

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

Facultad de Medicina Humana

Programa Profesional de Medicina Humana



**“CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y FRECUENCIA DE SÍNTOMAS
DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL MÉDICO Y DE ENFERMERÍA
DEL HOSPITAL REGIONAL DE AREQUIPA PNP MAY. ODO. JULIO PINTO
MANRIQUE – 2013”**

TESIS PRESENTADA POR:

FAVIO EDUARDO VEGA CENTENO BUENO

Para obtener el título profesional de:

Médico Cirujano

AREQUIPA - PERÚ
2013

DEDICATORIA

A DIOS

Por darme la oportunidad de vivir, por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente en los momentos más difíciles y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

A MI FAMILIA

Empezando por mis papas **JOSÉ HUMBERTO y CLAUDIA ELIZABET** a quienes amo y agradezco por hacerme la persona que soy, por formarme en un hogar lleno de amor y valores, por apoyarme incondicionalmente toda mi vida y a pesar de la distancia los sentí muy cerca durante mi vida universitaria.

A mi hermana **VERÓNICA** porque crecí junto a ella aprendiendo a combatir las cosas difíciles de la vida y mantenernos unidos gracias al amor y confianza que compartimos.

A mi sobrino **BARUCK** quien es un motivo de amor y alegría para la familia.

A DANIELA

Por estar siempre a mi lado, por el amor que nos une, por enseñarme a ordenar mis prioridades y ser con quien comparto un pedacito del cielo.

A MIS AMIGOS

Con quienes viví momentos inolvidables durante la universidad e hicieron mis días más alegres.

*La mayor declaración de amor es la que no se hace: el hombre
que siente mucho, habla poco.*

Platón



ÍNDICE

RESUMEN	V
ABSTRACT	VI
INTRODUCCIÓN	VII
CAPITULO I	9
MATERIAL Y MÉTODOS.....	9
CAPITULO II	16
RESULTADOS.....	16
CAPITULO III	43
DISCUSIÓN Y COMENTARIOS.....	43
CONCLUSIONES	48
RECOMENDACIONES	49
BIBLIOGRAFÍA	50
ANEXOS	56
PROYECTO DE TESIS.....	57
MATRIZ DE DATOS.....	136

RESUMEN

Antecedente: El síndrome de Burnout aparece como resultado del padecimiento continuado del estrés laboral y de la ausencia por inexistencia o eliminación continuada, de expectativas de superación del mismo.

Objetivo: Determinar la frecuencia de síntomas del síndrome de Burnout, las características epidemiológicas y su relación en el personal médico y de enfermería del Hospital Regional de Arequipa PNP May. Odo. Julio Pinto Manrique – 2013.

Métodos: Para ello se identificó 27 médicos y 69 enfermeras, que vienen laborando por lo menos un año en la institución los cuales tienen labor asistencial directa con los pacientes. Excluyendo a los profesionales que laboran a nivel administrativo o dedicados a actividades preventivo- promocionales, el diseño de estudio es transversal y descriptivo, se utilizó el Maslach Burnout Inventory para encuestar a toda la población.

Resultados: La frecuencia de los síntomas del síndrome de Burnout se encontró en niveles altos alcanzando, el cansancio emocional (8.3%), la despersonalización (8.3%) y la baja realización personal (16,7%). Se encontró el síndrome de Burnout en el 18.8% del personal. Las características epidemiológicas más frecuentes en el Hospital Regional de Arequipa PNP May. Odo. Julio Pinto Manrique son el rango de edad entre 41 y 50 años (40.6%), el sexo femenino (84.4%), el estado civil casado(a) (58.4%), la profesión de enfermería (71.9%), el rango de años de servicio entre 11 y 15 años (29.2%), la no satisfacción con la remuneración (55,2%) y la situación económica regular (71.9%). El cansancio emocional se relacionó con cada una de las características epidemiológicas siendo significativa con la profesión ($P = 0.045$).

Conclusión: La frecuencia de los síntomas del síndrome de Burnout es alta en el personal de salud del hospital a predominio de la baja realización personal. No existe relación estadísticamente significativa entre las características epidemiológicas y los síntomas del síndrome de Burnout, salvo entre profesión y cansancio emocional.

PALABRAS CLAVE: Burnout, estrés laboral, médicos, enfermeras, Arequipa.

ABSTRACT

Background: Burnout syndrome occurs as a result of the continued suffering of job stress and lack of continued absence or elimination, of overcoming the same expectations.

Objective: To determine the frequency of symptoms of Burnout, the epidemiological characteristics and their relationship in the medical and nursing staff of the Regional Hospital of Arequipa PNP May. Odo. Julio Pinto Manrique – 2013.

Methods: We identified 27 doctors and 69 nurses, who are laboring for at least one year at the institution which have direct clinical work with patients. Excluding the professionals working at administrative or dedicated to preventive and promotional activities, the design is cross-sectional descriptive study; we used the Maslach Burnout Inventory to survey the entire population.

Results: The frequency of symptoms Burnout was found in reaching high levels, emotional exhaustion (8.3%), depersonalization (8.3%) and reduced personal accomplishment (16.7%). Found Burnout syndrome in 18.8% of the staff. Epidemiological features frequently in Arequipa PNP Regional Hospital May. Odo. Julio Pinto Manrique is the age range between 41 and 50 years (40.6%), female sex (84.4%), married filing status (58.4%), the nursing profession (71.9%), the range of years of service between 11 and 15 years (29.2%), non-satisfaction with pay (55.2%) and regular economic situation (71.9%). The emotional exhaustion was associated with each of the epidemiological characteristics with the profession being significant ($P = 0.045$).

Conclusion: The frequency of symptoms Burnout is high on the health of hospital staff to predominance of low personal accomplishment. There is no statistically significant relationship between the epidemiology and symptoms of Burnout, except between profession and emotional exhaustion.

KEYWORDS: Burnout, job stress, doctors, nurses, Arequipa

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Burnout fue introducido por primera vez en la década de los 70 y su empleo se ha incrementado a ritmo acelerado. Fue conocido por primera vez por Freudenberger (1974), quien lo definió como un estado de fatiga o de frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o de relación que no produce el esperado esfuerzo. Desde entonces se ha intentado dar una explicación al mismo desde distintas perspectivas: la clínica y la psicosocial. La perspectiva clínica entiende al síndrome de Burnout como un estado al que llega el sujeto como consecuencia del estrés laboral. La perspectiva psicosocial apuesta hacia su consideración como un proceso que se desarrolla por la interacción de características del entorno laboral y características personales (Gilmore, 1997).

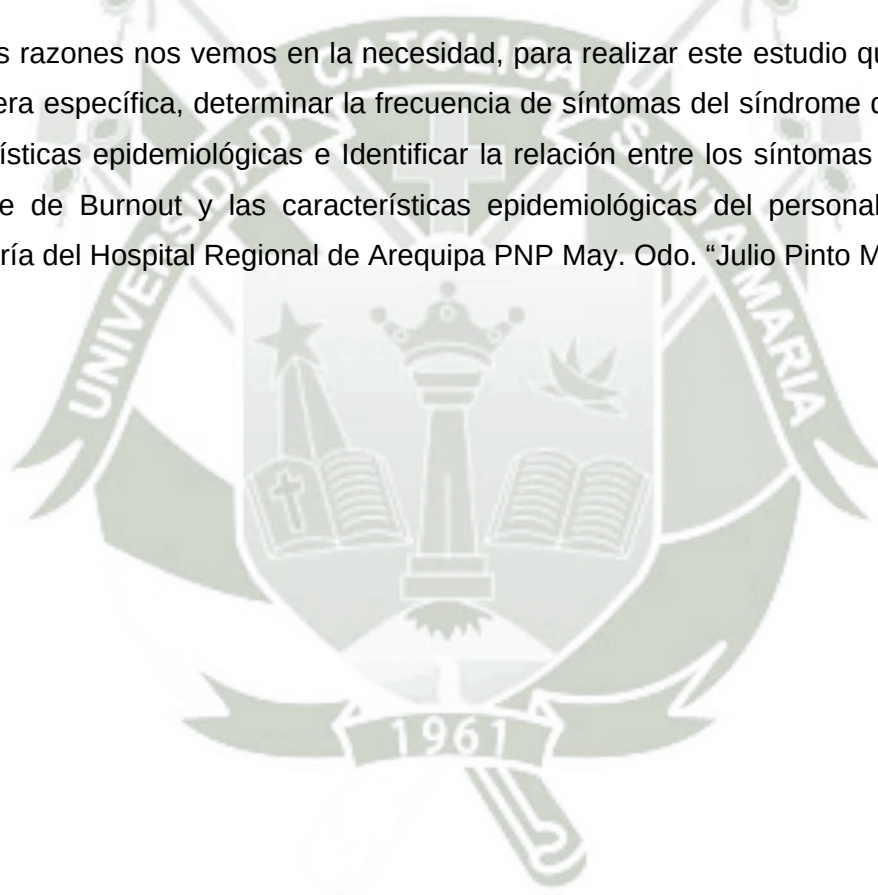
Para efectos del presente estudio se asume la perspectiva psicosocial al entender que el síndrome de Burnout se da en un proceso interactivo donde se conjugan activamente las variables descritas por Maslach y Jackson (1981) y que se conceptualiza en tres dimensiones: el agotamiento emocional; caracterizado por la pérdida del atractivo, el tedio y el disgusto por las tareas que se deben realizar dentro del trabajo, aparecen sentimientos de cansancio físico y/o psicológico y sentimientos de que no se tiene nada que ofrecer a las personas destinatarias de los servicios que se presta; la despersonalización, donde se desarrollan actitudes y sentimientos de cinismo hacia las personas destinatarias del trabajo, las cuales son vistas por los profesionales de forma deshumanizada debido a un endurecimiento afectivo, en ella la depresión y la hostilidad van de la mano; y finalmente la falta de realización personal en el trabajo; definido como la tendencia de esos profesionales a evaluarse negativamente, con especial incidencia en la habilidad para la realización del trabajo y a la relación de las personas a las que atienden.

En este estudio, se considera que el personal médico y de enfermería son un grupo vulnerable de padecer el síndrome de Burnout por el gran compromiso emocional que genera la atención o el cuidado de pacientes y la consecuente relación directa con los mismos. Los médicos y las enfermeras juegan un papel central en la atención de la salud y la enfermedad en hospitales, clínicas, centros de salud y en la práctica privada. En nuestro medio, generalmente cumplen una actividad estratégica en la intervención y rehabilitación de los pacientes; además, participan en la promoción y prevención de la salud. Tareas que suelen producir satisfacciones, pero al mismo tiempo pueden ocasionar diversos problemas

y dificultades que suelen manifestarse en trastornos y factores de riesgo asociados, sobre todo a una sobrecarga de pacientes, infraestructura de trabajo precaria, preocupaciones salariales constantes, entre otros.

Es posible que este desgaste psíquico en los médicos y enfermeras de nuestro medio se manifieste indirectamente. Los usuarios, en la conversación cotidiana, refieren satisfacciones mínimas sobre la atención médica, lo que estaría enmascarando una probable presencia del Burnout. En tal sentido, es necesario contar con información puntual y objetiva sobre la presencia de variables relacionadas con el Burnout y la práctica médica cotidiana, y, de otro lado, levantar datos comparativos sobre estas manifestaciones según las responsabilidades laborales asignadas y los escenarios laborales.

Por tales razones nos vemos en la necesidad, para realizar este estudio que nos permita de manera específica, determinar la frecuencia de síntomas del síndrome de Burnout, las características epidemiológicas e Identificar la relación entre los síntomas frecuentes del síndrome de Burnout y las características epidemiológicas del personal médico y de enfermería del Hospital Regional de Arequipa PNP May. Odo. "Julio Pinto Manrique".





CAPITULO I
MATERIAL Y MÉTODOS

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1. Técnicas

Se utilizó la entrevista para recoger los datos necesarios según el cuadro de operacionalización de variables.

1.2. Instrumentos

ENCUESTA: ESCALA DE MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI)

El Maslach Burnout Inventory fue desarrollado por Christina Maslach y Susan E. Jackson en 1981, Es el instrumento que ha generado un mayor volumen de estudios e investigaciones, formado por 22 ítems que se valoran con una escala tipo Likert. El sujeto valora, mediante un rango de 5 adjetivos que van de “nunca” a “diariamente”, con qué frecuencia experimenta cada una de las situaciones descritas en los ítems. El instrumento tiene una alta consistencia interna y una confiabilidad cercana al 0,9. En estudios con muestras españolas, varía entre 0,90 para la escala Agotamiento Emocional; 0,79 para la escala Despersonalización y de 0,71 para la escala Logro Personal.

MBI: está conformado por las dimensiones de Cansancio Emocional (CE), Despersonalización (DP) y Realización Personal Reducida (RP).

CE: consta de 9 ítems (1,2,3,6,8,13,14,16,20) y valora la vivencia de estar exhausto a nivel emocional por las demandas del trabajo.

DP: está formada por 5 ítems (5,10,11,15,22) y mide el grado en que pueden reconocerse en uno mismo actitudes de frialdad y de distanciamiento relacional. La escala de despersonalización sólo puede utilizarse para valorar la relación con los alumnos, o usuario del servicio y no es válida para evaluar las actitudes hacia los compañeros o colaboradores del trabajo.

RP: se compone de 8 ítems (4,7,9,12,17,18,19,21) que evalúan los sentimientos de autoeficacia y de realización personal en el trabajo.

Altas puntuaciones en las dos primeras escalas y bajas en la tercera permiten diagnosticar el trastorno (Mingote Adán, 1998).

Como puntos de corte se pensó en seguir los criterios seguidos por otros autores (De las Cuevas, 1994; Luecken, 1997):

- CE: puntuaciones de 27 o superiores son indicativas de un alto nivel de Burnout. El intervalo 19-26 correspondería a puntuaciones intermedias, siendo las puntuaciones por debajo de 19 indicativas de niveles de Burnout bajos o muy bajos.
- DP: puntuaciones superiores a 10 serían nivel alto, 6-9 medio y menos de 6 bajo grado de despersonalización.
- RP: funciona en sentido opuesto a las anteriores, ya que el intervalo 0-33 puntos indicarían baja realización, 34-39 intermedia y más de 40 alta sensación de logro.

Otra forma de evaluar el Maslach es:

Para diagnosticar al trabajador con Síndrome de Burnout, se debe obtener un valor alto en el componente de CE y DP, mientras que el de BRP debe ser bajo respecto a la distribución de frecuencias. Los sujetos por encima del percentil 95 se incluyen en la categoría "alto", entre el percentil 95 y 5 en la categoría de "medio" y por debajo del percentil 5 en la categoría "bajo".

Grados de Intensidad:

Versión de 5 ítems	Versión de 7 ítems
1=Nunca	0=Nunca
2=Algunas veces al año	1=Pocas veces al año; 2=Una vez al mes o menos;
3=Algunas veces al mes	3=Unas pocas veces al mes o menos;
4=Algunas veces a la semana	4=Una vez a la semana; 5=Pocas veces a la semana;
5=Diariamente	6=Todos los días.

Correlación = 0.95

1.3. Materiales de Verificación

- Material de escritorio
- Laptop Intel core7
- Impresora
- Sistema operativo Windows 7
- Procesador de texto Word 2010
- Soporte estadístico IBM SPSS Statistics 20.0

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ubicación espacial

Hospital Regional de Arequipa PNP May. Odo. “Julio Pinto Manrique”.

2.2. Ubicación temporal

El estudio se realizó entre los meses de Enero y Marzo del 2013

2.3. Unidades de estudio

Fueron los médicos y las enfermeras del Hospital Regional de Arequipa PNP May. Odo. “Julio Pinto Manrique”.

2.3.1. Población

Estuvo conformada por todos los médicos que son en número de 27 y todas las enfermeras que son en número de 69 que laboran en el Hospital Regional de Arequipa PNP “Julio Pinto Manrique”, los cuales tienen labor asistencial directa con los pacientes.

Procedimiento de muestreo

No hubo muestreo porque se trabajó con toda la población.

2.4. Criterios de selección

Criterios de Inclusión

- Médicos y enfermeras que laboran en el Hospital Regional de Arequipa PNP “Julio Pinto Manrique”.

Criterios de exclusión

- Profesionales que laboran en el Hospital Regional de Arequipa PNP “Julio Pinto Manrique” a nivel administrativo o dedicados a actividades preventivo-promocionales.

3. Estrategia de Recolección de Datos

3.1. Organización

Se planteó y pidió permiso al Director del Hospital Regional de Arequipa PNP “Julio Pinto Manrique”.

Se mandó la solicitud formal a la Facultad de Medicina de la UCSM, contando con el proyecto de tesis.

3.2. Recursos

3.2.1. Recursos humanos

- El autor:

Favio Eduardo Vega Centeno Bueno

- Asesor: Dr.

Médico Psiquiatra Edwar Luna Ortiz

- Grupo Recolector de datos:

Favio Eduardo Vega Centeno Bueno

3.2.2. Recursos Físicos

- Fichas de recolección de datos

3.2.3. Recursos financieros

- Autofinanciado por el autor

3.3. Validación de instrumentos

GIL-MONTE, Pedro R. Validez factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory-General Survey. Tenerife – ESPAÑA, 1999. Salud Pública Mex 2002; 44:33-40.

La muestra la integraron 149 policías municipales de Tenerife, España, a quienes se les aplicó el cuestionario en 1999. Se realizó un análisis factorial mediante Componentes Principales y rotación Varimax. Cuatro factores tuvieron valores propios mayores que 1. En el Factor I se agruparon los ítems de Eficacia Profesional, en el Factor II tres ítems de Cinismo, en el Factor III los ítems de Agotamiento, y en el Factor IV dos ítems de Cinismo. Posteriormente se realizó otro análisis ajustando a tres la extracción de factores. La solución factorial reprodujo la distribución de los ítems del manual. Los valores de fiabilidad de las escalas según alfa de Cronbach en nuestro estudio fueron 0.85 para Eficacia profesional, 0.83 para Agotamiento y 0.74 para Cinismo. El MBI mostró la suma más alta de sensibilidad el 78 % y especificidad el 48 % con un límite de 3.50 por la subescala de Agotamiento, con un acuerdo kappa de .25 con la entrevista estructurada diagnóstica. A la luz de los resultados obtenidos el cuestionario se puede considerar válido y confiable en la versión adaptada al castellano.

3.4. Criterios para el manejo de los resultados

3.4.1. A nivel de recolección

Se realizó la encuesta a los médicos y a las enfermeras del Hospital Regional de Arequipa PNP “Julio Pinto Manrique”, y se utilizó Cuestionarios Autoadministrados, los cuales fueron respondidos en forma voluntaria, personal, confidencial y anónima en el hospital, durante el mes de febrero del 2013.

Se Procedió a explicar los alcances del presente estudio a los entrevistados, además de asegurar la confidencialidad de los datos individuales; para obtener la mayor veracidad en sus respuestas.

3.4.2. A nivel de sistematización

La información obtenida fue procesada en una base de datos creada por medio del programa de Microsoft Office Excel 2010 y después exportada al paquete estadístico SPSS versión 20.0.0 en español para su análisis correspondiente.

3.4.3. A nivel de estudio de datos

La descripción de las variables categóricas se presentó en cuadros estadísticos de frecuencias y porcentajes categorizados.

Para las asociaciones se usaron las pruebas estadísticas Tau de kendall, Chi cuadrado, entre otras; dependiendo del tipo de variable. Las pruebas estadísticas se consideraron significativas al tener un $p < 0,05$.





**CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DEL
SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL MÉDICO Y DE ENFERMERÍA DEL
HOSPITAL REGIONAL DE AREQUIPA PNP MAY.ODO. JULIO PINTO MANRIQUE –
2013**

TABLA 1

EDAD Y SEXO DE LOS PROFESIONALES

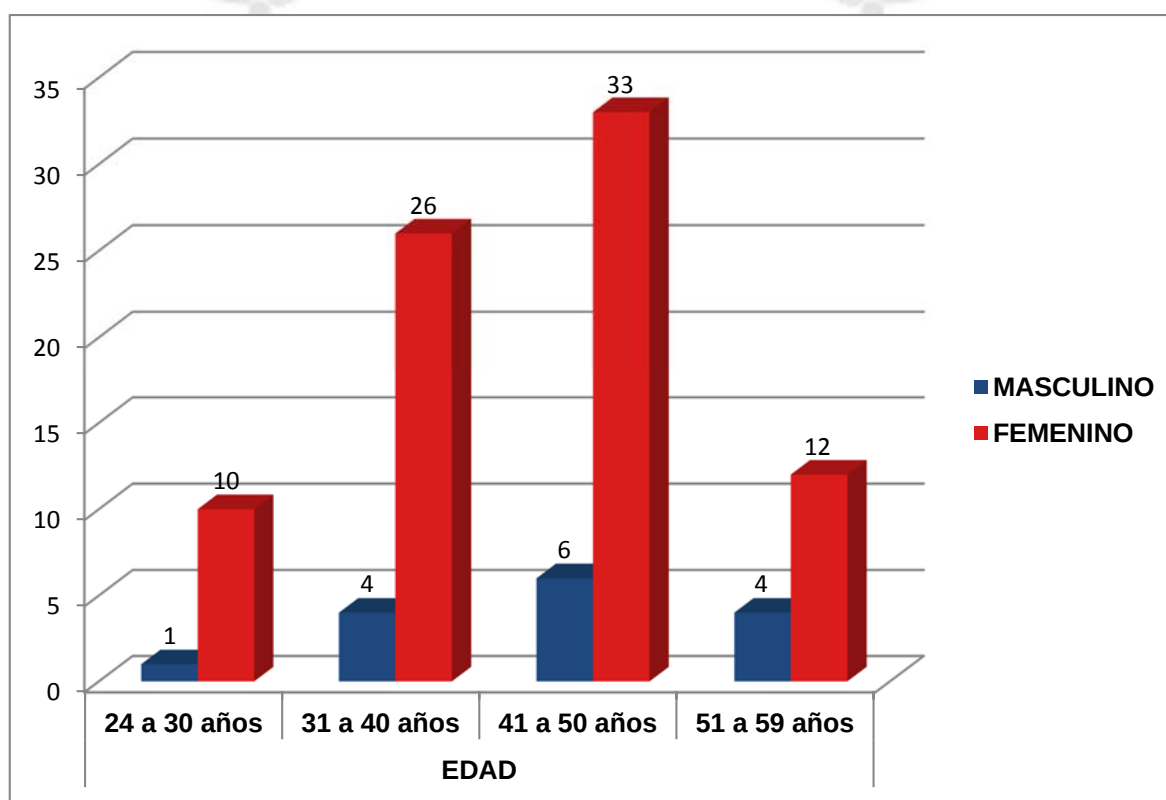
CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS	SEXO		N°	%
	MASCULINO	FEMENINO		
24 a 30 años	1	10	11	11.5
31 a 40 años	4	26	30	31.2
41 a 50 años	6	33	39	40.6
51 a 59 años	4	12	16	16.7
Total	15 (15.6%)	81 (84.4%)	96	100.0

FUENTE: FEVCB

**CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DEL
SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL MÉDICO Y DE ENFERMERÍA DEL
HOSPITAL REGIONAL DE AREQUIPA PNP MAY.ODO. JULIO PINTO MANRIQUE –
2013**

GRAFICO 1

EDAD Y SEXO DE LOS PROFESIONALES



Los profesionales de la salud del Hospital Regional de Arequipa PNP May. Odo. Julio Pinto Manrique tienen edades entre 24 y 59 años; el grupo etario más frecuente es el comprendido entre los 41 y 50 años (40.6%), dentro del cual 33 son mujeres y 6 son varones.

**CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DEL
SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL MÉDICO Y DE ENFERMERÍA DEL
HOSPITAL REGIONAL DE AREQUIPA PNP MAY.ODO. JULIO PINTO MANRIQUE –
2013**

TABLA 2

ESTADO CIVIL DE LOS PROFESIONALES

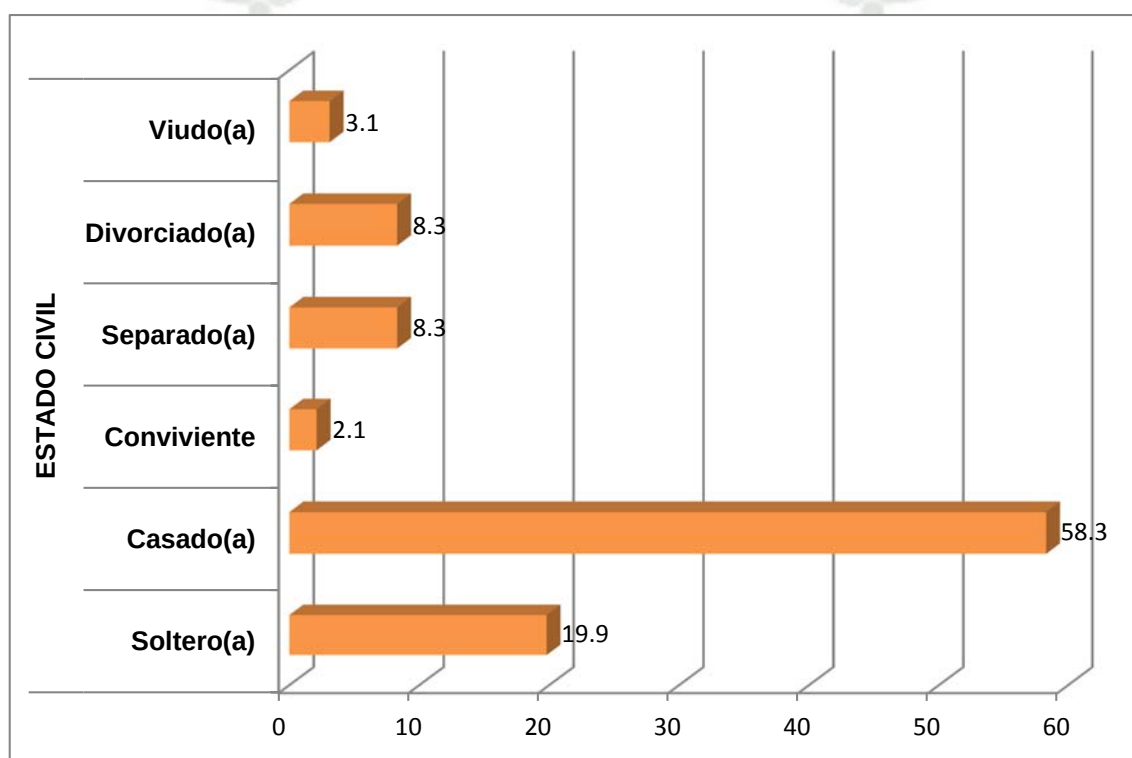
CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS	N°	%
ESTADO CIVIL		
Soltero(a)	19	19.8
Casado(a)	56	58.3
Conviviente	2	2.1
Separado(a)	8	8.3
Divorciado(a)	8	8.3
Viudo(a)	3	3.1
Total	96	100.0

FUENTE: FEVCB

**CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DEL
SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL MÉDICO Y DE ENFERMERÍA DEL
HOSPITAL REGIONAL DE AREQUIPA PNP MAY.ODO. JULIO PINTO MANRIQUE –
2013**

GRAFICO 2

ESTADO CIVIL DE LOS PROFESIONALES



El estado civil casado(a) predomina en los profesionales de la salud con el 58.3%, luego le sigue soltero(a) con el 19.9%, el resto hace un total de 21.9%.

**CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DEL
SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL MÉDICO Y DE ENFERMERÍA DEL
HOSPITAL REGIONAL DE AREQUIPA PNP MAY.ODO. JULIO PINTO MANRIQUE –
2013**

TABLA 3

PROFESIÓN Y AÑOS DE SERVICIO DE LOS PROFESIONALES

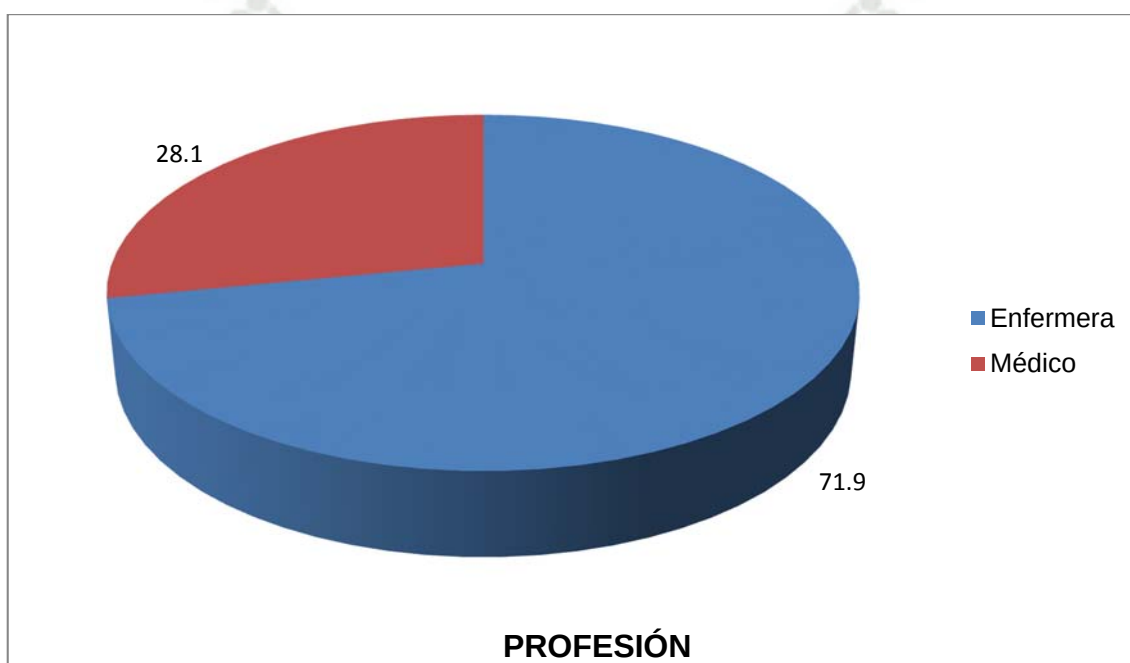
CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS	N°	%
PROFESIÓN		
Enfermera	69	71.9
Médico	27	28.1
AÑOS DE SERVICIO		
1 a 5 años	18	18.7
6 a 10 años	16	16.7
11 a 15 años	28	29.2
16 a 20 años	25	26.0
Más de 20 años	9	9.4
Total	96	100.0

FUENTE: FEVCB

**CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DEL
SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL MÉDICO Y DE ENFERMERÍA DEL
HOSPITAL REGIONAL DE AREQUIPA PNP MAY.ODO. JULIO PINTO MANRIQUE –
2013**

GRAFICO 3-A

PROFESIÓN DEL PERSONAL

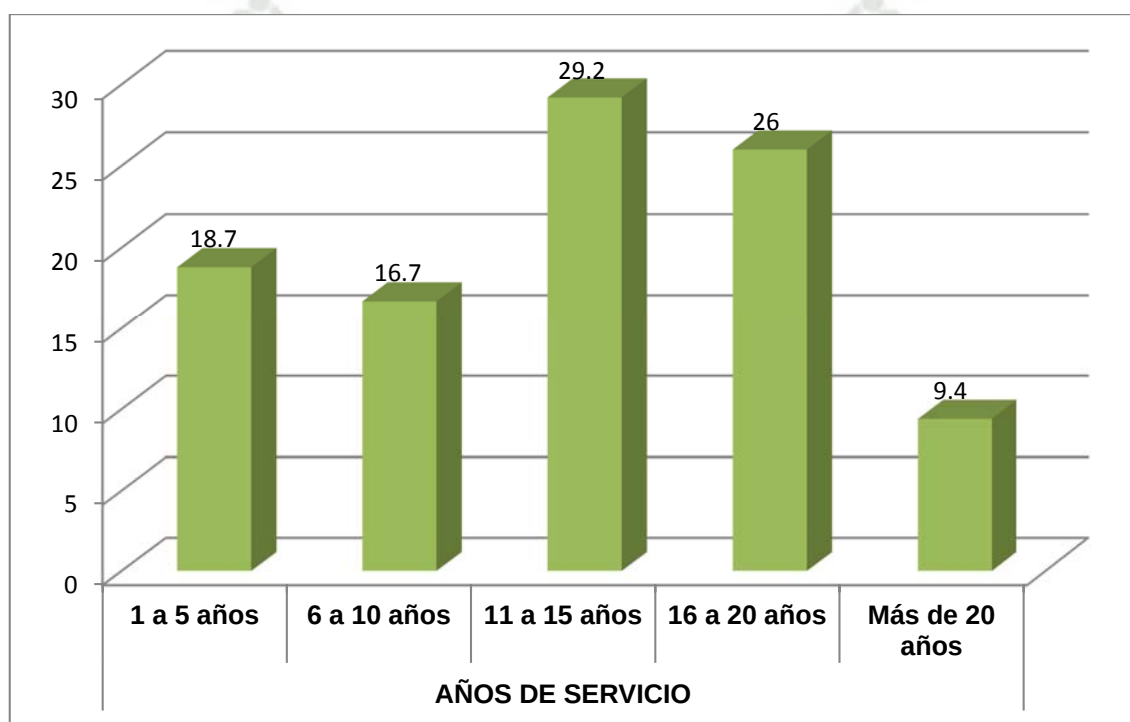


Del personal encuestado el 71.9% fueron enfermeras y el 28.1% médicos.

**CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DEL
SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL MÉDICO Y DE ENFERMERÍA DEL
HOSPITAL REGIONAL DE AREQUIPA PNP MAY.ODO. JULIO PINTO MANRIQUE –
2013**

GRAFICO 3-B

AÑOS DE SERVICIO DE LOS PROFESIONALES



Los profesionales de la salud del Hospital Regional de Arequipa PNP May. Odo. Julio Pinto Manrique, en su mayoría vienen laborando entre 11 y 15 años con el 29.2%, en segundo lugar está el personal que labora entre 16 y 20 años con 26%.

**CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DEL
SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL MÉDICO Y DE ENFERMERÍA DEL
HOSPITAL REGIONAL DE AREQUIPA PNP MAY.ODO. JULIO PINTO MANRIQUE –
2013**

TABLA 4

**SATISFACCIÓN CON LA REMUNERACIÓN Y SITUACIÓN ECONÓMICA DE LOS
PROFESIONALES**

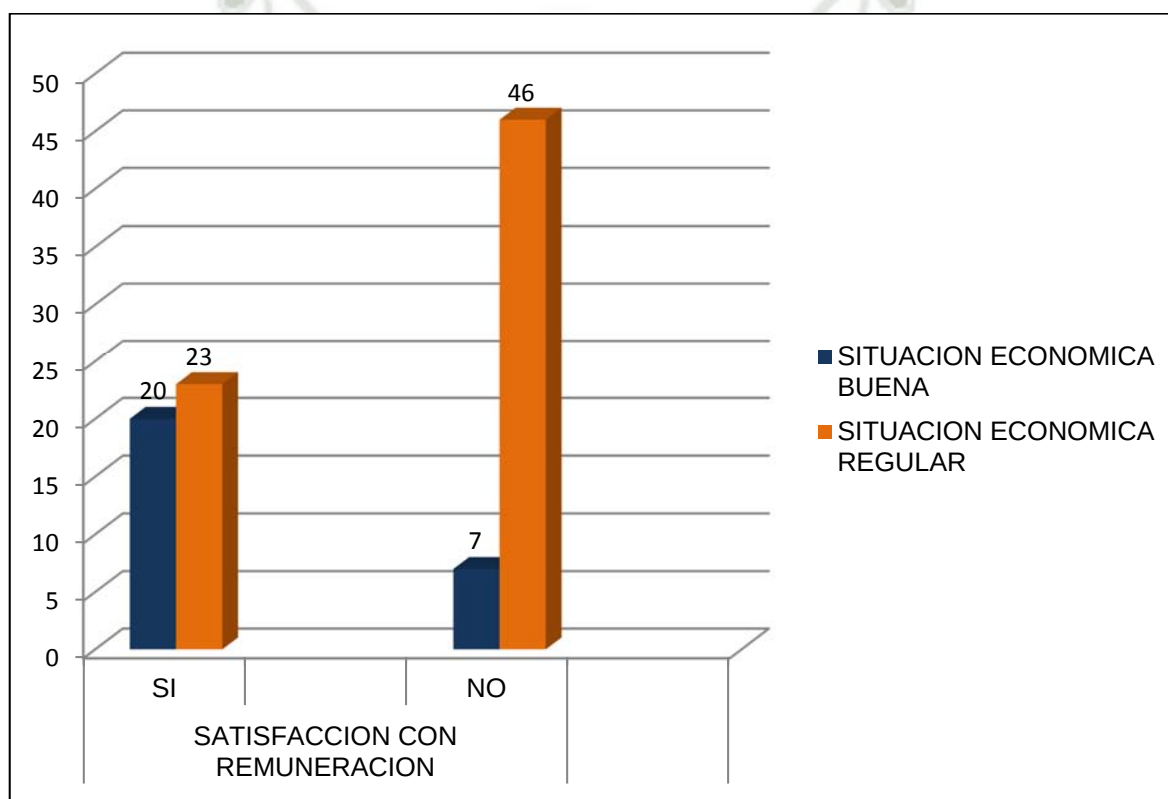
CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS	SATISFACCIÓN CON REMUNERACIÓN		Nº	%
	Si	No		
SITUACIÓN ECONÓMICA				
Buena	20	7	27	28.1
Regular	23	46	69	71.9
Total	43 (44.8%)	53 (55.2%)	96	100.0

FUENTE: FEVCB

**CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DEL
SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL MÉDICO Y DE ENFERMERÍA DEL
HOSPITAL REGIONAL DE AREQUIPA PNP MAY.ODO. JULIO PINTO MANRIQUE –
2013**

GRAFICO 4

**SATISFACCIÓN CON LA REMUNERACIÓN Y SITUACIÓN ECONÓMICA DE LOS
PROFESIONALES**



De los profesionales encuestados el 55.2% (54) no está satisfecho con su remuneración mientras que el 44.8% (43) afirma que si esta conforme.

De los cuales el 71.9% (69) indicaron que su situación económica es regular y el 28.1% (27) marcaron que era buena.

**CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DEL
SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL MÉDICO Y DE ENFERMERÍA DEL
HOSPITAL REGIONAL DE AREQUIPA PNP MAY.ODO. JULIO PINTO MANRIQUE –
2013**

TABLA 5

**FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN LOS
PROFESIONALES**

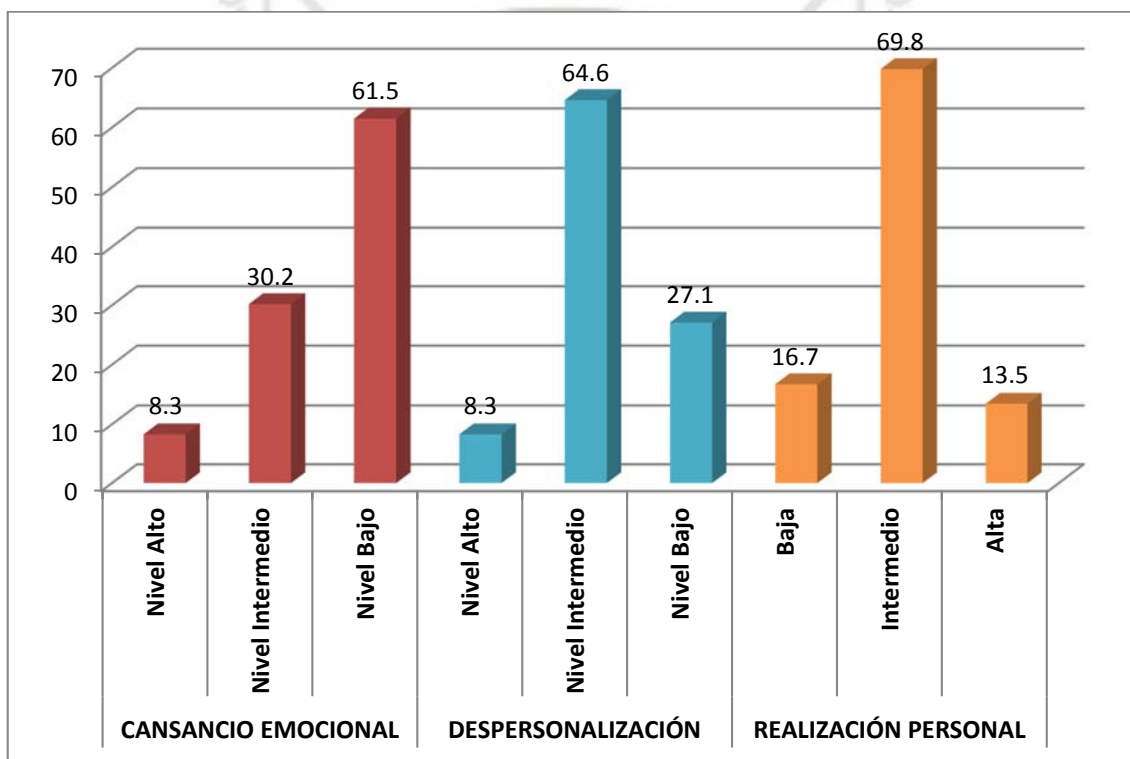
SÍNTOMAS SÍNDROME DE BURNOUT	N°	%
CANSANCIO EMOCIONAL		
Nivel Alto	8	8.3
Nivel Intermedio	29	30.2
Nivel Bajo	59	61.5
DESPERSONALIZACIÓN		
Nivel Alto	8	8.3
Nivel Intermedio	62	64.6
Nivel Bajo	26	27.1
REALIZACIÓN PERSONAL		
Baja	16	16.7
Intermedio	67	69.8
Alta	13	13.5
SÍNDROME DE BURNOUT		
Síndrome de Burnout	18	18.8
Normal	78	81.2
Total	96	100.0

FUENTE: FEVCB

**CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DEL
SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL MÉDICO Y DE ENFERMERÍA DEL
HOSPITAL REGIONAL DE AREQUIPA PNP MAY.ODO. JULIO PINTO MANRIQUE –
2013**

GRAFICO 5-A

**FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN LOS
PROFESIONALES**

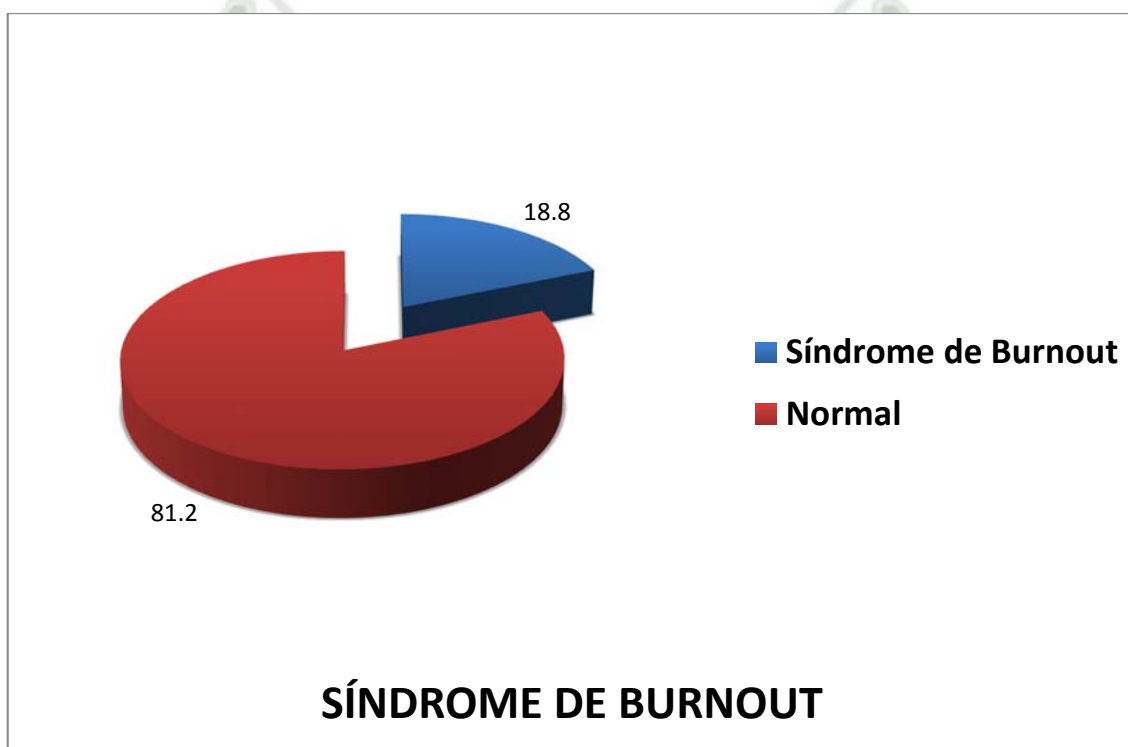


Los resultados indicaron que el 8.3% del personal presentaron nivel alto de cansancio emocional, al igual que la despersonalización que también presentó el 8.3% y la baja realización personal el 16.7%. Pero los niveles que tienen la mayoría del personal en cansancio emocional es el nivel bajo con 61.5%, la despersonalización en nivel medio junto con realización personal en 64.6% y 69.8% respectivamente.

**CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DEL
SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL MÉDICO Y DE ENFERMERÍA DEL
HOSPITAL REGIONAL DE AREQUIPA PNP MAY.ODO. JULIO PINTO MANRIQUE –
2013**

GRAFICO 5-B

SÍNDROME DE BURNOUT EN LOS PROFESIONALES



Obtenidos los resultados de los síntomas se derivó en que el 18.8% de los profesionales de la salud del Hospital Regional de Arequipa PNP May. Odo. Julio Pinto Manrique presenta el síndrome de Burnout.

**CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DEL
SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL MÉDICO Y DE ENFERMERÍA DEL
HOSPITAL REGIONAL DE AREQUIPA PNP MAY.ODO. JULIO PINTO MANRIQUE –
2013**

TABLA 6

RELACIÓN ENTRE LA EDAD Y LOS SÍNTOMAS DEL SÍNDROME DE BURNOUT

SÍNDROME DE BURNOUT EDAD	Bajo		Medio		Alto		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Cansancio Emocional								
24 a 30 años	0	0.0	3	27.3	8	72.7	11	100.0
31 a 40 años	4	13.3	8	26.7	18	60.0	30	100.0
41 a 50 años	3	7.7	11	28.2	25	64.1	39	100.0
51 a 59 años	1	6.3	7	43.8	8	50.0	16	100.0
P = 0.462 N.S.								
Despersonalización								
24 a 30 años	0	.0	8	72.7	3	27.3	11	100.0
31 a 40 años	3	10.0	21	70.0	6	20.0	30	100.0
41 a 50 años	2	5.1	23	59.0	14	35.9	39	100.0
51 a 59 años	3	18.8	10	62.5	3	18.8	16	100.0
P = 0.847 N.S.								
Realización Personal								
24 a 30 años	2	18.2	8	72.7	1	9.1	11	100.0
31 a 40 años	7	23.3	20	66.7	3	10.0	30	100.0
41 a 50 años	5	12.8	28	71.8	6	15.4	39	100.0
51 a 59 años	2	12.5	11	68.8	3	18.8	16	100.0
P = 0.188 N.S.								

No hubo relación estadísticamente significativa entre edad y el cansancio emocional ya que sin importar el rango de edad, la mayoría presentaron niveles altos, la relación entre la edad y despersonalización tampoco fue significativa ya que en su mayoría se encuentran en un nivel medio, ocurriendo lo mismo con la realización personal.



**CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DEL
SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL MÉDICO Y DE ENFERMERÍA DEL
HOSPITAL REGIONAL DE AREQUIPA PNP MAY.ODO. JULIO PINTO MANRIQUE –
2013**

TABLA 7

RELACIÓN ENTRE EL SEXO Y LOS SÍNTOMAS DEL SÍNDROME DE BURNOUT

SÍNDROME DE BURNOUT	Bajo		Medio		Alto		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
SEXO								
Cansancio Emocional								
Masculino	2	13.3	7	46.7	6	40.0	15	100.0
Femenino	6	7.4	22	27.2	53	65.4	81	100.0
P = 0.177 N.S.								
Despersonalización								
Masculino	2	13.3	12	80.0	1	6.7	15	100.0
Femenino	6	7.4	50	61.7	25	30.9	81	100.0
P = 0.141 N.S.								
Realización Personal								
Masculino	4	26.7	8	53.3	3	20.0	15	100.0
Femenino	12	14.8	59	72.8	10	12.3	81	100.0
P = 0.316 N.S.								

No hubo relación estadísticamente significativa entre sexo y cansancio emocional a pesar de que el sexo masculino se encuentra en su mayoría en un nivel medio y el sexo femenino en un nivel alto, en cuanto a la despersonalización y la realización personal tampoco se encontró relación con el sexo ya que en ambos casos la mayoría se encuentran en un nivel medio.



**CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DEL
SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL MÉDICO Y DE ENFERMERÍA DEL
HOSPITAL REGIONAL DE AREQUIPA PNP MAY.ODO. JULIO PINTO MANRIQUE –
2013**

TABLA 8

**RELACIÓN ENTRE EL ESTADO CIVIL Y LOS SÍNTOMAS DEL SÍNDROME DE
BURNOUT**

SÍNDROME DE BURNOUT	Bajo		Medio		Alto		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
ESTADO CIVIL								
Cansancio Emocional								
Soltero(a)	4	21.1	4	21.1	11	57.9	19	100.0
Casado(a)	3	5.4	16	28.6	37	66.1	56	100.0
Conviviente	0	0.0	1	50.0	1	50.0	2	100.0
Separado(a)	0	0.0	2	25.0	6	75.0	8	100.0
Divorciado(a)	1	12.5	3	37.5	4	50.0	8	100.0
Viudo(a)	0	0.0	3	100.0	0	0.0	3	100.0
P = 0.175 N.S.								
Despersonalización								
Soltero(a)	4	21.1	11	57.9	4	21.1	19	100.0
Casado(a)	3	5.4	34	60.7	19	33.9	56	100.0
Conviviente	0	0.0	2	100.0	0	0.0	2	100.0
Separado(a)	0	0.0	5	62.5	3	37.5	8	100.0
Divorciado(a)	1	12.5	7	87.5	0	0.0	8	100.0
Viudo(a)	0	0.0	3	100.0	0	0.0	3	100.0
P = 0.254 N.S.								
Realización Personal								
Soltero(a)	5	26.3	12	63.2	2	10.5	19	100.0
Casado(a)	9	16.1	38	67.9	9	16.1	56	100.0
Conviviente	0	0.0	2	100.0	0	0.0	2	100.0
Separado(a)	1	12.5	6	75.0	1	12.5	8	100.0
Divorciado(a)	1	12.5	6	75.0	1	12.5	8	100.0
Viudo(a)	0	0.0	3	100.0	0	0.0	3	100.0
P = 0.946 N.S.								

No hubo relación estadísticamente significativa entre estado civil y cansancio emocional ya que sin importar que estado civil tengan la mayoría se encuentran en un nivel alto salvo los viudos que se encuentran en un nivel medio, en cuanto a la despersonalización y la realización personal tampoco se encontró relación con el estado civil ya que en ambos casos la mayoría se encuentra en un nivel medio.



**CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DEL
SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL MÉDICO Y DE ENFERMERÍA DEL
HOSPITAL REGIONAL DE AREQUIPA PNP MAY.ODO. JULIO PINTO MANRIQUE –
2013**

TABLA 9

**RELACIÓN ENTRE LA PROFESIÓN Y LOS SÍNTOMAS DEL SÍNDROME DE
BURNOUT**

SÍNDROME DE BURNOUT PROFESIÓN	Bajo		Medio		Alto		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Cansancio Emocional								
Enfermera	6	8.7	16	23.2	47	68.1	69	100.0
Médico	2	7.4	13	48.1	12	44.4	27	100.0
P = 0.045 S.S.								
Despersonalización								
Enfermera	5	7.2	43	62.3	21	30.4	69	100.0
Médico	3	11.1	19	70.4	5	18.5	27	100.0
P = 0.458 N.S.								
Realización Personal								
Enfermera	10	14.5	51	73.9	8	11.6	69	100.0
Médico	6	22.2	16	59.3	5	18.5	27	100.0
P = 0.372 N.S.								

Hubo relación estadísticamente significativa entre profesión y el cansancio emocional ya que la mayoría de las enfermeras se encuentran en un nivel alto y los médicos en un nivel medio, la relación entre profesión y despersonalización no fue significativa ya que en ambos casos la mayoría se encuentran en un nivel medio, ocurriendo lo mismo con la realización personal.



**CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DEL
SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL MÉDICO Y DE ENFERMERÍA DEL
HOSPITAL REGIONAL DE AREQUIPA PNP MAY.ODO. JULIO PINTO MANRIQUE –
2013**

TABLA 10

**RELACIÓN ENTRE LOS AÑOS DE SERVICIO Y LOS SÍNTOMAS DEL SÍNDROME DE
BURNOUT**

SÍNDROME DE BURNOUT AÑOS SERVICIO	Bajo		Medio		Alto		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Cansancio Emocional								
1 a 5 años	1	5.6	7	38.9	10	55.6	18	100.0
6 a 10 años	0	.0	1	6.3	15	93.8	16	100.0
11 a 15 años	4	14.3	8	28.6	16	57.1	28	100.0
16 a 20 años	2	8.0	9	36.0	14	56.0	25	100.0
Más de 20 años	1	11.1	4	44.4	4	44.4	9	100.0
P = 0.165 N.S.								
Despersonalización								
1 a 5 años	1	5.6	14	77.8	3	16.7	18	100.0
6 a 10 años	0	0.0	10	62.5	6	37.5	16	100.0
11 a 15 años	3	10.7	20	71.4	5	17.9	28	100.0
16 a 20 años	4	16.0	12	48.0	9	36.0	25	100.0
Más de 20 años	0	0.0	6	66.7	3	33.3	9	100.0
P = 0.638 N.S.								
Realización Personal								
1 a 5 años	4	22.2	12	66.7	2	11.1	18	100.0
6 a 10 años	3	18.8	12	75.0	1	6.3	16	100.0
11 a 15 años	6	21.4	18	64.3	4	14.3	28	100.0
16 a 20 años	2	8.0	19	76.0	4	16.0	25	100.0
Más de 20 años	1	11.1	6	66.7	2	22.2	9	100.0
P = 0.122 N.S.								

No hubo relación estadísticamente significativa entre los años de servicio y el cansancio emocional ya que sin importar los años de servicio del personal la mayoría presentaron niveles altos, la relación entre años de servicio y despersonalización tampoco fue significativa ya que en su mayoría se encuentran en un nivel medio, ocurriendo lo mismo con la realización personal.



**CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DEL
SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL MÉDICO Y DE ENFERMERÍA DEL
HOSPITAL REGIONAL DE AREQUIPA PNP MAY.ODO. JULIO PINTO MANRIQUE –
2013**

TABLA 11

**RELACIÓN ENTRE LA SATISFACCIÓN CON LA REMUNERACIÓN Y LOS SÍNTOMAS
DEL SÍNDROME DE BURNOUT**

SÍNDROME DE BURNOUT SATISFACCIÓN REMUNERACIÓN	Bajo		Medio		Alto		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Cansancio o Agotamiento Emocional								
Si	1	2.3	14	32.6	28	65.1	43	100.0
No	7	13.2	15	28.3	31	58.5	53	100.0
P = 0.158 N.S.								
Despersonalización								
Si	2	4.7	26	60.5	15	34.9	43	100.0
No	6	11.3	36	67.9	11	20.8	53	100.0
P = 0.200 N.S.								
Realización Personal								
Si	8	18.6	28	65.1	7	16.3	43	100.0
No	8	15.1	39	73.6	6	11.3	53	100.0
P = 0.654 N.S.								

No hubo relación estadísticamente significativa entre la satisfacción con la remuneración y el cansancio emocional ya que tanto los satisfechos como los no satisfechos en su mayoría presentaron niveles altos, la relación entre la satisfacción con la remuneración y despersonalización tampoco fue significativa ya que el mayor porcentaje se encuentra en un nivel medio, ocurriendo lo mismo con la realización personal.



**CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DEL
SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL MÉDICO Y DE ENFERMERÍA DEL
HOSPITAL REGIONAL DE AREQUIPA PNP MAY.ODO. JULIO PINTO MANRIQUE –
2013**

TABLA 12

**RELACIÓN ENTRE LA SITUACIÓN ECONÓMICA Y LOS SÍNTOMAS DEL SÍNDROME
DE BURNOUT**

SÍNDROME DE BURNOUT SITUACIÓN ECONÓMICA	Bajo		Medio		Alto		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Cansancio Emocional								
Buena	2	7.4	7	25.9	18	66.7	27	100.0
Regular	6	8.7	22	31.9	41	59.4	69	100.0
P = 0.806 N.S.								
Despersonalización								
Buena	0	0.0	18	66.7	9	33.3	27	100.0
Regular	8	11.6	44	63.8	17	24.6	69	100.0
P = 0.157 N.S.								
Realización Personal								
Buena	5	18.5	16	59.3	6	22.2	27	100.0
Regular	11	15.9	51	73.9	7	10.1	69	100.0
P = 0.251 N.S.								

No hubo relación estadísticamente significativa entre la situación económica y el cansancio emocional ya que tanto la situación económica buena como la regular en su mayoría presentaron niveles altos, la relación entre la situación económica y despersonalización tampoco fue significativa ya que el mayor porcentaje se encuentra en un nivel medio, ocurriendo lo mismo con la realización personal.





CAPITULO III
DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

El presente estudio buscó determinar la frecuencia de síntomas del síndrome de Burnout, las características epidemiológicas e Identificar la relación entre los síntomas frecuentes del síndrome de Burnout y las características epidemiológicas del personal médico y de enfermería del Hospital Regional de Arequipa PNP May. Odo. "Julio Pinto Manrique". Se realizó la presente investigación debido a que esta investigación contribuiría a la creación de nuevos instrumentos para la recolección y análisis de datos, definición de conceptos, de ambientes, de variables y la relación entre éstas; pudiendo así mismo proporcionar mejoras en la forma de experimentar con una o más variables, en la manera de cómo estudiar a una población y así enriquecer la búsqueda de conocimientos. También, impactará favorablemente con oportunidad, calidad y eficacia en la atención que les proporcionen a los pacientes que solicitan los servicios de salud, ya que serán cubiertas sus expectativas, mejorará su calidad de vida, disminuirá la visita a los hospitales, en la institución habrá una reducción del gasto público, así como se tendrán índices de estándares de alta calidad, disminución de mortalidad en los pacientes y mejorarán las relaciones médico-paciente. Dado que este síndrome es prevenible, es muy importante disponer de datos sobre la frecuencia de sus síntomas en este colectivo para poder elaborar planes de prevención para poder identificar precozmente, la predisposición, el padecimiento, el progreso y las posibles consecuencias que acarreen su presencia.

Para tal fin se realizó una encuesta al personal médico y de enfermería que cumplieron los criterios de selección, aplicando el Maslach Burnout Inventory y la ficha de recolección de datos con las características epidemiológicas usadas .Se asocian las variables mediante prueba Tau de kendall y chi cuadrado

En el Hospital Regional Arequipa PNP May. Odo. Julio Pinto Manrique vienen laborando por lo menos un año en la institución 27 médicos y 69 enfermeras, los cuales tienen labor asistencial directa con los pacientes. Haciendo una población de estudio de 96 profesionales; de los cuales en su mayoría son del sexo femenino con el 84.4% de ellos; esto porque la mayoría del personal encuestado fue de enfermería que en su totalidad son mujeres. Además tienen edades entre 24 y 59 años de edad; el grupo etario más frecuente es el comprendido entre los 41y 50 años (40.6%), le sigue 31 y 40 años (31.2%).

De la población encuestada, más de la mitad son casados(as) con el 58.3% siguiéndole el personal soltero con el 19.8%, la profesión de enfermería es la predominante con el 71.9%

de toda la población encuestada, el rango de años que llevan en servicio profesional que predominó fue entre los 11 y 15 años (29.2%), siguiéndole de 16 y 20 (26.0%); el 55.2% de los profesionales consideran que su remuneración es insuficiente y el 71.9% consideran que su situación económica es regular, y el 28.1% mencionan que es buena.

Realizada la evaluación con la escala de Maslach Burnout Inventory (MBI) se encontró que la frecuencia de alto nivel de cansancio emocional en los profesionales es del 8.3%; la despersonalización se encontró en un alto nivel en el 8.3% y la baja realización personal en el 16.7%. La mayoría de la población presentó la despersonalización en un nivel medio con el 64.6%, al igual que la realización personal que se encontró en nivel medio en el 69.8%, siendo el cansancio emocional que en su mayoría lo presentaron en un nivel bajo con el 61.5%. Se pudo hallar el síndrome de Burnout en el 18.8% del personal encuestado.

RENDULICH³⁹, en su estudio en el personal de enfermería del servicio de emergencia del hospital Carlos Alberto Segúin Escobedo encontró que de 63 personas encuestadas con el Maslach Burnout Inventory (MBI), 31 (49,21%) presentan el síndrome de desgaste profesional entre enfermeras y técnicos de enfermería.

Esta cifra elevada de frecuencia de síntomas del síndrome de Burnout, nos indica al igual que en nuestro estudio es una condición frecuente en los profesionales de la salud en este caso fueron las enfermeras quienes tienen el porcentaje más alto de Burnout.

ARAUCO³¹, buscó determinar la presencia de factores sociodemográficos relacionados con el síndrome de Burnout en las 52 enfermeras del hospital nacional arzobispo Loayza. Para medir el síndrome de Burnout se utilizó el cuestionario de Maslach. Encontró que del 100% de la muestra (52 enfermeras) únicamente cinco presentaron síndrome de Burnout, de las cuales una enfermera presenta nivel alto y cuatro nivel bajo.

Esta cifra se encuentra por debajo de nuestros resultados y de la evaluación realizada por RENDULICH³⁹ de manera que podemos sospechar que el síndrome de Burnout tenga una distribución muy inespecífica sobre la población asistencial en salud o que deba tener relación con otros factores de riesgo.

GOMERO³², trató de identificar los trabajadores sanitarios con síndrome de Burnout en el personal sanitario de los hospitales de la empresa minera Southern Perú Copper Corporation, utilizando el Maslach Burnout Inventory. Se recibieron 82 cuestionarios debidamente llenados, de los cuales 26 fueron médicos(as), 35 enfermeros(as) y 21

auxiliares de enfermería. Se encontró un médico con diagnóstico de síndrome de Burnout, quien se caracterizó por el desarrollo temprano del síndrome y no asociado a la realización de turnos. Además se concluyó en la necesidad de repetir el estudio en instituciones de salud públicas.

Este resultado no se relaciona con el nuestro ya que solo una persona fue afectada por el síndrome siendo médico y varón, caso contrario con nuestro estudio que el síndrome se encontró más en el personal de enfermería que en su totalidad fue del sexo femenino.

MARIÑOS³⁴, intento determinar la frecuencia de coexistencia de síndrome de Burnout y síntomas depresivos en médicos residentes en un hospital general. Se analizó 84 médicos residentes, de todas las especialidades del Hospital Nacional Cayetano Heredia y se utilizó la escala Maslach Burnout Inventory (MBI), hallándose que la frecuencia de síndrome de Burnout fue 54,9%.

Comparando la cifra con nuestro estudio esta se encuentra por encima del 18.8% obtenido, pero debemos tener presente que el estudio de Mariños fue solo para médicos residentes y esta puede ser la razón por la que no coinciden los resultados obtenidos.

ORDENES³⁶, estudio la prevalencia de Burnout en trabajadores del hospital Roberto del rio para lo cual se encuestó una muestra de 250 profesionales médicos enfermeras y personal paramédico, entre mayo y septiembre de 2002. Se encontró que 69% de los evaluados tienen o están en riesgo de desarrollar el síndrome de Burnout.

Al igual con Mariños en esta cifra es elevada porque aquí consideran al síndrome de una forma tridimensional quiere decir que si una persona padece tan solo uno de los síntomas ya se considera que tiene síndrome de Burnout dirigido hacia ese síntoma ya sea cansancio emocional, despersonalización o baja realización personal, es por esa razón que se considera a una persona que tiene síndrome de Burnout si tan solo presentara uno de estos síntomas o se le consideraría que está en riesgo de quemarse.

ARANDA³⁰, evaluó el síndrome de Burnout en médicos familiares del Instituto Mexicano del Seguro Social, con el fin de determinar la prevalencia del Burnout, las manifestaciones clínicas y la relación entre ellas en los médicos familiares, la prevalencia encontrada con el Maslach Burnout Inventory en los médicos familiares fue del 42,3%.

En cuanto al personal con quien se trabajó en ambos estudios coinciden con que la mayoría son casados, la edad predominante se encuentra entre el rango 41 y 50 años, salvo que la mayoría de los encuestados fueron de sexo masculino, lo interesante en este estudio fue la relación encontrada con otras enfermedades y el cansancio emocional, por eso es necesario recomendar realizar otro estudio usando nuevos factores de riesgo como la morbilidad.

PEÑA³⁷, describió el comportamiento del Síndrome de Burnout en profesionales de la salud del Hospital Universitario “Manuel Fajardo” de Ciudad de La Habana en octubre del año 2008. Realizó un estudio observacional descriptivo y transversal, aplicando el test Maslach Burnout Inventory a 31 médicos especialistas y enfermeros. Los resultados mostraron que las $\frac{3}{4}$ partes de los encuestados pertenecen al sexo masculino, mientras hubo un predominio de los profesionales casados. El Síndrome de Burnout afecta en orden decreciente de nivel a Clínicos, Enfermeros y Cirujanos Generales en la Institución. A pesar de ser los más afectados, los especialistas de Medicina Interna presentan el grado más alto de realización personal del estudio.

En comparación con el sexo, nuestro estudio mostro más personal de sexo femenino, coincidiendo en el predominio de los profesionales casados, en cuanto a la profesión PEÑA³⁷ muestra claramente que los médicos son los más afectados por el Burnout mientras que en este estudio el personal de enfermería fue el más afectado

CONCLUSIONES

Primera. La frecuencia de los síntomas del síndrome de Burnout es alta en el personal de salud del hospital a predominio de la baja realización personal.

Segunda. Las características epidemiológicas más frecuentes en los profesionales de la salud del Hospital Regional de Arequipa PNP May. Odo. Julio Pinto Manrique es el personal de enfermería de sexo femenino, casadas, con un rango de edad entre 41 y 50 años que esté trabajando entre 11 y 15 años en el hospital, no satisfechas con su remuneración y que tengan una situación económica regular.

Tercera. No existe relación estadísticamente significativa entre las características epidemiológicas y los síntomas del síndrome de Burnout, salvo entre profesión y cansancio emocional.



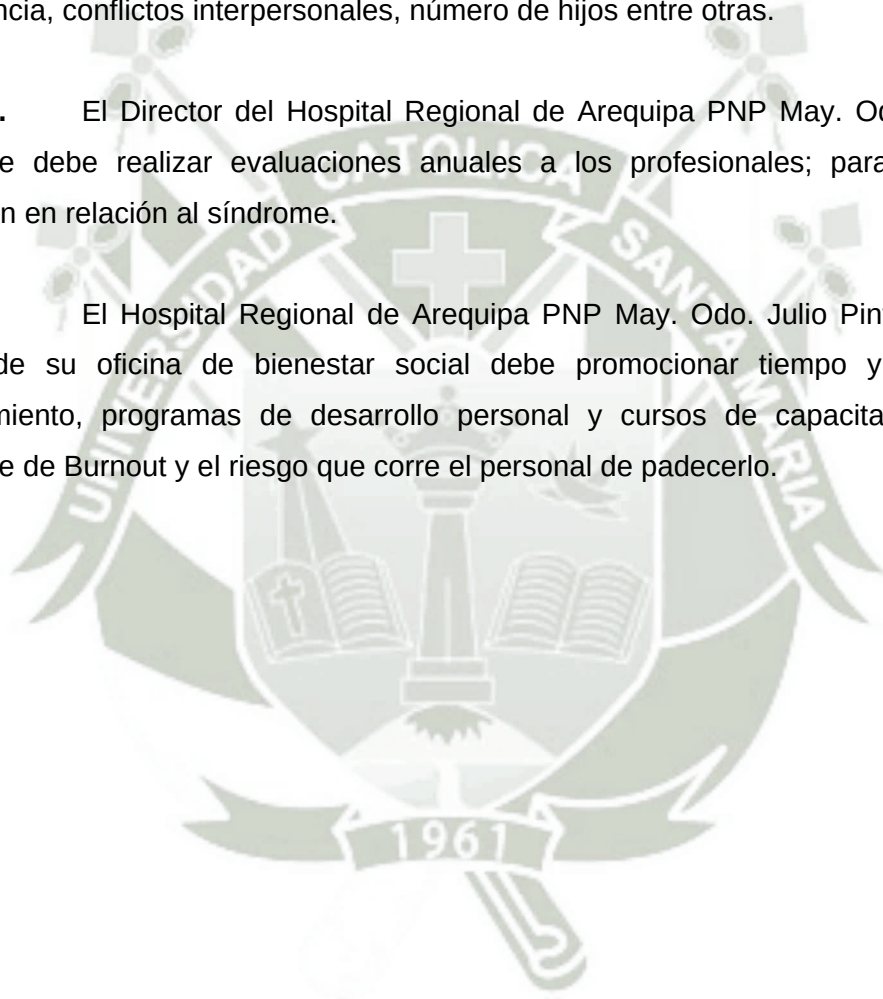
RECOMENDACIONES

Primera. La Policía Nacional del Perú a través de su Director de Sanidad PNP debe realizar un estudio a nivel nacional en todos los hospitales de la institución.

Segunda. El Hospital Regional de Arequipa PNP May. Odo. Julio Pinto Manrique debe realizar un nuevo estudio utilizando otras características epidemiológicas de riesgo como situación laboral, horas de esparcimiento a la semana, trabajos extrahospitalarios, convivencia, conflictos interpersonales, número de hijos entre otras.

Tercera. El Director del Hospital Regional de Arequipa PNP May. Odo. Julio Pinto Manrique debe realizar evaluaciones anuales a los profesionales; para observar su evolución en relación al síndrome.

Cuarta. El Hospital Regional de Arequipa PNP May. Odo. Julio Pinto Manrique a través de su oficina de bienestar social debe promocionar tiempo y espacios de esparcimiento, programas de desarrollo personal y cursos de capacitación sobre el síndrome de Burnout y el riesgo que corre el personal de padecerlo.



BIBLIOGRAFÍA

1. ATANCE, J. (2001). Aspectos Epidemiológico del Síndrome Burnout en personal sanitario. México. Guadalajara: Dirección provincial de In salud de Guadalajara.
2. BURKE, R. J. y RICHARDSEN, A. M. (1993). Psychological burnout in organizations. In R. T. Golembiewski (Ed.), Handbook of organizational behavior New York: Marcel Dekker.
3. BUUNK, R.J. y SCHAUFELI, W.B. (1993). Burnout: A perspective from social comparison theory. En W.B. Schaufeli, C. Maslach y T.Marek (Eds.), Professional burnout: Recent developments in theory and research. UK: Taylor & Francis.
4. CHERNISS, C. (1980a). Professional burnout in human service organizations. Nueva York: Praeger.
5. CHERNISS, C. (1980b). Staff burnout: Job stress in the human services. Beverly Hills: Sage.
6. EDELWICH, J. Y BRODSKY, A. (1980): Burnout: Stages of Disillusionment in the Helping Professions. Nueva York: Human Sciences Press.
7. FLORES LOZANO J.A (1994) Síndrome de estar quemado. Barcelona: Edikete med.
8. GIL-MONTE, P.R. y PEIRÓ, J.M. (1997). Desgaste psíquico en el trabajo. El síndrome de quemarse. Madrid: Síntesis.
9. GIL-MONTE, P.R. (2005) El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. Madrid: Pirámide.
10. GIL-MONTE, P. R. y MORENO-JIMÉNEZ, B. (Comp.) (2007). El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout): grupos profesionales de riesgo. Madrid: Pirámide.
11. GOLEMBIEWSKI, R.T. (1979). Toward the responsive organization. Salt Lae City, Brighton.
12. GOLEMBIEWSKI, R.T. SCHERB, K. y BOUDREAU, R.A. (1993). Burnout in cross-national settings: generic and model-specific perspectives. En Sáez Navarro, M.C. (1997) Tesis Doctoral. Murcia. Universidad de Murcia.
13. GONZÁLEZ R. Víctor; GONZÁLEZ C. Ramón; DE LA GÁNDARA M. Jesús. (2004). "El médico con Burnout: Conceptos básicos y habilidades prácticas para el médico de familia". Madrid: IM&C, S.A.

14. GRAU ABALO, J; CHACON, Roger. (1988) "Burnout: Una Amenaza a los Equipos de Salud". INOR. Cuba: INOR.
15. HARRISON, W.D. (1983). A social competence model of burnout. En B.A. Farber (Ed.) Stress and burnout in the human services profesions. Nueva York: Pergamon Press.
16. HIDALGO, N. & MOREIRA, E. (2000). Autocuidado, trastorno psicológico y rotación de equipos de salud mental. Santiago, Chile: Universidad de Chile, Departamento de Psicología.
17. HOBFOLL, S.E. y FREEDY, J. (1993). Conservation of resources: A general stress theory applied to burnout. En W.B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds.), Professional burnout: Recent developments in theory and research. UK: Taylor & Francis.
18. LEAL RUBIO, J. (1993). Equipos comunitarios: ¿una ilusión sin porvenir, un porvenir sin ilusión? En Salud Mental y Servicios Sociales: el espacio comunitario. Barcelona: Diputación de Barcelona.
19. LEITER, M.P. (1993). Burnout as a developmental process: Consideration of models. En W.B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds.), Professional burnout: Recent developments in theory and research. London: Taylor & Francis.
20. MARGISON, F.R. (1987). Stress in Psychiatrist. En R. Payne y J. Firth-Cozens (Eds.), Stress in Health Professionals. New York: Wiley.
21. MASLACH, C. y JACKSON, S.E. (1981). Maslach Burnout Inventory. Palo Alto, California: Consulting Psychological Press.
22. MORENO, Jacobo Levy (1962): Fundamentos de la Sociometría, Buenos Aires, Piado.
23. MORENO, B., OLIVER, C. y ARAGONESES, A. (1991). El burnout, una forma específica de estrés laboral. En: G. Buela-Casal y V. E. Caballo (Eds.), Manual de psicología clínica aplicada. Madrid: Siglo XXI de España Editores, S.A.
24. PINES, A. y KAFRY, D. (1981). Coping with burnout. En J. Jones (Ed.), The Burnout Syndrom. Parkridge, IL: London House Press.
25. PINES, A., ARONSON, E. y KAFRY, D. (1981). Burnout: From tedium to personal growth. En C. Cherniss (Ed.), Staff burnout: Job stress in the human services. Nueva York: The Free Press.

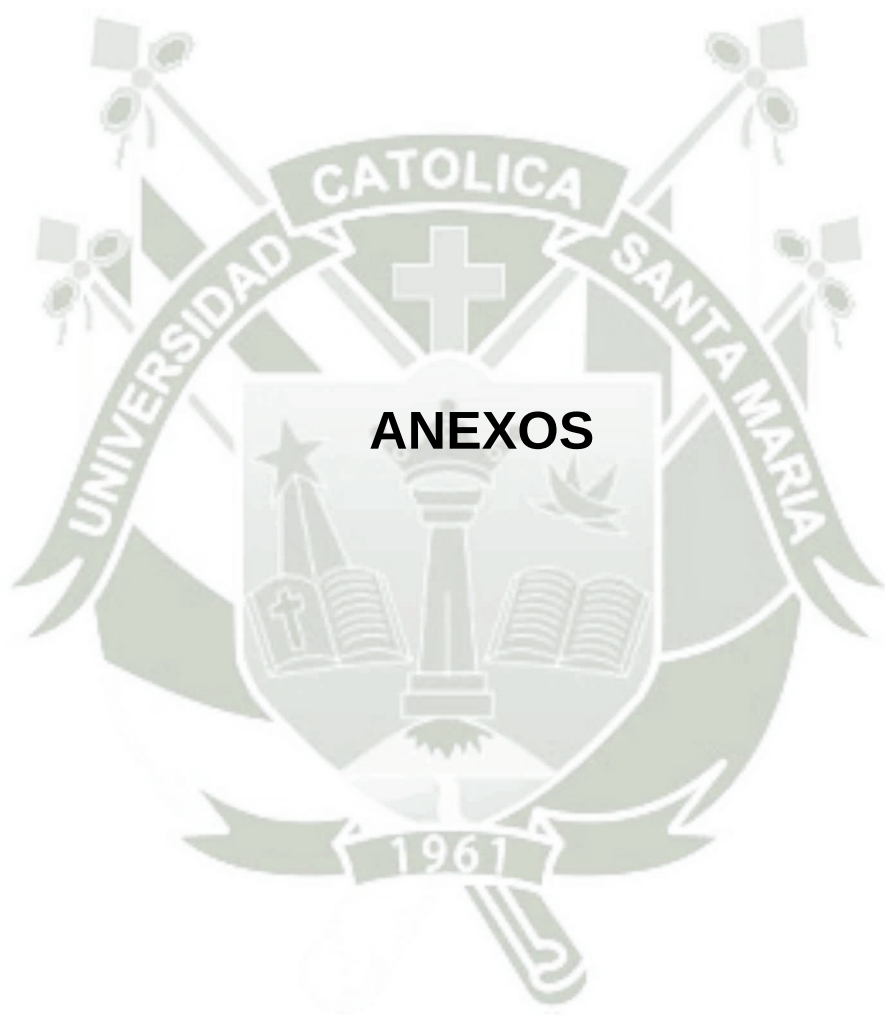
26. SHIROM, A. (1989). Burnout in work organization. En C. L. Cooper y I. Robertson (Eds.), *International Review of Industrial and Organizational Psychology*. New York: John Wiley and Sons
27. TAYLOR, SG. OREM, Dorothea E. (2007) Teoría del déficit de autocuidado. En: Marriner A, Raile M. *Modelos y teoría en enfermería*. 6ª ed. España: Elsevier
28. WINNUST, J.A. (1993). Organizational structure, social support and burnout. En W.B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research*. UK: Taylor & Francis.
29. ZIJLSTRA, F. y DE VRIES, J. (2000). Burnout and the relationships with sociodemographic and work related variables. En I.D.H. Houtman, W.B. Schaufeli y T. Taris (Eds.), *Occupational fatigue and work*, Alphen a/d Rijn: Samsom
30. ARANDA B. Carolina; PANDO M. Manuel; SALAZAR E. José; TORRES L. Teresa; ALDRETE R. Guadalupe y PÉREZ R. Berenice; "Síndrome de Burnout en médicos familiares del Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara, México, 2004". *Rev Cubana Salud Pública*. 2005, vol.31, n.2
31. ARAUCO O. Gladys; ENCISO V. Jacqueline; GARCIA M. Roxana; "Factores sociodemográficos y síndrome de Burnout en el profesional de enfermería del Hospital Nacional Arzobispo Loayza", Lima-Perú, 2004.
32. GOMERO C. Raúl, PALOMINO B. Juan, RUIZ G. Fermín, LLAP Y. Carlos. "El Síndrome de Burnout en personal sanitario de los hospitales de la Empresa Minera de Southern Perú Copper Corporation" Estudio Piloto. 2005.
33. LÓPEZ Carmen, ZEGARRA Ángela y CUBA Víctor "Factores asociados al Síndrome de Burnout en Enfermeras de emergencia del hospital nacional Guillermo Almenara Irigoyen, 2006" *Rev. de Ciencias de la Salud* 1:1 2006
34. MARIÑOS Alejandro; OTERO, Miluska; TOMATEO Jorge; MALAGA Germán "Coexistencia de síndrome de Burnout y síntomas depresivos en médicos residentes en un hospital de Lima 2011". *Rev Med Hered* 2011; 22:162-168.
35. OLMEDO MONTES, M. "Variables Demográficas, Laborales y Burnout". Facultad de Psicología. Universidad de Málaga. España, 2005.
36. ORDENES D, Nadia "Prevalencia de Burnout en trabajadores del hospital Roberto del Río Chile, 2003" *Rev. chil. pediatr.* 2004, vol.75, n.5
37. PEÑA VELÁZQUEZ Adolfo. "Síndrome de Burnout, en profesionales de la salud del Hospital Universitario Cmdte. Manuel Fajardo", Cuba, 2008.

38. QUIROZ VALDIVIA, Rodolfo. “Factores Asociados al Síndrome Burnout en Médicos y Enfermeras del Hospital Nacional Sur Este de Essalud del Cusco”, 2002
39. RENDULICH TALAVERA, María Elena. Síndrome de desgaste profesional en el personal de enfermería del Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguí Escobedo, EsSalud – Arequipa, 2002.
40. SCHOJ, Débora; RICHAUD de MINZI, María C. doctora en Psicología. Estudio del nivel de Burnout y tipo de afrontamiento utilizado por médicos de servicios de emergencia y médicos de salas de guardia del Hospital de la Plata. Argentina, marzo de 2003.
41. AYUSO, J.L. y LÓPEZ, J. (1993). Síndrome de Burnout y SIDA. Cuadernos de Medicina Psicosomática, (27), 42-46.
42. BRILL, P. L. (1984). The need for an operacional definition of burnout. Family and Community Health, 6, 12-24.
43. CEBRIÁ, J.; et al. (2001). Rasgos de personalidad y burnout en médicos de familia. Atención Primaria, 27, 7, 459-468.
44. CRONIN-STUBBS, D. y ROOKS, C. (1985). The stress, social support, and burnout of critical care nurses. Heart and Lung, 14, 31-39.
45. FARBER, B.A. (1984). Stress and burnout in suburban teachers. Journal of Educational Research, 77,(6), 325-331.
46. FREUDENBERGER, H.J. (1974). Staff burnout. The Journal of Social Issues, 30(1), 159-166.
47. FREUDENBERGER, H.J. (1980). Burn-out. Nueva York: Doubleday.
48. GIL-MONTE, P.R., PEIRÓ, J.M. y VALCÁRCEL, P. (1995). A causal model of burnout process development: An alternative to Golembiewski and Leiter models. “Seven European Congress on Work and Organizational Psychology”, Gyor (Hungary).
49. GIL-MONTE, Pedro R. (2001) Validez factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory-General Survey. Salud Pública Mex 2002; 44:33-40
50. GOLEMBIEWSKI, R.T.; MUNZENRIDER, R. y CARTER, D. (1983). Phases of progressive Burnout and their work site covariants: Critical issues in od research and praxis. Journal of Applied Behavioral Science, 19, 461-481.
51. GONÇAVES ESTELLA, F.; et al. (2002). Síndrome de Burnout en el médico general. Medicina General, 43, 278-283.

52. HERNÁNDEZ-MARTÍN, L.; FERNÁNDEZ-CALVO, B.; RAMOS, F. y CONTADOR, I. (2007). El síndrome de burnout en funcionarios de vigilancia de un centro penitenciario. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6, 3, 599-611.
53. LEE, R.T. y ASHFORTH, B.E. (1993). A longitudinal study of burnout among supervisors and managers: Comparisons between the Leiter and Maslach (1988) and Golembiewski et al (1986) models. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 54, 369-398.
54. LEITER, M.P. y MASLACH, C. (1988). The impact of interpersonal environment on Burnout and organizational commitment. *Journal of Organizational Behavior*, 9, 297-308
55. LEITER, M.P. (1989a). Conceptual implications of two models of burnout: A response to Golembiewski. *Group and Organization Studies*, 14(1), 15-22.
56. LEITER, M.P. (1990). The impact of family resources, control coping and skill utilization on the development of burnout: A longitudinal study. *Human Relations*, 43, 1067-1083.
57. LEITER, M. P. (1992). Burnout as a crisis in self-efficacy-conceptual and practical implications. *Work and stress*, 6 (2), 107-116.
58. MASLACH, C. (1976). Burned-out. *Human Behavior*, 5, 16-22.
59. MOLINA LINDE, J.M.; AVALOS MARTÍNEZ, F. y GIMÉNEZ CERVANTES, I. (2005). Burnout en enfermería de Atención Hospitalaria. *Enfermería Clínica*, 15, 5, 275-282.
60. NAISBERG JL, FENNING S. (1991) Personality characteristics and properness to Burnout: A study among psychiatrist. *Stress Med.* 1991; 7, 4: 201-205.
61. PERIS, M. D. (2002). El número 7±2 como explicación cognitiva (LMCP) del síndrome de burnout y de PTSD. Ponencia presentada en la Jornada de debate Multidisciplinar sobre Mobbing. Universitat Jaume I de Castellón. 14-12-2002.
62. PERLMAN, B., & HARTMAN, E. A. (1982). Burnout: Summary and Future Research. *Human Relations*, 35, 283-305.
63. SALANOVA, M., SCHAUFELI, W. B., PEIRÓ, J. M. y GRAU, R. (2000). Desde el 'burnout' al 'engagement': ¿una nueva perspectiva? *Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones*, 16, 117-134.
64. SINGH, J., GOOLSBY, J.R. y RHOADS, G.K. (1994). Behavioral and psychological consequences of boundary spanning burnout for customer service representatives. *Journal of Marketing Research*, 31, 558-569.

65. THOMPSON, M.S., PAGE, S.L. y COOPER, C.L. (1993). A test of Carver and Scheier's self-control model of stress in exploring burnout among mental health nurses. *Stress Medicine*, 9, 221-235.
66. THOMPSON, S. (1995). Stress and the female doctor. *Occupational Health*, 47, 10,344-345.
67. ZALDÚA, J.; LODIEU, N. (1999) "Cuando el Trabajo Enferma". *Revista El Médico*. Buenos Aires: Belgrano.127; 4-5





ANEXOS

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



PROYECTO DE TESIS

"CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DEL
SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL MÉDICO Y DE ENFERMERÍA DEL
HOSPITAL REGIONAL DE AREQUIPA PNP MAY. ODO. JULIO PINTO
MANRIQUE – 2013"

PRESENTADO POR:

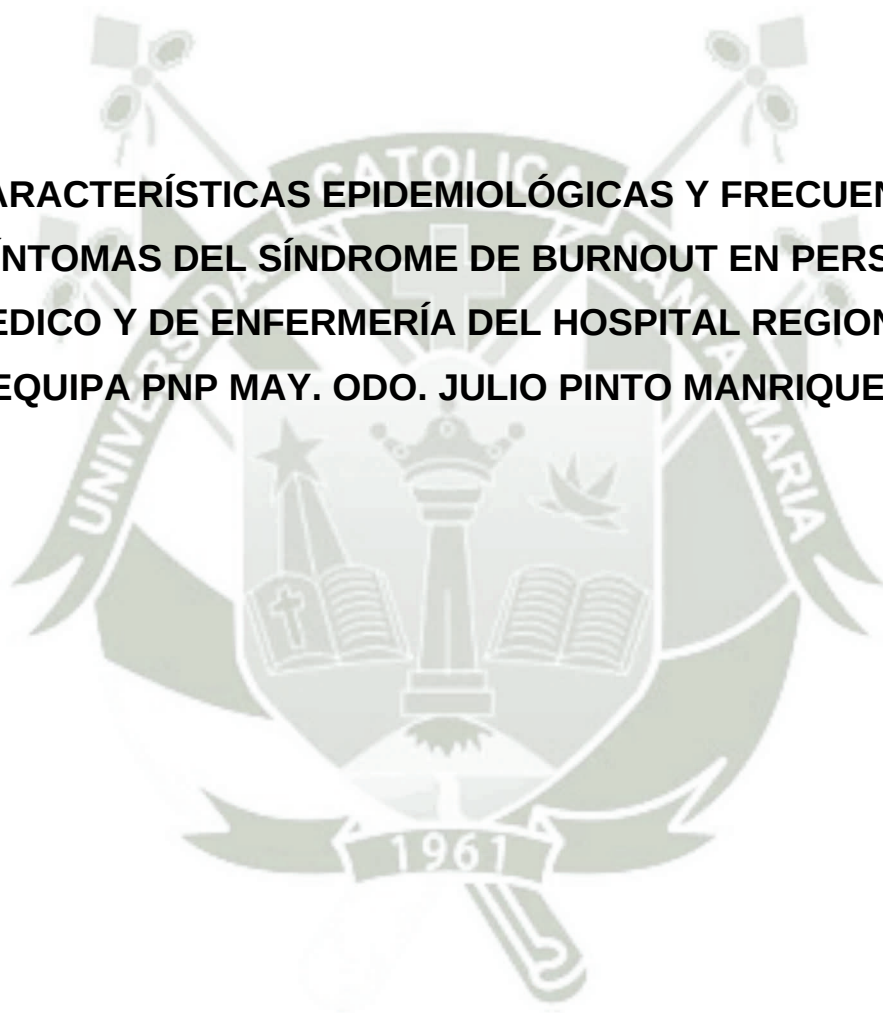
FAVIO EDUARDO VEGA CENTENO BUENO

Para obtener el título profesional de:

Médico Cirujano

**AREQUIPA - PERÚ
2013**

**“CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y FRECUENCIA DE
SÍNTOMAS DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL
MEDICO Y DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DE
AREQUIPA PNP MAY. ODO. JULIO PINTO MANRIQUE – 2013”**



I. PREAMBULO

A partir de su conceptualización inicial en la década de los setenta en el terreno de las instituciones del sector salud, nadie discute la importancia del denominado síndrome de Burnout en la esfera profesional de la conducta humana este Síndrome, ha recibido un interés creciente, el cual se asocia al estudio de la calidad de vida laboral y sus repercusiones tanto en el ámbito individual como organizacional.

El síndrome de Burnout se conecta estrechamente a la investigación genérica sobre estrés laboral, pudiendo incluso confundir su delimitador conceptual con éste.

En medicina se puede hablar del Burnout como "estrés laboral asistencial" ligado generalmente al trato con usuarios de servicios profesionales especializados, aunque dada la complejidad del síndrome se va imponiendo la necesidad de aclarar su relación no sólo con el estrés sino con otros múltiples criterios del comportamiento organizacional.

Cada vez parece más aceptada una primera definición referencial que sitúa al Burnout como respuesta, generalmente de carácter desadaptativo, asociada al estrés laboral crónico.

En este sentido, con los nuevos modelos en cuanto a calidad de atención al usuario, en el Hospital Regional de Arequipa PNP May. Odo. "Julio Pinto Manrique", los trabajadores de salud están sometidos a mayores presiones, ya que tienen que tratar con mayor "calidad" al usuario; requiriendo mayor esfuerzo, esto combinado al incremento de la demanda de usuarios este último año, a la mayor interrelación con el paciente, a la menor disposición de recursos y muchas veces a la responsabilidad de tener que resolver los problemas, aun utilizando recursos propios y más aún con la sanción no solo institucional; sino también, personal al no tener un resultado positivo.

Así mismo tienen que enfrentar problemas personales, interpersonales y organizacionales; tales como baja remuneración e inestabilidad laboral. Todo esto expone al trabajador de salud de esta institución a muchos factores que podrían predisponerlos a padecer del síndrome Burnout a corto o largo plazo.

Por tales razones y vista la importancia del síndrome de Burnout como línea de investigación nos vemos en la necesidad, para realizar un estudio, que nos permita determinar si el personal de salud del Hospital Regional de Arequipa PNP "Julio Pinto Manrique", padecen síntomas del síndrome Burnout, cual es la frecuencia de los síntomas del síndrome de Burnout, y qué características epidemiológicas se relacionan con ellos.

II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1. ENUNCIADO DEL PROBLEMA

“CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL MEDICO Y DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DE AREQUIPA PNP MAY. ODO. JULIO PINTO MANRIQUE - 2013”

1.2. DESCRIPCION DEL PROBLEMA

1.2.1. Área del conocimiento:

General	: Ciencias de la salud
Específica	: Medicina Humana
Especialidad	: Psiquiatría
Línea	: Estrés laboral

1.2.2. Análisis u Operacionalización de variables e indicadores:

VARIABLES	INDICADORES	SUBINDICADORES	TIPO DE VARIABLE
SÍNTOMAS DEL SÍNDROME DE BURNOUT	Cansancio o agotamiento emocional	• 27 o >: nivel alto. • 19-26: nivel medio. • < 19: nivel bajo o muy bajo.	Ordinal
	Despersonalización	• >10: nivel alto. • 6-9: nivel medio. • < 6: nivel bajo.	
	Realización personal	• >40: nivel alto • 34-39: nivel medio. • 0-30: nivel bajo.	
CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLOGICAS	Edad	Años cronológicos	Numérica
	Sexo	Masculino Femenino	Nominal
	Estado civil	Soltero(a) Casado(a) Conviviente(a) Separado(a) Divorciado(a) Viudo(a)	Nominal
	Profesión	Medico Enfermera	Nominal
	Tiempo de servicio profesional en el hospital	1-5 años 6-10 años 11-15 años 16-20 años +20 años	Numérica
	Satisfacción con la remuneración	Si/No	Nominal
	Situación económica	Buena Regular Mala	Nominal

1.2.3. Interrogantes básicas:

¿Cuál es la frecuencia de síntomas del Síndrome Burnout en el personal médico y de enfermería del Hospital Regional de Arequipa PNP May. Odo. “Julio Pinto Manrique”?

¿Cuáles son las características epidemiológicas del personal médico y de enfermería del Hospital Regional de Arequipa PNP May. Odo. “Julio Pinto Manrique”?

¿Cuál es la relación entre los síntomas frecuentes del síndrome de Burnout y las características epidemiológicas del personal médico y de enfermería del Hospital Regional de Arequipa PNP May. Odo. “Julio Pinto Manrique”?

1.2.4. Tipo de investigación:

De campo y transversal

1.2.5. Nivel de Investigación

Descriptivo: Porque busca describir la frecuencia de síntomas del síndrome de Burnout en el personal médico y de enfermería del Hospital Regional de Arequipa PNP May. Odo. “Julio Pinto Manrique”.

1.2.6. Técnica de investigación:

- Entrevista

1.3 JUSTIFICACION

Originalidad

Esta investigación no fue realizada anteriormente en el Hospital Regional de Arequipa PNP May. Odo. “Julio Pinto Manrique”, siendo este por lo tanto un trabajo de tesis original; por tal razón aportaría de manera significativa al conocimiento del síndrome Burnout.

Relevancia científica

Conocer la frecuencia de síntomas del síndrome de Burnout ya que como se pudo evidenciar en otros estudios, éste se viene incrementando y así conocer cuánto puede afectar al personal de salud, a sus familias y a la institución en la cual laboran.

Utilidad Metodológica

Esta investigación contribuiría a la creación de nuevos instrumentos para la recolección y análisis de datos, definición de conceptos, de ambientes, de variables y la relación entre éstas; pudiendo así mismo proporcionar mejoras en la forma de experimentar con una o más variables, en la manera de cómo estudiar a una población y así enriquecer la búsqueda de conocimientos.

Práctica social

El estudio nos capacitaría para poder plantear soluciones de manera oportuna y eficaz, y así poder evitar las consecuencias; tales como, el deterioro: de la salud, de las interrelaciones personales, de las relaciones afectivas e intrafamiliares y las de orden laboral, tal como es el déficit en el desempeño laboral, entre otras.

También, impactará favorablemente con oportunidad, calidad y eficacia en la atención que les proporcionen a los pacientes que solicitan los servicios de salud, ya que serán cubiertas sus expectativas, mejorará su calidad de vida, disminuirá la visita a los hospitales, en la institución habrá una reducción del gasto público, así como se tendrán índices de estándares de alta calidad, disminución de mortalidad en los pacientes y mejorarán las relaciones médico-paciente.

Interés personal

El estudio nos serviría no sólo como punto de partida para posteriores investigaciones; sino también, y creemos que es muy importante, el de conocer y reconocer la signología y sintomatología de Síndrome Burnout.

La recompensa de conocer dichos síntomas a tiempo serían los de poder prevenirlos o si ya están presentes, entonces detenerlos e incluso revertirlos para un mejor desempeño laboral en beneficio no sólo de la persona, en este caso del personal de salud (médicos y enfermeras); sino también, de los pacientes a los cuales atienden.

Finalmente, las instituciones de salud en las que uno como médico pueda trabajar se verán favorecidas por la imagen que se perciba tanto del personal de salud como de los mismos usuarios, produciendo un impacto favorable para el cambio que deberá instrumentar todo el sistema del sector salud.

Contribución con el Conocimiento

Dado que este síndrome es prevenible, es muy importante disponer de datos sobre la frecuencia de sus síntomas en este colectivo para poder elaborar planes de prevención para poder identificar precozmente, la predisposición, el padecimiento, el progreso y las posibles consecuencias que acarrearán su presencia.

Factibilidad

El estudio se podría realizar de manera adecuada ya que se cuenta con una población en número constante, con buena accesibilidad y buena disposición para la colaboración con la investigación, los datos serán obtenidos de manera directa por encuesta personalizada, confidencial y anónima.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 SÍNDROME DE BURNOUT

2.1.1 INTRODUCCIÓN

Uno de los temas fundamentales tratados en el estudio del Burnout ha sido su definición, así como diferentes aportaciones conceptuales a la comprensión del Burnout que, como ya vimos anteriormente, se ha presentado y se sigue presentando con diferentes obstáculos por la dificultad de conceptualizar un proceso complejo como es el de este síndrome, así como por su similitud, cuando no igualdad, con el concepto estrés aplicado a las organizaciones (estrés laboral) ha supuesto cuestionar continuamente el constructo.

El término Burnout, cuya traducción al castellano significa “estar quemado”, ha sido utilizado en inglés dentro de la jerga deportiva, con él, se intentaba describir una situación en la que, en contra de las expectativas del deportista, éste no lograba obtener los resultados esperados por más que se hubiera entrenado para conseguirlos.

Fuera del contexto deportivo, Freudenberg (1974) utilizó por primera vez el vocablo Burnout para referirse a los problemas de los servicios sociales, pero fue Cristina Maslach quién comenzó a divulgarlo en el Congreso Anual de la Asociación

Americana de Psicólogos en 1977. Ella utilizó esta expresión para referirse a que los trabajadores de los servicios humanos después de meses o años de dedicación acababan “quemándose” en el trabajo¹.

El síndrome de Burnout, también se le denomina “síndrome de quemarse por el trabajo”, “síndrome de desgaste profesional” o “síndrome de desgaste emocional”.

El síndrome de Burnout hace referencia a un fenómeno de desgaste profesional observable en los profesionales que trabajan directamente con personas. Se suele conceptuar como el resultado de continuas y repetidas presiones emocionales asociadas con un compromiso intenso con los usuarios, pacientes o clientes, durante un periodo de tiempo prolongado (Pines, Aronson y Kafry, 1981). Y también se ha definido el Burnout como el resultado de la discrepancia entre las expectativas y los ideales individuales del trabajador y la cruda realidad de cada día en la vida profesional (Schaufeli y Buunk, 2003)².

Los trabajadores que pueden ser susceptibles de Burnout se encuentran con mayor frecuencia entre aquellas ocupaciones en las que se presta una atención constante y directa de ayuda a personas; es el caso de las profesiones sanitarias, sociales o educativas, y son algunos de estos trabajadores los que pueden desarrollar sentimientos cada vez más negativos hacia los pacientes, usuarios o alumnos.

Aunque este síndrome se ha considerado como exclusivo de servicios sanitarios, servicios sociales, instituciones docentes y servicios de seguridad que trabajan, lo cierto es que el síndrome ha sido descrito en otras profesiones (Elloy, Terpening y Kohls, 2001).

También unos autores (Golembiewski, Munzenrider y Carter, 1983) señalan, a diferencia de otros (Maslach y Jackson, 1981; Cox, Kuk y Leiter, 1993), que el síndrome de Burnout se puede desarrollar en todo tipo de profesionales, no

¹ FREUDENBERGER, H.J. (1974). Staff burnout. The Journal of Social Issues, 30(1), 159-166.

² BUUNK, R.J. y SCHAUFELI, W.B. (1993). Burnout: A perspective from social comparison theory. En W.B. Schaufeli, C. Maslach y T.Marek (Eds.), Professional burnout: Recent developments in theory and research. UK: Taylor & Francis. P75

exclusivamente en aquellos que trabajan en contacto directo con los receptores de su trabajo. De hecho, en una gran parte de sus estudios utilizan como trabajadores muestras de directivos, vendedores o profesionales que no trabajan en servicios con personas³.

El interés por este campo se acrecentó debido a tres factores que Perlman y Hartman (1982) señalan como fundamentales:

- La cada vez mayor importancia que los servicios humanos fueron adquiriendo como partícipes del bienestar individual y de la colectividad.
- La valoración y mayor exigencia que los pacientes, usuarios o alumnos hacían de los servicios sanitarios, sociales o educativos.
- Los conocimientos por parte de los investigadores, de los perjudiciales efectos del estrés en las personas y de los ambientes en los que participa el trabajador⁴.

Es conveniente reservar el diagnóstico de síndrome de Burnout cuando se da específicamente en aquellas profesiones que mantienen un contacto directo y constante con personas, cuando entre ambos media una relación de ayuda o servicio y son beneficiarios del propio trabajo (sanitarios, trabajadores sociales, fuerzas del orden, docentes, personal de justicia, trabajadores de banca, árbitros y jueces deportivos, trabajadores del sector turístico, etc.) (Gil-Monte y Moreno Jiménez, 2007) y el diagnóstico de estrés laboral es el adecuado para las profesiones que carecen de contacto directo y constante con personas y que no tengan relación de ayuda o servicio⁵.

³ GOLEMBIEWSKI, R. T., MUNZENRIDER, R. y CARTER, D. (1983). Phases of progressive burnout and their work site covariants: critical issues in OD research and praxis. *Journal of Applied Behavior Science*, 19 (4), 461-481.

⁴ PERLMAN, B., & HARTMAN, E. A. (1982). Burnout: Summary and Future Research. *Human Relations*, 35, 283-305.

⁵ GIL-MONTE, P. R. y MORENO-JIMÉNEZ, B. (Comp.) (2007). El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout): grupos profesionales de riesgo. Madrid: Pirámide. (ISBN: 978-84-368-2112-3).p21-39

2.1.2 EPIDEMIOLOGIA

La Fundación Europea para las Mejora de las Condiciones de Vida y Trabajo llegó a afirmar en 1999, que un 20% de la población trabajadora sufría Burnout (Pérez Bilbao, 2001).

Siempre ha habido disparidad de datos estadísticos. Así, se ha señalado que el Burnout aparecía comúnmente entre los profesionales de la medicina variando el número de afectados entre el 25% y el 60% (Shanafelt y otros 2002), aunque el Instituto de Estudios Laborales (IEL) ha realizado un trabajo en Europa en el que se reseña que el 87,8 % de los médicos de Atención Primaria se siente agotado emocionalmente (Diario Médico, 2004).

También se ha destacado en distintos estudios que del 10% al 12% de los médicos en activo están emocionalmente perturbados (Gonçalves Estella y otros, 2002) y que sufrirán problemas mentales o conductas adictivas a lo largo de su vida profesional (Gracia, 2004)⁶.

Un estudio con médicos de Atención Primaria utilizando el punto de corte usado en la mayoría de los estudios muestra que un 40% de los médicos presenta valores altos en cansancio emocional y despersonalización. Asimismo, alrededor del 30% se presenta con una percepción de realización personal baja. Y las tasas de suicidio como el número de cirrosis de la clase médica es tres veces superior a la población general (Margison, 1987)⁷.

Estos resultados indican que el porcentaje con algún criterio de Burnout es notable entre los profesionales de Atención Primaria. Es llamativo que más de un 12% tenga máximos criterios de síndrome de Burnout. Se detectaron diferencias entre varones

⁶ GONÇAVES ESTELLA, F.; et al. (2002). Síndrome de Burnout en el médico general. Medicina General, 43, 278-283.

⁷ MARGISON, F.R. (1987). Stress in Psychiatrist. En R. Payne y J. Firth-Cozens (Eds.), Stress in Health Professionals. New York: Wiley.p16

y mujeres (Cebriá y otros, 2001)⁸ En algunos estudios se ha observado mayor riesgo para las mujeres (Thompson, 1995)⁹.

En un estudio con enfermeras se observó que entre un 27% y un 39% presentó puntuaciones indicativas de Burnout en alguna de las 3 subescalas. El 6,09% presentó puntuaciones indicativas de Burnout en las 3 subescalas conjuntamente (Molina Linde, Ávalos Martínez y Giménez Cervantes, 2005)¹⁰.

También se ha descrito que el 41,22 % de los profesores de secundaria de la Provincia de Salamanca sufre Burnout y falta de realización profesional y un 46,61% se encuentra dentro de los márgenes de agotamiento emocional (Guerra Cid y Jiménez Torres, 2004).

Zijlstra y De Vries (2000) estimaron que el 9% de los profesores alcanzan criterio de Burnout clínico¹¹.

Otro estudio con trabajadores del sector de los Servicios Sociales que trabajan con personas víctimas de la violencia de género señala que un 50% de los profesionales presentan niveles altos en por lo menos una dimensión del Burnout, un 23% en dos dimensiones y un 11,5% en las tres dimensiones. (Morales, Gallego y Rotger, 2004).

Y también en un trabajo realizado con funcionarios de prisiones se concluyó que el 43,6% de los trabajadores de la muestra utilizada sufría el síndrome de Burnout, sobre todo en las dimensiones cansancio emocional y despersonalización (Hernández-Martín, Fernández-Calvo, Ramos y Contador, 2007)¹².

⁸ CEBRIÁ, J.; et al. (2001). Rasgos de personalidad y burnout en médicos de familia. *Atención Primaria*, 27, 7, 459-468.

⁹ THOMPSON, S. (1995). Stress and the female doctor. *Occupational Health*, 47, 10, 344-345.

¹⁰ MOLINA LINDE, J.M.; AVALOS MARTÍNEZ, F. y GIMÉNEZ CERVANTES, I. (2005). Burnout en enfermería de Atención Hospitalaria. *Enfermería Clínica*, 15, 5, 275-282.

¹¹ ZIJLSTRA, F. y DE VRIES, J. (2000). Burnout and the relationships with sociodemographic and work related variables. En I.D.H. Houtman, W.B. Schaufeli y T. Taris (Eds.), *Occupational fatigue and work*, Alpen a/d Rijn: Samsom, pp. 83-96

¹² HERNÁNDEZ-MARTÍN, L.; FERNÁNDEZ-CALVO, B.; RAMOS, F. y CONTADOR, I. (2007). El síndrome de burnout en funcionarios de vigilancia de un centro penitenciario. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6, 3, 599-611.

2.1.3 EVOLUCIÓN CONCEPTUAL DEL BURNOUT

Pasaremos a describir una relación de algunas de las definiciones de Burnout aparecidas en la literatura sobre este tema.

Freudenberger (1974): Sensación de fracaso y una existencia agotada o gastada que resultaba de una sobrecarga por exigencias de energías, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador¹³.

Pines y Kafry (1978): Una experiencia general de agotamiento físico, emocional y actitudinal¹⁴.

Edelwich y Brodsky (1980): Pérdida progresiva del idealismo, energía y motivos vividos por la gente en las profesiones de ayuda, como resultado de las condiciones del trabajo. Estos autores proponen cuatro fases por las que pasa todo individuo que padece Burnout: a) entusiasmo, caracterizado por elevadas aspiraciones, energía desbordante y carencia de la noción de peligro, b) estancamiento, que surge tras no cumplirse las expectativas originales, empezando a aparecer la frustración, c) frustración, en la que comienzan a surgir problemas emocionales, físicos y conductuales, con lo que esta fase sería el núcleo central del síndrome, y d) apatía, que sufre el individuo y que constituye el mecanismo de defensa ante la frustración¹⁵.

Freudenberger (1980b): Estado de fatiga o frustración dado por la devoción a una causa, modo de vida o relación que no produce la recompensa deseada¹⁶.

Cherniss (1980b): Proceso transaccional de estrés y tensión en el trabajo, en el que destacan tres momentos: a) desequilibrio entre demandas en el trabajo y recursos

¹³ FREUDENBERGER, H.J. (1974). Staff burnout. The Journal of Social Issues, 30(1), 159-166.

¹⁴ PINES, A. y KAFRY, D. (1981). Coping with burnout. En J. Jones (Ed.), The Burnout Syndrom. Parkridge, IL: London House Press.p391-410

¹⁵ EDELWICH, J. Y BRODSKY, A. (1980): Burnout: Stages of Disillusionment in the Helping Professions. Nueva York: Human Sciences Press. p45-71

¹⁶ FREUDENBERGER, H. J. (1980b). Burnout: the high cost of high achievement. Garden City, New York: Doubleday.p29-32

individuales (estrés), b) respuesta emocional a corto plazo, ante el anterior desequilibrio, caracterizada por ansiedad, tensión, fatiga y agotamiento y c) cambios en actitudes y conductas (afrontamiento defensivo)¹⁷.

Pines, Aaronson y Kafry (1981): Un estado de agotamiento físico, emocional y mental causado por estar implicada la persona durante largos períodos de tiempo en situaciones que le afectan emocionalmente¹⁸.

Maslach y Jackson (1981): Respuesta al estrés laboral crónico que conlleva la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado, el desarrollo de actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja (actitudes de despersonalización), y la aparición de procesos de devaluación del propio rol profesional. Entienden que el Burnout se configura como un síndrome tridimensional caracterizado por: a) agotamiento emocional, b) despersonalización y c) reducida realización personal¹⁹.

Brill (1984): Un estado disfuncional y disfórico relacionado con el trabajo, en una persona que no padece otra alteración psicopatológica mayor, en un puesto de trabajo en el que antes ha funcionado bien, tanto a nivel de rendimiento objetivo como de satisfacción personal, y que luego ya no puede conseguirlo de nuevo, si no es por una intervención externa de ayuda, o por un reajuste laboral; y que está en relación con las expectativas previas²⁰.

Cronin-Stubbs y Rooks (1985): Una respuesta inadecuada, emocional y conductual a los estresores ocupacionales²¹.

Shirom (1989): Consecuencia de la disfunción de los esfuerzos de afrontamiento, de manera que al descender los recursos personales aumenta el síndrome, por lo

¹⁷ CHERNISS, C. (1980b). Staff burnout: Job stress in the human services. Beverly Hills: Sage. P15

¹⁸ PINES, A., ARONSON, E. y KAFRY, D. (1981). Burnout: From tedium to personal growth. En C. Cherniss (Ed.), Staff burnout: Job stress in the human services. Nueva York: The Free Press.p21

¹⁹ MASLACH, C. y JACKSON, S.E. (1981). Maslach Burnout Inventory. Palo Alto, California: Consulting Psychological Press p32

²⁰ BRILL, P. L. (1984). The need for an operacional definition of burnout. Family and Community Health, 6, 12-24.

²¹ CRONIN-STUBBS, D. y ROOKS, C. (1985). The stress, social support, and burnout of critical care nurses. Heart and Lung, 14, 31-39.

que la variable de afrontamiento sería determinante en la comprensión del Burnout²².

Moreno, Oliver y Aragoneses (1991): Tipo de estrés laboral que se da principalmente en aquellas profesiones que suponen una relación interpersonal intensa con los beneficiarios del propio trabajo²³.

Leiter (1992): Una crisis de autoeficacia. Distanciando así el Burnout del estrés laboral²⁴.

Burke y Richardsen (1993): Proceso que ocurre a nivel individual como una experiencia psicológica envuelta de sensaciones, actitudes, motivos y expectativas, y es una experiencia negativa que da lugar a problemas de discomfort²⁵.

Leal (1993): Sintomatología depresiva que surge ante lo que el individuo siente como fracaso de sus intervenciones, pérdida de autoestima por la vivencia de que su trabajo y esfuerzo no son útiles²⁶.

Gil-Monte y Peiró (1997): Una respuesta al estrés laboral crónico y una experiencia subjetiva interna que agrupa sentimientos, cogniciones y actitudes, y que tiene un cariz negativo para el sujeto al implicar alteraciones, problemas y disfunciones psicofisiológicas con consecuencias nocivas para la persona y para la institución²⁷.

Peris (2002): Trastorno caracterizado por la sobrecarga y/o desestructura de tareas cognitivas por encima del límite de la capacidad humana²⁸.

²² SHIROM, A. (1989). Burnout in work organization. En C. L. Cooper y I. Robertson (Eds.), *International Review of Industrial and Organizational Psychology*. New York: John Wiley and Sons.p18

²³ MORENO, B., OLIVER, C. y ARAGONESES, A. (1991). El burnout, una forma específica de estrés laboral. En: G. Buela-Casal y V. E. Caballo (Eds.), *Manual de psicología clínica aplicada*. Madrid: Siglo XXI de España Editores, S.A.p271-285

²⁴ LEITER, M. P. (1992). Burnout as a crisis in self-efficacy-conceptual and practical implications. *Work and stress*, 6 (2), 107-116.

²⁵ BURKE, R. J. y RICHARDSEN, A. M. (1993). Psychological burnout in organizations. In R. T. Golembiewski (Ed.), *Handbook of organizational behavior*. New York: Marcel Dekker.p263-299

²⁶ LEAL RUBIO, J. (1993). Equipos comunitarios: ¿una ilusión sin porvenir, un porvenir sin ilusión? En *Salud Mental y Servicios Sociales: el espacio comunitario*. Barcelona: Diputación de Barcelona.p115

²⁷ GIL-MONTE, P.R. y PEIRÓ, J.M. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo. El síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis.P20

²⁸ PERIS, M. D. (2002). El número 7±2 como explicación cognitiva (LMCP) del síndrome de burnout y de PTSD. Ponencia presentada en la Jornada de debate Multidisciplinar sobre Mobbing. Universitat Jaume I de

Mingote Adán (1998) realiza una síntesis de los factores comunes a la mayoría de las definiciones de Burnout: a) predominan los síntomas disfóricos, y, sobretudo, el agotamiento emocional, b) destacan las alteraciones de conducta referentes al modelo asistencial o despersonalización de la relación con el cliente, c) se suelen dar síntomas físicos de estrés psicofisiológico, como cansancio hasta el agotamiento, malestar general, junto con técnicas paliativas reductoras de la ansiedad residual, como son las conductas adictivas, que, a su vez, median en deterioro de la calidad de vida, d) se trata de un síndrome clínico-laboral que se produce por una inadecuada adaptación al trabajo, aunque se de en individuos considerados presuntamente “normales” y e) se manifiesta por un menor rendimiento laboral, y por vivencias de baja realización personal, de insuficiencia e ineficacia laboral, desmotivación y retirada organizacional²⁹.

Como elementos diferenciadores de las distintas definiciones, encontramos por una parte autores que destacan la relación del Burnout con el estrés laboral, otros que comentan la importancia de los estados disfuncionales asociados al síndrome, los que lo relacionan con una sobrecarga cognitiva para el individuo o por último quienes lo llevan al plano personalizado como crisis de autoeficacia. Con todo esto, podríamos señalar a la inadecuada adaptación al estrés laboral, por cualquiera de los aspectos comentados anteriormente, como factor inherente al desarrollo del Burnout. De ahí la importancia que adquiere la descripción de los diferentes estresores laborales, de los que la presencia de unos u otros llevarán al trabajador, dependiendo de factores individuales, especialmente cognitivos, y de la escasez de recursos de afrontamiento, a desarrollar el síndrome de Burnout.

De las definiciones anteriores podríamos extraer que el Burnout sería consecuencia de eventos estresantes que disponen al individuo a padecerlo. Estos eventos podrán ser de carácter laboral, fundamentalmente, ya que la interacción que el individuo mantiene con los diversos condicionantes del trabajo son la clave para la aparición del Burnout. Es necesaria la presencia de unas "interacciones humanas"

Castellón.14-12-2002.

²⁹ MINGOTE ADÁN, J. C. (1998). Síndrome de burnout o síndrome de desgaste profesional. Formación Médica Continuada, 5 (8), 493-508.

trabajador-cliente, intensas y/o duraderas para que el síndrome aparezca. En este sentido, se conceptualiza el Burnout como un proceso continuo que va surgiendo de una manera paulatina (Arthur, 1990; Ayuso y López, 1993) y que se va "instaurando" en el individuo hasta provocar en éste los sentimientos propios del síndrome³⁰.

No hay acuerdo unánime en igualar los términos Burnout y estrés laboral, pero sí cierto consenso en asumir la similitud de ambos conceptos; sin embargo, definiciones como la de Freudenberger (1974), Maslach y Jackson (1981) o Pines, Aaronson y Kafry (1981) parecen indicar que existen matices que les hace difícilmente iguales. De hecho, Singh, Goolsby y Rhoads (1994) concluían que Burnout y estrés laboral son constructos claramente diferentes³¹.

Al igual que resulta imposible dar de lado u obviar la influencia del estrés diario en nuestras vidas (bien sea positivo o negativo), del mismo modo es imposible hacerlo con el estrés laboral por lo que creemos que el Burnout no deja de ser más que un problema adaptativo, por inadaptación, a uno o varios estresores laborales que nos conducen a padecer este síndrome o a desarrollar cualquier otra patología somática o psiquiátrica. La inadaptación al estrés de la vida diaria puede conducirnos o abocar en una ruptura de pareja, en conflictos familiares, en depresión, etc.; si la inadaptación es al desarrollo de nuestro trabajo nos conducirá de igual manera a los trastornos emocionales y psicológicos derivados de las respuestas necesarias para nuestro trabajo, tales como la despersonalización, el cinismo, el agotamiento o fatiga emocional, precursores, o bien resultado de una falta de realización personal de nuestro trabajo.

Por último nos gustaría dar nuestra propia definición de este síndrome de Burnout, que para nosotros sería "un trastorno de inadaptación al estrés laboral, agudo o crónico, bien por falta de recursos de afrontamiento, o bien por no llevar a cabo

³⁰ AYUSO, J.L. y LÓPEZ, J. (1993). Síndrome de Burnout y SIDA. Cuadernos de Medicina Psicosomática, (27), 42-46.

³¹ SINGH, J., GOOLSBY, J.R. y RHOADS, G.K. (1994). Behavioral and psychological consequences of boundary spanning burnout for customer service representatives. Journal of Marketing Research, 31, 558-569.

estrategias ya conocidas, que conllevaría a un estado disfuncional de tipo emocional y conductual”.

A partir de esta definición podemos señalar que: existen diferencias individuales a la hora de percibir el estrés; un mismo individuo en diferentes ocasiones y ante el mismo estresor puede sentirse afectado por él o no; los recursos de afrontamiento pueden ser aprendidos y por supuesto “olvidados” o arrinconados; el individuo puede o no, poner en práctica todos sus recursos; y por último, la afectación de esos estresores puede ser crónica o aguda. Determinamos como novedad incluir la variable estrés agudo, dado que a pesar de la cronicidad aparente del síndrome, éste puede “activarse” también tras un estresor agudo importante, como por ejemplo, cambios de servicio o de ambiente de trabajo en profesionales asistenciales, contacto demasiado próximo a la muerte o al sufrimiento humano, etc., lo que conllevaría al desarrollo del síndrome de una forma más rápida, o al menos de alguna de las dimensiones que lo componen.

Para concluir, hemos de decir que aunque algunos autores han señalado la falta de consenso a la hora de dar una definición de Burnout, el hecho de que el Maslach Burnout Inventory, planteamiento empírico que justifica la definición de Maslach y Jackson (1981), haya sido utilizado de forma casi unánime por los distintos autores para la realización de sus investigaciones, nos hace pensar que sí existe cierto consenso en afirmar que la conceptualización más aceptada de Burnout es la que ofrecen estas autoras.

2.1.4 ETAPAS DEL SINDROME DE BURNOUT

Se han establecido (Edelwich y Brodsky, 1980) varias etapas por las que atraviesa el trabajador hasta llegar al Burnout:

- a. Etapa de entusiasmo (el trabajador experimenta su profesión como algo estimulante y los conflictos se interpretan como algo pasajero y con solución. Y el trabajador tiene elevadas aspiraciones y una energía desbordante).

- b. Etapa de estancamiento (comienza cuando no se cumplen las expectativas sobre el trabajo y los objetivos empiezan a aparecer como difíciles de conseguir, aún con esfuerzo).
- c. Etapa de frustración (es el periodo de la desilusión y de la amotivación laboral, en la que brotan los problemas emocionales, físicos y conductuales).
- d. Etapa de apatía (se produce la resignación del trabajador ante la imposibilidad de cambiar las cosas).
- e. Etapa de Burnout (en esta etapa se llega a la imposibilidad física y psíquica de seguir adelante en el trabajo e irrumpe con fuerza la sintomatología: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal en el trabajo)³².

Y Cherniss (1980 a) subraya que se llega al Burnout desde el estrés laboral por un proceso de acomodación psicológica entre un trabajador estresado y un trabajo estresante, y distingue entre:

- a. Fase de estrés, que se caracteriza por un desajuste entre demandas laborales y los recursos del trabajador.
- b. Fase de agotamiento, en la que llegan a producirse de forma crónica respuestas de preocupación, tensión, ansiedad y fatiga.
- c. Fase de agotamiento defensivo, en la que se aprecian cambios en las actitudes y en la conducta, como la robotización y el cinismo³³.

2.1.5 MODELOS TEÓRICOS-ETIOLÓGICOS DEL BURNOUT

No existe un modelo único que explique el fenómeno del Burnout, sino que cada modelo se ha centrado y analizado algunas variables. La necesidad de explicar el síndrome de Burnout e integrarlo en marcos teóricos más generales, que permitiesen explicar su etiología de manera satisfactoria, ha dado lugar a la

³² EDELWICH, J. Y BRODSKY, A. (1980): Burnout: Stages of Disillusionment in the Helping Professions. Nueva York: Human Sciences Press. P45-71

³³ CHERNISS, C. (1980a). "Professional burnout in human service organizations". Nueva York: Praeger. P32

aparición de diversos modelos teóricos. La característica fundamental de estos modelos es que han sido elaborados para explicar la etiología del síndrome de Burnout desde marcos teóricos más amplios o diferentes a la propia teoría del síndrome. Estos modelos agrupan una serie de variables, consideradas como antecedentes y consecuentes del síndrome, y discuten a través de qué procesos los trabajadores llegan a sentirse quemados.

Un primer grupo de modelos se ha desarrollado en el marco de la teoría sociocognitiva del Yo, un segundo grupo ha elaborado los modelos desde las teorías del intercambio social, un tercer grupo se ha basado en la teoría organizacional y un cuarto grupo ha considerado la teoría estructural.

2.1.5.1 MODELOS ETIOLÓGICOS ELABORADOS DESDE LA TEORÍA SOCIOCOGNITIVA DEL YO

A. MODELO DE COMPETENCIA SOCIAL DE HARRISON

Harrison (1983) asume que el síndrome de Burnout es fundamentalmente una función de la competencia percibida y en base a ello elabora el modelo de competencia social.

Para este autor, la mayoría de los trabajadores que empiezan a trabajar en profesiones de servicios de ayuda están altamente motivados para ayudar a los demás y tienen un elevado de altruismo. En su entorno laboral se encuentran con factores de ayuda, que facilitan la actividad o con factores barrera que la dificultan. Entre estos factores están la existencia de objetivos laborales realistas, el nivel de ajuste entre los valores del trabajador y los valores de la institución, la capacitación profesional, la toma de decisiones, la ambigüedad de rol, disponibilidad de los recursos, la retroalimentación recibida, la sobrecarga laboral, etc.

Según este modelo, la motivación para ayudar va a predeterminar la eficacia del trabajador en la consecución de los objetivos laborales, de forma que a mayor motivación del trabajador mayor eficacia laboral. Además, si en el entorno existen factores de ayuda, esta efectividad crecerá y redundará en un aumento de los

sentimientos de competencia social del trabajador. Dado que estos sentimientos son altamente reforzantes para estos profesionales, pueden ser considerados como un gran factor de ayuda, de manera que mantendrán y aumentarán los sentimientos de eficacia e influirán de forma positiva en la motivación para ayudar.

Por el contrario, cuando los trabajadores encuentran en el entorno factores barrera, los sentimientos de eficacia disminuyen, porque el trabajador no acaba de conseguir sus objetivos, y esto afecta negativamente a la esperanza de conseguirlos. Al mantenerse esta situación en el tiempo se origina el síndrome de Burnout, que por retroalimentación facilita el desarrollo de los factores barrera, disminuye los sentimientos de eficacia percibida y la motivación para ayudar. Harrison (1983) señala que el modelo de competencia social es especialmente aplicable a los trabajadores que han desarrollado expectativas muy elevadas sobre la consecución de sus objetivos laborales, e intentan ayudar a los demás en situaciones que requieren algo más que la simple motivación para alcanzar el éxito.

Pines (1993) ha desarrollado un modelo similar al de Harrison, con la excepción de que incorpora la idea de que sólo los trabajadores que intentan darle un sentido existencial a su trabajo llegarán al Burnout, es decir, los profesionales que justifican su existencia por la labor de carácter humanitario y de ayuda que desarrollan en su trabajo. Esta justificación hace que la vida tenga sentido para el trabajador, pues las cosas que hace son útiles e importantes. Señala que el síndrome de Burnout se desarrollará en los trabajadores que se fijan altos objetivos en su vida profesional y mantengan grandes expectativas. Así, los trabajadores muy motivados por su labor y plenamente identificados con su trabajo, de significado existencial, cuando fracasan en la consecución de sus objetivos, se frustran esas expectativas, y sienten que no es posible realizar una contribución significativa a la vida, desarrollando el síndrome de Burnout. Pero, un trabajador que no esté inicialmente muy motivado puede experimentar estrés, alienación, depresión o fatiga, pero no el síndrome de Burnout.

El síndrome de Burnout es el resultado de un proceso de desilusión, un fallo en la búsqueda de sentido para su vida, en trabajadores altamente motivados hacia su trabajo³⁴.

B. MODELO DE LOS PROCESOS DEL BURNOUT DE CHERNISS.

Cherniss (1980a y b) conceptualiza el Burnout en un contexto de interacciones, donde las fuentes de estrés, que son la base del origen del síndrome, deben ser conceptualizadas en relación a las influencias laborales, las características de la persona y el cambio de actitudes de la misma. Destacando tres etapas:

- 1ª. Tiene lugar un desbalance entre las demandas en el trabajo y los recursos individuales, es decir se trataría de una situación de estrés psicosocial
- 2ª. Respuesta emocional a corto plazo, ante el anterior desequilibrio, caracterizada por ansiedad, tensión, fatiga y agotamiento; es decir se produce un estado de tensión psicofísica
- 3ª. Se suceden una serie de cambios en actitudes y conductas, consecuencia de un afrontamiento de tipo defensivo y huidizo, que evita las tareas estresantes y procura el alejamiento personal, por lo que hay una tendencia a tratar a los pacientes de forma distanciada, rutinaria y mecánica, anteponiendo cínicamente la gratificación de las propias necesidades al servicio que presta³⁵.

C. MODELO DE AUTOCONTROL DE THOMPSON, PAGE Y COOPER

Thompson, Page y Cooper (1993) circunscriben la etiología del síndrome a cuatro variables: las discrepancias entre las demandas de la tarea y los recursos del trabajador, el nivel de autoconciencia del trabajador, sus expectativas de éxito, y sus sentimientos de autoconfianza.

³⁴ HARRISON, W.D. (1983). A social competence model of burnout. En B.A. Farber (Ed.) Stress and burnout in the human services professions. Nueva York: Pergamon Press.p111-115

³⁵ CHERNISS, C. (1980a). Professional burnout in human service organizations. Nueva York: Praeger.p210-225

La autoconciencia es fundamental en la etiología del síndrome. Esta variable es considerada un rasgo de personalidad, y se conceptualiza como la capacidad del trabajador de autorregular sus niveles de estrés percibido durante el desarrollo de una tarea dirigida a la consecución de un objetivo. Los trabajadores con alta autoconciencia se caracterizan por una tendencia exagerada a autoperibirse y a concentrarse en su experiencia de estrés, por lo que perciben mayores niveles de estrés que los trabajadores con baja autoconciencia.

Se propone que el reconocimiento de las discrepancias percibidas o anticipadas entre demandas y recursos pueden intensificar el nivel de autoconciencia en algunos trabajadores, lo que afectará negativamente a su estado anímico que consecuentemente, redundará en una falta de confianza percibida para resolver esas discrepancias, y en bajos sentimientos de realización personal en el trabajo.

Cuando la consecución de los objetivos aparece continuamente frustrada, los trabajadores que puntúan alto en el riesgo de autoconciencia y pesimismo tienden a resolver las dificultades retirándose mental o conductualmente de la situación problemática.

El retiro conductual de los profesionales denota una tendencia a abandonar progresivamente los intentos de reducir las discrepancias percibidas en el logro de los objetivos profesionales. Las conductas de despersonalización son consideradas en este modelo como un patrón de retiro conductual. Pero además, cuando los profesionales no pueden desarrollar estas conductas de abandono experimentan sentimientos de desamparo profesional y de agotamiento emocional.

La existencia de rasgos intensos de autoconciencia y pesimismo en los profesionales de servicios de ayuda que permanecen en sus profesiones, potencia el retiro del esfuerzo que deberían invertir para resolver las discrepancias, lo que supone una forma de distanciamiento frente a la experiencia o al riesgo de experimentar emociones negativas. Se señala también que altos niveles de autoconciencia aumentan la experiencia de desilusión, frustración o pérdida. Por otra parte, la predisposición a adoptar unas expectativas optimistas de éxito en la

resolución de las discrepancias puede reforzar la confianza de los trabajadores en su habilidad para reducirlas, y así promover su persistencia en los intentos de reducir la discrepancia³⁶.

2.1.5.2 MODELOS ETIOLÓGICOS ELABORADOS DESDE LA TEORÍA DEL INTERCAMBIO SOCIAL

A. MODELO DE COMPARACIÓN SOCIAL DE BUUNK Y SCHAUFELI

Buunk y Schaufeli (1993) desarrollan su modelo para explicar la etiología del síndrome de Burnout en profesionales de enfermería, y señalan que dentro de este campo profesional el síndrome tiene una doble etiología: por un lado, los procesos de intercambio social con los pacientes y, por otro, los procesos de afiliación y comparación social con los compañeros.

En relación a los procesos de intercambio social con los pacientes, los profesionales de enfermería identifican tres variables estresoras relevantes para el desarrollo del síndrome: la incertidumbre, la percepción de equidad, y la falta de control. La incertidumbre, se refiere a la falta de claridad sobre lo que uno siente y piensa sobre cómo debe actuar. La percepción de equidad alude al equilibrio percibido entre lo que los trabajadores dan y lo que reciben en el transcurso de sus relaciones y la falta de control, tiene que ver con la posibilidad del trabajador de controlar los resultados de sus acciones laborales.

El rol de enfermería genera bastante incertidumbre con relativa frecuencia, pues se duda sobre su implicación con los pacientes, sobre cómo tratar sus problemas y sienten inseguridad sobre si hacen las cosas de manera adecuada. Además, las expectativas de recompensa y equidad de los profesionales aparecen frustradas frecuentemente, pues los pacientes suelen estar ansiosos y preocupados, y la interacción con ellos no resulta gratificante.

³⁶ THOMPSON, M.S.; PAGE, S.L. y COOPER, C.L. (1993). A test of Caver and Scheier's self-control model stress in exploring burnout among mental health nurses. *Stress Medicine*, 9, 221-235.

En relación a los procesos de afiliación social y comparación con los compañeros, los profesionales de enfermería no buscan apoyo social en situaciones de estrés, por el contrario, en estas situaciones evitan la presencia de compañeros y rehúyen su apoyo por miedo a ser criticados o tachados de incompetentes³⁷.

B. MODELO DE CONSERVACIÓN DE RECURSOS DE HOBFOLL Y FREDY

Hobfoll y Fredy (1993) afirman que el estrés surge cuando los individuos perciben que aquello que les motiva está amenazado o frustrado. Los estresores laborales amenazan los recursos de los trabajadores al generar inseguridad sobre sus habilidades para alcanzar el éxito profesional. Subrayan la importancia de las relaciones con los demás (supervisores, compañeros y personas hacia las que se dirige el trabajo) y de sus consecuencias como fuente de estrés en la percepción de situaciones de pérdida o ganancia.

En este modelo, los trabajadores se esfuerzan continuamente por protegerse de la pérdida de recursos, dado que es más importante tener unos niveles mínimos que conseguir recursos extras. La pérdida de recursos se considera más importante que la ganancia para el desarrollo del síndrome de Burnout. No obstante, la ganancia de recursos es también importante dado que disminuye la posibilidad de pérdida.

El tipo de estrategia de afrontamiento que empleen los trabajadores también influirá sobre el síndrome de Burnout. Dado que el modelo está basado en una teoría de corte motivacional, los autores señalan que el empleo de estrategias de afrontamiento de carácter activo disminuirá los sentimientos de Burnout pues conllevan una ganancia de recursos. Se señala que para prevenir el síndrome hay que enfatizar la consecución de recursos que permitan un desempeño eficaz del trabajo y, en menor medida, cambiar las percepciones y cogniciones de los trabajadores. Si los trabajadores consiguen evitar la pérdida de recursos o aumentar los que ya poseen, cambiarán sus percepciones y cogniciones de manera positiva

³⁷ BUUNK, R.J. y SCHAUFELI, W.B. (1993). Burnout: A perspective from social comparison theory. En W.B. Schaufeli, C. Maslach y T.Marek (Eds.), Professional burnout: Recent developments in theory and research. UK: Taylor & Francis.p75-81

y, consecuentemente, disminuirán los niveles de estrés percibido y del síndrome de Burnout³⁸.

2.1.5.3 MODELOS ETIOLÓGICOS ELABORADOS DESDE LA TEORÍA ORGANIZACIONAL

A. MODELO DE GOLEMBIEWSKI, MUNZENRIDER Y CARTER

Para Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983), el síndrome es un proceso en el que los profesionales pierden el compromiso inicial que tenían con su trabajo como una forma de respuesta al estrés laboral y a la tensión que les genera.

El estrés laboral, en relación al síndrome de Burnout, está generado básicamente por situaciones de sobrecarga laboral (cuando existe demasiada estimulación en el puesto de trabajo), y por pobreza de rol (cuando hay escasa estimulación en el puesto de trabajo). En ambos casos los trabajadores sienten una pérdida de autonomía y de control que conlleva una disminución de su autoimagen, y sentimientos de irritabilidad y fatiga. En una segunda fase del proceso de estrés laboral el trabajador desarrolla estrategias de afrontamiento que pasan necesariamente por un distanciamiento del profesional de la situación laboral estresante. Ahora bien, este distanciamiento puede tener un carácter constructivo (cuando el profesional no se implica en el problema del usuario aunque le atiende sin eliminar la empatía) o, por el contrario, un carácter contraproducente (cuando el distanciamiento conlleva indiferencia emocional, cinismo, rigidez en el trato, o ignorar a la persona). En este segundo caso se habla de síndrome de Burnout, pues el distanciamiento contraproducente se corresponde con la variable conceptualizada como actitudes de despersonalización.

Aunque, inicialmente el trabajador busca resolver las situaciones de forma constructiva, la persistencia de las condiciones de sobrecarga o pobreza de rol le llevan a tratar a los demás como objetos. El resultado es el desarrollo de actitudes

³⁸ HOBFOLL, S.E. y FREEDY, J. (1993). Conservation of resources: A general stress theory applied to burnout. En W.B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds.), Professional burnout: Recent developments in theory and research. UK: Taylor & Francis.p36-43

de despersonalización que corresponden a la primera fase del episodio del síndrome. Posteriormente el trabajador desarrollará una experiencia de baja realización personal en el trabajo y a más largo plazo agotamiento emocional. Cuando el trabajador se encuentra en las fases avanzadas del síndrome, y como consecuencia de éste, disminuye su satisfacción, implicación en el trabajo y realización laboral, con la consiguiente pérdida de la productividad. Asimismo, el trabajador experimenta más tensión psicológica y problemas psicosomáticos (Golembiewski, Hills y Daly, 1987)³⁹.

B. MODELO DE COX, KUK Y LEITER

El modelo de Cox, Kuk y Leiter (1993) aborda el síndrome de Burnout desde la perspectiva transaccional del estrés laboral que se da específicamente entre profesionales de los servicios humanos. Para Cox, Kuk y Leiter (1993) el síndrome de Burnout es entendido como una respuesta al estrés laboral que se desarrolla cuando las estrategias de afrontamiento empleadas por el trabajador no resultan eficaces para manejar el estrés laboral y sus efectos. En el modelo transaccional se incluyen como variables “sentirse gastado” (sentimientos de cansancio, confusión y debilidad emocional) y “sentirse presionado y tenso” (sentimientos de amenaza, tensión y ansiedad). Estas variables son una parte de la respuesta al estrés laboral. Están en relación directa con los procesos de evaluación de los estresores, con la respuesta emocional que desarrolla el trabajador, y con las respuestas de afrontamiento y sus efectos sobre la situación y el trabajador.

Señalan que la experiencia de agotamiento emocional, para ellos es la dimensión central del síndrome de Burnout. Está teórica y empíricamente relacionada con “sentirse gastado”, y es una respuesta general que engloba variables emocionales y de bienestar. La despersonalización es vista como una estrategia de afrontamiento que surge frente a los sentimientos de agotamiento emocional, mientras que los

³⁹ GOLEMBIEWSKI, R.T.; MUNZENRIDER, R. y CARTER, D. (1983). Phases of progressive Burnout and their work site covariants: Critical issues in od research and praxis. *Journal of Applied Behavioral Science*, 19, 461-481.

sentimientos de baja realización personal en el trabajo son un resultado de la evaluación cognitiva del trabajador sobre su experiencia de estrés, y tienen que ver con el significado del trabajo o con las expectativas profesionales frustradas.

Hipotetizan que la salud de la organización puede ser una variable moduladora de la relación estrés-síndrome de Burnout. Esta variable viene determinada por el ajuste, la coherencia e integración de los sistemas psicosociales de la organización, y por la forma en que su estructura, sus políticas y procedimientos, son percibidos coherentemente por sus miembros. Este constructo ha sido identificado como antecedente de los niveles de estrés percibidos y de la intensidad de la respuesta desarrollada por los trabajadores ante el estrés. Asimismo, apuntan que la realización personal en el trabajo podría tener una acción moduladora en los efectos que los sentimientos de agotamiento emocional ejercen sobre las actitudes de despersonalización⁴⁰.

C. MODELO DE WINNUBST

Winnubst (1993) considera que el síndrome de Burnout afecta a todo tipo de profesionales y no sólo a los de organizaciones de servicios de ayuda.

Este modelo se centra en las relaciones entre la estructura organizacional, la cultura, el clima organizacional y el apoyo social en el trabajo como variables antecedentes del síndrome de Burnout. Este autor señala que los diferentes tipos de estructura dan lugar a culturas organizacionales diferentes. Por ejemplo, una burocracia mecánica, que se caracteriza por la estandarización del trabajo y la formalización, refuerza el perfeccionismo y la conformidad a las normas. Sin embargo, una burocracia profesionalizada, que se caracteriza por la estandarización de habilidades y la baja formalización, refuerza la creatividad y la autonomía.

⁴⁰ LEITER, M.P. (1993). Burnout as a developmental process: Consideration of models. En W.B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds.), Professional burnout: Recent developments in theory and research. London: Taylor & Francis. 237-250.

Los antecedentes del síndrome varían dependiendo del tipo de estructura organizacional y de la institucionalización del apoyo social.

En las burocracias mecánicas, el síndrome de Burnout es causado por el agotamiento emocional diario consecuencia de la rutina, la monotonía y la falta de control derivada de la estructura. Pero, en las burocracias profesionalizadas, el síndrome está causado por la relativa laxitud de esa estructura que conlleva una confrontación continua con los demás miembros de la organización, y origina disfunciones en el rol y conflictos interpersonales.

Por otra parte, los sistemas de apoyo social están íntimamente relacionados con el tipo de estructura organizacional. En una burocracia mecánica, la jerarquía y la autoridad juegan un papel importante, por lo que la mayoría de la comunicación es vertical. El apoyo social es en su mayor parte de tipo instrumental. Sin embargo, en las burocracias profesionalizadas el trabajo en equipo y la dirección son más importantes, y el flujo de comunicación horizontal es mayor que el de la comunicación vertical. El apoyo social en las burocracias profesionalizadas es, en mayor medida, de tipo emocional e informal. Por tanto, el apoyo social en el trabajo afecta de manera significativa la percepción que el trabajador tiene de la estructura organizacional.

Al hilo de lo señalado, Winnubst (1993) elabora su modelo sobre cuatro supuestos:

- Todas las estructuras organizacionales tienen un sistema de apoyo social que se ajusta óptimamente a ese tipo de estructura.
- Los sistemas de apoyo social surgen en interdependencia con el clima laboral por lo que pueden ser mantenidos y mejorados optimizando el clima.
- Tanto la estructura organizacional como la cultura y el apoyo social se rigen por criterios éticos derivados de los valores sociales y culturales de la organización.
- Estos criterios éticos hacen posible predecir en qué medida las organizaciones inducirán en sus miembros tensión y el síndrome de Burnout.

Dado que a través del apoyo social es posible influir sobre las diversas disfunciones que se derivan de cualquier tipo de estructura organizacional, esta variable es considerada en el modelo una variable central de cara a su influencia sobre el síndrome⁴¹.

2.1.5.4 MODELO ETIOLÓGICO ELABORADO DESDE LA TEORÍA ESTRUCTURAL

A. MODELO DE GIL-MONTE, PEIRÓ Y VALCÁRCEL

Gil-Monte, Peiró y Valcarcel (1995) elaboraron un modelo estructural sobre la etiología, proceso y consecuencias del síndrome de Burnout. El síndrome de Burnout puede ser conceptualizado como una respuesta al estrés laboral percibido (conflicto y ambigüedad de rol) que surge tras un proceso de reevaluación cognitiva, cuando las estrategias de afrontamiento empleadas por los profesionales (estrategias de afrontamiento activo o de evitación) no son eficaces para reducir ese estrés laboral percibido. Esta respuesta supone una variable mediadora entre el estrés percibido y sus consecuencias (falta de salud, baja satisfacción laboral, intención de abandonar la organización, etc.)⁴².

2.1.6 PROCESO EVOLUTIVO DEL SÍNDROME DE BURNOUT

La aparición del Burnout no surge de manera súbita sino que emerge de forma paulatina, en una sucesión de etapas y con un incremento progresivo de la severidad. Por lo que se considera un proceso continuo (Gil-Monte y Peiró, 1997)⁴³.

⁴¹ WINNUBST, J.A. (1993). Organizational structure, social support and burnout. En W.B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds.), Professional burnout: Recent developments in theory and research. UK: Taylor & Francis.p12-15

⁴² GIL-MONTE, P.R., PEIRÓ, J.M. y VALCÁRCEL, P. (1995). A causal model of burnout process development: An alternative to Golembiewski and Leiter models. "Seven European Congress on Work and Organizational Psychology", Gyor (Hungary).p67-80

⁴³ GIL-MONTE, P.R. y PEIRÓ, J.M. (1997). Desgaste psíquico en el trabajo. El síndrome de quemarse. Madrid: Síntesis. P22

2.1.6.1 PROCESO EVOLUTIVO SEGÚN GOLEMBIEWKI, MUNZENRIDER Y CARTER

Para Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983) el proceso hacia el Burnout inicia su desarrollo con actitudes de despersonalización, como mecanismo disfuncional de afrontamiento del estrés, después los trabajadores experimentan baja realización personal en el trabajo y posteriormente surge el agotamiento emocional. Entienden, pues, que la dimensión que mejor describe y predice la aparición del Burnout es la despersonalización, seguida de la baja realización personal y, por último el agotamiento emocional⁴⁴.

2.1.6.2 PROCESO EVOLUTIVO SEGÚN LEITER Y MASLACH

Para Leiter y Maslach (1988), como consecuencia de los estresores laborales, los trabajadores desarrollan sentimientos de agotamiento emocional que posteriormente dan lugar a la aparición de una actitud despersonalizada hacia las personas que deben atender, y como consecuencia de ello pierden el compromiso personal y disminuye su realización personal en el trabajo. El agotamiento emocional sería la dimensión fundamental del Burnout, a la que seguiría despersonalización y, posteriormente, la reducida realización personal. El agotamiento emocional, por tanto, sería la dimensión que ocasionaría la baja realización personal, estando este proceso mediatizado por despersonalización. Este proceso vendrá determinado por las interacciones que cada dimensión mantenga con los diversos componentes organizacionales: competencia (fomento de habilidades y afrontamiento efectivo), autonomía y participación en la toma de decisiones, colegiación (apoyo del supervisor y de los compañeros), y cooperación con el cliente. Según este autor, el agotamiento emocional sería lo que sentiría un trabajador con Burnout y, por tanto, la dimensión que pondría en marcha el síndrome, siendo la baja realización personal la que daría lugar a las consecuencias

⁴⁴ GOLEMBIEWSKI, R.T.; MUNZENRIDER, R. y CARTER, D. (1983). Phases of progressive Burnout and their work site covariants: Critical issues in od research and praxis. *Journal of Applied Behavioral Science*, 19, 461-481.

observables del Burnout como el absentismo, la rotación de puestos, el abandono del trabajo, etc.), mediatizadas por la despersonalización⁴⁵.

2.1.6.3 PROCESO EVOLUTIVO SEGÚN LEITER

Leiter (1993) mantiene que su modelo es perfectamente compatible con el desarrollo teórico sobre las estrategias de afrontamiento de Lazarus y Folkman, y señala que el agotamiento emocional sobreviene como respuesta del trabajador a los estresores laborales y cuando se hace crónico desarrollan actitudes de despersonalización. Los sentimientos de despersonalización no median en la relación de agotamiento emocional y realización personal en el trabajo, por el contrario, considera que los estresores laborales, la falta de apoyo social y la falta de oportunidades de carrera generan los sentimientos de baja realización personal en el trabajo⁴⁶.

2.1.6.4 PROCESO EVOLUTIVO SEGÚN LEE Y ASHFOTH

Lee y Ashfoth (1993) subrayan que tanto la despersonalización como la baja realización personal en el trabajo son consecuencia directa de los sentimientos de agotamiento emocional. Pero plantean que los modelos de Leiter y Maslach y Golembieswki, Munzenrider y Carter coinciden en que la reducida realización personal está afectada por la despersonalización y ven el Burnout como un proceso que se va desarrollando. Por tanto, la clave sería comprobar si el agotamiento emocional es el final o el inicio del proceso, lo cual es muy importante porque de este aspecto depende la línea de prevención e intervención en el Burnout⁴⁷.

⁴⁵ LEITER, M.P. y MASLACH, C. (1988). The impact of interpersonal environment on Burnout and organizational commitment. *Journal of Organizational Behavior*, 9, 297-308

⁴⁶ LEITER, M.P. (1993). Burnout as a developmental process: Consideration of models. En W.B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research*. London: Taylor & Francis. 237-250

⁴⁷ LEE, R.T. y ASHFORTH, B.E. (1993). A longitudinal study of burnout among supervisors and managers: Comparisons between the Leiter and Maslach (1988) and Golembiewski et al (1986) models. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 54, 369-398.

2.1.6.5 PROCESO EVOLUTIVO SEGÚN GIL-MONTE, PEIRÓ Y VALCARCEL

Para Gil-Monte, Peiró y Valcarcel (1995), el proceso de Burnout comienza con sentimientos de baja realización personal en el trabajo, y paralelamente un alto nivel de agotamiento emocional, lo que conduce al desarrollo de actitudes de despersonalización⁴⁸.

Más tarde se incorpora el sentimiento de culpa en el proceso de Burnout. Es posible identificar dos perfiles en la evolución del Burnout: uno, caracteriza a los trabajadores que no desarrollan sentimientos de culpa intensos y que aunque sufran Burnout, se pueden adaptar al entorno laboral, por lo que el síndrome no resulta incapacitante para el ejercicio de la actividad laboral, a pesar de que ésta sea deficiente para los usuarios, pacientes, clientes, etc. y para la organización.

Otro incorpora la aparición de sentimientos de culpa como un síntoma más del Burnout. La aparición de sentimientos de culpa puede originar un círculo vicioso en el proceso del Burnout que intensifica sus síntomas y lo hace perverso. Los sentimientos de culpa llevarán a los trabajadores a una mayor implicación laboral para disminuir su remordimiento, pero como las condiciones del entorno laboral no cambian se incrementará la baja realización personal en el trabajo y el agotamiento emocional y aparecerá de nuevo la despersonalización. Este proceso desarrollará de nuevo sentimientos de culpa o intensificará los existentes originando un bucle que mantendrá o incrementará la intensidad del Burnout (Gil-Monte, 2005; Gil-Monte, 2007). De esta manera a medio o largo plazo se producirá un deterioro de la salud del trabajador⁴⁹.

⁴⁸ GIL-MONTE, P. R.; PEIRÓ, J.M. y VALCÁRCEL, P. (1995). A causal model of burnout process development: An alternative to Golembiewski and Leiter models. Work presented at the "Seven European Congress on Work and Organisational Psychology", Gyor (Hungary).12; p67-80.

⁴⁹ Ibid, p67-80

2.1.7 TIPOLOGÍA DEL SÍNDROME DE BURNOUT

En términos generales, se ha señalado que hay personalidades más susceptibles ante el Burnout como son las personalidades emotivas, la de aquellos que tienen más desarrollada la sensibilidad para los temas relacionados con el trato humano (Garden, 1989), los llamados “activistas sociales” que ofrecen ayuda a los demás y que son calificados de visionarios porque toman su labor más como una cruzada que como una tarea para ganarse la vida; además suelen ser personas autoexigentes, perfeccionistas y con baja tolerancia al fracaso (Cherniss, 1980 b)⁵⁰.

Pero existe una gran disparidad de características de personalidad del trabajador predispuesto al Burnout, ya que unos han planteado la empatía, sensibilidad, delicadeza, idealismo y orientación hacia los demás; y otros sin embargo, han señalado características tales como ansiedad, ideación obsesiva, entusiasmo y susceptibilidad a identificarse con otros, lo que pone de relieve la dificultad para identificar un patrón tipo del trabajador con Burnout, así se ha afirmado que la relación entre las dimensiones de personalidad neuroticismo y extraversión, entre otras y el Burnout es equivocada (Gil-Monte, 2005). Además se ha hecho referencia a un locus de control externo, a un patrón de conducta tipo A, al autoconcepto negativo y a la falta de autoconfianza en la propia eficacia laboral son variables que están vinculadas a la aparición del Burnout (Gil-Monte y Peiró, 1997)⁵¹.

En sentido contrario, se ha afirmado que hay personalidades positivas o resistentes, que se caracterizan por un sentimiento de compromiso, es decir de creer en el valor de lo que uno mismo es y de aquello que hace, por una percepción de control, es decir, la tendencia a pensar y a actuar con la convicción de la influencia personal en el curso de los acontecimientos, y por la tendencia al reto, lo que hace referencia a la creencia de que la característica de la vida es el cambio frente a la estabilidad (Kobasa, 1979), que podrían afrontar o moderar los efectos del Burnout. También

⁵⁰ CHERNISS, C. (1980b). Staff burnout: Job stress in the human services. Beverly Hills: Sage. P97

⁵¹ GIL-MONTE, P.R. y PEIRÓ, J.M. (1997). Desgaste psíquico en el trabajo. El síndrome de quemarse. Madrid: Síntesis. P65

se ha afirmado que trabajadores con sentido del humor resisten al Burnout (Dorz y otros, 2003) y personas con habilidades emocionales tienen menor probabilidad de resultar afectados por el síndrome de Burnout (Garrosa, 2003), así como que la autoeficacia personal es una variable con efectos moduladores en el proceso de desgaste profesional (Grau, Salanova y Peiró, 2000)⁵².

2.1.8 VARIABLES FACILITADORAS DEL BURNOUT

Las variables facilitadoras pueden ser socio-demográficas, de personalidad y de afrontamiento.

Entre las primeras se cuenta el género, la edad, el estado civil, la existencia o no de hijos, la antigüedad en el puesto y en la profesión, con todo, las variables sociodemográficas, en total, explican solo un porcentaje mínimo de la varianza del síndrome (5-15%) (Zaldúa, 1999).

a) Género: se encuentran diferencias importantes en función del género en las actitudes de despersonalización, siendo los varones quienes puntúan más alto. Una explicación tentativa puede hallarse en los diferentes procesos de socialización de los roles masculino y femenino. La cultura mexicana pone énfasis en el rol femenino en lo referente a la interdependencia y a la habilidad en las relaciones interpersonales para cuidar a otros. Por su lado, el rol masculino exige que el hombre no deba expresar emociones. Es así que, las mujeres son moldeadas socialmente para cuidar, educar y encargarse de los niños, la pareja, los ancianos, tal vez por esa razón, sean menos proclives a responder en forma irritable a las personas con problemas⁵³.

b) Edad: aunque Flores Lozano (1994), menciona que esta variable parece no influir en la aparición del síndrome se considera que puede existir un periodo de sensibilización debido a que habría unos años en los que el profesional sería especialmente vulnerable a éste, siendo éstos los primeros años de carrera

⁵² SALANOVA, M., SCHAUFELI, W. B., PEIRÓ, J. M. y GRAU, R. (2000). Desde el 'burnout' al 'engagement': ¿una nueva perspectiva? Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones, 16, p117-118

⁵³ ZALDÚA, J.; LODIEU, N. (1999) "Cuando el Trabajo Enferma". Revista El Médico. Buenos Aires: Belgrano.127; 4-5

profesional dado que sería el periodo en el que se produce la transición de las expectativas idealistas hacia la práctica cotidiana, aprendiéndose en este tiempo que tanto las recompensas personales, profesionales y económicas, no son ni las prometidas ni esperadas. Si bien los resultados no son concluyentes, parece que a más edad hay menos tendencia a experimentar el síndrome de Burnout⁵⁴.

Grau Abalo (1988) explica que los profesionales de más edad han desarrollado mejores estrategias de afrontamiento del estrés y expectativas profesionales más reales, en contrapartida de los profesionales más jóvenes proclives al Burnout, por la cuota de idealismo con que se inician en la carrera laboral⁵⁵.

c) Estado civil: Atance (2002) menciona que aunque se ha asociado el Síndrome más con las personas que no tienen pareja estable, tampoco hay un acuerdo unánime; parece que las personas solteras tienen mayor cansancio emocional, menor realización personal y mayor despersonalización, que aquellas otras que o bien están casadas o conviven con parejas estables. En realidad no es el estado civil en sí lo que influye en el proceso de Burnout, sino el apoyo socio-emocional recibido por parte de los familiares y amigos⁵⁶.

Según Leiter (1990) los recursos familiares complementan a los de los compañeros del trabajo para aliviar el estrés laboral o prevenirlo. Se puede concluir que la vida familiar puede influir en los sujetos en el sentido de hacerles más expertos en el trato con los demás y sus problemas⁵⁷.

d) Antigüedad en el puesto y en la profesión: sobre la antigüedad profesional tampoco existe un acuerdo. Algunos autores encuentran una relación positiva con el síndrome manifestado en dos periodos, correspondientes a los dos primeros años

⁵⁴ FLORES LOZANO J.A (1994) Síndrome de estar quemado. Barcelona: Edikete med.P31-38

⁵⁵ GRAU ABALO, J; CHACON, Roger. (1988) "Burnout: Una Amenaza a los Equipos de Salud". INOR. Cuba: INOR.P1-49

⁵⁶ ATANCE, J. (2001). Aspectos Epidemiológico del Síndrome Burnout en personal sanitario. México. Guadalajara: Dirección provincial de In salud de Guadalajara.P77-85

⁵⁷ LEITER, M.P. (1990). The impact of family resources, control coping and skill utilization on the development of burnout: A longitudinal study. Human Relations, 43, 1067-1083.

de carrera profesional y los mayores de 10 años de experiencia, como los momentos en los que se produce un menor nivel de asociación con el síndrome.

Naisberg y Fenning (1998), encuentran una relación inversa debido a que los sujetos que más Burnout experimentan acabarían por abandonar su profesión, por lo que los profesionales con más años en su trabajo serían los que menos Burnout presentaron y por ello siguen presentes. Zaldúa (1999), menciona que en concordancia con la variable edad, los profesionales nuevos son más jóvenes e inexpertos, por lo tanto, poseen menos estrategias de afrontamiento para prevenir las situaciones estresantes⁵⁸.

Con relación a las variables de personalidad, los hallazgos van en dos direcciones fundamentales: la predisposición al Burnout de algunos rasgos del carácter y cualidades aisladas de las personas, y el papel modulador de determinadas cualidades o patrones funcionales de la personalidad, por efectos directos o indirectos. En la primera dirección, se sabe que las personas empáticas, sensibles, humanas, idealistas, altruistas, obsesivas, entusiastas y susceptibles de identificarse mucho con los demás, son más proclives al Burnout (Gil-Monte, Peiró, 1997)⁵⁹.

Las estrategias de afrontamiento empleadas por los profesionales también han presentado efectos moduladores del Burnout, los sujetos que emplean estrategias de carácter activo o centradas en el problema, reflejan menos Burnout que los individuos que utilizan estrategias de evitación/escape o centradas en la emoción (Ceslowitz, 1989; Boyle y cols, 1991; Reiter, 199, citados por Zaldúa)⁶⁰.

En este mismo orden la existencia o no de hijos hace que estas personas puedan ser más resistentes al síndrome, debido a la tendencia generalmente encontrada en los padres, a ser personas más maduras y estables, y la implicación con la familia

⁵⁸ NAISBERG JL, FENNING S. (1991) Personality characteristics and propeness to Burnout: A study among psychiatrists. *Stress Med.* 1991; 7, 4: 201-205.

⁵⁹ GIL-MONTE, P.R. y PEIRÓ, J.M. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo. El síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis. P19-22

⁶⁰ ZALDÚA, J.; LODIEU, N. (1999) "Cuando el Trabajo Enferma". *Revista El Médico*. Buenos Aires: Belgrano. 127; 4-5

y los hijos hace que tengan mayor capacidad para afrontar problemas personales y conflictos emocionales; y ser más realistas con la ayuda del apoyo familiar, sin embargo en este estudio, no consideraremos esta variable para análisis estadístico.

Es necesario detenerse para profundizar lo planteado. Por lo general, aquellas personas que eligen dedicarse a profesiones con un alto contenido de “servicio” (médicos, psicólogos), poseen como características de personalidad el ser empáticos o sensibles, sin que ello los condicione, a experimentar el síndrome de Burnout, ya que no hay que dejar de lado el andamiaje metodológico con el que cuentan en su preparación académica para el ejercicio profesional.

2.1.9 PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN

Cuando el síndrome de Burnout se materializa no es fácil que el afectado tenga conciencia de ello, por lo que en primer lugar es preciso el apoyo de las personas cercanas.

Las estrategias de intervención sobre el síndrome de Burnout se pueden agrupar en tres categorías, en función del nivel en que se producen:

A. INTERVENCIÓN SOBRE LA ORGANIZACIÓN

Es conveniente tener en cuenta las siguientes medidas organizativas:

- Mejorar el clima de trabajo promoviendo el trabajo en equipo.
- Aumentar el grado de autonomía y control del trabajo descentralizando la toma de decisiones.
- Disponer del análisis y definición de los puestos de trabajo, evitando ambigüedades y conflicto de rol.
- Establecer líneas claras de autoridad y responsabilidad.
- Definición de competencias y responsabilidades, de forma precisa y realista, atendiendo a las capacidades reales.

- Mejorar las redes de comunicación y promover la participación en la organización, mejorando el ambiente.
- Fomentar la colaboración en la organización.
- Fomentar la flexibilidad horaria.
- Promover la seguridad en el empleo.
- Establecer objetivos claros para los roles profesionales.
- Aumentar las recompensas a los trabajadores.
- Fomentar las relaciones interpersonales.
- Fortalecer los vínculos sociales entre el grupo de trabajo.
- Establecer sistemas participativos y democráticos en el trabajo.
- Facilitar formación e información.
- Establecer líneas claras de autoridad
- Mejorar las redes de comunicación organizacional.

Existen programas dirigidos a mejorar la organización del trabajo:

a) Programas de socialización anticipada o anticipación hacia lo real

Debido a la discrepancia existente entre las expectativas que los profesionales tienen cuando empiezan a trabajar y la realidad que encuentran cuando se incorporan a vida laboral, se produce un choque que se pretende que se experimente antes de que el profesional ingrese en la organización. Esto se puede realizar mediante programas de simulación que adecuen el alto nivel de expectativas y objetivos que se fijan al principio de la carrera y que no suelen ajustarse a la realidad. Su objetivo es desarrollar estrategias constructivas para

enfrentarse con las expectativas irreales y entrenar a los nuevos miembros para hacerles más fácil su incorporación al mundo laboral (Gil-Monte, 2005)⁶¹.

b) Programas de feedback o retroinformación

Las organizaciones deben desarrollar programas de retroinformación considerando la información procedente de los usuarios de la organización, de los compañeros, de los supervisores y de las personas a las que se supervisa. Una forma de que los profesionales obtengan esta retroinformación es preguntar a los clientes, mediante cuestionarios, su grado de satisfacción con el servicio que han recibido. Esta retroinformación de carácter evaluativo puede ser completada con la procedente de los compañeros que pueden observar al trabajador mientras trabaja, pues mientras que los clientes tienden a evaluar el servicio comparándolo con un servicio ideal, las evaluaciones de los compañeros están basadas en el conocimiento de la práctica profesional y de la realidad organizacional.

Una herramienta es el feedback de 360°, se trata de una evaluación que recopila una amplia gama de opiniones: la del jefe, la de los compañeros, la de los subordinados, la de los clientes internos y externos o proveedores, y que se realiza de forma anónima por aquellos que conocen a un determinado trabajador. El feedback de 360° permite comparar la percepción que tiene un trabajador sobre sus competencias y su desempeño laboral con la que tienen de ese mismo trabajador aquellos con los que interactúa, y posibilita el análisis de las diferencias encontradas. La utilización de esta herramienta permite obtener valoraciones diferentes sobre un mismo trabajador, potenciar una visión más objetiva y fiable de las relaciones laborales, elevar el nivel de satisfacción laboral, mejorar el conocimiento de uno mismo e incitar al desarrollo de nuevas competencias (Lévy-Leboyer, 2000)⁶².

⁶¹ GIL- MONTE, P.R. (2005) El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. Madrid: Pirámide, p. 19-22.

⁶² LÉVY-LEBOYER, Claude. (2000). Feedback de 360°; Barcelona: Ediciones Gestión. P9-11

B. INTERVENCIÓN SOBRE EL TRABAJADOR

Para la adquisición y la mejora de las estrategias individuales pueden llevarse a cabo programas como:

- a) Programas dirigidos a las estrategias instrumentales: cuando tienen como objetivo la adquisición de destrezas para la resolución de problemas, entrenamiento en asertividad y el entrenamiento en gestión del tiempo.
- b) Programas dirigidos a las estrategias de carácter paliativo: cuando su objetivo es la adquisición de destrezas para el manejo de las emociones para mantener la distancia emocional con el usuario, cliente, paciente.... (Técnicas de relajación, desconexión entre el mundo laboral y el mundo personal...).
- c) Programa de apoyo social que permita saber a los trabajadores que se preocupan por ellos y que son valorados y estimados. Las técnicas que resultan más efectivas son las de carácter activo o centradas en el problema.

2.1.10 CONSECUENCIAS Y REPERCUSIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT

Las múltiples variables que condicionan la calidad de vida del trabajador como promoción profesional, implicación en el trabajo, mejora de las condiciones laborales (Cascio, 1994), afectan a sus niveles de estrés, así como a las vías y flujos de comunicación e información en el trabajo, al reconocimiento profesional, seguridad laboral percibida, posibilidades de promoción profesional, por lo que la organización, el tipo de liderazgo que se administra y las relaciones humanas son parámetros obligados de medición a la hora de valorar los niveles de estrés que generan Burnout, sintomatologías psicosomáticas y pérdida de bienestar y satisfacción laboral⁶³.

Los síntomas psicosomáticos asociados al estrés se pueden considerar procesos patológicos, según afirman Gil-Monte y Peiró (1997), llegando a calificar al Burnout,

⁶³ CASCIO, W.F. y THACKER, J.W. (1994). Managing human resources. Canadá: McGraw-Hill Ryerson.

causante de esta sintomatología, de “epidemia”, siendo de relevancia en el sector salud y docencia (Gil-Monte, 2005)⁶⁴.

Según estas diferenciaciones, un estudio bibliográfico sobre el tema (Sáez, 1997) presenta que el Burnout es el resultado de una presión emocional que se asocia a las relaciones humanas que se establecen con los receptores de nuestro trabajo (Pines, 1981), aunque posteriormente afirman en otro estudio que el tedio es síntoma de Burnout⁶⁵.

A diferencia del estrés, que puede tener consecuencias positivas o negativas, el Burnout sólo tiene efectos y consecuencias negativas, considerándose, a veces, como una etapa del estrés (Farber, 1984)⁶⁶.

Autores como Einsiedel y Tully (1982), Benevides-Pereira (2002), Dolan (1987), Mingote (1999), Gil-Monte (1997), Farber (1983) o Matthews (1990) afirman que existen sintomatologías asociadas al Burnout. Síntomas que se relacionan con las emociones (agotamiento emocional, irritación), conductas (aislamiento, agresividad, irresponsabilidad), actitudes (hostilidad, desgana) o percepciones de la situación que vive el sujeto. Ello, unido a los síntomas fisiológicos (insomnio, dolores de cabeza, problemas gastrointestinales, lumbalgias, cansancio crónico), llega a reunir más de cien posibles sintomatologías asociadas al SQT, describiendo indicadores personales y también de tipo organizacional.

Para Golembiewski (1993), el mayor e inicial síntoma es la despersonalización que se refleja en sus actos. La escasa realización en el trabajo y agotamiento emocional aparecen después, siendo importante el sentimiento de no realización de su trabajo, debido a circunstancias como la sobrecarga de trabajo.

⁶⁴ GIL- MONTE, P.R. (2005) El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. Madrid: Pirámide, p. 19-22.

⁶⁵ PINES, A.; ARONSON, E.; KAFRY, D (1981) Burnout: From tedium to personal growth. New York: The Free Press.p75

⁶⁶ FARBER, B.A. (1984). Stress and burnout in suburban teachers. Journal of Educational Research, 77, 6 325-331.

Ello les impide desarrollar satisfactoriamente su rol, afirmando que, aunque esto puede aparecer en todas las profesiones, cuando no se puede desempeñar ese rol se hace crónico y bajan los rendimientos laborales.

Esto ocurre en profesiones de servicio, como las sanitarias, llegando a un estado de impotencia, baja autoestima, fatiga y agotamiento emocional que lleva al denominado “Burnout avanzado”. Como consecuencia, se provocan estados elevados de insatisfacción laboral que disminuyen la implicación del sujeto en el trabajo, descienden su rendimiento y productividad, elevándose los síntomas psicosomáticos y la tensión psicológica.

La despersonalización que aparece como principal síntoma (Golembiewski, 1987) es paradójicamente la variable que menos contribuye a la aparición del Burnout. Aparece como variable más influyente la falta de realización personal, siendo el agotamiento emocional el factor que más incide en el desencadenamiento del Burnout⁶⁷.

La definición de Maslach, efectuada entre 1978 y 1982, sobre el Burnout, en la que describe la falta de preparación del profesional para afrontar el estrés emocional derivado del trabajo, como la causa del agotamiento físico y emocional con consecuencias en el receptor del servicio que prestamos, pone de manifiesto la importancia que tiene la calidad de vida para el que oferta ese servicio.

Maslach añade que la deshumanización que puede producirse al dar un servicio o producto por el hecho de tener un agotamiento emocional que no puede manejar el que oferta, se traduce en un síntoma que precede al trato despersonalizado, e incluso deshumanizado, que se da posteriormente al prestar ese servicio. La autora modifica después esa definición (Maslach, 1982), describiéndolo como el síndrome

⁶⁷ GOLEMBIEWSKI, R.T. SCHERB, K. y BOUDREAU, R.A. (1993). Burnout in cross-national settings: generic and model-specific perspectives. En Sáez Navarro, M.C. (1997) Tesis Doctoral. Murcia. Universidad de Murcia, pp. 39-44.

que se inicia con el agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal en las actividades laborales⁶⁸.

2.1.11 ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Reestructurar y fortalecer los procesos cognitivos que proveen mecanismos de referencia y funciones de percepción, evaluación y autorreferencia; tales como: autoeficacia, autoconciencia, autopercepción, autoconfianza, autoestima personal y autoestima profesional y que permitan combatir los pensamientos generadores de situaciones aversivas.

Las técnicas escénicas nos permiten, actuar sobre todos los puntos, tanto a nivel individual, grupal y organizacional. Se puede operar sobre el trabajo de habilidades sociales y relaciones interpersonales, sobre la autoestima y el autoconcepto, el manejo del stress, los grupos de apoyo mutuo, la supervisión, las actividades de tiempo libre y recreación, el contacto con otras personas de otras áreas profesionales y la descarga emocional, ésta última muy importante.

La escenificación, nos aporta la posibilidad de expresarnos corporalmente, movernos, jugar y gozar; desarrollar personajes, textos y escenas. Incluir y poner a prueba estas escenas frente al público.

El teatro playback, descendiente un poco del teatro, un poco del psicodrama y una buena parte de los rituales, nos acerca al trabajo con las narraciones individuales y colectivas, a las dramatizaciones y cambios de guiones, a la puesta en escena al modo de un teatro-foro o un teatro-debate, a la inclusión de un público observante, es decir involucrado en los ritos de denuncia y de sanación.

La dramaterapia originaria prioritariamente del rito, que podía englobar todas las artes integradas, el teatro, el psicodrama, el rito y la sanación, nos conecta mucho más profundamente con nuestras raíces originarias, las que se han perdido imperceptiblemente en el crepúsculo del tiempo pero que de tarde en tarde, o al

⁶⁸ MASLACH, C. (1982). Burnout: A social Psychological analysis. En J.W. Jones (Ed), The Burnout syndrome: Current research, theory, interventions (pp.30-53). Park Ridge, Illinois: London House Press.

despuntar el alba, encontramos en nuestro espíritu, auténticas voces de esperanza y fe. Es muy importante recordar la postura del encuentro de Jacob Levy Moreno, como valor universal. El encuentro y el momento, aquella abertura por dónde camina el hombre libre, espontáneo y creativo, con toda la dignidad que significa su propia humanidad. Aquellas pequeñas sociedades, tal como lo señala Moreno a comienzos del siglo pasado, sobreviven en las familias extensas, en el vecindario, en los grupos laborales, en las pequeñas comunidades. No es posible un autocuidado individualista y atómico, sino sólo en relación a otro (u otros), en el sentido molecular e incluso molar, pensando en la colectividad⁶⁹.

Es en este punto en donde el concepto de autocuidado que, como señala Hidalgo y Moreira, “autocuidado es utilizado en el lenguaje común y propio de los equipos, que lo hacen un referente más bien práctico, es decir, de acción, para referirse a la protección de los equipos frente al impacto emocional cotidiano del trabajo con la violencia”⁷⁰.

La enfermera Dorothea Orem, en 1971, asegura que todos los individuos necesitan satisfacer una serie de requisitos para mantener la vida, la salud y el bienestar, fundando de esta manera su teoría del autocuidado que se inicia en las primeras investigaciones con recién nacidos y lactantes. Orem introduce su teoría desde el déficit de autocuidado. Para esta autora, todos los seres humanos, al reflexionar sobre sí mismos, simbolizar lo que experimentan, usar creaciones simbólicas y hacer cosas benéficas para sí mismos, son capaces de autocuidarse en la medida que pongan en práctica aquellas actividades que irán a favor de sí mismos y de quienes les rodean, para mantener la vida, la salud y el bienestar.

Recrear el microcosmos interaccional de cada persona en situación de rehabilitación, en el sentido de re-actuación de aquellas interacciones más básicas del desarrollo humano. El autocuidado tiene que ver con la búsqueda de aquellos actos que fundan y sustentan nuestro ser en sus orígenes más primitivos, o lo que

⁶⁹ MORENO, Jacobo Levy (1962): Fundamentos de la Sociometría, Buenos Aires, Piado; p273-277

⁷⁰ HIDALGO, N. & MOREIRA, E. (2000). Autocuidado, trastorno psicológico y rotación de equipos de salud mental. Santiago, Chile: Universidad de Chile, Departamento de Psicología.

entendemos como cuidado materno, paterno, fraterno y filial, pensando en los grupos de referencia primordiales⁷¹.

2.1.12 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL SÍNDROME DE BURNOUT

Ansiolíticos

La primera cuestión que debemos plantear es si el «estrés» debe considerarse o no como una «enfermedad», y, a continuación, si requiere o no tratamiento farmacológico. Obviamente, las mismas preguntas son pertinentes en el caso del Burnout.

Desde un punto de vista práctico, resulta evidente que las situaciones de estrés y Burnout descritas generan modelos de conducta «anómalos» o «patológicos», ya que dan lugar a incapacitación y sufrimiento.

Aceptado lo anterior, la siguiente cuestión es que aunque no existen tratamientos «oficialmente» indicados para el «estrés» o el Burnout, en realidad existe el fenómeno de la «automedicación». Lo que implica que casi todas las personas estresadas consumen drogas para sedarse (alcohol) o para solucionar el agotamiento (cafeína), amén de los variados remedios caseros (tisanas), placebos de diversa índole (reconstituyentes) y soluciones «naturistas», «homeópatas» o «curanderiles» poco o nada validadas. Muchas personas con estrés y Burnout perciben en primer lugar niveles elevados de «ansiedad», lo cual implica el uso de fármacos ansiolíticos, ya que a su gran facilidad de uso se unen sus escasos riesgos y su indudable eficacia (De la Gándara, 1996). Pero su uso incorrecto (generalmente por autoprescripción, o incluso por abuso ilegal) puede generar sedación que comprometa la realización de tareas cotidianas (rendimiento, conducción, etc.) o dependencia. Ambos aspectos se evitan con un uso correcto de estos agentes, lo que implica manejar tipos de fármacos, dosis y tiempos adecuados.

⁷¹ TAYLOR, SG. OREM, Dorothea E. (2007) Teoría del déficit de autocuidado. En: Marriner A, Raile M. Modelos y teoría en enfermería. 6ª ed. España: Elsevier; p. 267-295.

Aun con todo, lo más habitual es que se usen sin un plan, sin orden y a dosis insuficientes. Las dosis y tiempos insuficientes no permiten alcanzar un correcto efecto ansiolítico y, por el contrario, merman la seguridad del paciente, incrementan la desconfianza en los fármacos y en el propio médico, generan incertidumbre y pesimismo y se asocian con riesgo de complicaciones de la ansiedad mal tratada, como depresiones, complicaciones somáticas, más morbilidad cardiovascular, así como fomentar el uso errático e incontrolado.

Por lo tanto, es esencial que si se hace un tratamiento ansiolítico se realice siempre mediante prescripción médica, con un proyecto terapéutico bien diseñado y que se mantengan las pautas indicadas con confianza y seguridad. Esta actitud es per se tranquilizadora, sobre todo en las etapas de crisis y riesgo (estrés agudo o intenso) cuando la incertidumbre, la inestabilidad o las exigencias sociales son predominantes.

En cuanto al tipo de sustancias a emplear, cabe mantener las indicaciones relativas de los diferentes tipos de ansiolíticos en función de su vida media plasmática (acción corta, media o larga), y de que sean más o menos hipnoinductores, miorelajantes o ansiolíticos, en función del cuadro clínico dominante en cada paciente.

En resumen, los tratamientos ansiolíticos pueden y deben ser usados en el tratamiento del estrés y el Burnout, de acuerdo con las siguientes pautas:

- Previa evaluación médica o psiquiátrica.
- Siempre en el marco de un plan terapéutico controlado.
- A corto o medio plazo, a lo sumo meses, salvo en el caso de la buspirona, que puede utilizarse a largo plazo.
- Bajo control médico (evitar autoprescripción).

- En conjunción con medidas higiénico-dietéticas, cambios en los patrones de vida y modificaciones psicosociales apropiadas⁷².

Antidepresivos

Es evidente que el concepto de Burnout sirve para llenar un hueco importante, como es el de la relación patológica que algunas personas establecen con su trabajo. Antes de disponer del concepto, la mayoría de los clínicos aplicábamos el modelo de «reacción vivencial anormal», o mejor el de «inadaptación crónica a las circunstancias de la vida», con sintomatología de tipo depresivo preferente. De hecho, el comportamiento de una persona afectada de Burnout es muy parecido al de una persona «depresiva» crónica. Así, pues, parece lógico que se piense en la utilización de antidepresivos para el tratamiento del Burnout.

En primer lugar debemos señalar que la utilización de antidepresivos para el tratamiento del «estrés» crónico es una recomendación razonable. De hecho, el «European CNS Advisory Board sobre «Management of stress» considera que la utilización de antidepresivos es una medida adicional, junto a las de tipo psicoterápico e higiénico-dietéticas. Obviamente, los fármacos más apropiados en el momento actual son los ISRS, dado que combinan sus efectos antidepresivos, con los ansiolíticos y estabilizadores de la respuesta al estrés a largo plazo (por este supuesto efecto clínico, no contrastado en investigaciones controladas, se ha denominado a estos fármacos como «serenizadores»).

Por lo que respecta al Burnout, no conocemos, por el momento, estudios publicados sobre utilización de antidepresivos para su tratamiento. Por lo tanto, lo que podemos sugerir se basa en nuestra propia experiencia clínica. En este sentido, sobre la muestra de 112 personas que nos consultaron por alguna patología psiquiátrica relacionada con el trabajo, el 44% precisaron tratamiento antidepresivo. En el 40% de ellos el tratamiento se mantuvo a medio o largo (más de seis meses), con

⁷² GONZÁLEZ R. Víctor; GONZÁLEZ C. Ramón; DE LA GÁNDARA M. Jesús. (2004). “El médico con Burnout: Conceptos básicos y habilidades prácticas para el médico de familia”. Madrid: IM&C, S.A. p71-72

resultados favorables en cuanto a la reincorporación al trabajo, mejoría de la adaptación laboral, etc.

Así, pues, podemos concluir que el uso de antidepresivos juega un papel significativo en el manejo del estrés. Su utilización está recomendada bajo las siguientes condiciones:

- Previa evaluación psiquiátrica de la situación de estrés y una vez aclarada la relación con la clínica presente (de tipo depresivo).
- Siempre en el marco de un plan terapéutico controlado.
- Podrían ser útiles en los casos de trastornos de tipo psicofisiológico (psicosomáticos) de evolución prolongada y en relación con situaciones de estrés crónicas.
- Generalmente se debe iniciar después de haber ensayado un tratamiento ansiolítico. Su uso combinado podría ser correcto a corto o medio plazo.
- En los casos de Burnout manifiesto se podría iniciar un tratamiento antidepresivo si la presentación clínica incluye sintomatología depresiva clara.
- En el momento actual, los ISRS son los antidepresivos más recomendables para estos trastornos, dada su eficacia, buena tolerancia, facilidad de manejo a largo plazo y sus mínimas interferencias con los rendimientos laborales.
- Se deberán prescribir siempre en conjunción con medidas higiénico-dietéticas, cambios en los patrones de vida y modificaciones psicosociales apropiadas.
- En los casos de Burnout una vez resuelto el episodio depresivo se deben plantear los cambios pertinentes en las actitudes, aptitudes y condiciones laborales.

Es evidente que «tomar una pastilla» no debe considerarse nunca como el remedio mágico para el estrés, pero, por desgracia, cuando a un paciente «estresado» se le sugiere que haga cambios en su estilo de vida, o que practique sistemáticamente deporte, o que adopte medidas higiénico-dietéticas saludables, o simplemente que

aprenda una técnica de relajación, casi nunca «tiene tiempo para ello». ¡Es más fácil tomarse la pastilla! Y a veces el paso previo para que el paciente recupere la serenidad suficiente como para beneficiarse de una psicoterapia⁷³.

2.1.13 MEDICIÓN DE SÍNDROME BURNOUT

2.1.13.1 MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI)

En 1976, Christina Maslach y Susan Jackson realizaron un trabajo sobre el Burnout en 200 profesionales de servicios sociales, entre los que se incluyeron abogados, médicos, trabajadores sociales, psicólogos y psiquiatras, enfermeras, etc. Para Maslach, estos trabajadores se enfrentaban al estrés propio de su trabajo mediante un distanciamiento con las personas a las que prestaban sus servicios, lo cual tenía efectos perjudiciales tanto para el propio trabajador como para sus clientes (decía un trabajador social...*"comencé a despreciar a cada uno y no podía ocultar mi desprecio"*...). Para esta autora, el Burnout ocasionaba baja moral en el trabajador, aumentando el absentismo laboral. Pero también encontraba correlación con el alcoholismo, las enfermedades mentales, los conflictos familiares y el suicidio. Además Maslach afirmó que el Burnout aparecía más frecuentemente en personas que trabajaban durante largas horas en contacto directo con sus pacientes o clientes, siendo menos frecuente este síndrome en personal administrativo.

Pero el Burnout adquirió verdadera importancia con los estudios de Christina Maslach y Susan E. Jackson, que en 1981 lo definieron como *"un síndrome de cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas"*. Por tanto, estas autoras describieron las tres dimensiones del Burnout: cansancio emocional, en el sentido de desgaste, pérdida de energía, agotamiento y fatiga; despersonalización o deshumanización, que consiste en el desarrollo de aptitudes negativas hacia otras personas, sobre todo con las que se trabaja, junto a la irritabilidad y a la pérdida de motivación; y por último, falta de realización personal, es decir, actitud negativa

⁷³ GONZÁLEZ R. Víctor; GONZÁLEZ C. Ramón; DE LA GÁNDARA M. Jesús. (2004). "El médico con Burnout: Conceptos básicos y habilidades prácticas para el médico de familia". Madrid: IM&C, S.A. p73-74

hacia sí mismo y hacia su trabajo, con baja moral, baja productividad laboral, poca autoestima e incapacidad para soportar el estrés. Para Maslach, estas tres dimensiones aparecen sobre todo en las profesiones de ayuda, como los sanitarios y educadores, que prestan servicios al público. Además, estas autoras elaboraron un instrumento de medida, el Maslach Burnout Inventory (MBI), *“...basado en la necesidad de un instrumento para evaluar el Burnout experimentado por una amplia gama de trabajadores de servicios humanos. Así, su inclusión en futuros estudios de investigación permitirá alcanzar un mejor conocimiento de distintas variables sociales e institucionales que permitirán reducir la presencia de Burnout...”* Se trata de un cuestionario autoadministrado constituido por 22 ítems referentes a sentimientos personales y actitudes del profesional hacia las personas a las que ofrece su servicio y hacia su trabajo. Posteriormente, Maslach y colaboradores, definieron el Burnout como un síndrome psicológico que aparece como respuesta a estresores laborales crónicos. Afirman que las tres dimensiones de esta respuesta son el agotamiento emocional, que representa la dimensión básica del Burnout, y se refiere al agotamiento de los recursos físicos y emocionales de la persona que padece el síndrome, la despersonalización o sentimientos de cinismo, que representa la dimensión de contexto interpersonal del síndrome, y la baja realización personal o sentimiento de ineficacia, que representa la dimensión de autoevaluación del Burnout, refiriéndose a sentimientos de incompetencia y falta de productividad en el trabajo. Para Maslach la primera dimensión en aparecer, desde el punto de vista temporal, es el agotamiento emocional, posteriormente, y de un modo secuencial, aparecería la despersonalización y por último se desarrollaría la tercera dimensión, o falta de realización personal, pero en este caso el desarrollo sería simultáneo en vez de secuencial. Estos autores realizaron un análisis de todo lo estudiado hasta el momento sobre este síndrome y afirmaron que se existían varias fases a lo largo de su historia⁷⁴.

En la primera fase, aparecieron los artículos iniciales, basados en la experiencia de la gente que trabajaba en servicios humanos y ocupaciones relacionadas con el

⁷⁴ MASLACH, C. (1976). Burned-out. Human Behavior, 5, p16

campo de la salud. En la segunda fase (fase empírica), se comenzaron a realizar trabajos cuantitativos del Burnout, utilizando el MBI y estudiando profesionales de otros campos, como los profesores. Más tarde, el estudio del Burnout se amplió a otras profesiones como gerentes, administrativos, militares, etc. Además se emplearon modelos estructurales en la investigación del síndrome, para así poder estudiar diversos factores que influían en el mismo y sus consecuencias de forma simultánea. Posteriormente, se empezaron a realizar estudios longitudinales sobre el Burnout⁷⁵.

El Maslach Burnout Inventory (MBI) es un inventario de 22 ítems en forma de afirmaciones. Esta escala tiene una alta consistencia interna y una fiabilidad cercana al 0,9. El sujeto debe contestar a cada enunciado mediante una escala tipo Likert de siete opciones, desde nunca a diariamente. El inventario se divide en tres subescalas, cada una de las cuales mide las tres dimensiones que se suponen configuran el constructo Burnout: agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal. De cada una de estas escalas se obtiene una puntuación baja, media o alta (que coincide con los tres tercios en los que se distribuye la población normativa), en la escala tipo Likert que corresponde a la Reducida Realización Personal la puntuación se invierte. El resultado permite caracterizar la mayor o menor frecuencia de Burnout.

El inventario se divide en tres subescalas, cada una de las cuales mide las tres dimensiones que se suponen configuran el constructo *Burnout*: Agotamiento Emocional (9 ítems), Despersonalización (5 ítems) y Reducida Realización Personal (8 ítems), y de cada una de estas escalas se obtiene una puntuación baja, media o alta (que coincide con los tres tercios en los que se distribuye la población normativa) que permite caracterizar la mayor o menor frecuencia de *Burnout*. Además, las autoras ofrecen las diversas puntuaciones de corte para cada una de las profesiones evaluadas: profesores, asistentes sociales, médicos, profesionales de salud mental, y del grupo "otras profesiones". Normalmente las puntuaciones del MBI (*Maslach Burnout Inventory*) se correlacionan con informaciones obtenidas con

⁷⁵ Ibíd. p17

otros instrumentos acerca de datos demográficos, características del trabajo, realización en el trabajo, personalidad, evaluación de actitudes, información sobre la salud, etc, como de hecho se suelen plantear en las diversas investigaciones desarrolladas sobre el estudio de este inventario. El desarrollo del instrumento tuvo una duración de ocho años en los que se fue perfilando el definitivo. Así, una prueba preliminar a 605 sujetos de diferentes profesiones estaba compuesta por 47 ítems; los análisis estadísticos correspondientes redujeron el inventario en 25, quedándose en los 22 ítems definitivos tras pasarlo a una segunda muestra de 1025 personas, también de diversas profesiones; en la versión definitiva se utilizaron un total de 11067 sujetos.

2.2 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

2.2.1 Estudios a Nivel Nacional

A.- RENDULICH TALAVERA, María. “El Síndrome de Desgaste Profesional en el Personal de Enfermería del Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo, EsSalud - Arequipa. 2004”.

Objetivo: Este estudio se realizó en el personal de enfermería del Servicio de Emergencia del Hospital Carlos Alberto Segúin Escobedo - EsSalud, Arequipa, Perú, con el propósito de determinar si existe entre ellos presencia del síndrome de desgaste profesional que es importante conocer por las repercusiones individuales e institucionales. Bajo el método descriptivo se utilizó como instrumento de medición el cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI). Se encontró que de 63 personas encuestadas, 31 (49.21 por ciento) presentan el síndrome de desgaste profesional distribuidos en: 13 sólo agotamiento emocional, 1 sólo despersonalización, 2 sólo falta de realización personal, 4 con agotamiento emocional y despersonalización, con agotamiento emocional y falta de realización personal, 7 con despersonalización y falta de realización personal en enfermeras y técnicos de enfermería. Al estudiar la correlación entre desgaste profesional y las variables, sexo, estado civil, edad, años de servicio, cargo y condición laboral se

encontró que la variable sexo (femenino) tiene significancia en la dimensión de agotamiento emocional; ninguna otra de las demás variables tiene determinación sobre el desarrollo del síndrome de desgaste profesional por lo que este sería indiferente a las variables estudiadas a excepción del sexo. Se puede dar en cualquier condición, es una respuesta individual o personal⁷⁶.

B.- QUIROZ VALDIVIA, Rodolfo. “Factores Asociados al Síndrome Burnout en Médicos y Enfermeras del Hospital Nacional Sur Este de Essalud del Cusco - 2002”

Durante los meses de Octubre de 1998 a Febrero de 1999, se realizó un estudio de prevalencia del Síndrome Burnout y los factores asociados al mismo en 64 médicos y 73 enfermeras del Hospital nacional Sur Este de ESSALUD del Cusco, que corresponde al 83.1 % de médicos y al 81 % de enfermeras que trabajaban en esos meses en dicho hospital. Los objetivos del estudio fueron determinar la prevalencia del Síndrome Burnout y determinar si existe asociación entre el síndrome Burnout y los factores siguientes: variables sociodemográficas, problemas familiares, motivación para el trabajo, satisfacción laboral, insatisfacción laboral, auto percepción del desempeño laboral. Se utilizaron como instrumentos de investigación cuestionarios estructurados especialmente confeccionados para el presente estudio, los cuales fueron previamente validados antes de aplicarlos a los sujetos de estudio. Se obtuvieron los siguientes resultados: La prevalencia del Síndrome Burnout se encuentra en grado bajo en el 79.7 % de médicos y 89 % de enfermeras; en grado medio en el 10.9 % de médicos y 1.4 % de enfermeras. No se encontró Síndrome Burnout en alto grado. Existe asociación estadísticamente significativa con las siguientes variables sexo masculino, la profesión de médico, tiempo de servicio mayor de 12 años, baja motivación laboral, baja satisfacción laboral y alta insatisfacción laboral. Existe baja asociación estadística con el trabajo

⁷⁶ RENDULICH TALAVERA, María Elena. Síndrome de desgaste profesional en el personal de enfermería del Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo, EsSalud – Arequipa, 2002.

mayor a 40 horas semanales, menos de 6 horas de esparcimiento semanal y otros trabajos fuera del hospital. Existe correlación inversa con situación laboral, motivación para el trabajo, auto percepción laboral, satisfacción laboral e insatisfacción laboral. No se encuentra asociación estadísticamente significativa con el número de horas de trabajo diario, ni con quien vive⁷⁷.

C.- ARAUCO ORELLANA, Gladys “Factores Sociodemográficos y Síndrome de Burnout en el Profesional de Enfermería del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2004.”

En este trabajo el objetivo fue determinar la presencia de factores sociodemográficos relacionados con Síndrome de Burnout. Se utilizó el método cuantitativo - descriptivo de corte transversal. La muestra fue de cincuenta y dos enfermeras entre los servicios de Medicina y Cirugía del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Para describir los factores sociodemográficos se elaboró un cuestionario basado en el área personal, laboral y social del profesional de enfermería. Para medir Síndrome de Burnout se utilizó el cuestionario de Maslach. Entre los resultados se encontró que del 100 por ciento de la muestra (52 enfermeras) únicamente cinco presentaron Síndrome de Burnout, de las cuales una Enfermera presenta nivel alto y cuatro nivel bajo. Con relación a la variable sociodemográfica que influye significativamente en el Síndrome de Burnout son turnos de trabajo, actividades en tiempo libres y servicio donde labora. Resultados: Los niveles identificados son altos y bajos para el grupo de enfermeras con Síndrome de Burnout. El 90.38 por ciento de enfermeras es posible que se encuentren en etapa de instalación del Síndrome⁷⁸.

⁷⁷ QUIROZ VALDIVIA, Rodolfo. “Factores Asociados al Síndrome Burnout en Médicos y Enfermeras del Hospital Nacional Sur Este de Essalud del Cusco”, 2002. rev. Facultad de Medicina Humana UNSAAC. SITUA 2003; 12 (23) : 11-22

⁷⁸ ARAUCO O. Gladys; ENCISO V. Jacqueline; GARCIA M. Roxana; “Factores sociodemográficos y síndrome de Burnout en el profesional de enfermería del Hospital Nacional Arzobispo Loayza”, Lima-Perú, 2004.

D.- GOMERO CUADRA, Raúl “El Síndrome de Burnout en Personal Sanitario de los Hospitales de la Empresa Minera de Southern Perú Copper Corporation. Dic. 2005.”

En este estudio piloto se trató de identificar los trabajadores sanitarios con Síndrome de Burnout en ese centro de labor y aportar las características epidemiológicas que permitan una aproximación del perfil de riesgo en el personal sanitario. Se entregó el Maslach Burnout Inventory al personal sanitario de los hospitales de esta empresa minera del sur de Perú, previa explicación del estudio. Se recibieron 82 (63%) cuestionarios debidamente llenados de los 130 entregados, de los cuales 26 fueron médico(a) s, 35 enfermero(a) s y 21 auxiliares de enfermería. Solo un médico presentó puntaje alto para cansancio emocional y despersonalización y bajo para baja realización personal. Se concluyó que en la población estudiada se encontró un médico con diagnóstico de Síndrome de Burnout, quien se caracterizó por el desarrollo temprano del síndrome y no asociado a la realización de turnos. Además se concluyó en la necesidad de repetir el estudio en instituciones de salud públicas⁷⁹.

E.- LÓPEZ Carmen, ZEGARRA Ángela y CUBA Víctor “Factores asociados al Síndrome de Burnout en Enfermeras de emergencia del hospital nacional Guillermo Almenara Irigoyen” Lima-Perú, 2006.

El objetivo fue determinar los factores asociados al síndrome de Burnout y más específicamente determinar la asociación entre factores profesionales y laborales asociados al síndrome de Burnout. Metodología: De octubre de 2005 a marzo de 2006 se entrevistaron a 45 profesionales de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen de EsSalud, lo que representa el 80% del universo elegible. El diseño de estudio es transversal. Se utilizó como instrumento de evaluación el “cuestionario de desgaste profesional de enfermería” (CDPE) elaborado por Moreno (2000). Resultados: El síndrome de Burnout se

⁷⁹ GOMERO C. Raúl, PALOMINO B. Juan, RUIZ G. Fermín, LLAP Y. Carlos. “El Síndrome de Burnout en personal sanitario de los hospitales de la Empresa Minera de Southern Perú Copper Corporation” Estudio Piloto. 2005. Rev Med Hered v.16 n.4 Lima oct./dic. 2005

encuentra en su mayoría en niveles bajos a predominio de la dimensión de despersonalización (13.6%). Sin embargo, se encontró una considerable proporción de este personal con niveles medios de Burnout a predominio de las dimensiones de agotamiento emocional (31.8%) y despersonalización (36.4%). Se concluyó que existe baja asociación estadística ($p=0.005$) entre los factores profesionales (interacción conflictiva y ambigüedad de rol), y también baja asociación estadística entre los factores laborales (sobrecarga laboral y supervisión) y el síndrome de Burnout⁸⁰.

F.- MARIÑOS Alejandro, OTERO Miluska, TOMATEO Jorge, MÁLAGA Germán “Coexistencia de síndrome de Burnout y síntomas depresivos en médicos residentes en un hospital de Lima, 2011”.

En este trabajo el objetivo fue determinar la frecuencia de coexistencia de síndrome de Burnout (SBO) y síntomas depresivos en médicos residentes en un hospital general. Metodología: Estudio descriptivo transversal realizado en médicos residentes de todas las especialidades del Hospital Nacional Cayetano Heredia (HNCH) durante febrero del 2011, utilizando la versión en español del inventario de Maslach para SBO (MBI) y de la Escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D 20). Resultados: Se analizó la información de 84 médicos residentes, 60 de los cuales fueron varones. La edad promedio de los participantes fue de $31 \pm 4,4$ años. La frecuencia de SBO fue 54,9% y de sintomatología depresiva 38,6%. El 32,9% presentó síntomas depresivos y SBO. No se encontró asociación entre el número de horas trabajadas a la semana con la presencia de síntomas depresivos o SBO. Concluyendo que la coexistencia entre SBO y síntomas depresivos fue 32,9% y debe tenerse en cuenta para desarrollar investigaciones e

⁸⁰ LÓPEZ Carmen, ZEGARRA Ángela y CUBA Víctor “Factores asociados al Síndrome de Burnout en Enfermeras de emergencia del hospital nacional Guillermo Almenara Irigoyen, 2006” Rev. de Ciencias de la Salud 1:1 2006

intervenciones en esta población médica para reducir su presentación y las derivadas complicaciones⁸¹.

2.2.2 Estudios a Nivel Internacional

A.- ORDENES D., Nadia. “Prevalencia de Burnout en Trabajadores del Hospital Roberto del Río”, Chile, 2003.

En este estudio se estableció la prevalencia de esta enfermedad en el Hospital Roberto del Río y las variables epidemiológicas de riesgo. Para lo cual se estudió una muestra de 250 profesionales en los cuales consideraron médicos enfermeras y personal paramédico. De las 250 encuestas analizadas, (que corresponde al 26,4% de los trabajadores del Hospital) 136 fueron contestadas por auxiliares Paramédicos, 48 por Médicos de staff, 32 fueron contestadas por Enfermeras, 24 por Médicos Becados, 6 por Kinesiólogos, 2 por Nutricionistas y 2 por Tecnólogos Médicos, a los que se les aplicó el instrumento de medida del Síndrome de Burnout de forma autoadministrada, entre Mayo y Septiembre de 2002. Se utilizó estadística descriptiva y comparación de porcentajes por X2. Se obtuvieron un 98% de respuestas. 69% de los evaluados tienen o están en riesgo de desarrollar el Síndrome Burnout⁸².

B.- SCHOJ, Débora “Estudio del Nivel de Burnout y Tipo de Afrontamiento Utilizado por Médicos de Servicios de Emergencia y Médicos de Salas de Guardia. Argentina, Marzo de 2003”.

En este trabajo de tesis la satisfacción en el trabajo influye sobre los síntomas característicos del Síndrome de Burnout, siendo los más satisfechos los menos proclives a manifestar Burnout. El tipo de servicio en el cual el médico realiza su labor profesional (guardia o emergencia) ejerce una influencia significativa sobre los

⁸¹ MARIÑOS Alejandro; OTERO, Miluska; TOMATEO Jorge; MALAGA Germán “Coexistencia de síndrome de Burnout y síntomas depresivos en médicos residentes en un hospital de Lima 2011”. Rev Med Hered 2011; 22:162-168.

⁸² ORDENES D, Nadia “Prevalencia de Burnout en trabajadores del hospital Roberto del Río Chile, 2003” Rev. chil. pediatr. 2004, vol.75, n.5

modos de afrontamiento. Los médicos de emergencia utilizan estrategias caracterizadas por la evaluación, mientras que los de guardia utilizan más estrategias adaptativas centradas en el problema. La antigüedad en el servicio ejerce una tendencia sobre los modos de afrontamiento. Los médicos de mayor antigüedad tienen una tendencia a utilizar estrategias de afrontamiento centradas en el análisis lógico y la redefinición cognitiva, aunque estos profesionales de mayor antigüedad presentan los valores de estas dos estrategias disminuidos con respecto a los de antigüedad intermedia. La satisfacción laboral influye sobre los modos de afrontamiento utilizados⁸³.

C.- ARANDA BELTRÁN, Carolina, “Síndrome de Burnout en Médicos Familiares del Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara, México”, 2004.

El objetivo del estudio fue el de determinar la prevalencia del Burnout, las manifestaciones clínicas y la relación entre ellas en los médicos familiares del Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara, México. Para analizar lo propuesto se utilizó un cuestionario de datos sociodemográficos y laborales, además de la escala de Maslach Burnout Inventory. La prevalencia encontrada sobre el síndrome de Burnout en los médicos familiares fue del 42,3 %. El 64,8 % (81 sujetos) se manifestó enfermo. Las enfermedades más frecuentes fueron las músculo-esqueléticas (20 %), las respiratorias (19,2 %), las gastrointestinales (18,3 %) y las psicológicas (15,2 %). Se encontró relación entre casi todos los reactivos del cuestionario con las enfermedades gastrointestinales, cardiovasculares, neurológicas y psicológicas, pero las dimensiones que se comportaron como factor de riesgo hacia la enfermedad fue principalmente el agotamiento emocional. El total de médicos familiares encuestados fue de 163 sujetos distribuidos en las 23 unidades de medicina familiar de la zona metropolitana de Guadalajara, Jalisco. La mayoría de ellos 138 (84,7 %) se encuentran ubicados en las áreas de consulta externa. El 63,8 % son hombres. La edad promedio fue de 47 años. Están casados

⁸³ SCHOJ, Débora; RICHAUD de MINZI, María C. doctora en Psicología. Estudio del nivel de Burnout y tipo de afrontamiento utilizado por médicos de servicios de emergencia y médicos de salas de guardia del Hospital de la Plata. Argentina, marzo de 2003.

126 (77,3 %). Hay que tomar en cuenta que no todos los médicos familiares tienen la especialidad, sin embargo en nuestro estudio encontramos que 125 (76,7 %) de ellos sí la tienen. Según los años de servicio en la institución un gran porcentaje de la población de estudio 149 (91,5 %) tienen más de 10 años pero menos de 30 años trabajando para la institución, más del 50 % labora durante el turno matutino y 80 médicos (49,1 %) han permanecido en su puesto laboral (como médicos familiares) por más de 15 años⁸⁴.

D.- OLMEDO MONTES, Margarita. “Variables Demográficas, Laborales y Burnout”. Facultad de Psicología. Universidad de Málaga. España, 2005.

El objetivo fue obtener las variables demográficas, laborales y la presencia de Burnout en un Hospital Civil de Málaga el año 2005. Material y métodos: En este trabajo se contó con una muestra de 113 trabajadores del Hospital Civil de Málaga, 78 mujeres, 35 varones, con edades comprendidas entre los 25 y 58 años ($M=39.35$, $D.T.=7.60$). Respecto a la variable sexo, se encontró que está significativamente relacionada con el cansancio emocional ($2(2)=5.359$; $p<.05$), la despersonalización ($2(2)=8.244$; $p<.01$) y la realización personal ($2(2)=9.287$; $p<.01$). Los hombres mostraron mayores porcentajes de sujetos en los grupos de alto cansancio emocional (35.5%) y alta despersonalización (48.4%), así como baja realización personal (51.6%). Por otra parte, las mujeres presentaron mayores porcentajes en los grupos de bajo cansancio emocional (54.1%) y baja despersonalización (44.6%), así como alta realización personal (43.2%). Los resultados mostraron que la variable edad está significativamente relacionada con el cansancio emocional ($2(4)=11.484$; $p<.01$) pero no con la despersonalización ($2(4)=6.74$; ns) ni con la realización personal ($2(4)=6.979$; ns). Observaron que en el grupo de 37-43 años el mayor porcentaje de sujetos se encuentra en el nivel de cansancio emocional medio (50.0%) mientras que en el grupo de 25-36 y en el de 44-58 años el porcentaje más alto de sujetos se encuentra en el nivel de cansancio emocional bajo (61.3% y 40.6%, respectivamente). También comprobaron que el 50% de sujetos

⁸⁴ ARANDA B. Carolina; PANDO M. Manuel; SALAZAR E. José; TORRES L. Teresa; ALDRETE R. Guadalupe y PÉREZ R. Berenice; “Síndrome de Burnout en médicos familiares del Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara, México, 2004”. Rev Cubana Salud Pública. 2005, vol.31, n.2

con cansancio emocional alto tienen entre 44 y 58 años. Por último, la variable situación laboral está significativamente relacionada con cansancio emocional ($2(2)= 9.766$; $p<0.01$) pero no con despersonalización ($2(2)= 2.667$; ns) ni con realización personal ($2(2)= 1.294$; ns). Observaron que los sujetos con situación laboral fija se distribuyen de forma equitativa entre los tres niveles del cansancio emocional, la despersonalización y la realización personal. El personal contratado presentaba el mayor porcentaje de sujetos en los grupos *de cansancio emocional y despersonalización bajos* (63.6% y 45.5%) y en el grupo alto de realización personal (43.2%)⁸⁵.

E.- PEÑA VELÁZQUEZ, A. “Síndrome de Burnout, en profesionales de la salud del Hospital Universitario Cmdte. Manuel Fajardo”. Cuba, 2008.

El objetivo fue describir el comportamiento del Síndrome de Burnout en profesionales de la salud del Hospital Universitario “Manuel Fajardo” de Ciudad de La Habana en octubre del año 2008. Metodología: Se realizó un estudio observacional descriptivo y transversal, aplicando el test Maslach Burnout Inventory a 31 médicos especialistas y enfermeros. Se cuantificaron los datos de cada grupo ocupacional por separado, además de los generales. Se determinaron criterios de inclusión y exclusión y se procesó la información obtenida. Se utilizó la definición del nivel de Burnout en Bajo, Medio y Alto según los rangos establecidos para su cálculo. Se esbozaron los principales factores sociodemográficos asociados al síndrome. Los resultados mostraron que las $\frac{3}{4}$ partes de los encuestados pertenecen al sexo masculino, mientras hubo un predominio de los profesionales casados y una octava parte de la población tiene al menos un hijo. El Síndrome de Burnout afecta en orden decreciente de nivel a Clínicos, Enfermeros y Cirujanos Generales en la Institución. A pesar de ser los más afectados, los especialistas de Medicina Interna presentan el grado más alto de realización personal del estudio⁸⁶.

⁸⁵ OLMEDO MONTES, M. “Variables Demográficas, Laborales y Burnout”. Facultad de Psicología. Universidad de Málaga. España, 2005.

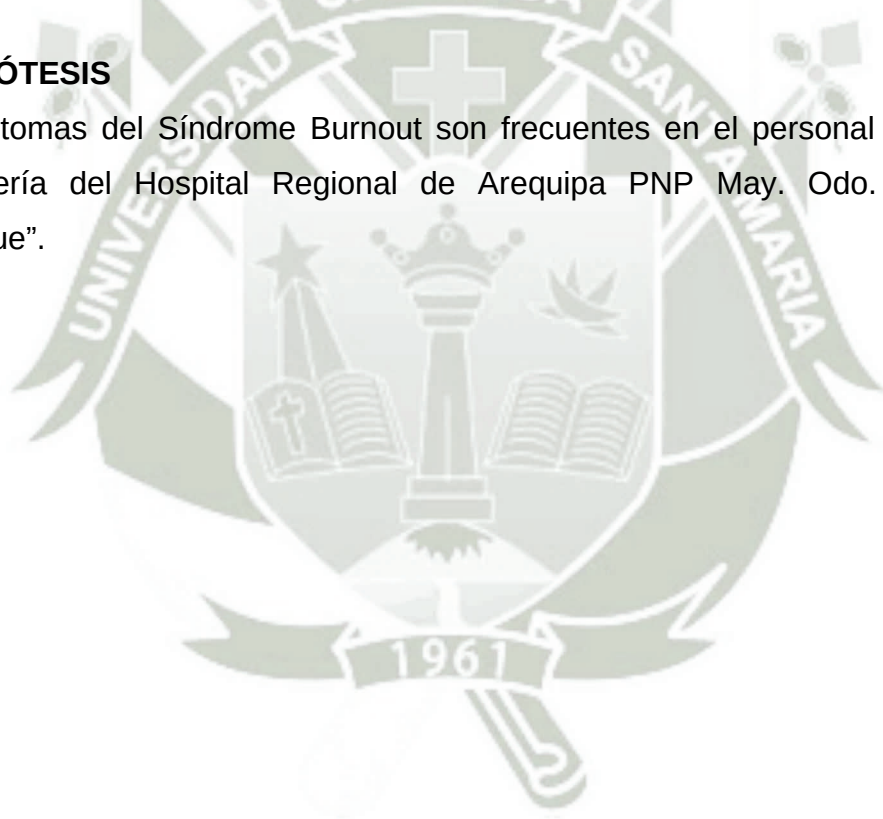
⁸⁶ PEÑA VELÁZQUEZ Adolfo. “Síndrome de Burnout, en profesionales de la salud del Hospital Universitario Cmdte. Manuel Fajardo”, Cuba, 2008.

3 OBJETIVOS.

- Determinar la frecuencia de síntomas del síndrome de Burnout en el personal médico y de enfermería del Hospital Regional de Arequipa PNP May. Odo. Julio Pinto Manrique.
- Determinar las características epidemiológicas del personal médico y de enfermería del Hospital Regional de Arequipa PNP May. Odo. “Julio Pinto Manrique”
- Identificar la relación entre los síntomas frecuentes del síndrome de Burnout y las características epidemiológicas del personal médico y de enfermería del Hospital Regional de Arequipa PNP May. Odo. “Julio Pinto Manrique”.

4 HIPÓTESIS

Los síntomas del Síndrome Burnout son frecuentes en el personal médico y de enfermería del Hospital Regional de Arequipa PNP May. Odo. “Julio Pinto Manrique”.



III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1. Técnicas

Se utilizará la entrevista para recoger los datos necesarios según el cuadro de operacionalización de variables.

1.2. Instrumentos

ENCUESTA: ESCALA DE MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI)

El Maslach Burnout Inventory fue desarrollado por Christina Maslach y Susan E. Jackson en 1981, Es el instrumento que ha generado un mayor volumen de estudios e investigaciones, formado por 22 ítems que se valoran con una escala tipo Likert. El sujeto valora, mediante un rango de 5 adjetivos que van de “nunca” a “diariamente”, con qué frecuencia experimenta cada una de las situaciones descritas en los ítems. El instrumento tiene una alta consistencia interna y una confiabilidad cercana al 0,9. En estudios con muestras españolas, varía entre 0,90 para la escala Agotamiento Emocional; 0,79 para la escala Despersonalización y de 0,71 para la escala Logro Personal.

MBI: está conformado por las dimensiones de Cansancio Emocional (CE), Despersonalización (DP) y Realización Personal Reducida (RP).

CE: consta de 9 ítems (1,2,3,6,8,13,14,16,20) y valora la vivencia de estar exhausto a nivel emocional por las demandas del trabajo.

DP: está formada por 5 ítems (5,10,11,15,22) y mide el grado en que pueden reconocerse en uno mismo actitudes de frialdad y de distanciamiento relacional. La escala de despersonalización sólo puede utilizarse para valorar la relación con los alumnos, o usuario del servicio y no es válida para evaluar las actitudes hacia los compañeros o colaboradores del trabajo.

RP: se compone de 8 ítems (4,7,9,12,17,18,19,21) que evalúan los sentimientos de autoeficacia y de realización personal en el trabajo.

Altas puntuaciones en las dos primeras escalas y bajas en la tercera permiten diagnosticar el trastorno (Mingote Adán, 1998).

Como puntos de corte se pensó en seguir los criterios seguidos por otros autores (De las Cuevas, 1994; Luecken, 1997):

- CE: puntuaciones de 27 o superiores son indicativas de un alto nivel de Burnout. El intervalo 19-26 correspondería a puntuaciones intermedias, siendo las puntuaciones por debajo de 19 indicativas de niveles de Burnout bajos o muy bajos.
- DP: puntuaciones superiores a 10 serían nivel alto, 6-9 medio y menos de 6 bajo grado de despersonalización.
- RP: funciona en sentido opuesto a las anteriores, ya que el intervalo 0-33 puntos indicarían baja realización, 34-39 intermedia y más de 40 alta sensación de logro.

Otra forma de evaluar el Maslach es:

Para diagnosticar al trabajador con Síndrome de Burnout, se debe obtener un valor alto en el componente de CE y DP, mientras que el de BRP debe ser bajo respecto a la distribución de frecuencias. Los sujetos por encima del percentil 95 se incluyen en la categoría "alto", entre el percentil 95 y 5 en la categoría de "medio" y por debajo del percentil 5 en la categoría "bajo".

Grados de Intensidad:

Versión de 5 ítems	Versión de 7 ítems
1=Nunca	0=Nunca
2=Algunas veces al año	1=Pocas veces al año; 2=Una vez al mes o menos;
3=Algunas veces al mes	3=Unas pocas veces al mes o menos;
4=Algunas veces a la semana	4=Una vez a la semana; 5=Pocas veces a la semana;
5=Diariamente	6=Todos los días.

Correlación = 0.95

1.3. Materiales de Verificación

- Material de escritorio
- Laptop Intel core7
- Impresora
- Sistema operativo Windows 7
- Procesador de texto Word 2010
- Soporte estadístico IBM SPSS Statistics 20.0

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ubicación espacial

Hospital Regional de Arequipa PNP May. Odo. “Julio Pinto Manrique”

2.2. Ubicación temporal

El estudio se realizara entre los meses de enero y marzo del 2013

2.3. Unidades de estudio

Son los médicos y las enfermeras del Hospital Regional de Arequipa PNP May. Odo. “Julio Pinto Manrique”.

2.3.1. Población

Está conformada por todos los médicos que son en número de 27 y todas las enfermeras que son en número de 69 que laboran en el Hospital Regional de Arequipa PNP “Julio Pinto Manrique”, los cuales tienen labor asistencial directa con los pacientes.

Procedimiento de muestreo

No hay muestreo porque se trabajará con toda la población

2.4. Criterios de selección

Criterios de Inclusión

- Médicos y enfermeras que laboran en el Hospital Regional de Arequipa PNP “Julio Pinto Manrique”.

Criterios de exclusión

- Profesionales que laboran en el Hospital Regional de Arequipa PNP “Julio Pinto Manrique” a nivel administrativo o dedicados a actividades preventivo-promocionales

3. Estrategia de Recolección de Datos

3.1. Organización

Planteamiento y permiso del Director del Hospital Regional de Arequipa PNP “Julio Pinto Manrique”.

Solicitud formal a la Facultad de Medicina de la UCSM, contando con el proyecto de tesis.

3.2. Recursos

3.2.1. Recursos humanos

- El autor:

Favio Eduardo Vega Centeno Bueno

- Asesor: Dr.

Médico Psiquiatra Edwar Luna Ortiz

- Grupo Recolector de datos:

Favio Eduardo Vega Centeno Bueno

3.2.2. Recursos Físicos

- Fichas de recolección de datos

3.2.3. Recursos financieros

- Autofinanciado por el autor

3.3. Validación de instrumentos

GIL-MONTE, Pedro R. Validez factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory-General Survey. Tenerife – ESPAÑA, 1999. Salud Pública Mex 2002; 44:33-40.

La muestra la integraron 149 policías municipales de Tenerife, España, a quienes se les aplicó el cuestionario en 1999. Se realizó un análisis factorial mediante Componentes Principales y rotación Varimax. Cuatro factores tuvieron valores propios mayores que 1. En el Factor I se agruparon los ítems de Eficacia Profesional, en el Factor II tres ítems de Cinismo, en el Factor III los ítems de Agotamiento, y en el Factor IV dos ítems de Cinismo. Posteriormente se realizó otro análisis ajustando a tres la extracción de factores. La solución factorial reprodujo la distribución de los ítems del manual. Los valores de fiabilidad de las escalas según alfa de Cronbach en nuestro estudio fueron 0.85 para Eficacia profesional, 0.83 para Agotamiento y 0.74 para Cinismo. El MBI mostró la suma más alta de sensibilidad el 78 % y especificidad el 48 % con un límite de 3.50 por la subescala de Agotamiento, con un acuerdo kappa de .25 con la entrevista estructurada diagnóstica. A la luz de los resultados obtenidos el cuestionario se puede considerar válido y confiable en la versión adaptada al castellano.

3.4. Criterios para el manejo de los resultados

3.4.1. A nivel de recolección

Se realizara la encuesta a los médicos y a las enfermeras del Hospital Regional de Arequipa PNP “Julio Pinto Manrique”, y se utilizara Cuestionarios Autoadministrados, los cuales serán respondidos en forma voluntaria, personal, confidencial y anónima en el hospital, durante el mes de febrero del 2013.

Se Procederá a explicar los alcances del presente estudio a los entrevistados, además de asegurar la confidencialidad de los datos individuales; para obtener la mayor veracidad en sus respuestas.

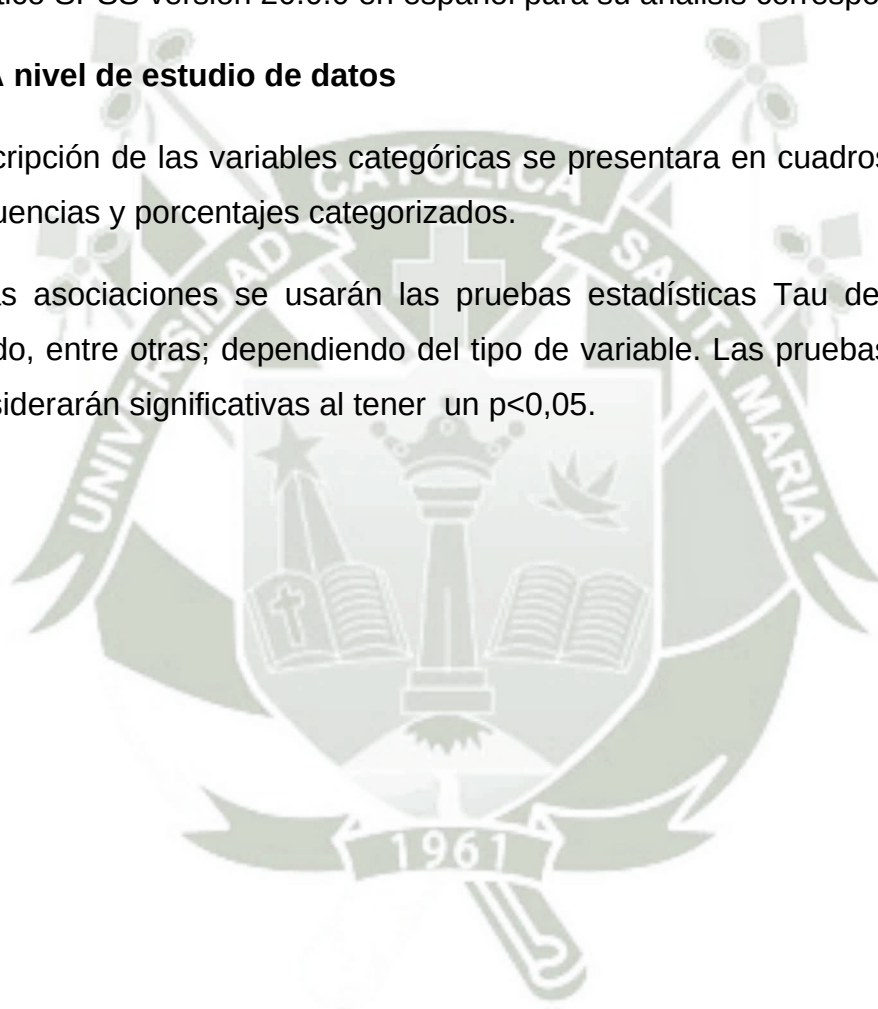
3.4.2. A nivel de sistematización

La información obtenida será procesada en una base de datos creada por medio del programa de Microsoft Office Excel 2010 y después exportada al paquete estadístico SPSS versión 20.0.0 en español para su análisis correspondiente.

3.4.3. A nivel de estudio de datos

La descripción de las variables categóricas se presentara en cuadros estadísticos de frecuencias y porcentajes categorizados.

Para las asociaciones se usarán las pruebas estadísticas Tau de kendall, Chi cuadrado, entre otras; dependiendo del tipo de variable. Las pruebas estadísticas se considerarán significativas al tener un $p < 0,05$.



IV. CRONOGRAMA DE TRABAJO

Secuencia de Actividades de acuerdo al cronograma de Gantt.

TIEMPO	2012												2013							
	OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE				ENERO				FEBRERO			
ACTIVIDADES	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Búsqueda de información																				
Elaboración del proyecto																				
Presentación del proyecto																				
Recolección de datos																				
Análisis e interpretación																				
Elaboración de informe final																				

Fecha de inicio: 15 de octubre del 2012

Fecha probable de término: 25 de febrero del 2013

BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

- ATANCE, J. (2001). Aspectos Epidemiológico del Síndrome Burnout en personal sanitario. México. Guadalajara: Dirección provincial de In salud de Guadalajara.
- BURKE, R. J. y RICHARDSEN, A. M. (1993). Psychological burnout in organizations. In R. T. Golembiewski (Ed.), Handbook of organizational behavior New York: Marcel Dekker.
- BUUNK, R.J. y SCHAUFELI, W.B. (1993). Burnout: A perspective from social comparison theory. En W.B. Schaufeli, C. Maslach y T.Marek (Eds.), Professional burnout: Recent developments in theory and research. UK: Taylor & Francis.
- CHERNISS, C. (1980a). Professional burnout in human service organizations. Nueva York: Praeger.
- CHERNISS, C. (1980b). Staff burnout: Job stress in the human services. Beverly Hills: Sage.
- EDELWICH, J. Y BRODSKY, A. (1980): Burnout: Stages of Disillusionment in the Helping Professions. Nueva York: Human Sciences Press.
- FLORES LOZANO J.A (1994) Síndrome de estar quemado. Barcelona: Edikete med.
- GIL-MONTE, P.R. y PEIRÓ, J.M. (1997). Desgaste psíquico en el trabajo. El síndrome de quemarse. Madrid: Síntesis.
- GIL-MONTE, P.R. (2005) El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. Madrid: Pirámide.
- GIL-MONTE, P. R. y MORENO-JIMÉNEZ, B. (Comp.) (2007). El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout): grupos profesionales de riesgo. Madrid: Pirámide.
- GOLEMBIEWSKI, R.T. (1979). Toward the responsive organization. Salt Lae City, Brighton.
- GOLEMBIEWSKI, R.T. SCHERB, K. y BOUDREAU, R.A. (1993). Burnout in cross-national settings: generic and model-specific perspectives. En Sáez Navarro, M.C. (1997) Tesis Doctoral. Murcia. Universidad de Murcia.
- GONZÁLEZ R. Víctor; GONZÁLEZ C. Ramón; DE LA GÁNDARA M. Jesús. (2004). "El médico con Burnout: Conceptos básicos y habilidades prácticas para el médico de familia". Madrid: IM&C, S.A.
- GRAU ABALO, J; CHACON, Roger. (1988) "Burnout: Una Amenaza a los Equipos de Salud". INOR. Cuba: INOR.

- HARRISON, W.D. (1983). A social competence model of burnout. En B.A. Farber (Ed.) Stress and burnout in the human services profesions. Nueva York: Pergamon Press.
- HIDALGO, N. & MOREIRA, E. (2000). Autocuidado, trastorno psicológico y rotación de equipos de salud mental. Santiago, Chile: Universidad de Chile, Departamento de Psicología.
- HOBFOLL, S.E. y FREEDY, J. (1993). Conservation of resources: A general stress theory applied to burnout. En W.B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds.), Professional burnout: Recent developments in theory and research. UK: Taylor & Francis.
- LEAL RUBIO, J. (1993). Equipos comunitarios: ¿una ilusión sin porvenir, un porvenir sin ilusión? En Salud Mental y Servicios Sociales: el espacio comunitario. Barcelona: Diputación de Barcelona.
- LEITER, M.P. (1993). Burnout as a developmental process: Consideration of models. En W.B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds.), Professional burnout: Recent developments in theory and research. London: Taylor & Francis.
- MARGISON, F.R. (1987). Stress in Psychiatrist. En R. Payne y J. Firth-Cozens (Eds.), Stress in Health Professionals. New York: Wiley.
- MASLACH, C. y JACKSON, S.E. (1981). Maslach Burnout Inventory. Palo Alto, California: Consulting Psychological Press.
- MORENO, Jacobo Levy (1962): Fundamentos de la Sociometría, Buenos Aires, Piado.
- MORENO, B., OLIVER, C. y ARAGONESES, A. (1991). El Burnout, una forma específica de estrés laboral. En: G. Buela-Casal y V. E. Caballo (Eds.), Manual de psicología clínica aplicada. Madrid: Siglo XXI de España Editores, S.A.
- PINES, A. y KAFRY, D. (1981). Coping with burnout. En J. Jones (Ed.), The Burnout Syndrom. Parkridge, IL: London House Press.
- PINES, A., ARONSON, E. y KAFRY, D. (1981). Burnout: From tedium to personal growth. En C. Cherniss (Ed.), Staff burnout: Job stress in the human services. Nueva York: The Free Press.
- SHIROM, A. (1989). Burnout in work organization. En C. L. Cooper y I. Robertson (Eds.), International Review of Industrial and Organizational Psychology. New York: John Wiley and Sons

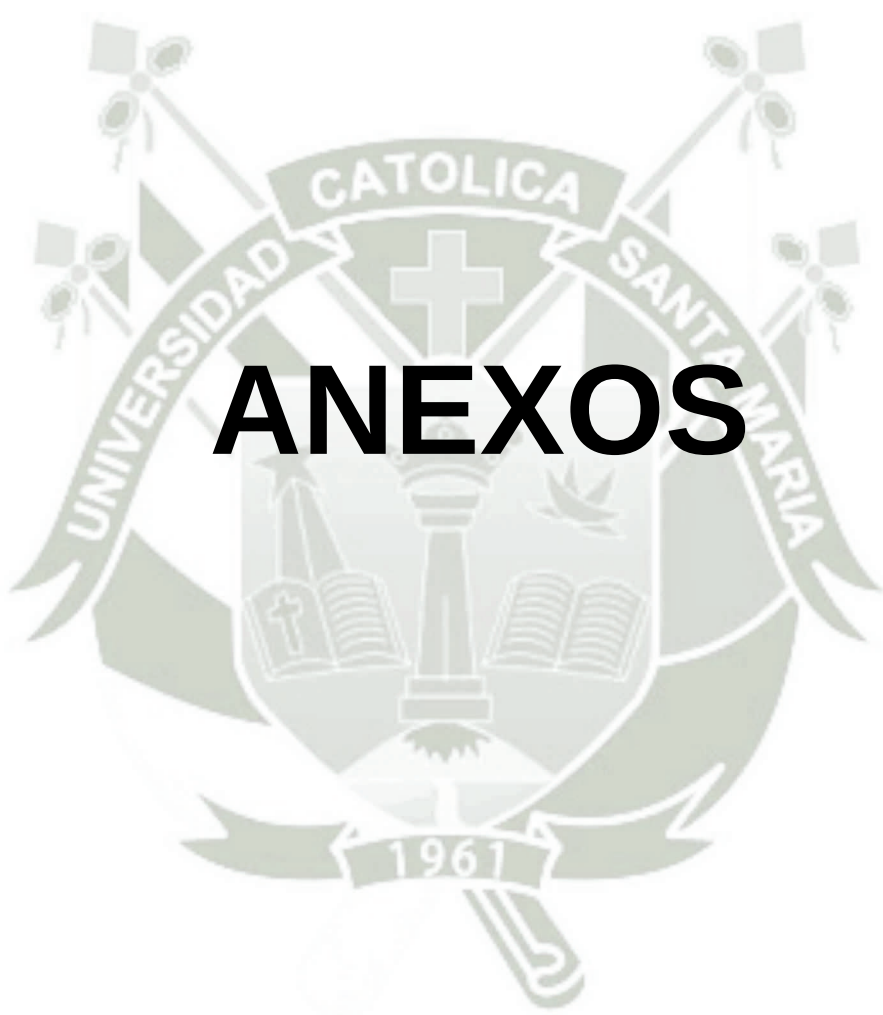
- TAYLOR, SG. OREM, Dorothea E. (2007) Teoría del déficit de autocuidado. En: Marriner A, Raile M. Modelos y teoría en enfermería. 6ª ed. España: Elsevier
- WINNUBST, J.A. (1993). Organizational structure, social support and burnout. En W.B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds.), Professional burnout: Recent developments in theory and research. UK: Taylor & Francis.
- ZIJLSTRA, F. y DE VRIES, J. (2000). Burnout and the relationships with sociodemographic and work related variables. En I.D.H. Houtman, W.B. Schaufeli y T. Taris (Eds.), Occupational fatigue and work, Alpen a/d Rijn: Samsom
- ARANDA B. Carolina; PANDO M. Manuel; SALAZAR E. José; TORRES L. Teresa; ALDRETE R. Guadalupe y PÉREZ R. Berenice; “Síndrome de Burnout en médicos familiares del Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara, México, 2004”. Rev Cubana Salud Pública. 2005, vol.31, n.2
- ARAUCO O. Gladys; ENCISO V. Jacqueline; GARCIA M. Roxana; “Factores sociodemográficos y síndrome de Burnout en el profesional de enfermería del Hospital Nacional Arzobispo Loayza”, Lima-Perú, 2004.
- GOMERO C. Raúl, PALOMINO B. Juan, RUIZ G. Fermín, LLAP Y. Carlos. “El Síndrome de Burnout en personal sanitario de los hospitales de la Empresa Minera de Southern Perú Copper Corporation” Estudio Piloto. 2005.
- LÓPEZ Carmen, ZEGARRA Ángela y CUBA Víctor “Factores asociados al Síndrome de Burnout en Enfermeras de emergencia del hospital nacional Guillermo Almenara Irigoyen, 2006” Rev. de Ciencias de la Salud 1:1 2006
- MARIÑOS Alejandro; OTERO, Miluska; TOMATEO Jorge; MALAGA Germán “Coexistencia de síndrome de Burnout y síntomas depresivos en médicos residentes en un hospital de Lima 2011”. Rev Med Hered 2011; 22:162-168.
- OLMEDO MONTES, M. “Variables Demográficas, Laborales y Burnout”. Facultad de Psicología. Universidad de Málaga. España, 2005.
- ORDENES D, Nadia “Prevalencia de Burnout en trabajadores del hospital Roberto del Río Chile, 2003” Rev. chil. pediatr. 2004, vol.75, n.5
- PEÑA VELÁZQUEZ Adolfo. “Síndrome de Burnout, en profesionales de la salud del Hospital Universitario Cmdte. Manuel Fajardo”, Cuba, 2008.
- QUIROZ VALDIVIA, Rodolfo. “Factores Asociados al Síndrome Burnout en Médicos y Enfermeras del Hospital Nacional Sur Este de Essalud del Cusco”, 2002

- RENDULICH TALAVERA, María Elena. Síndrome de desgaste profesional en el personal de enfermería del Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguí Escobedo, EsSalud – Arequipa, 2002.
- SCHOJ, Débora; RICHAUD de MINZI, María C. doctora en Psicología. Estudio del nivel de Burnout y tipo de afrontamiento utilizado por médicos de servicios de emergencia y médicos de salas de guardia del Hospital de la Plata. Argentina, marzo de 2003.
- AYUSO, J.L. y LÓPEZ, J. (1993). Síndrome de Burnout y SIDA. Cuadernos de Medicina Psicosomática, (27), 42-46.
- BRILL, P. L. (1984). The need for an operational definition of burnout. Family and Community Health, 6, 12-24.
- CEBRIÁ, J.; et al. (2001). Rasgos de personalidad y Burnout en médicos de familia. Atención Primaria, 27, 7, 459-468.
- CRONIN-STUBBS, D. y ROOKS, C. (1985). The stress, social support, and burnout of critical care nurses. Heart and Lung, 14, 31-39.
- FARBER, B.A. (1984). Stress and burnout in suburban teachers. Journal of Educational Research, 77,(6), 325-331.
- FREUDENBERGER, H.J. (1974). Staff burnout. The Journal of Social Issues, 30(1), 159-166.
- FREUDENBERGER, H.J. (1980). Burn-out. Nueva York: Doubleday.
- GIL-MONTE, P.R., PEIRÓ, J.M. y VALCÁRCEL, P. (1995). A causal model of burnout process development: An alternative to Golembiewski and Leiter models. "Seven European Congress on Work and Organizational Psychology", Gyor (Hungary).
- GIL-MONTE, Pedro R. (2001) Validez factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory-General Survey. Salud Pública Mex 2002; 44:33-40
- GOLEMBIEWSKI, R.T.; MUNZENRIDER, R. y CARTER, D. (1983). Phases of progressive Burnout and their work site covariants: Critical issues in od research and praxis. Journal of Applied Behavioral Science, 19, 461-481.
- GONÇAVES ESTELLA, F.; et al. (2002). Síndrome de Burnout en el médico general. Medicina General, 43, 278-283.
- HERNÁNDEZ-MARTÍN, L.; FERNÁNDEZ-CALVO, B.; RAMOS, F. y CONTADOR, I. (2007). El síndrome de Burnout en funcionarios de vigilancia de un centro penitenciario. International Journal of Clinical and Health Psychology, 6, 3, 599-611.

- LEE, R.T. y ASHFORTH, B.E. (1993). A longitudinal study of burnout among supervisors and managers: Comparisons between the Leiter and Maslach (1988) and Golembiewski et al (1986) models. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 54, 369-398.
- LEITER, M.P. y MASLACH, C. (1988). The impact of interpersonal environment on Burnout and organizational commitment. *Journal of Organizational Behavior*, 9, 297-308
- LEITER, M.P. (1989a). Conceptual implications of two models of burnout: A response to Golembiewski. *Group and Organization Studies*, 14(1), 15-22.
- LEITER, M.P. (1990). The impact of family resources, control coping and skill utilization on the development of burnout: A longitudinal study. *Human Relations*, 43, 1067-1083.
- LEITER, M. P. (1992). Burnout as a crisis in self-efficacy-conceptual and practical implications. *Work and stress*, 6 (2), 107-116.
- MASLACH, C. (1976). Burned-out. *Human Behavior*, 5, 16-22.
- MOLINA LINDE, J.M.; AVALOS MARTÍNEZ, F. y GIMÉNEZ CERVANTES, I. (2005). Burnout en enfermería de Atención Hospitalaria. *Enfermería Clínica*, 15, 5, 275-282.
- NAISBERG JL, FENNING S. (1991) Personality characteristics and properness to Burnout: A study among psychiatrist. *Stress Med.* 1991; 7, 4: 201-205.
- PERIS, M. D. (2002). El número 7 ± 2 como explicación cognitiva (LMCP) del síndrome de Burnout y de PTSD. Ponencia presentada en la Jornada de debate Multidisciplinar sobre Mobbing. Universitat Jaime I de Castellón. 14-12-2002.
- PERLMAN, B., & HARTMAN, E. A. (1982). Burnout: Summary and Future Research. *Human Relations*, 35, 283-305.
- SALANOVA, M., SCHAUFELI, W. B., PEIRÓ, J. M. y GRAU, R. (2000). Desde el 'Burnout' al 'engagement': ¿una nueva perspectiva? *Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones*, 16, 117-134.
- SINGH, J., GOOLSBY, J.R. y RHOADS, G.K. (1994). Behavioral and psychological consequences of boundary spanning burnout for customer service representatives. *Journal of Marketing Research*, 31, 558-569.
- THOMPSON, M.S., PAGE, S.L. y COOPER, C.L. (1993). A test of Carver and Scheier's self-control model of stress in exploring burnout among mental health nurses. *Stress Medicine*, 9, 221-235.

- THOMPSON, S. (1995). Stress and the female doctor. Occupational Health, 47, 10,344-345.
- ZALDÚA, J.; LODIEU, N. (1999) "Cuando el Trabajo Enferma". Revista El Médico. Buenos Aires: Belgrano.127; 4-5





ANEXOS

ANEXO 1

ESCALA DE MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI)

A continuación encontrará una serie de enunciados de su trabajo y de sus sentimientos en él. Le pedimos su colaboración respondiendo a ellos tal como Ud. se sienta. No existen respuestas mejores o peores, la respuesta correcta es aquella que expresa su propia experiencia.

Los resultados de este cuestionario son estrictamente confidenciales y en ningún caso será accesible a otras personas. Su objetivo es contribuir al conocimiento de las condiciones de su trabajo y mejorar su nivel de satisfacción.

Con que frecuencia siente cada una de las siguientes afirmaciones.

1	2	3	4	5	
Nunca	Algunas veces al año	Algunas veces al mes	Algunas veces a la semana	Diariamente	
1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	1	2	3	4	5
2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo	1	2	3	4	5
3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme con otro día de trabajo	1	2	3	4	5
4. Fácilmente comprendo cómo se sienten los pacientes	1	2	3	4	5
5. Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales	1	2	3	4	5
6. Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo	1	2	3	4	5
7. Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes	1	2	3	4	5
8. Me siento agotado por mi trabajo	1	2	3	4	5
9. Creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en las vidas de otras personas	1	2	3	4	5
10.Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión	1	2	3	4	5
11.Me preocupa el hecho de que este trabajo me esté endureciendo mucho emocionalmente	1	2	3	4	5
12.Me siento muy activo	1	2	3	4	5
13.Me siento frustrado en mi trabajo	1	2	3	4	5
14.Creo que estoy trabajando demasiado	1	2	3	4	5
15.Realmente no me preocupa lo que ocurre a algunos de mis pacientes	1	2	3	4	5
16.Trabajar directamente con las personas me produce estrés	1	2	3	4	5
17.Me siento estimulado después de trabajar en contacto con mis pacientes	1	2	3	4	5
18.Fácilmente puedo crear una atmósfera relajada con mis pacientes	1	2	3	4	5
19.He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión	1	2	3	4	5
20.Me siento acabado	1	2	3	4	5
21.En mi trabajo, trato los problemas emocionales con mucha calma	1	2	3	4	5
22.Siento que los pacientes me culpan por algunos de sus problemas	1	2	3	4	5

ANEXO 2

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS ASOCIADAS AL SÍNDROME DE BURNOUT

Edad:años

Sexo:

☐ Masculino

☐ Femenino

Estado Civil:

☐ Soltero (a)

☐ Casado (a)

☐ Conviviente

☐ Separado (a)

☐ Divorciado (a)

☐ Viudo (a)

Profesión:

Médico ☐ Enfermera ☐

¿Cuantos años de servicio profesional tiene Ud. en este hospital:.....

¿Queda satisfecho(a) con la remuneración que recibe?

Si ☐ No ☐

Situación económica:

☐ Buena

☐ Regular

☐ Mala

ANEXO 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

YO,....., IDENTIFICADO CON DNI
NRO....., ACEPTO VOLUNTARIAMENTE PARTICIPAR EN
LA INVESTIGACION TITULADA “CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y
FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL
MEDICO Y DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DE AREQUIPA PNP
MAY. ODO. JULIO PINTO MANRIQUE – 2013”, LLENANDO LA ENCUESTA
CORRESPONDIENTE.

AREQUIPA,DE.....2013

FIRMA Y POST FIRMA

MATRIZ DE DATOS

FICHA	EDAD	SEXO	ESTADO CIVIL	PROFESIÓN	AÑOS DE SERVICIO PROFESIONAL	SATISFACCIÓN CON LA REMUNERACIÓN	SITUACIÓN ECONÓMICA	CANSANCIO EMOCIONAL	DESPERSONLAIZACIÓN	REALIZACIÓN PERSONAL	SÍNDROME DE BURNOUT
1	36	2	5	1	2	2	2	3	2	2	2
2	40	2	5	1	3	2	2	2	2	2	2
3	29	2	1	1	1	2	2	3	3	2	2
4	44	2	2	1	3	2	1	3	2	3	2
5	30	2	1	1	1	2	2	3	2	2	2
6	35	2	4	1	2	2	2	3	2	2	2
7	37	2	4	1	2	2	2	2	3	2	2
8	48	2	2	1	3	1	2	3	3	2	2
9	59	2	2	1	5	1	1	3	3	3	2
10	28	2	1	1	1	2	2	3	2	3	2
11	38	2	5	1	3	2	2	3	2	2	2
12	55	2	2	1	5	1	2	3	2	2	2
13	42	2	2	1	3	2	2	3	2	2	2
14	48	2	2	1	3	1	2	3	2	2	2
15	45	2	2	1	4	2	2	3	2	2	2
16	50	2	6	1	4	2	2	2	2	2	2
17	52	2	2	1	5	1	2	3	2	2	2
18	48	2	2	1	3	1	1	2	2	2	2
19	46	2	2	1	4	2	2	2	2	1	1
20	42	2	2	1	3	1	2	3	2	2	2
21	37	2	2	1	2	2	2	3	2	3	2
22	28	2	1	1	1	2	2	3	2	2	2
23	31	2	1	1	2	1	1	3	3	2	2
24	41	2	2	1	3	2	2	3	3	3	2
25	37	2	2	1	2	2	2	3	3	2	2
26	37	2	2	1	2	2	1	3	3	2	2

27	41	2	2	1	3	2	2	3	2	2	2
28	34	2	4	1	1	2	2	3	2	2	2
29	55	2	2	1	4	1	2	3	3	2	2
30	41	2	2	1	3	1	2	3	3	2	2
31	33	2	2	1	2	1	1	3	2	2	2
32	31	2	1	1	2	2	2	3	2	1	2
33	25	2	3	1	1	2	2	3	2	2	2
34	51	2	2	1	4	2	2	3	2	2	2
35	59	2	6	1	4	2	2	2	2	2	2
36	43	2	2	1	3	2	2	3	3	2	2
37	56	2	2	1	4	1	2	3	2	2	2
38	27	2	1	1	1	1	2	2	2	2	2
39	44	2	2	1	4	1	1	3	3	2	2
40	35	2	2	1	2	1	2	3	2	2	2
41	42	2	4	1	2	2	2	3	2	2	2
42	48	2	2	1	4	1	2	3	3	3	2
43	46	2	2	1	4	1	2	3	3	2	2
44	43	2	2	1	4	1	2	2	3	2	2
45	42	2	2	1	3	2	2	2	2	2	2
46	50	2	2	1	3	1	1	3	3	3	2
47	42	2	2	1	4	2	2	3	3	2	2
48	24	2	3	1	1	2	2	2	2	2	2
49	43	2	2	1	3	2	2	3	2	2	2
50	54	2	1	1	4	1	2	2	1	2	1
51	54	2	2	1	4	2	2	1	1	2	1
52	39	2	1	1	3	2	1	1	2	1	1
53	40	2	4	1	4	2	2	3	3	3	2
54	37	2	2	1	3	2	2	1	2	1	1
55	41	2	2	1	3	2	2	2	1	2	1
56	37	2	2	1	1	1	2	2	2	2	2
57	40	2	1	1	2	2	2	3	2	1	2
58	39	2	2	1	3	1	1	3	2	2	2
59	29	2	1	1	2	2	2	3	3	2	2
60	27	2	2	1	1	1	1	3	3	1	2
61	44	2	4	1	4	2	2	3	3	2	2
62	30	2	1	1	1	1	1	3	2	1	2
63	47	2	2	1	3	1	2	3	2	1	2
64	38	2	2	1	3	2	2	2	2	2	2
65	38	2	1	1	3	2	2	1	1	2	1
66	39	2	1	1	3	2	2	1	1	2	1
67	45	2	1	1	4	2	2	1	2	2	1
68	37	2	2	1	3	1	2	2	2	1	1
69	43	2	2	1	3	2	2	2	2	1	1

70	54	2	2	2	5	2	1	2	2	1	1
71	46	1	2	2	5	2	1	1	2	2	1
72	52	1	2	2	4	2	2	3	2	2	2
73	50	2	5	2	4	2	2	3	2	3	2
74	53	1	2	2	4	1	2	2	1	1	1
75	37	2	1	2	3	1	1	3	2	1	2
76	52	2	2	2	5	1	1	3	3	3	2
77	38	2	6	2	1	1	1	2	2	2	2
78	34	1	1	2	1	2	2	2	1	2	1
79	53	2	5	2	5	2	2	2	2	2	2
80	50	2	2	2	5	1	2	2	3	2	2
81	45	1	2	2	2	2	2	3	2	1	2
82	51	1	2	2	5	1	1	2	2	2	2
83	40	1	4	2	2	2	1	3	2	2	2
84	45	2	2	2	4	2	1	2	3	2	2
85	49	1	2	2	3	1	1	2	2	3	2
86	47	2	5	2	4	2	2	2	1	2	1
87	52	1	2	2	4	1	1	2	2	3	2
88	48	2	2	2	2	1	1	3	3	2	2
89	49	1	2	2	4	1	1	3	2	2	2
90	45	2	5	2	3	1	1	3	2	2	2
91	26	1	1	2	1	1	2	2	2	2	2
92	31	1	1	2	1	1	2	3	3	3	2
93	32	1	4	2	1	1	2	2	2	1	1
94	48	1	2	2	4	1	1	3	2	2	2
95	44	1	5	2	1	1	2	1	2	1	1
96	34	2	2	2	1	1	1	3	2	2	2

Claves

- 1) Ficha
- 2) Edad
- 3) Sexo

Value	Label
-------	-------

- | | |
|----|-----------|
| 1) | Masculino |
| 2) | Femenino |

- 4) Estado Civil

Value	Label
-------	-------

- | | |
|----|---------------|
| 1) | Soltero(A) |
| 2) | Casado(A) |
| 3) | Conviviente |
| 4) | Separado(A) |
| 5) | Divorciado(A) |
| 6) | Viudo(A) |

- 5) Profesión

Value	Label
-------	-------

- | | |
|----|-----------|
| 1) | Enfermera |
| 2) | Medico |

- 6) años de servicios profesional

Value	Label
-------	-------

- | | |
|----|------------|
| 1) | 1-5 años |
| 2) | 6-10 años |
| 3) | 11-15 años |
| 4) | 16-20 años |
| 5) | >20 años |

- 7) satisfacción con la remuneración

Value	Label
-------	-------

- 1) Si
- 2) No

8) Situación Económica

Value	Label
-------	-------

- 1) Buena
- 2) Regular
- 3) Mala

9) Cansancio Emocional

Value	Label
-------	-------

- 1) Nivel Alto
- 2) Nivel Intermedio
- 3) Nivel Bajo o Muy Bajo

10) Despersonalización

Value	Label
-------	-------

- 1) Nivel Alto
- 2) Nivel Intermedio
- 3) Nivel Bajo o Muy Bajo

11) Realización Personal

Value	Label
-------	-------

- 1) Baja Realización
- 2) Intermedia
- 3) Alta

12) Síndrome De Burnout

Value	Label
-------	-------

- 1) Síndrome de Burnout
- 2) Normal