

Universidad Católica de Santa María

Facultad de Obstetricia y Puericultura



Relación entre las características epidemiológicas y Síndrome de Burnout en médicos y obstetras - Servicio de Gineco-Obstetricia - Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza. Arequipa. 2015

Tesis presentada por:

Bach: Minaya Tejada, Viviana Carolina

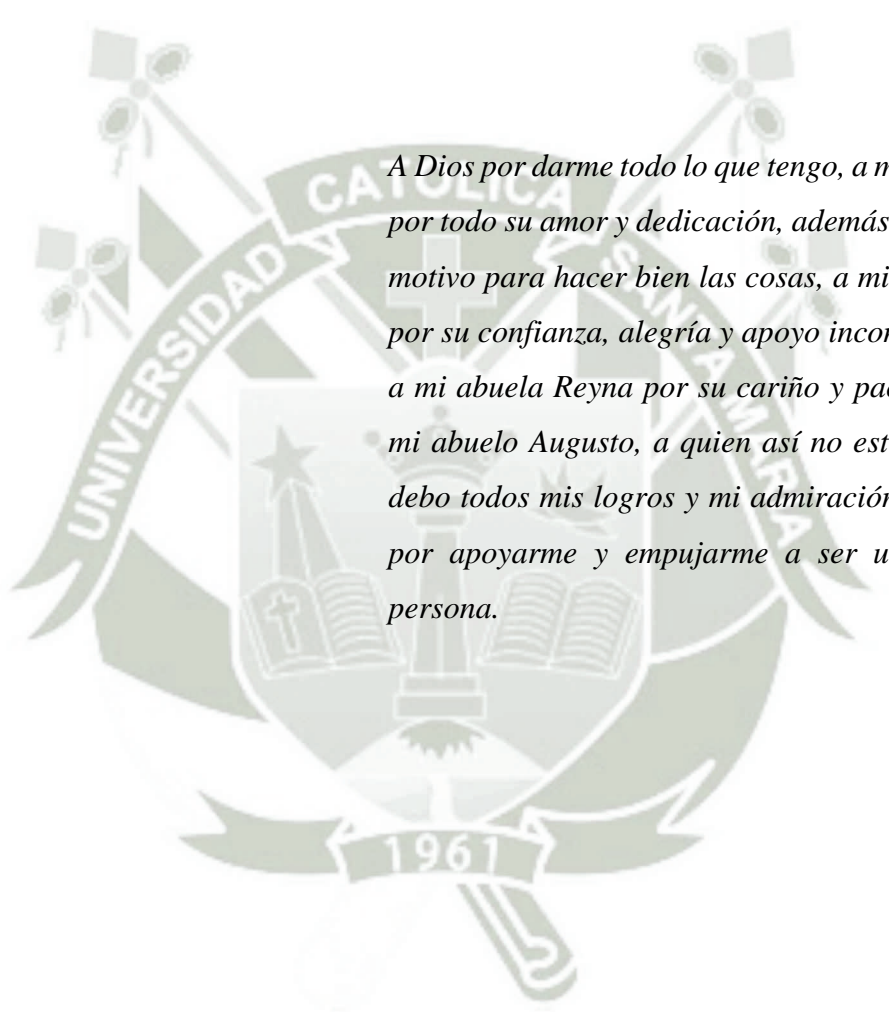
Bach: Zárate Velásquez, Jasmin Elisabeth

para optar el Título Profesional de:

Licenciadas en Obstetricia

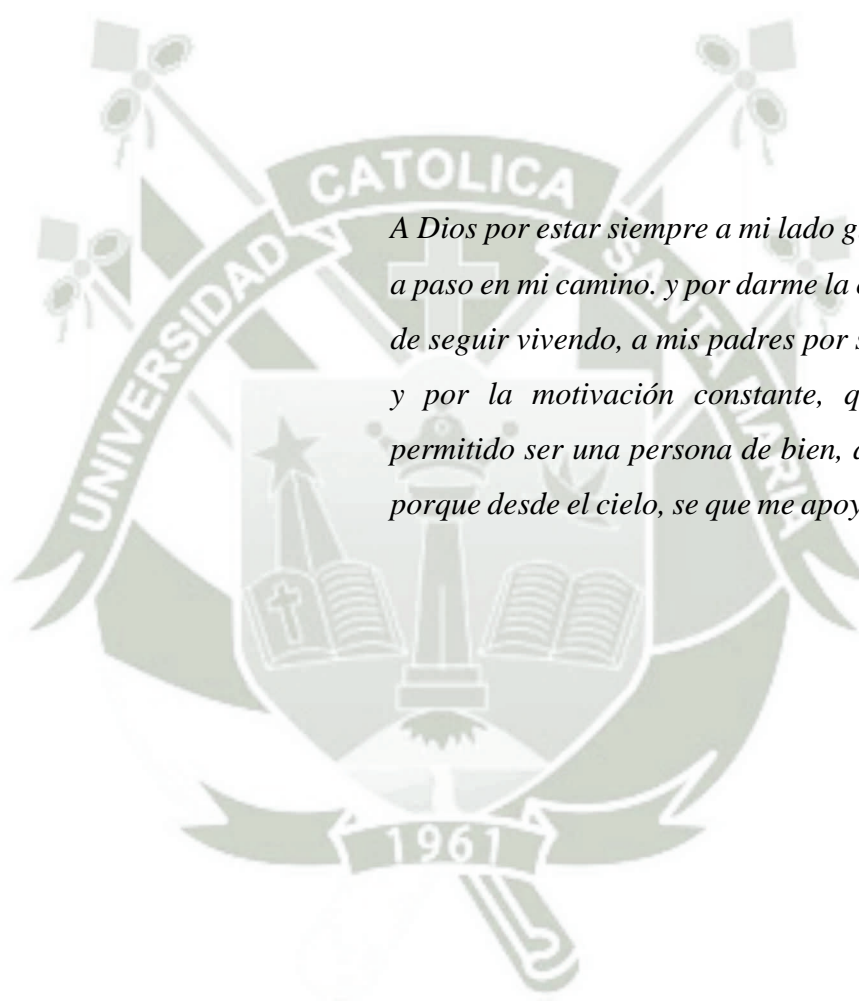
Arequipa - Perú

2015



A Dios por darme todo lo que tengo, a mis padres por todo su amor y dedicación, además de ser mi motivo para hacer bien las cosas, a mi hermana por su confianza, alegría y apoyo incondicional, a mi abuela Reyna por su cariño y paciencia, a mi abuelo Augusto, a quien así no este aquí, le debo todos mis logros y mi admiración y a Luis por apoyarme y empujarme a ser una mejor persona.

- Viviana



A Dios por estar siempre a mi lado guiando paso a paso en mi camino. y por darme la oportunidad de seguir viviendo, a mis padres por sus consejos y por la motivación constante, que me han permitido ser una persona de bien, a mi abuela, porque desde el cielo, se que me apoya y me guía.

- Jasmin



El secreto de la salud mental y física no es llorar por el pasado, preocuparse por el futuro o anticipar problemas, sino vivir en el momento presente sabiamente.

-Buddha.

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	5
ABSTRACT.....	6
INTRODUCCIÓN	7
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO TEÓRICO	8
CAPÍTULO II: PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	54
CAPÍTULO III: RESULTADOS.....	59
CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN Y COMENTARIOS	84
CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	88
BIBLIOGRAFÍA	91
ANEXOS	93
Anexo 1: Escala de Maslach	94
Anexo 2: Características epidemiológicas	95
Anexo 3: Consentimiento informado	96
Anexo 4: Autorización y permiso	97
Anexo 5: Matriz de datos	99

RESUMEN

Objetivo: Determinar la prevalencia de Síndrome de Burnout en médicos y obstetras del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza. Arequipa. 2015 y su relación con sus características epidemiológicas.

Material y Métodos: Se aplicó a todo el personal del Servicio de Gineco-Obstetricia, que cumplió con los criterios de selección, una ficha de datos epidemiológicos y el Inventario de Burnout de Maslach(MBI). Se relacionaron los resultados mediante prueba chi cuadrado.

Resultados: Se encuestaron 49 trabajadores; la edad promedio fue de 49.04 ± 8.69 años (rango: 30-65 años); 61.22%, mujeres y 38.78% varones, siendo la mayoría casados (69.39%) con 20.41% de solteros. El 51.02% eran obstetras y 48.98% médicos. El tiempo de servicio promedio fue de 20.84 ± 9.35 años (rango: 4 – 37 años). Se encontraron síntomas de Burnout como cansancio emocional en niveles altos en 6.12% de trabajadores, despersonalización alta en 16.33% y baja realización personal en 14.29% de casos; cumplieron los criterios de tres síntomas de Burnout el 2.04% de casos, hubo al menos dos síntomas en 4.08%, un síntoma en 65.31% y ningún síntoma en niveles altos en 28.57% de casos.

No se encontró relación entre las características epidemiológicas evaluadas y los síntomas de Burnout ($p > 0.05$).

Se concluye que la prevalencia de Burnout entre médicos y obstetras del Servicio de Ginecología y Obstetricia es baja y no se asocia con características epidemiológicas de los trabajadores.

PALABRAS CLAVE: Burnout – características epidemiológicas – obstetras – médicos.

ABSTRACT

Objective: Find the prevalence of burnout in physicians and obstetricians Obstetrics and Gynecology Service of the Regional Hospital Honorio Delgado Espinoza. Arequipa. 2015 and its relation to its epidemiological characteristics.

Material and methods It was applied to all staff of Obstetrics and Gynecology Service that met selection criteria a tab of epidemiological data and the Maslach Burnout Inventory (MBI). Results are related by chi square test.

Results: A total of 49 workers were surveyed; the average age was 49.04 ± 8.69 years (range: 30-65 years); 61.22% female and 38.78% male, with the majority married (69.39%) with 20.41% of singles. The obstetricians were 51.02% and 48.98% physicians. The average service time was 20.84 ± 9.35 years (range 4-37 years). Symptoms of burnout were found as emotional exhaustion at high levels in workers 6.12%, 16.33% high depersonalization and low personal accomplishment in 14.29% of cases; met the criteria of three symptoms of burnout 2.04% of cases, there were at least two symptoms at 4.08%, a symptom in 65.31% and no symptoms at high levels in 28.57% of cases.

No relationship between the epidemiological characteristics evaluated and symptoms of burnout ($p > 0.05$).

We conclude that the prevalence of burnout among physicians and obstetricians of Gynecology and Obstetrics is low and is not associated with epidemiological characteristics of workers.

KEY WORDS: Burnout - epidemiology - gynecologists - physicians.

INTRODUCCIÓN

El término de *burnout* fue descrito por primera vez por Herbert Freudenberger en 1974, al observar cambios actitudinales y de desempeño laboral, en trabajadores de una clínica de desintoxicación, llegando a la conclusión que causa alteraciones en la salud de la persona, tanto a nivel físico, conductual y cognitivo.

En la actualidad este síndrome viene logrando mayor interés en los centros de trabajo, especialmente en aquellos donde los profesionales se vean estrechamente ligados con los pacientes, agregado a las largas jornadas de trabajo, bajas remuneraciones, problemas de entorno familiar, así como social, entre otros.

Dado a que el *burnout* es un problema de salud pública y viene en ascenso, es bueno identificarlo oportunamente para así evitar y prevenir sus consecuencias, las cuales conllevan a una serie de alteraciones en el comportamiento del profesional, causando una brecha en el vínculo con los pacientes, compañeros de trabajo, así también, como la familia y amigos. Es por ello que en este trabajo de investigación, buscamos establecer la relación que el *burnout* tiene con las diferentes características epidemiológicas del profesional que labora en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza.



CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. Problema de investigación

1.1. Enunciado del Problema

Relación entre las características epidemiológicas y Síndrome de Burnout en médicos y obstetras del Servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza. Arequipa. 2015.

1.2. Descripción del Problema

a) Área del conocimiento

- Campo : Ciencias de la Salud
- Área general : Medicina Humana
- Área específica : Salud Mental
- Línea : Síndrome de Burnout

b) Operacionalización de Variables

VARIABLE INDEPENDIENTE	INDICADORES	VALORES O CATEGORÍAS	SUBINDICADOR
Características epidemiológicas	Edad	Años cronológicos	
	Sexo	Masculino	
		Femenino	
	Estado civil	Soltero	
		Casado	
		Conviviente	
		Separado	
		Divorciado	
	Tipo de profesional de la salud	Médico Asistente	
		Obstetra	
Tiempo de servicio	Años cronológicos		
VARIABLE DEPENDIENTE	INDICADORES	VALORES O CATEGORÍAS	SUBINDICADOR
Síndrome de Burnout	Prevalencia	Número de casos	
	Síntomas del Síndrome de Burnout	Cansancio o agotamiento emocional	27 o más: nivel alto
			19-26: nivel medio
			<19: nivel bajo
	Síntomas del Síndrome de Burnout	Despersonalización	>10: nivel alto
			6-9: nivel medio
			<6: nivel bajo
	Síntomas del Síndrome de Burnout	Logro personal	>40: nivel alto
			34-39: nivel medio
			0-33: nivel bajo

Interrogantes básicas

- ¿Cuáles son las características epidemiológicas en médicos y obstetras del área de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en Julio del 2015?
- ¿Cuál es la prevalencia de casos de Síndrome de Burnout en médicos y obstetras del área de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en Julio del 2015?
- ¿Cuál es la frecuencia de síntomas del Síndrome de Burnout en médicos y obstetras del área de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en Julio del 2015?
- ¿Cuál es la relación entre las características epidemiológicas y la frecuencia de síntomas del Síndrome de Burnout en médicos y obstetras del área de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en Julio del 2015?

c) Tipo de Investigación

La presente investigación es un estudio transversal de campo.

d) Nivel de investigación.

Se trata de un estudio Relacional.

1.3. Justificación del problema

Originalidad: Esta es una investigación que no fue realizada antes en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado, por lo cual es un trabajo de tesis original; el mismo que dará un aporte significativo al conocimiento del Síndrome de Burnout en el profesional Médico y de Obstetricia, en el servicio anteriormente mencionado.

Relevancia científica: Conocer la frecuencia del Síndrome de Burnout en el profesional Médico y de Obstetricia en el Hospital Regional Honorio Delgado, ya que no existen antecedentes de estudios del tema en esta área y asimismo conocer cuánto puede afectar al personal de salud.

Utilidad metodológica: Ésta investigación contribuirá a conseguir ambientes laborales más saludables y llevaderos, gracias a la aplicación de instrumentos ya validados; logrando así una mejora en la calidad de atención a las pacientes.

Práctica social: El estudio nos permitirá plantear soluciones de manera oportuna y eficaz, pudiendo así evitar las repercusiones que el Síndrome de Burnout puede conllevar; brindando servicios de calidad cubriendo las necesidades y expectativas del usuario.

Interés personal: El estudio nos serviría no solo de punto de partida para posteriores investigaciones; sino también conocer y reconocer la signología y sintomatología del Síndrome de Burnout, para poder prevenirlos, detenerlos e incluso revertirlos para un mejor desempeño laboral en beneficio no solo de la persona; sino también la de los pacientes , a los cuales atienden.

Finalmente la institución se verá favorecida por la imagen que se perciba tanto del personal de salud como de los mismos usuarios, produciendo un impacto favorable para el cambio.

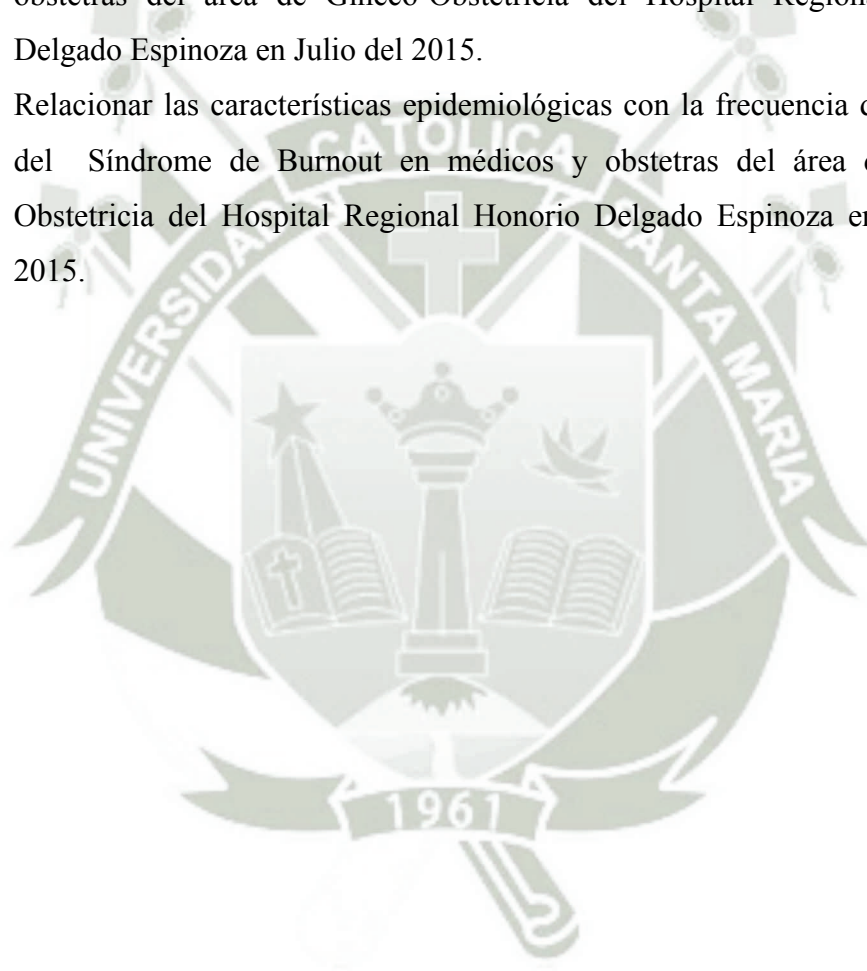
Contribución con el conocimiento: Dado que este síndrome es prevenible, es muy importante disponer de datos sobre la frecuencia de sus síntomas en este colectivo para poder elaborar planes de prevención, pudiendo así identificar precozmente, la predisposición, el padecimiento, el progreso y las posibles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

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



1.4. Objetivos.

- 1) Determinar las características epidemiológicas en médicos y obstetras del área de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en Julio del 2015.
- 2) Establecer la prevalencia de casos de Síndrome de Burnout en médicos y obstetras del área de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en Julio del 2015.
- 3) Determinar la frecuencia de síntomas del Síndrome de Burnout en médicos y obstetras del área de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en Julio del 2015.
- 4) Relacionar las características epidemiológicas con la frecuencia de síntomas del Síndrome de Burnout en médicos y obstetras del área de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en Junio del 2015.



2. MARCO TEÓRICO

2.1. MARCO CONCEPTUAL

2.1.1. SALUD MENTAL Y TRABAJO.

Hay muchas opiniones acerca de los componentes y procesos de la salud mental. Es un concepto muy cargado de valor, y no es probable que se llegue a una definición unánime de él. Al igual que el concepto, fuertemente asociado, de “estrés”, la salud mental se define como:

- Un estado: por ejemplo, un estado de bienestar psicológico y social total de un individuo en un entorno sociocultural dado, indicativo de estados de ánimo y afectos positivos o negativos
- Un proceso indicativo de una conducta de afrontamiento: por ejemplo, luchar por conseguir la independencia, autonomía (ambos aspectos clave de la salud mental)
- El resultado de un proceso: un estado crónico debido a una confrontación aguda e intensa con un factor estresante, como sucede en el trastorno por estrés postraumático, o a la presencia continua de un factor estresante, no necesariamente intenso.

Son varios los motivos que demuestran la necesidad de prestar atención a los problemas de salud mental. En primer lugar, las estadísticas de varios países indican que son muchas las personas que abandonan su empleo por problemas de salud mental. Junto con los problemas musculoesqueléticos, los de la salud mental son responsables de alrededor de dos terceras partes de todas las bajas anuales de causa médica. La mala salud mental es también un problema de envergadura en otros países. Según el Health and Safety Executive Booklet, se ha calculado que entre el 30 y el 40 % del absentismo por enfermedad en el Reino Unido puede atribuirse a alguna forma de enfermedad mental.

En ese país, se ha calculado que uno de cada cinco miembros de la población activa sufre cada año alguna forma de enfermedad mental.¹

¹Stellman, Jeanne. Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo. España: Ministerio de trabajo y asuntos sociales; 2000, pp. 5.2.

2.1.2. **EL ESTRÉS Y EL AGOTAMIENTO, Y SUS IMPLICACIONES EN EL MEDIO AMBIENTE DE TRABAJO** *Herbert J. Freudenberger*

Las facetas afectivas y del estado de ánimo del trabajo son objeto de una preocupación cada vez mayor, a medida que el medio ambiente de trabajo se hace más complejo.

El estrés supone una interacción entre la persona y el medio ambiente de trabajo. Algo sucede en el campo laboral que plantea al individuo una demanda, obstáculo, exigencia u oportunidad de comportamiento y respuesta consiguiente. McGrath sugiere, además, que el estrés puede manifestarse de la siguiente forma: “Valoración cognitiva en la que el estrés experimentado subjetivamente depende de la percepción de la situación por la persona.

En esta categoría, en las respuestas emocional, fisiológica y del comportamiento influye significativamente la interpretación que hace la persona de la situación de estrés “objetiva” o “externa”.

Otro componente del estrés es la experiencia previa del individuo ante una situación similar y su respuesta empírica. A ello se asocia el factor de refuerzo, positivo o negativo, los éxitos o fracasos que pueden intervenir para reducir o aumentar, respectivamente, los niveles de estrés subjetivo experimentado.

El agotamiento es una forma de estrés. Es un proceso definido como una sensación de deterioro y cansancio progresivo con eventual pérdida completa de energía. También va acompañado a menudo por una falta de motivación, un sentimiento que sugiere “ya basta, no más”. Es una sobrecarga que tiende, a lo largo del tiempo, a afectar a las actitudes, al estado de ánimo y a la conducta general. Se trata de un proceso sutil, que se desarrolla lentamente y que a veces evoluciona por fases. Muchas veces no es percibido por la persona más afectada, que es la última en creer que el proceso se está produciendo.

MacLean (1986) ha estudiado con mayor detalle los factores de estrés laboral, como las condiciones de trabajos incómodos o inseguros, la sobrecarga cuantitativa o cualitativa, la ausencia de control sobre el proceso y el ritmo de trabajo, y también la monotonía y el aburrimiento.

Entre los factores de estrés más comunes se encuentran el divorcio o los problemas matrimoniales, junto a otros de carácter familiar agudos o crónicos, como la necesidad de cuidar de un pariente anciano o discapacitado. Podrían utilizarse sistemas informatizados de orientación profesional o equipos de simulación laboral (Krumboltz 1971). Los factores bioquímicos influyen en la personalidad, y los efectos de su equilibrio o desequilibrio en el estado de ánimo y en el comportamiento quedan claramente demostrados por los cambios de personalidad que aparecen durante la menstruación. Durante los últimos 25 años, se ha prestado gran atención a las catecolaminas suprarrenales, adrenalina y noradrenalina, y a otras aminas biógenas. Se han establecido relaciones entre estas sustancias y las sensaciones de miedo, ira y depresión (Barchas y cols. 1971).

Ninguna discusión sobre el agotamiento estaría completa sin una breve referencia al cambiante sistema familia-trabajo. Shellenberger, Hoffman y Gerson (1994) indicaron que “Las familias pugnan por sobrevivir en un mundo cada vez más complejo y desconcertante. Con más elecciones de las que pueden considerar, las personas intentan encontrar un equilibrio entre el trabajo, el ocio, el amor y la responsabilidad familiar”. Al mismo tiempo, los papeles de la mujer en el mundo laboral son cada vez más amplios.

Además del cambiante papel de varones y mujeres, la conservación de dos fuentes de ingresos obliga a veces a efectuar cambios en la vida cotidiana, como mudarse para ocupar un puesto de trabajo, desplazarse diariamente a larga distancia o vivir en lugares distintos. Todos estos factores pueden causar graves tensiones en las relaciones interpersonales y en el trabajo.

Como señaló Entin (1994), el aumento de la diferenciación del yo, ya sea en el seno de la familia o en la empresa, tiene una importante repercusión en la reducción del estrés, la ansiedad y el agotamiento. Las personas necesitan mayor control sobre sus propias vidas y tener la responsabilidad de sus acciones, y tanto los individuos como las empresas deben volver a estudiar sus sistemas de valores. Es preciso que se produzcan cambios espectaculares. Si no

prestamos atención a las estadísticas, es seguro que el agotamiento y el estrés seguirán siendo los grandes problemas que hoy son para toda la sociedad.²

2.1.3. DIFERENCIA ENTRE BURNOUT Y OTROS CONCEPTOS

Con el transcurrir de las casi cuatro décadas que lleva el estudio del síndrome en el mundo, se ha confundido con numerosos malestares, riesgos y enfermedades, tanto laborales como no laborales. Por ese motivo es importante aclarar la diferencia que existe con las otras entidades nosológicas en los siguientes apartados.

- **Diferencia entre estrés y burnout**

El burnout, es un efecto a largo plazo del estrés crónico y se da en trabajos que presentan un contacto personal agudo, donde el apoyo del profesional se vuelve imprescindible; dichas profesiones son principalmente las de la salud y el magisterio. En estas profesiones el desafío del profesionista es mantener una buena relación en donde existe acatamiento de las reglas que pone, esto implica un gasto importante de voluntad, atención constante y energía de reserva para responder a las demás, tanto de estímulos internos como externos. El gasto de fuerzas y la frustración cuando no se establece adecuadamente esta relación de cordialidad y acatamiento hacia la autoridad profesional se convierte en el origen del burnout. Por lo tanto, el burnout es la consecuencia del estrés, pero en periodos prolongados de tiempo, lo que genera un agotamiento emocional, falta de energía, distanciamiento y descaro hacia los destinatarios de los esfuerzos; así como sentimientos de incompetencia, deterioro de la propia valía, actitudes de rechazo hacia el trabajo, que a la vez pueden estar acompañadas de diversos síntomas psicológicos, como irritabilidad, ansiedad, tristeza y baja autoestima.³

Cuadro 1. Diferencias entre estrés y burnout.

² *Ibid.*, p.5.17.

³El-Sahili, Luis Felipe. Burnout profesional. Editorial Helénica; 2011, p.9.

Aspecto	Estrés	Burnout
Implicación en asuntos críticos	Excesiva	Casi ausente
Emotividad	Hiperactiva	Desgastada
Predominio del daño al organismo	Fisiológico	Emocional
Tipo de agotamiento	Físico	Físico, motivacional y emocional
Depresión	Se traduce en una forma de economizar la energía	Se traduce en una pérdida de ideales, no por ahorro energético

Fuente: El Sahili Gonzales (2011).

- **Diferencia entre depresión y burnout**

La proximidad entre estos dos términos ha suscitado muchas confusiones y polémicas desde sus inicios. Para algunos autores el burnout es una forma de depresión por agotamiento, mientras que para otros –como Freudenberger-, la depresión es una consecuencia de burnout, al que ve como un concepto más amplio. También muchas personas no especializadas piensan que la depresión es una especie de burnout o que el burnout es una especie de depresión, lo que los lleva a hacer un uso indistinto de los términos. El problema con estas opiniones radica en que se focalizan en la percepción de que ambos conceptos se originan en el estrés crónico; pero como se verá, la depresión y el burnout docente no tienen el mismo origen, no siguen el mismo desarrollo, ni producen las mismas consecuencias. Por ejemplo, el burnout no se suele manifestar en la vida familiar del trabajador ni lo hace alimentar sentimientos negativos en ese contexto; a la inversa, puede haber personas deprimidas que la única satisfacción que experimenten provenga de su trabajo. A continuación se analizan más a fondo sus diferencias.

En primer lugar, de las tres dimensiones del burnout, agotamiento emocional, baja realización personal y cinismo, la depresión no se relaciona

con el último concepto. En segundo lugar, el burnout tarda más tiempo en gestarse y puede ser reversible en sus primeras etapas, mientras que la depresión suele ser contante y alimentada por situaciones extralaborales. En tercer lugar, los desajustes laborales han llevado a la persona con burnout a detestar a la organización y aquello que la represente, mientras que la depresión simboliza un fenómeno clínico caracterizado por la culpa y el remordimiento (aunque el burnout puede llevar a la depresión cuando este no es atendido y el profesional sigue experimentando derrotas emocionales o pérdidas reales). En cuarto lugar, para Schaufeli y Enzmann (1998), la depresión es un aspecto negativo del burnout, lo que no puede ser a la inversa (que el burnout constituya un aspecto negativo de la depresión); dicho de otra manera, la depresión tiene causas más amplias y complejas, pero sus consecuencias solamente llevan a la enfermedad depresiva; en el burnout sus causas son muy concretas, pues provienen de los desajustes laborales; pero sus consecuencias son mucho más amplias y graduadas. En quinto y último lugar, para la organización es más peligroso el burnout que la depresión, ya que un docente puede varios meses o años trabajando con valores presentistas, sin que la institución se dé cuenta; por el contrario, la depresión con su correspondiente baja anímica advierte inmediatamente a la institución que algo anda mal en su empleado y le queda claro que necesita atención.⁴

Cuadro 2. Similitudes entre depresión y burnout.

Aspecto	Burnout	Depresión
Implicación en asuntos críticos	Casi ausente	Casi ausente
Emotividad	Desgastada	Desgastada
Predominio del daño	Emocional	Emocional
Tipo de agotamiento	Físico, motivacional y emocional	Físico, motivacional y emocional

⁴ Ibid., pp 10-11.

Síntomas depresivos	Se suele dar en la fase final, aunque pueden presentarse al principio	Se dan en todas las fases
---------------------	---	---------------------------

Fuente: El Sahili Gonzales (2010).

2.1.4. UN POCO DE HISTORIA ACERCA DEL TÉRMINO *BURNOUT* Y SUS DEFINICIONES

Nos referimos con este término a un cuadro de desgaste profesional que fue descrito por primera vez en 1974 en Estados Unidos por el psiquiatra Herbert Freudenberger. El asistía por aquel entonces como voluntario a una “Free Clinic” (clínica para toxicómanos) de Nueva York, y allí observó entre el personal que prestaba sus servicios que una mayoría de ellos experimentaban, al cabo de aproximadamente un año del inicio de su trabajo, ciertos cambios en su actitud hacia el trabajo y en el desempeño de sus tareas que pueden resumirse en lo siguiente:

- Una progresiva pérdida de energía
- Desmotivación por el trabajo
- Cambios en el comportamiento hacia los pacientes, traducidos en una menor sensibilidad y comprensión hacia ellos, dispensándoles un trato distanciado y frío, con tendencia a culparles de los propios problemas que padecían

- Síntomas característicos de la ansiedad y la depresión

Freudenberger denominó a este conjunto de síntomas “*burnout*”, reconociendo que el mismo lo presentaba y utilizando el término que usaban en la clínica para referirse a los efectos del abuso crónico de sustancias tóxicas, y lo definió como:

Un conjunto de síntomas médico-biológicos y psicosociales inespecíficos, que se desarrollan en la actividad laboral, como resultado de una demanda excesiva de energía.

Poco más tarde, fue la psicóloga social Christina Maslach quien, por decirlo así, oficializó el término *burnout*, exponiéndolo públicamente en el Congreso Anual de la APA (Asociación Americana de Psicología) de 1976, y consiguiendo de esta manera captar para el síndrome la atención de los medios académicos. Maslach lo considera como un proceso de estrés crónico por contacto y lo definió en 1981 como:

Un síndrome tridimensional caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir entre individuos que trabajan en contacto directo con clientes o pacientes.

Conforme el síndrome ha sido más estudiado e investigado, han ido surgiendo otras definiciones:

Cherniss:

Un proceso en el que las actitudes y las conductas de los profesionales cambian de forma negativa en respuesta al estrés laboral.

Pines, Aronson y Kafry:

El estado de agotamiento mental, físico y emocional producido por una persistente implicación en situaciones emocionalmente demandantes.

Añaden que este estado es consecuencia de expectativas defraudadas y de ideales destrozados.

El doctor Pedro R. Gil-monte, dice:

Una respuesta al estrés laboral crónico que tiene una gran incidencia en los profesionales del sector servicios que trabajan hacia personas.

Se caracteriza por un deterioro cognitivo, una experiencia de desgaste psicológico y por la aparición de actitudes y conductas negativas hacia los clientes y hacia la organización.

Marino Martínez Gamarra:

Es un sentimiento de desmoralización individual o colectiva en el ámbito laboral.

Esta definición resulta interesante por las diferencias que presenta respecto a los demás. Como el mismo Martínez Gamarra señala:

“Sentirse quemado” frente a “estar quemado”, lo que supone una forma de subrayar la subjetividad del síndrome.⁵

Ayuso y López (1993), definen el *burnout* como:

Un estado de debilitamiento psicológico, causado por circunstancias relativas a las actividades profesionales, que ocasionan síntomas físicos, afectivos y cognitivos, y precisan que el desgaste sería una adaptación a la pérdida progresiva de idealismo, objetivos y energías de las personas que trabajan en servicios de ayuda humana, causada por la difícil realidad de su trabajo.

Atance (1997), señala que:

El término *burnout* hace referencia a un tipo de estrés laboral e institucional, generado en profesionales que mantienen una relación constante y directa con otras personas, máxime, cuando ésta es catalogada de ayuda (médicos, enfermeros, profesores), y su origen se

⁵Bosquet, Marisa. Quemados: el Síndrome del Burnout: ¿qué es y cómo superarlo? Barcelona. Editorial Paidós; 2008., pp. 18-21.

basa en cómo éstos individuos interpretan y mantienen sus propios estadios profesionales ante situaciones de crisis.

Jáuregui (2000) aporta adicionalmente que:

El *burnout* es padecido por profesionales de la salud y educadores, los cuales, en su voluntad para adaptarse y responder eficazmente a un exceso en las demandas y presiones laborales, se esfuerzan de un modo intenso y sostenido en el tiempo, con una sobre exigencia y una tensión que originan importantes riesgos de contraer enfermedades y afectar negativamente el rendimiento y la calidad del servicio profesional.

Gil-Monte (2003), lo define como:

Una respuesta al estrés laboral crónico caracterizada por la tendencia de los profesionales a evaluar negativamente su habilidad para realizar el trabajo y relacionarse con las personas a las que atiende, por la sensación de estar agotados a nivel emocional, el desarrollo de sentimientos negativos y de actitudes y conductas de cinismo hacia las personas destinatarias del trabajo, quienes son vistas de manera deshumanizada debido al endurecimiento afectivo del profesional. Insiste en que ésta problemática debe ser entendida como una respuesta a fuentes de estrés crónico que se originan en la relación profesional de la salud-paciente y en la relación profesional-organización.⁶

Según el diccionario Vox inglés-español la expresión inglesa *to burnout* significa “pararse (el fuego), quemarse (un fusible, motor, etc), fundirse (una bombilla)”. Y si sustituimos fusible, motor o bombilla por profesional o trabajador eso es precisamente lo que es el síndrome de *burnout*.

El término *burnout*, ha sido traducido al castellano de varias maneras:

- Síndrome del “trabajador quemado”
- Síndrome de desgaste profesional (SDP), denominación debida a Vega, Pérez Urdañiz y Fernández Canti.

⁶Arrivillaga Quintero, M.; Correa Sánchez, D.; Salazar Torres, I. Psicología de la salud, abordaje integral de la enfermedad crónica; 2007, p.228-229.

- Síndrome de quemarse en el trabajo (SQT), planteada por Gil-Monte.
- Síndrome de profesional exhausto o sobrecargado
- Enfermedad de Tomas, nombre dado por Gervas y Hernández

Este último término es el que menos ha prosperado en la comunidad de habla castellana, y en la actualidad se le sigue denominando por su nombre en inglés o bien por los de “estar quemado” o “síndrome de desgaste profesional”.

Sin embargo, algunas voces se alzan contra la denominación de “quemado”, ya que, a pesar de ser tan gráfica y expresiva, parece un tanto exagerada. Es el caso de Bronsberg y Vestlund, dos trabajadoras sociales suecas que confiesan haber padecido el síndrome y son autoras de *No te quemes*, donde nos dicen: “Queremos recalcar ya ahora que la palabra “quemado” es demasiado fuerte. Una cerilla que esta quemada no sirve para nada. Para la mayoría de los que necesitan cambiar su vida, la palabra “descargado” es mucho más apropiada. Se puede comparar a una persona así con una batería que necesita cargarse otra vez”. También expresa rechazo por el término “quemado” Piñuel y Zabala, quien en su obra *Neomanagement* propone “carbonizado”, una traducción, según su punto de vista, más apropiada del inglés *to burnout*.

Si hacemos caso de ellos, lo más cercano a “descargado” o “carbonizado” quizá sería “desgastado”, así que parece que la denominación de síndrome de desgaste profesional (SDP) parece la más afortunada, aunque no debemos descartar por ello ninguna de las demás.

El SDP incide de manera plena en el núcleo de la persona. Su instauración es lenta e insidiosa, de manera que los cambios se producen lenta y paulatinamente, por lo que el afectado no llega a percatarse de la verdadera magnitud del problema que le está asaltando. El cambio es al principio tan sutil que es muy difícil percibirlo.

Pasa una temporada, las alteraciones se instauran, se afianzan y, lo que es peor, progresan. Un buen día, el afectado encuentra algo de tiempo para reflexionar y toma conciencia de que “esto que me pasa no es normal”. Puede que eso se vea ayudado por la circunstancia de que alguien le diga: “te noto cambiado su

actitud hacia la vida. El trabajo le pesa cada vez más; así, lo que hace un tiempo afrontaba con alegría o, en los días malos, con sana resignación, ahora se le hace un esfuerzo inabordable. Antes acababa la jornada laboral cansada, pero ahora la termina agotado y vacío. Tiempo atrás, cuando llegaban los momentos duros, se compensaba pensando en los ratos de ocio y en las actividades en que iba a emplearlo, pero en la actualidad ni se le ocurre que hacer salvo tumbarse en el sofá, no hacer nada y olvidarse de todo y todos. Con los pacientes, alumnos, usuarios o clientes, ya no se comporta de la misma manera, y nota que cada vez le resulta más difícil enfrentarse a ellos y soportarlos. Además, está irritable, está desgastado, tiene la sensación de no poder más y de estar perdiendo el control de su vida.

El *burnout* es un problema de salud y de calidad de vida laboral, un tipo de estrés crónico que podríamos definir como la respuesta psicofísica que tiene lugar en el individuo como consecuencia de un esfuerzo frecuente. En sus fases más avanzadas, el síndrome se manifiesta en una sensación continuada de no poder más, de estar al límite de las fuerzas, de estar a punto de venirse abajo, de que “se le van a quemar los plomos” o “fundir los fusibles”.⁷

2.1.5. ELEMENTOS DEL BURNOUT

Hay un consenso bastante generalizado acerca de los tres elementos que caracterizan fundamentalmente el síndrome de desgaste profesional:

- Agotamiento emocional: surge precisamente como consecuencia de la disminución de los recursos emocionales del profesional para enfrentarse con los retos que su labor le plantea, y se concreta en una continua y creciente fatiga en los niveles mental, físico y emocional, además de irritabilidad, malhumor e insatisfacción laboral, con descontento y pesimismo acerca de sus tareas profesionales.
- Despersonalización: en muchos casos sobreviene como un mecanismo de defensa del propio afectado que ha estado implicándose mucho en sus tareas y siente que, al haberse venido abajo sus recursos emocionales, no puede

⁷Bosquet, Marisa. *Ob. Cit.*, pp. 22-25.

continuar haciéndolas con esa intensidad. En la práctica, esto se traduce en una merma en la eficacia en el trabajo y en actitudes de insensibilidad y deshumanización, e incluso a veces de cinismo, hacia los receptores de su servicio: los pacientes, los alumnos, los clientes...dejan de ser personas para convertirse en números.

- Baja realización personal: sensación subjetiva que nace como consecuencia de los dos factores anteriores. El profesional se siente frustrado por la forma en que realiza su propio trabajo y los resultados conseguidos con él, que tienden a vivenciarse de manera negativa y como resultado de una insuficiencia profesional, lo que tiene como consecuencia una merma en la autoestima.⁸

2.1.6. OTROS PROBLEMAS QUE SE CONFUNDEN CON EL *BURNOUT*

Burnout no es:

- a) Estar cansado o estresado

Una buena prueba para diferenciar entre el cansancio y el *burnout* estriba en que en el primer caso el descanso lo soluciona: se recuperan fuerzas y la persona vuelve a incorporarse a sus tareas laborales sintiéndose renovada. En cambio, no sucede así en el caso del desgaste profesional, en el que el descanso no es ya efectivo para “recargar las pilas”, sino que, por el contrario, el individuo se siente cada vez más cansado e impotente. Pero hay que tener cuidado, porque lo que sí puede ocurrir es que si al cansancio no se le presta atención y se continua con el mismo ritmo trepidante, es muy probable que se llegue al agotamiento. Y eso sí puede estar indicando las fases iniciales de un *burnout* o, cuando menos, un riesgo de caer en él.

- b) Haber elegido la profesión equivocada

Puede que la elección se realizará con unas expectativas falsas, por seguir la tradición familiar, por presión de otros o simplemente porque la media

⁸*Ibíd*, pp. 25-26

del expediente académico no permitió otra cosa. Realmente resulta muy desagradable darse cuenta de que la profesión elegida no es la adecuada para uno al poco tiempo de empezar la vida laboral. Pero, una vez más, eso no es *burnout*. De hecho, los más propensos al desgaste son los más vocacionales, es decir, aquellos que han escogido precisamente esa profesión, y no otra, basándose en su significado y en su esencia.

c) Atravesar una crisis laboral

Los momentos críticos en el trabajo son normales, diríamos incluso que inherentes al hecho de tener una profesión y ejercerla, por la misma razón que las personas atravesamos periódicamente crisis en otros aspectos de nuestra vida, como el sentimental o el personal. Pero eso por si solo tampoco quiere decir automáticamente que se esté ante un síndrome de desgaste profesional. Puede ser un indicio de que algo no funciona y, desde luego, es lo suficientemente serio como para reflexionar sobre ello y analizarlo con detalle, pero no es *burnout*.

d) Acoso psicológico en el trabajo

Son patologías de la vida laboral de distinta índole. En el mobbing se producen conductas de ataque sistemático contra un trabajador con el propósito deliberado de perjudicarlo y el objetivo último de excluirlo de la empresa. No se produce esto en el síndrome de desgaste profesional, aunque ambos casos tengan como denominador común el hecho de que surgen preferentemente en ambientes organizativos tóxicos, además de presentar algunos síntomas parecidos.⁹

⁹Bosquet, Marisa. *Ob. Cit.*, pp. 26-29.

2.1.7. A QUE PROFESIONALES AFECTA CON MAYOR FRECUENCIA

Si bien en principio el *burnout* puede afectar a cualquier grupo ocupacional, lo cierto es que hay profesiones más predispuestas a experimentarlo. Este es el caso de las llamadas profesiones de ayuda, es decir, aquellas que exigen estar constantemente en contacto directo con otras personas con las que hay que comprometerse emocionalmente, que exigen entrega, implicación, idealismo y servicio a los demás: personal sanitario, docentes, trabajadores sociales, etc. (INAP)

El *burnout*, o síndrome del trabajador quemado, es una enfermedad laboral cuya incidencia entre la población activa es cada vez mayor, sobre todo en aquellos sectores que exigen un trato continuo con el público, como la docencia o sanidad.¹⁰

2.1.8. VARIABLES RELACIONADAS CON EL INICIO Y DESARROLLO DEL BURNOUT

Bravo *et al.* (1993), citados por Serrano (2002):

- Sobrecarga de rol. Entendida como la falta de tiempo material para realizar todo el trabajo asistencial encomendado en una jornada laboral.
- Conflicto de rol. El cual hace referencia a que la atención individualizada y responsable, puede suponer en ocasiones un conflicto entre los conflictos éticos adquiridos en la formación profesional y las prácticas diarias sometidas a las disponibilidades y recursos reales; la preocupación por el gasto en salud, las restricciones económicas y las presiones para dar de alta a los pacientes son factores que aumentan los niveles de estrés en los profesionales de la salud (Moreno-Jiménez y Peñacoba, 1999).
- Ambigüedad de rol. Se concreta en la incertidumbre de las exigencias de la propia tarea y los métodos o maneras de realizarlos; con frecuencia afecta a los profesionales más jóvenes, cuya escasa experiencia les provoca serias dudas a la hora de tomar decisiones, especialmente en casos de urgencia.

¹⁰Bosquet, Marisa. *Ob. Cit.* pp.30-31.

- Recursos inadecuados. No disponer de suficientes recursos humanos o materiales que inducen a una sobrecarga en el trabajo, así como la carencia de medios de seguridad para la realización de tareas peligrosas con riesgo para la integridad física del profesional de la salud.
- Escasa participación. En el sentido de no participar en la toma de decisiones, sentirse aislado en la propia organización; de no contar con la retroalimentación sobre el resultado de la tarea; la monotonía y la rutina.
- Clima o ambiente laboral. Cuando en las relaciones interpersonales con compañeros, jefes y pacientes no existe confianza; la rivalidad, la falta de apoyo en situaciones conflictivas, la no promoción cuando el profesional espera, son factores que generan tensión, ansiedad y estrés.

Carwrit y Cooper (1997), citados por Landa y Mena (2003):

- Naturaleza de la enfermedad. Ciertas enfermedades provocan sentimientos arraigados de la imposibilidad y desesperanza, sobre todo las enfermedades terminales, que necesariamente llevan a la muerte del paciente.
- Labores relacionadas con la atención. La exigencia de toma de decisiones que afectan el bienestar de otros, en medio de muchas incertidumbres; los conflictos entre el tratamiento y el cuidado, lo cual es parte del dilema entre el método de curación y el sufrimiento que el primero implica en algunos momentos; enfrentamiento de las reacciones complejas de los pacientes y sus familiares y seres queridos. Por ejemplo, la orden de “no resucitación” muy común en los hospitales, algunas veces refleja la desesperanza del personal, ya que se ve enfrentado a un dilema, al aparecer como los que infligen el sufrimiento a través del tratamiento. Los beneficios del tratamiento largo plazo son difíciles de conciliar con las reacciones inmediatas del paciente, de dolor y sufrimiento.
- Naturaleza de la relación con los pacientes. Durante el cuidado del paciente se producen relaciones estrechas entre pacientes y el personal de salud que afectan a ambos. Los pacientes pueden experimentar sentimientos de enfado, dependencia o control exagerados.

- Naturaleza del ámbito organizacional. Factores relacionados con el trabajo mismo; los turnos, las remuneraciones, la insuficiencia de recursos hospitalarios, entre otros.

Cordeiro *et al.* (2003), citados por Barria (2004), señalan como predictores más potentes de *burnout*: las relaciones interpersonales en el trabajo, la insatisfacción con su rol, experimentar altos niveles de estrés en aquel, sentimientos de apatía y claudicación y recibir apoyo inadecuado.

Las variables que se han estudiado como causas del *burnout* son, en general, las relacionadas con las malas condiciones en las que los profesionales trabajan; los extensos periodos de atención al público o a los pacientes; los salarios bajos, la inestabilidad laboral, entre otros. También se ha estudiado cómo afecta la infraestructura de los recintos de trabajo (la falta de luz, el ruido y las deficientes condiciones de salubridad de las instituciones) (Garcés, 1997 y Maslach, 2001, citados por Barria, 2004).¹¹

2.1.9. VARIABLES DESENCADENANTES O ANTECEDENTES DEL BURNOUT

Entre las variables relacionadas con el inicio y desarrollo del *burnout* se encuentran:

Las características socio demográficas (edad, género, estado civil, tener o no hijos, entre otras); aspectos psicológicos, como los patrones de comportamiento (conducta tipo A); la ansiedad, la adicción al trabajo, estilos atribucionales, el locus de control; las variables referidas al sí mismo (autoestima, autoconcepto, autoconfianza); el constructo personalidad resistente; las estrategias de afrontamiento; la frustración de las expectativas personales y la autoeficacia, vista como la falta de precepción de capacidad para desarrollar el trabajo.

¹¹Arrivillaga Quintero, M.; Correa Sánchez, D.; Salazar Torres, I. *Ob. cit.*, pp.230-232.

En el nivel interpersonal (colegas, familia, amigos, redes de apoyo social), se señalan aspectos como la falta de apoyo social, las relaciones humanas negativas, la comunicación con esas características o la de ella; las actitudes negativas de parientes y amigos, problemas familiares en general y su relación con el desarrollo del *burnout*.¹²

- *Sexo*: El rol familiar-laboral relevante que juega la mujer la hace más vulnerable al burnout, así; las mujeres presentan un conflicto de rol, conflictos familia-trabajo, entre otros, por lo que serán más propensas a presentar el síndrome (Llaneza Álvarez)¹³ Las mujeres parecen más resistentes pero también sufren mayor acumulación de tareas (Serrano Gil)¹⁴
- *Edad*: la edad aparece como una variable que puede matizar el síndrome en el contexto laboral, de tal manera que a mayor o menor edad también se debe encontrar una correspondencia en experiencia y madurez y en la forma de afrontar las diferentes presiones que afectan al individuo. Los profesionales con experiencia pueden desarrollar modelos de afrontamiento que reduzcan la posibilidad de quemarse.¹⁵ Asimismo Serrano Gil señala que a mayor edad habrá mayor seguridad, pero también mayor desgaste.¹⁶
- *Estado civil*: existen estudios que correlacionan que los individuos casados o que conviven con su pareja tienen menores índices de estar quemado. Sin embargo, más que el propio hecho del estado civil, lo que tiene importancia es la relación de esta variable con el apoyo (Llaneza Álvarez).¹⁷

¹²*Ibíd*, pp.230.

¹³Llaneza, Francisco. Ergonomía y psicología aplicada. Manual para la formación del especialista. 12ª ed. España: Editorial Lex Nova, p.526.

¹⁴Fuertes, José, Cabrera, José, Serrano-Gil, Alfonso. Esquemas en ciencias forenses y derecho sanitario. Madrid: Ediciones Arán; 2006, p. 221.

¹⁵Llaneza, Francisco. *Ob cit.*, p. 526.

¹⁶Fuertes, José, Cabrera, José, Serrano-Gil, Alfonso. *Ob. Cit.*, p. 221

¹⁷Llaneza, Francisco. *Ob. Cit.*, p. 526.

2.1.10. CONSECUENCIAS DEL SINDROME DE BURNOUT

Principales síntomas psicológicos

Síntomas cognitivos	Síntomas afectivo-emocionales	Síntomas actitudinales	Otros síntomas
Sentirse contrariado. Sentir que no valoran su trabajo. Percibirse incapaz para realizar tareas. Pensar que no puedes abarcarlo todo. Pensar que trabajas mal. Falta de control. Verlo todo mal. Todo se hace una montaña Sensación de no mejorar. Inseguridad Pensar que el trabajo no vale la pena. Pérdida de la autoestima.	Nerviosismo. Irritabilidad y mal humor. Disgusto y enfado Frustración. Agresividad. Desencanto. Aburrimiento. Agobio. Tristeza y depresión. Desgaste emocional. Angustia. Sentimientos de culpa.	Falta de ganas de seguir trabajando. Apatía Irresponsabilidad Escaquearse. Pasar de todo. Intolerancia. Impaciencia. Quejarse de todo. Evaluar negativamente a compañeros. Romper con el entorno laboral. Ver al paciente como enemigo. Frialdad hacia los pacientes. No aguantar a los pacientes. Indiferencia. Culpar a los demás su situación.	Conductuales Aislamiento. No colaborar. Contestar mal. Enfrentamientos. Físicos Cansancio.

Fuente: Gil- Monte¹⁸

¹⁸Gil-Monte, Pedro R. El síndrome de quemarse por el trabajo (*burnout*) una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. Madrid: Ediciones Pirámide; 2005, p.50.

Síntomas Físicos

- a) Manifestaciones generales
 - Cansancio
 - Pérdida de apetito
 - Malestar general
- b) Problemas osteomusculares
 - Dolores de espalda
 - Dolores cervicales
 - Contracturas musculares
- c) Alteraciones inmunológicas
 - Aumento de las infecciones
 - Alergias
 - Problemas dermatológicos
- d) Problemas cardiacos
 - Palpitaciones
 - Dolor precordial
 - Hipertensión arterial
- e) Problemas respiratorios
 - Catarros recurrentes
 - Crisis de taquipnea
 - Crisis asmáticas
- f) Problemas digestivos
 - Gastritis
 - Úlcera duodenal
 - Náuseas
 - Diarrea
- g) Problemas sexuales
 - Impotencia sexual
 - Ausencia de eyaculación
 - Frigidez
 - Dispareunia
 - Vaginismo

- h) Alteraciones del sistema nervioso
 - Jaquecas
 - Trastornos del sueño, con predominio de sueño ligero e insomnio
 - Sensación de vértigo con inestabilidad locomotriz y sensación de vacío
- i) Alteraciones hormonales
 - Trastornos menstruales

2.1.11. CONSECUENCIAS FAMILIARES Y SOCIALES

- a) Deterioro de la vida en pareja.
- b) Deterioro de la vida familiar en general.
- c) Aislamiento, con el consiguiente deterioro de las relaciones en su entorno social.

2.1.12. CONSECUENCIAS PARA LA ORGANIZACIÓN

- a) Conflictos con otros profesionales.
- b) Conflictos con los pacientes y las familias.
- c) Insatisfacción de los pacientes por el trato recibido.
- d) Ineficacia en la actividad diaria.¹⁹

2.1.13. INTERVENCIÓN PREVENTIVA DEL *BURNOUT*

Se considera que la prevención del *burnout* es el enfoque más eficaz para evitar un deterioro que no siempre es subsanable. Entre los mecanismos de enfrentamiento que han sido descritos se destacan: el apoyo emocional de personas cercanas, consulta con los colegas, mejoramiento de la relación con los profesionales y compañeros; juego, recreativo y actividades de ocio (Looney *et al.*, 1980, citados por Moreno-Jiménez y Peñacoba 1999). Algunos de los programas de intervención del *burnout*, tanto a nivel individual como grupal, han incluido actividades de relajación, clarificación de valores, modificación de las redes de apoyo, dieta y ejercicio.

¹⁹ Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Guía de prevención de burnout para profesionales de cuidados paliativos. Madrid: Ediciones Arán; 2008, pp. 28-30.

Como organizaciones de trabajo, se sugiere que los servicios de salud tengan en cuenta el apoyo social por parte de los directivos, la mejoría de los niveles de comunicación y cooperación y, la facilitación del cambio de ámbito laboral, de funciones e incluso trabajo (CNS,2001). Landa y Mena (2003), anotan, que se deben diseñar intervenciones organizacionales efectivas que consideren la multicausalidad del problema, las características particulares de la organización y del grupo objetivo a intervenir.

A continuación, se presenta una propuesta de intervención preventiva, la cual tiene en cuenta las tres dimensiones que caracterizan el *burnout*, así como el nivel individual y organizacional.

Se deben desarrollar a nivel individual, estrategias que permitan al profesional de la salud hacer frente a los factores estresantes. La intervención incluye una fase educativa y una fase de tratamiento.

a) Fase educativa

En esta fase se trabaja en la explicación del *burnout*, haciendo énfasis en la naturaleza del síndrome como una fase avanzada del estrés profesional, especificando que se presenta en profesionales que establezcan relaciones permanentes e “intensas” con las personas en contextos laborales (Álvarez, 1991, citado por Díaz, Mendo y Vásquez, 2003). Se dan a conocer las características del *burnout*, los factores de predisposición ambientales e individuales, las causas intra e interpersonales y de la organización, y las consecuencias fisiológicas, cognitivo-afectivas y conductuales del mismo. Con base en lo anterior, se pretende que el profesional de salud logre comprender la interacción entre los factores físicos, psicológicos y sociales, los efectos contraproducentes en la calidad de vida personal y laboral, y la posibilidad de prevenirlos, en tanto, se modulen las variables comportamentales y su interacción con el entorno laboral.

b) Fase de tratamiento

En esta fase se desarrollan o fortalecen estrategias, tanto a nivel individual como organizacional, para disminuir o eliminar síntomas, conductas y

actitudes que conlleven al agotamiento emocional, a la despersonalización y la falta de realización personal.

La *intervención individual* pretende entrenar a los profesionales de la salud en las habilidades que permitan el afrontamiento de las condiciones ambientales e individuales evaluadas como amenazantes. A continuación se presentan los aspectos relevantes a los procedimientos de intervención cognitivo-conductuales que subyacen la propuesta.

- c) ***Reestructuración cognitiva.*** Se basa en la teoría de que no son acontecimientos externos o las situaciones los que causan o desencadenan nuestras conductas y emociones, sino que son pensamientos que tenemos sobre los hechos, los auténticos responsables de nuestras acciones y emociones (Crespo y Larroy, 1998). El estrés depende de una relación dinámica entre el ambiente y la persona (González, 2003). Es por esto, que las cogniciones que se deben trabajar en los profesionales de la salud son aquellas que obstaculizan el afrontamiento efectivo, es decir aquellas cogniciones que conllevan a : la distorsión de la evaluación de la realidad (minimización y maximización); la supresión de los efectos emocionales que un problema genera (distanciamiento); el centrarse en factores negativos de su labor, ignorando otras características que le pueden proporcionar beneficios personales y laborales (atención selectiva) y la deducción de conclusiones generales negativas sobre su desempeño a partir de unas pocas situaciones negativas (sobre generalización) (Abascal, Palmero, Montañes y Sánchez, 1997).

Se debe enseñar al profesional de la salud a identificar los pensamientos disfuncionales y los supuestos desadaptativos que pueden estar causando las emociones desagradables, para de esta manera, a partir de un diálogo socrático contrastar dichos pensamientos.

- d) ***Entrenamiento en solución de problemas.*** Tiene como objetivo hacer frente directamente a la situación y solucionar el problema. Para el entrenamiento de los profesionales de la salud se puede trabajar, según las fases planteadas por D’Zurilla (1993): orientación general hacia el problema; *reconocer que la situación problema tiene la probabilidad de*

ser resuelta; definición y formulación del problema; enseñar a definir éste de forma concreta, específica y clara; generación de soluciones alternas; generar múltiples alternativas; toma de decisiones; evaluar el costo-beneficio de las alternativas de solución generadas y puesta en práctica y verificación de la solución. Para esta última se utilizan los cuatro componentes mencionados por D'Zurilla (1987) citado por Labrador *et al.* (1993): la ejecución (la implementación de la solución), la autoobservación (observación de la propia conducta y sus resultados); la autoevaluación (comparación del resultado de la solución con el resultado esperado) y el autorrefuerzo (administrarse refuerzo social o tangible por el buen resultado de la solución).

- e) ***Incremento de la motivación.*** Los profesionales de la salud experimentan una pérdida de la motivación por la evaluación negativa que hacen sobre las características laborales, por invertir mayor número de horas en el trabajo versus el tiempo invertido en ellos, y el establecimiento de metas poco realistas, que trae como consecuencia la frustración por no lograrlas. La intervención debe orientarse a evaluar las necesidades que este profesional presenta y enseñarle como aumentar los niveles de satisfacción personal, al utilizar para ello formatos de planeación de metas, programación de actividades, establecimiento de actividades placenteras (ejercicio físico, viajes, lecturas, actividades manuales, cursos), y estrategias para el manejo y distribución del tiempo.
- f) ***Incremento de autoeficacia.*** La baja eficacia en los profesionales de la salud se manifiesta a través de la percepción de sí mismos como cínicos, indiferentes o distantes de sus pacientes, teniendo en cuenta que su trabajo se fundamenta en la ayuda al otro (Greenglass, Burke y Fiksenbaum, 2001). Para incrementar los niveles de autoeficacia, inicialmente se debe preparar adecuadamente a los profesionales de la salud acerca de las funciones que deben ejercer (Ewers, Bradshaw y McGovern, 2002). De esta manera, se evita que perciban ambigüedad en su desempeño. Además, se debe trabajar en los procesos atribucionales, específicamente atribuciones internas, globales y estables para que reconozcan, cuando el

éxito es obtenido por sus propios esfuerzos, y atribuciones externas e inestables para que reconozcan si el fracaso no dependió de ellos. De esta manera, el profesional de la salud logra diferenciar si los éxitos y fracasos dependen de su ejecución o de factores externos.²⁰

2.1.14. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

<i>Instrumentos de evaluación del burnout utilizados en profesionales sanitarios</i>	
<i>(por orden cronológico de publicación)</i>	
<i>Instrumento de evaluación</i>	<i>Autores y año de publicación</i>
<i>Staff Burnout Scale</i>	Jones (1980)
Indicadores de <i>Burnout</i>	Gillespie (1980)
<i>Emener-Luck Burnout Scale</i> (ELBOS)	Emener y Luck (1980)
<i>Tedium Measure</i> (Burnout Measure)	Pines (1981, 1988)
<i>Maslach Burnout Inventory</i> (MBI)	Maslach y Jackson (1981,1986)
<i>Mattews Burnout Scale for Employees</i>	Mattews (1990)
Efectos Psíquicos del <i>Burnout</i>	García Izquierdo (1990)
Cuestionario Breve de <i>Burnout</i> (CBB)	Moreno (1997)

Fuente: González Barón²¹

a) CUESTIONARIO MBI. MASLACH “BURNOUT” INVENTORY (MASLACH Y JACKSON,1981)

Tras una revisión de las investigaciones relacionadas con el síndrome de “burnout”, y específicamente las referidas al ámbito sanitario, no queda ninguna duda de que el cuestionario MBI ha sido el más ampliamente utilizado y se ha mostrado como la prueba más potente estas décadas. La

²⁰Arrivillaga Quintero, M.; Correa Sánchez, D.; Salazar Torres, I. *Ob. Cit.*, pp. 237-240 .

²¹González Barón, M. Tratado de medicina paliativa y tratamiento de soporte del paciente con cáncer. 2ªed. Buenos Aires; Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2007, p. 160.

versión española de 1997 fue elaborada a partir de la edición original de 1986. Ha sido ampliamente utilizada en profesionales sanitarios, así como el ámbito específico de los Cuidados Paliativos,²²

Se propone finalmente utilizar el cuestionario auto aplicado de Maslach y Jackson para medir el desgaste laboral de profesionales (*burnout o b.*) que prestan servicio directo al usuario.

La mayoría de las personas precisa diez o quince minutos para completarlo. Sólo se presente la escala de frecuencia porque estas puntuaciones se asocian de forma significativa con la intensidad. Los elementos que comprenden cada escala y sus puntuaciones se especifican en la siguiente tabla:²³

Escala	Elementos	P.D. máxima
CE	1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20	54
DP	5, 10, 11, 15, 22	30
RP	4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21	48

CE=Cansancio emocional; DP=Despersonalización;

RP= Realización personal; P.D. =Puntuación directa.

Fuente: Mingote – Pérez Corral

Para computar las respuestas a cada pregunta se utilizara un sistema de puntuación con siete opciones de respuesta:

- 0= nunca
- 1= pocas veces al año o menos
- 2= una vez al mes o menos
- 3=pocas veces al mes o menos
- 4= una vez a la semana
- 5= pocas veces a la semana
- 6= todos los días²⁴

²² Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Guía de prevención de burnout para profesionales de cuidados paliativos. Madrid: Ediciones Arán; 2008, pp.33-34.

²³Mingote, José Carlos, Pérez Corral, Francisco. El estrés del médico: manual de autoayuda, Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 1999, p.35.

²⁴González Barón, M El Síndrome de Agotamiento Profesional en Oncología. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2008, p. 48.

Criterios de interpretación

	Nivel alto	Nivel intermedio	Nivel bajo
Subescala de cansancio emocional	≥ 27 puntos	19-26 puntos	<19 puntos
Subescala de despersonalización	≥ 10 puntos	6-9 puntos	<6 puntos
Subescala de realización personal	<34 puntos	34-39 puntos	≥ 40 puntos

Fuente: Gonzáles Barón

Aunque muchos han sido los intentos empíricos, sobre todo a partir de los 80, dirigidos a evaluar el síndrome de “burnout” a través de instrumentos psicométricos, aquí nos centraremos en tres de ellos: el MBI (Maslach “burnout” Inventory) que destaca por su importancia a nivel nacional e internacional, y otros dos de repercusión nacional, el CBB (Cuestionario Breve de “burnout”) de la Universidad Autónoma de Madrid, y el CESQT PS (Cuestionario para la evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo) de la Universidad de Valencia.²⁵

b) CUESTIONARIO CESQT: CUESTIONARIO PARA LA EVALUACION DEL SINDROME DE QUEMARSE POR EL TRABAJO (GIL-MONTE P,ET AL.,2003)

Este modelo teórico fue desarrollado por Gil Monte (2003) ante las insuficiencias que presentan otros; propone que es posible identificar dos perfiles en el proceso de desarrollo del SQT. Uno progresa con sentimientos de culpa y el otro sin sentimientos de culpa. Se hacen hipótesis de que la estructura factorial de cuatro factores presentara un ajuste a los datos superior al de estructuras de orden inferior. La versión adaptada para profesionales sanitarios es el CESQT PS.

²⁵ Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Guía de prevención de burnout para profesionales de cuidados paliativos. Madrid: Ediciones Arán; 2008, pp. 33,35.

El CESQT está formado por cuatro escalas o factores:

- Ilusión por el trabajo: ilusión del individuo por alcanzar las metas laborales porque supone una fuente de placer personal (6 ítems).
- Desgaste psíquico: aparición de agotamiento emocional y físico debido a que en el trabajo se tiene que tratar a diario con personas que presentan o causan problemas (4 ítems).
- Indolencia: presencia de actitudes negativas de indiferencia y cinismo hacia los clientes de la organización (6 ítems).
- Culpa: aparición de sentimientos de culpa por el comportamiento de las actitudes negativas desarrolladas en el trabajo, en especial hacia las personas con las que se establecen relaciones laborales (5 ítems).

El cuestionario está formado por 21 ítems que se evalúan mediante una escala Likert de frecuencia 5: de grado 0 (nunca) a grado 4 (todos los días). Se completa en cinco minutos aproximadamente.

Las puntuaciones, tanto en el caso de las dimensiones como para la escala total, se calculan considerando el promedio de los ítems que las forman.

En el abordaje de la evaluación de este síndrome los autores indican que, considerando la escala de frecuencia de respuesta, en las subescalas de desgaste psíquico e indolencia altas puntuaciones (>2) corresponden a altos niveles de SQT, mientras que en la subescala de ilusión por el trabajo bajas puntuaciones (<2), corresponden a altos niveles de SQT. Además esta escala es independiente de las otras dos subescalas, de forma que sus componentes no cargan negativamente en ellas. La ilusión por el trabajo no es un constructo opuesto a Desgaste psíquico o Indolencia.

Las puntuaciones obtenidas en la escala de Culpa no deben incluirse para el cálculo de la puntuación diferencial.

El CESQT se ha creado como proyecto de investigación en la Unidad de Investigación Psicosocial de Conducta Organizacional (UNIPSICO) de la Universidad de Valencia cuyo responsable es D. Pedro R. Gil Monte.²⁶

²⁶ Sociedad Española de Cuidados Paliativos. *Ob. Cit.*, pp. 35-37.

c) CUESTIONARIO BREVE DE BURNOUT (CBB) (MORENO ET AL., 1997)

La mayor aportación de este instrumento es el análisis del proceso de desgaste profesional y no solo del síndrome. Está compuesto por 21 ítems que analizan antecedentes (características de la tarea, organización y tedio), síndrome (cansancio emocional, despersonalización y realización personal) y consecuentes (físicos, sociales y psicológicos).

Los autores señalan adecuados niveles de consistencia interna en la medida especialmente en la puntuación global del síndrome y en cansancio emocional, siendo algo más bajo el índice en realización personal y especialmente en despersonalización. Se indica una alta correlación con el MBI tanto en su globalidad como en las subescalas, por lo que se confirma la validez convergente con el mismo (Moreno-Jiménez et al., 1997b)

Actualmente, este cuestionario está siendo revisado (CBB-2) para su actualización a las nuevas perspectivas teóricas sobre el desgaste profesional, incluyendo dimensiones relativas a los procesos relacionados (cansancio relacional) ya la pérdida de expectativas (Moreno-Jiménez, Gálvez y Garrosa et al., 2004^a).²⁷

²⁷Gálvez, M., Moreno-Jiménez, B., Mingote, J. El desgaste profesional del médico: revisión y guía de buenas prácticas. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 2009, pp. 58-59.

2.2. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.

ANTECEDENTES INTERNACIONALES

a. TÍTULO:

“Síndrome de Burnout en los ginecólogos del Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla (España)”.

AUTOR:

Isabel María Fontán Atalaya

FUENTE: Progresos de Obstetricia y Ginecología (2008). Volumen 51, pp.531-540.

RESUMEN:

Objetivo: Conocer la prevalencia del síndrome de *burnout* entre los médicos de nuestro servicio.

Material y métodos: Estudio transversal anónimo utilizando un cuestionario sociodemográfico y la versión española de Maslach Burnout Inventory.

Resultados: Con una tasa de respuesta del 68,7% y 21 cuestionarios válidos, los valores medios fueron 25,5 puntos para el cansancio emocional, 9,1 para la despersonalización y 40,3 para la realización profesional. Encontramos valores altos de cansancio emocional en el 52,3% de los ginecólogos y de despersonalización en el 33,3%, y valores bajos de realización profesional en el 14,2%. Presentaron valores altos en al menos una de las dimensiones el 66,6% de los ginecólogos; en 2 el 33,3% y en las 3 escalas simultáneamente el 4,7%.

Conclusiones: Hemos encontrado relación significativa entre algún componente del *burnout* y el sexo, tiempo de vida profesional, situación laboral, realización de guardias, número de horas trabajadas y consumo de inductores del sueño²⁸

²⁸Fontán Atalaya, Isabel. “Síndrome de Burnout en los ginecólogos del Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla (España)”. Progresos de Obstetricia y Ginecología; 2008.

b. TÍTULO:

“Prevalencia del Síndrome de Desgaste en Médicos Residentes costarricenses”.

AUTOR:

Millán-González, Ricardo; Mesén-Fainardi, Andrea.

FUENTE: Acta Médica Costarricense (2009) Vol. 51, núm. 2, pp. 91-97.

RESUMEN:

Justificación y objetivo: Determinar las características sociodemográficas del síndrome de desgaste en médicos residentes en Costa Rica durante el 2007 y validar localmente la escala de Maslach.

Metodología: Investigación aplicada, descriptiva y de corte transversal, en la que participaron 121 sujetos que cursaban primer y tercer año de las siguientes especialidades que imparte el CENDEISS: anestesiología y recuperación, especialidades médicas y quirúrgicas, ginecología y obstetricia, pediatría y psiquiatría. Se aplicó el Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (versión validada en español) y una ficha de datos sociodemográfica que incluía especialidad médica, sede de residencia, sexo, estado civil, número de hijos, edad de los participantes, frecuencia mensual de guardias y año cursado de residencia.

Resultados: El análisis final detectó alto agotamiento emocional en mujeres y en residentes de pediatría; bajo agotamiento emocional en quienes realizan en promedio 4 guardias por mes y en residentes de geriatría y psiquiatría; alta despersonalización en hombres; baja despersonalización en residentes de geriatría y medicina familiar así como en personas unidas; bajos niveles de realización personal en personas unidas; el síndrome de desgaste como tal fue mayor en mujeres, que cursaban el tercer año, sujetos unidos, personas con hijos, menores de 30 años y residentes de las especialidades médicas. Adicionalmente se validó la utilización de la escala en Costa Rica.

Conclusiones: Existen subgrupos de médicos residentes que se encuentran en riesgo de presentar el síndrome de desgaste profesional o elevadas puntuaciones en algunas de sus 3 dimensiones. Algunos de ellos podrían ser propios del personal que mantiene una carga académica y laboral al mismo tiempo. Este hecho debe ser tomado en cuenta cuando se planifican las estrategias de bienestar mental en el sector salud. (AU)²⁹



²⁹Millán-González, Ricardo; Mesén-Fainardi, Andrea. “Prevalencia del Síndrome de Desgaste en Médicos Residentes costarricenses”. Biblioteca Virtual en Salud; 2009.

ANTECEDENTES NACIONALES

a. TÍTULO

“Prevalencia de Burnout en médicos de la ciudad de Tacna”.

AUTOR:

Milagros Dueñas*, Luzbenia Merma*, Richard Ucharico*

FUENTE: CIMEL Ciencia e Investigación Médica Estudiantil Latinoamericana. Vol. 8, núm. 1, 2003, pp. 34-38.

RESUMEN:

Introducción: El objetivo del presente estudio consiste en analizar el grado de desgaste profesional en médicos de la ciudad de Tacna y la influencia de algunos factores, en el mismo.

Métodos: Se constituye como un trabajo de diseño transversal, descriptivo y analítico, cuyo emplazamiento fue distrital, aplicado a médicos generales y especialistas. La población queda conformada por una muestra estratificada de médicos de hospital y de centros de salud de la ciudad de Tacna ($p = 255$; $n = 90$), a la cual se aplicó un cuestionario administrado y anónimo, Maslach Burnout Inventory, que valora: despersonalización, autoestima y agotamiento emocional; el análisis estadístico se realizó mediante t de Student y Anova (medias) y X² o Fisher (porcentajes).

Resultados: A partir de un total de 90 cuestionarios válidos (35% de la población) reflejan una edad media de $42,7 \pm 8,6$ años; 84% varones, 78% casados, 74% ejercen en hospitales. Los valores medios obtenidos fueron: Despersonalización: 4.64, ausencia de logros personales 44.35 y agotamiento emocional de 14.4. Un 15% presentó elevadas puntuaciones en alguna de las tres. Para la ausencia de logros personales las medias fueron significativamente inferiores en mujer, de hospital, más de 10 años de antigüedad en la profesión, de más de 40 años de edad. Un 42% presentaba alteraciones psicofísicas de depresión.

Conclusiones: Se encontró un nivel bajo o muy inferior de desgaste profesional en los encuestados. Solo el 15% de la población presenta niveles altos de Burnout en alguna de las tres escalas, y su distribución es diferente en cada una de las tres áreas estudiadas. La antigüedad, conflictividad sociolaboral y familiar, y ciertas características personales y laborales se asocian con niveles altos de desgaste³⁰



³⁰Dueñas, Milagros; Merma, Luzbenia; UCHARICO Richard. “Prevalencia de Burnout en médicos de la ciudad de Tacna”. Sociedad Científica de Peruana de Estudiantes de Medicina (SOCIPEM); 2003.

b. TÍTULO

“Coexistencia de síndrome de Burnout y síntomas depresivos en médicos residentes. Estudio descriptivo transversal en un Hospital Nacional de Lima”.

AUTOR:

Alejandro Mariños, Miluska Otero, Germán Málaga, Jorge Tomateo

FUENTE: Revista Médica Herediana (2011). Vol22, n.4, pp. 162-168.

RESUMEN:

Objetivo: Determinar la frecuencia de coexistencia de síndrome de Burnout (SBO) y síntomas depresivos en médicos residentes en un hospital general.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal realizado en médicos residentes de todas las especialidades del Hospital Nacional Cayetano Heredia (HNCH) durante febrero del 2011, utilizando la versión en español del inventario de Maslach para SBO (MBI) y de la Escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D 20).

Resultados: Se analizó la información de 84 médicos residentes, 60 de los cuales fueron varones. La edad promedio de los participantes fue de $31 \pm 4,4$ años. La frecuencia de SBO fue 54,9% y de sintomatología depresiva 38,6%. El 32,9% presentó síntomas depresivos y SBO. No se encontró asociación entre el número de horas trabajadas a la semana con la presencia de síntomas depresivos o SBO.

Conclusiones: La coexistencia entre SBO y síntomas depresivos fue 32,9% y debe tenerse en cuenta para desarrollar investigaciones e intervenciones en esta población médica para reducir su presentación y las derivadas complicaciones³¹

³¹Mariños, Alejandro; Otero, Miluska; Málaga, Germán; tomateo, Jorge. “Coexistencia de síndrome de Burnout y síntomas depresivos en médicos residentes. Estudio descriptivo transversal en un Hospital Nacional de Lima”. Revista Médica Herediana; 2011.

c. TÍTULO

“Relación entre el Síndrome de Burnout y el Nivel de Funcionamiento Familiar en el personal de salud del servicio de Emergencia de HNCASE y Hospital de Yanahuara en Enero, Febrero del 2013”.

AUTOR:

Luigui Juan Carlos Alvarez Paredes

FUENTE: Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano Universidad Católica de Santa María.

RESUMEN:

Objetivo: El objetivo de nuestra investigación fue determinar la relación entre los síntomas del síndrome de Burnout y el Nivel de Funcionamiento Familiar en el personal de salud del servicio de Emergencia de HNCASE y Hospital de Yanahuara de Arequipa.

Métodos: este trabajo es un estudio observacional, descriptivo, transversal y de relación. Se realizó durante el mes de Enero-Febrero del 2013; siendo escuestados 104 profesionales (Medicos:45, Enfermeras: 59), de una población de 159, utilizando como instrumentos la Escala de Maslach para el Síndrome de Burnout y el cuestionario de APGAR familiar, Los resultados obtenidos se sometieron a análisis estadísticos, mediante la aplicación de Chi cuadrado y del coeficiente de correlacion de Spearman.

Resultados: De los 104 trabajadores, 26,92% fueron médicos varones y el 53,85% fueron enfermeras. El 46,15% de casos tuvieron de 41 a 45 años, con 25% de profesionales con más de esa edad. Un 76,92% de trabajadores fueron casados, 12,50% separados, con 5,77% de solteros y 4,81% viudos, el 33,65% de trabajadores tuvieron menos de 4 años de trabajo, 44,23 de 4 a 6 años, y 22,12% mas de 6 años laborando en la institución, se encontró un diagnóstico de Síndrome de Burnout en 21,15% del total de trabajadores, y se identificó que 82,69% de familiar fueron funcionales, con 10,58% de familias moderadamente disfuncionales y 6,73% de familias fuertemente disfuncionales. Hubo una relación significativa (coeficiente $R= 0,37$, $p < 0,05$) entre el Burnout y el

funcionamiento familiar, con una alta proporción de función familiar adecuada entre trabajadores sin Burnout (69,23%) y del 6,73% con familias disfuncionales, 3,85% tuvieron Burnout.

Conclusión: La presencia de Burnout en trabajadores médicos y enfermeras de los hospitales HNCASE y Yanahuara de Essalud se relaciona de manera significativa con disfunción familiar³²



³²Álvarez Paredes, Luigui Juan Carlos. “Relación entre el Síndrome de Burnout y el Nivel de Funcionamiento Familiar en el personal de salud del servicio de Emergencia de HNCASE y Hospital de Yanahuara en Enero, Febrero del 2013”. Cybertesis; 2011.

d. TÍTULO

“Clima organizacional, Síndrome de Burnout y afrontamiento en trabajadores de un Hospital Oncológico de Arequipa”.

AUTOR:

Walter L. Arias Gallegos*, Jonathan Zegarra Valdivia

FUENTE: Revista de Psicología (2013). Vol 1, pp. 37-55.

RESUMEN:

El objetivo de este estudio fue la valoración del clima organizacional en el Hospital Regional de enfermedades Neoplásicas de Arequipa (IREN-SUR), además de evaluar el síndrome de burnout y los estilos de afrontamiento en los trabajadores, para luego establecer correlaciones entre estas variables. Fueron evaluados 93 trabajadores del hospital (67.7% mujeres y 32.3% varones) con un rango de edad entre 19 y 62 años, con una edad promedio de 34 años. Los trabajadores administrativos hacen el 57% de la muestra y el restante 43% lo constituyen el personal de salud. Se utilizaron tres instrumentos: el Cuestionario de Clima Organizacional, el Inventario de Burnout de Maslach y el Cuestionario de Conductas de Afrontamiento en Situaciones de Estrés. Los resultados señalan que existen un clima organizacional óptimo y bajos niveles de síndrome de burnout en la gran mayoría de trabajadores. Sin embargo, el reconocimiento y el sueldo fueron los aspectos menos satisfactorios. No se encontraron relaciones significativas entre clima organizacional y burnout, pero sí entre clima organizacional y el estilo de afrontamiento activo, que fue el más predominante. Asimismo, el afrontamiento activo se relaciona con la edad, el sexo, el estado civil, el número de hijos y el tipo de trabajo que se realiza.³³

³³Arias Gallegos, Walter; Zegarra Valdivia Jonathan. “Clima organizacional, Síndrome de Burnout y afrontamiento en trabajadores de un Hospital Oncológico de Arequipa”. Revista de Psicología; 2013.

3. HIPÓTESIS

Dado que los profesionales de la salud presentan actividades laborales de alto esfuerzo intelectual y físico.

Es probable encontrar una relación significativa entre las características epidemiológicas y el Síndrome de Burnout en Médicos y Obstetras del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado.





CAPÍTULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

CAPÍTULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

VARIABLE	INDICADORES	TÉCNICA	INSTRUMENTO
Características epidemiológicas	<ul style="list-style-type: none"> - Edad - Sexo - Estado civil - Tipo de profesional de salud - Tiempo de servicio 	Técnica de comunicación. (Cuestionario)	Instrumento documental. (Ficha de preguntas) (Anexo 2)
Síntomas del Síndrome de Burnout	<ul style="list-style-type: none"> - Cansancio o agotamiento emocional - Despersonalización - Logro personal 	Técnica de comunicación. (Cuestionario)	Test de Maslach Burnout Inventory (Anexo 1)

2. Campo de verificación

2.1. **Ubicación espacial:** El estudio se realizó en el Hospital Regional Honorio de Arequipa, en el Servicio de Gineco-Obstetricia.

2.2. Ubicación temporal:

2.2.1. **Cronología:** Abril – Julio del 2015.

2.2.2. **Visión temporal:** Prospectivo.

2.2.3. **Corte temporal:** Transversal.

2.3. Unidades de estudio:

2.3.1. Universo Cuantitativo:

Está representado por Médicos asistentes y Obstetras del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa.

Médicos asistentes: 24

Obstetras: 25

2.3.2. Universo Cualitativo:

Criterios de selección:

– **Criterios de inclusión**

- Médicos Asistentes y obstetras que deseen participar en la investigación.

– **Criterios de exclusión**

- Médicos en adiestramiento.
- Enfermeras
- Internos de Medicina
- Internos de Obstetricia
- Técnicos de enfermería
- Personal de limpieza

No se realizó muestreo.

3. Estrategia de Recolección de datos

3.1. Organización

El proyecto de investigación se presentó a la Facultad de Obstetricia y Puericultura solicitando dictamen.

Seguidamente se solicitó autorización al Director General del Hospital Regional Honorio Delgado.

Los médicos y obstetras que desearon participar en la investigación firmaron el consentimiento informado. Luego se aplicó el instrumento. (Ver Anexo).

Finalmente se realizó el análisis estadístico para efectuar el informe final de tesis.

3.2. Criterios para manejo de resultados

a) A nivel de recolección

Se registró la información manualmente en la matriz elaborada para el presente proyecto donde consignamos las características epidemiológicas y el Test Maslach Burnout Inventory.

b) Plan de Procesamiento

Los datos registrados en el Anexo 1 fueron codificados y tabulados para su análisis e interpretación.

c) Plan de Clasificación:

Se empleó una matriz de sistematización de datos del programa SEUSS.

d) Plan de Codificación:

Se procedió a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala nominal y ordinal para facilitar el ingreso de datos.

e) Plan de Recuento.

El recuento de los datos fue electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

f) Plan de análisis

Se empleó estadística descriptiva con medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas; las variables categóricas se presentan como frecuencias (absolutas y relativas). La relación entre variables cualitativas se evaluó mediante el cálculo de chi cuadrado; el nivel de significancia elegido es $p < 0.05$. Para el análisis de datos se empleó la hoja de cálculo de Excel 2013 con su complemento analítico y el paquete estadístico SPSS v.22.0.



CAPÍTULO III

RESULTADOS

**RELACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y SÍNDROME DE
BURNOUT EN MÉDICOS Y OBSTETRAS - SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA -
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA. AREQUIPA. 2015**

Características epidemiológicas del personal

Tabla 1

Distribución del personal del área de Gineco-Obstetricia según edad

Edad (años)	N°	%
30-39 a	7	14.3%
40-49 a	15	30.6%
50-59 a	22	44.9%
60-69 a	5	10.2%
Total	49	100.0%

Fuente: Elaboración Personal

Interpretación: De los 49 trabajadores, el 30.6% tuvieron de 40 a 49 años, con 44.9% de trabajadores con 50 a 59 años.

La edad promedio del personal es de 49.04 años con rango entre los 30 y los 65 años.

**RELACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y SÍNDROME DE
BURNOUT EN MÉDICOS Y OBSTETRAS - SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA -
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA. AREQUIPA. 2015**

Tabla 2

Distribución del personal del área de Gineco-Obstetricia según sexo

Sexo	N°	%
Varones	19	38.8%
Mujeres	30	61.2%
Total	49	100.0%

Fuente: Elaboración Personal

Interpretación: El 38.8% de trabajadores son varones y 61.2% mujeres.

**RELACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y SÍNDROME DE
BURNOUT EN MÉDICOS Y OBSTETRAS - SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA -
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA. AREQUIPA. 2015**

Tabla 3

Distribución del personal del área de Gineco-Obstetricia según estado civil

E. civil	N°	%
Soltero	10	20.4%
Casado	34	69.4%
Divorciado	3	6.1%
Viudo	2	4.1%
Total	49	100.00%

Fuente: Elaboración Personal

Interpretación: El estado civil predominante es de casados en 69.4 de casos, soltero en 20.4%, divorciados en 6.1% y viudos en 4.1%.

**RELACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y SÍNDROME DE
BURNOUT EN MÉDICOS Y OBSTETRAS - SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA -
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA. AREQUIPA. 2015**

Tabla 4

Distribución del personal del área de Gineco-Obstetricia según ocupación

Profesión	N°	%
Obstetra	25	51.0%
Médico	24	49.0%
Total	49	100.0%

Fuente: Elaboración Personal

Interpretación: La ocupación del 51.02% de trabajadores es obstetra, y el 49.0% del personal es médico asistente.

**RELACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y SÍNDROME DE
BURNOUT EN MÉDICOS Y OBSTETRAS - SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA -
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA. AREQUIPA. 2015**

Tabla 5

**Distribución del personal del área de Gineco-Obstetricia según tiempo de
servicio**

T. trabajo	N°	%
< 10 a	7	14.3%
10-19 a	14	28.6%
20-29 a	13	26.5%
30-39 a	15	30.6%
Total	49	100.0%

Fuente: Elaboración Personal

Interpretación: El tiempo de servicio en el personal evaluado es de 30 a 39 años en 30.6%, y de menos de 20 años en 42.9% de casos; el tiempo promedio de servicio fue de 20.8 años con rango entre los 4 y 37 años.

**RELACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y SÍNDROME DE
BURNOUT EN MÉDICOS Y OBSTETRAS - SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA -
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA. AREQUIPA. 2015**

Síntomas del síndrome de burnout en el personal

Tabla 6

Prevalencia de Burnout en función a los síntomas más negativos

Síntomas	N°	%
Los tres síntomas	1	2.0%
Al menos dos	2	4.1%
Un síntoma	32	65.3%
Ninguno	14	28.6%
Total	49	100.0%

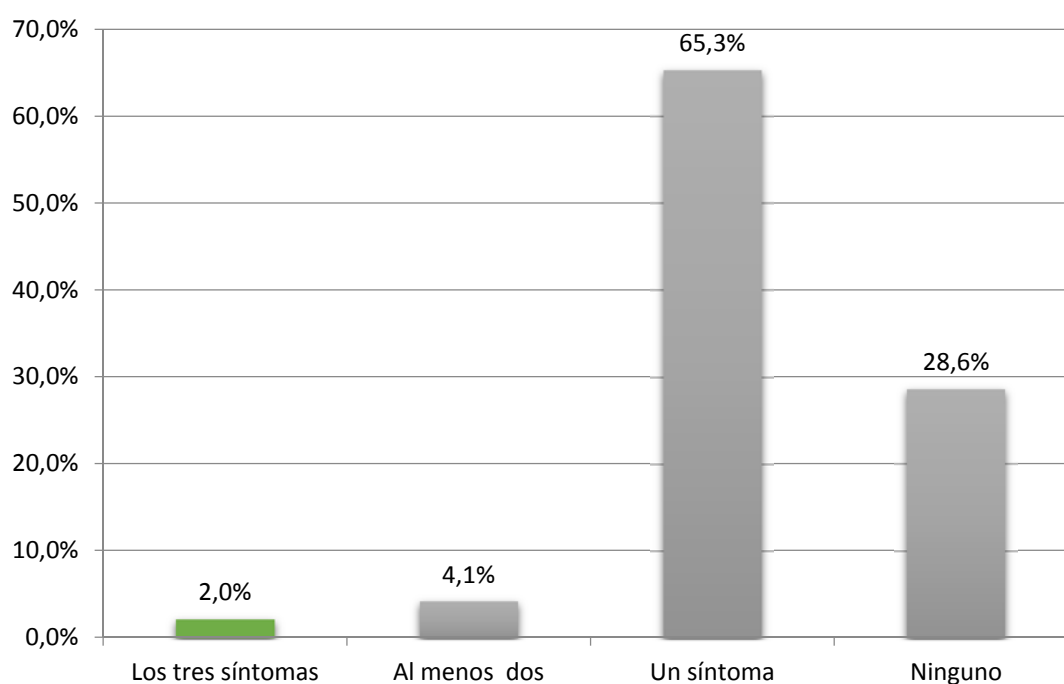
Fuente: Elaboración Personal

Interpretación: La prevalencia de síndrome de burnout, definida por los tres síntomas con niveles alterados (nivel alto de cansancio emocional, nivel alto de despersonalización y nivel bajo de realización personal), fue de 2.0%: presentaron al menos 2 síntomas el 4.1%, al menos un síntoma el 65.3%, y no presentaron síntomas de burnout en niveles altos el 28.6%

**RELACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y SÍNDROME DE
BURNOUT EN MÉDICOS Y OBSTETRAS - SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA -
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA. AREQUIPA. 2015**

Gráfico 6

Prevalencia de burnout en función a los síntomas más negativos



**RELACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y SÍNDROME DE
BURNOUT EN MÉDICOS Y OBSTETRAS - SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA -
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA. AREQUIPA. 2015**

Tabla 7

**Severidad de los síntomas de burnout en el personal del área de Gineco-
Obstetricia**

	Alto		Intermedio		Bajo	
	N°	%	N°	%	N°	%
Cansancio emocional	3	6.1%	6	12.2%	40	81.6%
Despersonalización	8	16.3%	13	26.5%	28	57.1%
Realización personal	28	57.1%	14	28.6%	7	14.3%

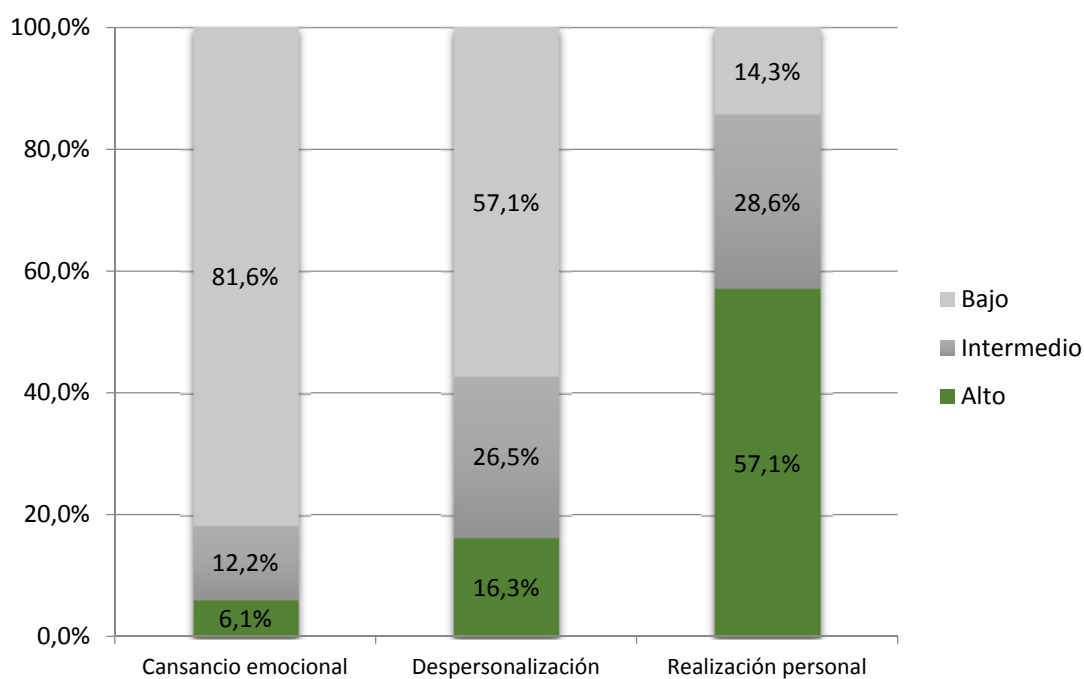
Fuente: Elaboración Personal

Interpretación: De los síntomas de burnout, el 6.1% presentó niveles altos de cansancio emocional 16.3% niveles altos de despersonalización y 14.3% niveles bajos de realización personal.

**RELACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y SÍNDROME DE
BURNOUT EN MÉDICOS Y OBSTETRAS - SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA -
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA. AREQUIPA. 2015**

Gráfico 7

**Severidad de los síntomas de burnout en el personal del área de Gineco-
Obstetricia**



**RELACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y SÍNDROME DE
BURNOUT EN MÉDICOS Y OBSTETRAS - SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA -
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA. AREQUIPA. 2015**

Relación entre síntomas del burnout y las características epidemiológicas

Tabla 8

Relación entre cansancio emocional y las características epidemiológicas: edad

Edad (años)	Total	Bajo		Intermedio		Alto	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
30-39 a	7	6	85.7%	1	14.3%	0	0.0%
40-49 a	15	11	73.3%	2	13.3%	2	13.3%
50-59 a	22	18	81.8%	3	13.6%	1	4.5%
60-69 a	5	5	100.0%	0	0.0%	0	0.0%
Total	49	40	81.6%	6	12.2%	3	6.1%

Chi² = 3.13 G. libertad = 6 p = 0.79 (> 0.05; NS)

Fuente: Elaboración Personal

Interpretación: No se encontró relación entre el cansancio emocional y la edad de los trabajadores, ya que se encontraron niveles similares entre los diferentes grupos de edad (p > 0.05).

**RELACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y SÍNDROME DE
BURNOUT EN MÉDICOS Y OBSTETRAS - SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA -
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA. AREQUIPA. 2015**

Tabla 9

Relación entre cansancio emocional y las características epidemiológicas: sexo

Sexo	Total	Bajo		Intermedio		Alto	
		N°	%	N°	%	N°	%
Varones	19	15	78.9%	2	10.5%	2	10.5%
Mujeres	30	25	83.3%	4	13.3%	1	3.3%
Total	49	40	81.6%	6	12.2%	3	6.1%

Chi² = 1.09 G. libertad = 2 p = 0.58 (> 0.05; NS)

Fuente: Elaboración Personal

Interpretación: No se encontró relación entre el cansancio emocional y el sexo de los trabajadores, ya que se encontraron niveles similares entre varones y mujeres ($p > 0.05$).

**RELACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y SÍNDROME DE
BURNOUT EN MÉDICOS Y OBSTETRAS - SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA -
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA. AREQUIPA. 2015**

Tabla 10

Relación entre cansancio emocional y las características epidemiológicas: estado civil

E. civil	Total	Bajo		Intermedio		Alto	
		N°	%	N°	%	N°	%
Soltero	10	7	70.0%	3	30.0%	0	0.0%
Casado	34	28	82.4%	3	8.8%	3	8.8%
Divorciado	3	3	100.0%	0	0.0%	0	0.0%
Viudo	2	2	100.0%	0	0.0%	0	0.0%
Total	49	40	81.6%	6	12.2%	3	6.1%

Chi² = 5.22 G. libertad = 6 p = 0.52 (> 0.05; NS)

Fuente: Elaboración Personal

Interpretación: No se encontró relación entre el cansancio emocional y el estado civil de los trabajadores, ya que se encontraron niveles similares entre los diferentes grupos (p > 0.05).

**RELACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y SÍNDROME DE
BURNOUT EN MÉDICOS Y OBSTETRAS - SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA -
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA. AREQUIPA. 2015**

Tabla 11

**Relación entre cansancio emocional y las características epidemiológicas:
profesión**

Profesión	Total	Bajo		Intermedio		Alto	
		N°	%	N°	%	N°	%
Obstetra	25	21	84.0%	4	16.0%	0	0.0%
Médico	24	19	79.2%	2	8.3%	3	12.5%
Total	49	40	81.6%	6	12.2%	3	6.1%

Chi² = 3.75 G. libertad = 2 p = 0.15 (> 0.05; NS)

Fuente: Elaboración Personal

Interpretación: No se encontró relación entre el cansancio emocional y la ocupación de los trabajadores, ya que se encontraron niveles similares entre médicos y obstetras ($p > 0.05$).

**RELACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y SÍNDROME DE
BURNOUT EN MÉDICOS Y OBSTETRAS - SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA -
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA. AREQUIPA. 2015**

Tabla 12

**Relación entre cansancio emocional y las características epidemiológicas:
tiempo de servicio**

T. servicio	Total	Bajo		Intermedio		Alto	
		N°	%	N°	%	N°	%
< 10 a	7	5	71.43%	1	14.29%	1	14.29%
10-19 a	14	12	85.7%	1	7.1%	1	7.1%
20-29 a	13	10	76.9%	2	15.4%	1	7.7%
30-39 a	15	13	86.7%	2	13.3%	0	0.0%
Total	49	40	81.6%	6	12.2%	3	6.1%

Chi² = 2.40 G. libertad = 6 p = 0.88 (> 0.05; NS)

Fuente: Elaboración Personal

Interpretación: No se encontró relación entre el cansancio emocional y el tiempo de servicio de los trabajadores, ya que se encontraron niveles similares entre los diferentes grupos (p > 0.05).

**RELACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y SÍNDROME DE
BURNOUT EN MÉDICOS Y OBSTETRAS - SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA -
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA. AREQUIPA. 2015**

Tabla 13

Relación entre despersonalización y las características epidemiológicas: edad

Edad	Total	Bajo		Intermedio		Alto	
		N°	%	N°	%	N°	%
30-39 a	7	3	42.9%	3	42.9%	1	14.3%
40-49 a	15	12	80.0%	1	6.7%	2	13.3%
50-59 a	22	9	40.9%	8	36.4%	5	22.7%
60-69 a	5	4	80.0%	1	20.0%	0	0.0%
Total	49	28	57.1%	13	26.5%	8	16.3%

Chi² = 8.38 G. libertad = 6 p = 0.21 (> 0.05; NS)

Fuente: Elaboración Personal

Interpretación: No se encontró relación entre la despersonalización y la edad del personal, ya que se encontraron niveles similares entre los diferentes grupos ($p > 0.05$).

**RELACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y SÍNDROME DE
BURNOUT EN MÉDICOS Y OBSTETRAS - SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA -
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA. AREQUIPA. 2015**

Tabla 14

Relación entre despersonalización y las características epidemiológicas: sexo

Sexo	Total	Bajo		Intermedio		Alto	
		N°	%	N°	%	N°	%
Varones	19	13	68.4%	3	15.8%	3	15.8%
Mujeres	30	15	50.0%	10	33.3%	5	16.7%
Total	49	28	57.1%	13	26.5%	8	16.3%

Chi² = 2.05 G. libertad = 2 p = 0.36 (> 0.05; NS)

Fuente: Elaboración Personal

Interpretación: No se encontró relación entre la despersonalización y el sexo del personal, ya que se encontraron niveles similares entre varones y mujeres (p > 0.05).

**BURNOUT EN MÉDICOS Y OBSTETRAS - SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA -
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA. AREQUIPA. 2015**

Tabla 15

Relación entre despersonalización y las características epidemiológicas: estado civil

E. civil	Total	Bajo		Intermedio		Alto	
		N°	%	N°	%	N°	%
Soltero	10	5	50.0%	3	30.0%	2	20.0%
Casado	34	20	58.8%	9	26.5%	5	14.7%
Divorciado	3	2	66.7%	1	33.3%	0	0.0%
Viudo	2	1	50.0%	0	0.0%	1	50.0%
Total	49	28	57.1%	13	26.5%	8	16.3%

Chi² = 2.82 G. libertad = 6 p = 0.83 (> 0.05; NS)

Fuente: Elaboración Personal

Interpretación: No se encontró relación entre la despersonalización y el estado civil del personal, ya que se encontraron niveles similares entre los diferentes grupos (p > 0.05).

**RELACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y SÍNDROME DE
BURNOUT EN MÉDICOS Y OBSTETRAS - SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA -
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA. AREQUIPA. 2015**

Tabla 16

**Relación entre despersonalización y las características epidemiológicas:
profesión**

Profesión	Total	Bajo		Intermedio		Alto	
		N°	%	N°	%	N°	%
Obstetra	25	13	52.0%	9	36.0%	3	12.0%
Médico	24	15	62.5%	4	16.7%	5	20.8%
Total	49	28	57.1%	13	26.5%	8	16.3%

Chi² = 2.55 G. libertad = 2 p = 0.28 (> 0.05; NS)

Fuente: Elaboración Personal

Interpretación: No se encontró relación entre la despersonalización y la ocupación del personal, ya que se encontraron niveles similares entre médicos y obstetras ($p > 0.05$).

**RELACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y SÍNDROME DE
BURNOUT EN MÉDICOS Y OBSTETRAS - SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA -
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA. AREQUIPA. 2015**

Tabla 17

**Relación entre despersonalización y las características epidemiológicas: tiempo
de servicio**

T. servicio	Total	Bajo		Intermedio		Alto	
		N°	%	N°	%	N°	%
< 10 a	7	3	42.9%	3	42.9%	1	14.3%
10-19 a	14	11	78.6%	1	7.1%	2	14.3%
20-29 a	13	7	53.8%	3	23.1%	3	23.1%
30-39 a	15	7	46.7%	6	40.0%	2	13.3%
Total	49	28	57.1%	13	26.5%	8	16.3%

Chi² = 14.96 G. libertad = 6 p = 0.43 (> 0.05; NS)

Fuente: Elaboración Personal

Interpretación: No se encontró relación entre la despersonalización y el tiempo de servicio del personal, ya que se encontraron niveles similares entre los diferentes grupos (p > 0.05).

**RELACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y SÍNDROME DE
BURNOUT EN MÉDICOS Y OBSTETRAS - SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA -
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA. AREQUIPA. 2015**

Tabla 18

Relación entre realización personal y las características epidemiológicas: edad

Edad	Total	Alto		Intermedio		Bajo	
		N°	%	N°	%	N°	%
30-39 a	7	0	0.0%	2	28.6%	5	71.4%
40-49 a	15	2	13.3%	6	40.0%	7	46.7%
50-59 a	22	5	22.7%	6	27.3%	11	50.0%
60-69 a	5	0	0.0%	0	0.0%	5	100.0%
Total	49	7	14.3%	14	28.6%	28	57.1%

Chi² = 7.29 G. libertad = 6 p = 0.29 (> 0.05; NS)

Fuente: Elaboración Personal

Interpretación: No se encontró relación entre la realización personal y la edad del personal, ya que se encontraron niveles similares entre los diferentes grupos ($p > 0.05$).

**RELACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y SÍNDROME DE
BURNOUT EN MÉDICOS Y OBSTETRAS - SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA -
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA. AREQUIPA. 2015**

Tabla 19

Relación entre realización personal y las características epidemiológicas: sexo

Sexo	Total	Alto		Intermedio		Bajo	
		N°	%	N°	%	N°	%
Varones	19	1	5.3%	6	31.6%	12	63.2%
Mujeres	30	6	20.0%	8	26.7%	16	53.3%
Total	49	7	14.3%	14	28.6%	28	57.1%

Chi² = 2.06

G. libertad = 2

p = 0.36 (> 0.05; NS)

Fuente: Elaboración Personal

Interpretación: No se encontró relación entre la realización personal y el sexo de los trabajadores, ya que se encontraron niveles similares entre varones y mujeres (p > 0.05).

**RELACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y SÍNDROME DE
BURNOUT EN MÉDICOS Y OBSTETRAS - SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA -
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA. AREQUIPA. 2015**

Tabla 20

**Relación entre realización personal y las características epidemiológicas: estado
civil**

E. civil	Total	Alto		Intermedio		Bajo	
		N°	%	N°	%	N°	%
Soltero	10	1	10.0%	4	40.0%	5	50.0%
Casado	34	4	11.8%	8	23.5%	22	64.7%
Divorciado	3	1	33.3%	1	33.3%	1	33.3%
Viudo	2	1	50.0%	1	50.0%	0	0.0%
Total	49	7	14.3%	14	28.6%	28	57.1%

Chi² = 5.80 G. libertad = 6 p = 0.45 (> 0.05; NS)

Fuente: Elaboración Personal

Interpretación: No se encontró relación entre la realización personal y el estado civil de los trabajadores, ya que se encontraron niveles similares entre los diferentes grupos (p > 0.05).

**RELACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y SÍNDROME DE
BURNOUT EN MÉDICOS Y OBSTETRAS - SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA -
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA. AREQUIPA. 2015**

Tabla 21

**Relación entre realización personal y las características epidemiológicas:
profesión**

Profesión	Total	Alto		Intermedio		Bajo	
		N°	%	N°	%	N°	%
Obstetra	25	4	16.0%	6	24.0%	15	60.0%
Médico	24	3	12.5%	8	33.3%	13	54.2%
Total	49	7	14.3%	14	28.6%	28	57.1%

Chi² = 0.55 G. libertad = 2 p = 0.76 (> 0.05; NS)

Fuente: Elaboración Personal

Interpretación: No se encontró relación entre la realización personal y la ocupación del personal, ya que se encontraron niveles similares entre médicos y obstetras (p > 0.05).

**RELACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y SÍNDROME DE
BURNOUT EN MÉDICOS Y OBSTETRAS - SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA -
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA. AREQUIPA. 2015**

Tabla 22

Relación entre realización personal y las características epidemiológicas: tiempo de servicio

T. servicio	Total	Alto		Intermedio		Bajo	
		N°	%	N°	%	N°	%
< 10 a	7	1	14.29%	1	14.29%	5	71.43%
10-19 a	14	2	14.3%	7	50.0%	5	35.7%
20-29 a	13	2	15.4%	3	23.1%	8	61.5%
30-39 a	15	2	13.3%	3	20.0%	10	66.7%
Total	49	7	14.3%	14	28.6%	28	57.1%

Chi² = 4.95 G. libertad = 6 p = 0.55 (> 0.05; NS)

Fuente: Elaboración Personal

Interpretación: No se encontró relación entre la realización personal y el tiempo de servicio de los trabajadores, ya que se encontraron niveles similares entre los diferentes grupos (p > 0.05).



CAPÍTULO IV
DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

El burnout, es un efecto a largo plazo del estrés crónico y se da en trabajos que presentan un contacto personal agudo, donde el apoyo del profesional se vuelve imprescindible; dichas profesiones son principalmente las de la salud y el magisterio

Se considera que la prevención del *burnout* es el enfoque más eficaz para evitar un deterioro que no siempre es subsanable. Entre los mecanismos de enfrentamiento que han sido descritos se destacan: el apoyo emocional de personas cercanas, consulta con los colegas, mejoramiento de la relación con los profesionales y compañeros; juego, recreativo y actividades de ocio (Looney *et al.*, 1980, citados por Moreno-Jiménez y Peñacoba 1999).

El presente estudio buscó establecer la relación entre las características epidemiológicas y síndrome de burnout en médicos y obstetras - Servicio de Gineco-Obstetricia - Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza. Arequipa. 2015. El estudio es importante debido a que se pudo conocer la prevalencia del Síndrome de Burnout en los profesionales, así como establecer la frecuencia de cada uno de los tres síntomas. Para la realización del estudio se aplicó una ficha de datos y el Inventario de Burnout de Maslach (MBI). Los resultados se muestran mediante estadística descriptiva y se relacionan variables cualitativas mediante prueba de independencia chi cuadrado, considerando significativa una diferencia de $p < 0.05$.

Se puede observar que las características epidemiológicas en médicos y obstetras del área de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza muestran una edad promedio de 49 años, con mayor número de mujeres, de estado civil casados, con mayor proporción de obstetras y con tiempo de trabajo de casi 20 años; estos resultados coinciden con lo reportado por Milagros Dueñas y colaboradores al analizar el grado de desgaste profesional en médicos de la ciudad de Tacna donde la edad media fue de $42,7 \pm 8,6$ años; 78% casados y con más de 10 años de antigüedad. Asimismo los resultados se asemejan con los descritos por Luigui Juan Carlos Alvarez Paredes en su estudio realizado en el servicio de Emergencia de HNCASE y Hospital de Yanahuara en el 2013 donde el 46,15% de casos tuvieron de 41 a 45 años, un

76,92% de trabajadores fueron casados; pero solo el 22,12% tuvo más de 6 años laborando en la institución.

La prevalencia de Síndrome de Burnout en médicos y obstetras del área de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza fue de 2%, menor al encontrado en la investigación realizada por Luigui Juan Carlos Alvarez Paredes (21,15%), esto podría deberse, a el servicio donde se aplicó el test; ya que el servicio de emergencias, se ve expuesto a factores más estresantes como pacientes más delicados, accidentados y a la vez donde se deben tomar decisiones más rápidas, en situaciones más complicadas. Asimismo, se encontró que el 65.3% de los encuestados, tenían al menos uno de los síntomas de burnout alterados, bastante mayor al encontrado por Milagros Dueñas y colaboradores en médicos de la ciudad de Tacna (15%), por lo cual es probable sea consecuencia de la conflictividad sociolaboral y familia, que describió la autora. Por otro lado la presente investigación observamos niveles altos de cansancio emocional en el grupo etareo de 40 a 49, en cuanto a sexo un mayor porcentaje en varones (10.5%) casi 3 veces comparado al de mujeres (3.3%). En cuanto a los niveles altos de cansancio emocional relacionado al estado civil, observamos que los profesionales casados cuentan con un 8.8% , mientras que el resto de grupos, no presenta niveles altos de dicho síntoma, esto podría deberse a la carga familiar, dependiente del número de hijos, relación conyugal y además la situación económica; agregada al trabajo ejercido diariamente y al clima laboral. Según su profesión hallamos que los médicos asistentes, son quienes tienen un nivel alto de cansancio emocional (12.5%), comparado a las obstetras, quienes solo presentan niveles bajos e intermedios; esto podría darse a que los médicos, en su mayoría, no solo trabajan en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, sino que también cuentan, con consultorios de forma particular y en cuanto a la relación de este síntoma con tiempo de servicio, observamos que el mayor porcentaje se ve en profesionales que trabajan menos de 10 años en el servicio (14.3%), podría ser debido a que se ve más presionados y preocupados por perder el trabajo, además de sentir mayor tensión en desempeño de sus labores, mientras quienes llevan más años laborando, llegan a tener una rutina y estar acostumbrados, por lo cual no reflejan niveles altos de este síntoma.

Evaluando por los valores altos del síntoma de despersonalización, enfocándolo en la edad encontramos que no hay gran diferencia entre los diferentes grupos etareos, así como grupos divididos por sexo y por profesión. En cuanto al estado civil, este síntoma, presenta niveles altos en personas solteras (20%) y casadas (14.7).

Guiándonos por el síntoma de realización personal y la edad, se hallaron bajos niveles en profesionales mayores de 60 años, podría ser producto a que mientras más avanza la edad, las personas sentimos que no hemos alcanzado ciertas metas trazadas y nos sentimos descontentos con lo logrado. Por otro lado en cuanto a grupos divididos por sexo estado civil, profesión y tiempo de servicio.





CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

CONCLUSIONES

- Primero.** Las características epidemiológicas en médicos y obstetras del área de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en Julio del 2015 muestran una edad promedio de 49 años, con mayor número de mujeres, de estado civil casados, con mayor proporción de obstetras y con tiempo de trabajo de casi 20 años.
- Segundo.** La prevalencia de Síndrome de Burnout en médicos y obstetras del área de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en Julio del 2015 es de 2%.
- Tercero.** Hubo una frecuencia de 6.1% de cansancio emocional, 16.3% de despersonalización y 14.3% de baja realización personal en médicos y obstetras del área de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en Julio del 2015.
- Cuarto.** Ninguna de las características epidemiológicas estudiadas se relacionó con los síntomas del Síndrome de Burnout en médicos y obstetras del área de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en Julio del 2015.

SUGERENCIAS

- 1) Sugerimos que el Servicio de Gineco-Obstetricia, realice actividades de esparcimiento, que involucren tanto a médicos asistentes como a obstetras; logrando así un evitar la aparición de Síndrome de Burnout, mediante la mejora de las relaciones interpersonales.
- 2) Asimismo, crear una comisión, que coordine con la oficina de capacitación, la implementación de áreas destinadas a clases de relajación (Tai Chi, yoga, pilates, entre otros).
- 3) Por otro lado Asimismo, tanto el Colegio Médico, como el Colegio de Obstetras, pueden brindar cursos de capacitación, permitiendo atenuar el bajo nivel de realización personal.
- 4) Que los hallazgos del presente trabajo, permitan incluir en el contenido curricular de Programas Profesionales del área de Ciencias de la Salud, el tema de Síndrome de Burnout, buscando prevenir y como medio para capacitar a los estudiantes de pre-grado.
- 5) Y por último sugerimos, que se realice un Examen de Salud Mental anualmente a todos los profesionales que laboran en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza.

BIBLIOGRAFÍA

- ARRIVILLAGA QUINTERO, M.; CORREA SÁNCHEZ, D.; SALAZAR TORRES, I. Psicología de la salud, abordaje integral de la enfermedad crónica; 2007.
- BOSQUET, Marisa. Quemados: el Síndrome del Burnout: ¿qué es y cómo superarlo? Barcelona. Editorial Paidós; 2008
- EL-SAHILI, Luis Felipe. Burnout profesional. Editorial Helénica; 2011.
- FUERTES, José; CABRERA, José; SERRANO-GIL, Alfonso. Esquemas en ciencias forenses y derecho sanitario. Madrid: Ediciones Arán; 2006
- GÁLVEZ, M.; MORENO-JIMÉNEZ, B.; MINGOTE, J. El desgaste profesional del médico: revisión y guía de buenas prácticas. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 2009.
- GIL-MONTE, Pedro R. El síndrome de quemarse por el trabajo (*burnout*) una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. Madrid: Ediciones Pirámide; 2005.
- GONZÁLEZ BARÓN, M. Tratado de medicina paliativa y tratamiento de soporte del paciente con cáncer .2ªed. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2007.
- GONZÁLEZ BARÓN, M El Síndrome de Agotamiento Profesional en Oncología. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2008.
- LLANEZA, Francisco. Ergonomía y psicología aplicada. Manual para la formación del especialista.12ªed. España: Editorial Lex Nova.
- MINGOTE, José Carlos; PÉREZ CORRAL, Francisco. El estrés del médico: manual de autoayuda, Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 1999.
- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CUIDADOS PALIATIVOS. Guía de prevención de burnout para profesionales de cuidados paliativos. Madrid: Ediciones Arán; 2008
- STELLMAN, Jeanne. Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo. España: Ministerio de trabajo y asuntos sociales; 2000.

Hemerografía

- FONTÁN ATALAYA, Isabel. “Síndrome de Burnout en los ginecólogos del Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla (España)”. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*; 2008.
- MILLÁN-GONZÁLEZ, Ricardo; MESÉN-FAINARDI, Andrea. “Prevalencia del Síndrome de Desgaste en Médicos Residentes costarricenses”. *Biblioteca Virtual en Salud*; 2009.
- DUEÑAS, Milagros; MERMA, Luzbenia; UCHARICO Richard. “Prevalencia de Burnout en médicos de la ciudad de Tacna”. *Sociedad Científica de Peruana de Estudiantes de Medicina (SOCIPEM)*; 2003.
- MARIÑOS, Alejandro; OTERO, Miluska; MÁLAGA, Germán; TOMATEO, Jorge. “Coexistencia de síndrome de Burnout y síntomas depresivos en médicos residentes. Estudio descriptivo transversal en un Hospital Nacional de Lima”. *Revista Médica Herediana*; 2011.
- ÁLVAREZ PAREDES, Luigui Juan Carlos. “Relación entre el Síndrome de Burnout y el Nivel de Funcionamiento Familiar en el personal de salud del servicio de Emergencia de HNCASE y Hospital de Yanahuara en Enero, Febrero del 2013”. *Cybertesis*; 2011.
- ARIAS GALLEGOS, Walter; ZEGARRA VALDIVIA Jonathan. “Clima organizacional, Síndrome de Burnout y afrontamiento en trabajadores de un Hospital Oncológico de Arequipa”. *Revista de Psicología*; 2013.



Anexo 1:

ESCALA DE MASLACH

Señale la respuesta que crea oportuna sobre la frecuencia con que siente los enunciados: 0= NUNCA. 1= POCAS VECES AL AÑO O MENOS. 2= UNA VEZ AL MES O MENOS. 3= UNAS POCAS VECES AL MES. 4= UNA VEZ A LA SEMANA. 5= POCAS VECES A LA SEMANA. 6= TODOS LOS DÍAS.

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

Anexo 2:
CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS

Edad:

Sexo: M F

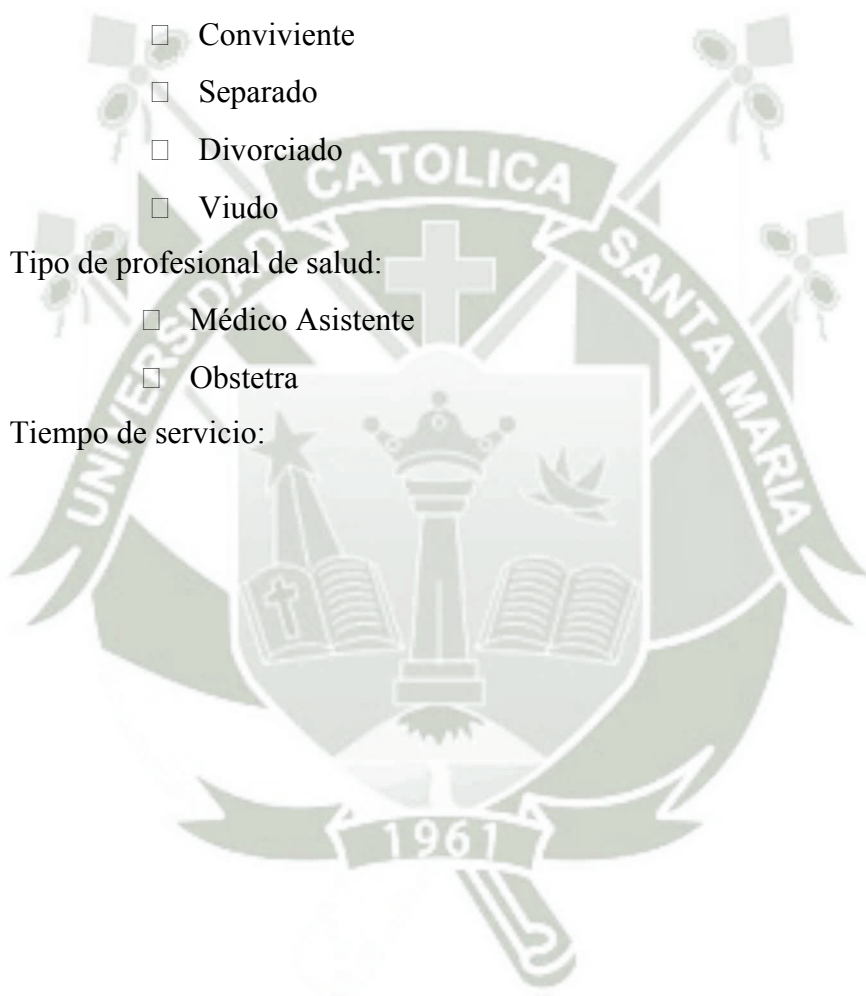
Estado civil:

- Soltero
- Casado
- Conviviente
- Separado
- Divorciado
- Viudo

Tipo de profesional de salud:

- Médico Asistente
- Obstetra

Tiempo de servicio:



Anexo 3:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN

Relación entre las características epidemiológicas y Síndrome de Burnout en profesional médico y Obstetras del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza. Arequipa. 2015.

INVESTIGADORES: Bachilleres en Obstetricia

Minaya Tejada Viviana Carolina.

Zárate Velásquez Jasmin Elisabeth.

LUGAR: Arequipa. Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza.

Usted ha sido invitado a participar en un estudio de investigación. Antes de que decida participar en este estudio, por favor lea este consentimiento cuidadosamente.

Realice las preguntas pertinentes.

PROPÓSITO DEL ESTUDIO:

Reconocer el Síndrome de Burnout en profesional médico y de obstetricia del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, asimismo establecer la relación que tiene este Síndrome con las características epidemiológicas del personal anteriormente mencionado

PARTICIPANTES DEL ESTUDIO:

Médicos asistentes y obstetras del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza. El estudio es completamente voluntario y se mantendrá la confidencialidad del mismo. Usted podrá abandonar el estudio en cualquier momento sin ser penalizado ni perder los beneficios de su centro laboral.

PROCEDIMIENTOS:

Si usted decide participar, el equipo de investigación concertará con usted fechas y horarios, requiriéndose de un máximo de 15 minutos donde se le proporcionarán 2 fichas de llenado.

CONSENTIMIENTO:

He leído la información de esta hoja de consentimiento, o se me ha leído de manera adecuada. Todas mis preguntas sobre el estudio y la participación han sido atendidas.

Nombre del Participante.

Fecha

**Firma del Participante.
principal.**

Firma del investigador

Anexo 4:

AUTORIZACIÓN Y PERMISO

Solicitamos: Autorización para ejecución del Proyecto de Investigación **Relación entre las Características Epidemiológicas y Síndrome de Burnout en Profesional Médico y Obstetras del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza. Arequipa. 2015.**

DR. CARLOS MEDINA LINARES

Director General del Hospital Regional Honorio Delgado

Nosotros Jasmin Elisabeth Zárate Velásquez, identificada con el DNI N° 71132552, Domiciliada en la Av. La Merced de Challapampa A1 del distrito Cerro Colorado de la Ciudad de Arequipa; Viviana Carolina Minaya Tejada identificada con el DNI N° 72189541 Domiciliada en la Calle América 602 del distrito Alto Selva Alegre de la ciudad de Arequipa, Egresadas de la Facultad de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Católica Santa María, Internas de Obstetricia del año 2014 del Hospital que Usted dirige, ante Usted Respetuosamente nos presentamos y decimos:

Que estando próximas a optar el Título de Licenciadas en Obstetricia por modalidad de Tesis, es solicitamos autorización para la ejecución del Proyecto de Investigación: **RELACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONAL MÉDICO Y OBSTETRAS DEL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA. AREQUIPA. 2015.**

El cual deseamos aplicar en las instalaciones del Hospital que Usted Dirige.
Por lo expuesto,

Rogamos a Usted acceder a nuestra solicitud

Arequipa, Junio del 2015.

Jasmin Elisabeth Zárate Velásquez
DNI N° 71132552

Viviana Carolina Minaya Tejada
DNI N° 72189541



Hospital Regional "Honorio Delgado" Arequipa
Dirección General



"AÑO DE LA DIVERSIFICACION PRODUCTIVA Y DEL FORTALECIMIENTO DE LA EDUCACION"

Oficio N° 2230 2015- GRA/GRS/GR-HRHD/DG

Señora
Viviana Carolina Minaya Tejada
Jasmin Elisabeth Zarate Velásquez

Presente.-

Asunto: Autorización Proyecto de Tesis
Ref. Registro . 00009306-2015

Es grato dirigir-me a usted para saludarlas muy cordialmente y visto el documento de la referencia , hago de su conocimiento que el Departamento de Gineco –Obstetricia de nuestro Hospital , accede a su solicitud para la realización del **Proyecto de Investigación Titulado Relacion Entre las Características Epidemiológicas y Síndrome de Burnout en Médicos y Obstétricas Servicio de Gineco –Obstetricia Hospital Regional Honorio Delgado –Arequipa 2015.**

Asi mismo, debo comunicarles que deberán presentarse en la oficina de Capacitación , Docencia e Investigación para la continuidad de los tramites y pago correspondiente ;ademas que deberán entregar un ejemplar del informe final del Trabajo de Investigación a la Oficina de Capacitacion en forma impresa y magnética , asi como al Departamento respectivo.

Atentamente

GOBIERNO REGIONAL AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
Hospital Regional Honorio Delgado

DR. CARLOS MEDINA LINARES
DIRECTOR GENERAL
C. 2230

CML/ta

Av. Daniel Alcides Carrón N° 505 – Cercado
Teléfonos: 054-233812 Dirección General
054-231818 – 054- 219702

Anexo 5:
MATRIZ DE DATOS

N°	Edad	Cat edad	Sexo	E civil	Profesión	T servicio	Cat T serv	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11	M12	M13	M14	M15	M16	M17	M18	M19	M20	M21	M22	CE	Nivel CE	DP	Nivel DP	RP	Nivel RP	Burnout
1	55	50-59 a	Fem	Soltero	Obstetra	30	30-39 a	0	0	1	6	0	0	6	0	6	1	1	6	0	0	0	0	6	6	6	0	1	1	1	Bajo	2	Bajo	43	Bajo	No
2	42	40-49 a	Mas	Casado	Médico	9	< 10 a	3	3	3	3	5	5	4	6	5	5	5	1	2	5	3	3	3	3	1	3	1	3	33	Alto	21	Alto	21	Alto	No
3	52	50-59 a	Mas	Casado	Médico	24	20-29 a	0	0	0	6	0	0	6	0	6	0	0	6	0	0	0	0	6	6	6	0	6	0	0	Bajo	0	Bajo	48	Bajo	No
4	40	40-49 a	Fem	Casado	Obstetra	24	20-29 a	5	3	6	5	0	1	6	3	6	0	0	5	0	1	6	5	6	6	6	1	6	0	25	Intermedio	7	Intermedio	46	Bajo	No
5	52	50-59 a	Fem	Casado	Obstetra	30	30-39 a	3	1	1	4	1	1	5	1	5	4	1	5	1	1	1	1	4	3	4	1	1	3	11	Bajo	8	Intermedio	31	Alto	No
6	52	50-59 a	Fem	Divorciado	Médico	16	10-19 a	0	0	0	0	1	1	6	1	1	1	1	6	0	0	1	1	6	6	6	1	0	0	4	Bajo	5	Bajo	31	Alto	No
7	53	50-59 a	Fem	Casado	Obstetra	28	20-29 a	1	0	1	6	0	1	6	1	6	2	1	6	0	0	0	2	1	2	6	0	1	0	6	Bajo	3	Bajo	34	Intermedio	No
8	54	50-59 a	Fem	Casado	Obstetra	27	20-29 a	0	0	0	6	0	1	6	0	6	1	0	6	0	0	6	0	6	6	6	0	1	0	1	Bajo	7	Intermedio	43	Bajo	No
9	46	40-49 a	Fem	Casado	Obstetra	21	20-29 a	1	0	1	6	0	1	5	2	6	2	2	6	1	0	0	1	5	5	6	1	1	1	8	Bajo	5	Bajo	40	Bajo	No
10	38	30-39 a	Fem	Casado	Médico	11	10-19 a	5	0	3	5	4	1	5	3	6	5	4	5	1	0	0	0	5	4	5	2	1	3	15	Bajo	15	Alto	36	Intermedio	No
11	54	50-59 a	Mas	Casado	Médico	20	20-29 a	3	1	3	6	1	5	6	5	5	3	2	6	6	1	0	1	6	5	5	5	3	5	30	Alto	11	Alto	42	Bajo	Si
12	47	40-49 a	Mas	Casado	Médico	16	10-19 a	1	0	1	6	0	0	6	0	6	0	1	6	0	1	0	0	6	1	6	0	1	1	3	Bajo	1	Bajo	38	Intermedio	No
13	46	40-49 a	Fem	Casado	Obstetra	15	10-19 a	3	0	1	6	0	1	6	0	6	0	0	6	0	0	0	0	6	6	1	0	0	0	5	Bajo	0	Bajo	37	Intermedio	No
14	56	50-59 a	Fem	Casado	Obstetra	31	30-39 a	0	0	0	6	1	1	6	0	6	0	1	6	0	0	0	0	6	6	6	0	1	0	1	Bajo	2	Bajo	43	Bajo	No
15	59	50-59 a	Fem	Casado	Obstetra	30	30-39 a	0	0	1	6	1	1	6	1	6	0	0	6	0	2	0	1	3	6	6	6	5	6	12	Bajo	7	Intermedio	44	Bajo	No
16	50	50-59 a	Fem	Casado	Obstetra	17	10-19 a	1	0	1	6	0	1	3	5	6	1	0	5	0	3	0	0	6	6	6	0	6	0	11	Bajo	1	Bajo	44	Bajo	No
17	63	60-69 a	Fem	Casado	Obstetra	35	30-39 a	2	0	1	6	0	2	6	2	6	2	0	5	0	0	0	1	6	5	6	0	2	0	8	Bajo	2	Bajo	42	Bajo	No
18	43	40-49 a	Fem	Soltero	Obstetra	21	20-29 a	0	0	1	6	0	1	5	1	4	0	2	6	1	1	0	0	6	6	6	2	1	0	7	Bajo	4	Bajo	40	Bajo	No
19	63	60-69 a	Mas	Casado	Médico	31	30-39 a	1	0	0	6	1	0	6	0	6	0	0	6	0	0	0	0	6	6	6	5	3	0	6	Bajo	6	Intermedio	45	Bajo	No
20	54	50-59 a	Fem	Viudo	Obstetra	31	30-39 a	0	0	3	3	3	0	6	6	6	9	3	6	3	0	0	0	6	6	4	0	0	0	12	Bajo	15	Alto	37	Intermedio	No
21	44	40-49 a	Fem	Casado	Médico	10	10-19 a	3	1	1	1	0	2	6	0	6	1	0	6	1	0	0	0	6	6	6	0	1	0	8	Bajo	1	Bajo	38	Intermedio	No
22	54	50-59 a	Fem	Soltero	Obstetra	25	20-29 a	2	0	1	3	1	5	2	3	1	5	2	3	2	1	1	2	1	6	5	4	5	1	20	Intermedio	13	Alto	26	Alto	No
23	52	50-59 a	Fem	Divorciado	Obstetra	21	20-29 a	1	0	1	6	0	0	6	1	6	1	1	6	1	0	0	0	6	6	6	0	1	0	4	Bajo	2	Bajo	43	Bajo	No
24	56	50-59 a	Fem	Casado	Obstetra	30	30-39 a	1	1	1	6	0	2	6	1	6	2	2	6	2	2	0	1	6	3	6	2	5	0	13	Bajo	6	Intermedio	44	Bajo	No
25	33	30-39 a	Mas	Casado	Médico	6	< 10 a	0	0	0	6	0	0	6	0	6	0	0	6	0	5	0	0	6	6	6	0	6	0	5	Bajo	0	Bajo	48	Bajo	No
26	53	50-59 a	Fem	Viudo	Obstetra	23	20-29 a	3	0	2	2	0	1	1	1	2	1	1	6	1	0	0	1	6	6	6	1	2	2	10	Bajo	3	Bajo	31	Alto	No
27	55	50-59 a	Fem	Soltero	Obstetra	32	30-39 a	1	0	0	3	3	1	6	0	5	0	6	6	1	2	0	0	6	5	6	0	0	0	5	Bajo	9	Intermedio	37	Intermedio	No
28	44	40-49 a	Mas	Soltero	Médico	15	10-19 a	3	1	0	6	0	1	6	1	6	1	1	6	1	0	0	0	6	6	6	1	5	2	8	Bajo	3	Bajo	47	Bajo	No
29	53	50-59 a	Fem	Soltero	Obstetra	24	20-29 a	1	0	1	6	0	1	1	1	3	3	1	6	0	3	1	0	6	6	6	3	0	3	10	Bajo	8	Intermedio	34	Intermedio	No
30	43	40-49 a	Fem	Soltero	Obstetra	25	20-29 a	1	0	0	6	0	0	6	0	6	0	0	6	0	0	0	0	6	6	6	0	1	0	1	Bajo	0	Bajo	43	Bajo	No
31	39	30-39 a	Mas	Casado	Médico	10	10-19 a	3	0	1	6	0	2	6	1	6	0	0	6	0	0	0	0	6	6	6	1	6	0	8	Bajo	1	Bajo	48	Bajo	No
32	41	40-49 a	Mas	Casado	Médico	15	10-19 a	0	0	0	6	1	2	6	1	6	1	1	6	0	0	0	1	6	6	5	1	2	0	5	Bajo	4	Bajo	43	Bajo	No
33	65	60-69 a	Mas	Casado	Médico	37	30-39 a	1	0	0	6	0	0	6	1	6	1	0	5	0	1	0	1	6	6	6	0	5	0	4	Bajo	1	Bajo	46	Bajo	No
34	45	40-49 a	Fem	Casado	Obstetra	7	< 10 a	1	0	1	6	0	1	6	2	6	1	0	6	0	1	0	1	6	6	6	0	2	0	7	Bajo	1	Bajo	44	Bajo	No
35	55	50-59 a	Fem	Casado	Obstetra	30	30-39 a	3	0	2	6	1	2	6	3	5	3	3	5	0	3	0	3	6	6	6	2	3	0	18	Bajo	9	Intermedio	43	Bajo	No
36	54	50-59 a	Fem	Soltero	Obstetra	31	30-39 a	1	0	1	5	0	1	1	1	6	3	1	6	5	3	6	5	3	5	5	5	4	1	22	Intermedio	15	Alto	35	Intermedio	No
37	35	30-39 a	Mas	Divorciado	Médico	6	< 10 a	1	0	0	5	2	1	6	3	5	2	2	5	0	4	0	3	4	5	5	1	4	1	13	Bajo	7	Intermedio	39	Intermedio	No
38	65	60-69 a	Mas	Casado	Médico	35	30-39 a	0	0	0	6	0	0	6	0	6	1	1	6	0	0	0	0	6	6	6	1	6	1	1	Bajo	3	Bajo	48	Bajo	No
39	62	60-69 a	Mas	Casado	Médico	33	30-39 a	1	0	0	1	0	1	6	3	6	1	0	6	1	0	0	0	6	6	6	1	6	0	7	Bajo	2	Bajo	43	Bajo	No
40	43	40-49 a	Fem	Casado	Médico	12	10-19 a	6	6	4	5	3	6	6	6	1	6	6	1	6	3	3	3	5	1	3	6	2	1	46	Alto	24	Alto	24	Alto	No
41	58	50-59 a	Mas	Casado	Médico	20	20-29 a	2	0	1	5	1	4	6	3	4	5	5	5	1	3	2	1	5	4	5	1	1	1	16	Bajo	14	Alto	35	Intermedio	No
42	30	30-39 a	Mas	Casado	Médico	6	< 10 a	2	1	0	6	0	1	6	1	6	1	1	6	0	5	0	0	6	6	6	1	1	1	11	Bajo	3	Bajo	43	Bajo	No
43	33	30-39 a	Fem	Soltero	Médico	4	< 10 a	3	1	0	6	0	1	6	2	6	4	3	6	3	0	0	1	6	6	5	0	1	0	11	Bajo	7	Intermedio	42	Bajo	No
44	34	30-39 a	Mas	Casado	Médico	9	< 10 a	1	1	3	6	2	1	5	3	6	3	1	6	2	5	1	1	6	6	6	2	1	2	19	Intermedio	9	Intermedio	42	Bajo	No
45	51	50-59 a	Fem	Casado	Obstetra	15	10-19 a	1	0	0	6	1	0	2	2	6	6	0	6	0	0	0	0	6	6	6	0	6	0	3	Bajo	7	Intermedio	44	Bajo	No
46	48	40-49 a	Mas	Soltero	Médico	18	10-19 a	3	1	3	6	0	1	6	3	6	2	2	5	3	4	0	0	6	5	1	1	0	0	19	Intermedio	5	Bajo	35	Intermedio	No
47	45	40-49 a	Mas	Casado	Médico	15	10-19 a	0	0	1	6	0	1	6	1	2	0	0	6	1	0	0	6	6	6	6	0	1	0	10	Bajo	0	Bajo	39	Intermedio	No
48	50	50-59 a	Fem	Casado	Obstetra	30	30-39 a	3	0	5	6	0	6	0	3	6	1	1	6	1	5	0	0	5	0	6	0	0	0	23	Intermedio	2	Bajo	29	Alto	No
49	44	40-49 a	Mas	Casado	Médico	10	10-19 a	3	1	1	1	0	2	6	0	6	1	0	6	1	0	0	0	6	6	6	0	1	0	8	Bajo	1	Bajo	38	Intermedio	No