

**Universidad Católica de Santa María**  
**Facultad de Medicina Humana**  
**Escuela Profesional de Medicina Humana**



**“ESTUDIO COMPARATIVO DE LA PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL MÉDICO DE CLÍNICA AREQUIPA, QUE LABORA ÚNICAMENTE EN ESTE ESTABLECIMIENTO DE SALUD Y EL PERSONAL QUE LABORA EN DOS O MÁS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD.”**

Tesis presentada por la Bachiller:

**Aragón Portugal, Ana Lucia**

Para optar el Título Profesional  
de:

**Médico cirujana**

**Asesora:**

**Dra. Quiñones Hermosa, Angela  
Griselda**

**Arequipa – Perú**

**2022**

UCSM-ERP

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA**  
**MEDICINA HUMANA**  
**TITULACIÓN CON TESIS**  
**DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR**

Arequipa, 05 de Mayo del 2022

**Dictamen: 006545-C-EPMH-2022**

Visto el borrador del expediente 006545, presentado por:

**2015200762 - ARAGON PORTUGAL ANA LUCIA**

Titulado:

**ESTUDIO COMPARATIVO DE LA PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL MÉDICO DE CLÍNICA AREQUIPA, QUE LABORA ÚNICAMENTE EN ESTE ESTABLECIMIENTO DE SALUD Y EL PERSONAL QUE LABORA EN DOS O MAS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**

Nuestro dictamen es:

**APROBADO**

**1823 - VARGAS OLIVERA GERMAN AUGUSTO**  
**DICTAMINADOR**



**2244 - ZEVALLOS RODRIGUEZ JUAN MANUEL**  
**DICTAMINADOR**



**3257 - FALCONI LAOS MARIA ALEJANDRA**  
**DICTAMINADOR**



## *Dedicatorias*

*Me gustaría dedicar el presente trabajo a mis padres, quienes me enseñaron que para lograr un sueño es importante trabajar duro y esforzarse, siendo un apoyo incondicional a lo largo de estos 7 años, agradecerle a mi padre, Alfredo; por ser ejemplo de lo que un médico debe ser, a mi madre; Soledad, por ser ejemplo de perseverancia y lucha. A mis hermanas por hacer llevadero estos 7 años de carrera, alegrando y despejando los días cansados. A mi madrina y segunda madre, Malenia por ser siempre tan acogedora y comprensiva. A Diego, mi compañero incondicional, quien a pesar de los días difíciles siempre está ahí, apoyándome. Por último, dedicarles este trabajo a mis hermanas de la carrera, siempre con una palabra de aliento y una sonrisa alegrando los días de hospital y de estudio. Y por qué no, a esos seres incondicionales que enseñan nuevas formas de amar y comprender la vida.*

## *Agradecimientos*

*A Dios y a la Virgen María por ser guía día a día en mi camino*

*A mi asesora, Dra. Angela Quiñones Hermosa, por su tiempo y paciencia para ayudarme a elaborar este trabajo.*

*A mis jurados de tesis por la mejor disposición y ayuda en la corrección de los errores de mi tesis.*

*A mis padres, hermanas, enamorado y familia por ser un apoyo incondicional todos estos años.*

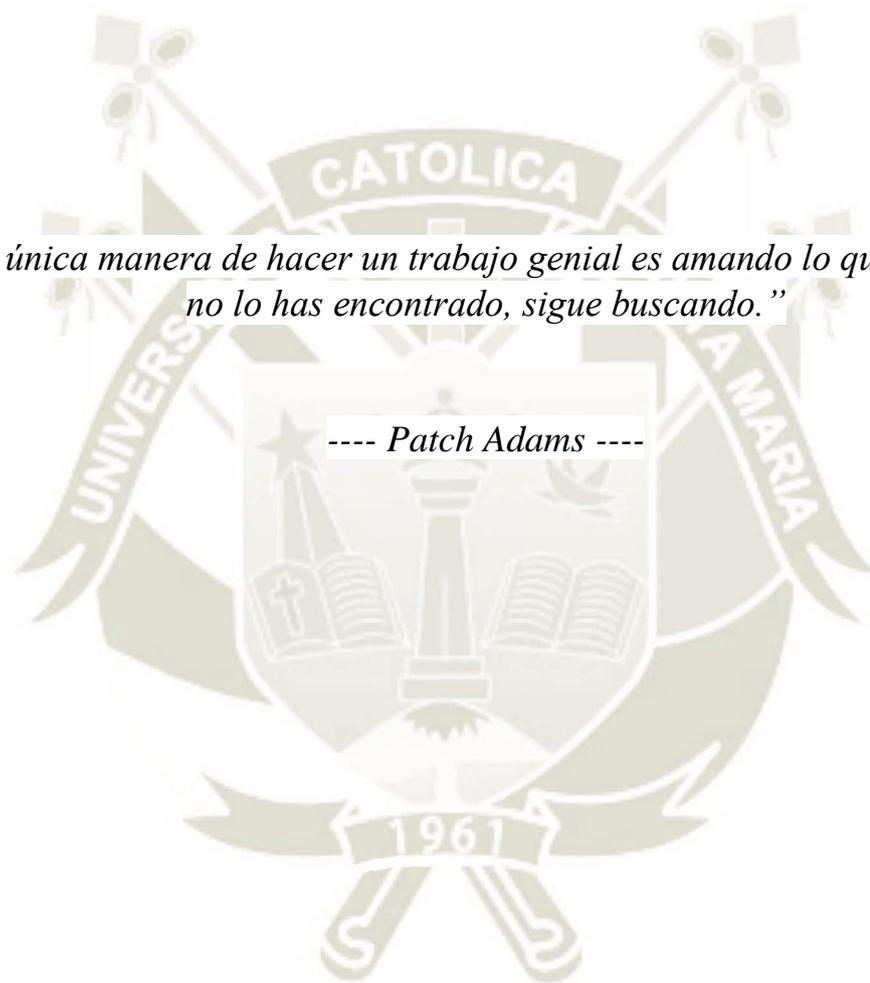
*A mis docentes que con sus enseñanzas tanto de medicina y humanidad me ayudaron a ser el médico que quiero ser.*

*Y a todas las personas que con su granito de arena colaboraron en mi formación profesional.*

*Epígrafe*

*“La única manera de hacer un trabajo genial es amando lo que haces; si no lo has encontrado, sigue buscando.”*

*---- Patch Adams ----*



## **RESUMEN**

**OBJETIVO:** Comparar la prevalencia del síndrome de burnout en los médicos que únicamente trabajan en clínica Arequipa con la prevalencia de dicho síndrome en médicos que además de trabajar en clínica Arequipa laboran en dos o más establecimientos de salud.

**MÉTODO:** El presente trabajo es comparativo, correlacional y transversal. Para ejecutarlo se aplicó el cuestionario MBI a 49 médicos que trabajan en los distintos servicios de Clínica Arequipa durante el mes de abril del 2022 además de una ficha de recolección de datos. Las variables obtenidas fueron tabuladas según frecuencia y se prosiguió a establecer la relación entre las variables aplicando la prueba de chi cuadrado, para establecer el nivel de asociación se usó la prueba de V de Cramer, todo realizado a través del programa IBM SPSS Statistics 22.

**RESULTADOS:** Se encontró que el 12.2% del personal médico que trabaja en Clínica Arequipa presenta algún grado de síndrome de burnout. La prevalencia del síndrome de burnout en el personal médico que únicamente trabaja en clínica Arequipa es de 2 médicos de 100, la prevalencia de los que trabajan en un establecimiento más es de 6 médicos de cada 100 y la prevalencia del síndrome de burnout en médicos de la clínica Arequipa, además trabajan en más de un establecimiento es de 4 médicos de cada 100. Estadísticamente no se pudo establecer una relación entre el síndrome de burnout y el número de establecimientos donde trabajan.

**CONCLUSIONES:** La prevalencia del síndrome de burnout es alta, comparada con otros estudios. La prevalencia del síndrome de burnout fue mayor en los médicos que trabajan en mas de un establecimiento, esto asociado a la carga laboral a la que están expuestos.

**Palabras claves:** Síndrome de burnout, número de establecimientos de salud, médicos, clínica

## **ABSTRACT**

**OBJECTIVE:** Compare the prevalence of burnout syndrome in physicians who only works in Clinica Arequipa with the prevalence of this syndrome in physicians who works in the Arequipa clinic and two or more hospitals.

**METHOD:** This study is descriptive, comparative, and cross-sectional. The MBI questionnaire and data collection form was applied to 49 physicians who works in the different services of Clinica Arequipa in April 2022. The variables obtained were tabulated according to frequency and we proceeded to establish the relationship between the variables by applying the chi-square test, to establish the level of association we used Cramer's V test, all performed through the IBM SPSS Statistics 22 program.

**RESULTS:** It was found that 12.2% of the medical personnel working at Clinica Arequipa present some degree of burnout syndrome. The prevalence of burnout syndrome in medical personnel who only work in the Clinica Arequipa is 2 physicians of 100, the prevalence of those who work in more than one establishment is 6 physicians of 100 and the prevalence of burnout syndrome in physicians of the Clinica Arequipa who also work in more than one establishment is 4 physicians of 100.

Statistically, it was not possible to establish a relationship between burnout syndrome and the number of establishments where they work.

**CONCLUSIONS:** The prevalence of burnout syndrome is high compared to other studies. The prevalence of burnout syndrome was higher in physicians working in more than one facility, this being associated with the workload to which they are exposed.

**Key words:** Burnout syndrome, number of hospitals, physicians, clinic.

## INTRODUCCIÓN

El síndrome de Burnout, conocido también como el síndrome del desgaste profesional, reconocido como un riesgo para los trabajadores por la OMS sin embargo no reconocido por el CIE-10 y recientemente añadido en el CIE-11 dentro del capítulo 24 “Factores que influyen dentro del estado de la salud o contacto con los servicios de salud” con el código QD85. Aunque la OMS lo reconoce como una psicopatología este no está incluido en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSMIV) (4).

Este síndrome está asociado al estrés laboral excesivo y crónico que sumado a la gran carga laboral genera la pérdida progresiva del interés hacia el trabajo realizado, generando así en la persona que lo padece distintos síntomas, sentimientos de cinismos y problemas que afectan el desempeño profesional, calidad de vida, salud física y mental de la persona que lo padece.

Los múltiples estudios realizados a este síndrome concluyen que este es más común en aquellos profesionales que mantienen relaciones directas con sus clientes y que además su profesión tiene una base humanística, generando que la profesión necesite de gran capacidad de empatía, esfuerzo, dedicación y entrega; tal como lo es la medicina, una de las profesiones más afectadas por este fenómeno psicosocial (1).

La importancia de identificar este síndrome en nuestro personal médico radica en poder ofrecer una mejor atención al paciente, esto es sumamente importante, que el burnout es el punto de inicio de la rotura de la relación médico paciente, ya que este es la base de la inconformidades que presenta el paciente hacia el galeno, generando así diversos impactos, tanto en el ámbito personal del médico que la padece así como la economía de la salud ya que tenemos médicos menos eficientes con mayor tendencia a cometer errores.

## ÍNDICE

DICTAMEN APROBATORIO.....	ii
DEDICATORIAS.....	iii
AGRADECIMIENTOS.....	iv
EPÍGRAFE.....	v
RESUMEN.....	vi
ABSTRACT.....	vii
INTRODUCCIÓN.....	viii
ÍNDICE.....	ix
ÍNDICE DE TABLAS.....	xiii
ÍNDICE DE GRAFICOS.....	xiv
CAPÍTULO I: Planteamiento teórico.....	1
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	2
1.1. Determinación del problema.....	2
1.2. Enunciado del problema.....	2
1.3. Descripción del problema.....	2
1.4. Justificación del problema.....	3
2. OBJETIVOS.....	6
2.1 Objetivo general.....	6
2.2. Objetivos específicos.....	6
3. MARCO TEÓRICO.....	7
3.1. Historia.....	7
3.2. Definición.....	8
3.2.1. Dimensiones del Síndrome de Burnout.....	9
3.2.2. Tipos de Síndrome de Burnout.....	9
3.2.3. Etapas del Síndrome de Burnout.....	10
3.3. Epidemiología.....	12

3.4. Fisiopatología.....	13
3.5. Etiología.....	15
3.6. Factores de riesgo .....	15
3.6.1 Factores de riesgo asociados al ambiente laboral .....	15
3.6.2. Factores de riesgo asociados a la persona.....	16
3.7. Cuadro clínico.....	20
3.8. Diagnóstico .....	23
3.8.1. Maslach burnout inventory (MBI).....	23
3.9. Diagnóstico diferencial .....	24
3.9.1. Estrés general.....	25
3.9.2. Fatiga física.....	25
3.9.3. Depresión .....	25
3.9.4. Tedio .....	26
3.9.5. Trastorno de ansiedad .....	26
3.9.6. Crisis de la edad media .....	26
3.10. Tratamiento .....	26
3.11. Prevención .....	28
3.11.1 Intervenciones a nivel del individuo.....	29
3.11.2. Intervenciones a nivel social.....	30
3.11.3. Intervenciones a nivel organizacional .....	30
3.12. Consecuencias.....	31
3.12.1 Para el individuo .....	31
3.12.2. Para la organización.....	32
4. REVISIÓN DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS .....	33
CAPÍTULO II: Planteamiento operacional .....	41
1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN .....	42
1.1. Técnica.....	42

1.2. Instrumentos.....	42
1.3. Materiales.....	42
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN.....	42
2.1. Ubicación espacial temporal.....	42
2.2. Unidades de estudio.....	42
2.2.1. Universo.....	42
2.2.2. Población.....	42
2.2.3. Muestra.....	42
2.3. Criterios de selección.....	43
3. ESTRATEGIAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	43
3.1. Organización.....	43
3.2. Recursos.....	43
3.3. Validación de instrumentos.....	44
3.4. Estrategias para manejar resultados.....	44
CAPÍTULO III: Resultados.....	46
1. Características sociodemográficas.....	47
2. Características laborales.....	49
3. Estudio de la presencia del síndrome de burnout.....	52
4. Relación entre el burnout y las características laborales y sociodemográficas.....	61
CAPÍTULO IV: Discusión.....	67
CAPÍTULO V: Conclusiones y sugerencias.....	72
1. Conclusiones.....	73
2. Sugerencias.....	75
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	76
ANEXOS.....	82
1. ANEXO 1: Ficha informativa.....	82
2. ANEXO 2: Consentimiento informado.....	83

3. ANEXO 3: Ficha de recolección de datos .....	84
4. ANEXO 4: Cuestionario Maslach Burnout Inventory .....	84
5. ANEXO 5: Matriz de datos .....	86



## ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1: Edad de los médicos participantes .....	47
TABLA 2: Sexo de los médicos participantes.....	48
TABLA 3: Años de experiencia de los médicos participantes.....	49
TABLA 4: Número de establecimientos donde laboran los médicos .....	50
TABLA 5: Especialidad de los médicos.....	51
TABLA 6: Relación de los niveles de las dimensiones del síndrome de burnout con el sexo de los médicos .....	54
TABLA 7: Frecuencia del síndrome de burnout .....	56
TABLA 8: Frecuencia de los grados del síndrome de burnout en los médicos diagnosticados .....	59
TABLA 9: Relación de la presencia del síndrome de burnout y la edad de los médicos.....	61
TABLA 10: Relación de la presencia del síndrome de burnout y el sexo de los médicos .....	62
TABLA 11: Relación de la presencia del síndrome de burnout y los años de experiencia .....	63
TABLA 12: Relación de la presencia del síndrome de burnout y el número de establecimientos donde trabajan los médicos.....	64
TABLA 13: Prevalencia del síndrome de burnout según el número de establecimientos donde trabajan los médicos .....	65
TABLA 16: Relación de la presencia del síndrome de burnout y la especialidad medica .....	66

## ÍNDICE DE GRAFICOS

GRÁFICO 1: Frecuencia de las dimensiones del síndrome de burnout.....	52
GRÁFICO 2: Frecuencia de las dimensiones del síndrome de burnout en médicos con burnout.....	57
GRAFICO 3: Frecuencias de los niveles de riesgo en médicos sin síndrome de burnout .....	60





# CAPÍTULO I

---

## PLANEAMIENTO TEÓRICO

---

## 1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

### 1.1. Determinación del problema

Prevalencia del síndrome de burnout en médicos que trabajan en dos o más establecimientos de salud es mayor que la prevalencia de dicho síndrome en el personal médico que trabaja únicamente en un solo establecimiento de salud.

### 1.2. Enunciado del problema

¿Hay mayor prevalencia de síndrome de burnout en médicos que trabajan en dos establecimientos de salud que en el personal médico que trabaja únicamente en un solo establecimiento de salud?

### 1.3. Descripción del problema

#### 1.3.1. Área de conocimiento

- a) **Área general:** Ciencias de la Salud
- b) **Área específica:** Medicina Humana
- c) **Especialidad:** Salud ocupacional
- d) **Línea:** Síndrome de burnout

#### 1.3.2. Operacionalización de variables

VARIABLE	INDICADOR	CATEGORÍA	ESCALA
<b>Síndrome de Burnout</b>	Cansancio emocional	Alto Medio Bajo	Cualitativa nominal
	Despersonalización	Alto Medio Bajo	Cualitativa nominal
	Realización personal	Alto Medio Bajo	Cualitativa nominal
<b>Factores socio demográficos</b>	Edad	Años cumplidos	Cuantitativa discreta
	Sexo	Femenino Masculino	Cualitativa nominal
<b>Factores laborales</b>	N° de EESS donde labora	1 2 3 o mas	Cuantitativa discreta

	Experiencia laboral	< 5 años 5-10 años 11- 15 años 16 -20 años 20 – 25 años 26 – 30 años > 30 años	Cuantitativa discreta
	Especialidad	Médico general Especialista	Cualitativa nominal

### 1.3.3. Interrogantes básicas

- ¿Cuál es la prevalencia del síndrome de burnout en personal médico de la Clínica Arequipa, que solo trabaja en ese establecimiento?
- ¿Cuál es la prevalencia del síndrome de burnout en personal médico que labora en Clínica Arequipa y en un establecimiento de salud más?
- ¿Cuál es la prevalencia del síndrome de burnout en personal médico que labora en Clínica Arequipa y en más de dos establecimientos de salud?
- ¿Existe relación entre la mayor prevalencia de síndrome de burnout y el número de establecimientos donde laboran los médicos?

### 1.3.4. Tipo de investigación

Investigación correlacional y comparativa

### 1.3.5. Nivel de investigación

Correlacional, comparativo y transversal

## 1.4. Justificación del problema

### 1.4.1. Justificación científica

El síndrome de burnout representa un gran problema para la salud mental de nuestro personal médico, ya que influye en la calidad de atención medica que brindan estos profesionales. En nuestro entorno gran cantidad de médicos se ven obligados a laborar en más de un establecimiento de salud, generando así una gran carga laboral, esto sumado al cansancio y

el estrés los hace más susceptibles para desarrollar síndrome de burnout. Si bien existen estudios, realizados en nuestro país, sobre la incidencia del síndrome de burnout en médicos, como un estudio realizado en Tacna que revela una prevalencia del 15% , en Cusco se reporta una incidencia de 10,9% y en nuestra región, Arequipa, una incidencia de 6.9%, ninguno de estos estudios toman en cuenta la carga laboral a la que están expuestos los médicos, por lo que, en la presente investigación busco relacionar la carga laboral de nuestros médicos con el síndrome de burnout, para así poder establecer distintas estrategias para disminuir el estrés y la carga laboral, disminuyendo así la incidencia de dicho síndrome (5,6,7).

#### **1.4.2. Justificación social**

La salud mental forma parte de la salud integral de las personas, el personal de la salud en general debería representar el máximo de la salud, tanto física como mental, sin embargo, esto no es así. Si bien, los médicos suelen gozar de una buena salud física, dejan de lado la salud mental, sin tener en cuenta que la OMS define la salud como ausencia de enfermedad, tanto física o mental. De esta manera generan un desequilibrio en la salud en general, que causa diversos problemas con los pacientes que atienden, causando una mala impresión a los pacientes que desarrollan cierta aversión hacia el personal médico, sin tener en cuenta que los médicos también pueden sentirse agotados o estresados. En este punto radica la importancia de poder disminuir la incidencia de este síndrome para poder establecer una relación médico paciente más estable y sana.

#### **1.4.3. Justificación personal**

Durante la carrera, con el paso de los años, los estudiantes de medicina estamos expuestos a diversas situaciones que generan agotamiento mental, la mayoría de nosotros no le damos importancia, porque la sociedad nos dice que para eso estudiamos esta carrera, en cual la dedicación y la vocación son puntos claves. Sin embargo, no nos damos

cuenta de que este agotamiento con el largo de los años puede hacernos perder el interés en lo que nos gusta hacer, ya que ejercer nuestra carrera se torna sofocante. Es por esto, por lo que, me parece sumamente importante desarrollar este tema para poder buscar las estrategias necesarias para disminuir el agotamiento mental en los médicos.

#### **1.4.4. Justificación contemporánea**

En la actualidad los trastornos mentales juegan un papel importante en la salud de los médicos, se dice que el médico es el peor paciente, ya que muchas veces dejan de lado sus afectaciones tanto psicosomáticas como sociales. El burnout cada vez se vuelve más común y hablado en las empresas sin embargo hasta el momento en los establecimientos de salud no hay programas dirigidos a abordar este síndrome en su personal de salud, la carga laboral hoy en día es mucho más grande de lo que era hace años ya que las expectativas de vida han aumentado, generando que el médico busque más de un lugar para trabajar y así aumentar su remuneración mensual, teniendo así mayor riesgo de desarrollar este síndrome.

#### **1.4.5. Factibilidad**

Estudiar el síndrome de burnout es relativamente fácil, tanto que el Maslach burnout inventory puede ser auto aplicado por el personal de salud. Además, que al tener un cuestionario validado con alta fiabilidad y confianza hace más certero el estudio. Además, es un estudio que no necesita gran cantidad de recursos económicos, haciendo fácil la realización del estudio por un estudiante-bachiller de medicina.

## 2. OBJETIVOS

### 2.1. Objetivo general

Comparar la prevalencia del síndrome de burnout en los médicos que únicamente trabajan en clínica Arequipa con la prevalencia de dicho síndrome en médicos que además de trabajar en clínica Arequipa laboran en dos o más establecimientos de salud.

### 2.2. Objetivos específicos

- Determinar la prevalencia del síndrome de burnout en médicos de la clínica Arequipa, que únicamente trabajan en este establecimiento de salud
- Determinar la prevalencia del síndrome de burnout en médicos de la clínica Arequipa, que trabajan en dos establecimientos de salud
- Determinar la prevalencia del síndrome de burnout en médicos de la clínica Arequipa, que trabajan en más de dos establecimientos de salud
- Determinar cuál es el grupo de médicos que tienen mayor prevalencia de síndrome de burnout
- Determinar si realmente existe una relación entre el número de establecimientos en los que los médicos trabajan con la prevalencia del síndrome de burnout

### 3. MARCO TEÓRICO

#### 3.1. Historia

Freudenberger , en 1974 sienta las bases para definir al burnout, por lo cual es considerado el primer descubridor del burnout. Freudenberger define al burnout como la pérdida de energía que se da en los profesionales cuando los problemas de las personas a las que atienden sobrepasan sus niveles de tolerancia (8).

Herbert Freudenberger era un asistente voluntario en un centro de rehabilitación para toxicómanos. Con el paso del tiempo noto que sus colegas sufrían de pérdida de energía, ansiedad, depresión, agotamiento y desmotivación. Sumado a esto observó como la relación y el trato a los pacientes se tornaba inestable, sus colegas se volvían poco comprensivos, insensibles e incluso agresivos, este patrón fue lo que denominó Burnout (9).

Casi al mismo tiempo, en 1976, Maslach y colaboradores empezaron su investigación, que en su primera fase consistía en aplicar entrevistas al personal de la salud. Gracias a estas notaron que el personal se sentía extremadamente cansados, causando sentimientos negativos, como el cinismo, hacia las personas con la que trabajaban, llamando a esta sensación burnout y describiéndolo como “Una respuesta prolongada a factores estresantes emocionales e interpersonales crónicos en el trabajo, que puede ocurrir entre individuos que trabajan con otras personas de alguna manera” (9).

Es de esta manera, que Freudenberger y C. Maslach, en su “descubrimiento” casi simultáneo del burnout marca el inicio de dos variantes de desarrollo diferentes que abordan el burnout desde un punto de vista práctico y científico. El punto de vista práctico tiene como eje central la evaluación, la prevención y el tratamiento, mientras que el segundo punto, el científico, se centra en la investigación y la teoría. Si bien, ambos puntos se desarrollaron de manera relativamente independiente entre sí, cada una prevaleció en distintas fases de la investigación del Burnout. En la fase pionera predominó el enfoque clínico, mientras que en la empírica la prioridad fue el enfoque científico (10).

En 1982, se desarrolla el primer instrumento de evaluación sistemático: el Maslach Burnout Inventory, creado por Maslach, quien realizó los primeros estudios de campo y desarrolló este cuestionario compuesto de 22 ítems, basándose en las distintas respuestas que obtenía de los trabajadores ante las diferentes circunstancias en su cotidiana vida laboral, que busca evaluar y describir las tres dimensiones del síndrome: el cansancio emocional, la despersonalización y la baja realización personal (5,8).

Desde que Freudenberger dio el primer concepto de burnout, varios psicólogos y psiquiatras han seguido su ejemplo y tratado de conceptualizar el síndrome de burnout. Sin embargo, todos ellos coinciden en el Síndrome de Burnout es una respuesta al estrés prolongado, asociados al ámbito laboral, sobre todo; de aquellas profesiones que mantienen mayor interacción humana (9).

En la actualidad, es reconocido por la OMS dentro de la clasificación internacional de enfermedades (CIE-10), pero no como un diagnóstico establecido sino como un factor de riesgo en el trabajo, clasificándolo en el grupo de “Problemas relacionados con la dificultad de gestión de la vida” como “agotamiento vital (Z73.0)”; y aunque es diagnosticada, no se describe el el DSMIV ni DSM-V. Aunque a inicios del 2022 se estableció como diagnóstico en el CIE 11 (4,10).

### **3.2. Definición**

El término “síndrome de burnout” tiene varias definiciones en nuestro idioma, como síndrome del quemado, de sobrecarga emocional, del desgaste profesional y de la fatiga en el trabajo, entre otros (1).

Maslach y Jackson definen al síndrome de burnout como la forma inadecuada de afrontar el estrés crónico, siendo esta la definición que más se acepta actualmente. Además, estos autores también crean el MBI (Maslach Burnout Inventory), donde proponen la existencia de tres componentes del síndrome: el cansancio emocional, despersonalización y una realización personal disminuida (1, 9).

### 3.2.1. Dimensiones del Síndrome de Burnout

#### a) Agotamiento emocional (AE)

Es el síntoma más notorio y central del síndrome, que es un reflejo del tamaño del estrés dentro del síndrome y que generalmente se da a largo plazo. Sin embargo, este no es patognomónico. Los trabajadores sienten que no pueden ofrecer más de sí a las personas con las que trabajan, ya que la relación que mantienen con los pacientes suele ser de todos los días y a mantenida, creando en ellos una falta de recursos emocionales para poder afrontar este cansancio (9, 3).

#### b) Despersonalización (DP)

Se genera cuando el trabajador intenta poner distancia entre sí mismo y su paciente o quien vaya a recibir el servicio. Se empiezan a percibir sentimientos de cinismo y otros negativos hacia los pacientes reflejándose como indiferencia hacia las necesidades de sus pacientes (2, 9).

#### c) Reducida realización personal (RP)

Es la más difícil de estudiar y está relacionada con el agotamiento y despersonalización, ya que de distintas maneras ambas disminuirán la eficacia con la que trabaja el individuo lo que causara problemas en el individuo, como la disminución de la realización personal. De esta manera es que los médicos que sufren de burnout tendrán la tendencia de autoevaluarse negativamente, sintiéndose descontento con su trabajo y consigo mismo. (9, 3).

### 3.2.2. Tipos de Síndrome de Burnout

Se reconocen distintos subtipos perfiles de burnout, basados en las particularidades clínicas. Para evaluarlos se debe usar el “Cuestionario de Subtipos Clínicos de Burnout” (11).

#### a) Burnout frenético

El individuo realiza un trabajo excesivo que se encuentre al nivel de los éxitos que desea obtener, causándole un agotamiento extremo. Siente la necesidad de tener logros y éxitos espectaculares sin considerar lo que esto generara en su salud mental ni estar al tanto de las limitaciones que esto le podría causar; y el no poder alcanzar las metas irreales que se plantea le causa sentimientos de culpa (11).

**b) Burnout sin desafíos**

Este subtipo se caracteriza por la pérdida de la necesidad del crecimiento personal, desarrollando altos niveles de cinismo. La indiferencia es la mejor manera de describirlo, ya que realizara su trabajo sin motivaciones y sin importarle los resultados, siendo lo opuesto al burnout frenético, aunque el no intentar alcanzar sus metas genera en ellos frustración creando en ellos una respuesta escapista (11).

**c) Burnout desgastado**

Presenta sentimientos de desesperanza al no ser reconocido como quisiera al desempeñar su labor, esto con el paso del tiempo genera el abandono del trabajo. generalmente se ve en personas que trabajaron en un mismo lugar por varios años y que aun así no pueden cumplir con todas las responsabilidades y exigencias del lugar donde trabajan, asociándose a un estilo de afrontamiento pasivo con una desconexión conductual (11).

### 3.2.3. Etapas del Síndrome de Burnout

Sabemos que el burnout es un proceso de respuesta al estrés crónico y repetitivo, este no se genera de un día al otro, sino que pasa por diferentes etapas que al final terminan convirtiéndose en un ciclo, resaltando que los síntomas y el desarrollo no es el mismo para todos los individuos. Se cree que con el tiempo algunas personas aprenden a convivir con el burnout, porque saben cómo afrontar cada etapa, sin superarlo. Sin embargo, otras

menos afortunadas llegan más rápido a la etapa más severa generando mayores repercusiones y donde nada ni nadie lo detiene (12, 13).

Edelwich y Brodsky, definen cuatro fases para el desarrollo del síndrome de Burnout (12).

1. Entusiasmo, por el nuevo trabajo que iniciará (12).
2. Estancamiento, por no poder cumplir las metas que había planeado al inicio (12).
3. Frustración, al notar que no podrá cumplir sus metas, el trabajador perdió su entusiasmo, y en vez de este sufre de irritabilidad y cansancio severo y crónico (13).
4. Apatía, se genera cuando el sujeto no puede afrontar adecuadamente la frustración generando el síndrome de burnout (12).

Para Cherniss el Burnout se da por la pérdida del compromiso y adaptación hacia el trabajo a desarrollar. Él describe cuatro etapas (13).

1. Fase de estrés, se caracteriza por el desequilibrio entre las exigencias laborales y los recursos propios del individuo para sobrellevar dichas exigencias (13).
2. Fase de agotamiento, el desequilibrio que se genera, causa en el individuo sentimientos negativos, como preocupación, cansancio, tensión, fatiga (13).
3. Fase de afrontamiento, los cambios en la persona son más profundos y severos, la persona se vuelve cínica y su conducta cambia radicalmente generando malos tratos hacia los pacientes (13).
4. Fase del quemado, es el síndrome de burnout, propiamente dicho, caracterizado por el colapso emocional y cognitivo (14).

En discrepancia con el modelo expuesto por Golembiewski y colaboradores, quienes proponen el síndrome no es exclusivo de las profesiones

asistenciales. Expone que el Burnout es un proceso que evoluciona de manera secuencial en el que el individuo pierde el compromiso que tenía con sus responsabilidades como reacción al estrés laboral. Este modelo propone que el primer paso para desarrollar dicho síndrome es la despersonalización, seguido del bajo logro personal y al final, el cansancio emocional. Basado en esto, plantea ocho etapas que unen las tres dimensiones en categorías de bajo-alto, permitiendo clasificar a la persona que sufre de burnout en relación con la severidad del síndrome (13).

### **3.3. Epidemiología**

De los múltiples estudios realizados sobre el síndrome de burnout llama la atención que los resultados reportados son distintos la mayoría de las veces, por lo que se concluye que la prevalencia depende del ambiente donde se desarrolle el individuo y características propias de la persona que lo padece. Influye mucho la profesión que practique el individuo, las exigencias del trabajo que desarrollan, la percepción que tienen los sujetos acerca de su propia realización personal, entre otras variables. Dentro de las profesiones más estudiadas está el personal de salud, en especial los médicos y enfermeras (4, 15).

Dentro del desarrollo de la profesión médica el síndrome del burnout es común, con reportes de incidencia que van del 25 a 60%. Thomas demuestra que las mujeres tienen 60% más de probabilidad de padecer de burnout que los médicos varones (2).

Se cree que el burnout en los médicos empieza durante el pregrado haciéndose más notorio durante el internado. Estudios reportan que el 8% de estudiantes de medicina, de distintas facultades de medicina del Perú padecían de síndrome de burnout, además notaron que la prevalencia del síndrome de burnout tiende a crecer con los años de estudios, estando relacionado al mayor tiempo que deben dedicarle al estudio, además notificaron que la prevalencia en los internos de medicina también es una cifra importante (4, 6).

En Arequipa un estudio realizado por Muñoz del Carpio, Arias Gallegos y Rodríguez (2019) reporta una prevalencia de 6,9% de personal médico con

niveles graves de síndrome de burnout, cifra que es menor al porcentaje reportado en estudiantes de medicina del Perú. En cusco se reportó una prevalencia del 10,9% y 15% en médicos de Tacna, ambos valores siendo más altos al reportado en la ciudad de Arequipa (6, 5,7).

Otro estudio realizado en nuestro país es el de Rodríguez et al, quien reporto un 35,7 % de prevalencia en médicos residentes, sin embargo, otros estudios dentro del país reportan una prevalencia del 50 % en esta población (15).

A nivel internacional un estudio realizado en Chile a 82 médicos pertenecientes a la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Guillermo Grant Benavente en Concepción indica que un 3,6% de la muestra presenta el Síndrome, en Argentina, se ha reportado un 10,71% de prevalencia del síndrome de burnout en galenos. En Venezuela se reporta una prevalencia de 40,37%, mientras que un 40% estaba en riesgo (9, 6).

En Brasil, en el año 2012 se realizó el Maslach Burnout inventory a un total de 198 médicos anestesiólogos, de la muestra, un 48,7% presentaba algún grado de Burnout, a diferencia de Colombia, donde reporta que 9,1% de los internos de medicina padecen de síndrome de burnout (6,9).

A diferencia de España donde de un total de 117 profesionales de la salud de UCI, más del 3% de la muestra presentaba alto grado de Burnout, más entre el 31% y el 45% presentaba nivel elevado en alguna de las tres dimensiones del síndrome. Otro estudio hecho en el mismo país, indica que, de una muestra de 104 médicos, de una institución pública y una privada, los trabajadores de la entidad pública presentaban un mayor cansancio emocional y despersonalización, más el nivel de Burnout para ambos tipos de trabajadores era alto (9).

### **3.4. Fisiopatología**

Lo más importante para entender la fisiopatología del burnout es comprender el significado del estrés. Siempre se asocia a al estrés con un efecto negativo, cuando generalmente no lo es. Entendemos como estrés al resultado de la

interacción con el entorno, que es interpretado por el individuo como una situación importante para mantener su bienestar, pero las exigencias, superan los recursos que tiene el individuo para afrontarlo. Conocemos como eustrés al momento en la que el individuo es capaz de adaptarse a una situación de sobredemanda, generando una respuesta controlada y eficaz, ya que estas son necesarias para la adaptación de individuo a su entorno (15, 11).

El estímulo estresor es percibido y enviado al tálamo, generando la activación del córtex prefrontal y del sistema límbico quienes activan la amígdala y al hipocampo, para empezar la respuesta hormonal por medio del hipotálamo-hipófisis. De esta manera es que el síndrome general de adaptación ante el estrés se divide en tres etapas (15).

1. Alerta: Se manifiesta como la respuesta al estresor, las glándulas suprarrenales son estimuladas por el hipotálamo para aumentar la secreción de adrenalina, con el fin de producir la energía suficiente ante una respuesta inmediata, aumentando el estado de alerta produciendo vasoconstricción y aumento de la frecuencia cardíaca para asegurar la distribución de nutrientes a los órganos más esenciales (15).
2. Defensa: Se activa únicamente si la respuesta se prolonga. La adrenalina asegura la producción de la energía que se requiere y el cortisol impide que las reservas de energía disminuyan. Si la situación estresante no se resuelve en estas dos etapas, se presenta la etapa tres (15).
3. Agotamiento: Las alteraciones hormonales se vuelven crónicas lo que se manifiesta con síntomas somáticos y psicológicos, generando un desborde la respuesta del organismo, causando que las hormonas tengan menos eficacia y se acumulen en el torrente sanguíneo, generando a su vez una secuencia de eventos negativos (15).

Además, una persona puede ser susceptible de manera psicológica al estrés, independientemente de los eventos somáticos, ya que esta puede no tener las estrategias adecuada para poder afrontar el estrés. Es por esto que se define al burnout por el uso inadecuado de estrategias de atronamiento, con las cuales el individuo busca autoprotgerse de las situaciones que le generan un estrés crónico dentro del trabajo, sin embargo, estas estrategias son ineficaces (11).

### **3.5. Etiología**

En la actualidad sabemos que el burnout es influenciado por distintos determinantes, resultando proceso multicausal y complejo, influyendo distintas variables como el cansancio, carga laboral, tipo de personalidad, aburrimiento, entre otros (4).

### **3.6. Factores de riesgo**

A lo largo de los años se han ido estableciendo distintos factores de riesgo para que el síndrome de burnout se desarrolle, dentro de los que destacan, los profesionales jóvenes, mujeres, individuos solteros, una gran carga laboral, sobrecarga del hogar, como el número de hijos, la personalidad de la persona, encontrando mayor riesgo en los altruistas, optimistas, las que tienen altas expectativas con un gran deseo del prestigio y de tener una mayor remuneración económica (1).

El principal factor de riesgo está relacionado a las actividades laborales en las cuales el empleado trabaja directamente con clientes, añadido a esto están los horarios extenuantes, los altos niveles de exigencia, expectativas poco realistas, los niveles disminuidos del desafío y la gran estandarización dentro del trabajo. Como ya se describió, los factores de riesgo son diversos comprendiendo desde aspectos psicológicos, sociales, personales, laborales, organizacionales, incluso culturales (15).

#### **3.6.1. Factores de riesgo asociados al ambiente laboral**

##### **a) Características del trabajo**

Se divide en 3 distintos ámbitos:

1. Exigencias laborales cuantitativas: Dentro de las cuales destaca la sobrecarga laboral y la presión por el tiempo que se tiene para realizar el trabajo, generando agotamiento en el individuo (9).
2. Exigencias laborales cualitativas: Son las más investigadas y están relacionada a la ambigüedad y conflictos de roles (9).

3. Ausencia de recursos laborales: El más sobresaliente y de mayor preocupación es la falta de apoyo social, ya que es un moderador entre el síndrome de burnout y los estresores. Como segundo recurso laboral tenemos a la retroalimentación. Otros recursos estudiados son la falta de autonomía y poca participación en la toma de decisiones, estando ambos factores relacionados con la realización personal disminuida (9).

#### **b) Características ocupacionales**

La mayor incidencia reportada es en personal que trabaja directamente con personas que dependen de ellos, como los profesores, trabajadores de servicios sociales, personal de la salud como médicos, enfermeras, psicólogos, nutricionistas, etc.; además de trabajadores públicos de la ley como policías y guardias de cárceles (9).

#### **c) Características organizacionales**

Este comprende diferentes variables, ya sean económicas, sociales o culturales, que se pueden dar en un país o inclusive internacionalmente. El problema radica en que al firmar un contrato queda implícito el “contrato psicológico”, en otras palabras, “la creencia en lo que el empleador está obligado a proveer en base a promesas percibidas de intercambio recíproco” y el incumplimiento del contrato psicológico puede causar burnout porque daña la noción de reciprocidad, y esta, al mismo tiempo, está relacionada a la segunda dimensión del síndrome: despersonalización (9).

### **3.6.2. Factores de riesgo asociados a la persona**

Tradicionalmente, las variables personales se han considerado menos relevantes que las organizacionales. Maslach et al, entrevistaron individuos que padecían de burnout, durante estas entrevistas notaron que había factores personales que hacían al individuo más susceptible de padecer síndrome de burnout. Aunque estos factores no son tan importantes como los que se presentan en el ambiente laboral, ya que se

reconoce al burnout como un fenómeno social, estos factores personales definen a la persona y forma en la que afronta los distintos estresores laborales, lo que finalmente puede llevar al individuo hacia el síndrome de burnout (16, 9).

**a) Características demográficas**

Son las que más se han estudiado, aunque los resultados muchas veces son contradictorios. En lo referente a la edad, algunos estudios reportan que el burnout está asociado a una menor edad, mientras que otros indican lo contrario. El burnout en jóvenes podría deberse a que los trabajadores jóvenes tienen menos experiencia profesional, además que no tiene formuladas estrategias eficientes para afrontar el estrés. Los jóvenes que sufren con este síndrome tienden a abandonar los trabajos y los supieron llevar la situación y controlarla llegan a mayor edad mostrando niveles menores al promedio en cuanto a agotamiento (16, 9).

Si bien el sexo ha sido muy discutido, aún no está comprobado que las mujeres sean más vulnerables para sufrir del síndrome de Burnout. Aunque Alarcón y colaboradores realizaron un metaanálisis acerca de la relación entre el género y el agotamiento, reportando que las mujeres sufren más el agotamiento emocional mientras que los hombres son más propensos a la despersonalización, por lo que tiene niveles más altos de cinismo (9, 16).

En lo que respecta al estado civil, diversas investigaciones concluyen que los individuos casados tienen mayor probabilidad de padecer cansancio emocional, sin embargo, tienen mayores niveles de realización personal que las personas solteras, lo que podría atribuirse al apoyo que les brindan de sus parejas. Los resultados sobre las personas con hijos también son contradictorios, en un estudio realizado en enfermeras se reportó que las enfermeras con niños tienen mayores niveles de agotamiento emocional, pero otros

autores encontraron que las enfermeras con niños tienen una mayor realización personal (16).

En lo que se refiere al nivel educacional se encontró que mientras más alto es el nivel educacional, más lo es el nivel de Burnout. Si bien no hay una explicación precisa, Maslach, Schaufeli y Leiter afirman que “es posible que la gente con mayor nivel educacional tenga trabajos con grandes responsabilidades y mayor estrés” (9).

#### **b) Características de personalidad**

Maslach y sus colegas por medio de la gran cantidad de entrevistas realizadas encontraron diversas características que aumentan el riesgo de que un individuo padezca de síndrome de Burnout. Las principales son la baja capacidad de mantener el control ante situaciones estresantes que se correlaciona con el cansancio; tener un locus de control externo, quiere decir que las personas tienden atribuir los éxitos al azar, suerte, destino y colegas; actuar de forma pasiva y defensiva ante situaciones estresantes, evitándolos, que se relaciona con la dimensión de la eficacia; baja autoestima, la cual se asocia a las tres dimensiones (9).

Sin embargo, con el paso de los años se destacan otras características muy importantes como las variables psicológicas, además de ciertos rasgos de personalidad pueden ser favorables para que la persona sufra del síndrome, basándose en la Teoría de los Cinco Factores o los "cinco grandes" factores de personalidad (16).

- ❖ Neuroticismo: Es un nivel de inestabilidad emocional, cuya principal característica es que el individuo tiene una tendencia a interpretar negativamente los eventos, mostrando emociones negativas como la frustración, ansiedad y depresión. Es por esto que suelen usar estrategias de afrontamiento negativas basadas en la distracción y evitación, lo que genera mayores niveles de

cansancio emocional y despersonalización con menores niveles en lo que se refiere a la realización personal (16).

- ❖ Amabilidad: Se entiende como el nivel de relaciones interpersonales para acercarse o rechazar a otros. Los individuos suelen ser más cooperativos, flexibles y confiados. Cuando se ven en eventos estresantes utilizan estrategias de afrontamiento efectivas que se centran directamente en el problema, esta manera de afrontamiento es también característico de los individuos responsables que son capaces de organizar y planificar su trabajo y su tiempo (16).
- ❖ Escrupulosidad: Se entiende como el nivel de autocontrol y autodeterminación (16).
- ❖ Extroversión: Se refiere al nivel de energía y sociabilidad, por naturaleza son individuos más sociables, entusiastas y seguros de sí mismo, suelen tener gran probabilidad de ser optimistas, razón por la cual suelen evaluar positivamente los problemas que se le presentan (16).
- ❖ Apertura a la experiencia: Es el nivel de curiosidad de aprendizaje y sensibilidad estética, las personas con esta personalidad suelen ser independientes y tolerar la ambigüedad, por lo que pueden aceptar nuevas experiencias e ideas fácilmente usando el humor como una estrategia de afrontamiento frente a algún evento estresante (16).

Ahora que se describieron los grandes tipos de personalidad, Alarcón et al. reportó que el cansancio emocional y la despersonalización mantiene una relación negativa con la estabilidad emocional, la amabilidad, la escrupulosidad y la extraversión, pero la realización personal se relaciona positivamente con las personalidades ya descritas (16).

### c) Actitudes laborales

El principal factor de riesgo son las muy altas expectativas, ya que según Maslach et al, estas “llevan a la gente a trabajar y hacer

demasiado, lo que conduce al agotamiento y despersonalización cuando los resultados no son los esperados” (9).

Los niveles de cansancio emocional son menores en las personas que han trabajado en el mismo lugar y servicio más tiempo y en las personas que trabajan en servicios consideradas menos estresantes. Esto puede deberse a que estas personas no tienen los recursos adecuados para adaptarse con facilidad a contextos laborales muy extenuantes que pueden variar de un día a otro (16).

### **3.7. Cuadro clínico**

Existen tres componentes que forman parte del síndrome (15).

- ❖ Cansancio emocional
- ❖ Despersonalización
- ❖ Baja realización personal

Los componentes del síndrome se presentan de forma insidiosa, desarrollándose paulatina y cíclicamente, por lo que puede repetirse a lo largo del tiempo, repitiéndose en distintas etapas de la vida de una persona (4).

El cuadro clínico puede seguir el siguiente proceso(1).

- ❖ Etapa 1: Hay mal equilibrio entre las exigencias laborales que exceden a los recursos materiales, generando estrés agudo (1).
- ❖ Etapa 2: El individuo, intentando adaptarse a la exigencia realiza un sobre esfuerzo, el cual funciona transitoriamente (1).
- ❖ Etapa 3: Surge el burnout con las características que ya se conocen (1).
- ❖ Etapa 4: La persona sufre un deterioro psicofísicamente, por lo que se convierte en un peligro para los pacientes (1).

Describir los síntomas que manifiestan las personas con burnout es difícil, ya que estos son altamente complejos:

**a) Psiquiátricas**

Se da un deterioro insidioso y discreto en la persona, que se puede presentar como depresión o ansiedad crónica, trastornos del carácter, suicidio, adicciones, etc. Añadido a esto el individuo experimentará sentimientos de fracaso, impotencia, frustración e inadecuación profesional, manteniendo una percepción desproporcionada de sus propios errores, como también la dificultad para notar las acciones exitosas, además; la persona tiende a tener dificultad para prestar atención y concentrarse en las actividades que realiza. Paralelamente la autoestima se puede ver afectada ya que se siente impotente por los pensamientos negativos que carga (2, 13).

**b) Somáticas**

El cuadro de estrés se manifestará de distintas maneras, ya sea de manera muscular, endócrina, nerviosa, circulatoria y otros cuadros psicósomáticos. Que pueden presentarse como cefaleas, palpitaciones, HTA, diarrea, dificultad para conciliar el sueño, angina de pecho, asma, alteraciones menstruales, lumbalgias, entre otros (2, 15).

**c) Cognitivas:**

El más característico es el cinismo que va relacionado con el aumento del criticismo y una desorientación cognitiva, la pérdida de motivadores personal, así como disminución de la autoestima generando cambios en el autoconcepto, además de distracción (15).

**d) Conductuales:**

Se caracteriza con el ausentismo, el individuo dejará de lado sus responsabilidades volviéndose desorganizado con tendencias a las adicciones (15).

**e) Organizacionales:**

Surge el deterioro en las relaciones laborales generando el empobrecimiento del desarrollo profesional, desmotivación e inconformismo (2).

Ya descritos los síntomas que se pueden presentar en todos los individuos, destacaremos las conductas que el galeno puede tener (2).

**a) Ausencia de compromiso emocional**

Puede observarse en un trato frío hacia el paciente, con un manejo erróneo de la información y falta de empatía hacia el otro (2).

**b) Disociación instrumental extrema:**

Se caracteriza por conductas rígidas y automáticas, tales como: comunicación unidireccional, uso exclusivo de tecnicismos sin dejarse entender por el paciente e intervenciones innecesarias (2).

**c) Embotamiento y negación**

El médico no es consciente del estado de agotamiento e irritación que sufre, lo cual se manifiesta por medio de conductas interpersonales oposicionistas, intervenciones hipercríticas y ausencia de registro de autocrítica (2).

**d) Impulsividad:**

La persona pierde el control rápidamente sin tenerlo en cuenta, pasa a la acción por medio de conductas reactivas de ira (2).

**e) Desmotivación:**

Está relacionado con la ausencia de realización personal y baja autoestima, que se manifestaran con disminución en la motivación para realizar tareas, proyectos y atenciones a los pacientes, con tratamiento inconstantes que perjudican al paciente (2).

Añadido esto, tenemos varios tipos de síntomas que podemos considerar como signos de alarma, tales como:

“Negación, aislamiento, ansiedad, miedo o temor, depresión (uno de los más frecuentes y peligrosos ya que puede llevar al suicidio), ira, adicciones, cambios de personalidad, culpabilidad y autoinmolación, cargas excesivas de trabajo, se puede presentar como cambios en los hábitos de higiene y descuido personal, cambios en el patrón de alimentación, con pérdida o ganancia de peso exagerada, pérdida de la memoria y desorganización, dificultad para concentrarse y puede haber trastornos del sueño”(4).

### **3.8. Diagnóstico**

Internacionalmente, en los manuales de diagnóstico, como el CIE-10 y el DSM IV, el burnout se describe como un Diagnóstico Z del CIE-10, sin estar considerado en los diagnósticos de los trastornos psiquiátricos específicos clasificados en la categoría F del CIE-10 (17).

Para evaluar el síndrome de Burnout se han utilizado diversas técnicas. Al inicio, los investigadores usaban observaciones sistemáticas, entrevistas estructuradas y test proyectivos, pero con el paso de los años se da mayor énfasis a la evaluación mediante cuestionarios o autoinformes (12).

#### **3.8.1. Maslach burnout inventory (MBI)**

Es el cuestionario creado por Cristina Maslach en 1986, actualmente, es la mejor forma de cuantificar y diagnosticar este síndrome; así como sus componentes. Tiene diversas versiones que son aplicables a diferentes poblaciones con diferentes idiomas y ha mostrado gran confiabilidad y validez. Además, de que el cuestionario nos permite evaluar el grado de intensidad del síndrome, clasificándolo en leve, moderado o severo, con una alta validez interna y grado de confianza (86%) (1).

Tenemos tres diferentes versiones del MBI (3).

##### **a) MBI-Human Services Survey (MBI-HSS)**

Es la versión clásica y se usa para evaluar el burnout en el personal de la salud. Está constituido por 22 preguntas que se distribuyen en los tres componentes del síndrome, además medir la frecuencia con que los

individuos perciben baja realización personal en el trabajo (8 ítems), agotamiento emocional (9 ítems), y despersonalización (5 ítems) (3).

**b) MBI-Educators Survey (MBI-ES)**

Se aplica a los profesionales de la educación, la única diferencia es que se la palabra paciente es sustituida por la palabra alumno (3).

**c) MBI-General Survey (MBI-GS)**

Como se describió al principio el burnout no es exclusivo de las personas que trabajan directamente con otros individuos, es por eso por lo que esta versión es de carácter genérico. Mantiene las tres dimensiones del MBI, pero solo tiene 16 ítems y las dimensiones son la baja eficacia profesional que reemplaza a la disminuida realización personal, agotamiento y cinismo que reemplaza a la despersonalización. (3, 8).

En cualquiera de las versiones descritas, las puntuaciones de cada dimensión deben ser calculadas de manera individual y no combinarlas, ya que de esta manera se puede determinar en qué área hay mayor afectación. Hay que considerar, que estamos estudiando variables continuas por lo que las puntuaciones que se obtienen deben ser clasificadas en un sistema de percentiles para cada escala (4).

“Las personas que estén sobre el percentil 66 se clasifican como un nivel alto, aquellos entre el percentil 33 y el 66 en el nivel medio, y por debajo del percentil 33 en la categoría bajo. Es así como un sujeto que está en la categoría alto para el agotamiento emocional y despersonalización, y bajo para realización personal puede ser diagnosticado como una persona con altos sentimientos de estar quemado” (3).

### **3.9. Diagnóstico diferencial**

Con el paso del tiempo han surgido muchas discusiones acerca del burnout y como diferenciarlo con otros trastornos. La diferencia principal entre los trastornos psiquiátricos y síndrome de burnout es que el burnout, es un

constructo netamente social, que está relacionada con el ambiente laboral. Sin embargo, el burnout puede superponerse a otros trastornos psiquiátricos o presentar síntomas muy parecidos (12, 17).

### **3.9.1. Estrés general**

Se distinguen fácilmente, el estrés se experimenta en todos los entornos y genera tanto efectos positivos como negativos en la persona, mientras el Burnout sólo genera a efectos negativos y únicamente se desarrolla en el ambiente laboral (12).

### **3.9.2. Fatiga física**

El proceso de recuperación del Burnout se caracteriza por ser lenta e ir acompañada de sentimientos de fracaso, mientras que el proceso de recuperación del cansancio físico es rápido y a veces acompañado de éxitos y sentimientos de realización personal (12).

### **3.9.3. Depresión**

Conforme que aumenta la gravedad del burnout, la probabilidad de padecer de depresión también aumenta. Un estudio realizado en Finlandia reportó que del total de pacientes hospitalizados que padecían burnout severo, el 50% de estos casos también fueron diagnosticados con depresión. Por lo que podemos establecer al burnout como un factor de riesgo para el desarrollo de la depresión, y paralelamente la depresión puede ser un predictor del cansancio emocional mas no en las otras dos dimensiones del Burnout. Un síntoma que nos ayudaría a diferenciar el Burnout de la depresión es que la depresión se acompaña de sentimientos de culpa, mientras que los sentimientos que caracterizan al burnout son de cólera o ira (17, 12).

Otro síntoma que destaca en el burnout es la alineación, particularmente en la esfera laboral, sin embargo, en la depresión los sentimientos negativos no se centran únicamente en el trabajo, sino que están presentes en todos los ámbitos de la vida del paciente que la sufre (19).

#### 3.9.4. Tedio

Tanto el Burnout y el tedio son consecuencias de la insatisfacción laboral, lo que los diferencian es que el burnout surge cuando las presiones emocionales son repetidas, a diferencia del tedio, que resulta de cualquier tipo de presión en el trabajo (12).

#### 3.9.5. Trastorno de ansiedad

Los síntomas de este tipo de trastornos duran varias semanas, e incluso meses en la mayoría de las personas que los sufren, el reto está en que muchos de los síntomas del trastorno de ansiedad se pueden encontrar en el síndrome de burnout, sin embargo, en el trastorno de ansiedad el evento estresor clave es social, mas no netamente laboral como ocurre en el burnout (17).

#### 3.9.6. Crisis de la edad media

Como lo describe el título, este trastorno se va a presentar cuando un individuo con una larga experiencia laboral nota un desbalance entre su realización personal y la posición del trabajo que tiene, a diferencia del Burnout que se va a presentar mayormente en personas jóvenes sin experiencia laboral o con poca experiencia, ya que ellos no suelen tener estrategias de afrontamiento adecuadas para superponerse a conflictos emocionales (12).

### 3.10. Tratamiento

El tratamiento del síndrome de burnout debe ser multidisciplinario, ya que se requiere dar tratamiento a los síntomas somáticos, emocionales y psiquiátricos que conlleva este síndrome, por lo tanto se requerirá de la experiencia médica, psicológica y de medicina ocupacional. Para poder realizar lo anterior tenemos dos métodos terapéuticos que resultan muy eficaces, estas son las técnicas cognitivas conductuales y la psicoterapia. Además de las anteriores, una revisión sistemática de la literatura reporto

gran eficacia de la musicoterapia para poder contrarrestar los síntomas del burnout leve (17, 15, 19).

Otro punto importante a tener en cuenta es que el cuestionario de Maslach nos permite medir el grado de burnout, lo que facilita el tipo de intervención y prevención que se dará a cada cuadro, de esta manera si el burnout fuera leve quizá bastaría con un cambio de hábitos en la vida del individuo, según Hillert y Marwitz el tratamiento debería estar enfocado a los siguientes factores (2).

- Alivio y disminución del estrés (2).
- Recuperación mediante los deportes o la relajación (2).
- El individuo debe volver a la realidad, quiere decir que el individuo debe tener los pies sobre la tierra y dejar atrás las ideas de ser perfecto (2).

En cambio, si el burnout es severo se deberían combinar las terapias psicoterapéuticas con tratamiento farmacológico, obviamente después de la evaluación exhausta por un profesional (2).

Aunque sin importar el grado de burnout, lo más importante es retirar al médico del entorno que le ha generado burnout y empezar la psicoterapia inmediatamente, el cual se basa en la terapia cognitivo-conductual y se apoya en el desarrollo del autocontrol y auto seguimiento. Una vez que la persona reconozca que existe un problema y cuáles son los estresores específicos que lo causan habrá dado el primer paso para abordar al síndrome. Para lograr esto el individuo podrá realizar un diario del estrés, donde anote diariamente que situaciones lo ponen a la defensiva, además de síntomas que se asocien al síndrome de burnout (18, 20).

El tratamiento psicoterapéutico consiste en cuatro fases (20).

1. Disminuir molestias y síntomas objetivos (20).

2. Comprender su propia personalidad por medio de la evaluación cognitiva para que pueda aprender a controlar los rasgos de su personalidad problemáticos (20).
3. Mejorar las habilidades de afrontamiento para resolver los problemas laborales, ensañándole al individuo habilidades útiles para reducir el estrés laboral (20).
4. Adelantarse al futuro, ya que la mayoría de las personas que sufren de síndrome de burnout tienden a poner todas sus expectativas y energías en su trabajo, dejando de lado su vida privada, generando un desequilibrio en su vida, es por eso por lo que se debe hacer una discusión sobre el papel que debería tener el trabajo en la vida del individuo para poder recuperar el equilibrio entre la vida personal y el ámbito laboral (20).

Añadido a la terapia psico-conductual, es importante aumentar el contacto social y mejorar las habilidades sociales, la comunicación eficaz y la asertividad, para que el sujeto pueda encontrar el equilibrio entre sus deseos y la consideración hacia el resto de las personas (18).

### **3.11. Prevención**

Como se sabe el personal de la salud tiene mayor riesgo de desarrollar síndrome de burnout, esto se debe que el trabajo médico está sometida a un gran nivel de tensión, exigencias excesivas, dependencia, frustración, cansancio y diversas conductas para aliviar el dolor psíquico. En contraparte se ha observado que conectar de manera humanística con los pacientes de manera personal y respetuosa funciona como antídoto del síndrome, y además le da el significado a la labor médica (2,19).

Es de esperar que las acciones para la prevención del burnout deben estar enfocadas a la promoción de la salud y de bienestar psicológico. Si bien, el trabajo es esencial para la subsistencia, este debe tener las óptimas condiciones para ejecutar las actividades correspondientes a ese puesto de trabajo. Se debe identificar y eliminar los estresores que ponen en riesgo al trabajador, optimizar la calidad de vida y el manejo funcional de la empresa, añadido a lo

anterior, es importante proveer al trabajador de estrategias de afrontamientos, mediante salud ocupacional. Además, mediante grupos de discusión se debe aumentar las habilidades y el apoyo social entre los empleados de la empresa. En la actualidad, la gran cantidad de intervenciones para la prevención se enfocan en enseñarle a trabajos a identificar los factores de riesgo y prevenirlos. Las estrategias para la prevención se dividen en tres niveles: Individual, social y organizacional (15, 12).

### 3.11.1. Intervenciones a nivel del individuo

Buscan aumentar los recursos del individuo, aumentado su resistencia al estrés, por lo que pueden gestionar los factores estresantes con mayor éxito. Podemos dividir estas estrategias en dos tipos de programas de intervención (18, 11).

**a) Estrategias instrumentales:** Centrados en brindarle a trabajador los instrumentos necesarios para afrontar adecuadamente el estrés, como la adquisición de habilidades de solución de problemas, asertividad, organización y manejo del tiempo, optimización de la comunicación, relaciones sociales, estilo de vida. El individuo deberá aprender a gestionar la presión del tiempo, trabajando eficazmente, no más horas de las necesarias. Además, deberá buscar actividades que no estén relacionadas con la medicina, para tener espacios de ocio productivos y relajantes, destacando siempre la importancia del descanso vacacional en cualquier empleo. Otro punto importante es que el individuo se conozca a sí mismo, además de mantener buenos hábitos de estilo de vida, como la alimentación saludable, ejercicio, sueño de calidad, relaciones interpersonales estables, habilidades sociales para poder formar amistades o equipos de trabajo con sus colegas de manera que puedan distribuir la carga de atención de los pacientes (11, 18,2).

**b) Estrategias paliativas:** Su objetivo es permitirle al individuo la adquisición y desarrollo de habilidades para manejar sus emociones,

esto se puede lograr a través del entrenamiento en relajación, manejo de sentimientos de culpa o expresión del enojo (11).

### **3.11.2. Intervenciones a nivel social**

Este síndrome en el momento en el que individuo pierde la conexión positiva con el resto de las personas dentro de su trabajo, generando en el trabajador un conflicto crónico, no resuelto, lo cual causa sentimientos de frustración y hostilidad. Por esta es de suma importancia que el proceso de comunicación entre colegas sea óptimo para evitar los sentimientos negativos característicos de este cuadro. Para lograr esto se puede programar reuniones terapéuticas o grupos de discusión para que los trabajadores puedan expresar sus sentimientos negativos, malentendidos o simplemente tener una comunicación activa con sus compañeros. (21, 2).

### **3.11.3. Intervenciones a nivel organizacional**

Las organizaciones pueden y deben tomar responsabilidad sobre la gestión del estrés en el trabajo, si bien es la parte más difícil para tomar las acciones necesarias sobre este síndrome es muy necesario que puedan generar cambios en el clima organizacional (21,15).

Para lograr prevenir este cuadro, las empresas deben mejorar los contenidos del trabajo y el entorno laboral, es así que deberá reducir cualitativa y cuantitativamente la sobrecarga laboral, para lograrlo pueden usar tres distinto tipos de estrategias (20).

**a) Rediseño del trabajo:** Busca que el trabajo a realizar sea más significado, estimulante y gratificante. Ya sea ampliando el trabajo o añadiendo deberes y responsabilidades al puesto de trabajo actual (20).

**b) Aclarar el papel del trabajador:** Se realiza para evitar ambigüedades sobre su trabajo, describiendo claramente cuáles son sus responsabilidades, deberes y derechos dentro de su trabajo (20).

- c) **Mejorar el entorno laboral físico:** Con ayuda de los empleados que trabajen en una misma área, creando grupos focalizados para que expresen ideas o soluciones que permitan mejorar las condiciones laborales que generan estrés desmedido (20).

Entonces, los puntos clave para prevenir el burnout son (1).

- ❖ Adaptar las expectativas personales a la realidad de la vida diaria (1).
- ❖ Formación profesional adecuada (1).
- ❖ Equilibrio entre las dimensiones de vida de cada individuo: familia, amigos, aficiones, descanso, trabajo (1).
- ❖ Crear un buen ambiente de trabajo en equipo: espacios comunes, objetivos comunes (1).
- ❖ Disminuir el tiempo del trabajo (1).
- ❖ Brindarle el tiempo adecuado a cada paciente (1).
- ❖ Disminuir la burocracia con ayuda del personal auxiliar (1).
- ❖ Formación continua dentro de la jornada laboral (1).
- ❖ Conversación de calidad con las autoridades (1).

### **3.12. Consecuencias**

Las consecuencias de este cuadro son múltiples, aunque la mayoría suelen ser emocionales. El individuo que la padece tiene mayor riesgo de padecer de enfermedades psiquiátricas, sobre todo depresión, así mismo mayor riesgo de sufrir adicciones, sumado a la anterior se verá mayor ausentismo laboral, lo que generará disminución en el rendimiento con una mayor probabilidad de errores, además el individuo tendrá mayor dificultad para trabajar en equipo, sufriendo quizá de alteraciones en la memoria y aprendizaje (1, 12).

#### **3.12.1. Para el individuo**

##### **a) Emocionales:**

Sentimientos negativos, ansiedad, soledad, alineación, distanciamiento emocional, que pueden llevar a un cuadro de depresión (3).

**b) Cognitivos:**

Se observa el desarrollo del cinismo, apatía, hostilidad, entre otras. Son los menos estudiados, sin embargo, tienen mucha importancia, ya para el desarrollo del síndrome debe haber un desequilibrio entre las expectativas propias y lo real (12, 3).

**c) Conductuales:**

Suelen desarrollar conductas agresivas, con dificultad para controlar su ira, gritan con frecuencia o se aíslan del resto de trabajadores (3).

**d) Somáticos:**

Presentan alteraciones en todos los sistemas, ya sean con síntomas cardiovasculares, respiratorios, nerviosos, problemas sexuales, musculares, digestivos (3).

**e) Sociales:**

El individuo tiende a aislarse y no tener deseos para desarrollar relaciones interpersonales, además que la satisfacción con la pareja y del hogar se disminuyen deteriorando sus relaciones interpersonales (12).

**3.12.2. Para la organización**

- ❖ Baja calidad asistencial (12).
- ❖ Insatisfacción en el trabajo (12).
- ❖ Gran ausentismo en el trabajo (12).
- ❖ Tendencia a las renunciaciones del personal (12).
- ❖ Poco interés y esfuerzo hacia el trabajo elaborado (12).
- ❖ Gran cantidad de problemas con compañeros, usuarios y jefes (12).
- ❖ Poca calidad de vida laboral de los médicos (12).

#### 4. REVISIÓN DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

##### 4.1. A nivel local

- a) **Autor:** Walter L. Arias Gallegos, Agueda Muñoz del Carpio Toia, Yesary Delgado Montesinos, Mariela Ortiz Puma, Mario Quispe Villanueva

**Título:** “Síndrome de burnout en personal de salud de la ciudad de Arequipa (Perú)”

**Año de publicación:** 2017

**Resumen:** **Introducción:** El síndrome de burnout fue descrito por primera vez en 1974 por Freudenberger, y desde entonces ha generado una gran cantidad de investigación. **Objetivo:** El objetivo de la presente investigación fue valorar la prevalencia del síndrome de burnout en personal de salud de la ciudad de Arequipa (Perú), y analizar comparativamente los datos en función del sexo, los ingresos económicos, el estado civil, el tiempo de servicio, el cargo, la profesión y la institución de procedencia. **Método:** Se trabajó con un diseño de investigación de tipo descriptivo y se aplicó el Inventario de Burnout de Maslach, que consta de 22 ítems y cuenta con adecuados índices de validez y confiabilidad ( $\alpha = .76$ ). **Resultados:** Se evaluaron a 213 trabajadores del sector salud que laboran en hospitales y postas de salud de la ciudad. El 35.7% son varones y el 63.8% son mujeres, con 37 años de edad como promedio. Los resultados indican que altos porcentajes de profesionales del sector salud tienen algunos síntomas del síndrome de burnout, y solo un 5.6% tiene el síndrome de burnout en nivel severo. Además, se registraron diferencias entre los trabajadores en función del sexo, el tiempo de servicio, el cargo, la profesión y la institución en la que laboran. **Discusión:** Se concluye que el síndrome de burnout tiene una presencia preocupante entre el personal de salud, sobre todo en la dimensión de despersonalización, y que las diferencias encontradas en función de las variables demográficas se explican en función del entorno laboral y las condiciones de trabajo” (22).

- b) **Autor:** Parodi, William Roberto

**Título:** “Prevalencia del síndrome de desgaste profesional y factores asociados en el personal médico del hospital Goyeneche, Arequipa 2016”

**Año de publicación:** 2017

**Resumen:** “**Objetivo:** Determinar la prevalencia y los factores asociados al Síndrome de Desgaste Profesional en el personal médico del Hospital Goyeneche. **Métodos:** Estudio prospectivo, transversal y observacional. Se utilizó una Ficha de Recolección de datos y la Escala de Valoración de Desgaste Profesional (MBI). Se tuvo como población a todo el personal médico asistente del Hospital, 113 en total, durante los meses de febrero a junio del 2016. Se realizó el procesamiento mediante el uso de SPSS®, la Prueba Chi Cuadrado para establecer asociación con los factores y la prueba Chi cuadrado de Wald multivariado para establecer asociación entre los factores entre sí. **Resultados:** Se encontró una frecuencia de 5.31% para la especialidad de Ginecobstetricia, 5.31% para Oncología y 4.42% para Anestesiología respectivamente En las dimensiones del síndrome de desgaste profesional la mayor frecuencia corresponde a Baja Realización Personal con 42.48%, Media Despersonalización con 41.59% y Alto Cansancio Emocional con 38.05%. Estadísticamente se encontró asociación con el grupo etario de 50 a 59 años, estado civil casado, 10 a más años de servicio y la presencia de conflictos interpersonales ( $P < 0.05$ ). No se encontró asociación con el sexo, número de hijos, condición laboral y la consideración de remuneración baja de la labor profesional ( $P > 0.05$ ). Finalmente, mediante la prueba estadística de regresión logística ordinal se encontró un  $X^2$  Wald multivariado de 40.83 ( $P < 0.01$ ). **Conclusiones:** La prevalencia del síndrome de Desgaste Profesional fue de 36.28%. La dimensión que presentó mayor frecuencia corresponde a Baja Realización Personal. Se encontró asociación solo con 4 factores y existe una relación multivariada altamente significativa entre todos los factores entre sí y el Síndrome de Desgaste Profesional” (23).

#### **4.2. A nivel Nacional**

a) **Autor:** Jennifer Vilchez-Cornejo, Luccio Romaní-Ojeda, Katerine Ladera-Porta, Mario Marchand-Gonzalez

**Título:** “Síndrome de burnout en médicos de un hospital de la Amazonía peruana”

**Año de publicación:** 2019

**Resumen:** “**Objetivo:** Determinar el Síndrome de Burnout (SBO) en médicos cirujanos de los consultorios externos de un hospital de la Amazonía peruana. **Métodos:** Estudio transversal analítico; que incluyó a 30 médicos cirujanos que atendieron en los consultorios externos de las especialidades de Medicina, Cirugía, Gineco-Obstetricia y Pediatría del Hospital Regional de Pucallpa, determinando el agotamiento profesional mediante el Inventario de Burnout de Maslach (MBI) y la percepción de la relación médico paciente mediante la escala PREMEPA. Se emplearon modelos lineales generalizados para evaluar razones de prevalencia cruda y ajustada. **Resultados:** El 76,7% de los médicos fueron varones, ocho de cada diez padecieron SBO. El 20% de los pacientes estuvieron satisfechos con la consulta y sólo el 16,7% indicó tener una mediana relación médico paciente. Se encontró asociación estadísticamente significativa entre quienes padecían SBO y se atendieron en las consultas externas de los servicios de cirugía (RPa: 1.46; IC 95%: 1.20–1.76) , gineco obstetricia (RPa: 1.69; IC 95%: 1.41–2.03) o en aquellos pacientes que se encontraban insatisfechos con la consulta brindada (RPa: 1.59; IC 95%: 1.22-2.07), el haber realizado el residentado médico fue un factor protector a desarrollar SBO (RPa: 0.62; IC 95%: 0.62–0.77). **Conclusión:** Los pacientes manifiestan tener niveles adecuados de relación médico-paciente a pesar del elevado índice de SBO en médicos, las especialidades quirúrgicas predisponen a desarrollar Burnout” (25).

b) **Autor:** Georgina Silvia Sarmiento Valverde

**Título:** “Burnout en el servicio de emergencia de un hospital”

**Año de publicación:** 2019

**Resumen:** “Con el objetivo de describir la prevalencia del síndrome de burnout en el personal de salud que trabaja en el área de emergencia de un hospital público del Cusco, se realizó un estudio descriptivo transversal analítico en 110 trabajadores, entre médicos, enfermeros, obstetras y personal técnico. Se encontró un 10 % de la población con síndrome de burnout. El grupo de médicos presentó 16,3 % de burnout; el personal de enfermería y obstetras, 8,6 %; y en el personal técnico de enfermería no se

encontró burnout. El personal con contratos temporales, un tiempo de servicio entre 1 a 10 años y de sexo masculino presentaron el síndrome con mayor frecuencia. Se halló un cuadro leve en un 34,5 % y moderado en un 18,2 %, asimismo se halló un 15% de nivel alto de agotamiento emocional, un 33,6 % de nivel alto en la dimensión de despersonalización. Finalmente, un 51,8 % de la población presentó una baja realización personal. Se concluye que uno de cada 10 trabajadores del servicio de emergencia padecía de síndrome de burnout en el momento de la encuesta, que fue mayor en médicos y trabajadores con contratos temporales. Esta situación, que debe ser corregida, puede influir en la calidad de la atención en estos servicios” (26).

c) **Autor:** Jesús Maticorena-Quevedo, Renato Beas, Alexander Anduaga-Beramendi, Percy Mayta-Tristán

**Título:** “Prevalencia del síndrome de burnout en médicos y enfermeras del Perú, en SUSALUD 2014”

**Año de publicación:** 2014

**Resumen:** “**Objetivos.** Estimar la prevalencia del síndrome de burnout (SB) en los médicos y enfermeras del Perú en el año 2014, según los diferentes puntos de corte establecidos en la literatura. **Materiales y métodos.** Estudio transversal y descriptivo basado en la Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud del año 2014 (ENSUSALUD-2014) que cuenta con un muestreo probabilístico bietápico. El SB fue identificado mediante el Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS) utilizando diferentes puntos de corte para establecer su prevalencia: valores predeterminados, terciles y cuartiles. **Resultados.** De los 5062 profesionales de salud, 62,3% eran mujeres, 44,0% eran médicos, 46,0% pertenecían al MINSA y 23,1% laboraban en Lima. Se obtuvo una prevalencia global del SB de 2,8% (IC95%: 2,19-3,45) usando valores predeterminados; 7,9% (IC95%: 6,93-8,95) para puntos de corte según cuartiles; y 12,5% (IC95%:11,29-13,77) usando terciles. **Conclusiones.** La prevalencia del síndrome en personal sanitario es distinta en una misma población, según se utilicen los distintos puntos de corte descritos. Se recomienda el uso de los

valores predeterminados por el creador del instrumento, hasta obtener puntos específicos para nuestro país” (28).

**d) Autor:** Einstein Aaron Jara Díaz

**Título:** “Prevalencia del síndrome de Burnout en residentes de medicina del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el año 2015 Lima, Perú”

**Año de publicación:** 2015

**Resumen:** “**Introducción:** El síndrome de Burnout se desarrolla en todos los contextos laborales en respuesta a una situación de estrés laboral crónico. Está presente frecuentemente en personas que están en contacto directo con otras personas como el personal de los servicios de salud (hospitales, establecimientos de salud y otros). Según la literatura médica son las enfermeras y médicos el personal más propenso a esta nueva forma de estrés laboral y/o síndrome de Burnout. **Objetivos:** Determinar la prevalencia del síndrome de Burnout en residentes de medicina del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el año 2015 Lima, Perú. **Diseño:** Se realizó un estudio descriptivo, observacional de corte transversal. **Muestra:** 91 Residentes de medicina de 2do y 3er año de todas las especialidades del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el año 2015. **Técnicas y procedimientos:** Se utilizó una encuesta conteniendo el cuestionario Maslach Burnout Inventory - HSS. **Resultados:** Presentaron síndrome de Burnout Presentando en los residentes de medicina una prevalencia del 24,2% (22/91). **Conclusiones:** La prevalencia del SB fue de 24.2%, presentándose en residentes de 2do año, solteros, edad entre 25 y 34 años, con ingresos aproximados de s/.4000. La especialidad con mayor prevalencia de SB fue cirugía general, que atendían más de 30 pacientes y que realizaban 2 guardias a la semana. La dimensión más afectada fue la despersonalización 58%” (29).

#### **4.3. A nivel internacional**

**a) Autor:** Adriana María Alvarez, Dra. María Lourdes Arce, Dra. Alejandra Elizabet Barrios, Dr. Antonio Rafael Sánchez de Coll

**Título:** “Síndrome de burnout en médicos de hospitales públicos de la ciudad de Corrientes”

**Año de publicación:** 2005

**Resumen:** “Se realizó un estudio descriptivo y transversal con el objetivo de establecer la presencia del síndrome de burnout en médicos de hospitales públicos de la ciudad de Corrientes durante el mes de noviembre de 2004. La población estuvo conformada por 80 médicos, 42 del sexo femenino y 38 del sexo masculino, de entre 25 años y 50 años, seleccionados al azar. Los datos fueron recogidos a través de una encuesta que contaba con una parte sociodemográfica y el Maslach Burnout Inventory. Los resultados obtenidos fueron: el síndrome de burnout predominó en el sexo femenino, con un total de 22 profesionales (25%) en la categoría cansancio emocional; con respecto a edades el grupo 1 (25-34 años) resultó ser el más afectado, con un total de 36 profesionales (45%) .Según la situación conyugal, los más afectados fueron los que se encontraban en unión estable, en la variable cansancio emocional, con un total de 16 (20%); sin embargo, en la variable despersonalización, predominaron los que no se encontraban en pareja siendo un total de 19 (23,75%). En cuanto a los años de ejercicio de profesión, los profesionales con menos de 10 años de ejercicio fueron los que mayor índice de burnout presentaron, con un total de 37 (46,25%). Se observó que la dimensión más afectada en la mayoría de las variables fue cansancio emocional, seguida inmediatamente por la dimensión despersonalización” (31).

**b) Autor:** Jéssica Álvarez Mena, Natalia Cobo Molina, Liliana Parra Osorio, Lessby Gómez Salazar, Martín Acosta Fernández

**Título:** “Prevalencia del síndrome de Burnout en médicos iberoamericanos entre 2012 y 2018: una revisión sistemática”

**Año de publicación:** 2019

**Resumen:** “El síndrome de Burnout cada vez es más frecuente en los trabajadores de la salud, se manifiesta con síntomas como agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, lo que afecta su labor, desempeño y la calidad del servicio prestado. Este estudio tiene como objetivo realizar una revisión sistemática-exploratoria del síndrome de

Burnout en médicos durante los últimos siete años (2012-2018) en Iberoamérica, y para ello se realizó una revisión sistemática en 6 bases de datos (Redalyc, Scielo, Scopus, ScienceDirect, Medline y EBSCO) con los siguientes criterios de inclusión: artículos publicados en idioma español, inglés o portugués; médicos residentes, especialistas o generales; revistas indizadas; estudios transversales o descriptivos correlacionales; población mayor a 70 médicos, y estudios que implementaran el Maslach Burnout Inventory Human Services Survey (MBI-HSS) (Maslach, 1986) como método estandarizado. El instrumento de recolección utilizado fue la matriz de revisión documental (anexos A, B y C), de la que resultaron seleccionados 52 artículos y de los cuales 23 cumplieron con los requisitos. El país con más estudios fue México, seguido de Brasil y Colombia. Predominó el género masculino, ya que en este hay prevalencia general del síndrome con resultados por dimensiones del MBI-HSS, en niveles de alto, medio o bajo; así, para el estudio se destararon únicamente los resultados significativos en alguna de sus tres dimensiones. En los artículos seleccionados se encontró que sí existe prevalencia (45,88 %) alta en agotamiento emocional y despersonalización y baja en realización personal en los médicos residentes. Este fenómeno se observó especialmente en el género masculino, y estaba correlacionado con las variables más significativas, como cursar segundo y tercer año de residencia, ser extranjero y estar cursando una residencia en especialidades quirúrgicas. De igual manera, los hallazgos muestran la vulnerabilidad en la que se encuentran médicos de padecer el síndrome de Burnout. Es por esto que este tema merece otros estudios para tratar su prevalencia y correlación con las variables, indagar la validez del MBI-HSS en nuestro contexto laboral e incentivar en la creación de un manual guía que ayude a la prevención y el afrontamiento del síndrome” (32).

- c) **Autor:** J. Cebrià<sup>a,b</sup>, J. Segurab, S. Corbellab, P. Sosb, O. Comasb, M. García<sup>b</sup>, C. Rodríguez<sup>b</sup>, M.J. Pardo<sup>a</sup> y J. Pérez

**Título:** “Rasgos de personalidad y burnout en médicos de familia”

**Año de publicación:** 2001

**Resumen:** “**Objetivo.** Investigar los rasgos de personalidad que podrían asociarse con puntuaciones altas en las escalas de burnout (Maslach Burnout Inventory) en médicos de atención primaria. Diseño. Estudio observacional, descriptivo, transversal. Emplazamiento. Noventa y tres centros de atención primaria de la ciudad de Barcelona y las comarcas del norte de la provincia: Vallès Oriental, Vallès Occidental, Maresme, Osona, Bages y Berguedà (región sanitaria centro). **Método.** Encuesta directa por entrevista personal o grupal a 528 médicos de atención primaria. Se administraron 3 cuestionarios: uno de datos sociodemográficos generales, el Maslach Burnout Inventory (MBI) y el test de personalidad de Cattell 16 PF-5. **Resultados.** Un 40% de los encuestados presentaba algún síntoma de burnout sin diferencia entre sexos. De éstos, un 12,4% manifestaba niveles muy altos de «quemazón» profesional. Los sujetos con criterios de burnout obtuvieron puntuaciones significativamente diferentes en los rasgos de estabilidad, tensión y vigilancia y en la dimensión ansiedad. **Conclusiones.** Algunos rasgos de personalidad, como la baja estabilidad emocional, la tensión y la ansiedad, se asocian de manera significativa a puntuaciones altas de burnout. Existen algunas diferencias entre estos factores internos por sexo” (33).



# CAPÍTULO II

---

## PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

---

## 1. **TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN**

### 1.1. **Técnica**

Se realizaron encuestas y se aplicó el cuestionario de Maslach burnout inventory al personal médico asistencial que labora en los servicios de hospitalización, emergencia adultos, emergencia pediátrica y sala de operaciones de la Clínica Arequipa

### 1.2. **Instrumentos**

- Ficha de recolección de datos (Anexo 3)
- Cuestionario Maslach burnout inventory (Anexo 4)

### 1.3. **Materiales**

- Fichas de recolección de datos
- Cuestionario Maslach burnout inventory
- Material de escritorio
- Impresora

## 2. **CAMPO DE VERIFICACIÓN**

### 2.1. **Ubicación espacial temporal**

Instalaciones de Clínica Arequipa, abril 2022

### 2.2. **Unidades de estudio**

#### 2.2.1. **Universo**

Médicos que laboren regularmente en los servicios de hospitalización, sala de operaciones, emergencia pediátrica y adultos de Clínica Arequipa, como parte del staff, ya sean asociados, socios, contratados, etc.

#### 2.2.2. **Población**

Son 49 médicos que cumplieron los criterios de inclusión y no tenían criterios de exclusión

#### 2.2.3. **Muestra**

Por conveniencia

### **2.3. Criterios de selección**

#### **a) Criterios de inclusión**

- Personal médico contratado que labore el servicio hospitalización de Clínica Arequipa
- Personal médico de planta que labore en sala de operaciones de Clínica Arequipa
- Personal médico de planta que trabaje en emergencia pediátrica de Clínica Arequipa
- Personal médico contratado que labore en emergencia adultos de Clínica Arequipa

#### **b) Criterios de exclusión**

- Personal médico que se encuentre realizando trabajo remoto
- Personal asistencial que no desee participar del estudio
- Personal médico no asistencial de clínica Arequipa
- Personal médico que labore como auditor médico

## **3. ESTRATEGIAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

### **3.1. Organización**

Se realizarán coordinaciones para obtener el permiso de realizar el trabajo en la Clínica Arequipa. Se recolectarán los datos laborales y sociodemográficos en las fichas de recolección para cada sujeto de estudio y se implementara el Cuestionario Maslach burnout inventory. Una vez finalizada la recolección, se organizarán los datos, mediante una matriz de datos y serán ingresados a una base de datos para su interpretación y análisis.

### **3.2. Recursos**

- Humanos: Investigadora, sujetos de estudio (personal médico de Clínica Arequipa)

- Materiales: Ficha de recolección de datos, Cuestionario Maslach burnout inventory y material de escritorio, computadora con programas específicos de estadística

### **3.3. Validación de instrumentos**

- Ficha de recolección de datos: No necesita validación.
- Cuestionario Maslach burnout inventory (MBI)

Actualmente el Maslach Burnout Inventory (MBI-HS) es el instrumento más utilizado para medir el síndrome de burnout en el personal de salud. A nivel internacional se tiene literatura que describe el burnout en el personal de salud en frecuencias que van desde el 5% al 50% (41).

Este instrumento cuenta con varias validaciones a nivel internacional, en países como España, Chile y México, además se ha usado en países como Argentina, Cuba y Bolivia. Dentro de esos múltiples estudios se llega a la conclusión que este instrumento tiene gran fiabilidad, dando coeficientes muy satisfactorios de 90 para la dimensión de agotamiento emocional, 70 para la dimensión de despersonalización y 75 para la realización personal, quedando demostrada la confiabilidad del cuestionario. En nuestro país fue validado en el 2002 por Fernández, en un estudio realizado a docentes, sin embargo, este instrumento validado se ha utilizado en su versión en español y para el personal de salud en varias investigaciones, tanto locales como nacionales. (40, 41,43).

### **3.4. Estrategias para manejar resultados**

#### **a) Plan de Recolección:**

Se procedió a pedir permiso en Clínica Arequipa para tener acceso a sus instalaciones y profesionales. Una vez aprobada la solicitud se realizó la recolección de datos en la ficha designada para esa finalidad (Anexo 3) y la aplicación del MBI (Anexo 4), previo consentimiento del sujeto de estudio,

para esto se realizó una ficha informativa (Anexo 1) y un consentimiento informado (Anexo 2).

- b) **Plan de Procesamiento:** Los datos recolectados fueron tabulados y puntuados según el método de calificación de BMI, que punta cada ítem con una puntuación del 0 al 6.
- c) **Plan de Clasificación:** Se creó una matriz de datos en la cual se transcribió los datos obtenidos de la ficha y del cuestionario MBI. Dicha matriz se diseñó en una hoja de cálculo (Excel 2018) y posteriormente se ingresó en el paquete del programa estadístico SPSS.
- d) **Plan de Codificación:** Se dio un código especial para cada variable de la ficha de recolección de datos, tomándose en cuenta la puntuación del MBI facilitando el análisis.
- e) **Plan de Recuento:** Se hizo en base a la matriz de datos de manera electrónica usando los programas descritos.
- f) **Plan de Análisis:** Primero se determinó la prevalencia del síndrome de burnout en médicos que laboran únicamente en la clínica Arequipa y la prevalencia de dicho síndrome en médicos que laboran en dos o más establecimientos de salud. Posteriormente se procedió a realizar el análisis estadístico para cada variable por medio de frecuencias y porcentajes, con ayuda del programa Excel. Finalmente se estableció la relación entre las variables deseadas usando la prueba de Chi cuadrado y el nivel de asociación usando la prueba de  $v$  de Cramer, dicho análisis se realizó con el programa IBM SPSS Statistics.



# CAPÍTULO III

---

---

## RESULTADOS

**“ESTUDIO COMPARATIVO DE LA PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL MÉDICO DE CLÍNICA AREQUIPA, QUE LABORA ÚNICAMENTE EN ESTE ESTABLECIMIENTO DE SALUD Y EL PERSONAL QUE LABORA EN DOS O MÁS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD”**

**1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS**

**TABLA 1: Edad de los médicos participantes**

<b>Edad</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
25-35 años	14	28.6
36-45 años	22	44.9
46-55 años	6	12.2
56-65 años	2	4.1
>65 años	5	10.2
<b>Total</b>	<b>49</b>	<b>100</b>

Fuente: Elaboración propia

Se puede observar que el 44.9% de los médicos participantes tienen edades en 36-45 años, el 28.6% edades entre 25-35 años, el 12.2% entre 46-55 años, el 10.2% es mayor de 65 años y en el 4.1% sus edades comprenden entre 46-65 años.

Notándose que casi la mitad de los médicos encuestados tienen una edad entre 36 a 45 años.

**“ESTUDIO COMPARATIVO DE LA PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL MÉDICO DE CLÍNICA AREQUIPA, QUE LABORA ÚNICAMENTE EN ESTE ESTABLECIMIENTO DE SALUD Y EL PERSONAL QUE LABORA EN DOS O MÁS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD”**

**TABLA 2: Sexo de los médicos participantes**

<b>Sexo</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Femenino	21	42.9
Masculino	28	57.1
<b>Total</b>	<b>49</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Elaboración propia

Del total de médicos participantes el 57,1% son del sexo masculino, mientras que el 42.9% del sexo femenino.

Es decir que, de los médicos participantes, más de la mitad son varones.

**“ESTUDIO COMPARATIVO DE LA PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL MÉDICO DE CLÍNICA AREQUIPA, QUE LABORA ÚNICAMENTE EN ESTE ESTABLECIMIENTO DE SALUD Y EL PERSONAL QUE LABORA EN DOS O MÁS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD”**

**2. CARACTERÍSTICAS LABORALES**

**TABLA 3:Años de experiencia de los médicos participantes**

<b>Años de experiencia laboral</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<5 años	16	32.7
5-10años	11	22.4
11-15 años	11	22.4
16-20 años	3	6.1
26-30años	2	4.1
>30años	6	12.2
<b>Total</b>	<b>49</b>	<b>100</b>

Fuente: Elaboración propia

Dentro de los años de experiencia laboral notamos que un 32.7% tiene menos de 5 años de experiencia, un 22.4% para los médicos que tienen 5-10 años de experiencia, al igual que los que tienen de 11-15 años de experiencia laboral. El 12.2% tienen más de 30 años de experiencia laboral, un 6.1% de 16-20 años de experiencia y por último un 4.1% tienen entre 26-30 años de experiencia laboral.

Quiere decir que casi un tercio de todos los sujetos de investigación tienen menos de 5 años de experiencia laboral.

**“ESTUDIO COMPARATIVO DE LA PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL MÉDICO DE CLÍNICA AREQUIPA, QUE LABORA ÚNICAMENTE EN ESTE ESTABLECIMIENTO DE SALUD Y EL PERSONAL QUE LABORA EN DOS O MÁS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD”**

**TABLA 4: Número de establecimientos donde laboran los médicos**

N° de establecimientos	N°	%
Solo Clínica Arequipa	13	26.5
Clínica Arequipa y otro	22	44.9
Clínica Arequipa y otros 2 o mas	14	28.6
<b>Total</b>	<b>49</b>	<b>100</b>

Fuente: Elaboración propia

Observamos que el 44.9% de los médicos trabajan en dos establecimientos de salud, mientras que el 28,6% trabaja en tres o más establecimientos de salud y solo el 26.5% trabaja únicamente en un solo establecimiento.

Esto quiere decir que casi la mitad de los médicos encuestados laboran en Clínica Arequipa y otro establecimiento de salud.

**“ESTUDIO COMPARATIVO DE LA PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL MÉDICO DE CLÍNICA AREQUIPA, QUE LABORA ÚNICAMENTE EN ESTE ESTABLECIMIENTO DE SALUD Y EL PERSONAL QUE LABORA EN DOS O MÁS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD”**

**TABLA 5: Especialidad de los médicos**

<b>Especialidad</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Médico general	19	38.8
Cirujano general	6	12.2
Emergenciólogo	4	8.2
Internista	10	20.4
Pediatra	7	14.3
Anestesiólogo	3	6.1
<b>Total</b>	<b>49</b>	<b>100</b>

Fuente: Elaboración propia

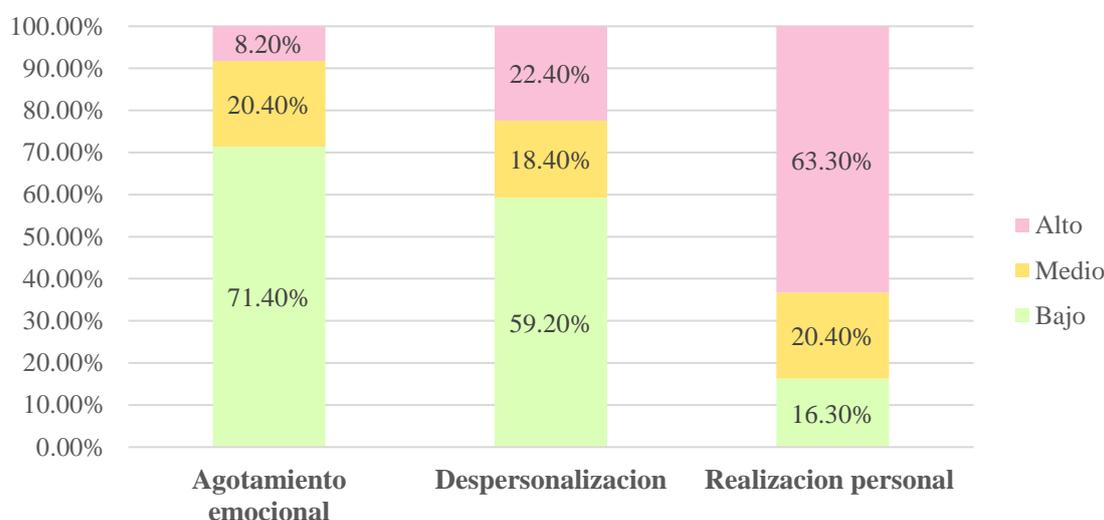
Observamos que el 38.8% de los participantes son médicos generales, el 20.4% internistas, el 14.3% son pediatras, el 12.2% son cirujanos generales, el 8.2% médicos emergenciólogos y el 6,1 % anestesiólogos.

Esto nos indica que más de la mitad de los médicos encuestados, el 61.2% son médicos especialistas, dentro de los cuales el que mayor frecuencia tiene es el médico internista seguido del pediatra.

**“ESTUDIO COMPARATIVO DE LA PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL MÉDICO DE CLÍNICA AREQUIPA, QUE LABORA ÚNICAMENTE EN ESTE ESTABLECIMIENTO DE SALUD Y EL PERSONAL QUE LABORA EN DOS O MÁS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD”**

**3. ESTUDIO DE LA PRESENCIA DEL SINDROME DE BURNOUT**

**GRÁFICO 1: Frecuencia de las dimensiones del síndrome de burnout**



Fuente: Elaboración propia

En gráfico 1 se describe las frecuencias de cada dimensión del síndrome de burnout cada una dividida en los nivel bajo, medio y alto. Observamos lo siguiente:

- ❖ Para la dimensión de agotamiento emocional vemos que el 71.4% de los médicos tienen niveles bajos, un 20.4% sufren de agotamiento emocional en el nivel medio y el nivel alto reporta un porcentaje de 8.2%.

Lo que quiere decir que más de la mitad de los encuestados presentan niveles bajos de agotamiento emocional, el cual no puede ser diagnosticado como síndrome de burnout.

- ❖ Para la dimensión de despersonalización observamos que el 59.2% presenta un nivel bajo, el 18.4% un nivel medio y el 22.4% un nivel alto.

Esto nos permite deducir que casi un cuarto del personal evaluado sufre de un gran nivel de despersonalización, que si bien, sin la relación de las otras dimensiones no se puede definir como burnout, representa un enorme problema para los servicios de la salud.

- ❖ Para la dimensión de realización personal notamos que el 16.3% presenta un nivel bajo, el 20.4% un nivel medio y el 63.3% un alto nivel de realización personal.

Lo que quiere decir más de la mitad de los médicos tienen un alto nivel de realización personal, lo que al contrario de las otras dos dimensiones es lo adecuado, mientras que el 16.3% que sufren de un bajo nivel de realización personal son los que pueden desarrollar burnout si presentan también niveles alterados en las otras dos dimensiones

- ❖ Si comparamos los niveles altos del agotamiento emocional y la despersonalización con el nivel bajo de la realización personal, ya que estos juntos definen el síndrome de burnout, notamos que la frecuencia de la despersonalización es mayor que el resto de las dimensiones, estando en segundo lugar el bajo nivel despersonalización con un 16.3% y en último lugar el agotamiento emocional con un 8.2%.

**“ESTUDIO COMPARATIVO DE LA PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL MÉDICO DE CLÍNICA AREQUIPA, QUE LABORA ÚNICAMENTE EN ESTE ESTABLECIMIENTO DE SALUD Y EL PERSONAL QUE LABORA EN DOS O MÁS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD”**

**TABLA 6: Relación de los niveles de las dimensiones del síndrome de burnout con el sexo de los médicos**

Dimensiones	Niveles	Femenino		Masculino		Total	
		N°	%	N°	%	N°	%
<b>Cansancio emocional</b>	Bajo	19	54.3	16	45.7	35	100
	Medio	2	20.0	8	80.0	10	100
	Alto	0	0.0	4	100	4	100
<b>Despersonalización</b>	Bajo	13	44.8	16	55.2	29	100
	Medio	5	55.6	4	44.4	9	100
	Alto	3	27.3	8	72.7	11	100
<b>Realización personal</b>	Bajo	3	37.5	5	62.5	8	100
	Medio	5	50.0	5	50	10	100
	Alto	13	41.9	18	58.1	31	100

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla 6 vemos las frecuencias de cada nivel de las dimensiones del síndrome de burnout con relación al sexo de los médicos evaluados:

- ❖ Para el nivel bajo de la dimensión de agotamiento emocional vemos que el 54.3% son mujeres y el 45.7% varones. Para el nivel medio, el 20% son mujeres y el 80% varones mientras que para el nivel alto el 0% son mujeres y el 100% varones.

- ❖ En lo que se refiere a la despersonalización observamos que para el nivel bajo el 44.8% son mujeres y 55.2% varones, en cuanto al nivel medio el 55.6% son mujeres y el 44.4% varones; por último, en cuanto al nivel alto vemos que 27.3% son mujeres y 72.7% varones.
- ❖ Referente a la dimensión de realización personal vemos que para el nivel bajo el 37.5% son mujeres y el 62.5% varones, en cuanto al nivel medio las frecuencias entre hombre y mujeres es igualitaria, ambos con el 50%; y para el nivel alto vemos que 41.9% son mujeres y el 58.1% varones.



**“ESTUDIO COMPARATIVO DE LA PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL MÉDICO DE CLÍNICA AREQUIPA, QUE LABORA ÚNICAMENTE EN ESTE ESTABLECIMIENTO DE SALUD Y EL PERSONAL QUE LABORA EN DOS O MÁS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD”**

**TABLA 7: Frecuencia del síndrome de burnout**

Síndrome de burnout	N°	%
No presenta	43	87.8
Presenta	6	12.2
<b>Total</b>	<b>49</b>	<b>100</b>

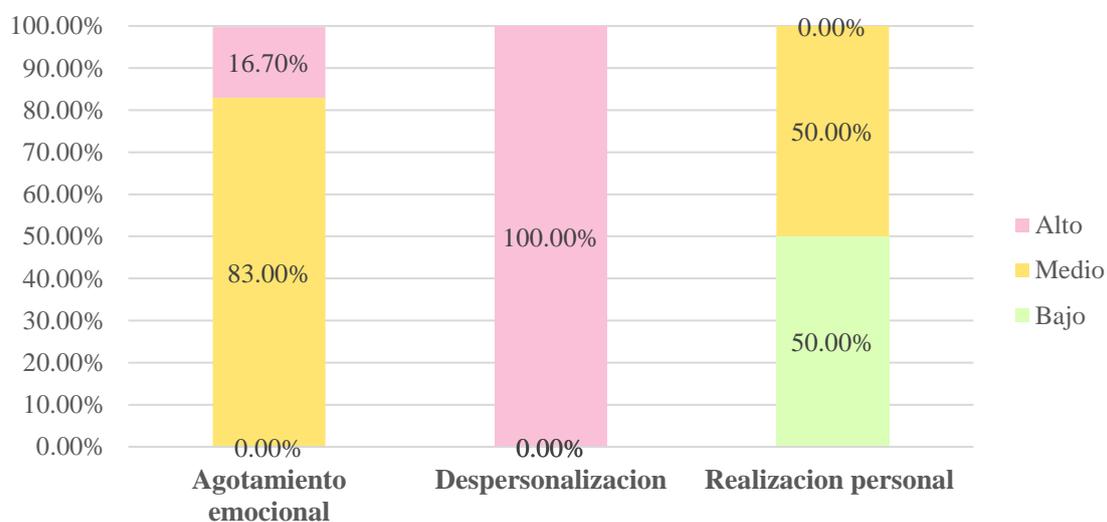
Fuente: Elaboración propia

Observamos que, del total de médicos, el 12.2% presenta síndrome de burnout, mientras que el 87.8% no sufre de síndrome de burnout.

Esto nos indica que un octavo de los médicos encuestados sufre de síndrome de burnout, lo que se ve reflejado en la calidad de vida y laboral de los médicos.

**“ESTUDIO COMPARATIVO DE LA PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL MÉDICO DE CLÍNICA AREQUIPA, QUE LABORA ÚNICAMENTE EN ESTE ESTABLECIMIENTO DE SALUD Y EL PERSONAL QUE LABORA EN DOS O MÁS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD”**

**GRÁFICO 2: Frecuencia de las dimensiones del síndrome de burnout en médicos con burnout**



Fuente: Elaboración propia

En el gráfico 2 se describe las frecuencias de cada nivel de las dimensiones del síndrome de burnout en los médicos cuya evaluación por el MBI indica que padecen de burnout:

- ❖ Para la dimensión de agotamiento emocional vemos que el 83.3% de los médicos con burnout sufren de un nivel medio, mientras el 16.7% presenta un nivel alto.

Lo que quiere decir que más de los tres cuartos de los médicos con burnout presentan un nivel medio de agotamiento emocional, que sumado al resto de las dimensiones se define como burnout.

- ❖ En lo que se refiere a la despersonalización observamos que el 100% presenta un nivel alto.

Es decir que todos los médicos diagnosticados con burnout presentan un gran nivel de despersonalización, algo realmente preocupante ya que en esta dimensión es donde se expresan los sentimientos de cinismo, generando así problemas en la relación médico paciente impidiendo el desarrollo adecuado de la profesión.

- ❖ Referente a la dimensión de realización personal vemos que el 50% presenta niveles medios y el otro 50% presenta niveles altos de realización personal.

Lo anterior nos deja entender que la mitad de los médicos que presenta síndrome de burnout lo hace niveles medios de realización personal y la otra mitad con niveles altos.

**“ESTUDIO COMPARATIVO DE LA PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL MÉDICO DE CLÍNICA AREQUIPA, QUE LABORA ÚNICAMENTE EN ESTE ESTABLECIMIENTO DE SALUD Y EL PERSONAL QUE LABORA EN DOS O MÁS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD”**

**TABLA 8: Frecuencia de los grados del síndrome de burnout en los médicos diagnosticados**

<b>Grados del SB</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Leve	2	33.3
Moderado	4	66.7
Severo	0	0
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100</b>

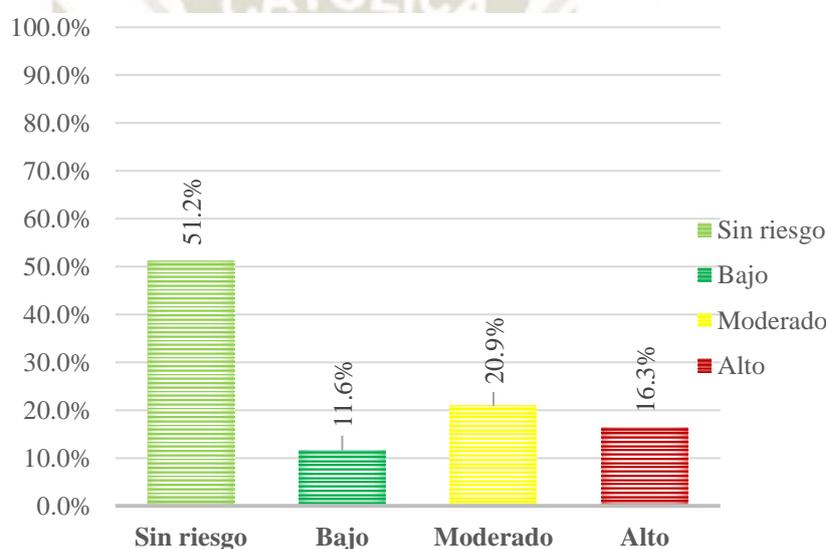
Fuente: Elaboración propia

Observamos que, del total de los médicos diagnosticados con burnout, el 66.7% están en un grado moderado, el 33.3% en un grado leve, mientras el 0% presente un grado severo.

Esto quiere decir que al menos los dos tercios de los médicos presentan un grado moderado de síndrome de burnout, mientras que ningún médico presenta un grado severo, lo que nos da un mejor pronóstico en cuanto a la recuperación de los médicos afectados.

**“ESTUDIO COMPARATIVO DE LA PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL MÉDICO DE CLÍNICA AREQUIPA, QUE LABORA ÚNICAMENTE EN ESTE ESTABLECIMIENTO DE SALUD Y EL PERSONAL QUE LABORA EN DOS O MÁS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD”**

**GRAFICO 3: Frecuencias de los niveles de riesgo en médicos sin síndrome de burnout**



Fuente: Elaboración propia

Vemos que el 51.2% de los médicos sin burnout no presentan riesgo para desarrollarlo, mientras el 48.8% presenta algún nivel de riesgo. En el gráfico se describe que el 11.6% tiene un bajo riesgo, el 20.9% presenta un nivel moderado de riesgo y el 16.3% un riesgo alto,

Esto nos indica que poco menos de la mitad de los médicos tiene algún grado de riesgo para desarrollar burnout, algo realmente preocupante.

**“ESTUDIO COMPARATIVO DE LA PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL MÉDICO DE CLÍNICA AREQUIPA, QUE LABORA ÚNICAMENTE EN ESTE ESTABLECIMIENTO DE SALUD Y EL PERSONAL QUE LABORA EN DOS O MÁS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD”**

**4. RELACIÓN ENTRE EL BURNOUT Y LAS CARACTERÍSTICAS LABORALES Y SOCIODEMOGRÁFICAS**

**TABLA 9: Relación de la presencia del síndrome de burnout y la edad de los médicos**

Edad	Sin síndrome de burnout		Con síndrome de burnout	
	N°	%	N°	%
25-35 años	13	30.2	1	16.7
36-45 años	21	48.8	1	16.7
46-55 años	4	9.3	2	33.3
56-65 años	1	2.3	1	16.7
>65 años	4	9.3	1	16.7
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>100</b>	<b>6</b>	<b>100</b>

Fuente: Elaboración propia

$\chi^2$ : 6.97      P-valor: 0.14       $P > 0.05$

- ❖ Para evaluar la relación que existe entre el síndrome de burnout y la edad de los médicos usamos la prueba  $\chi^2$ , que nos da un P-valor de 0.14, concluyendo que las variables son independientes, ya que el P-valor es  $>$  a 0.05.
- ❖ Además, vemos que el 33% de los médicos con burnout tienen una edad ente 46-55 años, mientras que el resto está distribuido igualmente con un porcentaje del 16.7% entre los distintos rangos de edad.

Lo que quiere decir que un tercio de los médicos con burnout tienen entre 46-55 años.

**“ESTUDIO COMPARATIVO DE LA PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL MÉDICO DE CLÍNICA AREQUIPA, QUE LABORA ÚNICAMENTE EN ESTE ESTABLECIMIENTO DE SALUD Y EL PERSONAL QUE LABORA EN DOS O MÁS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD”**

**TABLA 10: Relación de la presencia del síndrome de burnout y el sexo de los médicos**

Sexo	Sin síndrome de burnout		Con síndrome de burnout	
	N°	%	N°	%
Femenino	21	48.8	0	0.0
Masculino	22	51.2	6	100
<b>Total</b>	43	100	6	100

Fuente: Elaboración propia

$\chi^2$ : 5.13    P-valor: 0.02     $P < 0.05$     V de Cramer: 0.32

- ❖ Según la prueba  $\chi^2$  se concluye que existe una relación entre el sexo y el desarrollo del síndrome de burnout, ya que el P-valor es  $< 0.05$ . Además, esta asociación que existe entre las variables es media ya que la V de Cramer es  $> 0.3$ .
- ❖ Respecto al sexo de los médicos con burnout se puede observar que el 100% de los médicos diagnosticados son de sexo masculino.

Lo que quiere decir que todos los médicos con burnout son hombres.

**“ESTUDIO COMPARATIVO DE LA PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL MÉDICO DE CLÍNICA AREQUIPA, QUE LABORA ÚNICAMENTE EN ESTE ESTABLECIMIENTO DE SALUD Y EL PERSONAL QUE LABORA EN DOS O MÁS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD”**

**TABLA 11: Relación de la presencia del síndrome de burnout y los años de experiencia de los médicos**

Años de experiencia laboral	Sin síndrome de burnout		Con síndrome de burnout	
	N°	%	N°	%
>5 años	15	34.9	1	16.7
5-10 años	10	23.3	1	16.7
11-15 años	11	25.6	0	0.0
16-20 años	1	2.3	2	33.3
26-30 años	1	2.3	1	16.7
>30 años	5	11.6	1	16.7
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>100</b>	<b>6</b>	<b>100</b>

Fuente: Elaboración propia

$\chi^2$ : 13.20    P-valor: 0.02    P<0.05    V de Cramer: 0.52

- ❖ Al aplicarse la prueba  $\chi^2$  observamos que el P-valor es menor que 0.05, por lo que se concluye que ambas variables comparadas son dependientes entre sí, con un nivel de asociación media, ya que el valor de V de Cramer es mayor a 0.3 pero menor de 0.6.
- ❖ Respecto a los años de experiencia, resalta que 33% tienen entre 16-20 años de experiencia laboral, mientras que el resto está distribuido en proporciones iguales con un porcentaje del 16.7% entre los distintos rangos de edad.

**“ESTUDIO COMPARATIVO DE LA PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL MÉDICO DE CLÍNICA AREQUIPA, QUE LABORA ÚNICAMENTE EN ESTE ESTABLECIMIENTO DE SALUD Y EL PERSONAL QUE LABORA EN DOS O MÁS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD”**

**TABLA 12: Relación de la presencia del síndrome de burnout y el número de establecimientos donde trabajan los médicos**

N° de establecimientos	No tiene burnout		Tiene burnout	
	N°	%	N°	%
Solo Clínica Arequipa	12	27.9	1	16.7
Clínica Arequipa y otro	19	44.2	3	50.0
Clínica Arequipa y otros 2 o mas	12	27.9	2	33.3
<b>Total</b>	43	100	6	100

Fuente: Elaboración propia

$\chi^2$ : 0.35      P-valor: 0.84       $P > 0.05$

- ❖ Según la prueba  $\chi^2$  concluimos que no existe relación entre las variables estudiadas ya que el P-valor es  $>$  a 0.05.
- ❖ Respecto al número de establecimientos donde labora cada médico con burnout, destaca que el 50% de los médicos con burnout laboran en clínica Arequipa y un establecimiento de salud más, mientras que el 33.3% trabajan en 3 o más establecimientos de salud y solo el 16.7% trabaja únicamente en clínica Arequipa.

Esto quiere decir que la mitad de los médicos trabajan en dos establecimientos de salud y un tercio en tres o más establecimientos, por lo que deducimos que el 83.3% trabaja en más de un establecimiento de salud aumentando así la carga laboral a la que están expuestos, considerándose como factor de riesgo para desarrollar burnout mas no como una condición.

**“ESTUDIO COMPARATIVO DE LA PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL MÉDICO DE CLÍNICA AREQUIPA, QUE LABORA ÚNICAMENTE EN ESTE ESTABLECIMIENTO DE SALUD Y EL PERSONAL QUE LABORA EN DOS O MÁS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD”**

**TABLA 13: Prevalencia del síndrome de burnout según el número de establecimientos donde trabajan los médicos**

N° de establecimientos	Tiene burnout		PREVALENCIA
	N°	%	
Solo Clínica Arequipa	1	16.7	2.04
Clínica Arequipa y otro	3	50.0	6.12
Clínica Arequipa y otros 2 o mas	2	33.3	4.08
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100</b>	

Población total: 49 médicos

Fuente: Elaboración propia

- ❖ Respecto a la prevalencia del síndrome de burnout con respecto al número de establecimientos donde labora cada médico con burnout, se encontró que la prevalencia del 2.4 casos por 100 trabajadores que únicamente trabajan en clínica Arequipa, mientras para los que trabajan en dos establecimientos del 6.12 por 100 médicos que trabajan en clínica Arequipa y otro establecimiento más. Finalmente, la prevalencia para los médicos que trabajan en más de dos establecimientos es de 4.08 por cada 100 médicos que laboran en clínica Arequipa y más de dos establecimientos.

Esto quiere decir que:

- Por cada 100 médicos que trabajan solo en clínica Arequipa, 2 tienen síndrome de burnout
- Por cada 100 médicos que trabajan en clínica Arequipa y un establecimiento más, 6 tienen síndrome de burnout.
- Por cada 100 médicos que trabajan en clínica Arequipa y más de dos establecimientos, 4 tienen síndrome de burnout.

**“ESTUDIO COMPARATIVO DE LA PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL MÉDICO DE CLÍNICA AREQUIPA, QUE LABORA ÚNICAMENTE EN ESTE ESTABLECIMIENTO DE SALUD Y EL PERSONAL QUE LABORA EN DOS O MÁS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD”**

**TABLA 14: Relación de la presencia del síndrome de burnout y la especialidad medica**

Especialidad	No tiene burnout		Tiene burnout	
	N°	%	N°	%
Médico general	18	41.9	1	16.7
Cirujano general	5	11.6	1	16.7
Emergenciólogo	3	7.0	1	16.7
Internista	8	18.6	2	33.3
Pediatra	6	14.0	1	16.7
Anestesiólogo	3	7.0	0	0.0
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>100</b>	<b>6</b>	<b>100</b>

Fuente: Elaboración propia

$\chi^2$ : 2.58      P-valor: 0.76       $P > 0.05$

- ❖ Basándonos en la prueba  $\chi^2$  deducimos que no hay las variables son independientes entre sí, porque el P-valor es  $>$  a 0.05.
- ❖ En cuanto a la especialidad notamos que el 33.3% de los médicos con burnout son médicos internistas y el resto están distribuidos en proporciones igualitarias con un 16.7% entre el resto de las especialidades. Además, deducimos que el 83.4% son médicos especialistas, mientras que solo 16.7% médicos generales.

Esto nos indica que más tres cuartos de los médicos con burnout son especialistas, de los cuales, un tercio de ellos son médicos internistas.



# CAPÍTULO IV

---

---

## DISCUSIÓN

## DISCUSIÓN

En la actualidad el síndrome de burnout es un problema para la salud mental de nuestros médicos, ya que esto afecta múltiples áreas de la vida de los profesionales.

Además, actualmente es más común que un médico trabaje en más de un establecimiento de salud, ya que las expectativas económicas de estos son mayores a lo que se considera en realidad, habiendo incluso algunas regiones cuyos contratos son por 1000 soles mensuales, y esto sumado a los turnos extenuantes, deficiencias en los establecimientos de salud, escasez de recursos y muchas veces una familia de por medio, causando que el nivel de estrés al que están expuestos estos médicos sea sumamente alto (44).

Este estudio tiene como objetivo evaluar y comparar la prevalencia del síndrome de burnout en médicos de Clínica Arequipa que trabajan únicamente en este establecimiento y los que además de trabajar en Clínica Arequipa trabajan en otros, siendo la población de 49 médicos que cumplían con todos los criterios de inclusión y no tenían criterios de exclusión. Cabe resaltar que existen pocos estudios a nivel nacional cuyo objetivo sea buscar la relación que existe entre la prevalencia del síndrome de burnout y el número de establecimientos en los que trabajan los médicos afectados.

En el presente estudio se encontró que el 12.2% de los médicos que trabajan en los distintos servicios de la Clínica Arequipa sufren de algún nivel de burnout. Esta cifra es bastante inferior al 25.8% encontrado por Garate y Vargas en el HRHDE (45), sin embargo, Castelo y Jara reportaron una prevalencia del 17% en el HNCASE (46), siendo ambos hospitales COVID de Arequipa y ambos estudios realizados en el año 2021. La menor prevalencia encontrada en este trabajo se puede deber a que Clínica Arequipa es un establecimiento no covid, además de la temporalidad, ya que ambos estudios fueron realizados cuando había más cantidad de casos reportados positivos para COVID, dato importante, ya que varios profesionales médicos que trabajan en Clínica Arequipa también lo hacen en alguno de los hospitales descritos. Además de los dos estudios ya citados, tenemos otros estudios prepandemia, uno de ellos realizado en Clínica San Juan de Dios, que reporta una prevalencia del 25% (47), sin embargo, este

estudio es de aproximadamente diez años de antigüedad. Investigaciones más recientes en Arequipa son las de Muñoz, Arias y Caycho (6) quienes encontraron una prevalencia del 6.9% que es casi la mitad de la encontrada en este estudio.

A nivel nacional, en Lima, un estudio realizado en el Hospital Dos de Mayo por Contreras, Lira y Benito reporto una prevalencia del 13.6% (48), cifra más cercana a la obtenida en este estudio. En Cusco, Sarmiento reporto una prevalencia de burnout de 16.3% (26), cifra bastante cercana a la encontrada en este estudio.

Estas diferencias en las cifras reportadas se puede deber a que la mayoría de los estudios fueron realizados antes de la pandemia o durante y aun no hay estudios que se hayan realizado a partir de este año 2022, donde los casos de COVID son menores y menos agresivos, es por esto por lo que es sumamente importante seguir estudiando al síndrome de burnout en nuestros médicos para así mejorar la calidad de laboral de este grupo de profesionales.

En cuanto a los niveles de las dimensiones del burnout, se observó que el nivel de despersonalización es alto en el 100% de los médicos con burnout, lo que conlleva a una mala relación con el paciente, expresada por medio del cinismo generando así conflictos entre el personal de salud y los usuarios. Dicho valor es similar al obtenido por Zavala (47) que reporta un 88.3% de altos niveles de despersonalización. Estas cifras discrepan completamente de un estudio realizado en una clínica privada de nuestra ciudad, donde Quispe y Reinoso reportan un 3.3% (49) de despersonalización alta.

En este estudio además se pudo observar que los niveles de despersonalización altos se encuentran mayormente en varones correspondiente a un estudio realizado por Alarcón et al (16), pero discrepa en los niveles de agotamiento emocional, ya que Alarcón et al (16) establece que estos son mayores en mujeres, sin embargo, en este estudio se encontró que los niveles más altos de agotamiento emocional son en varones.

En lo referente a la severidad del síndrome de burnout vimos que el 33% presenta un burnout leve, mientras que el 66% un nivel moderado y ningún médico presenta un grado severo, lo que quiere decir que, si bien en clínica Arequipa existen médicos afectados con burnout, estos se podrían recuperar fácilmente si se emplean las

estrategias necesarias, por medio de cambios en el estilo de vida y los cambios necesarios en el ambiente laboral, sin necesidad de recurrir a fármacos (2).

Otro punto importante que resaltar es que en el presente estudio se encontró que 16.3% de los médicos sin burnout tiene un riesgo alto de padecerlo, mientras que el 20% tiene un riesgo medio y solo el 11.6% un riesgo bajo. Esto podría causar en los médicos con mayor riesgo a adoptar medidas de autoprotección, como lo es la despersonalización, para evitar así los sentimientos que le genera tratar con pacientes (44). Aquí es donde radica la importancia de detectar el síndrome de burnout a tiempo, evitar que los médicos pierdan la esencia de su profesión generando en ellos sentimientos de culpa hacia su trabajo y persona.

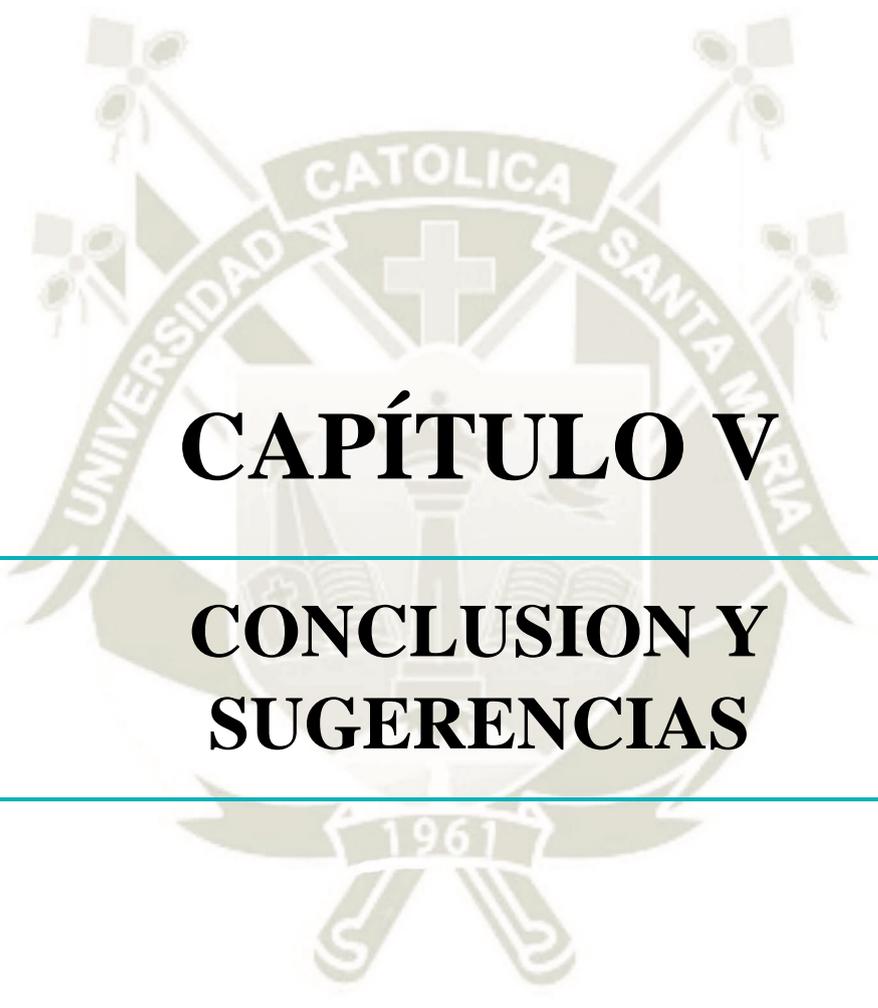
Sobre la edad de los médicos con burnout se identificó que el 33% tienen edades comprendidas entre 46-55 años, además que no se estableció estadísticamente una asociación entre la edad y la presencia del síndrome de burnout, lo cual discrepa de muchos autores que afirman que mientras más joven es la persona mayor es la probabilidad de que sufra de burnout (16,19, 6, 48). Aunque Castelo et al, encontró una prevalencia del 47% en médicos con edades entre 40-60 años, mientras que Zavala reporto un 46.2% de prevalencia de burnout en médicos con edades entre 40-49 años, coincidiendo con este trabajo de investigación.

Acerca del sexo, se encontró mayor frecuencia en el sexo masculino, siendo estos el 100% de médicos con burnout, y estadísticamente se demostró que existe una fuerza de asociación media entre ambas variables. Los resultados concuerdan con los encontrados por Sarmiento, quien concluye que el sexo masculino es un factor de riesgo para padecer de burnout (26), además de que Cahn y Chew, a través de su estudio “Burnout y factores asociados en residentes de psiquiatría: una revisión sistemática” encontraron que ser varón predispone el desarrollo de burnout (50). Otros estudios también encontraron mayor prevalencia del síndrome de burnout en los médicos hombres, un ejemplo es el de Castelo et al que encontró una prevalencia del 62.5% en varones (46), aunque a diferencia de este estudio, no se pudo establecer una relación estadística entre ambas variables al igual que Contreras et al que tampoco encontró una relación entre el sexo y la presencia del síndrome de burnout (48).

En cuanto los años de experiencia en este estudio se encontró mayor frecuencia de síndrome de burnout entre los 16-20 años de experiencia, además de establecerse una relación estadística entre ambas variables, estos se correlacionan a la edad del médico y que además corresponde al estudio realizado por Juárez, quien describe un pico de la frecuencia del síndrome de burnout entre los 15-20 años de experiencia laboral, aunque de la misma forma indica que los médicos con menor experiencia profesional pueden tener más riesgo de desarrollar síndrome de burnout (51).

Con respecto al número de establecimientos donde laboran obtuvimos que del total de médicos con burnout el 83.3% trabajan en más de un establecimiento, de los cuales el 40% trabajan en más de dos lugares y el 60% en dos lugares, aunque no se pudo establecer una dependencia estadística entre ambas variables. Estos resultados concuerdan con los de Cotrina y Panez, quienes encontraron que a frecuencia del burnout es mayor en los médicos que trabajan en más de un lugar (27), al igual que Flores quien encontró que el 63.6% de los médicos con burnout trabajaban en más de un lugar (52), sin embargo estos resultados discrepan con los obtenidos por Valenzuela quien encontró que el 90,1% de los médicos con síndrome de burnout trabajaban únicamente en un solo establecimiento (53), pero hay que resaltar que dicho estudio tiene trece años de antigüedad, tiempo en el que las expectativas de vida aumentaron al igual que las necesidades económicas.

Finalmente, en cuanto a la especialidad médica se encontró que el 83.4% de los médicos con síndrome de burnout son médicos especialistas, mientras que solo 16.7% son generales. Dentro de los especialistas, la especialidad con mayor frecuencia fue la de medicina interna con 33.3% y la de menor frecuencia anestesiología con 0%, sin embargo, no se pudo establecer una dependencia estadística entre ambas variables. Resultados similares son los encontrados por Castelo et al donde encuentran que el 9% de los médicos con síndrome de burnout son internistas (46). Estos resultados discrepan de los obtenidos por Sarmiento, quien encontró mayor frecuencia en médicos emergenciólogos (26) al igual que en el estudio realizado por Contreras et al (48).



# CAPÍTULO V

---

## CONCLUSION Y SUGERENCIAS

---

## 1. CONCLUSIONES

**Primera:** El 12.2% del personal médico que trabaja en Clínica Arequipa presenta algún grado de síndrome de burnout, donde la dimensión de despersonalización tiene los valores más altos con el 100%, la dimensión de agotamiento emocional se presenta en un 16.7% en niveles altos y la realización personal un 50% en niveles bajos.

**Segunda:** El 51.2% del personal de clínica Arequipa encuestado no tiene riesgo de sufrir de síndrome de burnout, mientras que el 11.6% tiene un riesgo bajo, el 20.9% un riesgo moderado y el 16.3% un riesgo alto.

**Tercera:** El 33.3% de los médicos con burnout, tienen un grado leve de este, mientras que el 66.7% padece de síndrome de burnout moderado.

**Cuarta:** El 26.5% de los médicos trabajan únicamente en clínica Arequipa, el 44.9% trabajan en clínica Arequipa y otro establecimiento de salud y el 28.6% trabajan en Clínica Arequipa y dos o mas establecimientos de salud.

**Quinta:** La prevalencia del síndrome de burnout en el personal médico que únicamente trabaja en clínica Arequipa es de 2 casos por cada 100 médicos.

**Quinta:** La prevalencia del síndrome de burnout en médicos de la clínica Arequipa, que además trabajan en un establecimiento mas es de 6 casos por cada 100 médicos, siendo esta la mayor de prevalencia obtenida.

**Sexta:** La prevalencia del síndrome de burnout en médicos de la clínica Arequipa que además trabajan en más de dos establecimientos es de 4 por cada 100 médicos.

**Séptima:** Estadísticamente no se pudo establecer una relación entre el síndrome de burnout y el número de establecimientos donde trabajan los médicos ya que la prueba chi cuadrado evidencio un P- valor de 0.84 siendo este mayor que 0.05. Sin embargo, se pudo establecer una relación entre el síndrome de burnout y el sexo de los médicos además de demostrar la relación estadística entre el síndrome de burnout y los años de experiencia laboral.



## **2. SUGERENCIAS**

Primera: A la gerente médico y directorio de Clínica Arequipa, modificar el clima organizacional, así como los espacios de trabajo para que el ambiente laboral sea menos rígido permitiendo reducir la sobre carga laboral.

Segunda: A las autoridades correspondientes de Clínica Arequipa, para que evalúen la probabilidad de contratar mayor número de personal médico de manera que se pueda disminuir cuantitativamente la carga laboral, pero enriqueciendo el trabajo realizado por el médico para que este sea más estimulante y gratificante.

Tercera: Al servicio de medicina ocupacional, para que realice seguimientos oportunos cada 6 meses a sus médicos, con el fin de detectar tempranamente el síndrome de burnout o a los profesionales que tienen mayor riesgo de sufrirlo.

Cuarta: A la oficina de recursos humanos, para que organicen charlas informativas a cerca del síndrome de burnout, con la finalidad de que la personal asistencial se capaz de identificarlo en sí mismo.

Quinta: Al departamento de psiquiatría de clínica Arequipa para capacitar al personal asistencial médico acerca del manejo adecuado del estrés, así como brindarles a los médicos con riesgo de padecer burnout estrategias eficaces para afrontar el estrés que genera su puesto de trabajo.

Sexta: Al jefe de personal, brindar las facilidades del caso para los médicos que laboran en otros lugares para poder establecer un horario equilibrado con el fin de evitar guardias maratónicas de más de 24hr, permitiéndole al médico descansar entre turnos. Así mismo al momento de que ingrese un nuevo médico a trabajar explicarle detalladamente cuáles son sus responsabilidades, deberes y derechos en su nuevo puesto de trabajo.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Aceves GAG, López MÁC, Jiménez SM, Serratos FF, Campos, José de Jesús Suárez. Burnout syndrome. Arch Neurocienc 2006;11(4):305-309.
2. Carrillo-Esper R, Gómez K, Espinoza De Los Monteros, I. Síndrome de burnout en la práctica médica. Medicina interna de México 2012;28(6):579-584.
3. Monte PR El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout) en profesionales de enfermería. Revista Eletrônica InterAção Psy – Ano 1, nº 1- Ago 2003 – p. 19-33
4. Saborío Morales L, Hidalgo Murillo LF. Síndrome de burnout. Medicina Legal de Costa Rica 2015;32(1):119-124.
5. Dueñas M, Merma L, Ucharico R. Prevalencia de Burnout en médicos de la ciudad de Tacna. CIMEL Ciencia e Investigación Médica Estudiantil Latinoamericana 2003;8(1):34-38.
6. Muñoz-del-Carpio Toya A, Arias Gallegos WL, Caycho-Rodríguez T. Síndrome de burnout en médicos de la ciudad de Arequipa (Perú). Revista chilena de neuro-psiquiatría 2019;57(2):139-148
7. Quiroz Valdivia R, Saco Méndez SM. Factores asociados al síndrome burnout en médicos y enfermeras del Hospital Nacional Sur Este de ESSALUD del Cusco. Situa (Cusco, Impr.) 2004:11-22.
8. Moreno-Jiménez B, Rodríguez Muñoz A, Garrosa E, Morante M. Breve historia del burnout a través de sus instrumentos de evaluación. M.Martínez,(Comp.): Quemarse en el trabajo (burnout) 2005;11:161-182.
9. Cartagena GB. Síndrome de Burnout: Evaluando su futuro a través de su historia. Universidad de Chile.

10. Muheim F. Burnout: History of a phenomenon. *Burnout for experts*: Springer; 2013. p. 37-46.
11. Montero-Marín J. El síndrome de burnout y sus diferentes manifestaciones clínicas: una propuesta para la intervención. *Anestesia Analgesia Reanimación* 2016;29(1):4-4
12. Pérez AM. El síndrome de burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia* 2010(112):42-80.
13. Guerrero ÁR, Jaime PS, Valverde GG. Síndrome de Burnout en docentes de instituciones de educación superior. *Archivos venezolanos de farmacología y terapéutica* 2018;38(2):17-23.
14. Vega MF. NTP 704: Síndrome de estar quemado por el trabajo o" burnout"(I): definición y proceso de generación. Recuperado de:  
[http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp\\_704.pdf](http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp_704.pdf) 2005.
15. Lovo J. Síndrome de burnout: Un problema moderno. *Entorno* 2020(70):110-120.
16. Cañadas-De la Fuente, Guillermo A, Vargas C, San Luis C, García I, Cañadas GR, Emilia I. Risk factors and prevalence of burnout syndrome in the nursing profession. *Int J Nurs Stud* 2015;52(1):240-249.
17. Hemmeter U. Treatment of burnout: Overlap of diagnosis. *Burnout for Experts*: Springer; 2013. p. 73-87.
18. Madrigal Solano D. " Burnout" en médicos: aproximaciones teóricas y algunos diagnósticos diferenciales. *Medicina Legal de Costa Rica* 2006;23(2):137-153.
19. de Regil LG, Estrella-Castillo DF. Síndrome de Burnout: una revisión breve. Bogotá: s/e 2015.
20. Schaufeli WB. Pedro R. Gil-Monte Marisa Salanova José Luis Aragón. *El Síndrome de quemarse por el trabajo en Servicios Sociales*. Venecia
21. Maslach C, Goldberg J. Prevention of burnout: New perspectives. *Applied and preventive psychology* 1998;7(1):63-74.

22. Arias Gallegos WL, Muñoz del Carpio Toia, Agueda, Delgado Montesinos Y, Ortiz Puma M, Quispe Villanueva M. Síndrome de burnout en personal de salud de la ciudad de Arequipa (Perú). *Medicina y seguridad del trabajo* 2017;63(249):331-344.
23. Parodi Parodi WR. Prevalencia del síndrome de desgaste profesional y factores asociados en el personal médico del Hospital Goyeneche, Arequipa 2016. 2017.
24. Beas R, Anduaga-Beramendi A, Maticorena-Quevedo J, Mayta-Tristán P. Factores asociados con el síndrome de Burnout en médicos y enfermeras, Perú 2014. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de Córdoba* 2017;74(4):331-337.
25. Vilchez-Cornejo J, Romaní-Ojeda L, Ladera-Porta K, Marchand-Gonzales M. Síndrome de burnout en médicos de un hospital de la Amazonía Peruana. *Revista de la Facultad de Medicina Humana* 2019;19(4):60-67.
26. Sarmiento Valverde GS. Burnout en el servicio de emergencia de un hospital. *Horizonte Médico (Lima)* 2019;19(1):67-72.
27. Onofre YC, Mateo LP. Síndrome de Burnout en médicos de tres hospitales de Huánuco. *Revista Peruana de Investigación en salud* 2019;3(3):127-132.
28. Maticorena-Quevedo J, Beas R, Anduaga-Beramendi A, Mayta-Tristán P. Prevalencia del síndrome de burnout en médicos y enfermeras del Perú, ENSUSALUD 2014. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública* 2016;33:241-247.
29. Jara Díaz JD. Prevalencia del síndrome de Burnout en residentes de medicina del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el año 2015 Lima, Perú. 2016.
30. Chilquillo Vega VL. Prevalencia y factores asociados al síndrome de burnout en médicos asistentes del Hospital Nacional “Hipólito Unanue” en el año 2018. 2019.
31. Álvarez A, Arce M, Barrios A, Sánchez A. Síndrome de burnout en médicos de hospitales públicos de la ciudad de Corrientes. *Rev Postgrado Cat Med* 2005;141:27-30.

32. Molina NC, Mena JÁ, Osorio LP, Salazar LG, Fernández MA. Prevalencia del síndrome de Burnout en médicos iberoamericanos entre 2012 y 2018: una revisión sistemática. *Diálogos de saberes* 2019(50):39-60.
33. Cebriá J, Segura J, Corbella S, Sos P, Comas O, García M, et al. Rasgos de personalidad y burnout en médicos de familia. *Atención primaria* 2001;27(7):459-468.
34. Hernández-Vargas CI, Dickinson ME, Ortega MÁF. El síndrome de desgaste profesional Burnout en médicos mexicanos. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM* 2008;51(1):11-14.
35. Pereda-Torales L, Márquez Celedonio FG, Hoyos Vásquez MT, Yáñez Zamora MI. Síndrome de burnout en médicos y personal paramédico. *Salud mental* 2009;32(5):399-404.
36. Delgado Maidana W, Vega Carduz E, Sanabria L, Figueredo Thiel SJ. Prevalencia del síndrome de Burnout en médicos anesestesiólogos del Paraguay durante el año 2010. *Mem.Inst.Invest.Cienc.Salud (Impr.)* 2011:13-20.
37. Guler Ozkula ED. Burnout Syndrome Among Physicians: The Role of Socio-Demographic Characteristics. *Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences* 2017;30:136-144 2017.
38. Ashkar K, Romani K, Musharrafieh U, Chaaya M. Prevalence of burnout syndrome among medical residents: experience of a developing country. *Postgraduate medical journal* 86.1015 (2010): 266-271.
39. Rotenstein LS, Torre M, Ramos MA, Rosales RC, Guille C, Sen S, et al. Prevalence of burnout among physicians: a systematic review. *JAMA* 2018;320(11):1131-1150.
40. Gilla<sup>a</sup> MA, Belén Giménez S, Moran VE, Olaz FO. Adaptación y validación del Inventario de Burnout de Maslach en profesionales argentinos de la salud mental. *Liberabit* 2019;25(2):179-193.
41. Vásquez-Manrique JF, Maruy-Saito A, Verne-Martin E. Frecuencia del síndrome de burnout y niveles de sus dimensiones en el personal de salud del servicio de emergencia de pediatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia en el año 2014: Lima, Perú. *Revista de Neuro-Psiquiatría* 2014;77(3):168-174.

42. Calderón C, Merino S, Juárez G, Dominguez L, Fernández A. ¿ Es replicable la estructura factorial del Maslach Burnout Inventory Human Service Survey (MBI-HSS) en la profesión de enfermera del Perú?: un estudio nacional. *Enfermería Clínica* 2020;30(5):340-348
43. Fernández M. Desgaste psíquico (burnout) en profesores de educación primaria de Lima metropolitana. *Persona* 2002(5):27-66.
44. Vega G. Reflexiones sobre la salud mental en el médico joven en el Perú. 2021.
45. Gárate P, Vargas G. Síndrome de burnout y el desempeño laboral en contexto covid 19 en médicos residentes del HRHDE. Arequipa, junio 2021. [Arequipa]: Universidad catolica de Santa Maria ; 2021.
46. Castelo Cataldo SA, Salazar Pérez AJ. Síndrome de Burnout, prevalencia en médicos del HNCASE asociado a COVID-19 durante el año 2021. [Arequipa]: Universidad catolica de Santa Maria ; 2021.
47. Zavala Moran WR. Aplicacion de la escala de maslach y factores epidemiologicos relacionados al sindrome de burnout en personal de salud del hogar clinica san juan de dios, arequipa 2013. [Arequipa]: Universidad catolica de Santa Maria ; 2021.
48. Contreras-Camarena C, Lira-Veliz H, Benito-Condor B. Autoestima y síndrome de burnout en médicos de unidades críticas. Estudio correlacional. *Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima-Perú. Horizonte Médico (Lima)* 2021;21(2).
49. Quispe Mamani DR, Reynoso Obando AC. Síndrome de Burnout causada por la Covid-19 en el personal de salud en una clínica privada de Arequipa, 2021. 2021.
50. Chan MK, Chew QH, Sim K. Burnout and associated factors in psychiatry residents: a systematic review. *Int J Med Educ [Internet]*. 2019;10:149–60.
51. Juarez García A. Síndrome de burnout en personal de salud durante la pandemia COVID-19: un semáforo naranja en la salud mental. *Rev Univ Ind Santander Salud [Internet]*. 2020;52(4).

52. Flores Sierra JB. Prevalencia y factores asociados al Síndrome De Burnout en médicos asistentes del servicio de emergencia del Hospital Marino Molina Scipa en el periodo Setiembre–Noviembre 2017. 2018
53. 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). 2010.



## ANEXOS

### 1. ANEXO 1: Ficha informativa

**" Estudio comparativo de la prevalencia del Síndrome de Burnout en personal médico de clínica Arequipa, que labora únicamente en este establecimiento de salud y el personal que labora en dos o más establecimientos de salud".**

El presente trabajo tiene como objetivo principal establecer la prevalencia del síndrome de burnout en médicos que laboren en un solo establecimiento y compararla con la prevalencia de los médicos que además trabajan en dos o más establecimientos de salud.

Para lograr dicho propósito se utilizará una ficha de recolección de datos en la cual se consignarán los datos sociodemográficos y características laborales de los participantes, sumado a esto se utilizará el Cuestionario de Maslach Burnout Inventory, el cual permite evaluar si el participante padece de síndrome de burnout.

Al establecer la relación del síndrome de burnout con las características laborales, establecidas en este estudio podrían surgir estrategias direccionadas a la intervención de los grupos afectados, mejorando así la calidad de vida, salud mental y calidad de trabajo de los médicos afectados, así mismo de manera indirecta se mejoraría la atención a los pacientes.

## 2. ANEXO 2: Consentimiento informado

Arequipa \_\_\_\_ de abril del 2022

Si usted está de acuerdo en participar en el siguiente trabajo de investigación:

**" Estudio comparativo de la prevalencia del Síndrome de Burnout en personal médico de clínica Arequipa, que labora únicamente en este establecimiento de salud y el personal que labora en dos o más establecimientos de salud".**

Se le invita a llenar lo siguiente en conformidad.

Yo \_\_\_\_\_ identificado con DNI, Carnet de extranjería o pasaporte N° \_\_\_\_\_ declaro haber leído la ficha informativa y estar informado de los objetivos del estudio, por lo que acepto participar de manera voluntaria es el mismo.

Así mismo manifiesto que el investigador resolvió todas mis dudas, explicando de manera suficientemente de que trata el estudio clínico, dejando en claro que se mantendrá en secreto mi identidad y los datos clínicos que únicamente podrán ser utilizados para fines de dicho estudio.

Además, en caso se vulnerarán los acuerdos establecidos en dicho documento estoy en mi derecho y libertad de retirar mi consentimiento y voluntad de participar en el estudio.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PARTICIPANTE  
DNI:

\_\_\_\_\_  
Ana Lucia Aragón Portugal  
INVESTIGADORA  
DNI: 73060869

3. **ANEXO 3: Ficha de recolección de datos**

<b>Edad</b>	
<b>Género</b>	Masculino ( )      Femenino ( )
<b>Años de experiencia laboral</b>	<5años ( )    5-10años ( )    11-15años ( )    16-20años ( ) 20-25años ( )    26-30años ( )    >30años ( )
<b>N° de establecimientos en los que labora</b>	1 ( )                      2 ( )                      >2 ( )
<b>Especialidad</b>	Médico general ( )      Especialista: _____

*Amelicia Aragón Pflügel*

**4. ANEXO 4: Cuestionario Maslach Burnout Inventory**

		0	1	2	3	4	5	6
		Nunca	Pocas veces al año	Una vez al mes	Pocas veces al mes	Una vez a la semana	Pocas veces a la semana	Todos los días
1	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo							
2	Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío							
3	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado							
4	Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes							
5	Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales							
6	Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa							
7	Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes							
8	Siento que mi trabajo me está desgastando							
9	Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo							
10	Siento que me he hecho más duro con la gente							
11	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente							
12	Me siento con mucha energía en mi trabajo							
13	Me siento frustrado en mi trabajo							
14	Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo							
15	Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes							
16	Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa							
17	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes							
18	Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes							
19	Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo							
20	Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades							
21	Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada							
22	Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas							

5. ANEXO 5: Matriz de datos

N°	Edad	Gene	Años	N° E	Espe	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	C	D	R	
1	2	1	2	1	1	2	3	1	4	2	3	6	1	6	2	2	4	1	0	1	1	6	6	1	0	2	0	12	7	35	
2	1	2	1	1	1	3	0	2	6	0	5	4	5	1	1	0	3	2	5	1	1	5	4	5	1	3	0	24	2	31	
3	1	1	1	1	1	3	0	4	6	0	1	6	1	6	0	1	6	1	0	0	0	6	6	6	1	1	0	11	1	43	
4	5	2	7	1	6	0	0	0	6	6	1	6	1	6	2	0	6	0	1	0	0	6	6	6	0	6	1	3	9	48	
5	1	2	1	1	1	3	0	2	6	0	1	6	1	5	2	1	6	1	1	0	1	6	6	4	1	5	1	11	4	44	
6	5	2	7	1	5	5	3	3	3	3	3	4	6	5	3	2	4	2	2	0	5	5	5	5	5	5	3	34	11	36	
7	5	2	7	1	2	0	0	0	6	0	0	6	0	6	0	0	6	0	0	0	0	6	6	6	0	6	1	0	1	48	
8	1	1	1	2	1	2	0	2	2	0	1	4	3	2	1	1	3	1	3	0	2	3	4	1	1	1	5	15	7	20	
9	1	2	2	2	1	1	0	1	6	0	0	6	1	6	1	1	6	0	0	0	0	6	6	6	1	1	0	4	2	43	
10	2	2	2	2	1	1	0	1	6	0	0	6	1	6	0	0	6	0	0	0	0	6	6	6	0	0	0	3	0	42	
11	2	1	2	2	4	1	1	1	3	4	3	3	3	2	2	1	3	1	4	1	1	3	3	4	1	3	0	16	8	24	
12	2	2	1	2	1	5	0	3	6	0	2	6	4	1	5	5	3	1	3	3	3	6	0	4	3	0	0	24	13	26	
13	1	2	1	2	1	3	0	3	6	0	4	6	3	6	3	1	6	1	4	0	1	6	3	6	2	2	2	21	6	41	
14	1	1	1	2	1	1	3	5	6	0	0	6	0	6	0	1	6	0	0	0	0	6	6	6	0	0	0	9	1	42	
15	2	2	2	2	5	2	0	0	6	0	0	6	0	6	0	6	0	6	0	4	0	0	6	1	6	0	0	1	6	7	37
16	1	1	1	2	1	3	3	3	6	0	1	6	1	6	0	0	4	0	4	0	1	6	6	6	0	1	2	16	2	41	
17	5	1	7	2	6	0	0	0	6	0	1	6	0	6	0	0	6	0	1	0	1	6	6	6	0	6	0	3	0	48	
18	3	1	3	2	1	0	0	0	6	0	0	6	0	6	0	0	6	0	5	0	0	6	6	6	0	5	0	5	0	47	
19	2	1	1	2	3	1	1	1	6	0	1	6	1	4	2	2	6	0	4	0	1	6	5	6	1	1	1	11	5	40	
20	4	2	6	2	2	1	1	0	6	0	1	6	0	6	0	0	6	1	0	0	0	6	6	6	0	5	0	4	0	47	
21	2	2	1	3	4	2	0	4	6	0	2	5	0	0	5	0	5	0	5	0	1	5	4	1	1	0	0	15	5	26	
22	1	2	2	3	4	1	1	1	6	2	2	6	2	4	2	2	4	2	6	3	1	6	6	6	6	1	2	22	11	39	
23	2	1	3	3	1	2	0	0	6	0	0	6	4	6	1	0	6	0	2	0	0	6	6	6	0	6	0	8	1	48	
24	2	1	3	3	2	5	0	4	6	2	3	6	5	5	3	3	6	1	5	0	1	4	5	6	1	5	4	25	12	43	
25	2	2	3	3	4	3	1	4	4	0	0	6	1	5	1	1	5	0	5	0	0	5	5	6	1	5	1	15	3	41	
26	3	1	2	3	3	4	1	1	6	1	2	6	1	6	1	3	6	1	2	0	0	6	6	4	1	2	0	13	5	42	
27	3	2	4	3	4	5	2	3	6	4	1	3	6	1	6	0	4	2	1	6	2	3	0	0	1	0	1	23	17	17	
28	3	2	4	3	5	1	1	2	6	1	2	6	1	6	1	1	6	0	2	0	1	6	6	6	1	1	2	11	5	43	
29	2	1	1	3	3	1	0	1	5	0	0	4	3	5	5	5	5	0	1	0	1	6	6	6	4	3	0	11	10	40	
30	1	1	1	1	1	2	2	3	6	1	1	1	1	5	2	0	6	0	1	0	1	6	6	6	0	1	0	11	3	37	
31	2	2	3	1	4	0	0	1	6	0	1	6	0	6	0	0	6	0	1	0	0	6	6	6	0	6	0	3	0	48	
32	2	1	3	1	1	3	1	1	5	1	1	5	1	6	6	1	5	1	6	0	0	5	6	6	1	1	0	15	8	39	
33	5	2	7	1	6	1	1	3	6	0	3	5	0	5	1	0	5	0	4	0	5	6	5	6	4	5	0	21	1	43	
34	1	1	1	1	1	2	0	2	6	0	0	5	1	6	1	0	5	0	1	0	0	6	5	6	0	5	1	6	2	44	
35	2	2	3	1	5	1	0	1	6	0	1	6	1	6	1	0	6	0	2	0	1	6	5	5	1	5	0	8	1	45	
36	2	1	3	2	5	4	2	3	5	1	1	5	2	5	1	2	5	1	3	0	0	2	3	3	1	1	1	17	5	29	
37	1	2	1	2	4	1	0	1	6	0	1	6	1	6	1	0	6	0	1	0	1	6	6	6	0	6	0	6	1	48	
38	1	1	1	2	1	1	3	3	6	0	1	5	1	3	3	3	5	0	1	0	0	6	6	6	4	5	0	14	6	42	
39	2	1	3	2	5	3	0	3	6	0	1	6	1	6	0	0	6	1	3	0	0	6	6	6	1	3	1	13	1	45	
40	2	2	2	2	1	4	4	3	6	0	2	6	4	5	2	1	5	1	5	0	1	5	3	3	1	2	2	25	5	35	
41	3	2	4	2	3	3	0	0	6	5	5	5	3	4	4	5	5	3	2	1	4	3	5	5	1	5	5	21	20	38	
42	1	2	1	2	1	1	5	4	6	5	5	6	5	6	5	5	5	3	3	0	0	5	5	5	1	5	1	27	16	43	
43	2	2	3	2	2	4	5	5	3	1	5	6	4	6	5	5	6	1	5	1	3	6	6	6	3	5	5	35	17	44	
44	4	2	6	2	2	1	3	4	4	1	2	5	5	4	5	5	3	1	2	1	1	5	5	5	1	2	1	20	13	33	
45	2	1	2	3	2	2	2	1	4	1	1	5	1	4	4	4	4	1	3	1	2	3	5	5	2	6	1	15	11	36	
46	2	2	2	3	4	1	0	0	6	1	0	6	0	6	5	0	6	0	1	1	0	6	6	6	0	6	0	2	7	48	
47	3	1	7	3	5	3	0	2	5	0	2	5	4	6	1	1	4	1	3	0	2	6	6	4	5	3	1	22	3	39	
48	2	2	2	3	4	4	0	2	6	0	1	6	2	6	1	1	6	0	2	0	0	6	6	6	0	6	1	11	3	48	
49	2	2	3	3	4	0	0	0	6	0	1	6	1	6	1	0	6	0	3	0	0	6	5	6	0	3	1	5	2	44	