

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
POSGRADO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS**



“PREVALENCIA DE SINTOMAS PSICOTICOS, NEUROTICOS Y SINDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE LA SALUD QUE LABORAN EN EL HOSPITAL NACIONAL PSIQUIATRICO DR. JOSE MOLINA MARTINEZ DE ABRIL 2017 A ABRIL 2018”

Presentado Por:
Dr. Luis Antonio Mena Esquivel

Para Optar al Título de:
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL

Asesor de tesis:
Dr. Wilson Avendaño

SAN SALVADOR, NOVIEMBRE 2020.

INDICE

RESUMEN.....	2
INTRODUCCIÓN.....	3
ANTECEDENTES.....	4
JUSTIFICACIÓN.....	7
OBJETIVOS	11
MARCO TEÓRICO.....	12
HIPÓTESIS.....	52
DISEÑO METODOLOGICO	53
RESULTADOS.....	64
DISCUSION.....	77
CONCLUSIONES.....	80
RECOMENDACIONES.....	81
BIBLIOGRAFIA.....	82
ANEXOS.....	90

RESUMEN

El síndrome de Burnout, considerado por la Organización Mundial de la Salud como una enfermedad laboral que provoca deterioro progresivo en la salud física y mental de los individuos que lo padecen, constituye un tipo de estrés laboral que se observa en profesionales de la Salud que mantienen contacto directo y constante con otras personas afectando su desempeño, lo cual es percibido por los usuarios. Es por ello que este trabajo de investigación tiene como objetivo general Determinar la prevalencia del síndrome de burnout, síntomas psicóticos y neuróticos en el personal de salud que labora en el hospital nacional psiquiátrico realizándose un estudio cuantitativo, descriptivo de corte transversal en 110 profesionales de la salud, cuya recolección de datos se realizó en base al Cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI), que evalúa las tres dimensiones del síndrome y el cuestionario SRQ para síntomas neuróticos y psicóticos. Los datos recolectados evidencian una tasa de prevalencia de 10,9 %, con un 7.27% en el género masculino y 3.63% en el género masculino, presentando un 66.4% de individuos con realización personal baja, tasa de presentación en médicos residentes de 8.18%, personal de enfermería con un 4.54%, Auxiliar de enfermería 42.72%, ayudante de enfermería 33.63%. Angustia psicológica presente en un 34.5% de individuos, potencial angustia en 4.5%, síntomas serios en el 29.1% y necesitan seguimiento un 35.5%. el síndrome de Burnout tiene una correlación significativa con la angustia psicológica, individuos catalogados con síntomas serios y quienes necesitan seguimiento. Finalmente se concluye que el personal de salud presenta una baja prevalencia de Síndrome de Burnout sin embargo una alta prevalencia de baja realización personal.

INTRODUCCIÓN

El Burnout se conoce como síndrome de desgaste ocupacional o profesional que se produce como respuesta a presiones prolongadas que sufre una persona ante factores estresantes emocionales, interpersonales y sociodemográficos relacionadas con el trabajo, caracterizado por un progresivo agotamiento físico y mental, una falta de motivación absoluta por las tareas realizadas y en especial por importantes cambios de comportamiento en quienes lo padecen. (12)

Este síndrome clínico fue descrito en 1974 por Freudenberg, médico psiquiatra, que trabajaba en una clínica para toxicómanos en Nueva York. Observó que, al año de trabajar, la mayoría de los voluntarios sufría una progresiva pérdida de energía, hasta llegar al agotamiento, síntomas de ansiedad y de depresión, así como desmotivación en su trabajo y agresividad con los pacientes.

En las mismas fechas, la psicóloga social Cristina Maslach, estudiando las respuestas emocionales de los profesionales de ayuda, calificó a los afectados de "sobrecarga emocional" o síndrome de Burnout (quemado). Esta autora lo describió como "un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas".

Los Estados miembros de la OMS, reunidos desde el 20 de mayo de 2019 en Ginebra en el marco de la 72° Asamblea Mundial de la organización incluyeron el desgaste profesional o "burn-out" en su lista de enfermedades, la nueva clasificación, llamada ICD-11, publicada el año 2018, y entrará en vigor el 1 de enero de 2022. Su código es el QD85 y fue incorporado a la sección de "problemas asociados" al empleo o al desempleo.

ANTECEDENTES

A finales de la década de 1970, Schmidbauer presentó su libro "Die hilflosen Helfer" ("El Cuidador descuidado"), en él se brindaba la descripción del "Síndrome del cuidador", un síndrome que se presentaba en personas que se encargaban de cuidar a otros individuos (20). Posteriormente Herbert Freudenberger empezaba a notar que en ciertos trabajadores se presentaba una entidad clínica que, a falta de una definición exacta, se catalogaba como "depresión" o "colapso nervioso". (21) Así presenta la primera descripción del síndrome como un "colapso psiquiátrico y físico". Para denominar esta nueva entidad retoma un término utilizado en la década de 1940 en los ambientes aeronáuticos, donde se denominaba "Burnout" (Quemado) al jet o turbina que cesaba de funcionar.

Desde 1974, Freudenberger, asoció el síndrome de desgaste laboral con los trabajadores sanitarios, y desde entonces la mayoría de los estudios se han enfocado en esta población; sin embargo, han entrado en consideración otros grupos como policías y profesores (22), es decir capital humano que labora en el área de servicios y el trato con personas. A inicios de la década de los ochenta, en 1981, la psicóloga Christina Maslach presentó una definición más completa del síndrome de desgaste laboral y diseñó un instrumento de valoración, el Maslach Burnout Inventory (MBI) (14), que evalúa tres áreas: el cansancio emocional, la despersonalización y la realización personal. (3) Desde entonces el síndrome de desgaste laboral, ha adquirido relevancia dentro de los ambientes laborales, debido a que sus consecuencias afectan, no sólo al trabajador que lo padece, sino que también al paciente (o cliente) y la organización donde el recurso labora. (4)

Se han realizado diversos estudios, en varios países, que han evaluado la prevalencia del síndrome en trabajadores hospitalarios (23)(24)(3)(17). Además, intentan determinar los factores desencadenantes y consecuencias. (18) La mayoría han sido investigaciones descriptivas y transversales; y sólo algunas

proponen iniciativas para poder manejar el síndrome en los trabajadores en salud. (19)

En estudios realizados en Hispanoamérica muestra la prevalencia de Burnout en los profesionales de salud; en España fue de 14,9%, Argentina 14,4% y 7,9% en Uruguay. Los profesionales de México, Ecuador, Perú, Colombia, Guatemala y El Salvador presentaron prevalencias entre 2,5% y 5,9%; y por profesiones, medicina tuvo una prevalencia del 12,1% y enfermería del 7,2%. (15)

En El Salvador, se han realizado investigaciones del síndrome de burnout en personal de salud que trabaja en instituciones como el Hogar de parálisis cerebral Padre Vito Guarato de San Salvador (25), donde se determinó una prevalencia del Síndrome de Desgaste laboral del 20% en los trabajadores del hogar. En el Hospital Nacional San Rafael, en el año 2005 se realizó una investigación sobre los factores que inciden en el estrés laboral en el personal de enfermería. (26) Los resultados de dicha investigación indicaban que los problemas de salud eran uno de los principales factores determinantes del estrés laboral; sin embargo, problemas relacionados al trabajo desempeñado por el personal (conflicto de rol, ambigüedad de rol y sobrecarga de trabajo) no catalogaron como agentes directamente involucrados en el desarrollo del síndrome de desgaste laboral.

En el año 2012 se realiza por alumnos de Doctorado en Medicina de la Universidad de El Salvador la investigación denominada "Factores de Riesgo del Síndrome de Burnout Presentes en Residentes de Medicina y Cirugía General del Hospital Nacional Rosales. Diciembre 2012" la investigación contempla a un total de 30 médicos residentes de medicina interna y cirugía general, 15 de cada especialidad, con un rango de edad de los 24 a 33 años, siendo el mayor porcentaje de 27 a 29 años representando al 50% de la población, el sexo femenino el de mayor porcentaje con un 63% y el estado civil predominante soltero con el 73%. Se identificó que los residentes de la especialidad de cirugía general presentan mayor afectación en el componente de despersonalización en

un 53% mientras que los residentes de medicina interna en un 33% ya que en cansancio emocional y realización personal obtienen iguales resultados. También se identifica que los residentes q trabajan más de 120 horas a la semana presentaban mayor despersonalización (53%). El estudio identifica cuales son los servicios de hospitalización de pacientes que más genera cansancio emocional, aunque no asociando las variables de forma significativa.

En el año 2013 se realiza de parte de alumnos de la Universidad Dr. José Matías delgado de la facultad de ciencias de la salud Dr. Luis Edmundo Vásquez, escuela de medicina la tesis para optar al título de doctor en medicina titulada “Síndrome de desgaste laboral y sus efectos en el ambiente laboral del personal de salud del Hospital Nacional San Rafael” encontrando que un 41% de los trabajadores sufren del síndrome de desgaste laboral siendo más común en el sexo femenino con un 56.6%, a comparación del sexo masculino con un 43.3%. Las áreas hospitalarias con mayores niveles del síndrome fueron el área administrativa 21.6%, y las áreas clínicas de medicina interna, gineco-obstetricia, y emergencias con un 11.6%. Al evaluar la distribución de desgaste laboral según el cargo, son las enfermeras quienes presentan mayores niveles del síndrome con 26.6% de afectación. Las áreas más afectadas del síndrome son el cansancio emocional, que resultó afectado en todas las áreas hospitalarias evaluadas y presentó un pico del 24% para el personal de enfermería; y la despersonalización con un 17% para los practicantes internos y 16% para los médicos.

JUSTIFICACIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a los trabajadores de salud como aquellos cuya labor es la de proteger y mejorar la salud de sus comunidades; y los subdivide en dos categorías: la primera como los trabajadores que prestan servicios de salud, es decir aquellos que tienen un trato directo con el paciente, y la segunda categoría en donde engloban a los trabajadores que apoyan y que colaboran con aquellos recursos humanos que prestan un servicio directo a los pacientes. (1) En el año 2005 la OMS estableció que una densidad de 25 trabajadores en salud por cada 10,000 habitantes es la ideal para que un sistema de salud pueda obtener resultados sanitarios acorde a lo esperado. Según el informe de Salud del año 2011 en El Salvador existen 22 trabajadores en salud por cada 10,000 habitantes. (2) Concibiendo el trabajo como un medio de subsistencia, desarrollo personal y éxito profesional, el ramo de la salud es uno de los que tiene mayor nivel de satisfacción debido a la realización personal experimentada al poder brindar bienestar, salud y contribuir positivamente en el mejoramiento de las condiciones de aquellos a quienes se sirve, pero también es conocido que el personal de salud está expuesto a condiciones físicas y emocionales que son desgastantes y hay una tendencia muy marcada a olvidar o menospreciar la salud física y mental de este gremio. Una de las causas es la sobrecarga de trabajo y la falta del cumplimiento de las metas laborales propuestas. (3)(4) Además se ha descrito que, durante una jornada de 24 horas, el mejor rendimiento laboral se observa durante las primeras 6 a 10 horas, y desciende totalmente a las 22 horas. Por este motivo el profesional con jornadas laborales de más de 12 horas de duración tendrá un peor desempeño en su trabajo. (5)

El Síndrome de Burnout es un problema de salud pública que va en aumento y en su gran mayoría pasa desapercibido, no sólo repercutiendo en la salud del recurso humano en salud sino también en la calidad asistencial brindada,

deteriorando la relación entre el usuario de los servicios de salud y el personal a cargo.

La atención a pacientes psiquiátricos en EL Salvador ha estado ligada a los avances y progresos de la disciplina a nivel regional, seguida de modelos y tendencias en el mundo entero, los siglos XVIII y XIX se caracterizaron por una percepción diferente hacia los pacientes mentales y por lo tanto la forma de tratarlos. En Europa se evidenció una tendencia a la construcción de hospitales psiquiátricos cuyos servicios eran principalmente asilares. En El Salvador esta tendencia se advirtió hasta finales del siglo XIX con la construcción del Manicomio Central en 1894. En 1949 el Dr. José Molina Martínez es nombrado director del hospital psiquiátrico, en 1975 se traslada el hospital a su sede definitiva en la ciudad de Soyapango. Desde entonces ha sido el único hospital de carácter público a nivel nacional que se especializa en dicho tipo de atención lo que conlleva un gran flujo de pacientes. Del presupuesto para el ramo de salud 2015 \$615,684,043, un 45% está asignado a la red hospitalaria, el hospital psiquiátrico recibe \$12,031,620 que lo sitúa como el octavo hospital con más presupuesto, sin embargo, ese presupuesto abarca dos hospitales, el área de atención de medicina general y el ala penitenciaria. En este contexto se atiende aproximadamente al 87 por ciento de la demanda de servicios de salud mental en El Salvador, el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) atiende aproximadamente al otro 13 por ciento. En la actualidad el hospital cuenta con 7 áreas: Mujeres-Agudos (52 camas), Mujeres-Crónicos (90 camas), Hombres-Agudos (58 camas), Hombres-Crónicos (96 camas), Adicciones (30 camas) y Reos (40 camas), más un área de observación. En total son 366 camas el hospital registra un índice ocupacional del 97,45 por ciento, El promedio de estadía en Adicciones es de 14 días, en Agudos-Hombres es de 25 días y para Agudos-Mujeres es de 22 días. El promedio de estadía en el ara de Crónicos-Mujeres es de 1.708,5 días, 4,68 años; para Crónicos-Hombres es de 8.276 días, lo que equivale a 22,67 años. El área más crítica del hospital es la de Reos, donde en

un espacio destinado para 40 personas habitan 118 internos, un índice ocupacional del 281 por ciento. El equipo de profesionales de salud a cargo de este centro se detalla en la siguiente tabla:

Psiquiatras	16
Médicos residentes	14
Supervisoras de enfermería	5
Auxiliares de enfermería	61
Enfermeras Jefe de Unidad	6
Enfermeras Hospitalarias	11
Ayudantes de Enfermería	77
Jefe de Enfermería	1
Sub Jefe de Enfermería	1
Psicólogas	4
Trabajadoras sociales	4
TOTAL	200

(Fuente: departamento de epidemiología Hospital nacional Psiquiátrico Dr. José Molina Martínez)

Este equipo de trabajo es el responsable directo de la atención en salud brindada al total de pacientes encamados, emergencia y consulta externa. Para el año 2014 el total de emergencias psiquiátricas fueron 10,537, consulta externa 38,855 y los egresos del área hospitalaria se detallan de la siguiente forma:

Agudos hombres: 590, agudos mujeres 654, crónicos hombres 55, mujeres 45 (población asilar) reos 61 egresos (115 ingresados) adicciones y detoxificación 573, subagudos 23.

(Fuente: departamento de epidemiología Hospital nacional Psiquiátrico Dr. José Molina Martínez)

Debido a la relación entre la cantidad de recursos humanos y la población de la que son responsables se experimenta una sobrecarga de trabajo la cuál puede ser causa de varios trastornos mentales, existe un síndrome, originalmente observado en profesiones tales como médicos, psicoanalistas, guardias de cárceles, asistentes sociales y bomberos, y que hoy se extiende a todos aquellos que interactúan en forma activa y dentro de estructuras funcionales. Hoy, estas personas que interactúan cuidando y /o solucionando problemas de otras, con técnicas y cualidades exigidas, dentro de medios y organizaciones de logros evaluados (en mayor o menor medida), son potenciales poseedores del síndrome de Burnout.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Determinar la prevalencia del síndrome de burnout, síntomas psicóticos y neuróticos en el personal de salud que labora en el hospital nacional psiquiátrico

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar la prevalencia del síndrome de burnout con el cuestionario Maslach en el recurso humano que labora en el hospital nacional psiquiátrico
2. Identificar la prevalencia de síntomas psicóticos y/o neuróticos en el personal del hospital nacional psiquiátrico a través del cuestionario SRQ
3. Determinar la relación entre las variables cargo desempeñado, y las tres dimensiones del Síndrome de Burnout y las 4 categorías de síntomas psicóticos y neuróticos identificados en el Cuestionario de Auto-Evaluación SRQ en el personal de salud que labora en el hospital psiquiátrico

MARCO TEÓRICO

Recurso humano en salud

Definición

En el año 2006 la OMS estimaba una escasez de médicos, enfermeras, y demás personal de salud de aproximadamente 93 mil personas en el continente americano. El Salvador no es ajeno a este problema, donde la densidad de profesionales en salud es de 22 por cada 10,000 habitantes. Sin embargo, los recursos están más concentrados en el área urbana. (2) Mientras que la demanda del servicio en salud aumenta progresivamente, como consecuencia del crecimiento de la población, de su mayor cultura sanitaria y de los progresos en la ciencia médica, la capacidad del servicio no aumenta con la misma rapidez; por lo que se produce un desequilibrio entre las necesidades y recursos, que dan lugar a numerosos conflictos entre las instituciones que administran los servicios de salud, los profesionales en salud que prestan dicho servicio, y la comunidad que lo recibe. (27) En El Salvador se consideran como recursos humanos en salud a médicos, odontólogos, licenciados y técnicos en enfermería, y los licenciados y técnicos en las áreas de anestesiología, laboratorio clínico, fisioterapia, radiología, trabajo social, salud materno infantil, dieta y nutrición, psicología, y química-farmacia. (28)

Modalidades de contratación

Las modalidades de contratación en el país son de varios tipos, sin embargo, hay dos principales: la primera es por ley de salario, y el segundo es por contrato (o compra de servicios personales), ambos son regulados por la ley de servicio civil, por planilla y contrato, que a su vez son regulados por el código de trabajo. (17) Dependiendo por la modalidad que haya sido contratado el empleado varía sus horas y jornadas laborales.

Además de estas modalidades, en el país se cuenta con otras como las contrataciones patrocinadas y/o subsidiadas por el fondo del Gobierno de El

Salvador (fondo GOES) que sólo brinda estabilidad a corto plazo, pues este fondo depende del presupuesto anual del gobierno, el cual debe ser aprobado por la Asamblea Legislativa y que muchas veces no aprueba el presupuesto en su totalidad, por lo que no garantiza que para el siguiente año se cuente con el mismo recurso económico.

Funciones del personal médico

Dependiendo del grado de especialización o formación académica de los profesionales se subdividen jerárquicamente, variando de esta forma sus responsabilidades: (6) Médico Jefe de Servicio: Está encargado de la dirección, coordinación y supervisión de las actividades administrativas, asistenciales, médico-quirúrgicas y docentes del servicio hospitalario. Supervisa y evalúa a médicos especialistas, residentes, practicantes

internos y personal paramédico, evalúa la calidad y el rendimiento del servicio, mantiene el control y disciplina del servicio, brinda atención diaria a pacientes

hospitalizados, ejecuta intervenciones quirúrgicas electivas y de emergencia en las áreas quirúrgicas. Ejecuta el programa de educación continua a médicos residentes y practicantes internos, brinda asesoría a médicos agregados y residentes, además de realizar evaluaciones académicas. Su trabajo es evaluado por el jefe del departamento y las relaciones interpersonales se producen con niveles superiores, personal médico, paramédico, servicios de apoyo, pacientes y público en general.

En el año 2012, este puesto debía laborar 4 horas diarias, goza de fines de semana, y días libres y feriados, y no realizan turnos nocturnos.

Médico Jefe de Emergencias: Planifica, organiza y supervisa el desarrollo de las actividades administrativas, médico-asistenciales y docentes de la unidad. Coordina y evalúa las actividades de los médicos residentes y practicantes

internos del área de emergencias; coordina con los jefes de departamento médico actividades del hospital, elabora el plan de acción para situaciones de desastres. Entrega reportes periódicos de pacientes atendidos en la emergencia, vigila el adecuado suministro de los medicamentos e insumos médicos, asiste periódicamente a reuniones administrativas convocadas por la dirección del hospital. Además, brinda atención directa al paciente en emergencia, pasa visita diaria a los pacientes ingresados en observación de emergencia, atiende casos de máxima urgencia, atiende llamadas de emergencias durante las 24 horas. Mantiene un programa de enseñanza médica continuada a médicos residentes, practicantes internos y personal paramédico.

Su trabajo es evaluado por el director del hospital, a través de análisis de los informes presentados y apreciación de los resultados obtenidos. Sus relaciones interpersonales se producen con niveles superiores, personal médico, paramédico, servicios de apoyo, pacientes y público en general. Su ambiente laboral está sujeto a alto grado de tensión.

Médico Especialista I: Brinda atención de pacientes en una de las más grandes ramas especializadas de la medicina (medicina interna, cirugía general, ginecología y obstetricia, pediatría general, y salud pública acreditado por los hospitales especializados).

Atiende la consulta externa e interconsulta dentro de la especialidad correspondiente, efectúa procedimientos médicos y/o quirúrgicos, diagnósticos y/o terapéuticos correspondientes a la especialidad. Además, efectúa funciones de tipo docente, administrativo y de asesoría en su respectiva especialidad.

Su trabajo es evaluado por el jefe de servicio, jefe del departamento y el Director del hospital a través de análisis de informes y la apreciación de los resultados obtenidos.

Sus relaciones interpersonales se producen con niveles superiores, colegas de medicina general y especialistas, pacientes y familiares en general.

El titular tiene la más alta responsabilidad técnica y profesional en la consecuencia del error. Puede ocasionar pérdidas económicas y daños a pacientes de intensidad variable que incluye la defunción. Por lo que la naturaleza del trabajo está sujeta a un alto grado de tensión.

Médico Especialista II: Se encarga de la atención de pacientes en una rama especializada de la medicina y ejecución de intervenciones con aplicación de procedimientos médico-quirúrgicos de mayor complejidad diagnóstica y terapéutica que el médico especialista I. Atiende la consulta externa e interconsulta de subespecialidad, efectúa también funciones de tipo docente, administrativo y de asesoría en su respectiva subespecialidad. Además, supervisa al médico residente asignado, estudiantes de medicina, practicantes internos y personales paramédicos. Al igual que el médico especialista I es evaluado por el jefe de servicio, jefe del departamento y el Director del hospital a través de los resultados obtenidos. Sus relaciones interpersonales se producen con niveles superiores, colegas especialistas y de medicina general, otras disciplinas, pacientes y familiares. Asume la responsabilidad más alta técnica y profesional, como en la credibilidad institucional.

Sus condiciones de trabajo están sujetas a altos grados de tensión y concentración debido a la responsabilidad profesional que tiene con los pacientes.

Jefe de Residentes: Bajo su responsabilidad está la planificación, programación y coordinación de actividades médico-asistenciales y académicas de médicos residentes, practicantes internos, estudiantes de medicina y personal paramédico. Supervisa, asesora y evalúa el trabajo de los médicos residentes, atiende interconsultas de especialidades, integra diferentes comités dentro de la

organización del hospital, ejerce la auditoría médica, discute casos post-turnos, evalúa pacientes críticamente enfermos, supervisa y autoriza el uso de ciertos medicamentos, elabora informes de morbi-mortalidades, mantiene la coordinación constante con el departamento de Enseñanza e Investigación, lleva acabo los procedimientos médicos-quirúrgicos de la más alta complejidad y debe estar permanentemente disponible a las llamadas del hospital y representar el centro asistencial según sea delegado por el Director.

Su trabajo es evaluado por el jefe de servicio, jefe de departamento y el director del hospital a través del análisis de los informes que presenta y por la apreciación de los resultados obtenidos.

Médico Residente III: Supervisa y evalúa al médico residente de 1º y 2º año y practicante interno. Ejerce la función de director del hospital durante el período del turno, brinda atención médico-quirúrgica a pacientes de alto riesgo, efectúa procedimientos médico-quirúrgicos, diagnóstico y terapéutica que por su complejidad no efectúa el médico residente I y médico residente II; detecta riesgo para los pacientes, el personal médico, paramédico y otros servicios de apoyo y para el establecimiento en general; pasa la visita diariamente, atiende interconsultas, consulta externa, practica procedimiento electivos delegados por el especialista. Imparte docencia a personal paramédico del hospital, realiza presentaciones de casos clínicos a niveles superiores, comités o consejos técnicos.

Su trabajo es evaluado por el jefe de residentes, jefe de servicio, jefe de departamento y Jefe de enseñanza e investigación. Sus relaciones interpersonales se producen esencialmente con niveles superiores, compañeros, personal de menor nivel, pacientes y sus familiares.

Sus condiciones de trabajo están sujetas a presión y tensión dado el alto grado de responsabilidad profesional e institucional que conllevan las funciones de

trabajo 8 horas diarias más los turnos programados en actividades asistenciales, administrativas y docentes.

Médico Residente II: Supervisa al residente de primer año, pasa visita diariamente, presenta casos al consejo médico o comité técnico y niveles superiores del establecimiento para su discusión y análisis; atiende la consulta externa, brinda atención médico-quirúrgica a pacientes de mediano riesgo; efectúa procedimientos médico-quirúrgicos, diagnósticos y terapéuticos de mayor complejidad que el médico residente

I. Presenta conferencias médico-quirúrgicas y anátomo-patológicos; brinda asistencia en procedimientos de intervenciones médicas-quirúrgicas de emergencia y selectivos supervisadas por el médico especializado. Su trabajo es evaluado por el médico residente III, jefe de residentes, jefe de servicio asignado, jefe de departamento y Jefe de enseñanza e investigación.

Las relaciones interpersonales se producen con el personal médico, paramédico, estudiantes y pacientes hospitalizados. Sus errores, aun cuando pueden ocasionar riesgos para el paciente y el mismo médico, son controlables por niveles superiores. Sin embargo, es un residente con alta responsabilidad en el manejo de pacientes de riesgo y asignación de algunas actividades administrativas y docentes. Trabaja 8 horas diarias, más turnos programados en actividades asistenciales y docentes.

Médico Residente I: Tiene la responsabilidad de pasar la visita diaria de pacientes, presentar casos clínicos al consejo o comité técnico o grupos de investigación científica, atender pacientes de emergencia de leve y mediano riesgo, efectuar procedimientos médico-quirúrgicos supervisados por el jefe inmediato superior, asistir a actividades médico- científicas, atender y orientar a practicantes internos de medicina.

El trabajo es evaluado por el médico residente de segundo y tercer año, jefe de residentes, jefe de servicio asignado, jefe de departamento, jefe de enseñanza e investigación.

Las relaciones interpersonales se llevan a cabo con el personal médico, paramédico, estudiantes y pacientes hospitalizados.

Es un residente con alto grado de estrés por la cantidad de responsabilidades que tiene asignadas. Trabaja 8 horas diarias más turnos programados en actividades asistenciales y docentes.

Funciones del personal de enfermería

Las funciones que cumplen el personal de enfermería del Hospital Nacional psiquiátrico dependen del cargo y el área en donde deban ejercer. Por lo que no todos se ven sometidos a la misma carga laboral. Algunos recursos deben ejercer funciones exclusivamente administrativas, mientras que otros tienen un trato directo con el paciente y el personal médico. (29) Existe un número de trabajadores en enfermería que sus horas laborales son de 8 horas, mientras otros realizan labores por algunas horas (dependiendo del tipo de contrato), turnos diurnos y turnos nocturnos.

En la rama de enfermería, existen distintas jerarquías, y sus funciones varían según el cargo establecido.

Según el Manual de enfermería a Nivel Nacional en hospitales públicos las actividades a realizar son las siguientes:

Licenciados(as) en enfermería: Tiene como responsabilidad elaborar y supervisar la ejecución del plan de cuidados directos para la atención de pacientes y atención de pacientes en alto riesgo. Planifica, organiza y ejecuta actividades de enfermería, de acuerdo con las necesidades de los pacientes, recursos humanos y materiales disponibles.

Cumple con las indicaciones médicas de mayor complejidad, y además están

autorizados para el cumplimiento de medicamentos orales y parenterales. También están autorizados a realizar curaciones, aspiración de secreciones, asistencia durante

procedimientos quirúrgicos, toma de muestras para exámenes de laboratorio, así como la toma de signos vitales. Evalúa y supervisa al personal auxiliar de enfermería bajo su cargo, y realiza anotaciones de sus observaciones, evolución y cumplimiento de medicamentos en cada expediente clínico de los pacientes bajo su responsabilidad.

Diariamente se relaciona con niveles superiores, pacientes, personal del área de trabajo, y generalmente con la familia del paciente, para asegurar la continuidad del tratamiento.

En su trabajo se ven expuestas a sufrir accidentes laborales; realizan jornadas nocturnas que le requieren estar despierta, de pie o caminando.

Técnico en enfermería: Los auxiliares de enfermería tienen como responsabilidad el cumplimiento de medicamentos orales; los medicamentos parenterales los podrán cumplir siempre y cuando estos no sean medicamentos controlados o se cumplan bajo una orden directa y supervisión de un enfermero(a) graduado(a) o de un médico.

Además, están encargados de realizar cuidados higiénicos de moderado y leve riesgo, preparar pacientes para operaciones quirúrgicas, circular instrumentos en operaciones quirúrgicas, toma de muestras de laboratorio, recibir y entregar el inventario del servicio. También hace pedidos de materiales e instrumental, equipa consultorios, carro de curaciones e inyecciones, y realiza notas en los expedientes clínicos de los pacientes sobre estado y evolución de los pacientes asignados.

Sus relaciones interpersonales son con niveles superiores, pacientes y compañeros de trabajo. Expuestos constantemente a diferentes patologías y realizan jornadas nocturnas

Ayudante de enfermería: Dentro de sus responsabilidades están mantener limpio y ordenado el área de trabajo asignada, ordenar el equipo y mobiliario de la unidad, colaborar en la limpieza de material y equipo, colaborar con el transporte de pacientes a sus respectivas unidades, realizar limpieza de material y equipo utilizado en el servicio, dar alimentación asistida a pacientes que lo ameriten, realizar cuidados higiénicos y de confort a pacientes de bajo riesgo, trasladar pacientes a distintos departamentos del hospital y a otras instituciones, colaborar con tramites de citas a pacientes de alta, colaborar con la enfermera en la movilización de pacientes operados, realizar actividades de mensajería que se le asignen, colaborar con la realización de curaciones de pacientes, recibir y entregar ropa limpia y sucia, realizar limpieza de camas, silla de ruedas, camillas, orinales y patos.

Su trabajo es supervisado por la enfermera del área asignada, a través de observación directa de resultados. Se relaciona diariamente con el paciente y el personal de la unidad.

Están expuestos a enfermedades por contacto con diversas patologías y permanecen de pie por largos periodos

Síndrome de desgaste laboral

El síndrome resultante de un estrés crónico en el trabajo que no fue gestionado con éxito" fue incluido por miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) dentro de la clasificación de enfermedades mundiales y su código es el QD85. En dicho documento el Burn-out es un síndrome conceptualizado como resultado del estrés crónico en el lugar de trabajo que no se ha manejado con éxito. Se caracteriza por tres dimensiones: 1) sentimientos de agotamiento o agotamiento de la energía; 2) mayor distancia mental del trabajo de uno, o

sentimientos de negativismo o cinismo relacionados con el trabajo de uno; y 3) eficacia profesional reducida. El agotamiento se refiere específicamente a fenómenos en el contexto ocupacional y no debe aplicarse para describir experiencias en otras áreas de la vida.

Exclusiones

Trastorno de adaptación (6B43)

Trastornos específicamente asociados con el estrés (6B40-6B4Z)

Ansiedad o trastornos relacionados con el miedo (6B00-6B0Z)

Trastornos del estado de ánimo (6A60-6A8Z)

Definición

El síndrome de desgaste laboral (también conocido como Burnout) puede definirse como una "depleción emocional o física producida por el estrés y las demandas laborales, y que afecta principalmente a los profesionales que trabajan en el área de cuidados y ámbitos sociales". (31)(32)(14)(21)

Taxonomía de modelos explicativos del Burnout

Existen diversos modelos explicativos de este síndrome, y aunque los primeros provinieron desde la teoría psicoanalítica, se puede indicar que los principales modelos explicativos del Burnout se encuentran en la Psicología Social, pudiéndose al menos mencionar los siguientes:

- **Modelo Ecológico de Desarrollo Humano:** Desarrollado por Carroll y White (1982), se basa en el conjunto de interrelaciones que debe llevar a cabo el sujeto en los distintos ambientes donde participa, y en los que debe asumir diversas normas y exigencias muchas veces contradictorias, transformándose en fuentes de estrés.
- **Modelo de descompensación valoración-tarea-demanda:** En este modelo, el Burnout se conceptualiza como un elemento que

operacionalizaría el estrés docente, denominándolo como sentimientos de efecto negativo. Fue desarrollado por Kyriacou y Sutcliffe (1978) como un modelo de Burnout aplicado al mundo del profesorado que posteriormente fue ampliado por Rudow (1999) y levemente modificado por Worrall y May (1989).

- **Modelo sociológico.** Este modelo considera que el Burnout se presenta como consecuencia de las nuevas políticas macroeconómicas y fue sugerido por Farber (1991) y finalmente desarrollado por Woods (1999). Para este modelo la globalización explica principalmente la epidemia de Burnout.
- **Modelo opresión-demografía.** Propuesto por Maslach y Jackson (1981), ve al ser humano como una máquina que se desgasta por determinadas características que la vuelven vulnerable (los años, pertenecer al género femenino, estar soltero o divorciado, etc.), combinado con la presión laboral y la valoración negativa de sí mismo y de los demás. Se ha criticado por ser un modelo mecanicista.
- **Modelo de Competencia Social:** Es uno de los modelos más representativos construidos en el marco de la teoría sociocognitiva del yo, y fue propuesto por Harrison (1983).
- **Modelo demografía-personalidad-desilusión:** Propuesto por El Sahili (2010), este modelo considera que el Burnout requiere de dos elementos fundamentales para su formación, a saber: (a) un estrés que presiona al organismo durante mucho tiempo y que se combina con varias fallas en la personalidad y diversos factores de riesgo, y (b) la desilusión creciente que se tiene sobre la profesión ejercida, proveniente principalmente de la falta de compromiso, poca satisfacción laboral y pérdida vocacional. En este contexto, el estrés crónico no sería una variable explicativa significativa *per se* del Burnout, sino que necesitaría ser combinada con el

desencanto que sufre el sujeto sobre las tareas realizadas. Este modelo aún no está validado empíricamente.

EVALUACIÓN DEL BURNOUT

Para la evaluación del síndrome de Burnout se han utilizado distintas técnicas. Al principio, los investigadores utilizaban las observaciones sistemáticas, entrevistas estructuradas y tests proyectivos, pero luego se fue dando mayor énfasis a la evaluación mediante cuestionarios o autoinformes, lo que plantea varios problemas. Ante un proceso de evaluación con autoinformes es importante tener presente que sus medidas son débiles por sí solas; es decir que se aconseja recabar datos objetivos de otras fuentes para confirmar y ampliar los resultados. La debilidad de los autoinformes tiene relación con la cercanía operacional entre la variable independiente y la variable dependiente postulada. Puede ser tanta dicha cercanía que, incluso, los constructos que se miden se pueden utilizar a veces como causa y otras como consecuencias. Sin embargo, los autoinformes son los instrumentos más utilizados para la evaluación del Burnout, y de éstos los preferidos por los investigadores son el Maslach Burnout Inventory (MBI; Maslach y Jackson, 1981, 1986) y el Burnout Measure (BM, Pines y Aronson, 1988). No obstante, existen muchos otros, que sólo se mencionarán, señalando en el año en que se publicaron:

- Año 2000: Cuestionario de desgaste profesional en enfermería -CDPE- (Moreno, Garrosa y Gonzalez)
- Año 1996: MBI-General Survey -MBI-GS- (Schaufeli, Leiter, Maslach y Jackson)
- Año 1995: Cuestionario sobre el estrés en el lugar de trabajo (Kompier y Levi) o Escala de Burnout en directores de colegios (Friedman)
- Año 1994: Rome Burnout Inventory (Ventura, Dell'Erba y Rizzo)

- Año 1993: Holland Burnout Assessment Survey (Holland y Michael) o Cuestionario de Burnout del profesorado –CBP- (Moreno y Oliver) o Cuestionario breve de Burnout -CBB- (Moreno y Oliver)
- Año 1992: Escala de variables predictoras del Burnout (Aveni y Albani)
- Año 1990: The Nurse stress checklist (Benoliel et al) o Escala de efectos psicicos del Burnout (garcia izquierdo) o Stressor scale for pediatric oncology nurses (Hinds et al) o Staff Burnout scale for health professional -SBSS HP- (Jones) o Matthews Burnout Scale for Employees (Matthews)
- Año 1988: Occupational stress inventory (Cooper et. al.) o Nurse Stress Index –NSI- (Harris, Hingley y Cooper) o Teacher stress inventory (Schutz y Long)
- Año 1987: Energy Depletion Index (Garden) o Escalas de evaluación del estrés, satisfacción laboral y apoyo social (Reig y Caruana) o Teacher Burnout Scale (Seidman y Zager)
- Año 1986: Teacher Burnout Scale (Seidman y Zager) o Burnout Index – BI (Shirom y Oliver) o Educators survey *FS. (Maslach y cols.)
- Año 1985: Stress profile for Teachers (Klas, Kendall y Kennedy) o Burnout Scale (Kremer y Hofman)
- Año 1984: Teacher Attitude Scale –TAS- (Farber)
- Año 1981: Nursing stress Scale -NSS- (Gray-Toft y Anderson) o Maslach Burnout Inventory (Maslach y Jackson) o Tedium Measure -Burnout Measure- (Pines, Aronson y Kafry)
- Año 1980: The community Health Nurses´ Perceptions of work related stressors questionnaire (Bailey, steffen y Grout) o Emener-Luck Burnout Scale (Emener y Luck) o Indicadores del Burnout (Gillespie) o Staff Burnout Scale (Jones)

MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI)

Los estudios de Maslach y Jackson se dividen en dos etapas. En la primera definieron el Burnout aplicándolo a profesionales que trabajaban en el área de servicios humanos y utilizaron un sistema de medida, el conocido Maslach Burnout Inventory – MBI- (1981, 1986). Este instrumento, traducido al castellano, ha sido validado por Gil Monte, P. (2002). El MBI es un cuestionario autoadministrado y consta de 22 ítems que recogen respuestas del sujeto con relación a su trabajo sobre sus sentimientos, emociones, pensamientos y conductas.

Maslach y Jackson consideran al Burnout un constructo tridimensional, y por ello la escala está dividida en tres subescalas: cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal, con resultados bajo-medio-alto. Pero también, con esta escala se pueden analizar los resultados en relación con la profesión del sujeto, es decir que hay puntuaciones de corte para distintos grupos: profesores, asistentes sociales, médicos, profesionales de salud mental y otros profesionales. El MBI ha sido aplicado a estas poblaciones obteniendo alta fiabilidad y alta validez sobre los tres factores mencionados. Las tres subescalas, en la revisión del año 1986, alcanzaron valores de fiabilidad de Cronbach aceptables, con una consistencia interna de 0.80 y la validez convergente y la discriminante han sido adecuadas. Respecto a la fiabilidad por factores se obtuvieron valores de 0.90 para el agotamiento personal, 0.79 para la despersonalización y 0.71 para la baja realización personal.

En general, éste es el cuestionario más utilizado internacionalmente y las dimensiones que plantean sus autores también son las más empelados para definir el constructo de Burnout. En España, la escala, ha sido traducida por Nicolás Seisdedos Cubero (TEA, 1987). 7

Subescala de Agotamiento Emocional (EE). Consta de 9 preguntas. Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Puntuación máxima 54.

La conforman los ítems 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20. Su puntuación es directamente proporcional a la intensidad del síndrome. La puntuación máxima es de 54 puntos, y cuanto mayor es la puntuación en esta subescala mayor es el agotamiento emocional y el nivel de burnout experimentado por el sujeto.

Subescala de Despersonalización (D). Está formada por 5 ítems, que son los ítems 5, 10, 11, 15 y 22. Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. La puntuación máxima es de 30 puntos, y cuanto mayor es la puntuación en esta subescala mayor es la despersonalización y el nivel de burnout experimentado por el sujeto.

Subescala de Realización Personal (PA). Se compone de 8 ítems. Evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo. La Realización Personal está conformada por los ítems 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21. La puntuación máxima es de 48 puntos, y cuanto mayor es la puntuación en esta subescala mayor es la realización personal, porque en este caso la puntuación es inversamente proporcional al grado de Burnout. Es decir, a menor puntuación de realización o logro personal más afectado está el sujeto.

Estas tres escalas tienen una gran consistencia interna, considerándose el grado de agotamiento como una variable continua con diferentes grados de intensidad.

Se consideran que las puntuaciones del MBI son bajas entre 1 y 33, media entre 34 y 66 y alta entre 67 y 99. Aunque no hay puntuaciones de corte a nivel clínico para medir la existencia o no de Burnout. Puntuaciones altas en agotamiento emocional y despersonalización y baja en realización personal definen el síndrome.

Aunque también el punto de corte puede establecerse según los siguientes criterios: En la **subescala de Agotamiento Emocional (EE)** puntuaciones de 27

o superiores serían indicativas de un alto nivel de Burnout, el intervalo entre 19 y 26 corresponderían a puntuaciones intermedias siendo las puntuaciones por debajo de 19 indicativas de niveles de Burnout bajos o muy bajo. En la **subescala de Despersonalización (D)** puntuaciones superiores a 10 serían nivel alto, de 6 a 9 medio y menor de 6 bajo grado de despersonalización.

Y en la **subescala de Realización Personal (PA)** funciona en sentido contrario a las anteriores; y así de 0 a 30 puntos indicaría baja realización personal, de 34 a 39 intermedia y superior a 40 sensación de logro.

La característica principal del síndrome del desgaste laboral es el fracaso en el manejo adecuado del estrés profesional por parte del individuo. (14) Este fallo en la adaptación al estrés laboral puede deberse tanto a factores externos al individuo como elementos propios del mismo. Con el tiempo, y combinado con sentimientos de frustración (21), este fracaso en el proceso adaptativo condiciona alteraciones importantes de la conducta laboral. (24)

Áreas del síndrome de desgaste laboral

El síndrome de desgaste laboral se presenta con efectos en tres grandes áreas presentadas por Christina Maslach: (22)

Cansancio emocional: Caracterizado por cansancio, síntomas somáticos, irritabilidad, depresión, además la persona es propensa a los accidentes laborales y al consumo de alcohol.

Despersonalización: En este punto el personal de salud con el síndrome no tiene

sensibilidad ni empatía hacia la persona a la que presta sus servicios. Los pacientes son vistos como objetos.

Baja realización personal: El profesional siente que su trabajo no es suficiente, o que su esfuerzo no es remunerado y/o valorado de la manera correcta.

A pesar de esta diferenciación, el síndrome del desgaste laboral no se presenta de forma marcada en la persona que lo sufre, sino que se dan una serie de signos y síntomas que se confunden con otros cuadros como ansiedad, depresión o estados de ánimo dependientes o relacionados con acontecimientos vitales de la persona. (33)

El proceso culmina cuando los trabajadores, como mecanismo de defensa, absorben su estrés desconectándose psicológicamente del trabajo y volviéndose apáticos, escépticos e intransigentes. (34)

Fisiopatología

Existen dos teorías o líneas de pensamiento que intentan explicar el desarrollo del síndrome de desgaste laboral: (20)

La primera teoría explica el fenómeno en base a la predisposición personal del individuo donde el conglomerado de sus componentes psíquicos precipita el desarrollo del síndrome ante un agente externo que sirve como detonador.

La segunda, y la más aceptada actualmente, se enfoca principalmente en los agentes externos que favorecen el apareamiento del síndrome de desgaste laboral en los trabajadores, y consideran los factores extrínsecos al individuo más importantes que los factores intrínsecos del mismo. Esta postura responsabiliza a la institución como tal y busca tratar y prevenir el síndrome de desgaste laboral, a través de cambios en las políticas institucionales.

Existe una tercera teoría, denominada teoría de la equidad o reciprocidad. Esta corriente intenta presentar el desgaste laboral como un desequilibrio entre lo que "invierte" el individuo a su trabajo (esfuerzo, tiempo, dedicación, entusiasmo, etc.) y lo que "adquiere" en retribución económica o simbólica. Si el individuo concluye que los "costos" son extremadamente elevados en comparación a la "recompensa", se vuelve propenso a desarrollar el síndrome de desgaste laboral;

empeorándose si dicha situación laboral es peor en comparación con otros empleos. (32)

Por otro lado, cuando se considera como un trastorno adaptativo, el síndrome de desgaste laboral aparece cuando fracasan los mecanismos compensatorios de adaptación a la situación de un estrés laboral elevado y sostenido en el tiempo. Suele presentarse en ambientes laborales con alta demanda, baja cantidad de recursos; y en personas que inician una labor con espíritu idealista, y que durante su ejecución se enfrentan a una realidad frustrante. (15)

Aparecen así tres niveles desde los que se puede estudiar el síndrome de desgaste laboral (14):

- El "macronivel": Se enfoca en la relación tensión-institución. Explica el síndrome como una tensión que no se ha manejado adecuadamente.
- El "mesonivel": Enfatiza la relación dinámica entre el individuo, su entorno o ambiente laboral y el desacuerdo que pueda existir entre ambos.
- El "micronivel": Se concentra en la discrepancia entre las expectativas del sujeto y su vivencia de la realidad.

El síndrome de desgaste laboral se desarrolla de manera lenta y progresiva, de tal forma que para muchos profesionales pasa desapercibido. Se han descrito 4 fases de desarrollo (33):

1ª Fase (ilusión o entusiasmo): Consiste en el momento en donde el profesional está emocional y psicológicamente preparado para la ejecución de su trabajo y la obtención deseada de las metas propuestas.

2ª Fase (de "desilusión"): En esta fase aparece la insatisfacción por aún no cumplir los objetivos trazados, por lo que el profesional se autoexigirá más en su trabajo. Surgen sentimientos de inseguridad y desilusión.

3ª Fase (de frustración): Se caracteriza por la desesperación y la irritabilidad. El profesional acusa a otros de su “falta de éxito” y comienza a dudar de la capacidad para realizar su trabajo.

4ª Fase (de desesperación): En el profesional surge un sentimiento de “fracaso” y llega a pensar que sus objetivos y metas nunca se realizarán; que conduce a que la persona se aísla y esto a su vez a la soledad y apatía.

Factores predisponentes y protectores. Grupos de riesgo Se considera que existen factores personales, organizacionales y ambientales que predisponen al desarrollo del síndrome del desgaste laboral. Además, ciertos grupos y ocupaciones presentan mayor riesgo para el desarrollo del síndrome. (3) Se pueden destacar en este ámbito a los trabajadores en salud, profesionales del sector servicios y docentes, personal que labora tomando decisiones críticas, ocupaciones de alto riesgo y el trabajo por turnos. (21)

Factores personales

Se considera que ciertas condiciones propias al individuo lo hacen propenso al desarrollo del síndrome de desgaste laboral. El estado civil, situación familiar, situación socioeconómica y aspectos culturales propios del individuo pueden servir como predisponentes para el síndrome. (35) Por otro lado, se estima que algunas actitudes propias a la personalidad del sujeto podrían funcionar como agentes protectores, atenuantes o retardantes para el desarrollo del síndrome; se destacan el optimismo, la autoestima y la práctica de la afectividad. (15)

Factores organizacionales

Existen factores organizacionales que contribuyen al desarrollo del síndrome del desgaste laboral, entre estos se encuentran: trabajos por turnos, los horarios, rotaciones, la sobrecarga laboral, el nivel de control sobre el propio trabajo, satisfacción e identificación con el equipo de trabajo y la organización o empresa,

sistema de recompensa, estructura de los servicios, y conflictos entre los valores de la empresa o la organización y el profesional. (36)

Se considera que los cambios grandes dentro de la organización y departamentos de trabajo pueden elevar considerablemente el nivel de estrés del trabajador. (21)

Por otra parte, la incapacidad para manejar la información relacionada al trabajo (generada dentro de la misma ocupación y los conocimientos que se adquieren externamente para desempeñar la función asignada) es también un factor predisponente para el desarrollo del síndrome. Se estima que en los ámbitos gerenciales 1 de cada 2 empleados reconoce que no es capaz de manejar el volumen de información que le exige su cargo. (32)

A su vez el ausentismo y la rotación del personal están relacionados con los siguientes factores del medio laboral:

- Expectativas no satisfechas en relación con los salarios y los incentivos.
- Escasas oportunidades de ascenso.
- Falta de reconocimiento del supervisor desde el punto de vista de la formulación de observaciones, la orientación sobre el rendimiento y el intercambio de opiniones en pie de igualdad.
- Inexperiencia del supervisor.
- La insatisfacción respecto de las relaciones con otros trabajadores.
- El carácter reiterativo de las tareas.
- Falta de responsabilidad y autonomía.
- La ambigüedad de la función profesional. (9)

En los últimos años el ausentismo laboral por enfermedad ha ido en aumento, en relación con el número de días de trabajo perdido, lo cual refleja que el número de ausencias breves ha aumentado más que el número de ausencias prolongadas. El ausentismo y renuncia al puesto de trabajo están relacionados con la insatisfacción profesional. (9)

Por lo general el empleado afronta los períodos de estrés de carácter transitorio con que tropieza en su trabajo modificando la situación o controlando su reacción. Los problemas surgen cuando las condiciones del trabajo son opuestas a las necesidades humanas y ponen a prueba sus recursos durante un largo período, trayendo por consecuencia, el fracaso de los intentos por hacer frente al estrés. (9)

Factores ambientales

Se destacan en este ámbito la situación social, las tendencias políticas, nivel de desarrollo del país donde se labora, etc. (15)

Síndrome de desgaste laboral en personal de salud El personal de salud es uno de los grupos más vulnerables para el desarrollo del síndrome. Se destacan en esta área los médicos (generales y especialistas), enfermeras, trabajadores sociales, odontólogos, trabajadores de salud mental, cuidadores, asistentes en áreas de oncología y otros pacientes con enfermedades terminales. (21)

Los residentes y médicos se encuentran en alto riesgo de desarrollar el síndrome de desgaste laboral debido a las demandas propias a su profesión, la competitividad, las presiones debido a la carga académica, y el manejo de la información actualizada. (37)

Por otro lado, se destaca la dificultad en equilibrar las exigencias de la profesión con la vida familiar y social de la persona. (38)(23) Las amenazas constantes de demanda por mala praxis y la valoración del trabajo del médico en base al éxito terapéutico también son elementos mencionados en la literatura. (21)

El trabajo por turnos supone la privación de sueño a repetición. Esta situación per se es capaz de producir sintomatología similar a la que aparece en el síndrome del desgaste laboral y puede facilitar el desarrollo del mismo. Se ha determinado que el descanso nocturno inferior a 6 horas podría ser el principal agente detonante del síndrome de desgaste laboral. (39)(40) La privación de sueño por sí sola es capaz de condicionar errores médicos y disminución del rendimiento laboral. (41)

La literatura indica también que los médicos que trabajan a tiempo completo (8 horas) tienen más riesgo de desarrollar el síndrome de desgaste laboral, en comparación con los médicos que laboran medio tiempo (4 horas). (42)

Además, dentro del gremio médico, ciertas especialidades poseen más riesgo de presentar el síndrome, se reportan en este grupo: la psiquiatría, cirugía, medicina general, psiquiatría infantil, medicina interna, oncología, cuidados intensivos. (18) Otras especialidades mencionadas son medicina de emergencias, ortopedia e infectología. (15)

Por el contrario, se reporta que anestesiología y dermatología presentan los niveles más bajos del síndrome. (15)

Existen ciertos factores relacionados al trabajo clínico que hacen más propenso al grupo de trabajadores en salud para el desarrollo del síndrome: (33)

Contacto cotidiano con la enfermedad, el dolor y la muerte: Los profesionales en salud se ven enfrentados diariamente a estos elementos percibiendo las manifestaciones de las distintas enfermedades, el dolor, y deterioro que producen; esto no es percibido de la misma forma que otros profesionales, por lo que el médico genera una sensación de soledad y escepticismo a lo largo del tiempo. Generalmente el mecanismo de defensa es la desconexión afectiva y el distanciamiento emocional.

Problemas en el manejo cotidiano de la consulta: El trabajo en una consulta consiste en una interacción de contenidos muy variables como síntomas, tratamiento, educación, ansiedad, problemas familiares o sociales, aspectos burocráticos, etc. Todo esto requiere una gran atención, concentración, autocontrol emocional y capacidad para organizar el tiempo, que puede ser difícil de conseguir. La relación con los pacientes puede ser uno de los aspectos más gratos para la profesión, pero a la vez es una oportunidad para que surjan distintas dificultades: el temor a hacer daño, el error y sus consecuencias, invadir la intimidad de los pacientes y ser rechazado, y perder la distancia interpersonal necesaria para mantener la empatía.

La consulta es además una oportunidad para que el profesional sea presionado, manipulado o instigado a prescribir, o emitir informes o incapacidades laborales. A veces el profesional sanitario se convierte en blanco de hostilidades, debido a que el profesional se hace depositario de quejas por el malestar social o problemas personales, sobre lo que el paciente espera que el profesional pueda hacer algo, aunque escape a su competencia y este profesional acabe frustrándose ante tantas situaciones que no puede manejar.

Además de esto los pacientes transfieren constantemente sentimientos y afectos diversos. Algunos pacientes son "hostiles" los cuales se niegan a aceptar los aciertos del médico y se muestran renuentes a indicaciones y el tratamiento. Otros son dependientes y fácilmente depositan en el profesional la responsabilidad de cualquier decisión. A la larga las demandas emocionales son imposibles de satisfacer y el profesional requiere de unas capacidades para manejarlas para las que no ha sido preparado, ni advertido, durante su formación. Los pacientes difíciles son fuente habitual de tensión y sobrecarga en la asistencia diaria. Las consultas innecesarias también pueden ser fuente de estrés, y si son frecuentes, inciden negativamente sobre el ánimo.

Dificultad en el aprendizaje continuo: Los conocimientos médicos crecen constantemente. La falta de tiempo en el horario de trabajo hace más difícil un espacio para la actualización de conocimientos, por lo que el profesional tiende a crear un sentimiento de frustración, debido a que percibe que su discernimiento ante ciertos problemas está limitado.

El personal de enfermería tiene factores propios que aumenta la probabilidad de desarrollar el síndrome: contacto más prolongado con el paciente en comparación a los médicos, mayor responsabilidad del cuidado físico del paciente, la presión del cumplimiento adecuado de las indicaciones médicas y las constantes modificaciones que éstas sufren en los pacientes críticos, etc. (21)

Trabajo contra el tiempo: Los trabajadores en salud se ven obligados a tomar decisiones críticas constantemente, en especial en las salas de emergencia. Además, se desenvuelven en ambientes sobrecargados de estímulos sensoriales (teléfonos celulares, llantos, conversaciones, monitores clínicos). Estos elementos conllevan a un aumento del nivel de alerta del individuo y mayor susceptibilidad al desgaste laboral. (5)

Tensión por parte del paciente: A diferencia de otras instituciones proveedoras de servicios, los profesionales en salud deben trabajar con seres humanos que se encuentran sufriendo dolor físico y/o emocional, suelen presentarse en los ambientes hospitalarios en situaciones de crisis y emergencia, de forma repentina en la mayoría de los casos. Todos estos factores elevan la tensión en el trabajador. (5)

Relaciones profesionales: En muchos casos la relación jerárquica entre subalternos y superiores puede ser hostil o agresiva, situación que se agrava por las decisiones críticas. Por otro lado, la exacta delimitación de funciones y disputa de territorios entre especialidades médicas y entre el gremio de médicos y enfermería; vuelve más propenso el ambiente para el desarrollo del síndrome. (5)

Efectos del síndrome de desgaste laboral

El síndrome de desgaste laboral presenta alteraciones en múltiples áreas del individuo:

Área psicósomática: En esta área se incluyen síntomas como fatiga crónica, dolores de cabeza, trastornos del sueño, trastornos gastrointestinales, trastornos menstruales, dolores musculares, problemas cardiovasculares. Estos síntomas por lo general son los primeros en manifestarse. (33)

El mecanismo fisiológico detrás de la fatiga en el síndrome del desgaste laboral aun no ha sido identificado, pero según algunos estudios la exposición crónica al estrés sugiere que el eje adrenal hipotálamo- pituitaria está incluido. Además, como posible factor también se puede incluir los trastornos del sueño, ya que estudios recientes describen una relación con la incidencia del síndrome del desgaste laboral y el apareamiento de trastornos del sueño. (43)(14)(31)

Área conductual y social: Su afectación se observa a través del absentismo laboral, aumento de conductas violentas y de los comportamientos de riesgos asociados al control de impulsos, como la conducción a alto riesgo, juegos de azar, conducta suicida, abuso de fármacos, alcohol, tabaquismo, problemas matrimoniales y familiares. (44)(4)(43)

A nivel social los costos del ausentismo, disminución de producción y atención sanitaria son notables. En Estados Unidos se calculan pérdidas de aproximadamente 150 mil millones de dólares anuales, relacionados con el síndrome de desgaste laboral. Además de las personas en las cuales se reportan una alta incidencia del síndrome se calcula que el 64% presentan un ambiente de estrés en sus hogares. (45)(43)

El tabaquismo puede ser causado por factores internos como externos, sin embargo, se ha demostrado que se encuentra asociado a la tensión, la ansiedad y el estrés en el trabajo; a la vez se ha reportado un aumento del consumo de

alcohol, como forma de evasión ante el volumen de trabajo, la utilización inadecuada de conocimientos y aptitudes, la inseguridad del empleo, y la escasa participación en las decisiones sobre la manera de realizar las tareas. (9)

Área emocional: En esta área comprenden manifestaciones como distanciamiento afectivo, irritabilidad, desconfianza y actitudes defensivas. También hay aumento de tensión y conflictos, falta de cordialidad, consideración y cortesía. (14)(44)(45)

Una de las funciones principales de las personas que proveen un servicio de salud, consiste en las relaciones entre el personal y los usuarios. Esta relación sirve como herramienta para la valoración y determinación de las necesidades de dicho usuario. La naturaleza y la calidad de las relaciones profesional–usuario son un determinante crítico para el éxito o fracaso de las organizaciones. Por ejemplo, cuando los pacientes no establecen la confianza necesaria con sus médicos, es menos probable que atiendan y sigan sus indicaciones. (27)

Área laboral: La insatisfacción y deterioro del ambiente laboral, disminución de la calidad del trabajo, ausentismo laboral e incluso abandono de la profesión son algunas de las repercusiones del síndrome. (46)(33)(34)

Una de las consecuencias del estrés laboral que más preocupa a las organizaciones es el rendimiento del empleado, el cual está directamente relacionado con la eficacia de la organización, y por tanto, está claramente vinculado con los intereses económicos. (9)

Los profesionales con el síndrome incrementan, con su conducta en el trabajo, el riesgo de agresiones contra sí mismos y compañeros de labores. Las autoridades sanitarias tienen como una de sus prioridades no sólo ofrecer un servicio de calidad a todas las personas usuarias, sino también que todo profesional sanitario pueda trabajar en las mejores condiciones laborales y con unos niveles de satisfacción, motivación y seguridad adecuados. (36)

Diagnóstico

El síndrome de desgaste laboral no está reconocido como una patología definida dentro de la Clasificación Internacional de Enfermedades en su 10a versión (CIE-10), sin embargo, suele clasificarse bajo el apartado Z73.0 como Desgaste laboral o Síndrome de agotamiento. (14)(31)

Existen numerosos instrumentos para la medición del síndrome de desgaste laboral, pero el principal y más aceptado por diversos profesionales es el test de Maslach Burnout Inventory (MBI) creado por Maslach y Jackson en 1981.

Para hacer una evaluación completa de la persona con sospecha del síndrome de desgaste laboral se recomienda una anamnesis de consumo de alcohol o uso de otro tipo de drogas. Los síntomas que describe el paciente deben ser documentados lo más detalladamente haciendo énfasis en aquellas ideas o sentimientos que el individuo repita en más de una ocasión. Un examen físico detallado, acompañado de algunos exámenes de laboratorio complementarios (hemograma completo, pruebas serológicas y químicas sanguíneas) pueden ser de mucha utilidad para descartar otras patologías orgánicas. Se puede realizar un "biomonitoreo de estrés" cuantificando los niveles de cortisol plasmático y otros análisis endocrinológicos que brindarán información útil al caso, sin embargo, estas pruebas se reservan sólo para centros especializados. (14)

Diagnóstico diferencial

Es muy común confundir el concepto de desgaste laboral, con el de depresión y básicamente su diferenciación radica en la etiología del problema. La depresión es considerada como un síntoma del síndrome y, por lo tanto, para poder definir cada uno de los cuadros se debe tomar en cuenta los patrones y secuencias que se siguen durante el desarrollo de ambos. (33)

Otro diagnóstico diferencial importante es el síndrome de fatiga crónica, cuya sintomatología y curso clínico puede ser muy similar al del síndrome de desgaste laboral. (14)

Tratamiento

El tratamiento del síndrome de desgaste laboral es complejo y dinámico, multifacético, con apoyos farmacológicos para síntomas específicos (palpitaciones, insomnio, etc.) y apoyo psicológico a través de psicoterapia para mejorar las respuestas adaptativas del individuo. Por otro lado, la institución puede tomar medidas que favorezcan la recuperación del empleado a través de la reasignación de responsabilidades y grupos de trabajo y el cambio del entorno laboral.

Prevención

La identificación temprana del síndrome de desgaste laboral permite su tratamiento oportuno, a la vez que existen una diversidad de estrategias institucionales y personales para prevenir su desarrollo, con el objetivo de minimizar las consecuencias que tiene tanto para el individuo como para la organización. Las estrategias institucionales buscan reducir las condiciones que favorezcan el desarrollo del síndrome, mientras que las medidas personales intentan mejorar la respuesta adaptativa del individuo a las demandas laborales a las que se ve expuesto.

Medidas Institucionales

El primer paso es reconocer la existencia del problema y permitir la expresión por parte de los empleados sobre sus expectativas y percepciones del entorno laboral, del cargo desempeñado y sus responsabilidades. (4)(22) Dicho objetivo puede lograrse con la conformación de grupos pequeños que se reúnan periódicamente para discutir temas y mejorar la comunicación como grupo, y elevar la calidad del trabajo en equipo. (21)

La divulgación y capacitación del personal para que conozca la existencia del síndrome y pueda identificar signos de alarma (cinismo en el trato con pacientes, hostilidad en el ambiente laboral, etc.) se presenta como una herramienta valiosa, ya que vuelve partícipe al mismo empleado en la toma de decisiones para su salud ocupacional y mental. (4)

Se ha sugerido la existencia de un psicólogo o psiquiatra institucional, acompañado por un médico especializado en salud ocupacional, destinado a la evaluación y monitoreo de la salud mental y emocional de los trabajadores; (4)(14) además un supervisor de casos que constantemente evalúe el comportamiento de los empleados identificando un exceso de ausencias, incapacidades médicas, llegadas tardías o cualquier otra evidencia que sugiera un deseo por "abandonar" el lugar de trabajo. (21)

La retroalimentación positiva, el incentivo del personal, la disminución de la burocracia y la promoción del desarrollo y crecimiento personal, son otras medidas sugeridas a las instituciones para prevenir el síndrome. (22)(32) Se recomienda la evaluación del personal previo a su contratación para la identificación de factores de riesgo y la aplicación de programas específicos para los sujetos en riesgo. (14)

Es importante la introducción de la innovación y actualización dentro de la jornada laboral para evitar la rutina y la monotonía en el trabajo, la asignación de nuevos roles, la rotación de funciones y la renovación de actividades diarias permite mantener al empleado interesado y activo. (21)

Existen propuestas institucionales adicionales como la reducción del número de horas en las jornadas de trabajo. (17) El diseño de políticas institucionales que aseguren el adecuado descanso y recuperación del recurso humano entre una jornada de trabajo y otra es un elemento para destacar. (39)

También el diseño de talleres y capacitaciones de autocuidado donde se expliquen técnicas de relajación, visualización y respiración a los empleados, y jornadas de

retiro para esparcimiento programadas. Se ha comprobado que, con una jornada de un día laboral, se puede reducir notablemente la dimensión de agotamiento emocional, y moderadamente la dimensión de despersonalización. (19)

La institución debe promover el esparcimiento y los estilos de vida saludables (incluyendo el ejercicio físico) del empleado durante sus períodos de tiempo libre; además la creación de entornos laborales saludables, estéticos, favorecer la participación del empleado en la toma de responsabilidades y crear espacios de relajación dentro del área de trabajo. (21)

Otra alternativa es la aplicación de períodos de "tiempo fuera", una estrategia que retira al personal de la exposición prolongada a una situación o ambiente estresante y el trato con pacientes (o clientes), y varía la actividad que realiza por una menos demandante como papeleo, investigación académica, promoción de materiales educativos, etc.

Dichos períodos no deben ser considerados dentro de los asuetos y vacaciones a los que tiene derecho el trabajador, sino que deben ser contemplados como actividades alternativas dentro de la jornada laboral. (4)

Medidas personales

El reconocimiento de la existencia del síndrome, y la disposición a buscar ayuda y apoyo es una actitud determinante de parte del trabajador para manejar y prevenir el apareamiento del síndrome. (4)

Se aconseja también que el empleado posea el conocimiento suficiente que le permita aprovechar al máximo el tiempo que pasa fuera de la institución donde labora, y se le permita distraerse y renovarse a través de diversas actividades como ejercicio físico, técnicas de relajación, actividades de ocio y esparcimiento. (4)(16)

La religión y la práctica de la espiritualidad, al lado de un código ético son elementos que se mencionan también como factores protectores y preventivos para el desarrollo del síndrome; dichos elementos pueden ser impulsados también institucionalmente mediante la creación de espacios apropiados para estas actividades como capillas dentro de la institución. (14)

El Clima Laboral

Definición

El concepto de clima laboral u organizacional fue introducido por Gellerman durante la década de los sesentas, con el progreso de la psicología industrial/organizacional. (44)

Sin embargo, hasta la fecha, no se ha logrado una unificación teórica del concepto y se han presentado numerosas definiciones de clima organizacional.

Likert y Gibson (1986) definen clima organizacional como "la estructura psicológica de una organización". Se refiere a la sensación, personalidad o carácter de una organización. Es el medio ambiente interno que experimentan sus miembros y que influye en su comportamiento. De esto se deduce entonces, que el clima laboral es determinante de la satisfacción del recurso humano y por tanto, afecta su comportamiento, creatividad y productividad. (44)

Otra definición establece que clima laboral es la "percepción de las políticas, prácticas y procedimientos organizacionales por parte del empleado o miembro". (43)(45)

El clima organizacional se refiere también a la percepción del trabajador de las características de la institución, tales como la forma en que se toman decisiones las normativas de trabajo. (47)

A pesar de que no existe un consenso en el concepto teórico del clima organizacional, sí se evidencia una relevancia del mismo a nivel individual,

debido a que está íntimamente ligado a la percepción del entorno laboral por parte del empleado. (44)

La dificultad para definir de manera unitaria el clima laboral es consecuencia de la complejidad de los ambientes humanos. En cada organización intervienen diversos individuos que generan un entorno; éste se forma en base a los aportes personales de cada miembro y los procesos colectivos que surgen dentro del mismo. (44)

Los ambientes laborales funcionan como el vínculo entre los aspectos objetivos de una empresa (políticas, organización interna, sistema de valores) y los aspectos subjetivos dentro de la misma (percepción del trabajador).

Con el avance del tiempo, el concepto de clima laboral toma relevancia no sólo dentro del área de psicología organizacional/industrial, sino también en el área de los trabajadores en salud, y resulta de mucho interés dado que es un elemento determinante del rendimiento y calidad de trabajo del personal. (27)

De esta manera, el hospital se convierte en una empresa proveedora de servicios, donde el profesional de la salud es un prestador de servicios, y el paciente se convierte en cliente. Así se crean políticas institucionales, metas y objetivos corporativos que el personal de salud debe cumplir, añadiéndose así nuevas exigencias que lo condicionan a un mayor riesgo de desarrollar el síndrome de desgaste laboral.

Enfoques para el estudio del clima laboral

Para el abordaje del clima organizacional, se pueden tomar tres enfoques: (44)

Enfoque objetivo: Basado en las teorías de Forehand y Gilmer, presentan el clima laboral como el conjunto de características que identifican una organización y la diferencian de otra. Estas características influyen en el comportamiento de las personas que conforman la organización. Este enfoque considera cinco variables

estructurales: el tamaño de la organización, la estructura interna de la misma, la complejidad de los sistemas, la pauta de liderazgo y las direcciones de meta.

Enfoque subjetivo: Se fundamenta en el concepto de Halpin y Crofts que se refiere al clima organizacional como la "opinión" que el empleado se forma de la organización.

Este enfoque hace referencia al "espíritu", que se refiere a la manera en que el empleado percibe sus necesidades sociales y la medida en que éstas son satisfechas o no por la empresa. También se valora la consideración, es decir, la valoración del empleado sobre las conductas de sus superiores, si estas son fundamentadas o no.

Enfoque de síntesis: Representado por Litwin y Stringer, consiste en una combinación de los dos anteriores, y toma en consideración las percepciones del empleado, los efectos subjetivos, así como otros factores objetivos tales como las actitudes, creencias, valores y motivación de los trabajadores de la organización.

Determinantes del clima laboral

Al estudiar el clima organizacional es importante tener en consideración tres aspectos (44):

- El comportamiento de las personas
- La estructura de la organización
- Los procesos de la organización.

El clima laboral está determinado por veintitrés elementos, considerados indispensables para el funcionamiento de una organización, que permiten alcanzar los objetivos corporativos. Estos elementos son: objetivos, cooperación, liderazgo, toma de decisiones, relaciones interpersonales, motivación, control, conformidad, responsabilidad, perfeccionamiento, confianza, recompensa, conflicto, obstáculos, procesos, organización, moral, normas, estructura, riesgos y desafíos, cohesión, nuevos empleados y comunicación. (48)

Todos estos elementos intervienen en la percepción del trabajador sobre su ambiente de trabajo, y determinan sus actitudes y respuestas a las dificultades y retos que se presentan en su labor cotidiana. A su vez algunos de los elementos claves en la determinación del ambiente organizacional, son vitales en la respuesta adaptativa del trabajador que desarrolla el síndrome de desgaste laboral, tales como las relaciones interpersonales, cumplimiento de objetivos, motivación, conformidad, recompensa, comunicación, etc.

Relación entre ambiente laboral, trabajador y organización En el funcionamiento organizacional existe una estrecha relación entre el todo y las partes. El empleado, en el desarrollo de sus labores, funciona sobre la base de conceptos personales entre los que destacan ideas preconcebidas sobre quién es, a qué tiene derecho, cuáles son sus capacidades. A esto se suma la percepción del entorno en el que labora, las relaciones interpersonales, la escala jerárquica organizacional y la opinión del grupo de trabajo. Estos elementos determinan grandemente la calidad de trabajo que el recurso humano ofrecerá a la empresa. (44).

Por su parte, las organizaciones y empresas funcionan sobre normativas, políticas, jerarquías, estatutos, intereses y metas corporativas, y deberes para el empleado; que son percibidas por el recurso humano e influyen sobre su concepción del entorno laboral. De estas conclusiones se desprende la actitud del empleado hacia los fines de la organización y el impacto que esto tiene sobre la productividad individual y global.

Por otro lado, el grado de satisfacción del empleado se relaciona con su disposición para la ejecución de sus deberes, a tal punto que el descontento por parte del recurso humano, se relaciona directamente con los niveles de ausentismo laboral, rotación por diversas áreas organizacionales e incluso problemas de salud del trabajador. A su vez, los niveles altos de ausentismo laboral y la rotación excesiva del personal, representan un aumento de los costos

para las empresas y una disminución de su producción global, razón por la cual es imperativo que las organizaciones vigilen constantemente los niveles anteriormente mencionados. (44)

El ambiente laboral funciona como el nexo entre el trabajador (como la parte) y la organización (como el todo). El estudio del clima organizacional permite tomar medidas que aseguren un mayor nivel de satisfacción para el empleado, con lo que se alcanzan mayores niveles de eficiencia y cumplimiento de las metas organizativas por el funcionamiento adecuado del recurso humano. (49)(44)

Ambiente laboral y salud Los estudios en salud ocupacional e higiene del trabajo, han señalado que el entorno laboral puede causar, no solamente enfermedades específicas propias a la actividad laboral, sino que también intervienen como un elemento determinante en el proceso de salud del trabajador. Así aparecen dos grandes áreas de interés: las enfermedades profesionales en sí y los trastornos de salud relacionados al trabajo. (9)

Las enfermedades profesionales se derivan de una interacción con agentes físicos inherentes al medio profesional, y que se ha comprobado que, a través de su exposición, manipulación (o evitación) aumenta, reduce o elimina la posibilidad de enfermarse o devuelve la salud cuando ésta se ha perdido (9).

Los trastornos de salud relacionados al trabajo derivan de una serie de factores psicosociales, originados dentro de una estructura social (como una empresa, una fábrica, una comunidad o una escuela), que afectan al sujeto a través de la percepción y experiencia de dichos procesos por parte del individuo. (9)

A principios del siglo XX se empezó a postular que ciertos factores psicosociales del entorno laboral podían incidir en la salud del trabajador, entre ellos la monotonía de la rutina de trabajo. Esta tendencia permitió identificar algunos síntomas inespecíficos que

se presentaban con cierta frecuencia dentro de los ambientes laborales, tales como:

trastornos de sueño, ansiedad, espectros depresivos, dolores somáticos difusos, etc. Se llega entonces a la conclusión de que los ambientes laborales inciden en el estado de salud del trabajador, ya sea de forma positiva (brinda sensación de pertenencia y utilidad al individuo, permite que pueda ejercer sus aptitudes, adquiere nuevos conocimientos, favorece la interacción con otros individuos y la integración social, permite la estructuración del tiempo, etc.) o bien de forma negativa (sensación de opresión y explotación, la monotonía del ambiente laboral, relaciones hostiles con superiores y compañeros, percepción de riesgo en la actividad que desempeña el trabajador, etc.). (9)

Aspectos propios del trabajo tales como el horario de trabajo, volumen y condición de la labor desempeñada, contenido de las tareas, falta de participación en las decisiones, inseguridad en el empleo y el aislamiento social, son también elementos percibidos por el empleado, que influyen en su estado de salud.

A su vez, la estimulación que recibe el empleado de parte de su lugar de trabajo y superiores incide en aspectos psicológicos del mismo. Así se ha comprobado que una estimulación excesiva (sobrecarga de trabajo) se asocia a tensión y disminución de autoestima; por otro lado, la insuficiente estimulación origina tendencias depresivas, irritación y afecciones psicósomáticas. (9)

Dada la compleja naturaleza del ser humano, y debido a la variedad de roles que éste interpreta, otros factores tales como los socioeconómicos (costo de vida, salario percibido, violencia social, estado civil, etc.), culturales (roles masculino y femenino, relaciones en el trabajo y fuera de él, edad de inicio en la vida profesional, valoración del trabajo por parte del entorno sociocultural) y ambientales (clima, ubicación geográfica, salubridad del lugar de trabajo) son determinantes del ambiente laboral y de la salud en sí. (9)

En las últimas décadas ha surgido el concepto de "burnout" o síndrome de desgaste laboral, en especial para los trabajadores que tienen un alto grado de interacción con otras personas en el desempeño de sus labores. Dicha entidad es multidimensional, y puede influenciar al trabajador en tres categorías de estrés relacionadas al ambiente laboral: Síntomas físicos como el agotamiento físico, síntomas relacionados con actitudes y sentimientos (agotamiento emocional y despersonalización acentuada) y síntomas que alteran el comportamiento (menor eficacia en el trabajo y disminución de la productividad). (9)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no la simple ausencia de enfermedad". (50)

El síndrome de desgaste laboral es una entidad clínica que altera el bienestar físico, mental y social del trabajador, y por tanto, le impide desarrollar adecuadamente sus funciones y resolver de forma óptima las dificultades a las que se debe enfrentar en su trabajo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2010, genera la iniciativa de crear entornos laborales saludables (50), definiéndose éstos como: "El entorno en el que los trabajadores y los Jefes colaboran en un proceso de mejora continua para promover y proteger la salud, seguridad y bienestar de los trabajadores, y la sustentabilidad del ambiente de trabajo en base a los siguientes indicadores:

- La salud y seguridad relacionadas al ambiente físico laboral.
- La salud, seguridad y bienestar concernientes al medio psicosocial del trabajo incluyendo la organización del mismo y la cultura de espacio del trabajo.
- Los recursos de salud personales en el ambiente de trabajo y,

- Los medios en que la comunidad busca mejorar la salud de los trabajadores, sus familias y otros miembros de la comunidad." (50)

Por lo que tanto el estado de salud del trabajador como el ambiente donde desarrolla sus actividades son dos elementos importantes para el logro de las metas institucionales, las cuales se ven reflejadas en la calidad de atención que perciben los usuarios de los servicios de salud. (51)

Evaluación del clima laboral en los trabajadores en salud Con el auge de la psicología organizacional, las instituciones sanitarias han empezado a considerarse como organizaciones prestadoras de servicios, y muchos de los procesos administrativos y gerenciales se han comenzado a aplicar en ellos. Así, en las últimas décadas, el impacto del clima laboral en los entornos de los trabajadores de salud también ha ganado relevancia.

Ejemplo de esto, es un estudio realizado en España (52) para identificar el impacto de aspectos organizacionales y sociodemográficos sobre la percepción de la satisfacción por parte de los empleados sanitarios de un hospital comarcal.

En dicho reporte, al igual que en otras investigaciones, se afirma que la importancia de disponer de trabajadores motivados y satisfechos con sus labores y la organización es porque aumenta el rendimiento y la calidad del servicio prestado por los mismos. (51)(52)

Se concluyó en este estudio que las áreas del clima laboral con mayor fortaleza son la presencia de un plan medioambiental de la institución y el trato personal que mantienen los superiores. En cuanto a los aspectos a mejorar se mencionan la comunicación, la retribución e incentivos, el reconocimiento, la posibilidad de la formación profesional adicional y el conocimiento e identificación con los objetivos institucionales. (52)

A nivel latinoamericano también se han realizado investigaciones del impacto del clima laboral en el desarrollo de las labores del personal de salud Un ejemplo es

un estudio chileno publicado en el año 2007 investigó la relación que existía entre la satisfacción laboral de los trabajadores y el clima organizacional de un hospital nacional de primer nivel. (53)

En este estudio se determinó que el ambiente laboral incide sobre el nivel de satisfacción del personal y ambos son factores decisivos para el desarrollo de las actividades laborales en los establecimientos de salud. (53) Además se destaca la correlación que existe entre la mayoría de las variables o áreas que evalúan el clima laboral y la percepción de la satisfacción laboral por parte del empleado, en especial en cuanto a la relación con los superiores, la toma de decisiones y la satisfacción con el trabajo en general. (53)

Se propone que, conociendo el clima laboral de un establecimiento de salud, se puede identificar el área o las áreas más afectadas, y comenzar a tomar medidas estratégicas para fortalecer aspectos tales como las relaciones interpersonales, la infraestructura y tecnología entre otros; que permitan que el trabajador en salud oriente sus actitudes en consonancia con los objetivos institucionales buscando una atención de mejor calidad y mayor humanismo para el paciente. (53)

Una de las áreas del clima laboral que mejor evaluación presentó en el estudio fue la identificación con los valores, misión y visión de la institución. Esto permite que a través de la difusión de las políticas y valores institucionales, el recurso humano decida involucrarse y participar con los objetivos del establecimiento. (53)

Por otro lado, se destaca también la importancia de reforzar la tecnología e infraestructura en las cuales labora el personal, las oportunidades de crecimiento personal y profesional, y el reconocimiento por parte de la jerarquía por la adecuada realización de las tareas, es decir el uso de estímulos e incentivos hacia el personal. (53)

En Centroamérica, otro ejemplo es Costa Rica que en el año 2004 estudió la relación entre el clima laboral y la satisfacción personal de un grupo de enfermeras de una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales en el Hospital Nacional de Niños. En este estudio se determinó que existía un buen clima laboral, especialmente debido a las oportunidades de desarrollo profesional que percibía el personal. Por otro lado, se recomendó a las jefaturas mejorar la comunicación, la infraestructura y condiciones de trabajo y la aplicación de incentivos y ascensos. (54)

Cuestionario de Auto-Evaluación (SRQ)

Para identificar la prevalencia de síntomas psicóticos y/o neuróticos se utilizó **El Cuestionario de Auto-Evaluación (SRQ)** que es una medida de la angustia psicológica general desarrollada por la Organización Mundial de la Salud con la intención de ser usada con adultos y adolescentes mayores de 15 años.

Interpretación: No hay una puntuación universalmente aplicable para ser utilizada en todas las circunstancias. En la mayoría de los casos, sin embargo, de cinco a siete respuestas positivas en los puntos 1-20 (los síntomas neuróticos) indican la presencia de angustia psicológica significativa. El artículo 21 aborda el comportamiento de deber, un problema aparte y un signo potencial de angustia. Una única respuesta a cualquiera de los puntos 22-24 (los síntomas psicóticos) indica síntomas serios o necesidad de ayuda. Los puntos 25-29 se refieren a síntomas comunes del desorden de estrés post-traumático. Una respuesta única a cualquiera de estos puntos requiere de seguimiento.

HIPÓTESIS

Existe la presencia del síndrome de Burnout, y esta correlacionado a síntomas psicóticos y/o neuróticos en el recurso humano en salud que labora para el Hospital Nacional Psiquiátrico Dr. José Molina Martínez

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio: hipotético deductivo de alcance descriptivo y corte transversal.

Población de estudio Universo: 192 empleados del área de psiquiatría del hospital nacional psiquiátrico

Periodo de estudio: 1 año, dividido en 3 evaluaciones cada 4 meses; Abril, agosto y diciembre 2017

Criterios de inclusión:

- 1) Ser trabajador en el área clínica del área de Psiquiatría del Hospital Nacional Dr. José Molina Martínez con el cargo de enfermera/o, auxiliar de enfermería, ayudante de enfermería, médico residente, médico psiquiatra
- 2) Aceptar participar en el estudio firmando el consentimiento informado

Criterios de exclusión:

- 1) No ser trabajador del área clínica correspondiente a atención psiquiátrica del Hospital Nacional Psiquiátrico Dr. José Molina Martínez
- 2) No aceptar participar en el estudio, no firmando el consentimiento informado

Método de muestreo: para su interpretación se utilizará estadística descriptiva para todos los datos generales de la población estudiada, con el software Epi info 2002. Método de recolección de datos: Se solicitará el cese de labores de forma escalonada al personal de salud que se encuentre en los diferentes servicios para trasladarse al salón de usos múltiples y tomarse el tiempo de realizar ambos tests (SRQ y Maslach)

Herramientas para obtención de información de la valoración de resultado

- Cuestionario Maslach Burnout Inventory
- El Cuestionario de Auto-Evaluación (SRQ)

DEFINICION Y OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Objetivos específicos	Variables	Definición de Variables	Indicadores	Valores	Técnica	Instrumento
<p>OBJETIVO 1</p> <p>Determinar la presencia del Síndrome de Burnout en el recurso humano que labora en el hospital psiquiátrico</p>	<p>Síndrome de Burnout</p>	<p>Síndrome tridimensional que considera:</p> <p>agotamiento emocional</p> <p>despersonalización</p> <p>baja realización personal</p>	<p>1) Agotamiento emocional</p> <p>2) Despersonalización</p> <p>3) Realización personal</p>	<p>1) Alto: mayor o igual a 27</p> <p>2) Alto mayor o igual a 10</p> <p>3) Baja: menor o igual a 40</p>	<p>Cuestionario autoadministrado</p>	<p>Maslach Burnout Inventory</p>

<p>OBJETIVO 2</p> <p>Identificar la presencia de síntomas psicóticos y/o neuróticos en el personal del hospital psiquiátrico</p>	<p>Síntomas psicóticos / Neuróticos</p>	<p><i>Síntomas psicóticos:</i> indican desorden mental grave, con o sin un daño orgánico, caracterizado por un trastorno en la personalidad, la pérdida del contacto con la realidad y causando el empeoramiento del funcionamiento social normal</p>	<p>1)Angustia Psicológica significativa (N)</p> <p>2)Potencial angustia (N)</p> <p>3)Síntomas serios necesita ayuda (P)</p> <p>4)Requiere seguimiento (P)</p>	<p>1) 5 o más respuestas positivas a ítems 1-20</p> <p>2) respuesta positiva a ítem 21</p> <p>3) una o más respuestas positivas a ítems 22-24</p>	<p>Cuestionario autoadministrado</p>	<p>Cuestionario de Auto-Evaluación SRQ</p>
---	---	---	---	---	--------------------------------------	--

		<p><i>Síntomas neuróticos:</i></p> <p>trastornos mentales que distorsionan el pensamiento racional y el funcionamiento a nivel social, familiar y laboral adecuado de las personas.</p>		<p>4) una o más respuestas positivas a ítems 25-29</p>		
--	--	---	--	--	--	--

<p>OBJETIVO 3</p> <p>Determinar la relación entre las variables cargo desempeñado, y las tres dimensiones del Síndrome de Burnout y las 4 categorías de síntomas psicóticos y neuróticos identificados en el Cuestionario de Auto-</p>	<p>Tipo de Recurso Humano</p>	<p>Tipo de trabajo que aporta el conjunto de los empleados o colaboradores de una organización</p>	<p>Médico psiquiatra, médico residente, Enfermera, Auxiliar de enfermería, ayudante de enfermería</p>	<p>Recurso presente o no en el estudio</p>	<p>Cuestionario autoadministrado</p>	<p>Cuestionario</p>
---	-------------------------------	--	---	--	--------------------------------------	---------------------

Evaluación
SRQ en el
personal de
salud que
labora en el
hospital
psiquiátrico

Síndrome de Burnout	Síndrome tridimensional que considera: agotamiento emocional despersonalización	1) Agotamiento emocional 2) Despersonalización 3) Realización personal	1) Alto: mayor o igual a 27 2) Alto mayor o igual a 10	Cuestionario autoadministrado	Maslach Burnout Inventory

	baja realización personal		3) Baja: menor o igual a 40		
Síntomas psicóticos / Neuróticos	<i>Síntomas psicóticos</i> : indican desorden mental grave, con o sin un daño orgánico, caracterizado por un trastorno en la personalidad, la pérdida del contacto con la realidad y causando el empeoramiento del funcionamiento social normal	1)Angustia Psicológica significativa (N) 2)Potencial angustia (N) 3)Síntomas serios necesita ayuda (P) 4)Requiere seguimiento (P)	1) 5 o más respuestas positiva a ítems 1-20 2) respuesta positiva a ítem 21 3) una o más respuestas positivas a	Cuestionario autoadministrado	Cuestionario de Auto-Evaluación SRQ

		<p><i>Síntomas neuróticos:</i> trastornos mentales que distorsionan el pensamiento racional y el funcionamiento a nivel social, familiar y laboral adecuado de las personas.</p>	<p>ítems 22-24</p> <p>4) una o más respuestas positivas a ítems 25-29</p>		
--	--	--	---	--	--

Fuentes de Información:

Se utilizó como fuente de información primaria a médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, que laboran en el área de psiquiatría del hospital nacional psiquiátrico el periodo de abril de 2017 – Abril de 2018

Técnica de obtención de información:

La información se obtuvo por medio de dos cuestionarios autoadministrados (SRQ y Maslach) con un encabezado de identificación que solicitaba las variables: cargo que desempeña, edad y sexo dirigido a médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería.

Herramientas para obtención de la Información

Para evaluar la prevalencia y el nivel del Síndrome de Burnout se utilizó el cuestionario de Maslach Inventory que consta de 22 ítems los cuales utilizan tres subescalas: despersonalización, agotamiento emocional y realización personal y para identificar la prevalencia de síntomas psicóticos y/o neuróticos se utilizó **El Cuestionario de Auto-Evaluación (SRQ)** que es una medida de la angustia psicológica general desarrollada por la Organización Mundial de la Salud con la intención de ser usada con adultos y adolescentes mayores de 15 años

Procesamiento y análisis de la información

Para la evaluación tridimensional del Síndrome Burnout se tomaron en cuenta los casos que tienen los valores: agotamiento emocional alto ≥ 27 , despersonalización alto ≥ 10 , realización personal baja ≤ 40 , luego se correlacionaron con los datos demográficos respectivos y los obtenidos en el SRQ. Se utilizaron los programas: Microsoft Word y Excel, para la presentación por medio de tablas y gráficos.

Consideraciones éticas

La presente investigación se llevó a cabo en base a los principios básicos de la ética médica a realizar en investigaciones que involucren sujetos humanos. Por ello se brindó a las personas que participaron en la misma, toda la información pertinente sobre los objetos del proceso de investigación, destacando la importancia que este posee. Dicha información fue manejada de manera confidencial poniendo de antemano el respeto y decoro total a la autonomía de las personas evitando dañar la integridad moral de las mismas.

RESULTADOS

Cuadro 1: Variables: edad, sexo, cargo desempeñado.

Variable	Valor	Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Masculino	64	58.2%
	Femenino	46	41.8%
	Total	110	100.0%
Edad	20 a 35 Años	38	34.5%
	36 a 59 Años	71	64.5%
	60 o más Años	1	0.9%
	Total	110	100%
Cargo desempeñado	Auxiliar	52	47.3%
	Ayudante	43	39.1%
	Lic. en enfermería	5	4.5%
	Médico residente	10	9.1%
	total	110	100.0%

Cuadro 2: Variables: Cargo desempeñado, rango de años laborados

Cargo	Menos de 1 año	De 1 a 10 años	De 11 a 20 años	De 21 a 30 años	De 31 a 40 años	Total
Residente	5	5	0	0	0	10
Fila %	50%	50%	0%	0%	0%	100%
Col %	100%	12.8%	0%	0%	0%	9.1%
Enfermería	0	2	1	1	1	5
Fila %	0%	40%	20%	20%	20%	100%
Col %	0%	5.1%	3%	3.2%	50%	4.5%
Auxiliar	0	6	19	27	0	52
Fila %	0%	11.5%	36.5%	51.9%	0%	100%
Col %	0%	15.4%	57.6%	87.1%	0%	47.3%
Ayudante	0	26	13	3	1	43
Fila %	0%	60.5%	30.2%	7%	2.3%	100%
Col %	0%	66.7%	39.4%	9.7%	50%	39.1%
Total	5	39	33	31	2	110
Fila %	4.5%	35.5%	30%	28.2%	1.8%	100%
Col %	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Cuadro 3: Variables: Cargo desempeñado, rango de horas laboradas por semana

Cargo	Hasta 40 hrs.	de 41 a 80 hrs.	Más de 80 hrs.	Total
Residente	1	0	9	10
Fila %	10%	0%	90%	100%
Col %	100%	0%	100%	9.1%
Enfermería	0	5	0	5
Fila %	0%	100%	0%	100%
Col %	0%	4.5%	0%	4.5%
Auxiliar	0	52	0	52
Fila %	0%	100%	0%	100%
Col %	0%	47.3%	0%	47.3%
Ayudante	0	43	0	43
Fila %	0%	100%	0%	100%
Col %	0%	39.1%	0%	39.1%
Total	1	100	9	110
Fila %	0.9%	90.9%	8.2%	100%
Col %	100%	100%	100%	100%

Objetivo 1: Determinar la presencia del Síndrome de Burnout en el recurso humano que labora en el hospital psiquiátrico

Tabla 1: resultados del MBI dimensión Agotamiento emocional Alto en el recurso humano que labora en el hospital nacional psiquiátrico

Dimensión	Frecuencia	Porcentaje
Agotamiento Emocional alto	31	28.20%
Negativo	79	71.80%
Total	110	100.00%



Gráfico 1: resultados del MBI dimensión Agotamiento emocional Alto en el recurso humano que labora en el hospital nacional psiquiátrico

Tabla 2: resultados del MBI dimensión Despersonalización alta en el recurso humano que labora en el hospital nacional psiquiátrico

Dimensión	Frecuencia	Porcentaje
Despersonalización Alta	28	25.50%
Negativo	82	74.50%
Total	110	100.00%

Gráfico 2: resultados del MBI dimensión despersonalización alta en el recurso humano que labora en el hospital nacional psiquiátrico

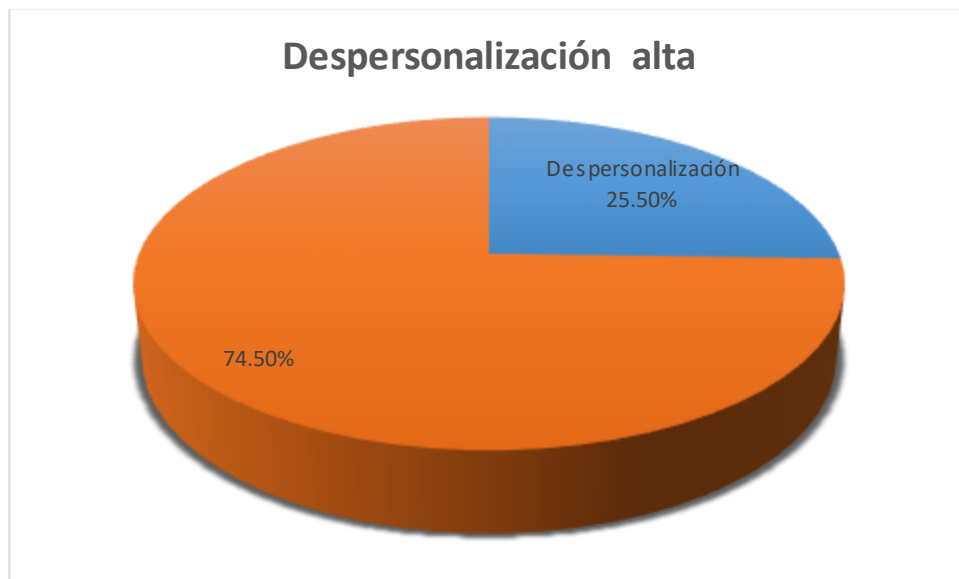


Tabla 3: resultados del MBI dimensión realización personal baja en el recurso humano que labora en el hospital nacional psiquiátrico

Dimensión	Frecuencia	Porcentaje
Realización personal baja	73	66.4%
Negativo	37	33.6%
Total	110	100.0%

Gráfico 3: resultados del MBI dimensión realización personal baja en el recurso humano que labora en el hospital nacional psiquiátrico

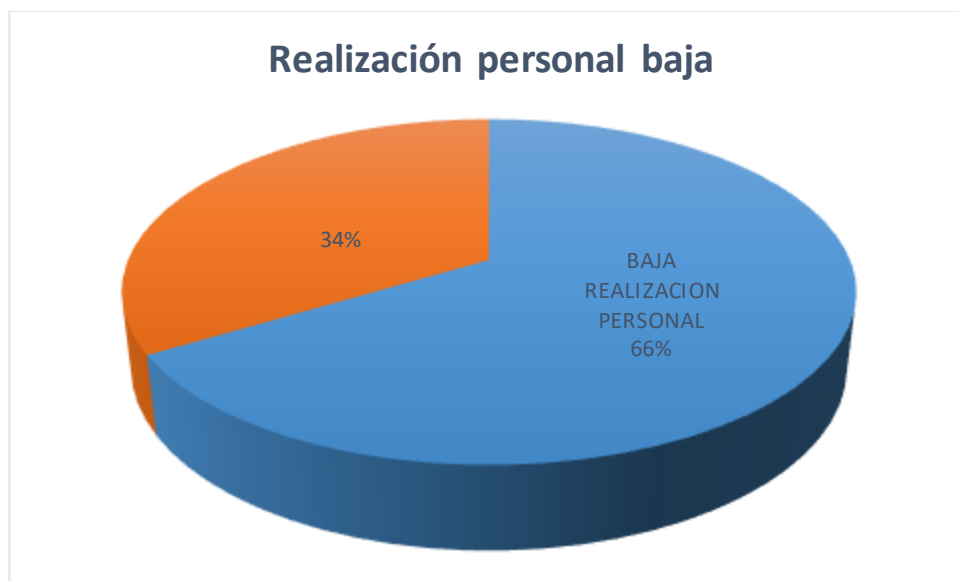


Tabla 4: Presencia del síndrome de burnout en el recurso humano que labora en el hospital nacional psiquiátrico

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Sanos	98	89,1 %
Burnout	12	10,9 %
Total	110	100%

Gráfico 4: Presencia del síndrome de burnout en el recurso humano que labora en el hospital nacional psiquiátrico

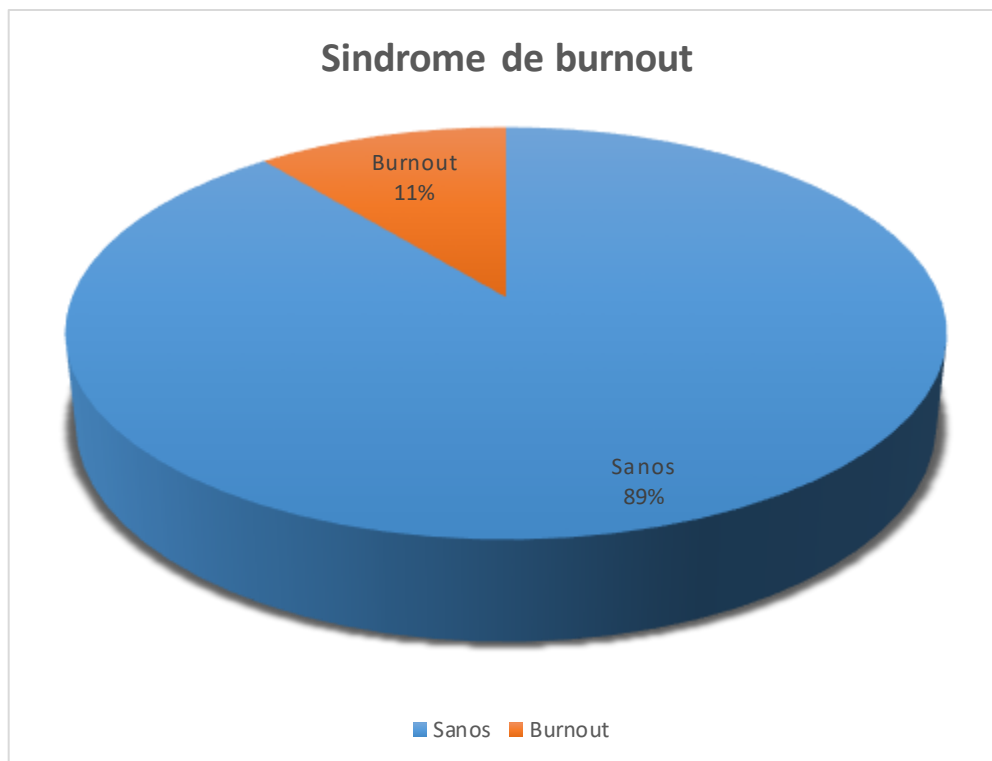


Tabla 5: Presencia del síndrome de burnout según sexo en el recurso humano que labora en el hospital nacional psiquiátrico

	Masculino	Femenino	Total
Sanos	38	60	98
Porcentaje	34.54%	54.54%	89.09%
Burnout	8	4	12
Porcentaje	7.27%	3.63%	10.90%
Total	46	64	110
Porcentaje	41.81%	58.18%	100%

Gráfico 5: Presencia del síndrome de burnout según sexo en el recurso humano que labora en el hospital nacional psiquiátrico

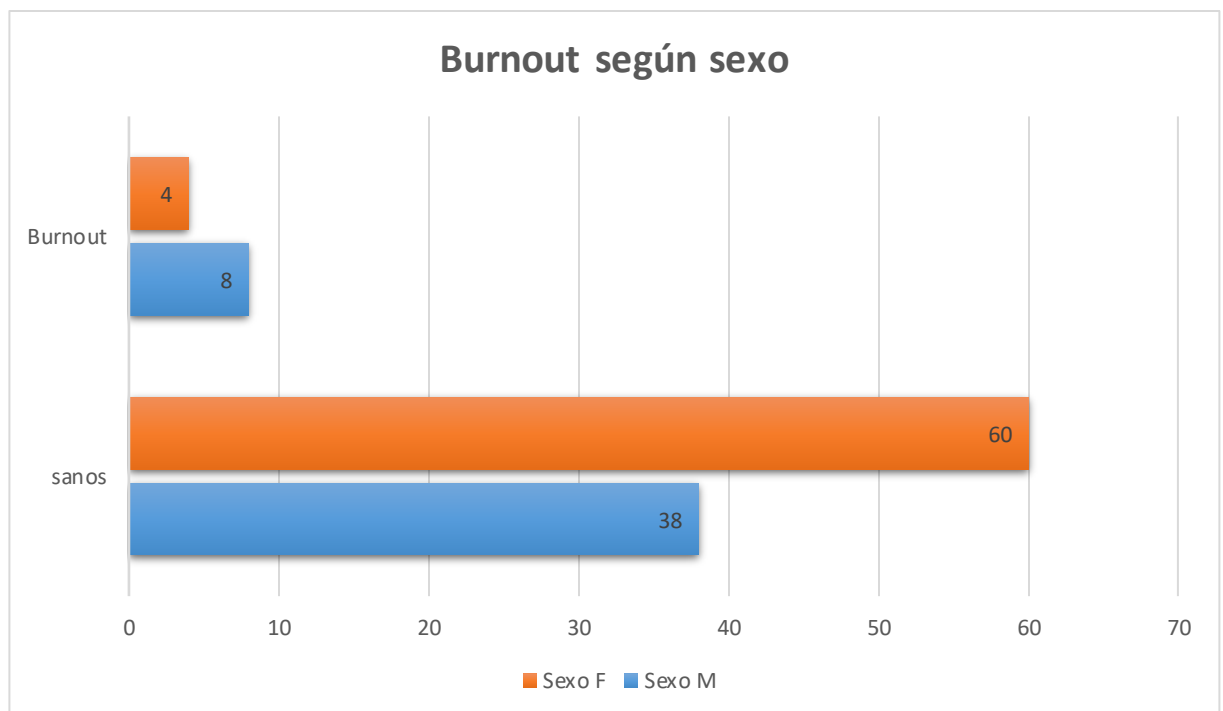
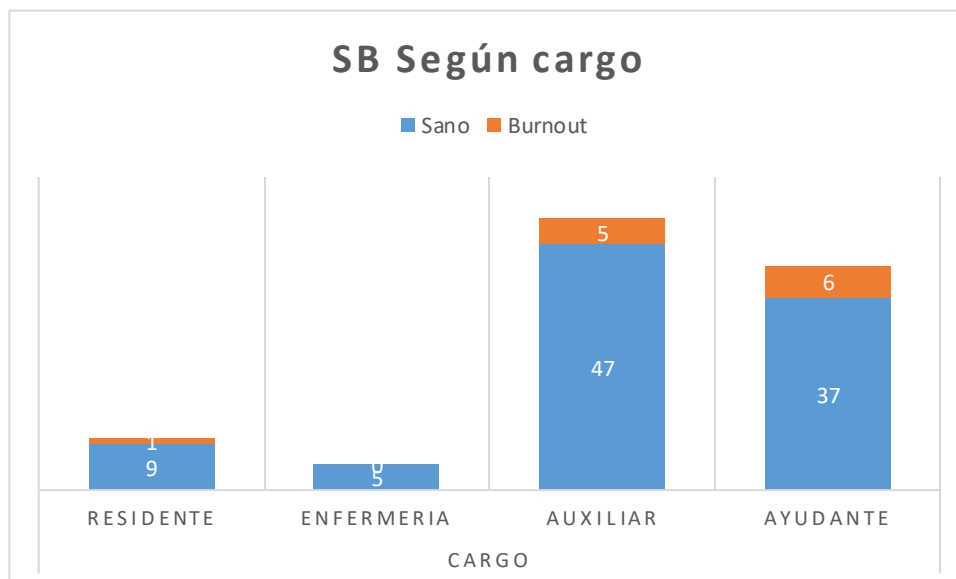


Tabla 6: Presencia del síndrome de burnout según cargo desempeñado, presente en el recurso humano que labora en el hospital nacional psiquiátrico

	Residente	Enfermera	Auxiliar	Ayudante	Total
Sanos	9	5	47	37	98
Porcentaje	8.18%	4.54%	42.72%	33.63%	89.09%
Burnout	1	0	5	6	12
Porcentaje	0.90%	0%	4.54%	5.54%	10.90%
Total	10	5	52	43	110
Porcentaje	9.09%	4.54%	47.27%	39.09%	100%

Gráfico 6: Presencia del síndrome de burnout según sexo en el recurso humano que labora en el hospital nacional psiquiátrico

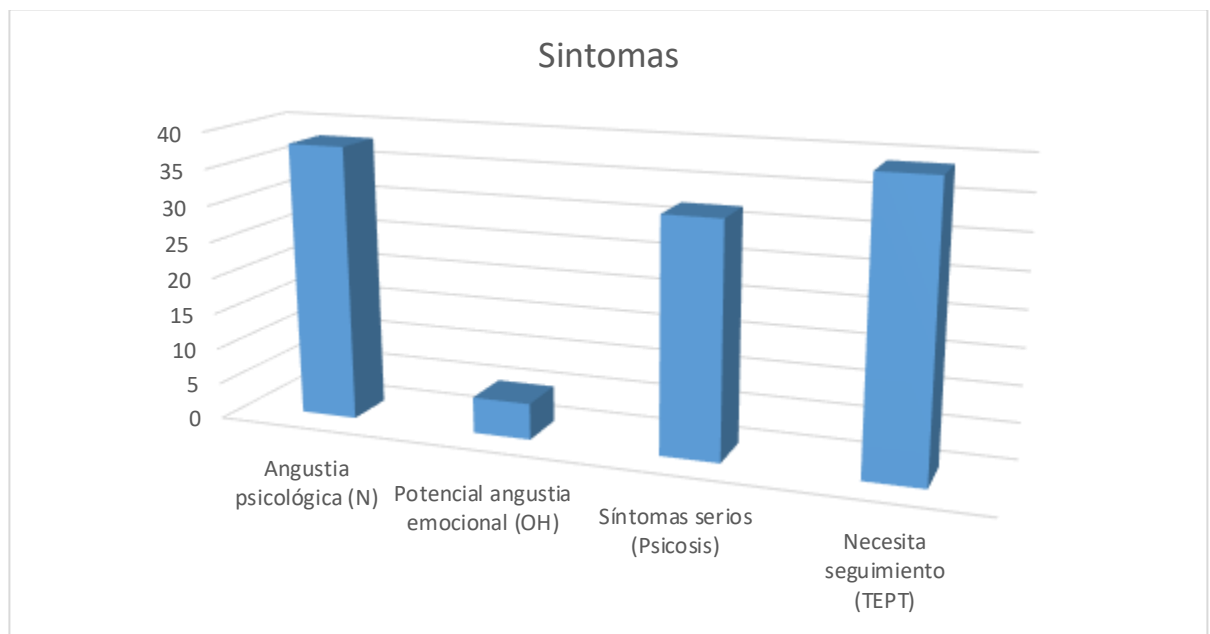


Objetivo 2: Identificar la presencia de síntomas psicóticos y/o neuróticos en el personal del hospital psiquiátrico

Tabla 7: presencia de síntomas psicóticos y/o neuróticos en el personal del hospital psiquiátrico

Dimensión	Frecuencia	Porcentaje
Angustia psicológica (N)	38	34.5 %
Potencial angustia emocional (OH)	5	4.5 %
Síntomas serios (Psicosis)	32	29.1%
Necesita seguimiento (TEPT)	39	35.5%

Gráfico 7: presencia de síntomas psicóticos y/o neuróticos en el personal del hospital psiquiátrico



Objetivo 3: OBJETIVO 3

Determinar la relación entre las variables cargo desempeñado, y las tres dimensiones del Síndrome de Burnout y las 4 categorías de síntomas psicóticos y neuróticos identificados en el Cuestionario de Auto- Evaluación SRQ en el personal de salud que labora en el hospital psiquiátrico

Tabla 8: Coeficiente de correlación, Rho de Spearman entre la presencia del Síndrome de Burnout y la presencia de síntomas psicóticos y/o neuróticos en el personal del hospital psiquiátrico

	Angustia psicológica (N)	Síntomas serios (Psicosis)	Necesita seguimiento (TEPT)	Potencial angustia emocional (OH)
Coeficiente de correlación Rho de Spearman	,298(**)	,482(**)	,411(**)	,076
Sig. (bilateral)	,002	,000	,000	,428
N	110	110	110	110

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Tabla 9: relación entre las variables cargo desempeñado, y las tres dimensiones del Síndrome de Burnout presentes en el personal de salud que labora en el hospital psiquiátrico

Cargo	Agotamiento Emocional	Despersonalización	Baja Realización Personal
Residente	3	4	5
Fila %	30%	40%	50%
Col %	9.7%	14.3%	6.8%
Enfermería	1	0	3
Fila %	20%	0%	60%
Col %	3.2%	0%	4.1%
Auxiliar	18	13	38
Fila %	34.6%	25%	73.1%
Col %	58.1%	46.4%	52.1%
Ayudante	9	11	27
Fila %	20.9%	25.6%	62.8%
Col %	29%	39.3%	37%
Total	31	28	73
Fila %	28.2%	25.5%	66.4%
Col %	100%	100%	100%

Tabla 10: Relación entre las variables cargo desempeñado, y las 4 categorías de síntomas psicóticos y neuróticos identificados en el Cuestionario de Auto-Evaluación SRQ presentes en el personal de salud que labora en el hospital psiquiátrico

	Angustia psicológica (N)	Síntomas serios (Psicosis)	Necesita seguimiento (TEPT)	Potencial angustia emocional (OH)
Auxiliar	28	19	21	0
Fila %	53.8%	36.5%	40.4%	0%
Col. %	73.7%	59.4%	53.8%	0%
Ayudante	4	9	16	5
Fila %	9.3%	20.9%	37.2%	4.5%
Col. %	10.5%	28.1%	41%	100%
Enfermería	2	1	1	0
Fila %	40%	20%	10%	0%
Col. %	5.3%	3.1%	2.6%	0%
Residente	4	3	1	0
Fila %	40%	30%	10%	0%
Col. %	10.5%	9.4%	2.6%	0%
Total	38	32	39	5
Fila %	34.5%	29.1%	35.5%	4.5%
Col. %	100%	100%	100%	100%

DISCUSION

Los resultados coinciden con estudios internacionales que utilizan el criterio de intensidad alto, un total de 12 sujetos resultaron con burnout representando el 10.9% de la muestra, siendo 8 sujetos del sexo masculino y 4 del sexo femenino un porcentaje de prevalencia similar al encontrado en otras investigaciones de población hospitalaria, por ejemplo, en México. Palmer-Morales y cols. (68) un estudio realizado a 27 ginecólogos del Hospital de Gineco-Pediatría, se obtuvo como resultado que la intensidad fue de grado alto en 6.2 %.

Pese a que la prevalencia del Burnout es de 10.9%, el 66.4% de sujetos presentan baja realización personal. Lo cuál difiere mucho con los valores encontrados en otros estudios, el estudio Fernández Cantillo A, Cobas Samón M (69) para evaluar el desgaste profesional en especialistas de Ginecología demuestra que existen algunos factores que estarían influyendo en la motivación de los especialistas por realizar su trabajo ya que en el grupo estudiado solo el 7.1% presenta una Realización Personal baja. Una posible explicación a la elevada prevalencia del SDP podría ser el deficiente número de especialistas que existen en el servicio lo que está provocando una sobrecarga de trabajo en los que están en la asistencia.

Respecto al género, diversas investigaciones apuntan a que las mujeres son las que presentan mayor prevalencia que los hombres. Investigaciones de Palmer-Morales y cols. (68) a 27 ginecólogos, de los cuales el 74.1 % eran del sexo masculino, donde fue mayor la prevalencia del síndrome. Fontán y Dueñas plantean que existen mayores grados del síndrome en las mujeres, lo que contrasta con lo expuesto por la mayoría de los autores de ese país, que o bien no encuentran diferentes grados de desgaste profesional en relación con el sexo o bien reseñan que los grados del síndrome son más acusados en varones. (66) Escalona (67), encontró que la prevalencia del síndrome según el sexo en Ginecología-Obstetricia es de 77.8 % en mujeres.

En la presente investigación los grados de desgaste profesional son mayores en el sexo masculino, lo que no coincide con los estudios revisados ya que encontramos que el 7.27% de los que padecen Burnout son Hombres y únicamente el 3.63% son mujeres.

Investigadores cubanos(69), mencionan un grupo de factores personales que influyen en la vulnerabilidad de los profesionales de la salud al desgaste profesional, destacando los de carácter sociodemográfico (edad, sexo, estado civil, número de hijos, nivel de escolaridad), ciertas cualidades individuales de la personalidad, estilos cognitivos (en particular determinadas creencias de autoeficacia y competencia percibida de los trabajadores), factores motivacionales vinculados al éxito en el trabajo y la satisfacción laboral, afrontamientos ante estresores, dificultades y problemas, tendencias en la búsqueda y aceptación de apoyo social y orientaciones globales de la personalidad que tienden hacia la salutogénesis o la vulnerabilidad a enfermar.(70) Los resultados de las investigaciones apuntan a considerar al SDP un fenómeno multicausal y con determinantes muy específicos en especialidades, condiciones laborales, personales y ambientales.

En la población estudiada se encontraron 6 ayudantes de enfermería con Burnout, 5 auxiliares de enfermería y un médico residente. Lo cual podría explicarse por las condiciones antes descritas, ya que el personal de ayudantes de enfermería y auxiliares de enfermería no tienen una orientación vocacional al trabajo desempeñado.

Con respecto a los síntomas neuróticos y psicóticos El 29.1% presenta síntomas serios que orientan a sintomatología psicótica indicando que necesitan recibir ayuda de parte de un profesional de la salud mental, el 34% presenta angustia significativa, ya que se identificaron síntomas compatibles con el síndrome neurótico, el 5% potencial angustia debido a que identifican que su consumo de

bebidas alcohólicas es mayor de lo usual y el 35.5% requiere seguimiento debido a que presenta síntomas compatibles con Trastorno de estrés post trauma.

Existe correlación significativa entre la presencia de burnout con la angustia significativa, síntomas serios y los identificados que necesitan seguimiento, no existe correlación significativa con los identificados con potencial angustia.

Al referirnos a los tipos de cargo que desempeña cada sujeto de los investigados, con los datos recolectados en este estudio no se logra identificar las razones por las que cada uno ha llegado a padecer del síndrome y presentar síntomas psicóticos y/o neuróticos.

Debido a que este estudio fue en una población heterogénea de trabajadores y el número de trabajadores afectados por el síndrome de Burnout no es significativa, no se puede concluir que el comportamiento de esta población coincide con lo reflejado en las investigaciones consultadas como antecedentes referentes al tema, sin embargo se responde la hipótesis planteada ya que existe la presencia del síndrome en la población estudiada y se logra asociar éste con la presencia de síntomas psicóticos y neuróticos. Sin embargo, existe correlación significativa entre la presencia de burnout con las dimensiones del cuestionario SRQ “angustia significativa”, “síntomas serios” y “necesitan seguimiento” que se corresponden con los ítems del cuestionario SRQ que evalúan síntomas neuróticos, psicóticos y de Trastorno de Estrés Post Trauma respectivamente.

CONCLUSIONES

- La prevalencia del Síndrome de Burnout en los trabajadores del área de psiquiatría del Hospital Nacional Psiquiátrico es del 10.9% y es considerado un porcentaje aceptable.
- Los cargos de auxiliar de enfermería y ayudante de enfermería son los que presentan mayor porcentaje de despersonalización con mayores manifestaciones negativas hacia los pacientes.
- El 66.4% de sujetos presentan baja realización personal lo que resulta alarmante.
- La realización personal más baja la tienen Auxiliares de enfermería
- La realización personal más alta la tienen los profesionales de licenciatura en Enfermería
- Utilizar la escala de Maslach Burnout y el cuestionario de auto evaluación (SRQ) en la misma población nos da una mayor probabilidad de identificar los individuos que deben seleccionarse para una evaluación en salud mental y determinar un diagnóstico.
- Existe correlación significativa entre la presencia de burnout con las dimensiones del cuestionario SRQ “angustia significativa”, “síntomas serios” y “necesitan seguimiento”
- No existe correlación significativa con los identificados con “potencial angustia”.

RECOMENDACIONES

1. Hacer del conocimiento de estos resultados a las autoridades del Hospital nacional psiquiátrico pertinentes, para tomar las medidas en la prevención del SB en el personal de salud.
2. Desarrollar un programa permanente de autoayuda sistemático y adaptado a la realidad de cada servicio y unidad de atención del Hospital.
3. Divulgar y capacitar al personal para que conozca la existencia del síndrome y pueda identificar signos de alarma.
4. La existencia de un psicólogo o psiquiatra institucional, acompañado por un médico especializado en salud ocupacional, destinado a la evaluación y monitoreo de la salud mental y emocional de los trabajadores.
5. Se recomienda la evaluación del personal previo a su contratación para la identificación de factores de riesgo y la aplicación de programas específicos para los sujetos en riesgo
6. Diseño de talleres y capacitaciones de autocuidado donde se expliquen técnicas de relajación, visualización y respiración a los empleados, y jornadas de retiro para esparcimiento programadas
7. Utilizar la escala de Maslach Burnout y el cuestionario de auto evaluación (SRQ) en la misma población nos da una mayor probabilidad de identificar los individuos que deben seleccionarse para una evaluación en salud mental y determinar un diagnóstico.

BIBLIOGRAFIA

1. World Health Organization. Working together for health. 2006.
2. Ministerio de Salud de El Salvador. Informe de Labores Ministerio de Salud 2010- 2011. El Salvador: Ministerio de Salud de El Salvador; 2011 jun página 128.Report No.: 1.
3. Grau A, Suñer R, García M. Burnout syndrome in health workers and relationship with personal and environmental factors. Gac Sanit. diciembre de 2005;19(6):463-70.
4. Wolfe G. Burnout of therapists: inevitable or preventable? Phys Ther. julio de 1981;61(7):1046-50.
5. Phipps L. Stress among doctors and nurses in the emergency department of a general hospital. CMAJ. 1 de septiembre de 1988;139(5):375-6.
6. Manual Administrativo del Hospital Nacional «San Rafael», Santa Tecla, La Libertad. 2012.
7. Castellanos B. Síndrome del Burnout y Técnicas para reducir el Estrés Laboral.[Morelia, Michoacan]: Michoacana de San Nicolás Hidalgo; 2008.
8. Ashtari Z, Farhady Y, Khodae M. Relationship between job burnout and work performance in a sample of Iranian mental health staff. Afr J Psychiatry (Johannesbg). febrero de 2009;12(1):71-4.
9. Kalimo, Raija, El-Batawi, Mostafa A., Cooper, Cary L. Los factores psicosociales en el trabajo y su relación con la salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1988.
10. Visser M, Smets E, Oort F, De Haes H. Stress, satisfaction and burnout among Dutch medical specialists. CMAJ. 4 de febrero de 2003;168(3):271-5.

11. Aiken L, Clarke S, Sloane D, Sochalski J, Silber J. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA*. 23 de octubre de 2002;288(16):1987-93.
12. Kortum-Margot E. Efectos del empleo precario en la salud y seguridad del trabajo. *invierno 2001*;2:7-10.
13. Maslach C, Goldberg J. Prevention of burnout: New perspectives. *Applied and Preventive Psychology*. diciembre de 1998;7(1):63-74.
14. Weber A, Jaekel-Reinhard A. Burnout Syndrome: A Disease of Modern Societies? *Occupational Medicine*. 1 de septiembre de 2000;50(7):512-7.
15. Grau Martín A, Flichtentrei D, Suñer R, Prats M, Braga F. Influence of personal, professional and cross-national factors in burnout syndrome in Hispanic Americans and Spanish health workers. *Rev. Esp. Salud Publica*. abril de 2009;83(2):215-30.
16. LeBlanc C, Heyworth J. Emergency physicians: «burned out» or «fired up»? *CJEM*. marzo de 2007;9(2):121-3.
17. Gopal R, Glasheen J, Miyoshi T, Prochazka A. Burnout and internal medicine resident work-hour restrictions. *Arch. Intern. Med*. 12 de diciembre de 2005;165(22):2595-600.
18. Pejušković B, Lečić-Toševski D, Priebe S, Tošković O. Burnout syndrome among physicians - the role of personality dimensions and coping strategies. *Psychiatr Danub*. diciembre de 2011;23(4):389-95.
19. Salyers M, Hudson C, Morse G, Rollins A, Monroe-DeVita M, Wilson C, et al. BREATHE: a pilot study of a one-day retreat to reduce burnout among mental health professionals. *Psychiatr Serv*. febrero de 2011;62(2):214-7.

20. Birisch M. A longitudinal study of burnout: The relative importance of dispositions and experiences. *Work & Stress: An International Journal of Work, Health & Organisations*. 2002;16(1):1 - 17.
21. Felton J. Burnout as a clinical entity-it's importance in health care workers. *Occup Med (Lond)*. mayo de 1998;48(4):237-50.
22. Mayou R. Burnout. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1 de agosto de 1987;295(6593):284-5.
23. Klein J, Grosse Frie K, Blum K, Von dem Knesebeck O. Burnout and perceived quality of care among German clinicians in surgery. *Int J Qual Health Care*. diciembre de 2010;22(6):525-30.
24. López M, Rodríguez A, Fernández M, Marcos S, Martínón F, Martínón J. Burnout syndrome among health workers in pediatrics. *An Pediatr (Barc)*. marzo de 2005;62(3):248-51.
25. Marroquín V; Molina C; Segura T. Aplicación de musicoterapia en los trabajadores formales como alternativa terapéutica al estrés laboral. [Nueva San Salvador, La Libertad, El Salvador]: Universidad Dr. José Matías Delgado; 2011.
26. Iraheta D, Fuentes S. Factores que inciden en el estrés laboral en el personal de enfermería del Hospital Nacional San Rafael. [San Salvador]: Universidad Francisco Gavidia; 2005.
27. Bravo A. El Hospital Moderno. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. mayo de 1967;383-6.
28. Grupo intersectorial de desarrollo de recursos humanos en salud. Conjunto de datos basicos sobre recursos humanos en salud El Salvador. El Salvador; 2000 dic.
29. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Región Central de Salud, Unidad de Enfermería. *Manual Administrativo de Enfermería*. El Salvador; 1989.

30. Ministerio de Salud y Asistencia Social. Manual Técnico de Anestesiología. 2004.
31. Ekstedt M, Söderström M, Akerstedt T, Nilsson J, Søndergaard H-P, Aleksander P. Disturbed sleep and fatigue in occupational burnout. *Scand J Work Environ Health*. abril de 2006;32(2):121-31.
32. Kalimo R. Knowledge jobs-how to manage without burnout? *Scand J Work Environ Health*. diciembre de 1999;25(6):605-9.
33. González R, de la Gándara J, González V. El médico con burnout : conceptos básicos y habilidades prácticas para el médico de familia. Madrid: IM&C; 2004.
34. Bertolote J, Fleischmann A. Desgaste del Personal. *Red Mundial de Salud Ocupacional*. invierno de 2001;2:5-6.
35. Raggio B, Malacarne P. Burnout in intensive care unit. *Minerva Anesthesiol*. abril de 2007;73(4):195-200.
36. Miret C, Martínez-Larrea A. The professional in emergency care: aggressiveness and burnout. *An Sist Sanit Navar*. 2010;33 Suppl 1:193-201.
37. Quirion R. Healing the healers. *Health Q*. 2004;7(3):16.
38. Leiter M, Frank E, Matheson T. Demands, values, and burnout: relevance for physicians. *Can Fam Physician*. diciembre de 2009;55(12):1224-1225, 1225.e1-6.
39. Söderström M, Jeding K, Ekstedt M, Perski A, Åkerstedt T. Insufficient sleep predicts clinical burnout. *Journal of Occupational Health Psychology*. 2012;17(2):175-83.
40. Popa F, Arafat R, Purcărea VL, Lală A, Popa-Velea O, Bobirnac G. Occupational burnout levels in emergency medicine--a stage 2 nationwide study and analysis. *J Med Life*. diciembre de 2010;3(4):449-53.

41. Businger A, Guller U, Oertli D. Effect of the 50-hour workweek limitation on training of surgical residents in Switzerland. *Arch Surg.* junio de 2010;145(6):558-63.
42. Kirwan M, Armstrong D. Investigation of burnout in a sample of British general practitioners. *Br J Gen Pract.* mayo de 1995;45(394):259-60.
43. Guidet B, González-Romá V. Climate and cultural aspects in intensive care units. *Crit Care.* 2011;15(6):312.
44. García M. Clima organizacional y su diagnóstico: una aproximación conceptual. *Revista Cuadernos de Administración.* 2009 [citado 10 de mayo de 2012];(42). Recuperado a partir de:
<http://go.galegroup.com/ps/i.do?id=GALE%7CA243528161&v=2.1&u=inasp&it=r&p=IFME&sw=w>
45. Ancarani A, Di Mauro C, Giammanco M. How are organisational climate models and patient satisfaction related? A competing value framework approach. *Soc Sci Med.* diciembre de 2009;69(12):1813-8.
46. Tokuda Y, Hayano K, Ozaki M, Bito S, Yanai H, Koizumi S. The interrelationships between working conditions, job satisfaction, burnout and mental health among hospital physicians in Japan: a path analysis. *Ind Health.* abril de 2009;47(2):166-72.
47. Stone P, Larson E, Mooney-Kane C, Smolowitz J, Lin S, Dick A. Organizational climate and intensive care unit nurses' intention to leave. *Crit. Care Med.* julio de 2006;34(7):1907-12.
48. León A. Clima organizacional: antesala del aseguramiento de la calidad. *Ingeniería y Desarrollo [Internet].* 2000 [citado 10 de mayo de 2012];(8). Recuperado a partir de:
<http://go.galegroup.com/ps/i.do?id=GALE%7CA114368228&v=2.1&u=inasp&it=r&p=IFME&sw=w>

49. Cortés N. Diagnóstico del clima organizacional. Hospital «Dr. Luis F. Nachón». Xalapa, Ver., 2009. [Xalapa, Veracruz, México]: Universidad Veracruzana; 2009.
50. Organización Mundial de la Salud. Entornos laborales saludables: fundamentos y modelo de la OMS: contextualización, prácticas y literatura de apoyo. 2010.
51. Juárez C., Soriano G., Velásquez E. Análisis de los factores que inciden sobre la evolución del nivel de cobertura y calidad de atención médica brindada por el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) período 1999-2009. [Antiguo Cuscatlán, La Libertad, El Salvador]: Universidad Centroamericana José Simeón Cañas; 2011.
52. Robles-García M, Dierssen-Sotos T, Díaz-Mendi A, Llorca-Díaz J. Variables relacionadas con la satisfacción laboral: un estudio transversal a partir del modelo EFQM. Gac Sanit. abril de 2005;19(2):127-34.
53. Chiang M, Salazar C, Núñez A. Clima organizacional y satisfacción laboral en un establecimiento de salud estatal: Hospital tipo 1. Theoría - Universidad del Bío Bío, Chile. 2007;16(002):61-76.
54. Arias-Jiménez M. Factores del clima organizacional influyentes en la satisfacción laboral de enfermería, concerniente a los cuidados intensivos neonatales del Hospital Nacional de Niños, 2004. Enfermería en Costa Rica. junio de 2007;28(1):12-9.
55. Lee F, Stewart M, Brown J. Stress, burnout, and strategies for reducing them: What's the situation among Canadian family physicians? Can Fam Physician. febrero de 2008;54(2):234-5.
56. Castañeda E, García J. Prevalence of Burn-out Syndrome In Mexican Family Physicians: Analysis of Risk Factors. Revista Colombiana de Psiquiatría. enero de 2010;39(1):67-84.

57. Albini E, Zoni S, Parrinello G, Benedetti L, Lucchini R. An integrated model for the assessment of stress-related risk factors in health care professionals. *Ind Health*. 2011;49(1):15-23.
58. Kluger M, Townend K, Laidlaw T. Job satisfaction, stress and burnout in Australian specialist anaesthetists. *Anaesthesia*. abril de 2003;58(4):339-45.
59. Segura V, Reyes N, Tejada M, Zolano E. Mortality and priority level for ICU admission in the setting of limited critical care beds in El Salvador. *Crit Care*. 2012;16(Suppl 1):P384.
60. Kovacs M, Kovacs E, Hegedu K. Emotion work and burnout: cross-sectional study of nurses and physicians in Hungary. *Croat. Med. J.* octubre de 2010;51(5):432-42.
61. Síndrome de burnout en enfermeras de un centro médico [Internet]. [citado 11 de enero de 2013]. Recuperado a partir de:
http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/index.php?option=com_multicategories&view=article&id=100:sindrome-de-burnout-en-enfermeras-de-un-centro-medico&catid=40:investigacion&Itemid=77
62. Albaladejo R, Villanueva R, Ortega P, Astasio P, Calle M, Domínguez V. Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. *Revista Española de Salud Pública*. agosto de 2004;78(4):505-16.
63. Martínez M, Centeno C, Sanz-Rubiales A, Del Valle J. Estudio sobre el Síndrome de Burnout en Profesionales de Enfermería de Cuidados Paliativos del País Vasco. *Revista Medica Universidad de Navarra*. 2009;53(1):3-8.
64. Biaggi P, Peter S, Ulich E. Stressors, emotional exhaustion and aversion to patients in residents and chief residents - what can be done? *Swiss Med Wkly*. 14 de junio de 2003;133(23-24):339-46.

65. Persaud R. Reducing the stress in medicine. *Postgrad Med J*. enero de 2002;78(915):1-3.
66. Barrionurvo. Primer simposio virtual de dolor, medicina paliativa y avances en farmacología del dolor [Internet]. [citado 21 de enero de 2013]. Recuperado a partir de: <http://www.simposio-dolor.com.ar/contenidos/archivos/sdm003c.pdf>
66. Fontán Atalaya IM, Dueñas Díez JL. Síndrome de burnout en los ginecólogos del Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla. *Progresos de Obstetricia y Ginecología* [Internet]. 2008 [citado 28 Ene 2016]; 51(9): 531-540. Disponible en: <https://medes.com/publication/42844>
67. Escalona E, Estanga I, González A, Escalante M. Prevalencia del Síndrome de Desgaste Profesional en Médicos Residentes de Postgrado, Santiago de Chile, 2012. [citado 20 Ene 2014]. Disponible en: <http://xa.yimg.com>
68. Valenzuela Salvador AH. Síndrome de Burnout de identificación de los Factores de riesgo asociados en los trabajadores asistenciales de los establecimientos de salud de la Red de Salud Barranco Chorrillos Surco (Enero –Junio 2009) [Tesis]. Lima, Perú: Universidad Ricardo Palma; 2010. [citado 5 Ene 2017]. Disponible en: http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/240/1/valenzuela_ah.pdf
69. Fernández Cantillo A, Cobas Samón M, Castro Beltrán A, Costales Ramos Y. Síndrome de desgaste profesional en especialistas de Ginecología. *Rev Inf Cient* [Internet]. 2017 [citado 2020 Jun 10];96(2):[aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/23>
70. Chacón Roger M, Grau Abalo JA, Reyes Méndez MC. Prevención y control del estrés laboral y el desgaste. Guía para profesionales que trabajan con enfermos crónicos avanzados. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2012.

ANEXOS

Maslach Burnout Inventory

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

		que piensan mis pacientes.							
5	D	Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos.							
6	EE	Trabajar con pacientes todos los días es una tensión para mí.							
7	PA	Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan mis pacientes.							
8	EE	Me siento “quemado” por el trabajo.							
9	PA	Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros.							

10	D	Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago este trabajo.							
11	D	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.							
12	PA	Me encuentro con mucha vitalidad.							
13	EE	Me siento frustrado por mi trabajo.							
14	EE	Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro.							
15	D	Realmente no me importa lo que les ocurrirá							

		a algunos de los pacientes a los que tengo que atender.							
16	EE	Trabajar en contacto directo con los pacientes me produce bastante estrés.							
17	PA	Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada a mis pacientes.							
18	PA	Me encuentro animado después de trabajar junto con los pacientes.							
19	PA	He realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo.							

20	EE	En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades.							
21	PA	Siento que se tratar de forma adecuada los problemas emocionales en el trabajo.							
22	D	Siento que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas.							

Cuestionario de Auto-Evaluación

Nombre: _____ Fecha: _____

Dirección: _____

***Instrucciones:** Por favor lea estas instrucciones completamente antes de llenar el cuestionario. Las siguientes preguntas están relacionadas con ciertos dolores y problemas que lo pudieron haber molestado en los últimos 30 días. Si cree que las preguntas aplican a usted y tuvo el problema descrito en los últimos 30 días, ponga una marca en la línea bajo **SÍ**, por otro lado, si la pregunta no aplica a usted y no tuvo el problema en los últimos 30 días, ponga una marca en la línea bajo **NO**. Si no está seguro de cómo contestar una pregunta, por favor de la mejor que pueda. Le queremos reasegurar que las preguntas que usted provea aquí son confidenciales.*

SI NO

- ___ ___ 1. ¿Tiene frecuentemente dolores de cabeza?
- ___ ___ 2. ¿Tiene poco apetito?
- ___ ___ 3. ¿Duerme mal?
- ___ ___ 4. ¿Se asusta fácilmente?
- ___ ___ 5. ¿Se siente nervioso, tenso o preocupado?
- ___ ___ 6. ¿Le tiemblan las manos?
- ___ ___ 7. ¿Tiene mala digestión?
- ___ ___ 8. ¿Tiene problemas pensando claramente?
- ___ ___ 9. ¿Se siente infeliz?
- ___ ___ 10. ¿Llora más de lo usual?
- ___ ___ 11. ¿Encuentra difícil gozar de sus actividades diarias?
- ___ ___ 12. ¿Encuentra difícil tomar una decisión?
- ___ ___ 13. ¿Está sufriendo su trabajo diario?
- ___ ___ 14. ¿Es incapaz de representar un papel útil en la vida?
- ___ ___ 15. ¿Ha perdido el interés en las cosas?
- ___ ___ 16. ¿Siente que es una persona sin valor?
- ___ ___ 17. ¿Ha pasado por su mente el pensamiento de terminar con su vida?
- ___ ___ 18. ¿Se siente cansado todo el tiempo?
- ___ ___ 19. ¿Tiene sentimientos incómodos en el estómago?
- ___ ___ 20. ¿Se cansa fácilmente?
- ___ ___ 21. ¿Toma alcohol más de lo usual?
- ___ ___ 22. ¿Siente que alguien ha estado tratando de dañarlo de alguna forma?
- ___ ___ 23. ¿Se ha dado cuenta de cualquier interferencia o cualquier otra cosa inusual con su pensamiento?
- ___ ___ 24. ¿Alguna vez oye voces sin saber de donde vienen o que nadie más puede oír?
- ___ ___ 25. ¿Tiene sueños angustiantes sobre el desastre o hay momentos en los que parece como si estuviera reviviendo sus experiencias en el desastre?

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del protocolo: síndrome de burnout y síntomas psicóticos o neuróticos en profesionales de la salud que laboran en el hospital nacional psiquiátrico Dr. José Molina Martínez

Investigador: Dr. Luis Antonio Mena Esquivel

Sede donde se realizara el estudio: Hospital Nacional Psiquiátrico Dr. José Molina Martínez

Nombre: _____

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación médica, antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase en la absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

Una vez que haya comprendido el estudio si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento, de la cual se le entregará una copia firmada y fechada.

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO: Bajo una concepción de constante mejora de las atenciones en salud brindadas a la población resulta necesario garantizar la competencia y capacidad del recurso humano que desempeña sus labores en el ramo de salud pública, dentro de los factores determinantes de esas capacidades se encuentra la salud mental. Un método sencillo para obtener dicho conocimiento es la realización de tests ya reconocidos y utilizados con dichos fines como el SRQ y Maslach Inventory. Implementando estos instrumentos es posible obtener valiosa información de manera rápida, sencilla,

económica que nos permitiría catalogar, prevenir, atender y dar seguimiento a la salud mental del personal que labora en un establecimiento de salud en particular.

BENEFICIOS DEL ESTUDIO: Los beneficios de conocer estos resultados darán un panorama actual y preciso sobre el nivel de Agotamiento emocional, Despersonalización o deshumanización, Falta de realización personal, Síntomas físicos de estrés, como cansancio y malestar general presentes en la población estudiada, facilitando la toma de decisiones para mitigar la situación, ya que la capacidad y calidad de desempeño del personal de salud afecta directamente en la atención de los pacientes.

PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO: de aceptar participar se le realizarán las siguientes pruebas y procedimientos:

1. Se le solicitará que responda un cuestionario con su nombre y datos generales, para poder catalogar su carga laboral y tipo de carga laboral así como su tiempo de laborar en la institución.
2. En la segunda parte del instrumento encontrará una serie de preguntas referentes a particularidades sobre su forma de sentir/ pensar respecto a determinadas situaciones
3. se le administrara el mismo instrumento en tres ocasiones, siendo la primera este día que acepta formar parte de la investigación, una segunda en el mes de Agosto y una tercera en el mes de Diciembre.

RIESGOS ASOCIADOS AL ESTUDIO:

ninguno

ACLARACIONES:

1. Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
2. No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.
3. Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, aun cuando el investigador responsable no se lo solicite, pudiendo informar o no, las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad.
4. No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.
5. No recibirá pago por su participación.
6. En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información al investigador
7. La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada individuo, será mantenida con estricta confidencialidad por el investigador
8. Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar la Carta de Consentimiento Informado que forma parte de este documento.

Carta de consentimiento informado

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación. Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento.

He explicado al sr(a) _____ la naturaleza y los propósitos de la investigación; le explicado acerca de los beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normativa correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Firma del investigador.

Fecha: