

3er. Premio Nivel A

---

*Hospitales Nacionales IV*

---

**“Síndrome de Burnout en el  
Departamento de Cuidados Intensivos  
del Hospital Nacional Edgardo  
Rebagliati Martins – EsSalud”**

---

**Autores:**

- Mag. Victoria Llaja Rojas
  - Dr. Julio César Muñoz Sánchez
  - Dr. Juan Carlos Alva Pinto
- Hospital Nacional “Edgardo Rebagliati Martins”  
Departamento de Lima

## RESUMEN

El presente trabajo pretende describir las características clínicas del Síndrome de Burnout en los profesionales de las Unidades de Cuidados, Intensivos (UCI) y así mismo delimitar el perfil psicológico de estos profesionales para explicar la probabilidad de ocurrencia de este síndrome.

El Síndrome de Burnout se define como un estado de fatiga o frustración ocasionado por la falta de recompensa esperada, tras un esfuerzo dedicado a un proyecto de vida. Viene precedido de una fase de no motivación, ineficacia, falta de producción y estado depresivo en el trabajo. La presión crónica y el estrés contribuyen a su desarrollo.

El síndrome de cansancio emocional o de Burnout en UCI ya fue descrito desde 1981. Aunque se han realizado en distintos perfiles psicológicos destaca en la mayoría de ellos factores estresantes como: atender a enfermos clínicamente difíciles, el tipo de guardia y jornadas de trabajo agotadoras.

**Palabra Clave: Síndrome de Burnout, Síndrome Cansancio Emocional.**

## SUMMARY

The present work attempts to describe the clinical characteristics of the Syndrome of Burnout in the professionals of the Units of Intensive Cares (UCI) and likewise to put the bonderles into profile of these professionals to explain the probability of occurrence of this syndrome.

The Syndrome of Burnout is defined as a state of fatigue or frustation caused by the lack of prospective recompense, after an effort dedicated to a project of life. It comes preceded of a non motivation phase, inefficiency production lack and depressive state at work. The chronic pressure and the stress contribute to their development.

The syndrome of emotional fatigue or Burnout in UCI was described already in 1981. Although they have been carried out in different psychological profiles, it highlights in most of them stressful factors like: to assist clinically to sick difficult, the kind of guard and exhausting work days.

**Key Words: Syndrome of Burnout, Syndrome of Fatigue.**

## INTRODUCCIÓN

Las unidades de Medicina Intensiva han sido consideradas con un entorno de fuerte estrés psicológico, ya que el cuidado del paciente crítico está a menudo relacionado con la emergencia, decisiones difíciles, frecuentes fallecimientos, atmósfera ruidosa y dilemas éticos.

Existen trabajos en la literatura enfocados al estudio del estrés en Personal Asistencial, sea en enfermeras o en médicos Intensivistas, a pesar de la existencia de estos datos, en nuestro medio no se ha realizado un estudio objetivo sobre el Síndrome de estrés de UCI o **Síndrome de Burnout** o también denominado por otros autores (De la Torre, M.V. & Otros, 1997) <sup>(7)</sup> como el Síndrome del Quemado en Profesionales Intensivistas. Este término fue introducido por Frudenberger en 1975.

De allí que fue nuestra motivación la realización de un estudio con el Personal Médico y de Enfermería de las Unidades del Departamento de Cuidados Intensivos: (UCI-2C, UCI-7B, UCIN - 7B) del H.N.E.R.M.

Nos planteamos las siguientes interrogantes:

1. ¿Cuál es la probabilidad de ocurrencia de este síndrome en nuestras Unidades?
2. ¿Cuáles son las características clínicas de este Síndrome en el Personal Médico y de Enfermería de nuestras Unidades?

3. ¿Cuál es el Perfil Psicológico en cuanto a los componentes estructurales de personalidad que va asociado a este Síndrome en el Personal Profesional (Médico y de Enfermería) de nuestras Unidades?

### **Justificación e Importancia de la Investigación**

El síndrome de cansancio emocional o de Burnout en UCI ya fue descrito en trabajos de otras realidades hace varios años (Civetta, M. 1981) <sup>(4)</sup>. Aunque se han realizado en distintos perfiles psicológicos destaca en la mayoría de ellos factores estresantes como: atender a enfermos clínicamente difíciles, las guardias de 12 horas ininterrumpidas de labor asistencial, y la presión psicológica ejercida por los familiares. Igualmente las características de los pacientes, cuyo estado de gravedad va unido a estrés o sobrecarga emocional generada mayormente por el escaso margen de tiempo del que se dispone para la actuación diagnóstica y terapéutica. De allí que la investigación para delimitar objetivamente las características clínicas, y el perfil psicológico de los componentes de personalidad, puede determinar por un lado medidas terapéuticas de intervención psicológica oportuna, encaminadas a optimizar los recursos humanos disponibles en una Unidad de Cuidados Intensivos y aminorar el nivel de estrés laboral; a su vez redundaría en beneficio de la atención integral del paciente crítico.

### **Antecedentes del Problema**

En nuestro medio solo existe un breve estudio preliminar sobre el estrés laboral en una muestra de 60 enfermeras de las Unidades Críticas del 7° B UCI y UCIN del H.N.E.R.M <sup>(17)</sup>. donde se concluyó que:

1. El 45% de los casos se encuentra en un nivel de estrés alto y el 43.3% en término medio lo que significaba que más de la mitad del Personal de Enfermeras estaba en alto riesgo de presentar, el síndrome de Burnout.

2. Entre los factores facilitadores de estrés laboral se halló un alto porcentaje en las condiciones de trabajo (30.1%), las vivencias frecuentes ante la muerte (18.4%), recursos inadecuados de personal (16.7%) y falta de mecanismos compensatorios en el aspecto familiar y/o social (13.3%).

A Nivel Internacional, podemos citar investigaciones como la de Mac Cue (1982) <sup>(13)</sup> donde figuran los factores estresantes más frecuentes en las Unidades de Cuidados Intensivos, entre otros: el cuidado de pacientes agónicos, la asistencia de pacientes que no responden al tratamiento, el trato de enfermos con actitud negativista.

Yager, L. & otros (1985) <sup>(16)</sup> ha revelado los factores de escasez de tiempo; seguido de la dificultad de trato con pacientes difíciles y la ansiedad sobre el futuro.

Guntupalli & Fromm (1996)<sup>(11)</sup> estudiaron un total de 248 Médicos a través del MBI; de los que el 27.8% solo trabajan con plena dedicación en Cuidados Intensivos, el 29% mostraron una puntuación elevada en la subescala de agotamiento emocional, el 20.4% un rango alto en la despersonalización y el 59% un rango bajo en la realización personal. La realización personal fue más elevada en aquellos profesionales que ejercían docencia.

En otro estudio realizado con pacientes intensivistas con el cuestionario de BPA; (Field & Otros, 1995) <sup>(25)</sup> el 36% estaban en riesgo de padecer este síndrome y el 14% ya lo padecían relacionándose con aquellos profesionales que sentían que su trabajo no era valorado por otros.

Han sido diversas las opiniones sobre el tema, aunque siempre ha centrado el tema de discusión en el severo sistema de guardias como principal causa del desgaste o Burnout en la realidad española (Murillo & Muñoz, 1991) <sup>(25)</sup> (Jiménez & Manzano, 1994) <sup>(25)</sup>.

Una última publicación médica, realizada por De la Torre Prados, M. & Otros (1997) <sup>(7)</sup> ha arrojado como resultado que las circunstancias que llevan a la aparición del Síndrome de Burnout en Profesionales Intensivistas son:

1. La falta de reconocimiento de la especialidad por parte de otros especialistas del ámbito hospitalario.
2. El escaso reconocimiento social del quehacer profesional.
3. La atención continua asistencial a los pacientes graves lleva a situaciones de privación de sueño y descanso con escaso tiempo para dedicar a otras actividades docentes y de investigación.
4. Las vivencias frecuentes ante la muerte. Las características de los pacientes que van a ser atendidos; cuyo estado grave va unido a estrés o sobrecarga emocional.
5. El trabajo irregular e inesperado, apenas sujeto a programación, en que se mezclan periodos de calma con situaciones de gran tensión.
6. El ámbito donde se desarrolla la actuación, con personal muchas veces no entrenado.
7. Sentimiento de responsabilidad ante los familiares de los pacientes ingresados, entre otros.

Otros estudios <sup>(19)</sup> demuestran la presencia del síndrome en trabajadores sometidos a estrés en ocupaciones no médicas y lo correlacionan con deterioro del estado inmune. Realizaron un estudio transversal en 116 trabajadores japoneses varones; de una planta de energía nuclear (de edad promedio 31 años) los cuales tenían estrés laboral y tensión en el trabajo; se calculó la tasa de concentración de las inmunoglobulinas en la sangre: El número de

linfocitos T; observándose en el grupo que tenía más estrés una baja significativa en ellos; en comparación con otro grupo que tenía tensión más baja en el trabajo. Se reportó asimismo que los estresores psicológicos tal como la muerte de la esposa, divorcio, examen académico; desempleo y cuidado a pacientes con enfermedad de Alzheimer inducen a la supresión de linfocitos; y al incremento de la muerte natural de la actividad celular.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Es un trabajo de tipo Descriptivo- Explicativo, transversal y retrospectivo.

La investigación se realizó en el periodo comprendido entre Abril 2000 a Setiembre 2001, en el Personal Médico y de Enfermería del Departamento de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins de EsSALUD, que incluye, los servicios de Cuidados Intensivos 2C (UCI-2C), Cuidados Intensivos 7B (UCI-7B) y Cuidados Intermedios 7B (UCIN 7B), cada uno con características propias:

- UCI 2C: 24 camas  
Atiende a pacientes Críticos agudos, con estancia corta
- UCI - 7B 11 camas  
Atiende a pacientes Críticos agudos, con estancia prolongada
- UCIN 7B 24 camas  
Atiende a pacientes Críticos que ya no requieren monitoreo y tratamiento invasivo

El universo de la muestra corresponde a la totalidad del personal de estas unidades:

- |              |     |
|--------------|-----|
| • Medicos    | 43  |
| • Enfermeras | 102 |
| TOTAL        | 145 |

## **Criterios de Inclusión**

- Tiempo mínimo de servicio en la Unidad: Año y medio en jornadas de 12 horas ininterrumpidas
- Grado de instrucción: Superior con especialidad en Medicina Intensiva.
- Nivel Ocupacional: Médicos Intensivistas  
Enfermeras Intensivistas
- Edad: Máximo 54 años de edad Mínima: 28 años
- Sexo: Masculino y femenino; cuya distribución en c/u de los grupos será la siguiente:

Personal de enfermería:	66
Personal Médico:	34

## **Instrumentos Utilizados**

1. MBI Inventario "Burnout" de Maslach. C. Y Jackson S.E. Síndrome del "Quemado" por Estrés Laboral Asistencial.

Procedencia: Consulting PsyChologists Press, INC Palo Alto, California. USA.

Aplicación: Individual y colectiva. Adultos  
Tiempo variable, 10 a 15 minutos

Finalidad: Evaluación de 3 variables del Síndrome del estrés laboral asistencial: Cansancio o agotamiento emocional, despersonalización y falta de autorrealización personal.



**2. CPS → Cuestionario de personalidad situacional.**

Autores: J.L. Fernández Seara, N. Seisdedos y M. Mielgo.

Administración: Individual y colectiva

Aplicación: Adolescentes y adultos

Duración: entre 35 a 50 minutos

Finalidad: Evaluación de 15 rasgos de personalidad y 3 estilos o tendencias de comportamientos.

Mide estabilidad emocional, ansiedad, autoconcepto, eficacia, confianza/seguridad en sí mismo, independencia, dominancia, control cognitivo, sociabilidad, ajuste social, agresividad, tolerancia, inteligencia social, integridad- honestidad; liderazgo, sinceridad y deseabilidad social.

Ha sido diseñado con el objetivo del delimitar los rasgos más consistentes y las tendencias comportamentales del sujeto en las distintas situaciones y contextos de la vida.

El cuestionario consta de 233 elementos expresados en frases cortas; que aluden a diversos estilos y tendencias de comportamiento.

**Análisis estadístico**

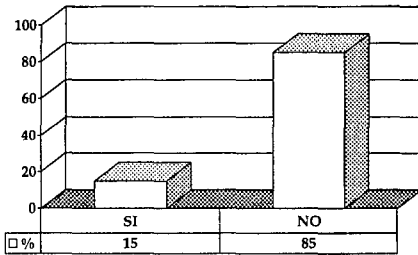
Se hizo una descripción de frecuencias para determinar la incidencia del síndrome de Burnout en cada una de las características del personal. Para determinar el grado de asociación de cada una de las características de personalidad con el síndrome de Burnout se calculó el Odds Ratio (OR). Para ver el nivel de significancia (p) en cada una de estas asociaciones, se empleó la prueba de Chi cuadrada.

## RESULTADOS

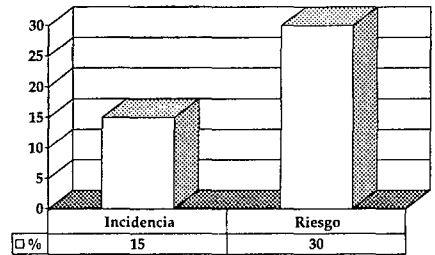
De este estudio se obtiene que las características clínicas del Síndrome de Bunout: Cansancio o agotamiento emocional, Despersonalización y falta de realización personal han sido encontrados con la siguiente incidencia en los médicos y enfermeras de las unidades de Cuidados Intensivos:

- Positivo            15% de toda la muestra estudiada
- Alto riesgo        30%

**SÍNDROME DE BURNOUT**  
Incidencia General



**SÍNDROME DE BURNOUT**  
Incidencia - Riesgo



Del grupo en riesgo, 23 son de sexo femenino (34%) y 7 de sexo masculino (20.5%).

El síntoma más predominante es el de despersonalización con 38.16% seguido de Falta de realización personal con 31.58%, en 3° lugar Cansancio emocional con 30.26% (TABLA N° 1)

**TABLA N° 1**  
INCIDENCIA DE SINTOMAS DEL BURNOUT

SINTOMAS	N°	%
Despersonalización	29	38.16
Falta de realización personal	24	31.58
Cansancio emocional	23	30.26

Fuente: Ficha personal - H.N.E.R.M.

En cuanto a la posibilidad de ocurrencia del Burnout, en base a la variable sexo encontramos que el personal femenino presenta un 19.69% a diferencia del personal masculino donde tenemos solo un 5.88% (TABLA N° 2)

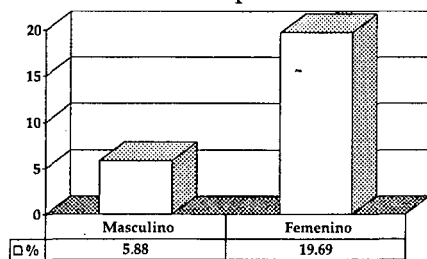
**TABLA N° 2**  
INCIDENCIA DEL BURNOUT POR SEXO

SEXO	TOTAL	BURNOUT	%
Masculino	34	2	5.88
Femenino	66	13	19.69
Total	100	15	15

Fuente: Ficha personal - H.N.E.R.M.

**SINDROME DE BURNOUT**

Incidenia por Sexo



Ello también es corroborado por los resultados obtenidos de acuerdo al tipo de ocupación, donde el personal de enfermería presenta un 16.67% positivo de Burnout, en contraste con el 11.76% en los médicos intensivistas (TABLA N° 3)

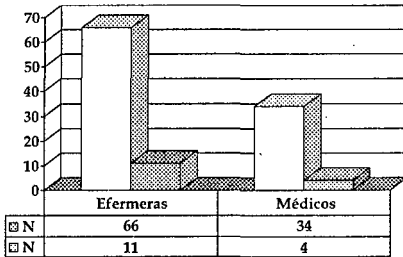
**TABLA N° 3**  
INCIDENCIA DEL BURNOUT POR OCUPACION

OCUPACION	TOTAL	BURNOUT	%
MEDICO	34	4	11.76
ENFERMERA	66	11	16.67
TOTAL	100	15	15

Fuente: Ficha personal - H.N.E.R.M.

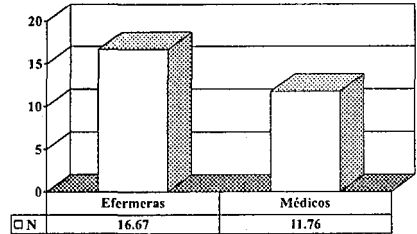
## SINDROME DE BURNOUT

Incidencia por ocupación



## SINDROME DE BURNOUT

Incidencia por ocupación



En lo que se refiere al Burnout por tiempo de servicio, encontramos un mayor porcentaje (17.5%) en los profesionales con un tiempo de servicio menor de 5 años, en segundo término un 11.11% en los que tienen de 5 a 15 años de servicio y no hay síntomas en aquellos con tiempo mayor de 15 años, como se aprecia en la tabla N° 4.

**TABLA N° 4**

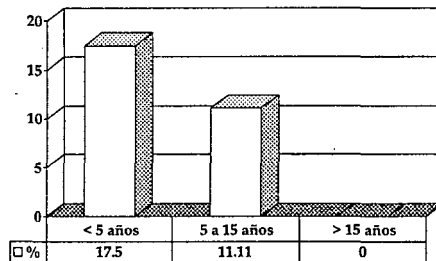
INCIDENCIA DEL BURNOUT POR TIEMPO DE SERVICIO

TIEMPO DE SERVICIO	TOTAL	BURNOUT	%
< 05 años	80	14	17.5
05 - 15 años	9	1	11.11
> 15 años	11	0	0
TOTAL	100	15	15

Fuente: Ficha personal - H.N.E.R.M.

## SINDROME DE BURNOUT

Incidencia por tiempo de servicio



Otro hallazgo no esperado lo encontramos en aquellos profesionales que desempeñan trabajo adicional fuera de la Institución (Clínicas Privadas, Docencia), además todos trabajan a dedicación exclusiva en Cuidados Intensivos (No hacen consulta externa, ni atienden pacientes en otras especialidades).

Los que tienen trabajo adicional presentan Burnout en el 11.76% y los que no tienen trabajo adicional 16.67%, cifra que coincide con el personal de enfermería. TABLA N° 5

**TABLA N° 5**  
**INCIDENCIA DEL BURNOUT POR TRABAJO ADICIONAL**

TRABAJO ADICIONAL	TOTAL	BURNOUT	%
SI	34	4	11.76
NO	66	11	16.67
TOTAL	100	15	15

Fuente: Ficha personal - H.N.E.R.M.

En cuanto al Síndrome de Burnout por Servicio, tenemos que el 60% de los profesionales encuestados de UCI 7B presentaron Burnout, a diferencia de UCI 2C en donde la incidencia fue del 12%. Estos resultados son análogos al estudio piloto <sup>(17)</sup>. En Cuidados Intermedios se encontró 15% positivo (TABLA N° 6)

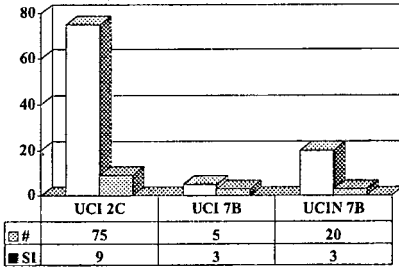
**TABLA N° 6**  
**BURNOUT POR SERVICIOS**

SERVICIO	TOTAL	BURNOUT	%
UCI 2C	75	9	12
UCI 7B	5	3	60
UCIN 7B	20	3	15
TOTAL	100	15	15

Fuente: Ficha personal - H.N.E.R.M.

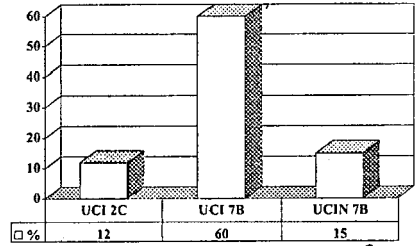
## SINDROME DE BURNOUT

Incidencia por servicio



## SINDROME DE BURNOUT

Incidencia por servicio



Los resultados referentes a las características psicológicas predominantes en el personal Médico y de enfermería las encontramos en la Tabla N° 7, donde destaca:

- Dominancia alta (Persona enérgica, asertiva y competitiva) en 65% de la muestra.
- Independencia baja en un 49% (Persona dependiente y que busca apoyo).
- Socialización baja en un 31% (Persona reservada, retraída y distante).
- Ansiedad alta, en un 29% (Persona tensa, preocupada y perturbable).
- Liderazgo bajo, con 22% (Persona con poco interés de dirigir a otros)
- Agresividad alta, en un 21% (Persona belicosa, crítica e intolerante)
- Ajuste social bajo en un 15% (Persona conflictiva ante las normas, rebelde)

**TABLA N° 7**  
**CARACTERISTICAS DE PERSONALIDAD**

CARACTERISTICA	%
Dominancia	65
Independencia	49
Socialización	31
Ansiedad	29
Liderazgo	22
Agresividad	21
Ajuste social	15
Estabilidad emocional	8
Autoconcepto	8
Tolerancia	7
Confianza Seguridad en sí	7
Control cognitivo	6
Inteligencia social	4
Integridad Honestidad	4
Eficacia	2

Fuente: Ficha personal - H.N.E.R.M.

Finalmente, en cuanto a la correlación de las características del Burnout con los rasgos de personalidad más predominantes se ha utilizado el Odds Ratio (OR), como se aprecia en la tabla N° 8:

En esta tabla se observa que los rasgos que correlacionan con el síndrome de burnot en orden de significancia son:

- Tolerancia baja (Persona intransigente, rígida, dogmática y crítica)

- Integridad baja (Persona informal que desdeña disciplina)
- Eficacia baja (Persona insegura en lo social)
- Estabilidad emocional Baja (Persona nerviosa irritable y susceptible)
- Control cognitivo bajo (Persona impulsiva en lo verbal y en sus respuestas)
- Ansiedad alta (Persona tensa preocupada y perturbable)

**TABLA N° 8**  
**ASOCIACION DE CARACTERISTICAS DE**  
**PERSONALIDAD CON BURNOUT**

CARACTERISTICA	OR	P
Tolerancia baja	9.939	< 0.01
Integridad baja	6.385	0.22
Eficacia baja	6.000	0.74
Estabilidad emocional baja	4.000	0.21
Control cognitivo bajo	3.115	0.49
Ansiedad alta	2.506	0.21
Confianza y seguridad en sí	2.462	0.62
Independencia	2.359	0.24
Auto concepto	2.026	0.76
Liderazgo	2.000	0.48
Inteligencia social	1.952	0.90
Sociabilidad	1.600	0.62
Agresividad	1.455	0.82
Ajuste social	0.852	0.58
Dominancia	0.777	0.48

Fuente: Ficha personal - H.N.E.R.M.

Las escalas que no correlacionan significativamente son: Dominancia, Ajuste social, Agresividad, Socialización e Inteligencia social en ese orden.



## DISCUSIÓN

Las Unidades de Cuidados Intensivos son consideradas como un entorno de estrés psicológico tanto para el paciente como para el personal asistencial responsable de su atención. Últimos estudios han informado incluso que se produce una disminución en el número de linfocitos (CD4 – CD45 – RA + T) <sup>(19)</sup> y un incremento en las concentraciones de la inmunoglobulina (IGG) en trabajadores japoneses a consecuencia del síndrome de Burnout o estrés laboral, de allí que la aparición de esta entidad es muy frecuente en las Unidades de atención de pacientes críticos y en centros laborales no médicos con niveles altos de estrés.

En lo que se refiere al estudio en las Unidades de Cuidados Intensivos del HNERM hemos obtenido 15% de incidencia a predominio del personal de enfermería y 30% en riesgo de Burnout, donde la escala más alta fue la de Despersonalización y la baja realización personal, semejantes a otros estudios internacionales como los de Guntupalli y From en 1996 <sup>(11)</sup> quienes estudiaron a 248 médicos con el mismo instrumento, encontrando 20.4% de Burnout positivos, con un rango alto de despersonalización y un 59% con un rango bajo de realización personal.

Se ha encontrado en el personal de enfermería un mayor índice de Burnout (16.67%) en comparación al personal médico (11.76%), esto correlaciona con los hallazgos del Síndrome de Burnout por sexo (5.88% en varones y 19.69% en mujeres), lo que se justifica por los componentes específicos de personalidad de naturaleza afectivo-emotiva que son más intrínsecos al sexo femenino.

Con respecto a la relación entre el tiempo de trabajo en Cuidados Intensivos y la presentación de Burnout, contrariamente a lo esperado, se ha demostrado menores índices en los que tienen mayor tiempo de trabajo, tal es el caso de los que tienen más de 15 años de labor, quienes ninguno presentó Burnout, mientras que en los menores de 5 años de labor el índice es de 17.5%.

De acuerdo a estos hallazgos, no sería cierta la recomendación existente para los profesionales de unidades críticas, que su tiempo de trabajo no debería ser superior a 10 años, ya que estarían en una fase de agotamiento por el estrés prolongado; más bien, se estaría demostrando que la mayor experiencia, junto a mejores conocimientos asistenciales y administrativos, dotan de fortalezas al trabajador de las áreas críticas, disminuyendo sus niveles de estrés frente a la atención de pacientes graves, en comparación a los que trabajan menos años.

También podría ser atribuido a que la mayoría de la muestra poblacional involucrada es de sexo femenino, la cual realiza una labor puramente asistencial, mientras que los profesionales que tienen más de 15 años, en su mayoría alternan la labor asistencial con cargos a nivel administrativo y no hacen guardias nocturnas, lo cual coincide con el hallazgo encontrado por Murillo y Muñoz (1991) <sup>(25)</sup> y Jimenez y Manzano (1994) <sup>(25)</sup> que registraron que la principal causa de Burnout es el sistema de guardias consecutivas, en la realidad Española.

El hallazgo sobre que el síndrome de Burnout no esté asociado con tener un trabajo adicional, al parecer es contradictorio, sin embargo esto puede ser atribuido a que el 100% del personal de enfermería no tiene trabajo fuera de la Institución, lo que significa que el Burnout estaría más asociado a factores de personalidad que son más frecuentes en el sexo femenino, antes que a la sobrecarga adicional de trabajo asistencial.

En el estudio piloto <sup>(17)</sup> con personal de enfermería de UCI 7B y UCIN 7B, se encontró un mayor nivel de estrés acumulado en la Unidad de Cuidados Intensivos 7B, lo cual es semejante al presente estudio en la comparación de la incidencia de Burnout por servicios (60%). Los pacientes que se atienden en esta unidad tienen estancia prolongada, el personal se involucra afectivamente con los familiares, los pacientes presentan afecciones graves múltiples, hay

alta tasa de mortalidad, todo ello propiciaría una mayor ocurrencia del síndrome, en comparación a los otros servicios.

De la Torre Prados y Otros (1997) <sup>(7)</sup> reportaron que las circunstancias que llevan a la aparición del síndrome son motivadas por varias circunstancias: Vivencias frecuentes ante la muerte, Sentimiento de responsabilidad y presión psicológica ante los familiares de los pacientes ingresados y escasa formación para tomar decisiones éticas, semejante a la realidad de UCI 7B.

Las características predominantes de personalidad describen el siguiente perfil psicológico de los profesionales intensivistas: Personas enérgicas, competitivas, a veces dependientes y con búsqueda de apoyo afectivo, reservadas, distantes; Tensos, preocupados, perturbables, con poco interés de mandar o liderar a otros, belicosas, críticas e intolerantes, conflictivos ante las normas. Finalmente son más propensas al Burnout aquellos profesionales que presentan rasgos de: Intolerancia, intransigencia, rigidez, falta de disciplina, inseguridad en lo social, inestabilidad emocional, donde es proclive la fácil irritabilidad y susceptibilidad, asimismo aquellas que carecen de control cognitivo con falta de auto control de impulsos, emociones y ansiedad.

Todas estas características hacen que la muestra tenga un rango alto (45%) hacia el síndrome Burnout, ya que 15% fueron positivos y 30% están en riesgo de presentarlo.

Se ha encontrado una asociación estadísticamente significativa entre la Intolerancia y el síndrome de Burnout.

Se hace indispensable una intervención preventiva para disminuir la mayor incidencia del síndrome de Burnout en las Unidades críticas del hospital y adoptar medidas terapéuticas a corto plazo para contrarrestar el estrés laboral propio de esta área de trabajo.

## CONCLUSIONES

1. El síndrome de Burnout es una entidad clínica poco estudiada en nuestro medio. En nuestro estudio, la incidencia de presentación fue del 15% y el riesgo fue del 30%, lo que equivale a un rango alto de tendencia al síndrome, pero semejante a reportes internacionales que usaron el mismo instrumento
2. El síntoma clínico más predominante fue la despersonalización (38.16%), que se caracteriza por: Respuesta impersonal ó pérdida de la sensibilidad del profesional hacia los pacientes y familiares.
3. Las características del perfil psicológico del personal intensivista son: Rasgos predominantes de alta dominancia y ansiedad y baja independencia y socialización.
4. Las escalas del perfil psicológico de personalidad que más se correlacionan con el síndrome de Burnout son: Baja tolerancia, Integridad, Eficacia, Estabilidad emocional y Control cognitivo.
5. El síndrome de Burnout es más frecuente en el sexo femenino y por lo tanto en el personal de enfermería.
6. El síndrome de burnout no está asociado al mayor tiempo de servicio ni al trabajo asistencial adicional, sino a los rasgos de personalidad del profesional.
7. Deberían estudiarse las repercusiones inmunológicas de las personas con Burnout o sometidas a estados de estrés laboral.
8. La detección periódica del síndrome de Burnout en las Unidades de Cuidados Intensivos, se hace indispensable.
9. Las recomendaciones para el personal de los servicios de Cuidados Intensivos, serían:

- Ofrecer programas terapéuticos con técnicas anti estrés y de control cognitivo
- Brindar capacitación permanente en el área ética y médico legal.
- Disminuir el trabajo físico y el número de guardias <sup>(10)</sup>
- Mayor participación en actividades de docencia e investigación <sup>(10)</sup>
- Descanso físico vacacional suplementario
- Crear incentivos de desarrollo profesional, económicos y laborales
- Fortalecer el trabajo en equipo, que mantenga una buena armonía y equilibrio emocional.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. **BLASCO, J. & HUET, J.** (1998). ¿Es estresante la Unidad de Cuidados Intensivos para el Intensivista?. Servicio de Medicina Intensiva y Urgencias Hospital Univ. de Valme Soc. Española de Medicina. Intensiva España, Vol. 22 N° 5 pp. 52 –Número monográfico.
2. **BUENDÍA VIDAL, J.** (1993). Estrés y Psicopatología. Madrid: Pirámide.
3. **CABALLERO LOPEZ, A. & HERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, H.** (1989). Terapia Intensiva Tomo I, II, III. La Habana: Ciencias Médicas.
4. **CIVETTA M.** (1980). Beyond technology: Intensive care in the 1,980 s. Crit care med 9:763-767.
5. **CHALFIN, D.B.** (1999). Critical Care Clinics Computer Applications in Critical Care Medicine. Philadelphia: MD, MS, FCCM, Guest.

6. **CHENG, E.Y.** (1995). Critical Care Clinics Sedation of the Critically Ill Patient. Philadelphia: MD, MS, FCCM, Guest. Vol. II N° 4.
7. **DE LA TORRE, M. V.** (1998). Estrés en Medicina intensiva. España: Sociedad Española de Medicina Intensiva Unidades Coronarias. Vol. 22, N° 5.
8. **EYSENCK, H.J.** Fundamentos biológicos de la personalidad, Barcelona: Fontanella, 1978. 4ª edición.
9. **ENGLER, B.** 1996. Introducción a las teorías de la personalidad. México: McGraw-Hill Interamericana.
10. **GOMEZ RUBÍ J.** (1991). Los profesionales en la Medicina Intensiva: Aspectos personales, sociales y profesionales del trabajo médico en la UCI. En: Abizanda Campos R., ed. la UCI como centro de responsabilidad, planificación y control. Madrid: Idepsa. 191-203.
11. **GUNTUPALLI & FROM (1996)** Burnout in the internist-intensivist. Intensive Care Medicine.
12. **KRADIN, R.L. MD.** (1995). Pulmoner and Critical Care Medicine. The Psychobiology of Respiratory Disease. Massachusettes: General Hospital Harvard Medical School.
13. **KRAKOWSKI A.J.** (1982). Stress and the practice of Medicine: II Stressor, Stresses, and Strains. Psychother Psychosom. 38:11-23.
14. **LABRADOR, F.** (1996). El Estrés. Nuevas Técnicas para su control – Madrid: Ediciones Temas de Hoy, S.A. pp: 238.
15. **LAZARUS, R.S. & FOLKMAN, S.** (1986). Estrés y Procesos Cognitivos Barcelona: Martínez roca.

16. **LINN, LS. YAGER, J., COPE, D.** (1985). Health Status, Job satisfaction, Job stress and life satisfaction among academic and clinical faculty. *JAMA*. 254:2.775-2.782.
17. **LLAJA, V. & MUÑOZ J** (2000) Abordaje Neuro psicológico en los Servicios de Medicina Intensiva del HNERM Estudio Piloto. *Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins*. Año 1 Vol 1 N° 1
18. **MURRIA, D.B. & Otros.** (1997). *Critical Care Medicine Perioperative Management*. Philadelphia: Lippincott Raven Publishers.
19. **NAKATA AKINORI Y OTROS** (2000) *Journal of occupational and environmental medicine*. Univ. Tokyo Feb 2000 Vol 42 Num 2
20. **NEGRIN, J.A. & Otros.** (1990). *Texto para la Especialización de Enfermería de Cuidados Intensivos*, Tomo I, II y III. La Habana: Pueblo y Educación.
21. **ORLANDINI, A.** (1996). *El estrés, Qué es y como evitarlo*. Bs. As.: Fondo de cultura económica de Argentina S.A.
22. **ORLOWSKI J.P.** (1986). Gullledge AD. *Critical care stress and Bournout en: Orlowski J.P. Kanotiga, Eds. Ethical moments in critical care Medicine. Crit care clinics*. 2:173-181.
23. **SMOLLER, J.W. MD. & Otros.** (1991). *Panic - Anxiety, Dyspnea and Pulmonary Disease: Theoretical and Clinical Aspects*. Melissa James Editor.
24. **STEVENS, J.O.** 1996. *El Darse Cuenta: Sentir Imaginar, Vivenciar*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
25. **ZASLOVE, MARSHALL** (2001) *American Family physician*. Vol 64 Num 3, Aug 2001.