

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
PROGRAMA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**"Aplicación de la escala de Maslach y factores epidemiológicos
relacionados al Síndrome de Burnout en personal de salud del
Hogar Clínica San Juan de Dios, Arequipa 2013"**

Autor:

WILLY ROBERT ZAVALA MORÁN

Trabajo de Investigación para obtener el Título Profesional de
MÉDICO CIRUJANO

AREQUIPA – PERÚ

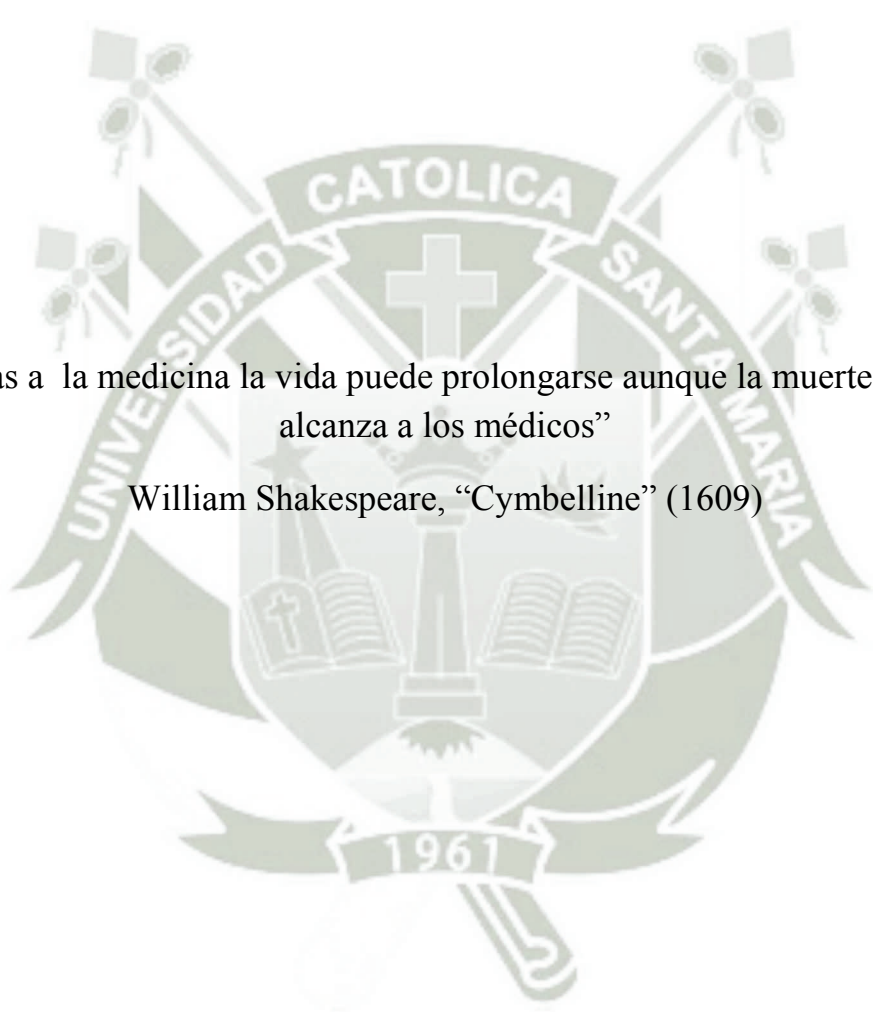
2013



DEDICATORIA

Dedico la presente tesis a los seres que más amo en este mundo: mi Madre Reyna Luz, a mi hermana Sthefanny, mi abuelita Rosario, porque son la fuente de mi inspiración y motivación para superarme cada día más y así poder luchar contra cualquier obstáculo, porque admiro su fortaleza, dedicación y por lo que han hecho de mí.

WILLY ROBERT ZAVALA MORÁN



“Gracias a la medicina la vida puede prolongarse aunque la muerte también
alcanza a los médicos”

William Shakespeare, “Cymbelline” (1609)

INDICE GENERAL

RESUMEN.....	5
ABSTRACT.....	6
INTRODUCCIÓN.....	7
CAPÍTULO I	
MATERIAL Y MÉTODOS.....	8
CAPÍTULO II	
RESULTADOS.....	15
CAPÍTULO III	
DISCUSIÓN Y COMENTARIOS.....	48
CAPÍTULO IV	
CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES.....	53
BIBLIOGRAFÍA.....	56

ANEXOS

ANEXO 1: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

ANEXO 2: PROYECTO DE TESIS

RESUMEN

El Síndrome de Burnout se define como respuesta al stress laboral crónico que afecta a aquellas personas cuyo trabajo tiene como centro ayudar y apoyar a otros; generando en el profesional síntomas que van desde el agotamiento físico, mental y emocional hasta relaciones conflictivas interpersonales; el objetivo del presente trabajo es determinar las características epidemiológicas, el riesgo del síndrome de Burnout por la escala de Maslach y la relación entre las variables y su prevalencia en los trabajadores de salud del Hogar Clínica San Juan de Dios. Este es un estudio descriptivo, transversal, en el cual se aplicara una encuesta dentro del cual se halla el test de Maslach y preguntas de contenido epidemiológico. Se muestran los resultados mediante estadística descriptiva y se comparan grupos con el método Ji cuadrado. Se encontró una cuarta parte del personal del mencionado nosocomio tiene niveles altos de riesgo del síndrome de Burnout. El perfil del personal de salud con alto riesgo del síndrome de Burnout es un profesional menor de cuarenta años, medico u obstetra, con labores asistenciales o con otras funciones a la vez, con menos de diez años de antigüedad en su centro laboral y menos de seis horas de recreación. El personal de salud tiene un alto riesgo de padecer el síndrome de Burnout, que puede adquirir proporciones crecientes, conforme se deterioran algunas de sus condiciones de trabajo.

PALABRAS CLAVE: Burnout, profesionales de salud, factores epidemiológicos, test de Maslach

ABSTRACT

Burnout syndrome is defined as chronic job stress response that affects those whose work is centered help and support others, generating professional in symptoms ranging from physical exhaustion, mental and emotional relationship to interpersonal conflict, the objective of this work is to determine the epidemiology, risk factors and epidemiological Burnout Maslach scale by health workers in the Home Clinic San Juan de Dios. This is a cross-sectional study in which a survey was applied in which the test is Maslach epidemiological topics and questions. Results are shown using descriptive statistics and compared groups with chi-square method. We found a quarter of the staff of that hospital, has a high risk of burnout syndrome. The profile of health personnel at high risk of burnout syndrome is an under forty professional, medical or OB with care work or other functions to see, with less than ten years old at his workplace and less than six hours of recreation. Health personnel have a high risk of burnout syndrome and can acquire increasing proportions, as they deteriorate some of their working conditions.

KEYWORDS: Burnout, health professionals, epidemiological, Maslach test

INTRODUCCION

El síndrome de Burnout es una enfermedad que experimentan algunos profesionales de instituciones que trabajan con personas, y que se caracteriza por un agotamiento emocional debido a una implicación excesiva en su trabajo, llegando a ser ineficaces para el desempeño adecuado de su trabajo.

Este síndrome se puede dar en todas las profesiones, principalmente en las que se tratan con personas, prevaleciendo más en el personal de salud como médicos, enfermeros, técnicos, etc.; incluso en estudiantes de estas carreras.(7)

La prevalencia del Síndrome de Burnout a nivel internacional es variable respecto al grupo ocupacional, así en Médicos asistenciales de España fluctúa de 17.83% a 71.4%.(17)

El tener metas, aumenta las aspiraciones en el trabajo, se exige para ser mejor cada día, es algo normal, pero; ¿Qué pasa cuando estas aspiraciones sobrepasa nuestros límites? ¿Cuándo son mayores las exigencias y responsabilidades que el trabajo nos pide? ¿Los niveles de estrés que manejamos aumentan y llegamos a un punto en que la desesperación se percibe a flor de piel? ¿Podremos manejar esto de verdad?

El estrés es un signo característico de este síndrome donde tenemos acciones, sentimientos y emociones que damos por desapercibidos, pero que en la actualidad se ha tomado como algo cotidiano, “normal”, así como sentimientos de falta de ayuda, de impotencia, de actitudes negativas y de una pérdida de autoestima que sufre el trabajador.

La elaboración de esta tesis es con el fin de conocer la prevalencia y las características epidemiológicas de este síndrome, que aunque no es nuevo ha influido mucho en nuestra sociedad; conocer el cómo se desarrolla, pues hay aspectos en la vida diaria que se han vuelto tan cotidianos en nuestros días y muchos de ellos forman características de este síndrome.



CAPITULO I: MATERIAL Y METODOS

MATERIAL Y METODOS

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1. Técnicas:

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

1.2. Instrumentos

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS Y ESCALA DE MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI)

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.

Grados de Intensidad:

Versión de 5 ítems
1=Nunca
2=Algunas veces al año
3=Algunas veces al mes
4=Algunas veces a la semana
5=Diariamente

Correlación = 0.95

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:

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".(42)(22)

1.3. Materiales de Verificación

- Material de escritorio
- PC Pentium IV
- Impresora
- Sistema operativo Windows Vista
- Procesador de texto Word 2007
- Soporte estadístico SPSS 15.0 para Windows

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ubicación espacial

Hogar Clínica San Juan de Dios Arequipa

2.2. Ubicación temporal

Febrero del 2013 tomó luego de la aprobación del presente estudio

2.3. Unidades de estudio

Es el personal de salud profesional del Hogar Clínica San Juan de Dios

2.3.1. Población

El universo, está constituido por 329 profesionales de la salud, entre médicos, enfermeros, psicólogos y obstetras. La muestra, de 120 profesionales representa el 35.5%, del universo

Procedimiento de muestreo

Se toma la totalidad de profesionales médicos con excepción de los que se encuentren en el criterio de exclusión.

2.4 Criterios de selección

Criterios de Inclusión

- Médicos, enfermeras, psicólogos y obstetras del Hogar Clínica San Juan de Dios que vienen laborando en la institución

Criterios de exclusión

- Profesionales que laboran a nivel administrativo o dedicado a actividades preventivo-promocionales del Hogar Clínica San Juan de Dios
- Profesionales que no se encuentren laborando en el Hogar Clínica San Juan de Dios ya sea por motivo de permiso, suspensión, vacaciones o que su frecuencia de asistencia sea mínima (menos de 5 veces al mes).

3. Estrategia de Recolección de Datos

3.1. Organización

Planteamiento y permiso del Director del Hogar Clínica San Juan de Dios
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:

Bachiller en Medicina
Willy Robert Zavala Morán

Grupo Recolector de datos:

Bachiller en Medicina
Willy Robert Zavala Morán

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. Salud Publica Mex2002;44:33-40.El texto completo en inglés de este artículo está disponible en:

<http://www.insp.mx/salud/index.html> (27)

3.4. Criterios para el manejo de los resultados

3.4.1. A nivel de recolección

Se realizó la encuesta a todo el personal de salud profesional del Hogar Clínica San Juan de Dios. Se utilizarán Cuestionarios Auto administrados, los cuales serán respondidos en forma voluntaria, personal, confidencial y anónima en el hospital, durante el mes de febrero del 2013.Procederemos 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 se procesó por medio del programa de Microsoft Office Excel 2007 y los paquetes estadísticos: SPSS versión15.0 en español para Windows y Minitab versión 14 para Windows en inglés.

El plan de análisis consistió en buscar asociación causal entre el síndrome Burnout y cada uno de los factores asociados, para lo cual se utilizó el modelo multivariado de regresión logística, para un nivel de confianza del 95% y un límite de error del 5%.Se estableció el perfil del profesional de salud que está

en riesgo de padecer el síndrome Burnout. Para ello se dará el siguiente tratamiento estadístico:

Prueba estadística utilizada, Ji-cuadrado (X^2) : Permite determinar si existen diferencias significativas entre dos o más variables o grupos de estudio. Implícitamente determina la relación entre variables

a. Fórmula:

$$\sum \frac{(F_o - F_e)^2}{F_e}$$

Donde :

Σ = Sumatoria

F_o = Frecuencia observada

F_e = Frecuencia esperada

3.4.3. A nivel de estudio de datos

Se realizó un análisis descriptivo de las variables mediante medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas; las variables categóricas se presentan como proporciones. Para la comparación de variables categóricas entre grupos independientes se empleó la prueba Chi cuadrado; se consideran significativas las diferencias de $p < 0.05$. Para el procesamiento estadístico se empleó una hoja electrónica de cálculo de Excel 2010 con su complemento analítico y el paquete SPSSv.19.0.



CAPITULO II : RESULTADOS

**" Aplicación de la escala de Maslach y factores epidemiológicos
relacionados al Síndrome de Burnout en personal de salud del Hogar
Clínica San Juan de Dios, Arequipa 2013"**

Tabla 01

CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS

	No	%
Edades	120	100,0
20 - 29 años	44	36,7
30 - 39 años	56	46,7
40 - 49 años	13	10,8
50 - 59 años	7	5,8
Sexo	120	100,0
Masculino	50	41,7
Femenino	70	58,3
Procedencia	120	100,0
No migrante	99	82,5
Migrante	21	17,5
Estado Civil	120	100,0
Soltera	72	60,0
Casada	40	33,3
Conviviente	6	5,0
Divorciada	2	1,7
Profesion	120	100,0
Medico	75	62,5
Enfermero	39	32,5
Psicologo	3	2,5
Obstetra	3	2,5

Fuente: Elaboración propia

Observamos que la edad predominante es de 30 a 39 años, con ligero predominio de mujeres; así mismo, la gran mayoría son no migrantes, el mayor porcentaje son solteras; finalmente la gran mayoría son médicos.

**“Aplicación de la escala de Maslach y factores epidemiológicos
relacionados al Síndrome de Burnout en personal de salud del Hogar
Clínica San Juan de Dios, Arequipa 2013”**

Tabla 02

CARACTERISTICAS EPIDEMIOLÓGICAS		
	No	%
Cargo	120	100,0
Asistencial	110	91,7
Jefatura	5	4,2
Administrativo	5	4,2
Area de trabajo	120	100,0
Hospitalizacion	66	55,0
Consultorio externo	20	16,7
Emergencia	27	22,5
Quirofano	7	5,8
Tiempo de servicios	120	100,0
Menos de 1 ano	25	20,8
1 a 5 anos	74	61,7
6 - 10 anos	16	13,3
Mas de 10 anos	5	4,2
Modalidad de trabajo	120	100,0
Estable	81	67,5
Inestable	35	29,2
Ad honoren	4	3,3
Tipo de relacion	120	100,0
Adecuada	119	99,2
Inadecuada	1	0,8
Jornada semanal	120	100,0
≤ 40 horas	51	42,5
> 40 horas	69	57,5
Tiempo de esparcimiento	120	100,0
≤ 6 horas semanal	77	64,2
> 6 horas semanal	43	35,8

Fuente: Elaboración propia

La gran mayoría de entrevistados son asistenciales, y trabajan en el área de hospitalización, el mayor tiempo de servicios oscila entre 1 a 5 años, siendo la gran mayoría estables, con una adecuada relación, la jornada laboral, es mayor a 40 horas y el tiempo de esparcimiento en la mayoría menor a 6 horas semanales.

**"Aplicación de la escala de Maslach y factores epidemiológicos
relacionados al Síndrome de Burnout en personal de salud del Hogar
Clínica San Juan de Dios, Arequipa 2013"**

Tabla 03

FRECUENCIA DEL SINDROME DE BURNOUT

	No	%
Total:	120	100,0
Con Burnout	30	25,0
Sin Burnout	90	75,0

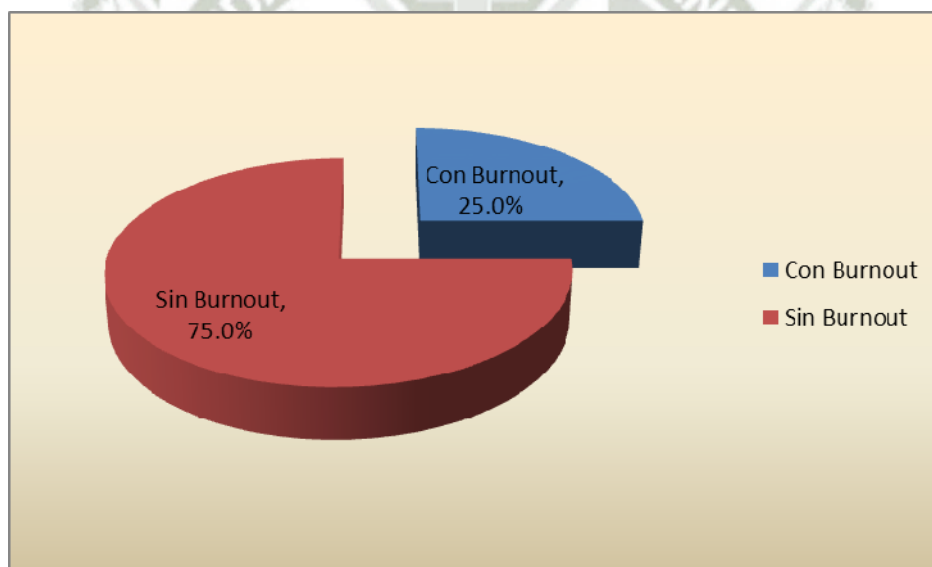
Fuente: Elaboración propia (Escala de Maslach)

Observamos que el 25.0% de los profesionales entrevistados presentan síntomas del síndrome de Burnout

**"Aplicación de la escala de Maslach y factores epidemiológicos
relacionados al Síndrome de Burnout en personal de salud del Hogar
Clínica San Juan de Dios, Arequipa 2013"**

Grafico 01

FRECUENCIA DEL SINDROME DE BURNOUT



**"Aplicación de la escala de Maslach y factores epidemiológicos
relacionados al Síndrome de Burnout en personal de salud del Hogar
Clínica San Juan de Dios, Arequipa 2013"**

**Tabla 04
RIESGO DE SINDROME DE BURNOUT EN LOS ENTREVISTADOS**

Nivel	Agotamiento Emocional		Despersonalización		Logro Personal	
	No	%	No	%	No	%
Total:	120	100,0	120	100,0	100	83,3
Alto	53	44,2	106	88,3	16	13,3
Intermedio	49	40,8	14	11,7	42	35,0
Bajo	18	15,0	0	0,0	62	51,7

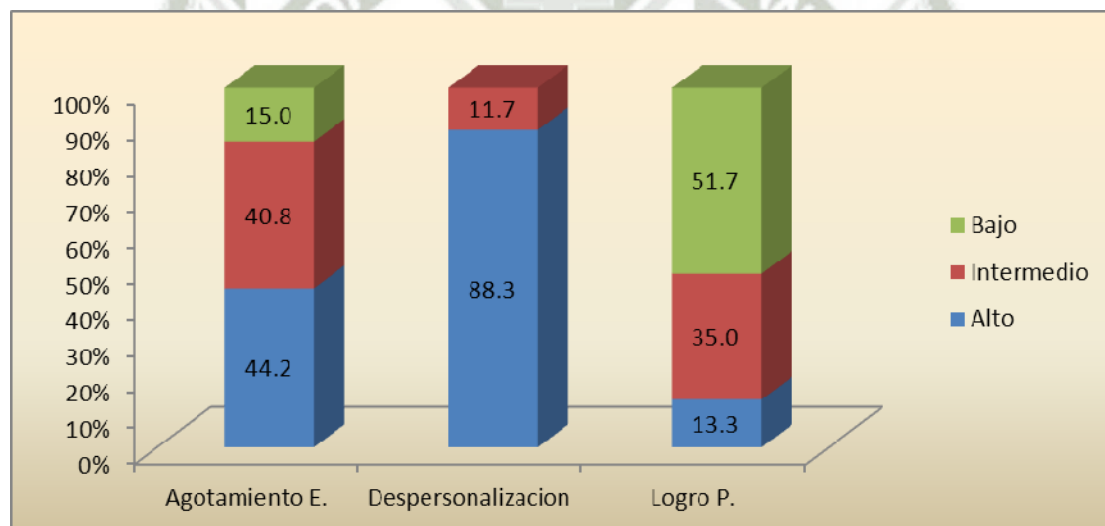
Fuente: Elaboración propia (Escala de Maslach)

Respecto al riesgo del síndrome de Burnout encontramos que un 42.2% presentan un alto agotamiento emocional, seguido de una alta despersonalización con un 88.3% y un bajo logro personal con un 51.7%, confirmando la hipótesis de trabajo.

**"Aplicación de la escala de Maslach y factores epidemiológicos
relacionados al Síndrome de Burnout en personal de salud del Hogar
Clínica San Juan de Dios, Arequipa 2013"**

Grafico 02

RIESGO DE SINDROME DE BURNOUT EN LOS ENTREVISTADOS



Fuente: Elaboración propia (Escala de Maslach)

**"Aplicación de la escala de Maslach y factores epidemiológicos
relacionados al Síndrome de Burnout en personal de salud del Hogar
Clínica San Juan de Dios, Arequipa 2013"**

Tabla 05

EDAD DE LOS ENTREVISTADOS CON Y SIN SINDROME DE BURNOUT

Edad	Total		Con Burnout		Sin Burnout	
	No	%	No	%	No	%
Total:	120	100,0	30	25,0	90	75,0
20 - 29 años	44	100,0	12	27,3	32	72,7
30 - 39 años	56	100,0	10	17,9	46	82,1
40 - 49 años	13	100,0	6	46,2	7	53,8
50 - 59 años	7	100,0	2	28,6	5	71,4

Fuente: Elaboración propia

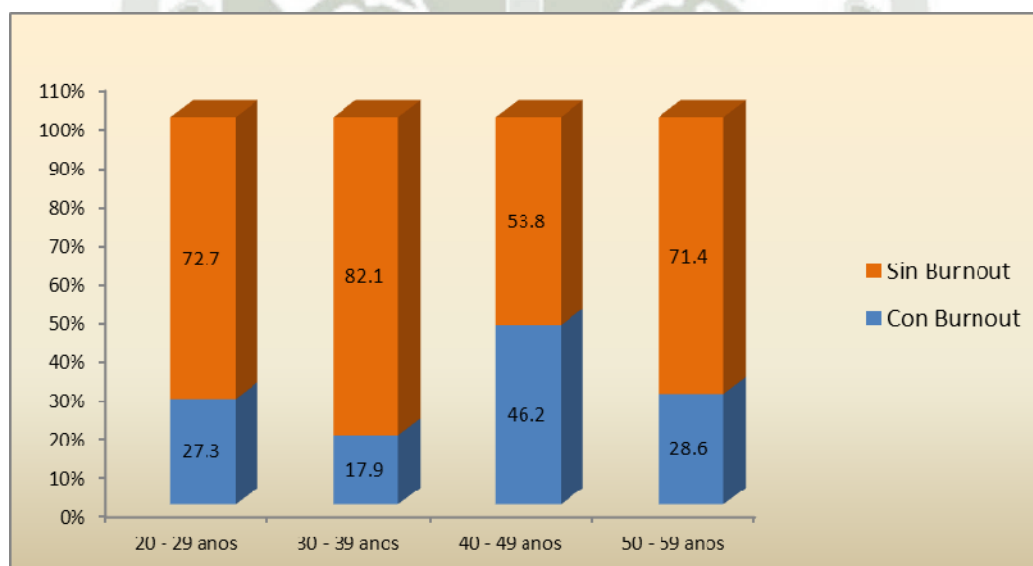
Ji-cuadrado = 4.80 < 7.82 (p > 0.05)

Respecto a la variable edad tenemos que el mayor porcentaje de casos del síndrome de Burnout, se dio por edades de 40 a 49 años, con un 46.2%, y de 50 a 59 años con un 28.6%.

**"Aplicación de la escala de Maslach y factores epidemiológicos
relacionados al Síndrome de Burnout en personal de salud del Hogar
Clínica San Juan de Dios, Arequipa 2013"**

Grafico 03

EDAD DE LOS ENTREVISTADOS CON Y SIN SINDROME DE BURNOUT



Fuente: Elaboración propia

Ji-cuadrado = 4.80 < 7.82 (p > 0.05)

**"Aplicación de la escala de Maslach y factores epidemiológicos
relacionados al Síndrome de Burnout en personal de salud del Hogar
Clínica San Juan de Dios, Arequipa 2013"**

Tabla 06

SEXO DE LOS ENTREVISTADOS CON Y SIN SINDROME DE BURNOUT

Sexo	Total		Con Burnout		Sin Burnout	
	No	%	No	%	No	%
Total:	120	100,0	30	25,0	90	75,0
Masculino	50	100,0	12	24,0	38	76,0
Femenino	70	100,0	18	25,7	52	74,3

Fuente: Elaboración propia

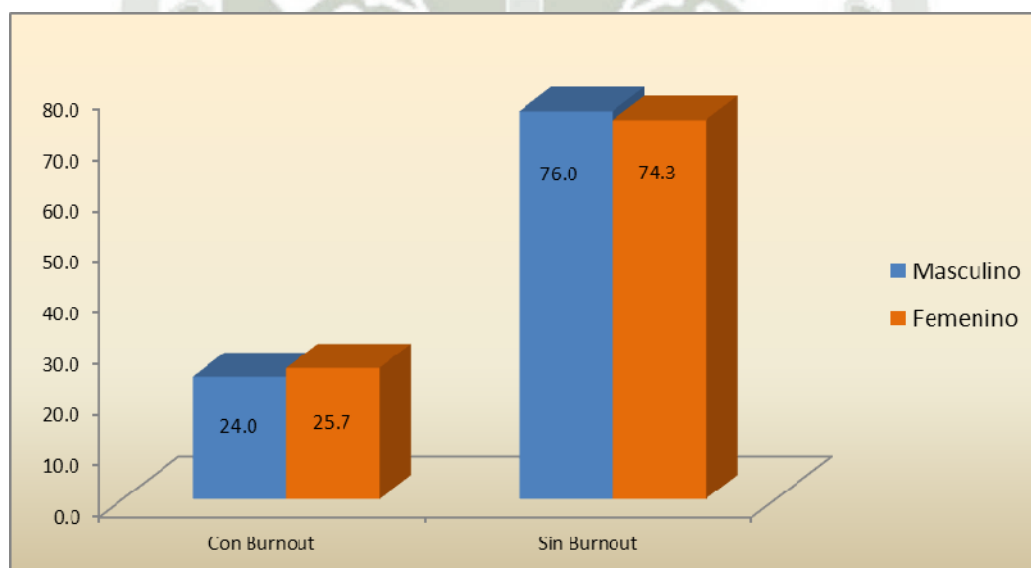
Ji-cuadrado = 0.05 < 3.84 (p > 0.05)

Vemos que en el grupo de mujeres, el 25.7% presento síndrome de Burnout, en varones el 24.0%

**"Aplicación de la escala de Maslach y factores epidemiológicos
relacionados al Síndrome de Burnout en personal de salud del Hogar
Clínica San Juan de Dios, Arequipa 2013"**

Gráfica 04

SEXO DE LOS ENTREVISTADOS CON Y SIN SINDROME DE BURNOUT



Fuente: Elaboración propia (Escala de Maslach)

Ji-cuadrado = 0.05 < 3.84 ($p > 0.05$)

**"Aplicación de la escala de Maslach y factores epidemiológicos
relacionados al Síndrome de Burnout en personal de salud del Hogar
Clínica San Juan de Dios, Arequipa 2013"**

Tabla 07

**PROCEDENCIA DE LOS ENTREVISTADOS CON Y SIN SINDROME DE
BURNOUT**

Procedencia	Total		Con Burnout		Sin Burnout	
	No	%	No	%	No	%
Total:	120	100,0	30	25,0	90	75,0
No migrante	99	100,0	26	26,3	73	73,7
Migrante	21	100,0	4	19,0	17	81,0

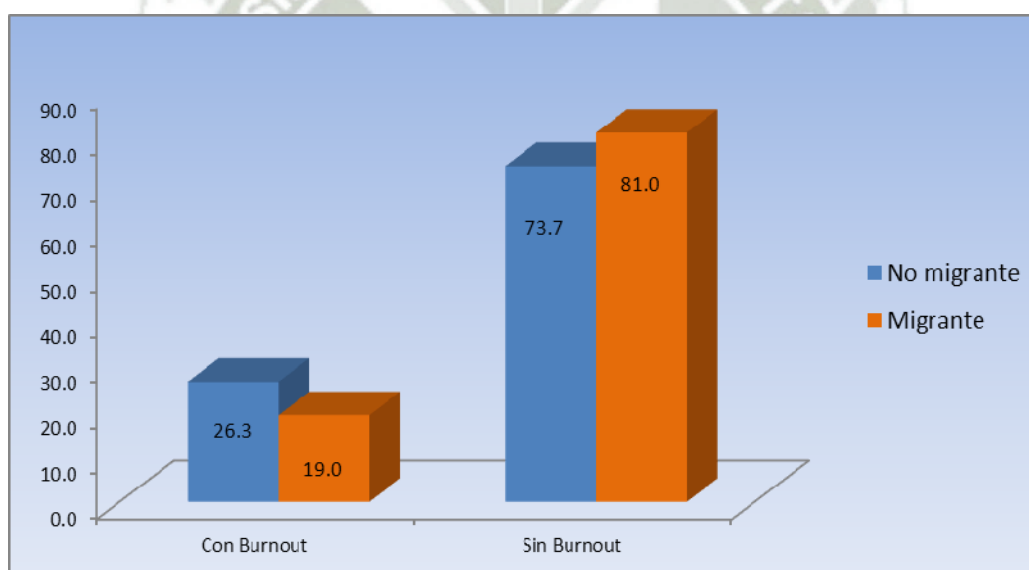
Fuente: Elaboración propia

Ji-cuadrado = 0.05 < 3.84 (p > 0.05)

Observamos que si existe diferencia en la variable procedencia, ya que en no migrantes encontramos que el 26.3% presenta síndrome de Burnout, frente a un 19.0% en migrantes.

**"Aplicación de la escala de Maslach y factores epidemiológicos
relacionados al Síndrome de Burnout en personal de salud del Hogar
Clínica San Juan de Dios, Arequipa 2013"**

Gráfica 05
**PROCEDENCIA DE LOS ENTREVISTADOS CON Y SIN SINDROME DE
BURNOUT**



Fuente: Elaboración propia

Ji-cuadrado = 0.05 < 3.84 (p > 0.05)

**"Aplicación de la escala de Maslach y factores epidemiológicos
relacionados al Síndrome de Burnout en personal de salud del Hogar
Clínica San Juan de Dios, Arequipa 2013"**

**Tabla 08
ESTADO CIVIL DE LOS ENTREVISTADOS CON Y SIN SÍNDROME DE
BURNOUT**

E. Civil	Total		Con Burnout		Sin Burnout	
	No	%	No	%	No	%
Total:	120	100,0	30	25,0	90	75,0
Soltero	72	100,0	17	23,6	55	76,4
Casado	40	100,0	10	25,0	30	75,0
Conviviente	6	100,0	3	50,0	3	50,0
Divorciado	2	100,0	0	0,0	2	100,0

Fuente: Elaboración propia

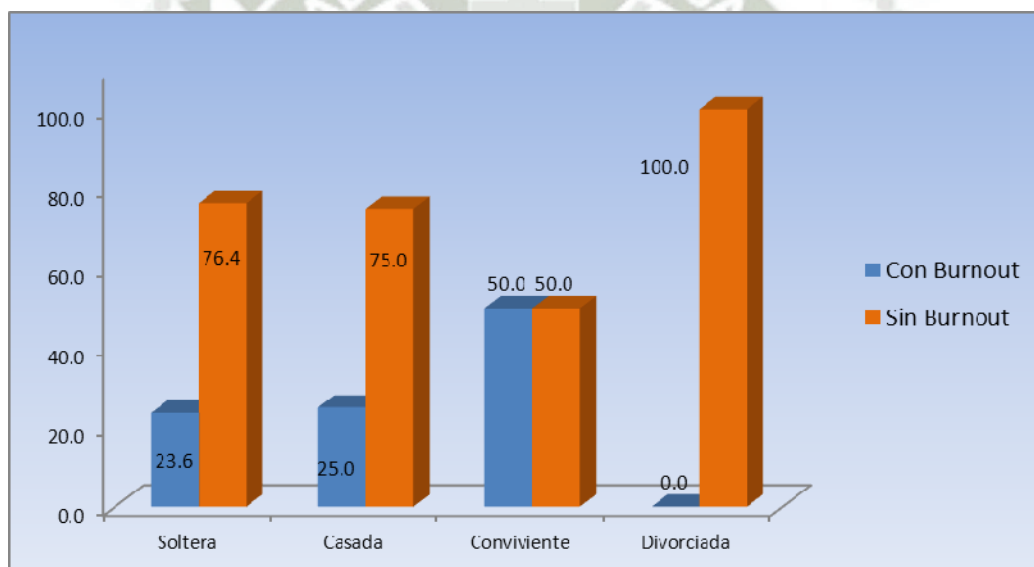
Ji-cuadrado = 2.74 < 7.82 (p > 0.05)

Vemos que la mayor presencia de síndrome de Burnout se dio en la condición de conviviente con un 50.0%, y el 25.0% en casados.

**"Aplicación de la escala de Maslach y factores epidemiológicos
relacionados al Síndrome de Burnout en personal de salud del Hogar
Clínica San Juan de Dios, Arequipa 2013"**

Gráfica 06

**ESTADO CIVIL DE LOS ENTREVISTADOS CON Y SIN SINDROME DE
BURNOUT**



Fuente: Elaboración propia

Ji-cuadrado = 2.74 < 7.82 (p > 0.05)

**"Aplicación de la escala de Maslach y factores epidemiológicos
relacionados al Síndrome de Burnout en personal de salud del Hogar
Clínica San Juan de Dios, Arequipa 2013"**

Tabla 09

PROFESION DE LOS ENTREVISTADOS CON Y SIN SINDROME DE BURNOUT

Profesion	Total		Con Burnout		Sin Burnout	
	No	%	No	%	No	%
Total:	120	100,0	30	25,0	90	75,0
Medico	75	100,0	24	32,0	51	68,0
Enfermero	39	100,0	3	7,7	36	92,3
Obstetra	3	100,0	3	100,0	0	0,0

Fuente: Elaboración propia

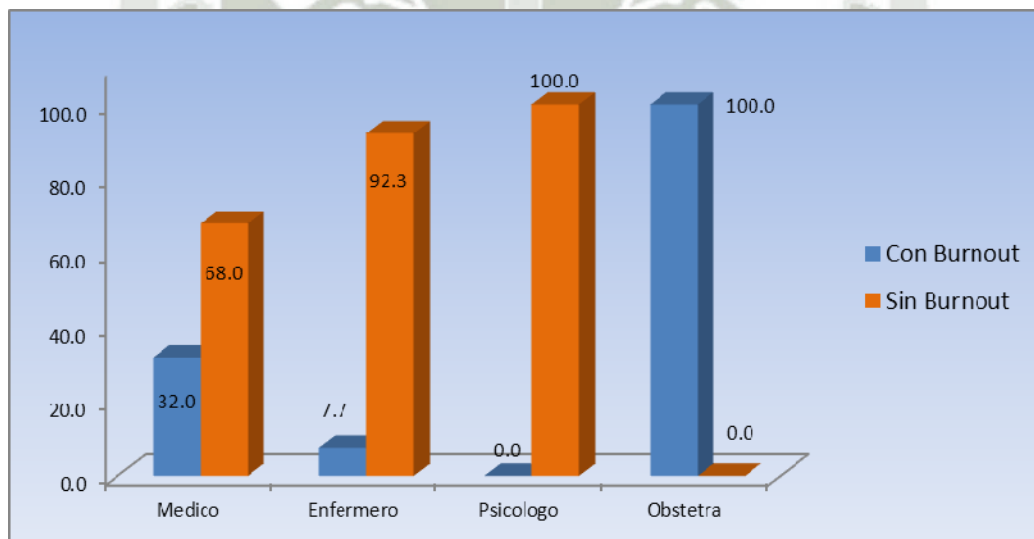
Ji-cuadrado = 14.4 > 7.82 (p < 0.05)

Apreciamos que la mayor presencia de síndrome de Burnout se dio en obstetrices (100.0%) y 32.0% en médicos, observándose, que en profesionales psicólogos se observa un 0.0% del síndrome de Burnout.

**" Aplicación de la escala de Maslach y factores epidemiológicos
relacionados al Síndrome de Burnout en personal de salud del Hogar
Clínica San Juan de Dios, Arequipa 2013"**

Gráfica 07

PROFESION DE LOS ENTREVISTADOS CON Y SIN SINDROME DE BURNOUT



Fuente: Elaboración propia

Ji-cuadrado = 14.4 > 7.82 (p < 0.05)

**" Aplicación de la escala de Maslach y factores epidemiológicos
relacionados al Síndrome de Burnout en personal de salud del Hogar
Clínica San Juan de Dios, Arequipa 2013"**

Tabla 10

CARGO DE LOS ENTREVISTADOS CON Y SIN SINDROME DE BURNOUT

Cargo	Total		Con Burnout		Sin Burnout	
	No	%	No	%	No	%
Total:	120	100,0	30	25,0	90	75,0
Asistencial	110	100,0	26	23,6	84	76,4
Jefatura	5	100,0	2	40,0	3	60,0
Administrativo	5	100,0	2	40,0	3	60,0

Fuente: Elaboración propia

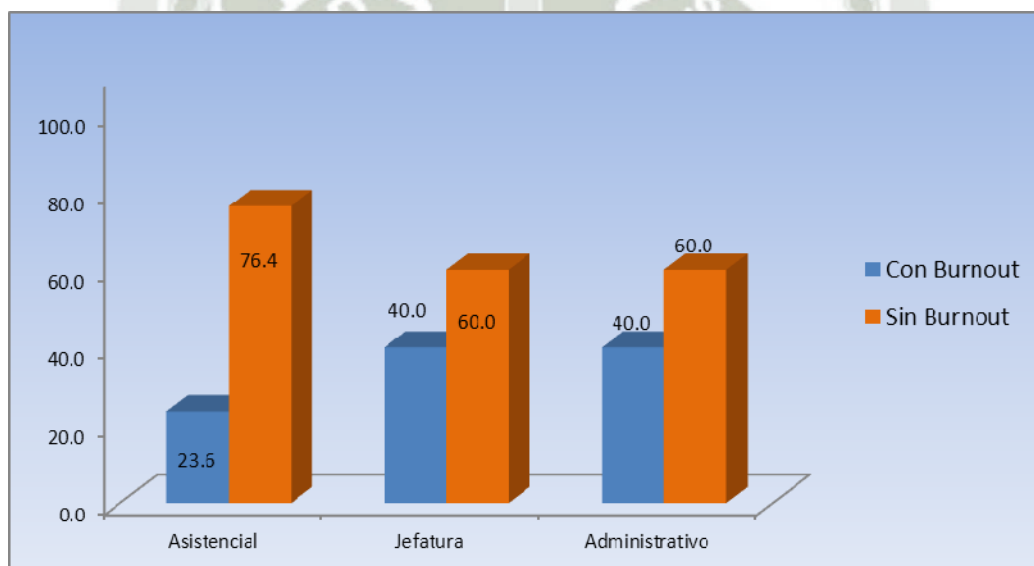
Ji-cuadrado = 1.31 < 5.99 (p > 0.05)

Apreciamos que la mayor presencia de síndrome de Burnout se dio en cargos de jefatura y administrativo con un 40.0% respectivamente

**"Aplicación de la escala de Maslach y factores epidemiológicos
relacionados al Síndrome de Burnout en personal de salud del Hogar
Clínica San Juan de Dios, Arequipa 2013"**

Gráfica 08

CARGO DE LOS ENTREVISTADOS CON Y SIN SINDROME DE BURNOUT



Fuente: Elaboración propia

Ji-cuadrado = 1.31 < 5.99 (p > 0.05)

**" Aplicación de la escala de Maslach y factores epidemiológicos
relacionados al Síndrome de Burnout en personal de salud del Hogar
Clínica San Juan de Dios, Arequipa 2013"**

Tabla 11

**AREA DE TRABAJO DE LOS ENTREVISTADOS CON Y SIN SINDROME DE
BURNOUT**

Área	Total		Con Burnout		Sin Burnout	
	No	%	No	%	No	%
Total:	120	100,0	30	25,0	90	75,0
Hospitalización	62	100,0	13	21,0	49	79,0
Consultorio externo	20	100,0	4	20,0	16	80,0
Hospitaliz.-Emergencia	1	100,0	1	100,0	0	0,0
Hosp.-C. Exter-Emerg- Quirófano	3	100,0	3	100,0	0	0,0
Emergencia	27	100,0	6	22,2	21	77,8
Quirófano	7	100,0	3	42,9	4	57,1

Fuente: Elaboración propia
 $Ji\text{-cuadrado} = 14.1 > 11.07$ ($p < 0.05$)

Se puede ver que la presencia del síndrome Burnout se presenta en todas las áreas de acción del profesional de salud, sobresaliendo en las áreas de hospitalización- emergencia, hospitalización, consultorio externo- emergencia, en las cuales apreciamos la presencia de un 100.0% del síndrome.

**" Aplicación de la escala de Maslach y factores epidemiológicos
relacionados al Síndrome de Burnout en personal de salud del Hogar
Clínica San Juan de Dios, Arequipa 2013"**

Tabla 12

**TIEMPO DE SERVICIOS EN EL ESTABLECIMIENTOS DE LOS
ENTREVISTADOS CON Y SIN SINDROME DE BURNOUT**

Tiempo	Total		Con Burnout		Sin Burnout	
	No	%	No	%	No	%
Total:	120	100,0	30	25,0	90	75,0
Menos de 1 ano	25	100,0	5	20,0	20	80,0
1 a 5 anos	74	100,0	17	23,0	57	77,0
6 - 10 anos	16	100,0	7	43,8	9	56,3
Mas de 10 anos	5	100,0	1	20,0	4	80,0

Fuente: Elaboración propia

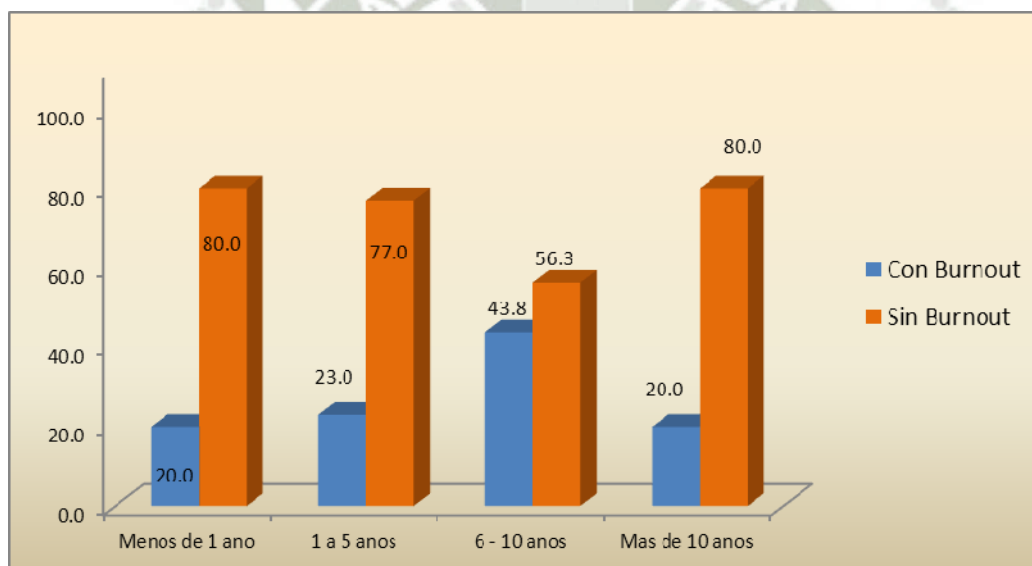
Ji-cuadrado = 3.56 < 7.82 (p > 0.05)

Se puede apreciar que la presencia del síndrome de Burnout se da preponderantemente en aquellos profesionales cuyo tiempo de servicio oscila de 6 a 10 o más años, considerando la cantidad de sujetos dentro de estos percentiles.

**" Aplicación de la escala de Maslach y factores epidemiológicos
relacionados al Síndrome de Burnout en personal de salud del Hogar
Clínica San Juan de Dios, Arequipa 2013"**

Gráfica 09

**TIEMPO DE SERVICIOS EN EL ESTABLECIMIENTOS DE LOS
ENTREVISTADOS CON Y SIN SINDROME DE BURNOUT**



Fuente: Elaboración propia

Ji-cuadrado = 3.56 < 7.82 (p > 0.05)

**“Aplicación de la escala de Maslach y factores epidemiológicos
relacionados al Síndrome de Burnout en personal de salud del Hogar
Clínica San Juan de Dios, Arequipa 2013”**

Tabla 13

**MODALIDAD DE TRABAJO DE LOS ENTREVISTADOS CON Y SIN
SINDROME DE BURNOUT**

Modalidad	Total		Con Burnout		Sin Burnout	
	No	%	No	%	No	%
Total:	120	100.0	31	25.8	89	74.2
Estable	81	100.0	18	22.2	63	77.8
Contratado	35	100.0	12	34.3	23	65.7
Ad honoren	4	100.0	1	25.0	3	75.0

Fuente: Elaboración propia

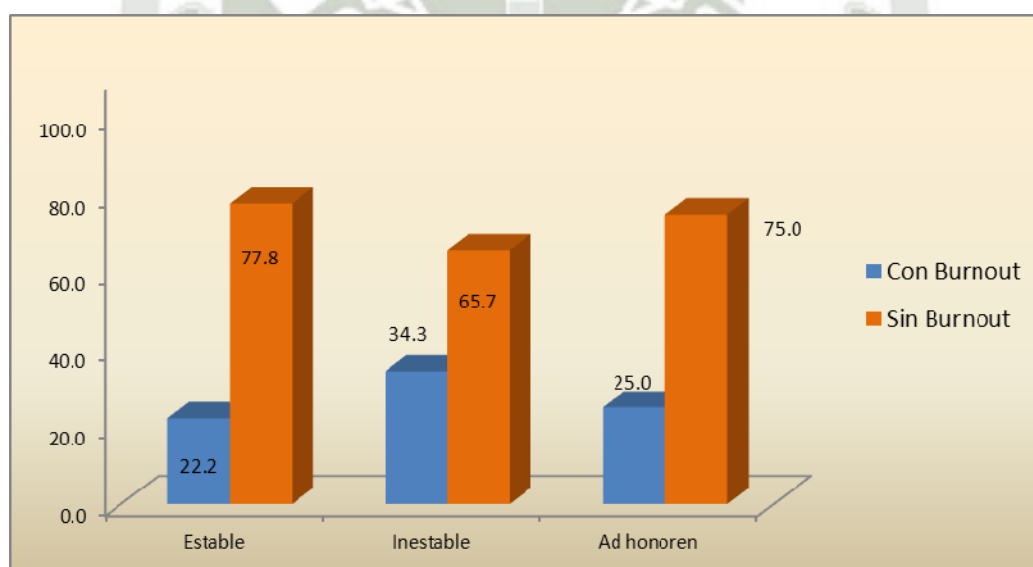
Ji-cuadrado = 3.28 < 5.99 (p > 0.05)

El mayor porcentaje con síndrome de Burnout lo encontramos en la categoría contratada con un 34.3% y el menor con un 22.2% en estables

" Aplicación de la escala de Maslach y factores epidemiológicos
relacionados al Síndrome de Burnout en personal de salud del Hogar
Clínica San Juan de Dios, Arequipa 2013"

Gráfica 10

MODALIDAD DE TRABAJO DE LOS ENTREVISTADOS CON Y SIN
SINDROME DE BURNOUT



Fuente: Elaboración propia

Ji-cuadrado = 3.28 < 5.99 (p > 0.05)

**" Aplicación de la escala de Maslach y factores epidemiológicos
relacionados al Síndrome de Burnout en personal de salud del Hogar
Clínica San Juan de Dios, Arequipa 2013"**

Tabla 14

**TIPO DE RELACION INTERPERSONAL CON EL EQUIPO DE TRABAJO DE
LOS ENTREVISTADOS CON Y SIN SINDROME DE BURNOUT**

Tipo	Total		Con Burnout	
	No	%	No	%
Total:	120	100,0	30	25,0
Adecuada	102	100,0	30	29,4
Inadecuada	18	100,0	0	0,0

Fuente: Elaboración propia

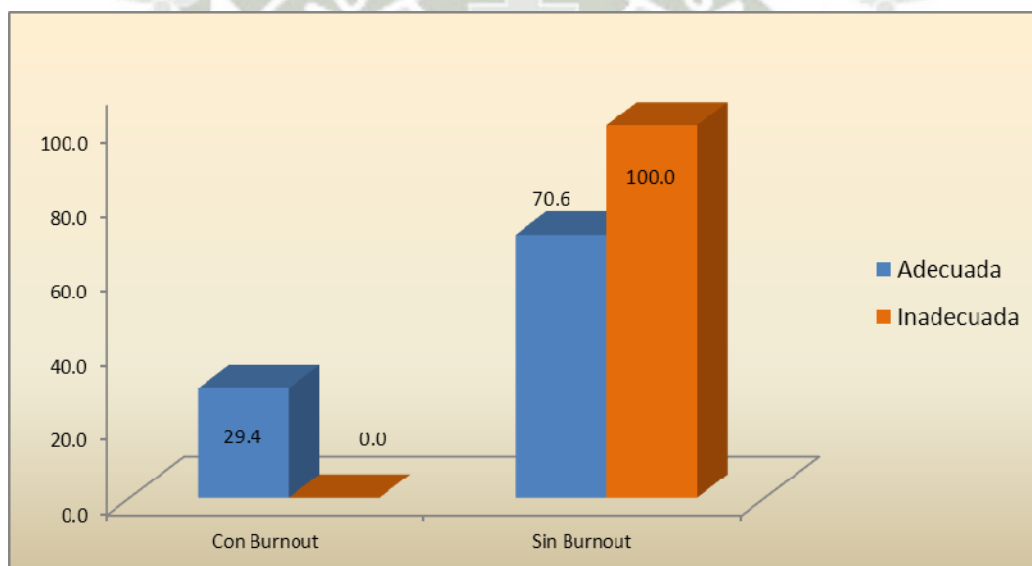
Ji-cuadrado = 7.1 > 3.84 (p < 0.05)

No se encontraron diferencias significativas entre la modalidad de trabajo y la presencia de Burnout

**" Aplicación de la escala de Maslach y factores epidemiológicos
relacionados al Síndrome de Burnout en personal de salud del Hogar
Clínica San Juan de Dios, Arequipa 2013"**

Gráfica 11

**TIPO DE RELACION INTERPERSONAL CON EL EQUIPO DE TRABAJO DE
LOS ENTREVISTADOS CON Y SIN SINDROME DE BURNOUT**



Fuente: Elaboración propia

Ji-cuadrado = 7.1 > 3.84 ($p < 0.05$)

**" Aplicación de la escala de Maslach y factores epidemiológicos
relacionados al Síndrome de Burnout en personal de salud del Hogar
Clínica San Juan de Dios, Arequipa 2013"**

Tabla 15

**JORNADA SEMANAL DE TRABAJO DE LOS ENTREVISTADOS CON Y SIN
SINDROME DE BURNOUT**

Tipo	Total		Con Burnout	
	No	%	No	%
Total:	120	100,0	30	25,0
≤ 40 horas	51	100,0	6	11,8
> 40 horas	69	100,0	24	34,8

Fuente: Elaboración propia

Ji-cuadrado = 8.29 > 3.84 (p < 0.05)

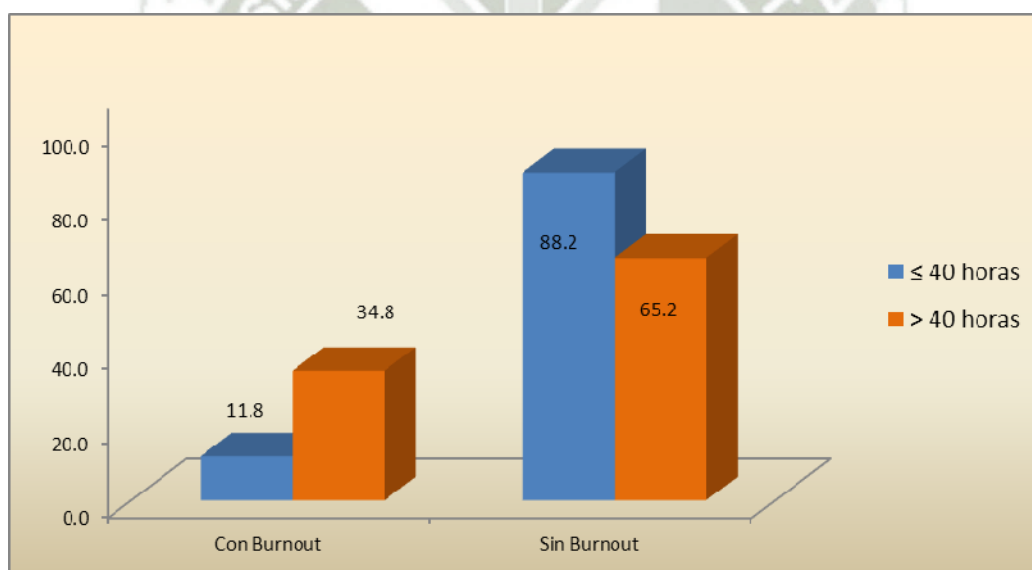
La mayor presencia de síndrome de Burnout se dio en aquellos profesionales que refirieron una jornada semanal de más de 40 horas (34.8%)

Se encontraron diferencias significativas entre la jornada semanal y la presencia de síndrome de Burnout

**" Aplicación de la escala de Maslach y factores epidemiológicos
relacionados al Síndrome de Burnout en personal de salud del Hogar
Clínica San Juan de Dios, Arequipa 2013"**

Gráfica 12

**JORNADA SEMANAL DE TRABAJO DE LOS ENTREVISTADOS CON Y SIN
SÍNDROME DE BURNOUT**



Fuente: Elaboración propia

Ji-cuadrado = 8.29 > 3.84 (p < 0.05)

**" Aplicación de la escala de Maslach y factores epidemiológicos
relacionados al Síndrome de Burnout en personal de salud del Hogar
Clínica San Juan de Dios, Arequipa 2013"**

Tabla 16

**TIEMPO DE ESPARCIMIENTO DE LOS ENTREVISTADOS CON Y SIN
SINDROME DE BURNOUT**

Tipo	Total		Con Burnout		Sin Burnout	
	No	%	No	%	No	%
Total:	120	100,0	30	25,0	90	75,0
≤ 6 horas semanal	77	100,0	23	29,9	54	70,1
> 6 horas semanal	43	100,0	7	16,3	36	83,7

Fuente: Elaboración propia

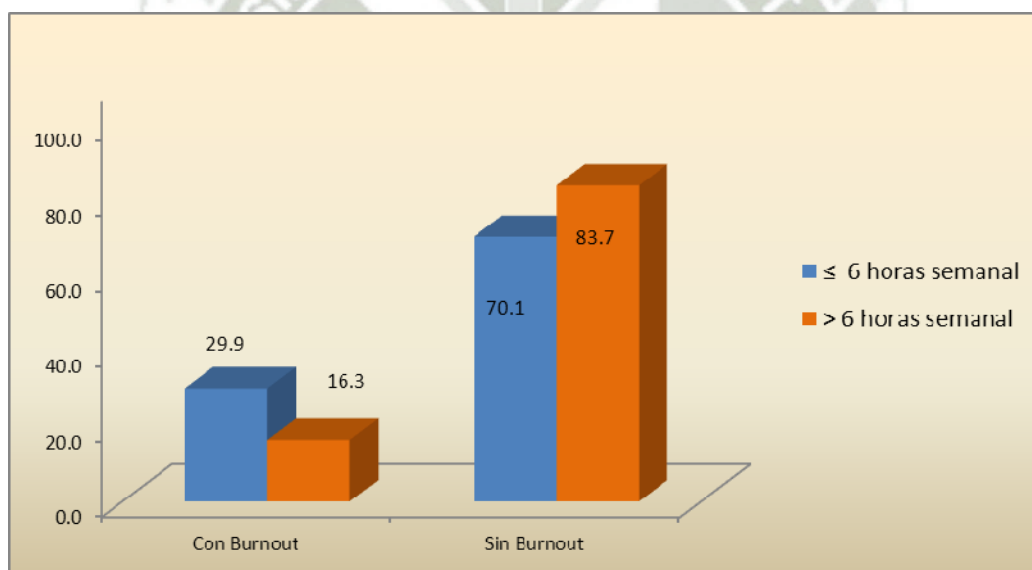
Ji-cuadrado = 2.72 < 3.84 (p > 0.05)

La mayor presencia de síndrome de Burnout se dio en aquellos profesionales que refirieron un tiempo de esparcimiento menor a 6 horas semanales.

**" Aplicación de la escala de Maslach y factores epidemiológicos
relacionados al Síndrome de Burnout en personal de salud del Hogar
Clínica San Juan de Dios, Arequipa 2013"**

Gráfica 13

**TIEMPO DE ESPARCIMIENTO DE LOS ENTREVISTADOS CON Y SIN
SÍNDROME DE BURNOUT**



Fuente: Elaboración propia

Ji-cuadrado = 2.72 < 3.84 (p > 0.05)

"Aplicación de la escala de Maslach y factores epidemiológicos relacionados al Síndrome de Burnout en personal de salud del Hogar Clínica San Juan de Dios, Arequipa 2013"

Tabla 17

ACTIVIDADES DE LA DIMENSION AGOTAMIENTO EMOCIONAL

Actividades	Total		Nunca		Algunas veces al mes o menos		Algunas veces al mes o menos		Algunas veces a la semana		Todos los días	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.	120	100,0	17	14,2	39	32,5	26	21,7	25	20,8	13	10,8
Me siento cansado al final de la jornada de trabajo.	120	100,0	1	0,8	20	16,7	42	35,0	31	25,8	26	21,7
Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar.	120	100,0	19	15,8	34	28,3	30	25,0	24	20,0	13	10,8
Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo.	120	100,0	18	15,0	26	21,7	22	18,3	24	20,0	30	25,0
Me siento "quemado" por mi trabajo.	121	100,0	29	24,0	32	26,4	26	21,5	23	19,0	11	9,1
Me siento frustrado en el trabajo.	120	100,0	39	32,5	34	28,3	25	20,8	12	10,0	10	8,3
Creo que estoy trabajando demasiado.	120	100,0	14	11,7	26	21,7	24	20,0	33	27,5	23	19,2
Trabajar directamente con personas que me produce estrés.	120	100,0	16	13,3	37	30,8	31	25,8	26	21,7	10	8,3
Me siento acabado.	120	100,0	47	39,2	36	30,0	17	14,2	12	10,0	8	6,7

Observamos que las actividades más frecuentes que conllevan a la presencia del síndrome en estudio, están relacionadas al cansancio después de la jornada de trabajo (21,7%); trabajar con mucha gente (25,0%).

" Aplicación de la escala de Maslach y factores epidemiológicos relacionados al Síndrome de Burnout en personal de salud del Hogar Clínica San Juan de Dios, Arequipa 2013"

Tabla 18
ACTIVIDADES DE LA DIMENSION DESPERSONALIZACION

Actividades	Total		Nunca		Algunas veces al mes o menos		Algunas veces al mes o menos		Algunas veces a la semana		Todos los días	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales.	120	100,0	57	47,5	25	20,8	16	13,3	15	12,5	7	5,8
Me he vuelto más sensible con la gente desde que ejerzo esta profesión.	120	100,0	6	5,0	22	18,3	11	9,2	25	20,8	56	46,7
Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente.	120	100,0	23	19,2	30	25,0	22	18,3	24	20,0	21	17,5
Realmente no me preocupa lo que le ocurre a mis pacientes.	120	100,0	64	53,3	25	20,8	13	10,8	8	6,7	10	8,3
Siento que los pacientes me culpan por algunos de sus problemas	120	100,0	32	26,7	40	33,3	15	12,5	13	10,8	20	16,7

En esta dimensión, vemos que la frecuencia de mayor sensibilidad relacionada a trabajar con gente se ha incrementado en un (46,7%) con los años de trabajo.

" Aplicación de la escala de Maslach y factores epidemiológicos relacionados al Síndrome de Burnout en personal de salud del Hogar Clínica San Juan de Dios, Arequipa 2013"

Tabla 18
ACTIVIDADES DE LA DIMENSION LOGRO PERSONAL

Actividades	Total		Nunca		Algunas veces al mes o menos		Algunas veces al mes o menos		Algunas veces a la semana		Todos los días	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes	120	100,0	1	0,8	10	8,3	10	8,3	25	20,8	74	61,7
Trabajo muy eficazmente los problemas de los pacientes.	120	100,0	1	0,8	7	5,8	22	18,3	29	24,2	61	50,8
Creo que influyó positivamente con mi trabajo en la vida de las personas	120	100,0	2	1,7	13	10,8	14	11,7	31	25,8	60	50,0
Me siento muy atractivo.	120	100,0	6	5,0	16	13,3	23	19,2	27	22,5	48	40,0
Puedo crear fácilmente una atmosfera relajada con mis pacientes.	120	100,0	1	0,8	12	10,0	13	10,8	41	34,2	53	44,2
Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes.	120	100,0	3	2,5	19	15,8	12	10,0	31	25,8	55	45,8
He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión.	120	100,0	4	3,3	13	10,8	13	10,8	28	23,3	62	51,7
En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma.	120	100,0	3	2,5	12	10,0	22	18,3	40	33,3	43	35,8

Observamos que en esta dimensión las mas frecuentes, están relacionadas al trabajo muy eficazmente con los problemas de los pacientes en un (50,8%); e influye positivamente con su trabajo en la vida de las personas (50,0%)



CAPITULO III :
DISCUSION Y COMENTARIOS

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

Según el presente estudio se ha encontrado que del total de la muestra en un 25% de los profesionales de salud presenta riesgo del síndrome de Burnout, lo que se ha determinado por la calificación del test de Maslach y de las variables establecidas en esta investigación, lo que corrobora las interrogantes planteadas en este estudio; si hacemos una comparación con otros estudios en la ciudad de Arequipa encontramos en el trabajo de Tesis de Contreras Delgado Ligia una prevalencia de riesgo del síndrome de Burnout e insatisfacción laboral en el Hospital de Goyeneche del 57.8%; en el trabajo de Tesis de Linares Carpio donde encontró una prevalencia en el personal de enfermería del Hospital Honorio Delgado Espinoza de 28.57%; pero a nivel nacional encontramos por ejemplo en Cusco en el trabajo de Tesis presentado por Huerta Rivera Ebalis en el Hospital Antonio Lorena se evidencia una frecuencia de riesgo del síndrome de Burnout de 43% pero solo fue aplicado en personal de enfermería, en la misma ciudad Quiroz Valdivia Rodolfo en su trabajo de tesis realizado a personal médico y enfermeras encuentra que en el Hospital Nacional Sur Este de Essalud del mencionado lugar no encontró riesgo del síndrome de Burnout de alto grado pero si encontró riesgo del síndrome de Burnout en grado medio de 10.9%, siendo la prevalencia mas baja en todos los trabajos revisados; así mismo en Lima en el trabajo de Tesis de Flores Senmache Tatiana realizado en el personal de enfermería del Hospital Nacional Arzobispo Loayza se encontró que el 90.38% de enfermeras de dicho nosocomio es posible que se encuentren en etapa de instalación del mencionado síndrome; a nivel internacional encontramos en el trabajo de tesis Doctoral de Cáceres Bermejo Gloria realizado en el personal sanitario militar de Madrid-España que encontró una prevalencia de 59% del síndrome de Burnout, y en el trabajo de Arias Galicia F. realizado en Mexico en el personal de salud en el estado de Morelos-Cuernavaca donde encuentra una prevalencia positiva en el personal de salud.

Que uno de los mayores riesgos que presenta el síndrome de Burnout es la despersonalización con un 88.3% seguida de un bajo logro personal 51.7 % características fundamentales del síndrome de Burnout, que incide negativamente en los profesionales de salud y expuesto también en el trabajo de tesis de Huerta Rivera Ebalis donde encuentra en

el Hospital Antonio Lorena de Cusco que la prevalencia de despersionalización esta en 65% y la baja realización personal en un 51.1%; así también en el trabajo de investigación de Olmedo Montes M. presentado en el Congreso universitario de Psicología y Logopedia del 30 de Noviembre del 2005 se determinó que la despersionalización era de 48.4% mientras que la realización personal fue mayor en un 51.6%.

En cuanto a la variable edad, se encuentra que el riesgo mayor de dicho síndrome se halla entre los 40-49 años 46.2%, con una tendencia en el sexo femenino 25%, siendo la diferencia en relación al género no significativa para este estudio, el estado civil tiene un porcentaje significativo el ser conviviente 50%; en cuanto a las profesiones se encontró en este universo una frecuencia en las obstetras del 100% seguida del personal médico 32%, en un bajo porcentaje el personal de enfermería y psicólogos. Si comparamos nuestros resultados con los de otros investigadores Linares Carpio en su trabajo de Tesis en el Hospital Honorio Delgado Espinoza de Arequipa encuentra que la asociación entre el síndrome de Burnout y la edad se encuentra en personal de más de 35-44 años y en cuanto a la variable estado civil fue mayor en casados, cabe recalcar que se hizo el estudio solo en personal de enfermería; así también en el trabajo de Tesis de Rendulich Talavera María en el Hospital Nacional Carlos Alberto Seguín Escobedo, Essalud – Arequipa al estudiar sus variables encuentra que la variable sexo (femenino) tenía una significativa prevalencia en el mencionado síndrome en comparación con las demás variables como estado civil, edad, años de servicio, cargo y condición laboral; mientras que en el trabajo de tesis Doctoral de Cáceres Bermejo Gloria de la Universidad Complutense de Madrid – España determino que el perfil del sanitario militar con riesgo de Burnout es un profesional menor de 35 años, enfermero, destinado en Unidades, Centros u Organismos del Ejército de Tierra, Aire o Armada; apareciendo como factores de protección atender entre 10 – 20 enfermos por día y tener menos de 15 años de antigüedad en la profesión; mientras que Aragón Paredes María en el trabajo de investigación presentado en Universitat- Nicaragua, realizado a personal médico y enfermeras encuentra que se presentaron el doble de casos en el personal de enfermería que en el de médicos, la relación antigüedad tuvo un comportamiento inverso entre el personal de enfermería (a mas años laborales más casos) y personal médico, la

mayoría de los casos son jóvenes y se encuentran casados, pero aun así el predominante fue el sexo femenino en enfermería y masculino en médicos; así en el trabajo de investigación de Olmedo Montes M. presentado en el Congreso universitario de Psicología y Logopedia del 30 de Noviembre del 2005 se determinó que la variable edad entre 37-43 años tenía mayor prevalencia de riesgo para el síndrome de Burnout, así como también la variable contratado o inestable resulto con mayor prevalencia del síndrome.

Que respecto a la procedencia de los encuestados la mayor o menor adaptación de individuo a su medio parece ser un condicionante en el riesgo del síndrome de Burnout, ya que los migrantes presentan un 19% en el presente estudio, lo que podría ser objeto de un estudio posterior ya que en la actualidad no hay un estudio que realice esta variable como factor de riesgo del síndrome de Burnout.

En el estudio los sujetos de investigación que presentaban cargos jefaturales o administrativos presentan mayor riesgo de Burnout (40% - 40%) debido a la carga horaria y funciones tanto administrativas como asistenciales, de igual manera se determinó que la presencia de una persona en diferentes áreas laborales (consultorio externo, hospitalización, emergencia, quirófano) presentaban mayor riesgo del mismo, debido a la complejidad y diversidad de la atención esta se ve incrementado en detrimento de la salud mental del profesional

Así en el tiempo de servicio, el riesgo de síndrome de Burnout se da preponderantemente en aquellos profesionales cuyo tiempo de servicio oscilan de 6 a 10 o más años 43% y la modalidad de trabajo inestable 34 %, y refirieron jornadas de trabajo mayor a 40 horas semanales 34.8% , sumado a ello un poco e inadecuado tiempo de recreación 29.9%, con lo cual responde a las incógnitas planteadas en el presente estudio; en el trabajo de investigación de Olmedo Montes M. presentado en el Congreso universitario de Psicología y Logopedia del 30 de Noviembre del 2005 se determinó que la variable contratado

(inestable) resulto con mayor prevalencia del síndrome; en el trabajo de tesis Doctoral de Cáceres Bermejo Gloria de la Universidad Complutense de Madrid – España determino que el perfil del sanitario militar con riesgo de Burnout es un profesional con menos de 5 años de antigüedad en su destino actual; apareciendo como factores de protección tener un trabajo extra hospitalario, en el trabajo de Tesis presentado por Huerta Rivera Ebalis en el Hospital Antonio Lorena de Cusco se evidencia que el mayor riesgo del síndrome de Burnout está en realizar el servicio asistencial por más de 15 años, luego los que tienen menos de 10 horas de recreación, con inseguridad en su situación laboral y que trabajan más de 50 horas semanales y ser médicos; así en el trabajo de Tesis de Flores Senmache Tatiana realizado en el personal de enfermería del Hospital Nacional Arzobispo Loayza – Lima se encontró que las variables que influyen significativamente fueron varios turnos de trabajo, poco tiempo para actividades de recreación y el servicio donde laboran; también Quiroz Valdivia Rodolfo en su trabajo de tesis realizado a personal médico y enfermeras encuentra que en el Hospital Nacional Sur Este de Essalud – Cusco resalta que hay una asociación estadística en ser médico, tiempo de servicio mayor a 12 años, trabajo mayor a 40 horas semanales, menos de 6 horas de esparcimiento semanal y otros trabajos fuera del hospital; en el trabajo de Olmedo Montes M. presentado en el Congreso universitario de Psicología y Logopedia del 30 de Noviembre del 2005 determino que en la variable situación laboral inestable aumenta el riesgo de sufrir el síndrome en estudio.

En cuanto a las dimensiones del test de Maslach, en el cansancio emocional (CE), observamos que las actividades más frecuentes que conllevan a la presencia del síndrome en estudio están relacionadas al cansancio después de la jornada de trabajo (21,7%); trabajar con mucha gente (25,0%), principalmente. Para la dimensión de despersonalización (DP), vemos que la frecuencia de mayor sensibilidad está relacionada a trabajar con gente (46,7%), y la dimensión de realización personal reducida (RP) tenemos que la respuesta más frecuente fue que trabajan muy eficazmente con los problemas de los pacientes (50,8%); e influyen positivamente con su trabajo en la vida de las personas (50,0%)



CAPITULO IV
CONCLUSIONES Y
RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

Primera

Una cuarta parte del personal de salud del Hogar Clínica San Juan de Dios tiene niveles altos de riesgo del síndrome de Burnout, siendo el nivel más alto la dimensión de despersonalización.

Segunda

El perfil epidemiológico del personal de salud corresponde a un profesional menor de 40 años, médico u obstetra, con labores asistenciales o con otras funciones a la vez y con menos de 10 años de antigüedad.

Tercera

Existen importantes diferencias en cuanto a las variables epidemiológicas asociadas con el síndrome de Burnout como son: tipo de profesional de salud (médicos, obstetras), años de trabajo cumplidos en la institución (más de 6 – 10 años), número de horas de trabajo por semana (mayor de 40 horas), situación laboral (contratado) y número de horas de entretenimiento (menor de 6 horas).

RECOMENDACIONES

Primera

A la oficina de Bienestar Social del hogar Clínica San Juan de Dios realizar estudios periódicos sobre el riesgo del síndrome de Burnout debido al alto porcentaje de riesgo de padecer dicho síndrome y que puede adquirir proporciones crecientes; se recomienda tomar estrategias de manejo adecuado del estrés laboral así como crear una unidades de salud laboral y medicina preventiva en su institución para disminuir el riesgo de dicho síndrome.

Segunda

A la oficina de Recursos Humanos del hogar Clínica San Juan de Dios se recomienda establecer herramientas de intervención de carácter personal o individual que ofrezcan mecanismos y habilidades para afrontar las demandas del ámbito laboral sin abandonar el propio autocuidado y estrategias de intervención grupal para aumentar la comunicación sobre cuestiones de trabajo que favorezcan la obtención de apoyo emocional y social, reducir la tensión emocional en el lugar de trabajo, y enseñar a los miembros del grupo estrategias para manejar el estrés.

Tercera

Al Cuerpo Médico del hogar Clínica San Juan de Dios se recomienda informar sobre los riesgos de padecer el síndrome de Burnout así como generar una medicina integrativa y participativa (Paciente, familia, sociedad) para aumentar la comunicación con el paciente, hacerlo participe de su tratamiento favoreciendo su relación médico – paciente y elevando su satisfacción personal como laboral

BIBLIOGRAFIA

1. Alcalá-Herrera Verónica / Olga Rojas Ramos . Relación entre el síndrome de Burnout y los síntomas de depresión en una muestra de docentes de educación básica estudiantes de la lic.en educación de la UPN, 097 DF sur. XI Congreso Nacional de Investigación Educativa (2006)
2. Arana Beltrán, Carolina, "Apoyo social y síndrome de Burnout en los médicos del IMSS. El caso Guadalajara", Revista Mexicana del Trabajo y la Previsión Social, núm. 5, México, pp. 257-377. (2004)
3. Aranda Beltrán, Carolina; Pando Moreno, Manuel José G. Salazar Estrada, Teresa M. Torres López, Ma. Guadalupe Aldrete Rodríguez y Ma. Berenice Pérez Reyes” Síndrome de Burnout en médicos familiares del Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara, México” (2004)
4. Arauco Orellana, Gladys; Enciso Vasquez, Jacqueline; García Matías, Roxana Factores sociodemográficos y síndrome de Burnout en el profesional de enfermería del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2004.
5. Arauco Pérez Guísela Verónica, “síndrome de burnout en enfermeras del Hospital Nacional Especializado “Víctor Larco Herrera” 2007
6. Arrivillaga Quintero M, Salazar Torres I . Psicología de la Salud, Abordaje integral de la enfermedad crónica; Ed. El Manual Moderno. Colombia 2007
7. Ayuso, J.L. y López, J. Síndrome de Burnout y SIDA. Cuadernos de Medicina Psicosomática, 27, 42-46.44. (1993).
8. Bandura, A. Human agency in social cognitive theory .American psychologists, 44 (9),1175-1184. (1989).
9. Bandura, A. Pensamiento y acción: Fundamentos sociales Barcelona: (1987)..
10. Bosquet Marisa, Quemados: El Síndrome de Burnout Que es y cómo superarlo. Ed Paidós. España 2008
11. Brera-Pivaral y R. Prince Vélez, "Prevalencia del Síndrome de Burnout de Agotamiento Profesional en médicos anesestesiólogos de la ciudad de Mexicali", Gaceta Médica, vol 141, núm. 3, México, pp. 181-183. (2005)
12. Brodsky, A., Burn-out: Stages of Disillusionment in the Helping Professions, Human, Nueva York: Sciences Press. (1980)

13. Cabrera, L. Gutiérrez, López, P. Rojas SA , -Linaz, S. Tovar Ochoa, J. Tirado Marín, I. Cotoñieto y L. Haro García, "Burnout síndrome among Mexican hospital nursery staff", *Revista Médica, México: IMSS*, 43(1) pp. 11-15. (2005)
14. Cáceres Bermejo Gloria, "Prevalencia del Síndrome de Burnout en personal sanitario militar" 2006, en su tesis Doctoral de la Universidad Complutense de Madrid
15. Carmel, S. (1997). The professional self-esteem of physicians scale structures, properties, and the relationship to work outcomes and life satisfaction. *Psychological Reports*, 80 (2), 591-602.
16. Cherniss, C The role of professional self-efficacy in the etiology of burnout. En W.B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds.) *Professional burnout: Recent developments in theory and research*. Londres: Taylor & Francis. (1993).
17. Cherniss, C. *Beyond burnout: helping teachers, nurses, therapists, and lawyers recover from stress and disillusionment*. Nueva York: Routledge. (1995).
18. Cherniss, C.. *Professional burnout in human service organizations*. Nueva York: Praeger. (1980a)
19. Cherniss, C.. *Staff burnout: Job stress in the human services*. Beverly Hills: Sage. (1980b)
20. Cherniss, Cary , *Professional Burnout in the Human Service Organizations*, Nueva York: Praeger. (1980)
21. Collier VU, Mccue JD, Markus A, Smith L. Stress in medical residency: status quo after a decade of reform? *Ann InternMed* 2002;136:384-90.
22. Cordes, C.L. y Dougherty, T.W. A review and an integration of research on job burnout. *Academy of Management Review*, 18(4), 621-656. (1993).
23. Débora Schoj María C. Richaud de Minzi, 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 Fecha de terminación: marzo de 2003.
24. Drake, Brett y Gautam N. Yamada, Confirmatory Factor Analysis of the Maslach Burnout Inventory. *Social Work Research*, 19(3), pp. 184-192. (1995)

25. Elliot, J.L. y Smith, N.M.. Burnout: A look at coping with stress. *School Library Media Quarterly*, 141-145. (1984)
26. Faura T., "Síndrome de Burnout. Enfermería, grupo de alto riesgo", *Revista Rol de Enfermería*, vol. 10, pp. 53-56. (1990).
27. Freudenberger, H. J. Staff Burnout, *The Journal of Social Issues*, 30 (1), pp. 159-166. (1974)
28. Freudenberger, H.J. Speaking from experience -burn-outorganizational menace. *Training and Development Journal*, 31(7), 26-27. (1977).
29. Freudenberger, H.J. Staff burnout. *The Journal of Social Issues*, 30(1), 159-166. (1974).
30. Freudenberger, H.J.. Burn-out. Nueva York: Doubleday. (1980)
31. Ganster, D. y Schaubroeck, J. The moderating effects of self-esteem on the work stressemployee health relationship. En R. Crandall y P. Perrewe, *Occupational stress: A handbook*. Filadelfia: Taylor & Francis. (1995).
32. Garcés De Los Fayos Ruiz, Enrique J., tesis inédita, Facultad de Psicología, Universidad de Murcia, España, pp. 2-5. (2003)
33. Garcés De Los Fayos, E. J., C. López Soler y C. García Montalvo, Alarcón, J., F. Vaz y J. Guisado, "Análisis del Síndrome de Burnout: Psicopatología, estilos de afrontamiento y clima social (II)", *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Bandajoz, España: Universidad de Extremadura*, 29(1), pp. 8-11. (1997)
34. García Izquierdo, M. Burnout en profesionales de enfermería de centros hospitalarios. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 7(18), 3-12. (1991a).
35. Gillespie, D. F., "Correlates for active and passive Burnout types of Burnout". *Journal of Social ServiceResearch*, 4(2), pp. 1-16. (1980)
36. Gil-Monte Pedro R. y Peiró José M^a., Validez factorial del Maslach Burnout Inventory en una muestra Multiocupacional, *Revista Psicothema, España*, vol. 11, núm. 3, pp. 679-689. (1999)
37. Gil-Monte, P. y J. M. Peiró, *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*, Madrid: Síntesis. (1997)

38. Gil-Monte, P.R. y Peiró, J.M. Desgaste psíquico en el trabajo. El síndrome de quemarse. Madrid: Síntesis (1997)
39. Gil-Monte, P.R., Peiró, J.M. y Valcárcel, P. A causal model of burnout process development: An alternative to Golembiewski and Leiter models. Seven European Congress on Work and Organizational Psychology, Gyr (Hungría) (1995).
40. Golembiewski, R.T. (1979). Toward the responsive organization. Salt Lake City, Brighton.
41. Gomero Cuadra Raúl 1, Palomino Baldeón Juan2, Ruiz Gutiérrez Fermín 2, LlapYesán Carlos 3. El Síndrome de Burnout en personal sanitario de los hospitales de la Empresa Minera de Southern Perú Copper Corporation: Estudio Piloto. (2005).
42. Gómez, Lydia; Gabari, Jose; Ruiz, Carmen; Nogueira, Raquel y Albuela Enrique. Facultad de Psicología, Universidad de Málaga 2005 " Variables Demográficas, Laborales y Burnout" (2006)
43. Greenglass, E.R., Burke, R.J. y Ondrack, M. A gender role perspective of coping and burnout. *Applied Psychology: An International Review*, 39(1), 5-27 (1990).
44. Guadalupe Luis A. Psicología de la salud y calidad de vida. Editorial THOMSON. Mexico 2008
45. Guevara C., D. Henao, J. Herrera, Síndrome del desgaste profesional en médicos internos de residentes del hospital Universitario del Valle en Cali. Colombia Médica, vol. 35, núm. 4. (2004)
46. Harrison, W.D.. A social competence model of burnout. En B.A. Farber (Ed.) Stress and burnout in the human services professions. New York: Pergamon Press. (1983)
47. J. Alarcón, F. Vaz., "Análisis del síndrome de Burnout: psicopatología, estilos de afrontamiento y clima social". En Revista de Psiquiatría, Barna 2002, 29:8-17. (2004)
48. Jones, J.. The staff Burnout scale for police and security personnel, Londres: Park Ridge, London House. (1980)
49. KAHILL, S., "Symptoms of professional Burnout. A review of the empirical evidence", *Canadian Psychology*, 29, 284-297. (1988)

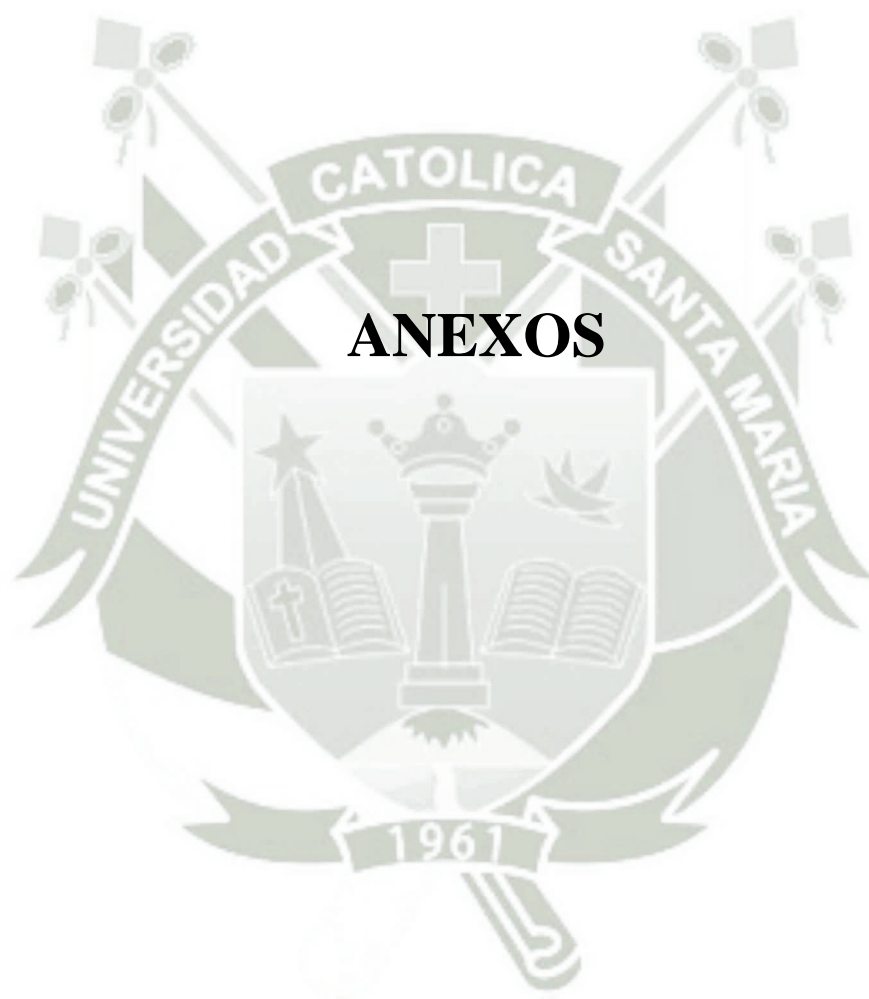
50. Kalekin-Fishman, D. Burnout or alienation? A context specific study of occupational fatigue among secondary school teachers. *Journal of Research and Development in Education*, 19 (3), 24-34. (1986).
51. Karwowski, Waldemar., *International Encyclopedia of Ergonomics and Human Factors*, p. 384. (2001)
52. Kremer, L. y J. E. Hofman Teacher, "Professional identity and burn-out", *Research in Education*, 34, pp. 89-95. (1985)
53. Kushnir, T. y Melamed, S. The Gulf Ward and its impact on burnout and wellbeing of working civilians. *Psychology Medicine*, 22(4), 987-995. (1992).
54. Leiter, M.P. Conceptual implications of two models of burnout: A response to Golembiewski. *Group and Organization Studies*, 14(1), 15-22. (1989a).
55. Leiter, M.P. y Durup, J. The discriminant validity of burnout and depression: An confirmatory factor analytic study. *Anxiety, Stress and Coping*, 7, 357-373. (1994).
56. MagerStellman Jeanne, PhD: *Enciclopedia de la salud y seguridad en el trabajo 1999 Edicion en Español; Madrid, España.*
57. MarroquinFernandez Juana, "Depresión y Síndrome de Burnout en trabajadores de salud CLAS Miramar provincia de Ilo, departamento de Moquegua 2010" en su tesis de Maestria para optar el título de Magister en salud mental del niño, adolescente y familia "Ansiedad
58. Maslach, C. Burned-out. *Human Behavior*, 16-22. (1976).
59. Nadia Ordenes D. Prevalencia de Burnout en trabajadores del hospital Roberto del Río Chile (2003)
60. Pérez Cruz, Elizabeth Síndrome de Burnout como factor de riesgo de depresión en médicos residentes.. *MedIntMex* 2006; 22:282-6
61. Pérez E., Síndrome de Burnout como factor de riesgo de depresión en médicos residentes, Servicio de Medicina Interna del Hospital Juárez de México. (2005)
62. Pines, A. y E. Aronson, *Career Burnout. Causes and cures*, Nueva York: Free Press. (1988)
63. Pines, A., Aronson, E. y Kafry, D. Burnout: From tedium to personal growth. En C. Cherniss (Ed.), *Staff burnout: Job stress in the human services*. Nueva York: The Free Press. (1981).

64. Pines, A., E. Aronson, y D. Kafry Burnout: From tedium to personal growth, en C. Cherniss (ed.), Staff Burn- out: Job stress in the human services, Nueva York: The Free Press. (1981)
65. Piña Hernández C.E. Síndrome de Burnout y el Desempeño Laboral del Personal de Enfermería de una Clínica Psiquiátrica [Tesis para maestría]. San Luis Potosí: Universidad Autónoma de San Luis Potosí; 2005
66. Quiroz Valdivia, Rodolfo. "Factores Asociados al Síndrome Burnout en Médicos y Enfermeras del Hospital Nacional Sur Este de Essalud del Cusco"(2002)
67. 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. /Syndrome of professionalwearingdown in thepersonnel of nursing of theservice of emergency of Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo EsSalud- Arequipa.(2002).
68. Reyna Olivera G., J. Gutiérrez Aguilar y M. Herrera Estrella, "Síndrome de desgaste profesional en residentes del primer año de psiquiatría del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez", Psiquiatría, México, pp. 77-79. (2004)
69. Robinson S. E. et alt.: Nurse Burnout: work related and demographic factors as culprits. Res. Nurse Health Jun, 14(3) 223-228.48 (1991)
70. Rodríguez-Marín, J. Psicología social de la salud. Madrid: Síntesis (1995)
71. Román, J., "Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primarios de la salud de los niveles primarios y secundarios de atención. Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores". Revista Cubana de Salud Pública; 29/2. pp.103-10. (2003)
72. Rosenberg, M., Schooler, C., Schoenbach, C., y Rosenberg, F. Global self-esteem and specific self-esteem: different concepts, different outcomes. American Sociological Review, 60, 151-156. (1995).
73. Sarros, James C. y Joseph C. Santora,"The transformational-transactional leadership model in practice", Leadership & organization Development Journal 22/8, University Press, pp. 383-393. (2001)

74. SECPAL. Guía de Prevención de Burnout para profesionales de cuidados paliativos. [Internet] España: Arán; 2008. Disponible en: <http://books.google.com.mx/books?id=defVRqO6xlQC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>
75. Seidman, S.A. y J. Zager, The Teacher Burnout Scale. *Educational Research Quarterly*, 11(1), pp. 26-33. (1986)
76. Shanafelt T., K. Bradley, J. Wipf, A. Back, Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Ann InternMed*, pp. 358-367. (2002)
77. Simon G.E, Vonkorff M. Recognition, management and outcomes of depression in primary care. *ArchFamMed* 1995;4:543-5. (1998)
78. Starrin, B., Larsson, G. y Styrborn, S. A review and critique of psychological approaches to the burn-out phenomenon. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 4(2), 83-91. (1990)
79. Thompson, M.S., Page, S.L. y Cooper, C.L. A test of Carver and Scheier's self-control model of stress in exploring burnout among mental health nurses. *Stress Medicine*, 9, 221-235. (1993).
80. Tomas Palomo; Miguel Ángel Jiménez- Arriero. *Manual de Psiquiatría*. Madrid 2009
81. Trejo Humberto -Lucero, Juan Torres-Pérez, Mónica Valdivia-Chávez, "Asociación entre síndrome de burnout y depresión en personal de enfermería que labora en un Hospital de Alta Especialidad del Estado de México 2011"
82. Van Yperen, N. Informational support, equity and burnout: The moderating effect of self-efficacy. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 71 (1), 29-33. (1998).
83. Viniccia, Alpi Stefano Y Liliana AlvaranFlorez, "El síndrome de Burnout en una muestra de auxiliares de enfermería: un estudio exploratorio", *Revista Universitas Psicológica*, Pontificia Universidad Javeriana, vol. 3, núm. 1, enero-junio, Bogotá, pp. 35-45. (2004)
84. Walkey, F. H. y D. E. Green, "An exhaustive examination of the replicable factor structure of the Maslach Burnout Inventory", *Educational and Psychological Measurement*, 52/2. pp. 309-323. (1992)

85. World Health Organization Staff (CB), Human Resources and Training in Mental Health: Mental Health Policy and Services Guidance Package, p. 59. (2005)
86. Wriath, D., "The Contribution of Burnout to Work Performance", Journal of Organizational Behavior. (1997)





ANEXO 1
CUESTIONARIO

Señor(a) encuestado(a) sírvase responder el siguiente cuestionario con la mayor veracidad posible ya que se mantendrá la reserva de la presente, gracias.

DATOS GENERALES

FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS

Edad:años

Sexo : Masculino (.....) Femenino (.....)

Procedencia: Nomigrante(.....) Migrante (.....)

Estado Civil: Soltera (.....) Casada (.....) Conviviente (.....) Divorciada (.....)

Profesión : Médico (.....) Enfermero(.....) Psicólogo (.....) Obstetra (.....)

Cargo: Asistencial (.....) Jefatura (.....) Administrativo (.....)

Área de Trabajo: Hospitalización (.....) Consultorio Externo (.....) Emergencia (.....) Quirófano (.....)

Tiempo de Servicios en el Establecimiento: Años Meses.

Modalidad de Trabajo: Estable(.....) Inestable (.....) Ad honoren (.....)

Tipo de relación interpersonal con el equipo de trabajo: Adecuada(.....) Inadecuada (.....)

Jornada semanal de trabajo:hr.

Tiempo de esparcimiento: ≤ 6 hr. Semanal(.....) > 6 hrs. Semanal (.....)

A : Nunca.

B : Algunas veces al año

C : Algunas veces al mes .

D : Algunas veces a la semana.

E : Todos los días.

	A	B	C	D	E
Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.					
Me siento cansado al final de la jornada de trabajo.					
Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar.					
Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes.					
Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales.					
Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo.					
Trabajo muy eficazmente los problemas de los pacientes.					
Me siento “quemado” por mi trabajo.					
Creo que influyó positivamente con mi trabajo en la vida de las personas.					
Me he vuelto más sensible con la gente desde que ejerzo esta profesión.					
Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente.					
Me siento muy atractivo.					
Me siento frustrado en el trabajo.					
Creo que estoy trabajando demasiado.					
Realmente no me preocupa lo que le ocurre a mis pacientes.					
Trabajar directamente con personas que me produce estrés.					
Puedo crear fácilmente una atmosfera relajada con mis pacientes.					
Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes.					
He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión.					
Me siento acabado.					
En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma.					
Siento que los pacientes me culpan por algunos de sus problemas.					



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA PROGRAMA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



PROYECTO DE TESIS

**"Aplicación de la escala de Maslach y factores
epidemiológicos relacionados al Burnout en personal de
salud del Hogar Clínica San Juan de Dios, Arequipa
2013"**

Proyecto de Tesis presentado por:

Willy Robert Zavala Moran

Para optar el título de.

Médico-Cirujano

AREQUIPA – PERÚ

2013

I. PREÁMBULO

El síndrome de Burnout es una enfermedad que experimentan algunos profesionales de instituciones que trabajan con personas, y que se caracteriza por un agotamiento emocional debido a una implicación excesiva en su trabajo, llegando a ser ineficaces para el desempeño adecuado de su trabajo.

Este síndrome se puede dar en todas las profesiones, principalmente en las que se tratan con personas, prevaleciendo más en el personal de salud como médicos, enfermeros, técnicos, etc.; incluso en estudiantes de estas carreras.(7)

La prevalencia del Síndrome de Burnout a nivel internacional es variable respecto al grupo ocupacional, así en Médicos asistenciales de España fluctúa de 17.83% a 71.4%.(17)

El tener metas, aumenta las aspiraciones en el trabajo, se exige para ser mejor cada día, es algo normal, pero; ¿Qué pasa cuando estas aspiraciones sobrepasa nuestros límites? ¿Cuándo son mayores las exigencias y responsabilidades que el trabajo nos pide? ¿Los niveles de estrés que manejamos aumentan y llegamos a un punto en que la desesperación se percibe a flor de piel? ¿Podremos manejar esto de verdad?

El estrés es un signo característico de este síndrome, son acciones, sentimientos y emociones que damos por desapercibido, pero en la actualidad se ha tomado como algo cotidiano, “normal” que llega a pasar desapercibido, así como sentimientos de falta de ayuda, de impotencia, de actitudes negativas y de una pérdida de autoestima que sufre el trabajador.

La elaboración de este proyecto es con el fin de conocer la prevalencia y las características epidemiológicas de este síndrome, que aunque no es nuevo ha influido mucho en nuestra sociedad, conocer el cómo se desarrolla, pues hay aspectos en la vida diaria que se han vuelto tan cotidianos en nuestros días y muchos de ellos forman características de este síndrome.

II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

- **PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

1.1. ENUNCIADO DEL PROBLEMA

“Aplicación de la escala de Maslach y factores epidemiológicos relacionados al Burnout en personal de salud del Hogar Clínica San Juan de Dios, Arequipa 2013”

1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Área del conocimiento:

- General : Ciencias de la Salud
- Específica : Medicina Humana
- Especialidad : Psiquiatría
- Línea : Salud laboral

1.2.2. Análisis u operalización de variables e indicadores

VARIABLE	INDICADOR Y SUB INDICADOR	VALORES O CATEGORIAS	TIPOS DE VARIABLE
CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLOGICAS	Edad	Años	Numérica continua
	Género	Masculino Femenino	Categórica nominal
	Estado Civil	Soltero Casado Divorciado Conviviente	Cualitativa nominal
	Lugar de residencia habitual	No migrante Migrante	Cualitativa nominal
	Tipo de profesional de salud	Medico Enfermero Psicólogo Obstetra	Categórica nominal
	Años de trabajo cumplidos	Años	Numérica continua
	Nª de horas de trabajo por semana	Menor de 40 h/sem Mayor de 40 h/sem	Numérica
	Situación laboral actual	Ad honoren Inestable Estable	Cualitativa ordinal
	Nª de horas de entretenimiento o esparcimiento	Menor de 6 horas sem Mayor de 6 horas sem	Cualitativa nominal
	Opinión de relaciones interpersonales	Adecuada Inadecuada	Cualitativa nominal
	RIESGO DEL SÍNDROME DE BURNOUT SEGÚN	Agotamiento emocional	Agotamiento emocional SI/NO
Despersonalización		Despersonalización SI/NO	Categórica nominal

ESCALA DE MASLACH	Logro personal	Logro personal SI/NO	Categoría nominal
------------------------------	----------------	----------------------	-------------------

1.2.3. Interrogantes básicas

- ¿Cuáles son las características epidemiológicas presentes en el personal de salud del Hogar Clínica San Juan de Dios?
- ¿Cómo es el riesgo del Síndrome de Burnout que presenta el personal profesional de salud del Hogar Clínica San Juan de Dios?
- ¿Cuál es la relación entre los factores epidemiológicos y el riesgo del síndrome de Burnout por la escala de Maslach en los trabajadores de salud del Hogar Clínica San Juan de Dios?

1.2.4. Tipo y nivel de Investigación

De campo y transversal

1.2.5. Nivel de Investigación

Relacional

1.2.6. Técnica de investigación

Entrevista

1.3.- JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

a. Originalidad:

Esta es una investigación la cual no fue realizada antes en el Hogar Clínica San Juan de Dios, por lo cual es un trabajo de tesis original; el mismo que dará un aporte significativo tanto para el conocimiento del síndrome de Burnout como su prevalencia en dicho nosocomio.

b. Relevancia científica:

Conocer la frecuencia del síndrome de Burnout y cómo afectan ellos al personal de salud nos ayudara a determinar si este síndrome se viene incrementando como se evidencia en otros estudios y su efecto en el ámbito laboral y personal.

c. Utilidad metodológica:

Esta investigación contribuirá a la creación de nuevos instrumentos para recolección de datos, determinar que variables son más frecuentes y su relación entre ellas; así proporcionaría mejoras en la forma de experimentar con las variables y como estudiar con determinada población ya que puede ejecutarse no solo en profesional de salud sino en cualquiera que tenga contacto frecuente con personas como personal policial o docente.

d. Práctica social:

El estudio nos dará resultados los cuales permitirá brindar soluciones para evitar el síndrome de agotamiento laboral (Burnout) como su relación epidemiológica que pueda tener, ayudándonos a tener a un personal que brinde servicios de calidad cubriendo las expectativas del usuario

e. Interés personal:

El síndrome de Burnout es un problema de salud pública que va en aumento y que no sólo repercute en la salud de los profesionales de salud sino también en la calidad asistencial, deteriorando la relación médico-paciente y suponiendo un alto coste, tanto social como económico, este estudio ayudara

tanto al personal que labora en el nosocomio como a los usuarios brindándoseles un servicio de calidad, el cual será mi aporte hacia dicha institución.

f. Contribución con el conocimiento:

Dado que este síndrome es prevenible, es muy importante disponer de datos sobre su prevalencia en este colectivo para poder elaborar planes de prevención identificando precozmente los factores predisponentes y dar soluciones a los mismos.

g. Factibilidad

El presente estudio es factible ya que cuenta con una población de número constante, con accesibilidad y predisposición para esta investigación; los datos serán obtenidos de manera directa dándoles toda la seguridad de confidencialidad para que dicha investigación se realice con la mayor veracidad posible.

2. MARCO TEORICO

2.1 Síndrome de Burnout

2.1.1 Introducción

El síndrome de Burnout no es muy conocido, quizás a eso se deba que no exista una definición totalmente consensuada por los estudiosos del tema. Starrin, Larsson y Styborn (1996) indican que todos saben lo que es, aunque muchos pueden ignorar su definición. La mayoría de las personas que lo padecen se sienten insatisfechas y no lo ven como una enfermedad que afecta su desempeño, de hecho no saben ni cómo interpretar ese malestar.

El trabajo no sólo proporciona seguridad económica, sino que puede producir placer y satisfacción, además de ofrecer beneficios importantes para la salud. (5)

No obstante, también constituye una importante fuente de estrés laboral y de riesgo de padecer problemas psicológicos, médicos y psicosomáticos. El estrés crónico laboral se asocia con la sobrecarga de trabajo, la baja utilización de habilidades y otros factores ocupacionales que implican presión laboral, conflicto y ambigüedad en las funciones(9). Es precisamente el campo de la psicología el que reconoce el síndrome de Burnout como una fatiga laboral o un desgaste profesional que se caracteriza por un estado de agotamiento intenso y persistente, pérdida de energía, baja motivación y extrema irritabilidad, tanto en el medio laboral como en el familiar, así como enojo, agresividad y desmoralización, causados por problemas del trabajo o del hogar (Vinaccia y Alvaran, 2004).

En las organizaciones públicas es donde se presenta con mayor frecuencia este tipo de padecimientos, sobre todo en aquellas donde el trabajador tiene contacto permanente con usuarios a los que les otorga un tipo de servicio. Tal es el caso de los profesores que laboran en escuelas y universidades, médicos y enfermeras que prestan sus servicios en clínicas y hospitales, policías que trabajan en organismos de seguridad pública, entre otros. (4)

Las pioneras del estudio del Burnout fueron Cristina Maslach y Susana Jackson, en los años ochenta, centrando su foco de atención en profesionales y para profesionales de agencias de servicio público.(21) En este tipo de organizaciones el típico profesional define sus creencias, expectativas u opiniones de tal manera que puedan adherirse a las de sus empresas. No obstante, el cumplimiento de sus metas dependerá en gran medida de sus superiores, de tal suerte que de existir diferencias o falta de congruencia entre los objetivos de ambos tipos de profesionales, puede desencadenarse una desilusión por parte del trabajador y generar con el tiempo Burnout (Denoten, 2005). Uno de los modelos más utilizados para medirlo es precisamente el MBI (Maslach Inventory Burnout) desarrollado por Maslach y Jackson (1986), y aunque actualmente existen más modelos propuestos por otros autores, el más popular es éste, ya que ha sido utilizado en muchas investigaciones, sirviendo como base para desarrollar otros modelos y realizar adaptaciones

2.1.2 Conceptualización

La palabra Burnout se desprende del inglés y se traduce en español como "estar quemado". El primero en describir este síndrome fue Freudenberg en 1974, al establecerlo como una patología psiquiátrica que experimentaban algunos profesionales que trabajaban en algún tipo de institución cuyo objeto de trabajo son personas, formado por un conjunto de síntomas médico-biológicos y psicosociales, que se desarrollan en la actividad laboral como resultado de una demanda excesiva de energía.(2)

El Burnout se define como síndrome por estrés interpersonal crónico en el ejercicio laboral. Está caracterizado por sentimientos de autoeficacia reducida, desánimo, despersonalización y fatiga, vinculado a situaciones crónicas de demandas tanto vividas como excesivas en el ámbito laboral (Kahill, 1988).

El Burnout es un proceso en el cual las actitudes y el comportamiento del profesional cambian de manera negativa en respuesta a la tensión del trabajo (Cherniss, 1980)(1). Es precisamente este autor quien lo describe en tres etapas: 1) desequilibrio entre los recursos y las demandas; 2) desarrollo de la tensión, de

la fatiga, y del agotamiento emocional; y 3) cambios en las actitudes y los comportamientos hacia los otros.

No obstante, la definición más popular la proporcionan Maslach y Jackson (1981): "es el agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal que puede ocurrir frecuentemente entre los individuos cuyo trabajo implica atención o ayuda a personas". Como puede observarse, en la definición de dichas autoras se manejan tres componentes que integran el Burnout(26). El primer componente es el agotamiento emocional, el cual describe los estados afectivos y las sensaciones del individuo, caracterizado por una carencia de energía y de recursos emocionales. El segundo factor es la despersonalización, caracterizada por actitudes y sensaciones negativas respecto de los demás. El último componente es la baja realización personal, donde los empleados con este padecimiento experimentan un gran descontento e insatisfacción hacia sus labores, acompañado de una mala opinión de su progreso laboral (Wright, 1997). Esta descripción de los componentes nos permite tener una idea más amplia sobre lo que es el Burnout y qué consecuencias puede traer en las organizaciones.

Existe una clara relación entre el estrés y el Burnout(62), esto es, en muchos casos las personas afectadas por este síndrome vienen precedidas de síntomas de estrés, aunque también es válido decir que no siempre ocurre esto. El estrés es un proceso psicofisiológico que se desencadena por una situación determinada que provoca un desequilibrio significativo entre la demanda que experimenta un sujeto y los recursos adaptativos de que dispone.(12)

Selye (1956) planteó dos formas de estrés, la primera, generadora de una activación positiva capaz de develar el mejor potencial de cada persona, a la que llama *eutrés*; y la segunda de signo contrario llamada *distrés*, resultado de sentirse sobrepasado por las demandas y que se traduce en sensaciones corporales, sentimientos y pensamientos que generan malvivir. Es por esto que tal estrés crónico negativo se considera la principal puerta de entrada hacia la situación de Burnout.

Brodsky (1980) establece cuatro fases por las cuales pasa un individuo propenso a este síndrome:

- 1 Entusiasmo, caracterizado por varias aspiraciones, energía desbordante y carencia de la noción del peligro.
- 2 Estancamiento, que surge tras no cumplirse las expectativas originales, empezando a aparecer la frustración.
- 3 Frustración, en la que comienzan a surgir problemas emocionales, físicos y conductuales. Esta fase sería el núcleo del síndrome.
- 4 Apatía, que sufre el individuo y que constituye el mecanismo de defensa ante la frustración.

Diversos autores que han estudiado el síndrome de Burnout coinciden en que los profesionistas que tienen demasiado contacto con personas, como los médicos y enfermeras de los hospitales, son los más propensos a contraer el síndrome de Burnout, ya que les va originando una serie de síntomas físicos, conductuales, emocionales, en relaciones interpersonales, existenciales y un bajo rendimiento laboral. Muchas pueden ser las causas, mismas que se clasifican en el cuadro 1. Como complemento a las características y actitudes descritas en el cuadro anterior, se presentan una serie de barreras, soluciones y causas que se expresan durante el desarrollo del proceso del síndrome, como las que se señalan en el cuadro 2.

CUADRO 1: Características y actitudes

CARACTERÍSTICAS BIOGRAFICAS
<ul style="list-style-type: none"> • Edad • Género • Experiencia laboral • Estado civil
CARACTERÍSTICAS PERSONALES
<ul style="list-style-type: none"> • Resistencia • Autoestima • Orientación del control • Neurosis • Extroversión
ACTITUDES RELACIONADAS AL TRABAJO
<ul style="list-style-type: none"> • Altas expectativas
CARACTERÍSTICAS LABORALES
<ul style="list-style-type: none"> • Carga de trabajo • Presión del tiempo • Conflictos y ambigüedad • Contacto directo con el cliente • Apoyo social de compañeros y superiores • Participación en la toma de decisiones • Autonomía

CUADRO 2: Barreras, soluciones y causas

BARRERAS, CARACTERÍSTICAS
<ul style="list-style-type: none"> • Falta de energía por parte de los profesionales • Falta de interés en los clientes • Los clientes se muestran frustrados, desesperados e intratables • Ausentismo • Desmoralización
SOLUCIONES AL SÍNDROME
<ul style="list-style-type: none"> • Dar la oportunidad del control • Dar oportunidad de que desarrollen sus habilidades • Variedad en el trabajo • Recompensa Financieras • Seguridad física • Dar oportunidad de contactos interpersonales • Brindar una posición social valorada
CAUSAS DEL SÍNDROME
<ul style="list-style-type: none"> • Demasiadas reglas, falta de autoridad y responsabilidad autónoma • Los grupos de trabajo son demasiados grandes o carecen de cohesión • Exceso de clientes, sintiéndose abrumados • Pocos estímulos • Demasiadas actividades rutinarias

2.1.3 Antecedentes

El origen del término Burnout se debe a la novela de Graham Greene, A Burn Out Case, publicada en 1961, en la que se narra la historia de un arquitecto atormentado espiritualmente que decide abandonar su profesión y retirarse en la selva africana..(5) Esta palabra se comenzó a utilizar en la literatura especializada sobre estrés laboral a partir de los años setenta. A lo largo de la historia ha existido una amplia variedad de ocupaciones o empleos relacionados con servicios humanos, donde se establece una relación de ayuda, tales como médicos, enfermeras, profesores, abogados y policías, siendo el resultado de este trabajo un agotamiento de energía que los hace sentirse abrumados por los problemas de otros, que ha sido descrito como síndrome de Burnout (Mc Cornell, 1982).

Este síndrome ha sido estudiado desde hace más de 30 años por diversos autores, entre los que a menudo se encuentran diferencias derivadas de la dificultad de definir un proceso complejo como el Burnout.(7)

El psiquiatra estadounidense Herbert Freudenberger, que trabajaba en la Clínica Libre de Nueva York, es quien en 1974 describe por primera vez este síndrome de carácter clínico. Básicamente, explicaba el proceso de deterioro en la atención profesional y en los servicios que se prestaban en el ámbito sanitario. Freudenberger observó en ese momento que los voluntarios tras su primer año de actividades sufrían en su gran mayoría una pérdida de energía, una desmotivación, así como varios síntomas de ansiedad y depresión que podían llegar hasta el agotamiento (Silva, 2001). (56)(57)(58)

En 1976, la psicóloga social e investigadora Christina Maslach utilizó el mismo término para referirse al "proceso gradual de pérdida de responsabilidad profesional, al desinterés y al desarrollo de un cinismo con los compañeros del trabajo". En 1981 aparece, como culminación de años de trabajo, el Maslach Burnout Inventory (MBI). En 1986, Maslach lo definió de manera más contundente, de hecho su definición es considerada la más efectiva y precisa de todo lo que se ha establecido acerca de este término, siendo a partir de sus estudios cuando realmente adquiere una verdadera importancia el estudio de este síndrome.(32)

El término Burnout se hizo popular y apareció repetidamente en publicaciones profesionales, en donde se destacaba la importancia de la personalidad (perfeccionismo, idealismo y excesiva implicación con el trabajo). Paralelamente se popularizaron talleres y seminarios de prevención de dicho síndrome.

La necesidad de estudiar el síndrome de Burnout o "síndrome de desgaste profesional" o "síndrome de estar quemado por el trabajo", viene unida a la necesidad de estudiar los procesos de estrés laboral, así como al reciente hincapié que las organizaciones han hecho sobre preocuparse más de la calidad de vida laboral que ofrecen a sus empleados. Actualmente resulta necesario considerar los aspectos de bienestar y salud laboral a la hora de evaluar la eficacia de una determinada organización, pues la calidad de vida laboral y el estado de salud física y mental que conlleva tiene repercusiones sobre la organización

2.1.4 Modelos explicativos

Los principales modelos explicativos del Burnout han considerado un conjunto importante de variables en su relación con las dimensiones del síndrome, permitiendo estudiarlo desde diferentes aspectos y elaborando distintas hipótesis. Desde esta perspectiva se han desarrollado diferentes modelos para su interpretación. (14)(61)(16)

1) Modelos diseñados desde la teoría cognoscitiva del yo.

Según esta teoría existe una serie de procesos de asociación mediante los que las representaciones simbólicas se traducen en acciones adecuadas. Se han considerado los siguientes modelos:

- a) el modelo de Harrison;
- b) el modelo de Charniss,
- c) el modelo de Thompson, Page y Cooper.

2) Modelos elaborados desde las teorías del intercambio social.

Estos modelos parten de la teoría de la seguridad y de la teoría de la conservación de recursos. Proponen que el síndrome de Burnout tiene su etiología en las percepciones de falta de equidad o de ganancia que desarrollan los sujetos como resultado del proceso de comparación social cuando establecen relaciones interpersonales. Cuando los sujetos perciben que aportan más que lo que reciben y no son capaces de resolver los problemas, desarrollarán sentimientos de quemarse por el trabajo. Los modelos elaborados desde este enfoque son:

- El modelo de comparación social de Buunk y Schaufeli
- El de conservación de recursos de Hobfoll y Fredy.

3) Modelos diseñados desde la teoría organizacional.

Todos ellos incluyen el síndrome de Burnout como una respuesta al estrés laboral. Ponen énfasis en la importancia de los estresores del contexto de la organización (estructura organizacional, clima organizacional, disfunciones, apoyo social percibido, etc.) y de las estrategias de afrontamiento empleadas ante la experiencia de quemarse. Aquí encontramos los siguientes modelos:

- a) modelo de Golembiewski, Munzenrider y Carter,
- b) modelo de Cox, Kuk y Leiter,
- c) modelo de Winnubst.

Modelos de medición

Un requisito indispensable de cualquier investigación es contar con un instrumento de medida que determine de manera objetiva lo expuesto en dicha investigación. El síndrome de Burnout no queda exento de dicho requisito, incluso dada su dificultad de comprensión muestra la necesidad de un instrumento de medición válido y fiable que pueda ser utilizado en diversos contextos laborales e idealmente en diferentes países, siendo así varios los instrumentos creados para la evaluación del síndrome. (55)

En el cuadro 3 se muestra un listado de instrumentos de medida del síndrome de Burnout que han sido estudiados a lo largo del tiempo. Muchos de estos instrumentos de medición no tuvieron un desarrollo y sólo quedaron como un intento más por medir el síndrome de Burnout, sin generar una investigación posterior, por lo que se ha convertido en una prioridad la mejora o creación de instrumentos que permitan comprobar los planteamientos relacionados con dicho síndrome.

CUADRO 3: listado de instrumentos de medida del síndrome de Burnout

INSTRUMENTO DE MEDIDA	AUTORES
Staff Burnout Scale	Jones (1980)
Indicadores del Burnout	Gillespie (1980)
Emener - Luck Burnout Scale	Emener y Luck (1980)
Tedium Measure	Pines, Aronson y Kafry (1981)
Maslach Burnout Inventory	Maslach y Jackson (1981)
Burnout Scale	Kremer y Hofman (1985)
Teacher Burnout Scale	Seidman y Zager (1986)
Energy Depleiton Index	Garden (1987)
Mattews Burnout Scale for Emplyees	Mattews (1990)
Efectos Psíquicos del BurnouT	Carcía Izquierdo (1990)
Escala de Variable Predictoras del Burnout	Aveni y Albani (1992)
Cuestionario del Burnout del Profesorado	Moreno y Oliver (1993)
Holland Burnout Assessment Survey	Holland y Michael (1993)
Rome Burnout Inventory	Venturi, Dell'Erba y Rizzo (1994)
Escala de Burnout de Directores de Colegios	Friedman (1995)

Fuente: Garcés de los Fayos, López Soler y García Montalvo, 1999.

2.1.5 El MBI (Maslach Burnout Inventory)

El MBI es considerado actualmente el mejor instrumento de medición del Burnout, siendo el más utilizado para las investigaciones relacionadas con el síndrome.(42) El síndrome de Burnout se presenta principalmente en individuos cuya labor radica en el trato con personas, en cuyo caso las razones principales son:

- a) La atención al paciente, donde de manera involuntaria la persona se identifica con la angustia del enfermo, lo cual genera en él un grado de estrés importante;
- b) La edad, sobre todo en los primeros años de trabajo en donde el profesional pierde ese enfoque idea lista;

- c) El género, en donde principalmente se afecta a las mujeres debido a la diversidad de tareas profesionales y de carácter familiar, lo que repercute en su desempeño laboral;
- d) El estado civil, donde se ve un mayor impacto en personas solteras, entre otros factores.

El síndrome de Burnout también tiene un impacto importante en la salud del médico de cualquier especialidad; aunque muchas veces los problemas emocionales de estos profesionales no son tratados debido quizás al hecho de que un médico no necesita depender de otro para solucionar sus problemas de salud emocional, muchas veces podemos estereotipar a los profesionales de la salud debido a la responsabilidad que conlleva su función, es decir, de alguna forma son ejemplo de prevención y cuidado de la salud, tal vez sea esta la razón por la que no busquen tratamiento para sus propios males.(22)

Las principales manifestaciones de este mal patogénico son:

- 1) Mentales, en donde se aprecia agotamiento emocional, baja autoestima, mala concentración y baja tolerancia, que regularmente repercute en comportamientos agresivos con pacientes, compañeros de trabajo y con la familia;
- 2) Físicas, donde se desarrollan aspectos como el insomnio, alteraciones gastrointestinales y taquicardias, entre otras;
- 3) Conductuales, donde se desencadenan conductas adictivas, distanciamiento afectivo, conflictos interpersonales en el trabajo y con la familia.

Se ha expuesto de manera general la importancia del síndrome de Burnout, además de sus principales manifestaciones, pero ¿cómo saber en qué grado de este síndrome se encuentra un individuo? La principal herramienta para determinar esta situación es el modelo Maslach Burnout Inventory (MBI) (Maslach y Jackson, 1996) compuesto por un cuestionario que mide el desgaste profesional de forma autoaplicada por medio de la evaluación del agotamiento emocional, despersonalización y realización personal. Según la última edición del manual (Maslach, Jackson y Leiter, 1996), en la actualidad existen

tres versiones del MBI:

a) El MBI Human Services Survey (MBI – HSS)

Dirigido a los profesionales de la salud, es la versión clásica del MBI (Maslach y Jackson, 1986). Está constituido por tres escalas que miden la frecuencia con que los profesionales perciben baja realización personal en el trabajo (tendencia a evaluarse negativamente, de manera especial con relación a la habilidad para realizar el trabajo y para relacionarse profesionalmente con las personas a las que atienden), agotamiento emocional (no poder dar más de sí mismo en el ámbito emocional y afectivo) y despersonalización (desarrollo de sentimientos y actitudes de cinismo y, en general, de carácter negativo hacia las personas destinatarias del trabajo)

b) EL MBI Educators Survey (MBI-ES)

Es la versión del MBI-HSS para profesionales de la educación (Schwab, 1986). Esta versión cambia la palabra paciente por alumno, reproduce la misma estructura factorial del MBI-HSS y mantiene el nombre de las escalas.

c) EL MBI General Survey (MBIGS),

Elaborado por Schaufeli, Leiter, Maslach y Jackson (1996). Esta nueva versión del MBI presenta un carácter más genérico, no exclusivo para profesionales cuyo objeto de trabajo son personas (Leiter y Schaufeli, 1996). Aunque se mantiene la estructura tridimensional del MBI, esta versión sólo contiene 16 ítems y las dimensiones se denominan eficacia profesional (seis ítems), agotamiento (cinco ítems) y cinismo (cinco ítems)

Diferentes estudios de carácter exploratorio han reproducido una estructura de tres factores similar a la del manual para las diferentes versiones del MBI, ya sea mediante rotación ortogonal (v.gr., Filian y Blanton, 1987; Belcastro, Gold y Hays, 1983; Gold, Bachelor y Michael, 1989; Söderfeldt, Söderfeldt, Warg y Ohlson, 1996) o rotación oblicua (v.gr., Abu-Hilal, 1995; Gold, Bachelor y Michael, 1989).

2.1.6 Evolución y características del MBI

El MBI ha sufrido variaciones en su contexto debido a que algunos autores se han enfocado en otras áreas de estudio, dependiendo de circunstancias específicas, como pueden ser medir aspectos individuales o sociales para dar origen a otros métodos. En España surgió el Cuestionario Breve Burnout (CBB), el cual mide características de la tarea, consecuentes y factores propios (guía Burnout, 2006), de igual manera el Burnout Measure (MB) (J. Alarcón, 2002) que es de relevancia para la evaluación del tedio laboral; aunque tiene similitud en algunos aspectos con el MBI no es considerado un instrumento de medición específico para el Burnout. (42) Éste consta de 21 ítems con siete opciones de respuesta y las dimensiones de las que hace mención son agotamiento físico, emocional y mental, entre otros, con algunas variaciones específicas, pero todos coinciden en las mismas dimensiones propuestas por Maslach. (12) Para el conocimiento de este síndrome es fundamental llevar a cabo su estudio por medio de tres vertientes:

- 1) agotamiento emocional,
- 2) despersonalización y
- 3) reducida realización personal (Maslach y Jackson, 1996; Maslach, 1979, 1999).

Según Maslach y Jackson (1996) un sector muy vulnerable a padecer este mal son principalmente los médicos, y entre 20% y 35% las enfermeras (Maslach, 1982) debido a que los niveles de Burnout entre ambos sectores son de las medias más altas, porque tiene efectos importantes en el desempeño de su trabajo, les genera conflictos laborales e inestabilidad mental que podría llevarlos incluso al suicidio.

El modelo MBI busca evaluar una gama más variada de emociones y pensamientos resultado de la práctica laboral; dicho instrumento es considerado el más utilizado y mide: el agotamiento emocional (AE) la despersonalización (D) y la realización personal (RP) en donde una vez aplicado y obtenidos los resultados, podemos hablar de profesionales con Burnout, cuando las dos primeras dimensiones, AE y D son puntajes elevados, mientras que la dimensión de (RP) se encuentra en un nivel inferior (Maslach

y Jackson, 1986).

El cuestionario está compuesto por 22 ítems en forma de afirmaciones sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes. Este instrumento tiene una fiabilidad de 0.9 lo cual puede resolverse de manera rápida e ir obteniendo resultados de medición del síndrome muy cercanos a la realidad. Está compuesto por los siguientes ítems.

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

Como ya se ha mencionado, estas preguntas evalúan las tres dimensiones y fueron

interrelacionadas, como se muestra en el cuadro 5. Los grados de intensidad para dichas escalas están determinados como se indica a

Continuación:

- (0) nunca
- (1) pocas veces
- (2) una vez al mes o menos
- (3) unas pocas veces al mes o menos
- (4) una vez por semana
- (5) pocas veces a la semana
- (6) todos los días

CUADRO 5: Dimensiones del MBI

Dimensión	Total e Ítems	Ítems	Evalúa	Puntuación máxima
AE	9	1,2,3,6 ,8,13,14 ,16,20	El cansancio emocional y sobreesfuerzo físico del personal	54
D	5	5,10,11, 15,22	El grado de desapego	30
RPB	8	4,7,9,12 ,17,18,19 21	Autoeficiencia y realización personal en el trabajo	48

Fuente: Garcés de los Fayos, López Soler y García Montalvo, 1999.

2.1.7 Causas del síndrome de Burnout

Las causas que producen síndrome de Burnout se pueden clasificar en dos grandes grupos: factores laborales y características propias de la personalidad del individuo.(10) En este sentido, también se ha investigado la posible influencia genética en la etiología de este síndrome, realizándose estudios de asociaciones de casos de Burnout en familias de gemelos, mono

y dicigóticos(52). En estos estudios no se han encontrado asociaciones significativas entre factores genéticos y Burnout, ya que las asociaciones de casos encontrados en las familias se explican principalmente por factores exógenos comunes, es decir, por características ambientales compartidas entre los miembros de la familia. Así, se han analizado algunos de estos factores, como el nivel cultural de los padres o la educación religiosa recibida, no encontrándose asociaciones significativas en cuanto a la educación religiosa, pero sí en la educación de los padres, de forma que cuanto mayor es el nivel cultural de éstos, mayores son los niveles de Burnout, Maslach y colaboradores analizaron los factores laborales que producen Burnout, y los clasificaron por el tipo de trabajo y por las características del mismo.

Como ya hemos mencionado el síndrome de Burnout es más frecuente en aquellas profesiones de ayuda a otras personas y las que tienen un contacto mantenido con la gente (sanitarios, educadores...).(53)

Algunas características del trabajo también desempeñan un papel importante para el desarrollo del Burnout. Uno de estos factores es la sobrecarga de trabajo, es decir, el hecho de disponer de poco tiempo para la cantidad de trabajo realizada supone un factor de riesgo, especialmente para la dimensión de agotamiento emocional. Igualmente, el conflicto y la ambigüedad de rol también se correlacionan positivamente con el Burnout. Si bien cierta ambigüedad de rol es beneficiosa porque flexibiliza el puesto de trabajo y facilita la resolución de problemas, la incertidumbre acerca del papel que debemos desempeñar en el trabajo puede tener efectos perjudiciales. Sin embargo, el conflicto de rol, es decir, las demandas que se le hacen al trabajador desde distintas fuentes y que son incompatibles entre sí, tienen siempre efectos negativos.

Destaca también como un factor laboral implicado en la génesis del Burnout la ausencia de recursos en el trabajo. Entre estos recursos ha sido ampliamente analizado el apoyo social, tanto de jefes como de compañeros de trabajo, y cuya carencia se relaciona con la aparición del síndrome. En

este sentido, hay una hipótesis que presenta el apoyo social como factor moderador entre los estresores laborales y el Burnout, de forma que existirá una importante relación entre ambos cuando el apoyo social sea bajo y viceversa.(51) También la ausencia de información y de control se relacionan con la aparición de las tres dimensiones de Burnout, de forma que la gente que tiene poca autonomía en su puesto laboral y que participa poco en la toma de decisiones en su trabajo experimenta valores más altos de desgaste profesional. Estas características laborales como productoras de Burnout se pusieron de manifiesto en un estudio prospectivo realizado en Dinamarca con trabajadores de distintos sectores de servicios humanos, que exploraba las asociaciones entre las características psicosociales del trabajo y el Burnout.(33)

En cuanto a los factores organizativos del trabajo que pueden influir en el Burnout, se incluyen la existencia de jerarquías o el manejo de reglas y recursos sin los criterios básicos de imparcialidad y equidad. Y en general, todo el ambiente de organización y de dirección en el que se desarrolla el trabajo, que en muchas ocasiones coartan al trabajador en cuanto a sus oportunidades de promoción profesional o en cuanto a su seguridad en el puesto de trabajo, a la vez que se les exige más esfuerzo y más tiempo dedicado a su puesto laboral.

Así, la motivación laboral, definida como *“el nivel de esfuerzo que las personas están dispuestas a realizar en su trabajo”*, influye en la aparición de este síndrome, por tanto es importante saber cuáles son las condiciones laborales que permiten una alta motivación interna en los trabajadores, para ello el Modelo de las Características del puesto permite determinar estas condiciones. Siguiendo este modelo, un trabajador presentará una alta motivación interna cuando experimente tres tipos de experiencias, denominadas Estados Psicológicos Críticos, estas experiencias son la significatividad del trabajo, la responsabilidad sobre los resultados y el conocimiento de los resultados de su trabajo(52). Pero, para que el trabajador experimente estas condiciones, es necesario que el puesto de trabajo presente

unas Dimensiones Centrales del Puesto, que son la variedad de destrezas, la identidad de las tareas, la importancia de las tareas, la autonomía y la retroalimentación del puesto.

Por otro lado, en la etiología de este síndrome también influyen factores individuales, entre los que se incluyen variables demográficas, características de la personalidad y ciertas actitudes individuales hacia el trabajo.

En lo referente a las variables demográficas, se relacionan con el Burnout la edad, el sexo, el estado civil y el nivel de estudios.(74) Vamos analizar en primer lugar la edad, ya que es la variable que más fuertemente se ha asociado con este síndrome; parece ser que el Burnout es más alto entre los individuos más jóvenes. Estas personas, por su corta edad, llevarían menos tiempo en su puesto laboral, pero no se puede afirmar que el Burnout sea mayor en personas que lleven menos tiempo de ejercicio profesional, ya que los individuos “quemados” abandonarían antes su puesto de trabajo y por tanto los más antiguos tendrían menos Burnout.

El sexo, es otra variable a tener en cuenta. Algunos estudios muestran que el Burnout es más alto en el sexo femenino, otros trabajos muestran niveles más elevados en los varones y muchos no encuentran ninguna diferencia significativa. En cuanto a las dimensiones del síndrome, el cinismo o despersonalización es más frecuente en los varones y en algunos estudios las mujeres puntúan más alto en cansancio emocional.(65)

Con respecto al estado civil, las personas solteras son más propensas a padecer Burnout que las casadas o con pareja estable, incluso presentan mayores niveles de agotamiento que los divorciados. Parece ser que el soporte familiar amortigua los afectos del estrés laboral y anula la sobreimplicación en el trabajo.

Relacionada con la variable anterior se encuentra la presencia de hijos. Parece ser que la presencia de hijos disminuye las posibilidades de padecer el síndrome de Burnout, ya que las personas con hijos son más realistas,

maduras y estables emocionalmente, y con mayor capacidad de abordar problemas personales y conflictos emocionales.

En cuanto al nivel de estudios, se ha encontrado una cierta relación entre el Burnout y las personas con un nivel de estudios superior. Sin embargo, hay que tener en cuenta que estas personas tienen puestos de trabajo con mayores responsabilidades o bien tienen expectativas más altas en cuanto a su carrera profesional y esto se puede asociar con mayores niveles de Burnout.

Otro de los factores que influye en la aparición del síndrome de Burnout es la personalidad del individuo. Se ha asociado a mayores niveles de Burnout, especialmente de agotamiento emocional, un tipo de personalidad “débil”, individuos que participan poco en actividades diarias o que tienen poca capacidad en el control de acontecimientos.

Igualmente, las personas que atribuyen sus logros a los demás en vez de atribuirlos a su capacidad y esfuerzo, o los que se enfrentan a acontecimientos de forma pasiva o defensiva también son más propensos a padecer Burnout.

Y por último, en cuanto a las actitudes de las personas frente al trabajo, aquellos individuos con altas expectativas en su carrera profesional, idealistas o poco realistas, tienen mayor riesgo de padecer Burnout. Generalmente, estas altas expectativas conducen a trabajar con gran esfuerzo y a veces no se obtiene el resultado esperado, lo que conduce al agotamiento y la despersonalización.

Pero los factores que hemos analizado de forma individual como causas del Burnout se pueden integrar en algunos modelos psicosociales que intentan explicar la etiología de este síndrome, al introducirlo en marcos teóricos más amplios. Estos modelos agrupan una serie de variables y discuten a partir de que procesos los individuos llegan a quemarse, pudiéndolos clasificar en tres grupos(62):

- Un primer grupo abarca todos los modelos que se desarrollan en el marco de la teoría sociocognitiva del yo. Según estos modelos las cogniciones del individuo influyen en lo que éstos perciben y hacen,

y a su vez esas cogniciones se ven modificadas por los efectos de sus acciones, y por la acumulación de las consecuencias observadas en los demás. También para estos modelos, la seguridad que los individuos tienen en sus capacidades influye decisivamente en el empeño que el individuo pone para conseguir sus objetivos y en la aparición de algunas reacciones emocionales, como el estrés o la depresión, que acompañan a la acción. Para estos modelos el factor que más influye en el desarrollo del síndrome de Burnout es la autoeficacia percibida o la autoconfianza profesional y su influencia sobre la realización personal en el trabajo.

- Un segundo grupo recoge los modelos elaborados desde las teorías del intercambio social y se basan en los principios de la teoría de la equidad o de la teoría de la conservación de recursos. En este caso la causa del Burnout sería la percepción de falta de equidad o falta de ganancia que se produce en el proceso de comparación social cuando se establecen relaciones interpersonales.
- Y por último, el tercer grupo considera los modelos elaborados desde la teoría organizacional. Estos modelos incluyen como antecedentes del síndrome las disfunciones de rol, la falta de salud organizacional, la estructura, la cultura y el clima organizacional.

De acuerdo con estos tres grupos, para Gil-Monte y colaboradores “el síndrome de quemarse por el trabajo puede ser integrado en los modelos cognitivos y transaccionales de estrés laboral como una respuesta al estrés laboral percibido que surge tras un proceso de reevaluación cognitiva, cuando las estrategias de afrontamiento empleadas por los profesionales no son eficaces para reducir ese estrés laboral percibido. Esta respuesta supone una variable mediadora entre el estrés percibido y sus consecuencias y se inicia con el desarrollo conjunto de baja realización personal en el trabajo y altos sentimientos de agotamiento emocional. Las actitudes de despersonalización que siguen se consideran una estrategia de afrontamiento desarrollada por los profesionales ante la experiencia crónica de baja

realización personal en el trabajo y agotamiento emocional. Esta perspectiva integra el papel de las cogniciones y emociones como variables mediadoras en la relación entre el estrés laboral percibido y las respuestas actitudinales y conductuales

2.1.7.1 Causas de Burnout en profesionales sanitarios

El colectivo donde más se han estudiado las causas del síndrome de Burnout ha sido en personal sanitario; odontólogos, médicos, enfermeras, auxiliares...⁽⁴⁹⁾ En cuanto a la aparición del síndrome de desgaste profesional en odontólogos, se han identificado una serie de factores causales relacionados con el entorno laboral. Uno de estos factores es el número de pacientes por odontólogo, así cuanto mayor es la institución en la que el profesional trabaja y mayor el número de pacientes a los que trata mayor es el cansancio emocional. También se ha visto que la satisfacción de los profesionales es menor a medida que disminuyen sus posibilidades terapéuticas y que aquellos que pasan más tiempo en contacto con los pacientes tienen más posibilidades de padecer este síndrome. Igualmente, aquellos profesionales en los que existe una gran discrepancia entre sus expectativas laborales y sus condiciones de trabajo, en cuanto a salario, estabilidad en el empleo, progreso, autonomía y apoyo social, sufren síndrome de Burnout con mayor frecuencia.⁽⁵²⁾

Además, a todas estas causas laborales hay que sumar causas personales que pueden precipitar la aparición del Burnout en odontólogos, nos referimos a cambios significativos de la vida que pueden generar estrés como muerte de un familiar, divorcio, nacimiento de los hijos, cambio de status social... También situaciones de relevancia de la vida cotidiana, sobre todo si son nuevas, generan conflictos difíciles de resolver o resultan desagradables o molestas, como una enfermedad, van a producir

alteraciones emocionales que pueden conducir a la aparición del Burnout. A parte de los profesionales de la odontología, el Burnout ha sido muy estudiado en personal sanitario del ámbito de la medicina y la enfermería.

Las causas del Burnout en estos profesionales las podemos dividir en tres grandes grupos, y así hablaremos de factores de la personalidad, características sociodemográficas y causas laborales.(26)

2.1.7.2 Las Características de la personalidad

Se han asociado con el síndrome de desgaste profesional en personal sanitario han sido fundamentalmente la personalidad neurótica, que incluye ansiedad, hostilidad, depresión y vulnerabilidad, también se ha relacionado con el Burnout a las personas con locus de control externo, el patrón de conducta tipo A, la extraversión, la rigidez, la dureza, independencia, afabilidad, estabilidad, autosuficiencia, perfeccionismo, tensión...

Para Maslach, el neuroticismo, se une de forma positiva al Burnout, de forma que los individuos neuróticos son emocionalmente inestables y propensos a la angustia psicológica⁷. Sin embargo, en un estudio realizado en personal sanitario hospitalario, se ha encontrado una relación significativa y negativa entre las dimensiones de cansancio emocional y despersonalización y el neuroticismo.

El siguiente rasgo de la personalidad que se asocia con el Burnout es el locus de control externo, de forma que los profesionales sanitarios con este locus de control tienen mayor tendencia a la insatisfacción por el trabajo, al estrés y al Burnout, especialmente a la dimensión de despersonalización. El patrón de conducta tipo A, con sus tres factores, competitividad, impaciencia e implicación laboral, también se correlaciona de forma significativa y positiva con el Burnout en

personal sanitario, en este caso con las tres dimensiones del síndrome.

En cuanto a la rigidez, que incluye la autoexigencia rígida en el trabajo (valoración del trabajo por encima de cualquier cosa), el esfuerzo personal y actitud de élite (sobreevaluación personal tanto a nivel de capacidad como de esfuerzo para lograr los fines propuestos, junto con un sentimiento de pertenecer a un grupo de élite) y el principalismo social (aceptación y sobreevaluación de los principios de funcionamiento que sostienen el sistema social y laboral), se han asociado con mayor tendencia a padecer el síndrome de Burnout. Sin embargo, ni rigidez ni extraversión (facilidad para establecer relaciones sociales), han encontrado una correlación positiva con el Burnout en el citado estudio(47)

realizado en personal sanitario hospitalario. De igual forma, se ha relacionado la aparición del Burnout con los rasgos de la personalidad en médicos de familia. En este caso se ha visto como existe una importante correlación entre la ansiedad y los niveles elevados del Burnout. Así, los cuatro componentes principales de esta dimensión de ansiedad, es decir, la estabilidad, la vigilancia, la aprensión y la tensión se correlacionan de forma significativa con al menos dos de las tres escalas del Burnout.

La estabilidad emocional se ha asociado negativamente con el cansancio emocional y la despersonalización y positivamente con la realización personal. En sentido contrario, la tensión se ha asociado positivamente con las dimensiones de cansancio emocional y despersonalización y negativamente con la realización personal. En cuanto a la vigilancia, en este estudio apareció relacionada de forma positiva con las dimensiones de cansancio emocional y despersonalización, y en cuanto a la aprensión se asoció con el cansancio emocional, pero también con la despersonalización de forma positiva y con la realización de forma negativa, en la muestra

de mujeres(69) Otros rasgos de la personalidad, como bajos niveles de afabilidad, estabilidad y atrevimiento y altos niveles de dureza, se asociaron con las menores puntuaciones obtenidas en la dimensión de realización personal. En el caso de los varones, estas bajas puntuaciones se asociaron también con menores niveles de perfeccionismo y autocontrol. Y en el caso de las mujeres, las menos realizadas obtuvieron menores puntuaciones en animación y sensibilidad.

2.1.7.3 Las características sociodemográficas

Influyen en la aparición del Burnout en personal sanitario, en el sexo, la edad, el estado civil y la presencia de hijos no hay diferencias en cuanto a lo ya comentado en las causas generales del Burnout. Existen trabajos que ponen de manifiesto la escasa asociación entre estos factores clásicos y el Burnout, dando más importancia a las características propias del entorno laboral. En la literatura no existe acuerdo en la relación entre el Burnout y la antigüedad en la profesión y en el puesto de trabajo en personal sanitario.

Algunos autores han encontrado que el síndrome de Burnout sería más frecuente después de los diez primeros años de ejercicio profesional, de forma que tras este período ya se habría producido la transición de las expectativas idealistas a la práctica cotidiana, viéndose como las recompensas profesionales y económicas no son, ni las prometidas, ni las esperadas⁴⁸. Sin embargo, otros estudios han encontrado que los primeros años de trabajo serían los más vulnerables para el desarrollo del síndrome, de forma que a medida que aumenta la experiencia profesional disminuiría el cansancio emocional.

2.1.7.4 Los factores laborales

Influyen en la aparición del síndrome de Burnout en personal sanitario, vamos a diferenciar varios grupos de causas.(48)

En primer lugar hay que citar la SOBRECARGA LABORAL como causa de Burnout, que se relaciona fundamentalmente con la dimensión de cansancio emocional. En nuestro medio, la sobrecarga laboral en personal sanitario es considerada un factor de riesgo psicosocial importante, posiblemente sea debida a la masificación y a la fuerte presión asistencial para reducir las listas de espera, y puede estar causada por una mala organización de los servicios sanitarios, generalmente con falta de personal tanto sanitario como no sanitario. Por tanto, existe falta de tiempo para el desarrollo de las actividades clínicas, que se hace especialmente patente cuando se trata de compatibilizar la actividad asistencial con otras de gestión, docencia e investigación.

También hay que considerar EL TRATO CON PACIENTES Y FAMILIARES como una causa importante de Burnout en profesionales sanitarios.(49) En estos profesionales, el contacto con el sufrimiento y con la muerte de los pacientes constituye otro factor de riesgo psicosocial de gran importancia, que además es considerado por los facultativos de una forma diversa. Así, una gran parte de los mismos considera que el trabajar con el sufrimiento físico es algo inherente a su profesión, aunque no por ello deje de afectarles. Para la mayoría, el sufrimiento y la muerte constituyen una característica de su trabajo a las que se acostumbran a medida que adquieren mayor edad y experiencia profesional. En todos los casos, una de las actitudes más generalizadas es establecer una distancia suficiente con la situación del paciente, para así poder desarrollar una relación

asistencial de calidad. En cuanto a la relación médico-paciente, un aspecto clave es la cantidad y el grado de contacto mantenido con los pacientes, este contacto puede ser muy gratificante, pero puede exigir grandes demandas emocionales, por lo que el trabajo clínico y las especialidades médicas con predominio de enfermos crónicos, graves, oncológicos y terminales son más proclives a la aparición de síndrome de Burnout. En este sentido, en varios estudios se ha comprobado como las dimensiones del síndrome son más frecuentes en los servicios hospitalarios de oncología y urgencias. Así, en un trabajo realizado en personal de enfermería hospitalario, se ha observado como las variables de agotamiento emocional y de burnout son estadísticamente mayores en los trabajadores de oncología y urgencias, y la despersonalización es superior en el personal de urgencias.

Otro aspecto a tener en cuenta es la MOTIVACIÓN LABORAL, es decir, las recompensas que el profesional sanitario recibe de acuerdo con el trabajo realizado. Se incluyen tanto el reconocimiento social, como las recompensas financieras (el salario) y las recompensas intrínsecas. El reconocimiento social, es decir, el reconocimiento del trabajo por parte de la dirección, de los compañeros de trabajo y de los pacientes está relacionado con el Burnout, y así se ha visto como los profesionales que hallan su labor poco reconocida por jefes y pacientes tienen peores puntuaciones en las tres subescalas del síndrome de desgaste profesional.

Ocurre lo mismo cuando existe una inadecuada motivación intrínseca, es decir, cuando hay un grado bajo de identificación con el centro de trabajo. En cuanto al salario, no es lo más importante para motivar al profesional de la salud, no obstante, un salario bajo, no adecuado con la responsabilidad de estos profesionales, así como unas condiciones laborales y organizativas que no faciliten el

desarrollo profesional son factores a tener en cuenta para la aparición del Burnout en personal sanitario.

Otro de los factores laborales que se ha descrito como causa del Burnout es la ausencia de APOYO SOCIAL. Nos referimos al apoyo social en cuanto al entramado de relaciones sociales que complementan los recursos personales para el desarrollo del afrontamiento adaptativo en situaciones de necesidad, e incluye tanto a los vínculos informales, amigos y familiares, como a los vínculos formales, jefes/supervisores y compañeros de trabajo. Así, se ha observado que existe una correlación entre las tres dimensiones del síndrome de burnout y los estilos de supervisión en el puesto de trabajo, de forma que la presencia del jefe es necesaria y su estilo de dirección y liderazgo tiene repercusiones sobre el desarrollo de este síndrome en sus empleados.

El apoyo social por parte de familiares y amigos es fundamental para prevenir la aparición del burnout.(57) También son importantes las relaciones de compañerismo basadas en el trabajo en equipo, ya que con ayuda de los demás el profesional afronta mejor las demandas laborales.

También influyen en la aparición del síndrome de desgaste profesional en personal sanitario la IMPARCIALIDAD y el CONFLICTO DE VALORES. Es importante que los profesionales de la salud perciban la existencia de imparcialidad en su lugar de trabajo. Imparcialidad en cuanto a la igualdad en el reparto de las tareas y en cuanto a las evaluaciones y promociones del personal. La carencia de parcialidad a nivel laboral se relaciona con la aparición de dos dimensiones del Burnout, el cansancio emocional y el cinismo. En lo relativo al conflicto de valores, en algunas ocasiones el personal sanitario se puede ver obligado a realizar actividades poco éticas, en desacuerdo con sus valores, pudiendo existir un desajuste

entre las aspiraciones personales para su carrera profesional y los valores de la organización.(49)

Otras causas de insatisfacción en la práctica de la medicina, que pueden llevar a la aparición de Burnout, son la BUROCRATIZACIÓN del trabajo, la práctica de una MEDICINA DEFENSIVA, la aparición de EXPECTATIVAS DISPARES en los profesionales de la medicina y la FALTA de TIEMPO por paciente.

La práctica de la medicina defensiva, entendida como la estrategia de usar pruebas y procedimientos médicos principalmente para impedir las demandas de los pacientes más que para conseguir su bienestar, influye en el malestar de la profesión médica, y así compromete la integridad profesional del médico, aumenta el distanciamiento entre el médico y el paciente y aumenta los gastos médicos. Además los profesionales de la medicina que han sido demandados en más de una ocasión, independientemente de los resultados judiciales de las demandas, afirman tener sentimientos de vergüenza, dudas sobre sí mismos en cuanto a su capacidad profesional y desilusión en la práctica de la medicina, sentimientos que pueden persistir durante largos períodos de tiempo y pueden influir en la aparición del síndrome de desgaste profesional. La aparición de expectativas dispares en los profesionales de la medicina, nos referimos a la discrepancia que puede existir entre lo que los pacientes exigen o esperan obtener del médico y lo que éstos son capaces de lograr en la realidad, también se incluyen la discrepancia entre las normas que los médicos han aprendido durante su período de formación académica y las acciones forzadas por la práctica cotidiana, la desigualdad en la práctica de la medicina hace 50 años y la que se practica en la actualidad y la divergencia entre los avances alcanzados por la ciencia médica y los resultados limitados que la mayor parte de los médicos pueden ofrecer de forma individual. Todas estas discrepancias hacen que afloren sentimientos de culpabilidad en el

médico y que se produzca un distanciamiento con sus compañeros de trabajo y con sus pacientes.(44)

Un aspecto a tener en cuenta, es el papel de “dobles agentes” que los médicos tienen que realizar, por una parte en la práctica habitual de la medicina para la cual se han formado, y por otra como profesionales cuestionados por aseguradoras y tribunales. Otro aspecto a tener en cuenta es la carencia de tiempo para atender de forma adecuada a los pacientes. Este es un factor que a menudo produce malestar en el profesional de la medicina, ya que los médicos dejan de hacer una serie de actividades que saben que son imprescindibles para realizar una atención de calidad a sus pacientes. Por último, en este grupo de causas de Burnout relacionadas con el ámbito laboral hemos de incluir el tipo de PROFESION SANITARIA, y los aspectos relacionados con la misma.

Clásicamente se han asociado mayores niveles del síndrome del quemado en la profesión de enfermería, especialmente los que trabajan con pacientes graves o terminales, que como ya hemos comentado son los que exigen mayores demandas emocionales, como es el caso de los enfermos oncológicos o los pacientes con SIDA

2.1.8 Factores que indican el desarrollo del Burnout

- **Características del trabajo:**

Excesiva carga de trabajo y poco tiempo para ello, esto añade peso al agotamiento emocional. Otros factores: Falta de información o incapacidad de desarrollar una tarea, carencia de apoyo, ausencia de realimentación positiva y reconocimiento, falta de autonomía y autodeterminación.

- **Características individuales:**

Gente joven (30-40 años) posiblemente por impericia laboral. Otros: Baja autoestima, personalidad pasiva y rígida con dificultad de adaptación del entorno.

- **Entorno inadecuado:**

Estrés y privación del sueño, principalmente en trabajadores de la salud como enfermeras, médico residente y tratante. Siendo el hospital un lugar que cuenta con los pre-requisitos.

2.1.9 Analizando los signos del síndrome de Burnout se distinguen:

- **Signos y síntomas físicos:**

Cefaleas sensoriales, fatiga, agotamiento, insomnio, trastornos gastrointestinales, dolores generalizados, malestares indefinidos.

- **Signos y síntomas psíquicos:**

Falta de entusiasmo e interés, dificultad para concentrarse, permanente estado de alerta, actitud deflexiva, irritabilidad, impaciencia, depresión, negativismo, frustración, desesperanza, desasosiego.

- **Síntomas laborales:**

Sobre involucramiento, no comparten ni delegan trabajo, ausentismo laboral.

2.1.9.1 Signos de Alarma

Se tienen tres elementos clave: trabajo, estrés y depresión. El trabajo es el detonante principal. El estrés ocupacional es el primer antecedente de este síndrome y la depresión es el síntoma más característico. (13)

Para Juan Manuel Rocha Luna existen diversos tipos de manifestaciones que se consideran datos o signos de alarma

que hay que tener en mente para identificarlos oportunamente relacionados con el Síndrome de Burnout, para buscar ayuda y buscar una solución oportuna.

➤ **Negación y Aislamiento:** La persona afectada es la última en aceptar que tiene el problema, se aísla de familiares, colegas, amigos en respuesta a la crítica u opiniones que se tengan de ella/el.

➤ **Ansiedad y miedo:** Manifestado por una sensación persistente que tiene el profesional de que algo va a suceder sobre todo acontecimientos negativos, acompañado de un temor o sensación poderosa de angustia por ir al trabajo.

➤ **Fuga y adicciones:**

El personal de salud llega tarde al trabajo de manera injustificada y recurrente además muestra desinterés a este. Y comienza o aumenta el consumo de sustancias simples como tabaco o alcohol percibidas por el afectado como una puerta de salida al problema.

➤ **Cambios en la personalidad y culpabilidad:**

Se presenta como la incapacidad para confiar en el individuo mismo, y el enfermero/a siente que la actividad que desarrolla es un castigo o por el contrario tiene un sentimiento exagerado de ser indispensable en el trabajo.

➤ **Cargas excesivas de trabajo y comportamiento riesgoso:**

Las cargas excesivas de trabajo implican aceptar varios turnos o pasar mucho tiempo de más en el hospital para comprobar que todo está bien otra manifestación de auto negación del padecimiento, por otro lado el comportamiento riesgoso implica una conducta no característica en la persona, que puede ser desde un acto vergonzoso, inapropiado, impulsivo, o de carácter mayor como sexual o peligroso.

➤ **Perdida de la memoria y desorganización:**

Existe la dificultad para concentrarse y aprender, no se pueden recordar eventos importantes familiares y laborales, acompañados de trastornos del sueño.

2.1.10 Fases del Síndrome Burnout

○ **Cansancio o agotamiento emocional.**

El cansancio o agotamiento emocional constituye la primera fase del proceso, caracterizado por una pérdida progresiva de las energías vitales y una desproporción creciente entre el trabajo realizado y el cansancio que se experimenta. En esta etapa el individuo afectado se vuelve más irritable, aparece la queja constante por la cantidad de trabajo realizado y se pierde la capacidad de disfrutar las tareas.

○ **Despersonalización**

La despersonalización es un modo de responder a los sentimientos de impotencia, indefensión y desesperanza emocional. En lugar de expresar estos sentimientos y resolver los

motivos que lo originan, el individuo muestra una fachada hiperactiva que incrementa su sensación de agotamiento, en esta fase se alterna la depresión y la hostilidad hacia el medio.

○ **Abandono de la realización personal**

El abandono de la realización personal consiste en el progresivo retiro de todas las actividades que no sean las laborales vinculadas con las actividades que generan el estrés crónico. En esta etapa hay pérdida de ideales y un creciente apartamiento de actividades familiares, sociales y recreativas, creando una especie de autorreclusión.

A una persona con estas características, los demás comienzan a percibirlo como una especie de fanático depresivo y hostil

2.1.11. Estadios de Evolución de la Enfermedad

• **Leve**

Los afectados por el Burnout presentan síntomas físicos vagos e inespecíficos como cefaleas, dolores de espalda, etc., y el afectado se vuelve poco operativo.

• **Moderada**

Aparece el insomnio, déficit de atención, falta de concentración y la tendencia a la automedicación.

• **Grave**

En esta etapa se presentan mayor ausentismo, aversión por las tareas, cinismo, abuso del alcohol y consumo de psicofármacos.

2.1.12 Efectos del síndrome Burnout

Las áreas afectadas por el síndrome son en el área profesional, el ámbito familiar y el personal.(59)

El entorno laboral, en donde se desenvuelven, concretamente en el área de la salud, presenta características especiales y novedosas que nos orillan a buscar la manera de adecuarnos profesionalmente al mismo.

Existen diferentes factores que lo condicionan, actualmente son:

- * Nuevas demandas asistenciales.
- * Ambigüedad del rol profesional.
- * Crisis del sistema.
- * Falta de motivación.
- * Nuevos sistemas de gestión.
- * Introducción de elementos de competitividad.

Por ello aludiremos a la persona, el profesional de servicios y especialmente al profesional de la salud , para que conozca de manera suficiente las características del Síndrome de Burnout y la depresión como las técnicas para la prevención y afrontamiento del mismo.

2.1.13 Medidas preventivas y terapéuticas en el Síndrome de Burnout:

Debido a que se ha observado un aumento en la incidencia de este síndrome en personas que se dedican a la intervención social (profesionales de la

salud, docentes médicos y no médicos, trabajadores sociales, etc.), y al creciente riesgo que existe por el contexto cultural social y económico en el que se desenvuelven, se han planificado mecanismos de prevención, que según House los tipos de apoyo son(16):

- 1) **Apoyo emocional:** relacionado con el afecto, confianza y preocupación que un individuo experimenta proveniente de otro.
- 2) **Apoyo instrumental:** que son los recursos materiales económicos o de servicio con los que cuenta el profesional.
- 3) **Apoyo informativo:** que la permite a un sujeto conocer una situación y poseer unos instrumentos para afrontarlo.
- 4) **Apoyo evaluativo:** que es un feed-back de las acciones que el profesional va emprendiendo y le permite procesar su efectividad.

Por otro lado el Dr. Horacio Cairo propone 10 puntos claves en la prevención del Burnout también mencionados por el autor Hamson WDA en su obra *Stress and Burnout in the Human Services Professions*(61)(14)

- 1.-Proceso personal de adaptación de expectativa a la realidad cotidiana.
- 2- Formación en las emociones.
- 3- Equilibrio de áreas vitales: familia, amigos, aficiones, descansos y trabajo.
- 4- Fomento de buena atmósfera de equipo: espacios comunes, objetivos comunes.
- 5- Limitar a un máximo la agenda asistencial.
- 6- Tiempo adecuado por pacientes: 10 min. de media como mínimo.
- 7- Minimizar la burocracia con mejora en la disponibilidad de recursos materiales de capacitación y mejorando la remuneración.
- 8- Formación continuada reglada dentro de la jornada aboral.

- 9- Coordinación con los colegas que ejercen la misma especialidad, espacios comunes, objetos compartidos.
- 10- Diálogo efectivo con las gerencias

2.1.13.1 Tratamiento farmacológico del síndrome de Burnout

- **Ansiolíticos**

La primera cuestión que debemos plantear es si el “estrés” debe considerarse o no una enfermedad y si ella misma requiere un tratamiento farmacológico y correlacionar ello mismo al Burnout. Desde el punto de vista práctico, resulta evidente que las situaciones de estrés y Burnout descritas generan modelos de conducta anómala o patológica ya que dan lugar a incapacidad y sufrimiento. Aceptado lo anterior; la siguiente cuestión es que aunque no existen tratamientos oficialmente indicados para el estrés o Burnout existen ya fenómenos de automedicación ya que comienzan a consumir drogas para sedarse como el alcohol o para solucionar el agotamiento como la cafeína, remedios caseros, reconstituyente u homeopáticos.

Muchas personas con estrés y Burnout perciben en primer lugar niveles elevados de ansiedad lo cual implica el uso de 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 produce sedación e imposibilidad de realizar tareas cotidianas. Siendo lo más habitual que se usen sin un plan, sin orden y a dosis

insuficientes. La dosis y tiempos insuficientes no permiten alcanzar un correcto efecto ansiolítico y por el contrario merman la seguridad del paciente e incrementa la desconfianza en los fármacos asociándose complicaciones de la ansiedad mal tratada, como depresiones, complicaciones somáticas, mas morbilidad cardiovascular y 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 se indica sobre todo en las etapas de crisis y riesgo (estrés agudo e intenso) cuando la incertidumbre, la inestabilidad o las exigencias sociales son predominantes.

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

- **Antidepresivos**

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. En efecto el comportamiento de una persona con este síndrome es muy parecido al de una “Depresión Crónica”; así es lógico pensar que se piense en la utilización de antidepresivos para el tratamiento de Burnout.

Primero señalaremos que la utilización de antidepresivos para el tratamiento del estrés crónico es una recomendación razonable “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 con los ansiolíticos y estabilizadores de la respuesta al estrés a largo plazo.(32)

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 practique medidas higiénico-dietéticas saludables, su respuesta es nunca “tiene tiempo para ello” y a veces el paso previo para que el paciente se recupere es la psicoterapia.

3 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

3.1 NIVEL NACIONAL

CONTRERAS DELGADO, Ligia Raquel. “Asociación Entre el síndrome de Burnout y satisfacción laboral, en el personal asistencial del hospital Goyeneche de Arequipa, Enero – Febrero 2009” Trabajo de Tesis para optar el título de Médico Cirujano de la UCSM

El objetivo del presente consiste en determinar la asociación entre el síndrome de Burnout y la satisfacción personal en el personal asistencial del hospital Goyeneche de Arequipa, Enero - Febrero 2009, Donde luego de aplicar la evaluación de Maslach Burnout Inventory (MBI) se llegó a las siguientes conclusiones: La prevalencia del síndrome de Burnout en los profesionales de la salud (Médicos y Enfermeras) del hospital Goyeneche de Arequipa durante el mes de Enero-Febrero 2009, es de un 22.5%; la frecuencia de insatisfacción laboral de los profesionales de la salud (Médicos y Enfermeras) del hospital Goyeneche de Arequipa durante el mes de Enero-Febrero 2009, es de un 57.8%; la asociación entre la satisfacción laboral y el síndrome de Burnout en los profesionales de la salud (Médicos y Enfermeras) del hospital Goyeneche de Arequipa durante el mes de Enero-Febrero 2009, fue estadísticamente altamente significativo ($p < 0.01$).

HUERTA RIVERA, Ebalis. “Prevalencia del Síndrome Burnout y factores asociados en los médicos y enfermeras del Hospital Antonio

Lorena del Cusco – 2007” Trabajo de Tesis para optar el título de Médico Cirujano de la UCSM

El Objetivo de ese trabajo consistió en determinar la prevalencia del Síndrome de Burnout y sus factores asociados en el personal de salud médico y enfermeras del hospital Antonio Lorena del Cusco. Donde luego de aplicar la evaluación de Maslach Burnout Inventory (MBI) se encontró lo siguiente: que la prevalencia de alto cansancio emocional en los profesionales es del 32.2%; la despersonalización se encontró en un alto nivel en el 65% y la baja realización personal en el 51.1%. Todo esto llevo a determinar que en un 43.3% presenta el Síndrome de Burnout. Los factores asociados para el Síndrome de Burnout en los profesionales de la salud (médicos y enfermeras) en orden de importancia son: donde: El de mayor riesgo es el estar realizando el servicio asistencial como profesional por más de 15 años; luego los que tienen menos de 10 horas de esparcimiento, con 45 años de edad o más, que viven solos con inseguridad con respecto al trabajo, los profesionales que trabajan con 50 horas semanales o mas en el hospital, sin nombramiento, los profesionales casados de sexo masculino y de profesión médicos.

LINARES CARPIO, Milagros Cecilia. “Factores epidemiológicos asociados a la prevalencia de agotamiento laboral crónico (Burnout) en enfermeras del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa. 2007 Trabajo de Tesis para optar el título de Médico Cirujano de la UCSM

El objetivo de este trabajo ha sido establecer los factores epidemiológicos asociados a la prevalencia del Síndrome de Agotamiento Laboral Crónico en Enfermeras del Hospital Honorio Delgado Espinoza Arequipa. Se aplicó la evaluación de Maslach Burnout Inventory (MBI) se encontró lo siguiente: de un total de 84 enfermeras la frecuencia total de síndrome de agotamiento laboral crónico fue del 28.57% de la población estudiada (24 casos), siendo la más alta frecuencia en el servicio de cirugía y gineco obstetricia (áreas

quirúrgicas); ya que ambos servicios hacen el 70.83% (2/3), de la frecuencia total; las cuales presentan asociación con factor edad se encuentra entre las edades de 35-44 años, el estado civil predominantemente casada, con el factor de estado nutricional fue en las enfermeras con peso normal y en procedencia no migrantes.

FLORES SENMACHE, Tatiana “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 Bournout. 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. 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 Síndrome.

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 públicas.

ARAUCO PÉREZ, Guísela Verónica “Síndrome de Burnout en enfermeras del Hospital Nacional Especializado “Víctor Larco Herrera” 2007;

En este trabajo el objetivo fue determinar la prevalencia del Síndrome de Bournout se determinó el nivel de síndrome de Burnout. Se aplicó la evaluación de Maslach Burnout Inventory (MBI) se llegó a la conclusión que existe la presencia del Síndrome de Burnout en las enfermeras del Hospital Nacional Especializado “Víctor Larco Herrera”, en la dimensión de Agotamiento Emocional, la Despersonalización y Realización personal. La población está conformada por un total de 64 enfermeras de Hospital de Salud Mental y Psiquiatría “Víctor Larco Herrera”. Donde se concluyó también que un 53.1 % presentan nivel medio del síndrome de Burnout y un 26.6 % un nivel bajo, sin embargo existe un 20.3 % con un nivel alto. Así mismo la mayoría de las enfermeras presentaban un nivel medio de agotamiento emocional y realización personal y un nivel bajo respecto a despersonalización.

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”.

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 personal.

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

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 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 vive.

3.2 NIVEL INTERNACIONAL

CÁCERES BERMEJO, Gloria Gema “Prevalencia del Síndrome de Burnout en personal sanitario militar”. Tesis Doctoral Universidad Complutense de Madrid, España 2006.

Objetivo conocer la prevalencia del síndrome de burnout y de sus tres dimensiones (cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal) en personal militar, médicos y enfermeros, destinados en

Unidades, Centros y Organismos de la Comunidad Autónoma de Madrid. Identificar las características sociodemográficas y laborales que se asocian con dicho síndrome. Para la recogida de los datos se ha entregado un sobre a cada participante, en el que se han adjuntado dos cuestionarios autoadministrados: el Maslach Burnout Inventory (MBI) y el cuestionario de variables sociodemográficas y laborales, así como una carta de presentación. Un 59% de los sanitarios militares tiene niveles altos de Burnout. Y un 23% niveles medios de este síndrome. Aparecen niveles altos de cansancio emocional en un 39% de los profesionales, y de despersonalización y falta de realización personal en un 35%, respectivamente. El perfil del sanitario militar con Burnout es un profesional menor de 35 años, enfermero, destinado en Unidades, Centros u Organismos del Ejército de Tierra, Aire o Armada y con menos de 5 años de antigüedad en su destino actual. Aparecen como factores de protección tener un trabajo extrahospitalario, atender entre 10 y 20 enfermos/día y tener menos de 15 años de antigüedad en la profesión. No encontramos diferencias estadísticamente significativas con el Burnout y sus dimensiones entre los profesionales que ejercen un trabajo intra y extrahospitalario. Los niveles encontrados de Burnout y sus escalas son similares al de otros estudios realizados en médicos y enfermeros civiles, y no existen importantes diferencias en cuanto a las variables sociodemográficas y laborales asociadas con el mismo.

ARAGÓN PAREDES, Maria Brunilda; “Síndrome de Burnout en médicos y personal de enfermería del Hospital Escuela “Oscar Danilo Rosales Argüello”, León, 2007. Trabajo de investigación Presentado en Universitas, Volumen 2, Número 2, 2008

Se realizó un estudio de corte transversal para estudiar la presencia del síndrome de Burnout en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello (HEODRA) de la ciudad de León, Nicaragua, en el año 2007. La población de estudio estuvo constituida por un total de 65 médicos y 100 del personal de enfermería. Se presentaron el doble de casos en el personal de enfermería

que en los médicos. La dinámica de trabajo fue el factor más percibido como desfavorable. La relación antigüedad laboral-casos tuvo comportamiento inverso, entre el personal de enfermería, a más años labores más casos, y lo contrario entre los médicos. La mayor parte de casos son jóvenes y se encuentran casados. Los casos predominantes en el personal de enfermería fueron del sexo femenino, en los médicos fue el masculino. Se presentaron el doble de casos con síndrome de Burnout en el personal de enfermería que en los médicos que laboran en el Hospital. Los médicos no presentaron niveles altos de Burnout a diferencias del personal de enfermería que si lo presenta. En las características organizacionales la variable que en su mayor porcentaje es percibida como desfavorable (contribuye al síndrome) tanto en médicos como el personal de enfermería, es la dinámica de trabajo. En el personal de enfermería el sexo que predominó con síndrome de Burnout fue el sexo femenino a diferencias de los médicos que fue el sexo masculino. Tanto en médicos como en el personal de enfermería en la mayor parte las personas que tienen síndrome de Burnout se encuentran casados. En el personal de enfermería y en los médicos las personas más jóvenes son las que más presentan el síndrome de Burnout. Los médicos que tienen menos años de laboral presentan síndrome de Burnout a diferencias del personal de enfermería, donde el fenómeno es inverso ya que a más años labores más presentan el síndrome.

Arias Galicia, F; “Un estudio de agotamiento (Burnout) profesional en el personal de salud en el estado de Morelos” Primera Reunión de las Américas en Investigación sobre Factores Psicosociales, Octubre de 2006. Cuernavaca, Morelos - México

El objetivo es determinar el grado de agotamiento profesional en una muestra de trabajadores de la salud, así como el peso relativo de los factores personales, sociales y organizacionales sobre dicho agotamiento, con miras a sugerir medidas preventivas y curativas para incrementar la calidad de vida tanto de los trabajadores, familia y pacientes. La muestra de estudio estuvo

conformada por 142 trabajadores de una institución de salud de tercer nivel en el estado de Morelos a quienes se aplicaron los siguientes instrumentos: Inventario de Burnout, diseñados por Maslach, Jackson y Leiter (1996), Q-LABORS. (Casas, Repullo, Lorenzo y Cañas, 2002), diseñada específicamente para evaluar la calidad de vida y datos demográficos: edad, escolaridad, puesto, tipo de contratación, experiencia laboral, sexo, etc. Los resultados fueron: Se encontraron correlaciones positivas entre el desgaste emocional y el estrés, la despersonalización, la carencia de logro y la búsqueda de otro empleo. Por el contrario se presentaron correlaciones negativas con factores organizacionales, indicando que a mayor agotamiento emocional disminuye el compromiso organizacional, el apoyo organizacional percibido, la satisfacción con el trabajo, con el superior inmediato, con el horario, con los compañeros y el salario. Apareciendo también un deterioro de la salud. También podemos señalar que el médico se encuentra más satisfecho con la vida, con la relación con sus pacientes y menos satisfecho con el salario; el personal de enfermería tiene poca satisfacción con la vida; los auxiliares de servicios generales no están satisfechos con la relación con su superior inmediato ni con la suficiencia de materiales para efectuar su trabajo; el personal de radiología y laboratorio es el más satisfecho con la relación con su superior inmediato y el personal administrativo es el que menos satisfacción tiene en la relación con los pacientes

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 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 años.

Olmedo Montes, M. “Variables Demográficas, Laborales y Burnout”. Congreso Universitario de Psicología y Logopedia 30 NOVIEMBRE - 2 DICIEMBRE, 2005 Facultad de Psicología. Universidad de Málaga. (España).

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 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%).

4 OBJETIVOS.

- Determinar las características epidemiológicas del personal de salud del Hogar Clínica San Juan de Dios.
- Determinar el riesgo del Síndrome de Burnout que presenta el personal profesional de salud del Hogar Clínica San Juan de Dios.
- Identificar la relación entre los factores epidemiológicos y el riesgo del síndrome de Burnout por la escala de Maslach en los trabajadores de salud del Hogar Clínica San Juan de Dios.

5 HIPOTESIS.

Dado que el riesgo y factores epidemiológicos del Síndrome de Burnout se presenta en actividades laborales de alto esfuerzo intelectual y físico es probable que encontremos una determinada prevalencia y relación en los trabajadores de salud del Hogar Clínica San Juan de Dios.

III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL.

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1. Técnicas:

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

1.2. Instrumentos

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS Y ESCALA DE MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI)

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.

Grados de Intensidad:

Versión de 5 ítems
1=Nunca
2=Algunas veces al año
3=Algunas veces al mes
4=Algunas veces a la semana
5=Diariamente

Correlación = 0.95

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".(42)(22)

1.3. Materiales de Verificación

- Material de escritorio
- PC Pentium IV
- Impresora
- Sistema operativo Windows Vista
- Procesador de texto Word 2007
- Soporte estadístico SPSS 15.0 for Windows

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ubicación espacial

Hogar Clínica San Juan de Dios Arequipa

2.2. Ubicación temporal

Se trata de una investigación trasversal, debido a que los datos se tomarán luego de la aprobación del presente estudio (ver cronograma).

2.3. Unidades de estudio

Es el personal de salud profesional del. Hogar Clínica San Juan de Dios

2.3.1. Población

Está conformada por 25 médicos de emergencia, 269 médicos especialistas, 61 enfermeras, 3 obstétricas y 5 psicólogos del Hogar Clínica San Juan de Dios, los cuales tienen labor asistencial directa con los pacientes.

Procedimiento de muestreo

Se tomará la totalidad de profesionales médicos con excepción de los que se encuentren en el criterio de exclusión.

2.4 Criterios de selección

Criterios de Inclusión

- Médicos, enfermeras, psicólogos y obstetras del Hogar Clínica San Juan de Dios que vienen laborando en la institución

Criterios de exclusión

- Profesionales que laboran a nivel administrativo o dedicado a actividades preventivo-promocionales del Hogar Clínica San Juan de Dios
- Profesionales que no se encuentren laborando en el Hogar Clínica San Juan de Dios ya sea por motivo de permiso, suspensión, vacaciones o que su frecuencia de asistencia sea mínima (menos de 5 veces al mes).

3. Estrategia de Recolección de Datos

3.1. Organización

Planteamiento y permiso del Director del Hogar Clínica San Juan de Dios
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:

Bachiller en Medicina
Willy Robert Zavala Morán

Grupo Recolector de datos:

Bachiller en Medicina
Willy Robert Zavala Morán

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. Salud Publica Mex 2002;44:33-40. El texto completo en inglés de este artículo está disponible en:

<http://www.insp.mx/salud/index.html> (27)

3.4. Criterios para el manejo de los resultados

3.4.1. A nivel de recolección

Se realizará la encuesta a todo el personal de salud profesional del Hogar Clínica San Juan de Dios. Se utilizarán Cuestionarios Autoadministrados, los cuales serán respondidos en forma voluntaria, personal, confidencial y anónima en el hospital, durante el mes de febrero del 2013. Procederemos 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 se procesará por medio del programa de Microsoft Office Excel 2007 y los paquetes estadísticos: SPSS versión 15.0 en español para Windows y Minitab versión 14 para Windows en inglés.

El plan de análisis consistirá en buscar asociación no causal entre el síndrome Burnout y cada uno de los factores asociados, para lo cual se utilizará el modelo multivariado de regresión logística, para un nivel de confianza del 95% y un límite de error del 5%. Se establecerá el perfil del profesional médico y de enfermería que está en riesgo de padecer el síndrome Burnout. Para ello se transformarán los coeficientes de regresión logística de cada variable en razón de productos cruzados (Odds Ratio). La prevalencia del síndrome Burnout se obtendrá dividiendo el número de médicos y enfermeras que presenten el síndrome Burnout entre la población total de médicos y enfermeras, respectivamente.

3.4.3. A nivel de estudio de datos

Los resultados se presentarán en cuadros estadísticos de frecuencias y porcentajes categorizados. Se utilizará la media, la mediana y la desviación estándar para variables continuas; así como los valores mínimos y máximos. Se utilizará el Odds Ratio para establecer el factor de riesgo entre el Burnout y cada una de las variables sociodemográficas. Se presentarán los resultados de la regresión logística y correlación parcial entre la variable Burnout y las demás variables intervinientes.

IV. CRONOGRAMA DE TRABAJO

Secuencia de Actividades de acuerdo al cronograma de Gantt

ACTIVIDADES	ENERO				FEBRERO				MARZO			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Formulación proyecto de tesis	x	x										
Gestión del proyecto			x									
Coordinación Hospital				x	x							
Revisión de instrumentos						x						
Tabulación de datos							x					
Análisis de información							x					
Elaboración de la Tesis								x	x			
Gestión de la Tesis										x		
Sustentación											x	