización o la atención parcial hacia lo que le resulta menos desagradable o el uso del cinismo o el menosprecio hacia aquellas personas para las que se trabaja. (15)

5.6 Desencadenante del síndrome de Burn Out en los trabajadores de la salud.

El estrés en los profesionales de salud esta originado por una combinación de variable físicas, psicológicas y sociales. Son profesionales en los que inciden especialmente estresores como la escasez de personal, que supone sobrecarga laboral, trabajo en turnos, trato con usuarios problemáticos, trato directo con la enfermedad, con el dolor y la muerte, falta de especificidad de funciones y tareas, lo que supone conflictos y ambigüedad de rol, falta de autonomía y autoridad en el trabajo para poder tomar decisiones, rápidos cambios tecnológicos, etc. Una taxonomía de esos estresores permite identificar cuatro niveles:

- a) En el nivel individual, la existencia de sentimientos de altruismo e idealismo lleva a los profesionales a implicarse excesivamente en los problemas de los usuarios y convierten en un reto personal la solución de los problemas. Consecuentemente se sienten culpables de los fallos, tanto propios como ajenos, lo cual redundara en bajos sentimiento de realización personal en el trabajo y alto cansancio emocional.
- b) 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.
- c) 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.
- d) 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.). (8,9)

5.7 Desarrollo y fases evolutivas del síndrome de Burn Out

En 1980 Chernis, quien es uno de los primeros autores que enfatiza la importancia del trabajo, como antecedente, en la aparición del Burn out, propone que el mismo se desarrolla de forma continua en el tiempo: “es un proceso en el que las actitudes y las conductas de los profesionales cambian de forma negativa en respuesta al estrés. **Describiendo tres fases:**

1. Fase de estrés laboral. Ocurre un desajuste entre las demandas laborales y los recursos tanto humanos como materiales, hay un exceso de demandas y una escasez de recursos, lo que ocasiona una situación de estrés.

2. Fase de exceso o sobreesfuerzo. El sujeto trata de dar una respuesta emocional al desajuste al que está sometido, realizando un sobreesfuerzo, que motiva la aparición de síntomas emocionales como ansiedad, fatiga, irritabilidad, tensión y también signos o síntomas laborales tales como la aparición de conductas egoístas, alineación laboral, perdida del altruismo e idealismo, disminución o perdida de las metas labores y falta de responsabilidad en su trabajo.
3. Fase de enfrentamiento defensivo. Hay cambio de actitudes y conductas empleadas por el individuo para defenderse de las tensiones a las que se ve sometido, así el sujeto aparecerá emocionalmente distanciado, con deseos o fantasías de cambio de trabajo, niveles elevados de ausentismo laboral y actividades cínicas y despreciativas con relación a los usuarios. Suele culpar a los demás como responsables y causantes de sus problemas. (9,15)

Según Samuel H. Klarreist y Edelwich y Broddky (De Dios Franco, 1988) el Burn out es un proceso que se desarrolla en cuatro fases: Primer estadio: Idealismo Entusiasta. Segundo estadio: Estancamiento. Tercer estadio: Frustración. Cuarto estadio: apatía.

Miller y Del Smith proponen cuatro etapas:

1. Etapa: LUNA DE MIEL: En esta fase que está entrando a su trabajo lo idealiza y lo considera maravillosa, posee una inacabable energía, entusiasmo y todas las cosas parecen posibles.
2. Etapa: Despertar: Esta ocurre cuando el trabajador empieza a darse cuenta que sus expectativas iniciales a cerca de su trabajo son irreales. El trabajo no satisface sus necesidades, empieza a sentirse confundido y comienza a forzarse más que alcanzar sus sueños y metas.
3. Etapa: Despertar 2: Si no mejora la situación se comienzan a perder las esperanzas, el entusiasmo y las energías iniciales se transforman en fatiga crónica e irritabilidad, se puede tratar de evadirse de la situación con conductas de escape, como alcohol, drogas, fiestas. La persona se vuelve indecisa y su trabajo se deteriora.
4. Etapa: Quemado: Desesperación es la característica dominante de la última etapa, la persona experimenta una agobiante sensación de fracaso, una devastadora pérdida de la

autoestima y confianza en sí mismo, se siente solo y vacío. En estas circunstancias el colapso físico o mental o conductas suicidas puede sobrevenir y las conductas altamente destructivas.

En 1980 Cherniss comenta que el síndrome puede darse como consecuencia de una sensación personal e íntima de ineficacia, y describe su instalación en tres fases evolutivas:

- En la primera etapa, tiene lugar un desbalance entre las demandas y los recursos, es decir se trataría de una situación de estrés psicosocial.
- En la segunda, se produce un estado de tensión psicofísica con diversas manifestaciones psicosomáticas.
- En la tercera, se suceden una serie de cambios de conducta, consecuencia de un afrontamiento de tipo defensivo y huidizo, que evita las tareas estresantes y procura el alejamiento personal, por lo que una tendencia a tratar a los pacientes de forma distanciada, rutinaria y mecánica, con un cariz pesimista, escéptico o disfrazado de cinismo, anteponiendo la gratificación de las propias necesidades al servicio que presta.

5.8 Niveles de Burn out. Teniendo en cuenta que la agresividad y la hostilidad van ganando terreno en las relaciones interpersonales: (13)

Nivel 0 Aparecen síntomas premonitorios como la hiperactividad, se topan de trabajo, se involucran excesivamente, trabajan más horas sin cobrarlas, sienten que nunca tienen tiempo, manifiestan sentimientos de desengaño.

Nivel 1 Falta de ganas de ir a trabajar, malestar inespecíficos, contracturas, cefaleas, cansancio. Preguntándose concretamente qué es lo que le pasa, la respuesta es “no me siento bien”

Nivel 2 Cada vez se ve con más claridad que le molesta el trabajo y en particular relaciones con el entorno laboral. Al principio “con los pacientes todo bien”, “son los familiares, la administración, los sindicalistas, etc., Puede generarse sensación de persecución (“todos están en contra mío”), o de haber llegado al límite y no poder dar más de sí mismo, nada

resulta suficiente, se incrementa el ausentismo, se fantasea o se solicita el traslado a otro puesto y se incrementa la rotación.

Nivel 3 Disminución evidente en la capacidad y el rendimiento laboral. Pueden comenzar a aparecer enfermedades psicosomáticas (alergias, psoriasis, traumatismos, hipertensión, cuadros de acidez o ulcerosos, etc.), en esta etapa se comienza la automeditación, que al principio tiene efecto placebo pero luego requiere de mayor dosis. En este nivel se ha verificado el comienzo de la ingesta alcohólica. No suele acudir a ayuda profesional, en todo caso apenas a una consulta “de pasillo” con algún colega”.

Nivel 4 Esta etapa se caracteriza por el alcoholismo, tabaquismo aumentado, trastornos importantes del apetito y la ingesta, drogadicción con fármacos diversos, intentos de suicidio (en cualquiera de sus formas). Hay una incapacidad para relajarse dentro o fuera del trabajo, se tiende a adoptar conductas de riesgo y a jugar con los límites (velocidad al manejar, comportamientos agresivos y/o provocadores, aumento de conductas y reacciones violentas, fantasías de revanchismo, perjuicio, etc.). El ausentismo es marcado, suelen profundizarse cuatro previos o aparecer enfermedades graves tales como cáncer, accidentes cardiovasculares, etc. Durante esta etapa, generalmente ha fracasado el intento de cambio de puesto o se ha avanzado en una rotación improductiva y sin resultados, un recurso habitual en la tendencia a abandonar el trabajo y distintas maniobras, intencionales o no, para hacerse echar.

Otros aspectos característicos son:

A. Progreso insidioso, su aparición no es súbita, sino que emerge de forma paulatina, larvada, incluso con aumento progresivo de la severidad. Es difícil prever cuándo se va a producir, va y viene, no es lineal y va oscilando con intensidad variable dentro de una misma persona, con días de claridad y otros oscuros. Más bien es un proceso cíclico, que puede repetirse varias veces a lo largo del tiempo, de forma que una persona puede experimentar los tres componentes varias veces en diferentes épocas de su vida y en el mismo o en diferente trabajo. A menudo es difícil establecer hasta qué punto se padece

concretamente este síndrome, o se está atravesando una mala reactiva a una ambiente progresivamente más adverso más el desgaste propio de la profesión.

B. Siempre inicialmente tiende a negarse, ya que el trasfondo de fracaso profesional y personal está al acecho defensivamente e impide que se concientice y asuma como tal. A menudo son los compañeros más próximos los que primero nota los cambios y sacan el tema o preguntan qué es lo que le está pasando.

C. A partir de un contexto de reversibilidad, sobre todo en las tres primeras etapas, hay luego una fase irreversible que alcanza a un 5% al 10% de los médicos, donde el síndrome adquiere tan virulencia que resulta irreversible y hoy por hoy la única solución es el abandono de la asistencia. Sea de comienzo abrupto e insidioso, el proceso no siempre es lineal aunque si progresivo, una mente humana no se rinde ante el burnout (ni ante nada) sin luchar, en muchas ocasiones el curso del síndrome se ve interrumpido en apariencia por excesos de euforias, omnipotencia, trabajo y simpatía incluso en exceso. (16)

5.9 Perfil de riesgo (16) Ciertas personalidades padecen un riesgo mayor de sufrir Burn out, hay que recalcar que estos factores de riesgo no son la causa del Burn out, ni directa ni indirectamente. Se tiene que tener en cuenta que: La personalidad no es la causa del Burn out. Modificarla no lo curará. No hay manera de cambiar profundamente una personalidad innata. Se puede ayudar a que sea más adaptable, más flexible, menos incómoda; pero lo que es cambiarla, es imposible. **Rasgos más característicos:**

A. **Perfil reactivo:** Una de las características personales que incrementa la posibilidad de padecer Burn out es el llamado “perfil reactivo”. Algunas personas se caracterizan por la necesidad de obtener compensaciones de forma inmediata. Estas recompensa suelen ser básicamente de índole afectiva, pero también económicas, profesionales, de prestigio social, de autoestima o de cualquier otro tipo. Los pacientes reactivos se caracterizan por sufrir más decepciones, frustraciones, no sólo en el ámbito laboral, sino casi en todos los órdenes de la vida. Y las frustraciones repetidas e intensas generan ansiedad y estrés, que debilitan las defensas de las psique frente al burn out y otras enfermedades.

B. **Perfeccionismo:** preocuparse por detalles o preocuparse por cualquier cosa supone una cierta tensión Psicológica que desgasta y que suman a otros factores, pueden originar estrés laboral. Y este a su vez, una de las causas principales del burn out. Se generará frustración si al ser perfeccionista y nuestro entorno laboral no nos permite cumplir con las tareas cotidianas. Si las circunstancias impiden trabajar según el grado de perfeccionismo de la personalidad y esto produce estrés, angustia o pura y simple incomodidad se puede: Cambiar las circunstancias. Cambiar la actitud de perfeccionismo y adaptarla a la vida cotidiana. Cambiar de trabajo.

C. **Vocación y altruismo:** Quien estudia Medicina con ideales humanistas o soñando ser feliz ejerciendo esta carrera, es posible que posea un nivel muy alto de expectativas, que fácilmente puedan verse defraudadas entre la realidad del trabajo cotidiano y de la naturaleza un tanto desagradecida de los pacientes. Las expectativas excesivas y los ideales desconectados de la realidad suelen provocar una actividad compulsiva y agotadora, que cesará bruscamente dejando al sujeto exhausto y con el burn out a punto de iniciarse.

D. **Personalidad responsable:** si el sentimiento de responsabilidad es demasiado elevado, sea por causas objetivas o porque es así la personalidad, puede generarse angustia o estrés. Hay cargos en los que la responsabilidad es, desde todo los puntos de vista, muy grande. De un pequeño error quirúrgico puede derivarse graves secuelas e incluso la muerte; no experimentar este tipo de responsabilidad sería inhumano. Si no podemos disminuir de forma objetiva nuestra responsabilidad y ésta nos daña, hemos de transformar la manera que tenemos de vida. (16)

5.10 Factores que intervienen en el desarrollo del Burn Out Entre los factores epidemiológicos del síndrome de Burn out descritos en la literatura no parece existir un acuerdo unánime entre los diferentes autores si bien existe determinado nivel de conciencia para algunas variables. La edad aunque parece no influir en la aparición del síndrome se considera que puede existir un período de sensibilización debida a que habría unos años en

los que el profesional seria especialmente vulnerable a este, siendo estos los primeros años de carrera profesional dado que seria el periodo en el que se produce la transición de las expectativas idealistas hacia la practica cotidiana aprendiéndose en este tiempo que tanto las recompensas personales, profesionales, y económicas, no son ni las prometidas ni esperadas.

Según el sexo, serian principalmente las mujeres el grupo más vulnerable quizás 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 prolongan el rol de mujer. Aunque cabe mencionar que existen autores que encuentran mayores niveles de burn out en mujeres, otros en hombres y otros no encuentran la diferencia

El estado civil, aunque se ha asociado el síndrome mas con las personas que no tienen pareja estable, tampoco hay un acuerdo unánime, parece que las personas solteras tiene mayor cansancio emocional, menos realización personal, y mayor despersonalización, que aquellas otras que o bien están casadas o conviven con parejas estables. En este mismo orden la existencia o no de hijos hace que estas personas puedan ser más resistentes al síndrome, debido a la tendencia generalmente encontrada en los padres, a ser personas más maduras y estables, y la implicación con la familia y los hijos hace que tengan mayor capacidad para afrontar problemas personales y conflictos emocionales, y ser más realistas con la ayuda del apoyo familiar. (9) La turnocidad laboral y el horario laboral de estos profesionales puede conllevar para algunos autores la presencia del síndrome aunque tampoco existe unanimidad en este criterio. Sobre la antigüedad profesional tampoco existe acuerdo. Algunos encuentran una relación positiva con el síndrome manifestado en dos periodos, correspondientes a los primeros años de carrera profesional y los mayores de 10 años de experiencia, como los momentos en los que se produce un nivel de asociación con el síndrome.

Otros autores encuentran una relación inversa debido a que los sujetos que más burn out experimentan acabarían por abandonar profesión, por lo que los profesionales con más años en su trabajo serían los que menos burn out presentaron y por ello siguen presentes. Aunque para algunos autores la relación es inversa o negativa a más años de ejercicio menos grado de burn out. Otros autores encuentran una relación directa. (15)

Es conocida la relación entre burn out 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 cualitativos como cuantitativos. El apoyo social, familiar o incluso religioso se ha visto que se comportan como atenuadores del estrés laboral, ejerciendo un efecto negativo sobre la aparición del burn out. (15) En relación a las profesiones de riesgo, el burn out se produce en profesiones de ayuda en las que se prestan servicios humanos directos y de gran trascendencia para el individuo que los demanda. (15)

La mayoría de los autores coinciden en la importancia de la calidad de las relaciones interpersonales en el trabajo, las oportunidades de aprendizaje continuando y el desarrollo de carrera profesional. El desarrollo de burn out puede llevar a dejar el trabajo, evitar el trato directo con los pacientes a través de labores administrativas o de investigación. También puede resultar un reto positivo, que fomenta el desarrollo personal. Los sujetos predispuestos a desarrollar el síndrome se caracterizan por ser motivados pero obsesivos, entusiastas, entregadas a su trabajo, tienen una personalidad de tipo emocional y esto es algo que con frecuencia encontramos en individuos que empiezan a trabajar en profesiones humanitarias. (14) Hay que tener en cuenta los importantes cambios socioculturales que se han producido en las últimas décadas que juegan sin duda un papel importante en la aparición de este síndrome.

Los avances científicos y tecnológicos, el consecuente envejecimiento de la población y multiplicación de las patologías crónicas e invalidantes en una sociedad donde

imperera el consumismo y la satisfacción sin límites donde el cuidado de la salud se ha convertido en un artículo más de consumo. Todo esto ciertamente influye en la frustración y desencanto sistemático que sufren muchos profesionales en relación a su trabajo. (15)

5.11 Consecuencias del Síndrome de Burn Out

En los sujetos el burnout se produce como un deterioro de su calidad de vida. Entre las consecuencias del síndrome se describen alteraciones emocionales y conductuales, sicosomáticas y sociales y alteraciones leves de la vida familiar. Además se justificaría el alto nivel de absentismo laboral entre estos profesionales, tanto por problemas de salud física como sicológica, siendo frecuente la aparición de situaciones depresivas hasta la automedicación, ingesta de psicofármacos y aumento del consumo tóxico, alcohol y otras drogas. Las consecuencias extremas pueden conducir al abandono del trabajo y conductas suicidas. El deterioro de la salud física y psíquica, así como las actitudes y conductas laborales alteradas inciden directamente en el rendimiento y funcionamiento de la institución, predicándose un empeoramiento de la atención al paciente con una deshumanización y deterioro en la calidad de los servicios prestados y un aumento de los costos económicos y humanos. (14)

5.12 Manejo Del Síndrome de Burn-Out El manejo de este síndrome, según Gómez Sancho y Bondjale Oko, opera en varios niveles:

1. Gestión Individual:

Trabajar mejor en vez de más; realizar pequeños cambios que pueden hacer el trabajo menos estresante y más eficiente. Maslach recomienda una serie de estrategias que pueden ser útiles:

- Establecer objetivos realistas, conseguir cosas factibles y realistas, teniendo en cuenta nuestra capacidad y nuestras limitaciones.
- Realizar lo mismo de forma diferente, intentar huir de la rutina, ya que esto proporciona psicológicamente un mayor sentido de autonomía y de libertad personal.

- Hacer una pausa, ya que es la oportunidad de darse un respiro o de reflexionar, antes de dar una respuesta ante una pregunta impertinente.
- Tomar las cosas con más distancia, ya que el agotamiento emocional aumenta cuando se implica demasiado con la gente, tomar una cierta distancia puede ayudar, procurar no llevarse el trabajo a casa, ni en las manos ni en la cabeza.(5)

2. Cuidarse a uno mismo además de a los otros:

Acentuar los aspectos positivos, pensar en los éxitos y gratificaciones personales que obtenemos de nuestro trabajo, así contrarrestaremos las frustraciones y los fracasos.

Conocerse a sí mismo, analizar nuestras propias reacciones y reflexionar sobre el por qué de tales reacciones. El autoanálisis debe ser constructivo, no destructivo. Reconocer nuestros límites y aprender de nuestros errores, ya que esto será un paso hacia el crecimiento personal.

Reposo y relajación, ya que la aparición del stress significa que existe una sobrecarga y será preciso identificar y tratar su causa.

- a) Reposo y relajación, ya que la aparición del stress significa que existe una sobrecarga y será preciso identificar y tratar su causa.
- b) Establecer las fronteras, diferenciando lo que es el trabajo y lo que es el hogar.
- c) Mantener la vida privada, ya que muchos obtienen una descarga de su tensión con amigos o con una pareja comprensiva. Es importante también tener aficiones que ocupen nuestro tiempo libre y nos ayuden a olvidar el trabajo.
- d) Cambiar de trabajo, aunque sería la última alternativa, aunque se trata de una decisión que hay que meditar llegado el momento. (5)

3. Gestión Social:

En la mayoría de los casos de agotamiento, un buen apoyo es la pareja, los compañeros y los amigos, ya que es una ayuda en la reducción de la tensión emocional o ayudándonos a afrontar la situación de forma distinta.

4. Gestión Institucional:

Esto ya depende de las instituciones, más que del propio personal. A veces es muy difícil, ya que las instituciones pueden ser muy conservadoras, además de ser los responsables directos de estos cambios. Sin embargo, se consiguen cosas, por lo que hay que poner el esfuerzo en ello. Con más medios, con más recursos humanos, se reduciría el riesgo de llegar a una situación de Burn Out, pero como esto no es fácil de conseguir habrá que utilizar y analizar la manera de mejorar los recursos disponibles:

División del trabajo, que el personal realice diferentes trabajos de vez en cuando, aún en el mismo sector. Esto cambia el hábito y rompe la rutina.

Limitar la contaminación del tiempo libre.

Tomarse periodos de descanso.

Tipo de relación del personal con sus superiores. La incidencia del Burn Out es menor en los trabajadores que tienen buenas relaciones laborales con los superiores y que obtienen de ellos apoyo y reconocimiento.

Análisis de casos puntuales. Aunque se dan consejos generales, en ocasiones es bueno analizar en cada situación individual los factores que en un momento dado pueden provocar un exceso de estrés.

Otras posibilidades son discutir en equipo los casos difíciles, dar más apoyo o recompensas particulares a los profesionales, promover y favorecer la formación profesional continuada.

(5)

5.13 Prevención

Según Maslach, las estrategias anteriormente citadas para el manejo de este síndrome pueden y deben ser utilizadas para su prevención. A este síndrome se le puede hacer frente

más fácilmente en la fase inicial que cuando ya está establecido, ya que en las primeras fases es posible que los compañeros se den cuenta antes que el propio sujeto. Por lo que, amigos, compañeros o superiores suelen ser el mejor sistema de alarma precoz para detectar el Burn Out y por lo tanto todos los profesionales del equipo tienen que darse cuenta que son ellos mismos los que representan la mejor prevención de sus compañeros. Como método preventivo, existen diferentes técnicas:

- ⇒ Información sobre la existencia del síndrome de agotamiento profesional.
- ⇒ Información anticipada sobre los requerimientos emocionales del trabajo a las personas que se incorporan.
- ⇒ Programas de formación sobre el Síndrome de Burn Out y las fuentes de stress emocional. (5)

5.14 Diagnostico y medida del Síndrome de Burn Out

Dada la dificultad para comprender el síndrome han sido varios los intentos para elaborar un medio o instrumento para evaluar todos los aspectos relacionados con este. El instrumento más utilizado es la escala de Maslach (**Maslach Burnout Inventory**) y es el que utilizaremos en esta investigación, por ser el instrumento de mayor aceptación en el ámbito internacional dentro de la comunidad científica dada su comprobada sustentación científica, alta consistencia interna fiabilidad. (9)

El Maslach Burnout Inventory (MBI) de Maslach y Jackson (1986) en su versión valida al español para los profesionales sanitarios en un inventario de 22 ítems, en los que se plantea al sujeto una serie de enunciados sobre sus sentimientos y pensamientos con relación a diversos aspectos de su interacción continua con el trabajo y su desempeño habitual. El sujeto ha de contestar a cada enunciado a partir de la pregunta, ¿Con que frecuencia siente usted esto?, mediante una escala tipo Likert de siete opciones desde nunca hasta diariamente.

El inventario se divide en tres escalas, cada una de las cuales miden las tres dimensiones que se suponen configuran el burnout: **Cansancio Emocional** (9 ítems), **Despersonalización** (5 ítems), y **Reducida Realización Personal** (8 ítems), y de cada una de estas escalas se obtiene una puntuación baja, media o alta (que coincide con los tres tercios en los que se distribuye la población normativa) que permite caracterizar la mayor o menor frecuencia de burnout. Además las autoras ofrecen las diversas puntuaciones de corte para cada una de las profesiones evaluadas: profesores, asistentes sociales, médicos, profesionales de salud mental, y del grupo de “otras profesiones”. Para interpretar las puntuaciones conviene decir que tanto CE como DP apunta a un mayor estrés ocupacional, mientras que la escala RP tiene una incidencia inversa en el síndrome (ya que una mayor puntuación apoya la existencia de un menor estrés). En concreto altas puntuaciones en las subescalas de Cansancio emocional y Despersonalización y bajas puntuaciones en la subescala de Realización personal son reflejo de un alto grado de Burnout. Un grado medio es reflejo de puntuaciones medias entre las tres subescalas. La presencia de baja puntuaciones en las subescala de Cansancio Emocional y Despersonalización y altas puntuaciones en la escala de Realización Personal son indicativas de bajo grado de Burnout o que no existe Burnout.

Las variables que establece la escala de Maslach son las siguientes:

Cansancio Emocional: Cuya puntuación máxima es 54. Considerándose alta, mayor de 27, y baja, menor de 18. Preguntas relacionadas: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20.

Despersonalización: Puntuación máxima 30. Alta mayor de 10 y Baja si es menor de 5. Preguntas relacionadas: 5, 10, 11, 15 y 22. En cuanto más alta sean las puntuaciones, mayor es el cansancio emocional y la despersonalización, respectivamente.

Falta de Realización Personal: Puntuación máxima 48. Alta si es mayor de 40 y Baja si es menor a 33. Cuanta más baja sea la puntuación, menor es la realización personal en el trabajo y mayor el Síndrome de Burnout. Preguntas relacionadas: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21.

Puntuación de corte del MBI para profesiones relacionadas con la medicina

Dimensión	Baja	Medio	Alto
Despersonalización	< 6	6 – 9	> ó = 10
Falta de Realización Personal	> ó = 40	39 – 34	< 34
Cansancio Emocional	< 19	19 – 26	> ó = 27

Normalmente las puntuaciones del MBI se correlacionan con informaciones obtenidas con otros instrumentos acerca de datos demográficos, características del trabajo, realización en el trabajo, personalidad, evaluación de actitudes, información sobre la salud, etc....., como de hecho se suelen hacer en las diversas investigaciones desarrolladas sobre el estudio de este inventario. Por lo que se refiere a la confiabilidad del MBI Maslach y Jackson hallan los siguientes índices: 0.90 para la escala de Cansancio Emocional; 0.71 para reducida Realización Personal; y 0.79 para Despersonalización. En lo referente a la consistencia interna de todos los ítems es de 0.80. **Tedium Measure (Burnout Measure)** El Tedium Measure (TM) de Pines, Aronson y Kafry se creó originalmente como un instrumento de medida del Tedium. Este inventario se transformo posteriormente en el **Burnout Measure**, tras un replanteamiento conceptual por parte de los autores. El Burnout Measure es una escala tipo Likert de 21 ítems con siete opciones de respuesta (desde nunca a siempre) que mide las tres dimensiones del burnout que los autores conceptualizaron: Agotamiento Físico, Agotamiento Emocional, Agotamiento Mental.

Cada uno de los factores anteriores está compuesto por siete ítems, señalándoseles los siguientes índices de confiabilidad:

- De Agotamiento Emocional 0.82.
- De Agotamiento Físico 0.84.

- De Agotamiento Mental 0.86. Además de esos dos instrumentos existen una serie de instrumentos de medida del Burnout que no han tenido la aceptación necesaria y que por tanto se han quedado rezagados con respecto a los dos anteriores. (9,11)

V. NATURALEZA Y METODO.

- 1. Tipo de estudio:** El presente estudio es de tipo observacional descriptivo de corte transversal. El estudio se realizo en la ruta crítica de las instalaciones del Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños” de la ciudad de Managua en los meses de Agosto y Septiembre del año 2010. Este atiende a toda la población militar del Ejército de Nicaragua y a 45,000 afiliados del seguro social.
- 2. Población de estudio.** Personal asistencial de la ruta crítica del Hospital Militar Escuela, la cual comprende la Emergencia general, pediátrica, el área de choque, la emergencia gineco - obstétrica, sala de observación, sala de operaciones UCI y la unidad de Cuidados Coronarios. El personal asistencial estuvo constituido por médicos, personal de enfermería y técnicos en salud distribuyéndose de la siguiente manera según lo referido por Recursos Humanos del hospital y por la jefatura de la ruta crítica: Médicos anesthesiólogos: 8 Médicos emergenciolos: 2 Médicos Internistas: 8 Médicos Pediatras: 4 Médicos Ginecoobtetras: 4 Médicos Generales: 6 Enfermería: 41 Técnicos de anestesia: 11 Técnicos quirúrgicos: 16 Total: 100 trabajadores.

Criterios de Inclusión y Exclusión:

Criterios de Inclusión:

1. Personal asistencial activo de la ruta crítica de este hospital.
2. Que tengan al menos 6 de meses de laborar en el centro.

Criterios de Exclusión:

1. Personal que no desee participar en el estudio.
2. Personal en servicio social.

Operacionalización de las variables:

Comportamiento Psico laboral del Síndrome de Burn Out en personal de salud del servicio de Emergencia del Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños” Periodo de Agosto y Septiembre del año 2010.

Variable	Indicador	Definición Operacional	VALOR
Para describir los datos socio demográficos de la población a estudiar se incluyeron las siguientes variables:			
Edad	Según respuesta espontánea de la encuesta	Tiempo en años de vida desde su nacimiento hasta el momento del estudio.	<24 años 24 – 35 años 36 – 50 años >50 años
Sexo	Observación directa	Condición orgánica que distingue el macho de la hembra.	Masculino Femenino
Estado Civil	Según respuesta espontánea de la encuesta	Estado Civil al momento de la encuesta	Soltero Casado Unión Consensual
Convivencia de hijos en el hogar	Según respuesta espontánea de la encuesta	Presencia de al menos un hijo en convivencia del hogar al momento de la encuesta	SI NO
Presencia de Burn Out en los trabajadores			
Años de Ejercicio profesional	Según respuesta espontánea de la encuesta	Años de laborar, con Título Profesional de Salud	<10 años 10 – 20 años >20 años
Años de Convivencia con la pareja	Según respuesta espontánea de la encuesta	Tiempo ininterrumpido de vivir en condiciones de hogar estable con su pareja	<5 años 5 – 10 años >11 años
Nº de hijos	Según respuesta espontánea de la encuesta	Numero de descendientes de la pareja al momento de la encuesta	Menor o igual a 2 Más de 2
Actividad Laboral	Según respuesta espontánea de la encuesta	Según desempeño que ejerce con título al momento de la encuesta. En los técnicos de salud se estudiarán las especialidades de Técnico de Anestesia y Técnico Quirúrgico	Médico Especialista Medico General Enfermera Técnico de Salud
Grado de agrupación de dimensiones quemadas			
Agotamiento Emocional	Según la información recopilada en la encuesta	Según puntuación obtenida al sumar los ítems 1,2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20 del cuestionario Nº 2: Menor o igual a 27, 19 - 26, Menor de 19	ALTO MEDIO BAJO
Despersonalización	Según la información recopilada en la encuesta	Según puntuación obtenida al sumar los ítems 5,10, 11,15, 22, del cuestionario Nº 2: Menor de 10, 6 - 9, Menor de 6	ALTO MEDIO BAJO
Realización Personal	Según la información recopilada en la encuesta	Según puntuación obtenida al sumar los ítems 4,7, 9, 12, 17, 18, 19, 21 del cuestionario Nº 2: Menor 40, 34 - 39, Mayor de 33	ALTA MEDIO BAJO
Dimensiones que conforman el Síndrome de Burn Out con el tipo de profesión			
Presencia de Burn Out	Según la información recopilada en la encuesta	Presentaran Burn Out aquellos con 3 dimensiones altamente afectadas o al menos 2 dimensiones con nivel Alto y una con nivel medio	SI NO
Agrupación de Dimensiones Quemadas	Según la información recopilada en la encuesta	Se denominaran dimensión quemada en caso de Agotamiento Emocional y Despersonalización con Altos niveles de calificación y Realización Personal con bajo nivel. Se agrupara según numero de dimensiones quemadas que presente el trabajador.	NINGUNA UNA DOS TRES

5. Procesamiento de la información La información obtenida fue almacenada en una base de datos y procesada mediante el programa SPSS 15va edición. Se analizaron descriptivamente los datos por el método estadístico del porcentaje, se mostraron tablas de frecuencia y porcentajes y se realizaron sus gráficos respectivos a las variables más relevantes. Para la realización del estudio se aplicaron dos instrumentos: una encuesta social demográfica y un inventario denominado Maslach Burnout Inventory (MBI). La encuesta socialdemográfica fue confeccionada por el autor teniendo en cuenta las principales variables sociodemográficas que serán estudiadas (ver Anexo 1). El MBI fue validado por Maslach y Jackson, y su versión definitiva apareció en 1986. Se utilizó la versión traducida y validada de la original al español, que ya se ha empleado en numerosos estudios realizados en España (ver Anexo 2). Este instrumento consta de 22 ítems o afirmaciones con 7 opciones de respuesta según frecuencia (escala Likert de 0 a 6), mediante las cuales se evalúan cada una de las tres dimensiones que conforman el síndrome (ver sistema de evaluación en operacionalización de las variables).

Las Dimensiones son: *a*) Cansancio emocional (CE; sentimiento del sujeto respecto a encontrarse saturado emocionalmente por el trabajo); *b*) Despersonalización (DP; respuesta fría e impersonal hacia los pacientes) y *c*) Realización personal (RP; sentimientos de competencia y eficacia en la realización del trabajo). Ambos instrumentos fueron aplicados a todos los trabajadores de referencia en el período comprendido de Agosto a Septiembre del 2010.

6. Aspectos éticos

A cada paciente se le explico la importancia y objetivos del estudio, solicitándole su participación en la investigación, por lo que se les llenó una hoja de Consentimiento Informado (Anexo 2), el cual fue firmado por los mismos.

VI. RESULTADOS

El sexo que más predominó fue el femenino con un 53% y el grupo etario de entre 20 y 30 años con el 53%, seguido del grupo de 31 a 40 años con el 27% de los mismos. (Ver tablas 1 y 2)

El 60% de las personas encuestadas eran solteros, el 27% casado y el 13% mantiene relación afectiva por nexo de unión consensual. (tabla 3). Los años de convivencia estuvo concentrado en el grupo de recién casados, el cual comprende de 0 a 5 años en un 40%, seguido del grupo de 6 a 10 años 26%. Solamente 2 personas refirieron tener una relación estable de más de 20 años 6%. (tabla 4)

El 68% del personal refiere que su pareja tiene trabajo actualmente y el 37% de los mismos tiene hijos. 1 el 43%, 2 el 32% 3 hijos el 14%. Solamente el 3% refirió tener 5. Los años de ejercicio profesional oscilan entre los 0 y 35 años, encontrando que el 47% tiene entre 0 – 5, el 20% entre 6 y 10 y 7% entre 11 y 15 años. Solamente el 5% del personal asistencial encuestado tiene más de 30 años de laborar en el Hospital Militar. (Tablas 5, 6, 7 y 8)

La relación por cargo que desempeñan a lo largo de la ruta crítica fue de médicos 40%, especialistas 20%, enfermeras 30% y personal técnico 10% (tabla 9)

Los resultados obtenidos luego de utilizar la escala de Maslach (**Maslach Burnout Inventory**), en la población sujeta del estudio fueron para la dimensión Cansancio Emocional, que explora los sentimientos del personal respecto a encontrarse saturado emocionalmente por el trabajo fueron, Alto 28%, Medio 32% y Bajo 40% (tabla 10)

En la tabla 11 se observa que los resultados de la dimensión despersonalización, que explora la respuesta fría e impersonal hacia los pacientes fueron, Altos 30%, Medio 26% y Bajo 44%. Los resultados de la dimensión Falta de Realización Personal y que explora sentimientos de competencia y eficacia en la realización del trabajo fueron, Altos 56%, Medio 20% y Bajos 24% (tabla 12)

VII. ANALISIS DE LOS RESULTADOS

Se determinó que existe Burnout entre la población sujeta del estudio y se encuentran moderadamente afectados el personal del sexo femenino y el grupo etario comprendido entre los 20 y 30 años, coincidiendo con otros estudios consultados que refieren que el sexo femenino es el más afectado. Además, En relación a los resultados obtenidos podríamos agregar que ser Médico (a), tener entre 25 y 35 años, tener pareja, tener 1 ó 2 hijos, realizar turnos nocturnos y tener menos de 10 años laborando; factores de riesgo que contribuyen significativamente en la aparición de esta afectación. (tablas 2, 3, 4, 6, 7, 8 y 9)

A pesar que se plantea que no existe una secuencia establecida en la aparición de las diferentes dimensiones del Síndrome de Burnout, y muchos establecen que el cansancio emocional es el componente más importante del mismo (17), en nuestro grupo de estudio prevaleció la falta de realización personal (56%) (Ver tabla 12) y coincide con quienes plantean que esta dimensión prevalece en los galenos. (17, 20). Se puede analizar que esta dimensión constituye una estrategia de afrontamiento ante el estrés, realizadas por los sujetos ante la demanda continua y excesiva de su atención, que le permite, alejarse del estresor.

La mujer puntuó más respecto a cansancio emocional y falta de realización personal, mientras que en el hombre, es más significativa la despersonalización; hecho que coincide con lo planteado anteriormente en el trabajo y con los resultados obtenidos por otras investigaciones. (17, 20). Reafirmando el hecho de que las mujeres son más emotivas, y el hombre más pragmático. En relación a los años de experiencia profesional, coincide con lo expuesto con la literatura consultada, la cual plantea que el Síndrome es más frecuente en personal que tiene pocos años de ejercer la profesión. (Ver tabla 8), pero si concuerda con investigaciones que plantean que esta variable se relaciona con el cansancio emocional y la despersonalización (19, 21).

Los resultados obtenidos respecto a las relaciones de pareja concuerdan con lo planteado respecto al apoyo social; donde este constituye una variable moderadora del síndrome y sus componentes. Sin embargo los sujetos afectados moderadamente por el Burnout tenían pareja habitual, siendo contradictorio con lo expuesto y con resultados de otras investigaciones (15).

VIII. CONCLUSIONES

1. Se encontró presencia de Burnout en el 56% de los trabajadores.
2. Las variables sociodemograficas que mostraron tener asociación con el síndrome fueron el sexo femenino, la presencia de hijos, pocos años de ejercicio profesional, ser médico residente y personal enfermero (a).
3. El Agotamiento emocional, la despersonalización y la Realización personal mostraron asociación significativa con el tipo de profesión del trabajador, siendo los médicos el tipo de profesión más afectada para cada una de las dimensiones y los de enfermería para la dimensión de despersonalización.

IX. RECOMENDACIONES

1. Continuar profundizando en grupos focales en las demás áreas del Hospital Militar estudios longitudinales y prospectivos que permitan establecer regularidades del Burn out como proceso y el curso que tienen las dimensiones que se ven afectadas en este síndrome.
2. Diseñar estrategias para prevención, detección y tratamiento de las consecuencias de este síndrome con el fin de mejorar la salud mental y física del personal asistencial y con ello mejorar la calidad de atención.
3. Realizar intervenciones educativas y terapéuticas (entrenamiento en habilidades sociales y de comunicación, entrenamiento en relajación y psicoterapia). Grupos de apoyo para el manejo del estrés laboral y del desgaste profesional.

I. BIBLIOGRAFÍA

1. Aragón Paredes María Brunilda, Morazán Pereira Dina Izayana. Síndrome de Burnout en médicos y personal de enfermería del Hospital Escuela “Oscar Danilo Rosales Argüello”, León, 2007. Monografía. UNAN-León, 2008.
2. Atance Martínez, Juan Carlos. - Aspectos epidemiológicos del Síndrome de Burnout en personal sanitario. – Revista Española de salud pública. Mayo – Junio (71):393-303. 1997.
3. Braham, Bárbara J. Temas gerenciales escogidos; Como controlar el estrés y mantener la calma en situaciones difíciles. Colombia nomos, 1998 – pág. 2 – 27.
4. Cabrera Julio. El Síndrome de Burnout en trabajadores de la salud de la atención primaria de la Habana, 2006. Jocabrera@infomed.s/d.cu.
5. Castagna Ariana, Bruschi María Cecilia, Sánchez Maximiliano, Sgró Silvana Soledad. Síndrome de Burn Out. Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales, Universidad de Morón, 2005. Se obtiene en la Web <http://www.monografias.com/trabajos32/sindrome-burn-out/sindrome-burn-out.shtml?monosearch>.
6. Davis, Ketty. Comportamiento humano en el trabajo. 10ma edición. México, DF. Mcgram Hill, 2000. pág. 460 – 476.
7. Fernández O. Colab. Burnout en médicos residentes que realizan guardias en un servicio de Urgencias – Emergencias, 2007. 19:116 – 121. e-mail: odiletm@gmail.com
8. GIL MONTE, P. R. Y PEIRÓ, J. M. (1999). Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo, en Anales de Psicología, Vol. 15, No. 2, pp. 261-268
9. Latino Saballos Gonzalo Enrique. Síndrome de Burn Out en el personal asistencial del Hospital Escuela Roberto Calderón, Enero 2008. Monografía. UNAN-Managua, Marzo, 2009.
10. López, R.M. El Síndrome de Burnout en personal sanitario – medicina paliativa. Vol.7. p: 94 – 100. 2000.
11. Maslach C, Jackson S E. “ MBI Maslach Burnout Inventory. Manual Research”. California, Palo Alto University. 1996.

12. Montalván, Manuel. Autorreferencialidad y síndrome de Burnout, apuntes de psicología. Vol.18 (1). P: 77 -95.
13. Mingote A y Pérez Corral, (1999) – Estrés medico: Manual de autoayuda. Editorial Díaz de Santos.
14. Obando Joyssiana, García Nelly. Prevalencia del Síndrome de Burnout en el personal de emergencia del Hospital Manuel de Jesús Rivera. Abril – 2002.
15. Pérez Urdaiz Antonio, Estudio del Síndrome de desgaste profesional entre los profesionales sanitarios de un hospital general. Actas Españolas de Psiquiatría. Vol. 27(5) 4 – 7 septiembre, 1999. www.psiquiatria.com
16. Ríos Araceli, Morales Karla, Prevalencia de Síndrome de Burnout y las características que presentan en el personal medico afectado de los Hospitales Alemán Nicaragüense, Antonio Lenin Fonseca, Bertha Calderón Roque, en el 1er trimestre del 2007.
17. Romana Abaladejo. Síndrome de Burnout en el Personal de enfermería de un hospital de Madrid, Revista Española de salud pública. 2004, 78:505 – 516
18. Rubinstein Adolfo, et al. Medicina Familiar y práctica ambulatoria. 2ª edición. Buenos Aires. Médica Panamericana, 2006.
19. Salina Jiménez Edgar. Evaluación del estrés laboral en los trabajadores del Hospital Docente de Atención Psicosocial José Dolores Fletes de Managua, en el cuarto trimestre del 2003, monografía, UNAN-Managua, 2003.
20. ZAULA G, LODIEU MT, COLODITZKY D. (2000) 2. El síndrome de Burn out en hospitales públicos. Revista médica del hospital Ramos Mejía; 7 (1): 13-17.

II. ANEXOS

Comportamiento Psico laboral del Síndrome de Burn Out en personal de salud del servicio de Emergencia del Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños” Periodo de Agosto y Septiembre del año 2010.



UNIVERSIDAD AMERICANA
FACULTAD DE MEDICINA

Comportamiento psico laboral del Síndrome de Burn Out en personal de salud del servicio de Emergencia del Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”. Periodo de Agosto y Septiembre del año 2010.

Nombre : _____

**Anexo 1.
Encuesta Socio demográfica.**

Por favor, responda el siguiente formulario.

1 Edad:

2 Sexo:

F____ M____

3 Estado Civil (marque con una cruz)

Soltero____ Casado____ Unión Consensual____

3.1 Años de convivencia con su pareja:

3.2 ¿Su pareja trabaja? (marque con una cruz)

Si____ No____

3.3 ¿Tiene hijos? (marque con una cruz)

Sí____ No____

3.3.1 Cuántos

4 Años de ejercicio profesional

5 Marque con una cruz en relación a su trabajo.

Médico____ Especialidad____ Enfermera____ Técnico de la salud____

**Comportamiento Psico laboral del Síndrome de Burn Out en personal de salud del servicio de
Emergencia del Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños” Periodo de Agosto y Septiembre
del año 2010.**



UNIVERSIDAD AMERICANA
FACULTAD DE MEDICINA

Comportamiento psico laboral del Síndrome de Burn Out en personal de salud del servicio de Emergencia del Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”. Periodo de Agosto y Septiembre del año 2010.

Nombre: _____

Anexo 2.

Maslach Burnout Inventory adaptado al español.

Coloque con los siguientes números la frecuencia con que le suceden cada una de las siguientes afirmaciones en relación a su trabajo. Piense bien y sea completamente sincero. (0) Nunca. (1) Pocas veces al año o menos. (2) Una vez al mes o menos. (3) Unas pocas veces al mes o menos. (4) Una vez a la semana. (5) Pocas veces a la semana. (6) Todos los días.

1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo ().
2. Me siento agotado al final de la jornada de trabajo ().
3. Me siento fatigado al levantarme por la mañana y tener que ir a trabajar ().
4. Comprendo fácilmente cómo se sienten los pacientes ().
5. Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales ().
6. Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo ().
7. Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes ().
8. Me siento quemado por mi trabajo ().
9. Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de las personas ().
10. Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión ().
11. Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente ().
12. Me siento muy activo ().
13. Me siento frustrado en mi trabajo ().
14. Creo que estoy trabajando demasiado ().
15. Realmente no me preocupa lo que le ocurre a mis pacientes ().
16. Trabajar directamente con personas me produce estrés ().
17. Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes ().
18. Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes ().
19. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión ().
20. Me siento acabado ().
21. En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma ().
22. Siento que los pacientes me culpan por algunos de sus problemas ().



UNIVERSIDAD AMERICANA
FACULTAD DE MEDICINA

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Yo _____ identificado con Carnet de
Identificación. _____.

Acepto ser incluida en el estudio Determinar la prevalencia del Síndrome de Burn Out en la ruta crítica del Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños de la ciudad de Managua en el periodo de Agosto y Septiembre del año 2010”. , el cual se está realizando con el objetivo de conocer la prevalencia del Síndrome de Burn Out.

La información es de carácter confidencial. Puedo rechazar ser incluida, incluso después de firmar, sin que esto afecte mi manejo médico. Afirmo que se me permitió hacer preguntas, y que entendí claramente los objetivos del protocolo.

En constancia firmo,

Fecha _____

Grafico 1

Relacion de Sexo en el estudio "Comportamiento Psico laboral del Síndrome de Bum Out en personal de salud del Servicio de Emergencia del Hospital Militar Escuela "Dr. Alejandro Davila Bolaños en el periodo de Agosto - Septiembre 2010

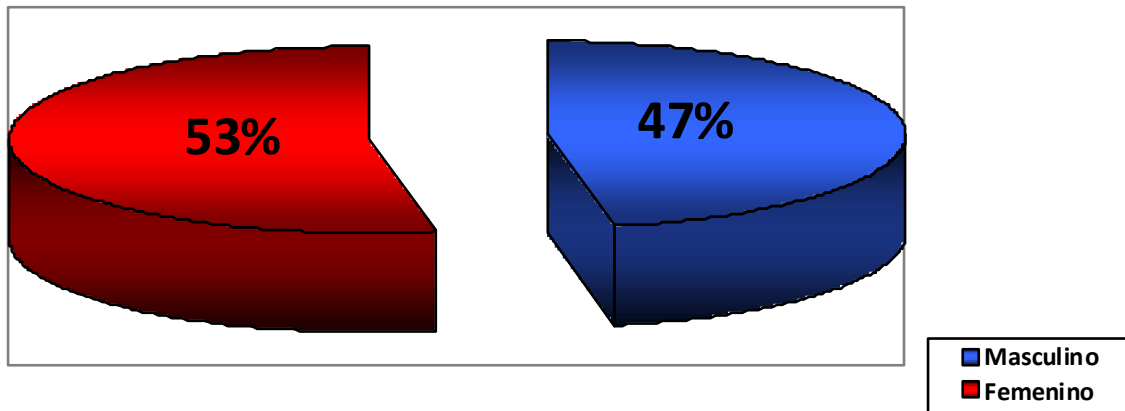


Grafico 2

Relacion por Grupos etarios en el estudio "Comportamiento Psico laboral del Síndrome de Burn Out en personal de salud del servicio de Emergencia del Hospital Militar Escuela "Dr. Alejandro Davila Bolaños" en el periodo Agosto - Septiembre 2010

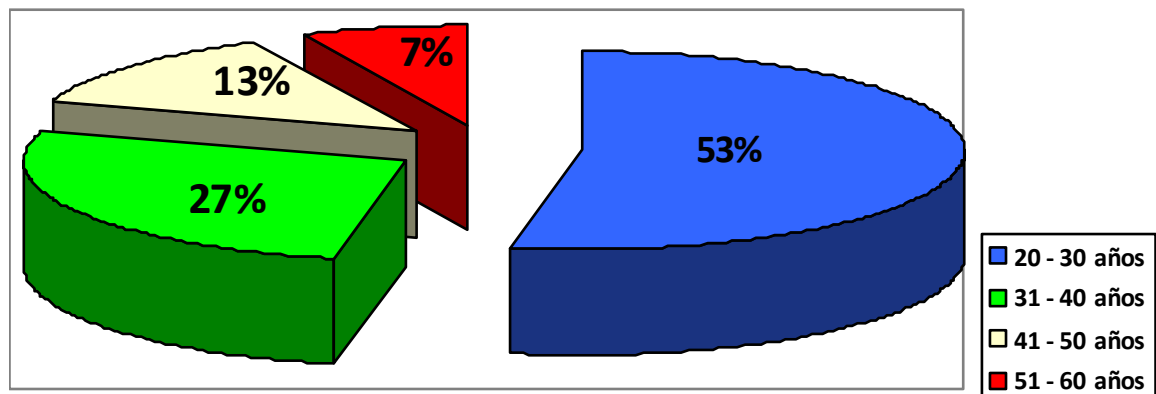


Grafico 3

Relacion del estado civil en el estudio "Comportamiento Psico laboral del Síndrome de Burn Out en personal de salud del servicio de Emergencia del Hospital Militar Escuela "Dr. Alejandro Davila Bolaños" en el periodo Agosto - Septiembre 2010

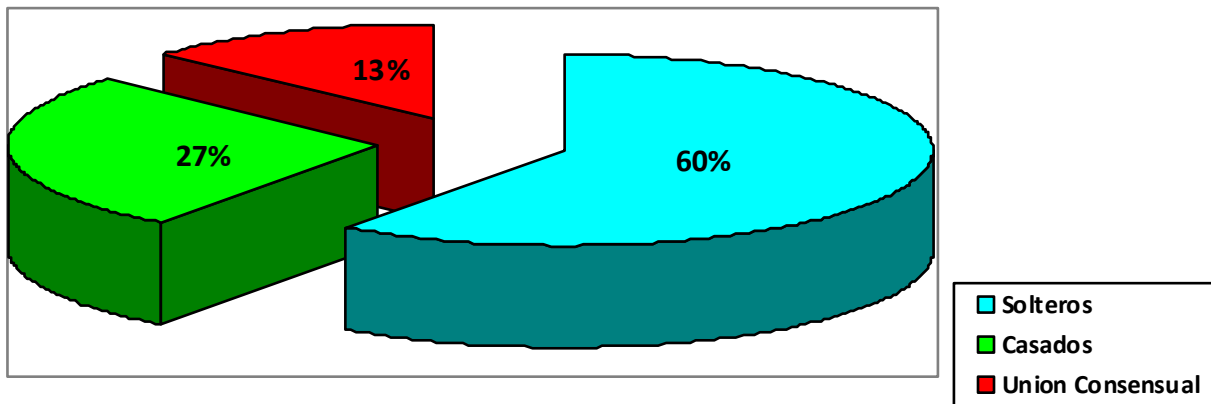


Grafico 4

Años de convivencia en el estudio "Comportamiento Psico laboral del Síndrome de Burn Out en personal de salud del servicio de Emergencia del Hospital Militar Escuela "Dr. Alejandro Davila Bolaños" en el periodo Agosto - Septiembre 2010

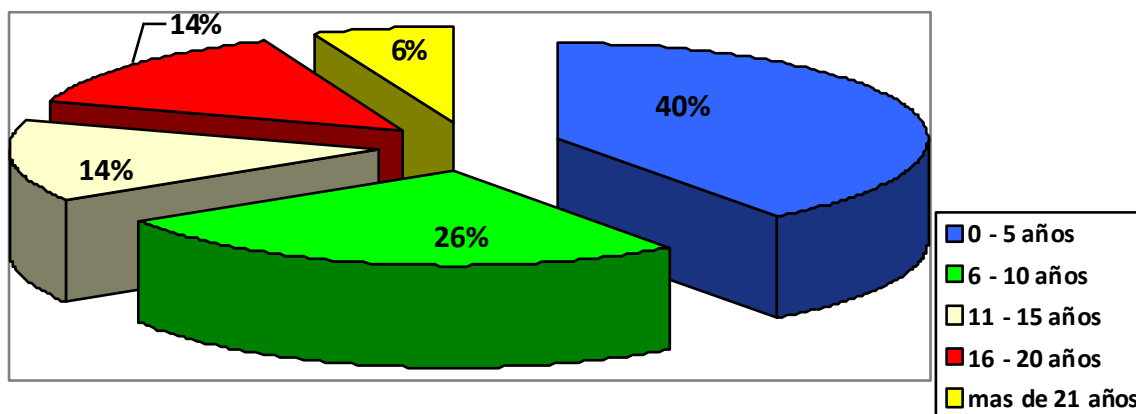


Grafico 5

Situacion laboral en el estudio Comportamiento Psico laboral del Síndrome de Burn Out en personal de salud del servicio de Emergencia del Hospital Militar Escuela "Dr. Alejandro Davila Bolaños" en el periodo Agosto - Septiembre 2010

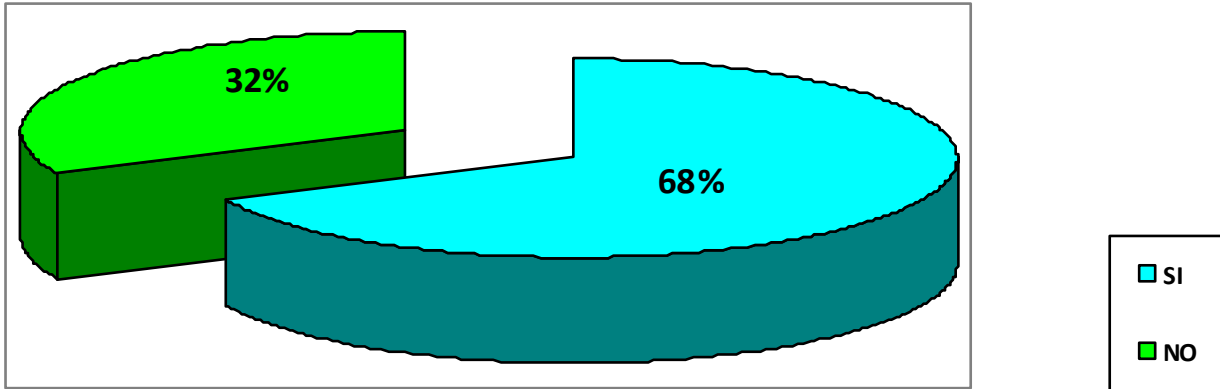


Grafico 6

Personal que tiene hijos en el estudio "Comportamiento Psico laboral del Síndrome de Burn Out en personal de salud en el servicio de Emergencia del HME "Dr. Alejandro Davila Bolaños" Periodo Agosto - Septiembre 2010

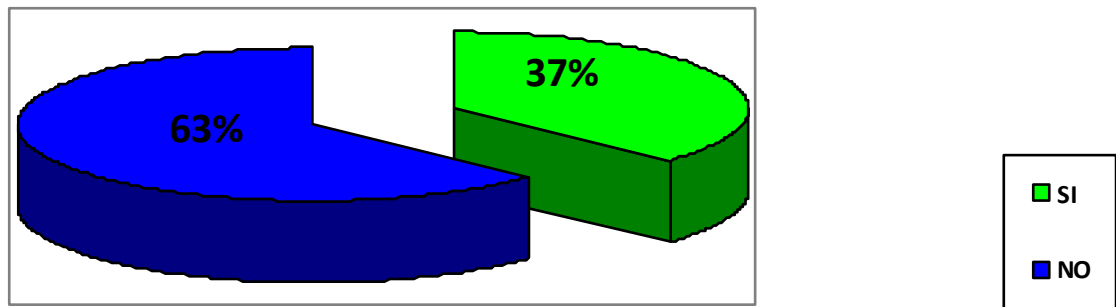


Grafico 7

Nº de hijos que tiene el personal del estudio "Comportamiento Psico laboral del Síndrome de Burn Out en personal de salud del servicio de Emergencia del Hospital Militar Escuela "Dr. Alejandro Davila Bolaños" en el periodo Agosto - Septiembre 20

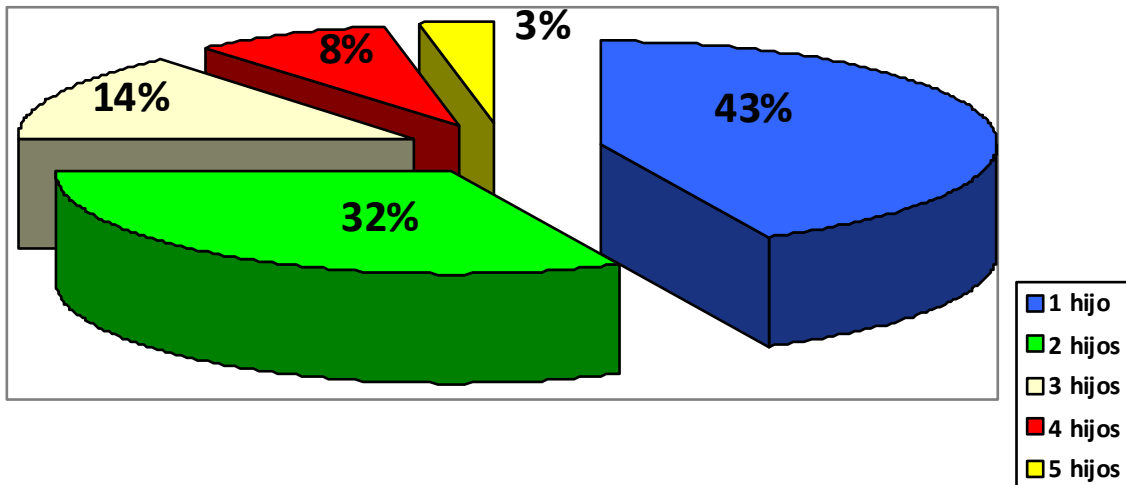


Grafico 8

Años de experiencia del personal del estudio "Comportamiento Psico laboral del Síndrome de Burn Out en personal de salud del servicio de Emergencia del Hospital Militar Escuela "Dr. Alejandro Davila Bolaños" en el periodo Agosto - Septiembre 20

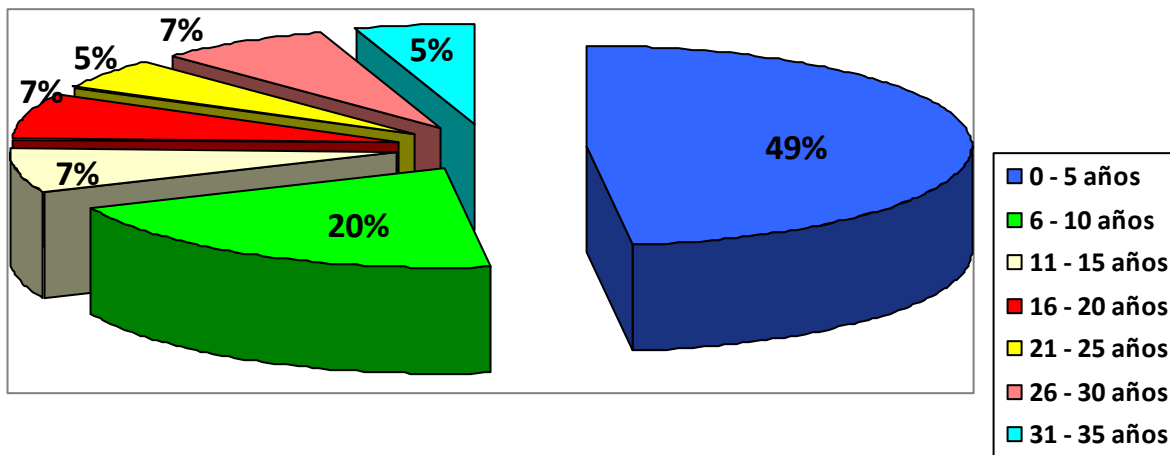


Grafico 9

Relacion profesional por cargo del estudio "Comportamiento Psico laboral del Síndrome de Burn Out en personal de salud del servicio de Emergencia del Hospital Militar Escuela "Dr. Alejandro Davila Bolaños" en el periodo Agosto - Septiembre 2010

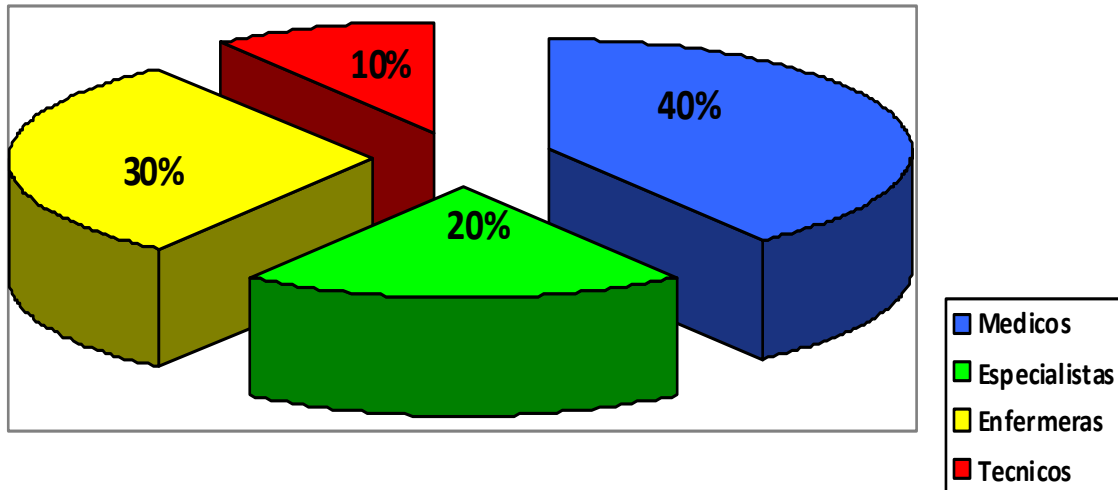


Grafico 10

Relacion de la DIMENSION EMOCIONAL del estudio "Comportamiento Psico laboral del Síndrome de Burn Out en personal de salud del servicio de Emergencia del HME "Dr. Alejandro Davila Bolaños" en el periodo Agosto - Septiembre 2010

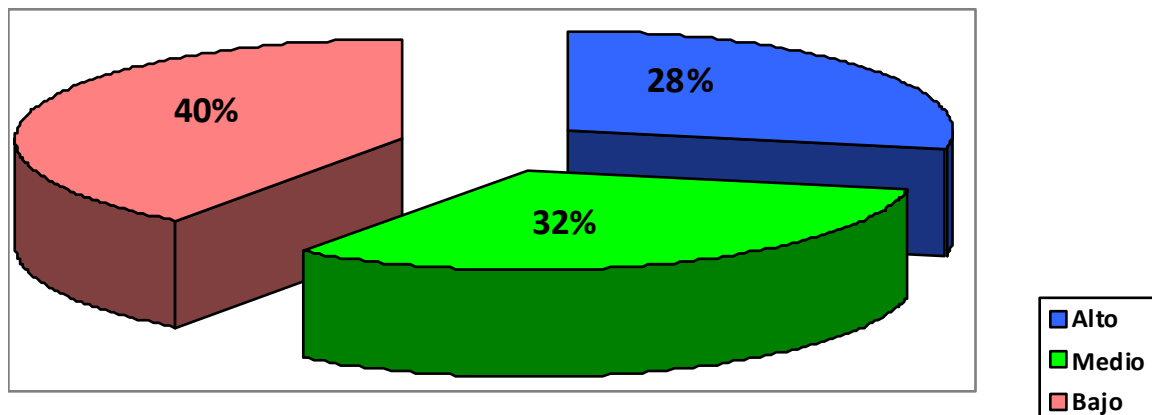


Grafico 11

Relacion de la DIMENSION DESPERSONALIZACION en el estudio "Comportamiento Psico laboral del Sindrome de Burn Out en personal de salud del servicio de Emergencia del HME "Dr. Alejandro Davila Bolaños" en el periodo Agosto - Septiembre 2010

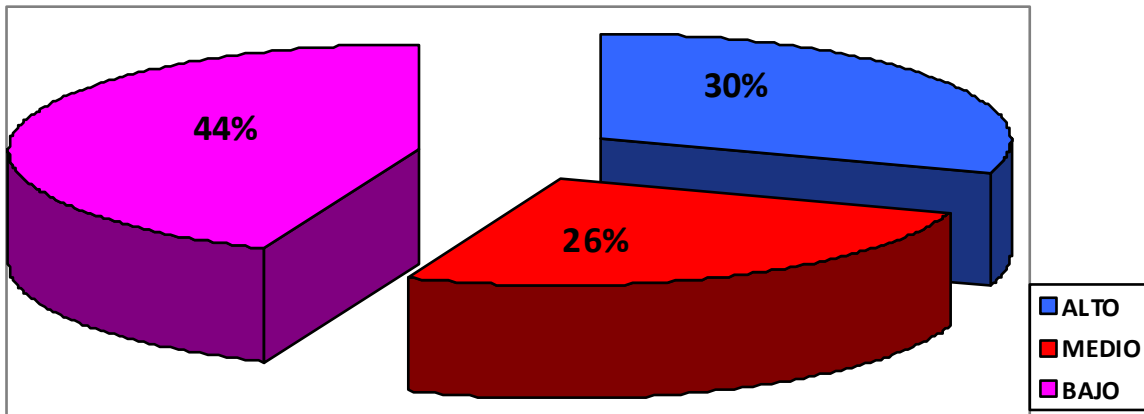


Grafico 12

Relacion de la DIMENSION FALTA DE REALIZACION PERSONAL del estudio "Comportamiento Psico laboral del Sindrome de Burn Out en el servicio de Emergencia del HME "Dr. Alejandro Davila Bolaños" en el periodo Agosto - Septiembre 2010

