



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

Tesis

**“Síndrome de burnout en personal médico del Hospital III
Emergencias Grau en el periodo octubre a diciembre del 2016”**

Para optar el Título Profesional de:

MÉDICO CIRUJANO

Autor

Miraval Cabrera, Edgar

Asesor de Tesis

Dr. Claver Reynaldo Flores Bustamante

Director de Tesis

Dr. Jhony A. De la Cruz Vargas Ph.D., MCR, MID

LIMA – PERÚ 2017

Contenido

I.- Introducción	4
1.1.- Línea de investigación y lugar de ejecución	4
1.2.- Planteamiento del problema	4
1.3.- Justificación	6
1.4.- Objetivos:	7
1.4.1. Objetivo General:.....	7
1.4.2. Objetivos específicos:.....	7
1.5.- Hipótesis.....	7
2.- Marco teórico.....	8
2.1.- Antecedentes	8
2.1.1.- A nivel Internacional	8
2.1.2.- A nivel nacional.....	13
2.2.- Definición de Conceptos	19
2.2.1.- El origen del término “Burnout”	19
2.2.2.- Definiendo al “Síndrome de Burnout”	20
2.2.3.- Dimensiones del Síndrome de Burnout.....	22
2.2.4.- Grupos de riesgo: Profesionales de la Salud Mental	24
2.2.5.- Causas del Síndrome de Burnout	26
2.2.6.- Prevalencia del Síndrome de Burnout.....	29
2.2.7.- Modelos explicativos	29
2.2.8.- Instrumentos de medición	32
2.2.9.- Síntomas del Síndrome de Burnout	33
2.2.10.- Las consecuencias del síndrome de Burnout.....	33
2.3.- Reseña Histórica del Hospital Emergencias Grau(101):.....	35
III.- MARCO METODOLOGICO	37
3.1.- Diseño de investigación y tipo de estudio	37
3.2.- Variables de estudio y Operacionalización de variables	37
3.3.- Área de Estudio	39
3.4.- Población y Muestra	39
3.5. Instrumentos de Medición	39
3.5.1. MBI o Maslach Burnout Inventory Human	39

3.5.2. Confiabilidad y Validación	40
3.6. Técnicas y procedimientos de recolección de datos.....	41
3.7. Plan de análisis estadístico e Interpretación de Datos	41
IV.- RESULTADOS	43
V.- DISCUSIÓN	59
VI.- CONCLUSIONES.....	61
VII.- RECOMENDACIONES	62
VIII.- BIBLIOGRAFÍA.....	64
IX.- ANEXOS	79

I.- Introducción

1.1.- Línea de investigación y lugar de ejecución

El presente trabajo se encuentra dentro de las prioridades de investigación en salud del Instituto Nacional de Salud (INS) (1) dentro del ámbito relacionado a Salud Mental. El proyecto se realizará en el Hospital Emergencias Grau, un hospital de nivel III, el cual se encuentra en el distrito de Lima Cercado(2) y pertenece a la Red Desconcentrada Almenara de EsSalud(3).

1.2.- Planteamiento del problema

Se considera que el estrés laboral afecta negativamente a la salud psicológica y física de los trabajadores, y a la eficacia de las entidades para las que trabajan, siendo uno de los principales problemas para la salud física y mental de los trabajadores según la Organización Mundial de la Salud(OMS)(4). En el ambiente laboral el estrés es un problema creciente e inhabilitante, con un coste personal, social y económico muy importante(5).

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) refiere que el estrés laboral es un peligro para las economías de los países industrializados y en vías de desarrollo, pues disminuye la productividad al afectar la salud física y mental(4). Además, el estrés laboral y sus consecuencias para la salud se han convertido en una gran preocupación sumado a la crisis económica y la recesión han llevado a un aumento de éste, también de la ansiedad, la depresión y otros trastornos mentales relacionados con el trabajo, provocando incluso, en algunos casos, el suicidio(6).

La OIT ante situaciones de trabajo con estrés laboral y emocionalmente exigentes se define al Síndrome de Burnout (SBO) como un estado de agotamiento físico, emocional y mental como respuesta prolongada a la exposición crónica a riesgos emocionales e interpersonales en el trabajo(7).

Como un ejemplo, en Alemania existen estudios que ponen de manifiesto que el índice de prevalencia de este problema está aumentando rápidamente. La evidencia de lo mencionado se encuentra en los resultados de una encuesta representativa realizada por el TNS Emnid-Instituto de investigaciones sobre política, medios de comunicación y de opinión en Alemania en diciembre de 2010, en la que plantean que el 12,5% de todos los empleados de ese país se sienten abrumados en sus puestos de trabajo(8).

En América Latina existe producción científica acerca SBO en diversos países, tomando como ejemplo la revisión de Fátima Díaz(9) entre el periodo de años del 2000 al 2010, que recopila 89 estudios acerca de este síndrome en médicos (10–12), enfermeras(13), auxiliares de enfermería(14), entre otros grupos de tienen carácter asistencial(15,16).

En el Perú el estudio del SBO se ha extendido con muchas publicaciones en profesionales de la salud, por ejemplo mencionar los estudios de Gomero(17) en personal sanitario de hospitales, Vásquez (18) en personal de salud de un servicio de emergencias pediátricas, Maticorena-Quevedo(19) en médicos y enfermeras de ENSUSALUD, entre otros muchos(20–26).

El Seguro Social de Salud, EsSalud, es un organismo público descentralizado, con personería jurídica de derecho público interno, adscrito al Sector Trabajo y Promoción Social(27). Según su último informe estadístico de Setiembre del 2016 tiene una población asegurada de 10,891,889 asegurados(28), distribuidos en diversas redes asistenciales dentro de las cuales también ha surgido interés en el estudio del SBO, teniendo como ejemplos diversos estudios publicados hasta la fecha(29–34) .

El Hospital III Emergencias Grau, fundado en 1961, pertenece a la Red Desconcentrada Almenara de EsSalud(3), según la literatura revisada no cuenta con estudios acerca del SBO en dicho centro de salud y teniendo estudios previos acerca de este síndrome en establecimientos del seguro social, planteo la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son las características del Síndrome de Burnout en el personal médico asistencial del Hospital III Emergencias Grau en el periodo Octubre-Diciembre del 2016?

1.3.- Justificación

La incidencia del Síndrome de Burnout y su reconocimiento ha aumentado de forma importante durante los últimos años y se han realizado varios estudios en numerosos países para examinar sus causas; siendo la más significativa de todas el estrés relacionado con el trabajo(7). Además de mencionar la existencia de estudios que muestran relación de este síndrome y problemas de salud(35).

Es importante el diagnóstico del SBO en los diversos medios laborales para que pueda ser bien manejado al recibir apoyo emocional, instrumental, informativo y evaluativo(36). Por otro lado también tomar en cuenta medidas de prevención y abordaje de este síndrome en personal médico(37).

Por lo mencionado anteriormente acerca de los diversos estudios en EsSalud que evalúan el SBO en sus diversos establecimientos(23,30,31,33,34,38) y considerando que en la literatura el SBO no ha sido estudiado en el Hospital III Emergencias Grau, propongo conveniente realizar este estudio.

1.4.- Objetivos:

1.4.1. Objetivo General:

- Determinar las características del Síndrome de Burnout en el personal asistencial médico del Hospital III Emergencias Grau durante el periodo de Octubre– Diciembre del 2016

1.4.2. Objetivos específicos:

- Valorar la dimensión Agotamiento Emocional en el personal asistencial médico del Hospital III Emergencias Grau durante el periodo de Octubre – Diciembre del 2016.
- Valorar la dimensión Despersonalización en el personal asistencial médico del Hospital III Emergencias Grau durante el periodo de octubre – Diciembre del 2016.
- Valorar la dimensión Realización personal en el personal asistencial médico del Hospital III Emergencias Grau durante el periodo de octubre – Diciembre del 2016.
- Valorar el Síndrome de Burnout según el sexo de los participantes del estudio en el Hospital III Emergencias Grau durante el periodo de octubre – Diciembre del 2016.
- Valorar el Síndrome de Burnout según rango de edad de los participantes del estudio en el Hospital III Emergencias Grau durante el periodo de octubre – Diciembre del 2016.
- Valorar el Síndrome de Burnout según tipo de especialidad médica que participaron en el estudio en el Hospital III Emergencias Grau durante el periodo de octubre – Diciembre del 2016.

1.5.- Hipótesis

Al ser un trabajo descriptivo no requiere planteamiento de hipótesis.

2.- Marco teórico

2.1.- Antecedentes

2.1.1.- A nivel Internacional

1. La investigación sobre el Síndrome de Burnout en Latinoamérica entre 2000 y el 2010. (9)

Fátima Díaz Bambula e Ingrid Carolina Gómez de la Universidad del Valle en Cali, con el fin de crear un contexto sobre las investigaciones en el Síndrome de Burnout en América Latina llevaron a cabo una revisión sistemática de 89 estudios, realizados y publicados en revistas científicas, libros y en memorias de eventos científicos en 12 países latinoamericanos entre el 2000 y el 2010. En cuanto a los resultados, existe la tendencia al uso de los planteamientos conceptuales y los instrumentos elaborados por Maslach y Jackson, seguidos por los del investigador español Pedro Gil-Monte. Los diseños de las investigaciones son descriptivos-correlaciones. En la mayoría de estudios, se hizo uso de teorías y métodos de evaluación creados en países "desarrollados", industrializados, sin la reflexión acerca de la especificidad de los procesos de trabajo propios del contexto latinoamericano. Por último recomiendan que en los países latinoamericanos las investigaciones sobre el Síndrome de Burnout se deben realizar comprendiendo la realidad propia de cada país en sus particularidades sociales y culturales.

2. La consideración del síndrome del "Burn out" como constitutivo de la contingencia profesional del accidente de trabajo origen de la declaración de incapacidad permanente absoluta. (39)

Amaya Martínez de Viegol, en un artículo del 2005 publicado en la Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España, señala que el síndrome de agotamiento profesional o "burnout" debe ser considerado como un accidente de trabajo, en base a la Ley General de la Seguridad Social, puesto que es una enfermedad que contrae el trabajador exclusivamente por motivos de la realización de su trabajo, e implica estar o sentirse quemado, agotado, sobrecargado o exhausto. Es el síndrome más propio de profesionales cuya actividad consiste en el trato personal, con alto grado de compromiso y con percepción de presión sobre el rendimiento.

3. Síndrome de Burnout y manifestaciones clínicas en los médicos familiares que laboran en una institución de salud para los trabajadores del Estado. (40)

Carolina Aranda Beltrán y colaboradores, realizaron un estudio descriptivo y transversal con objetivo de establecer la presencia del Síndrome de Burnout y su relación con patologías en 42 médicos familiares de una institución de salud. En la recolección de información utilizaron dos cuestionarios: uno sobre datos sociodemográficos y laborales y el Maslach Burnout Inventory. La prevalencia del Síndrome de Burnout con al menos una de las dimensiones "quemadas" fue de 36.6%, y según cada dimensión se presentó de la siguiente manera: agotamiento emocional, once (28.8%); en la de despersonalización, dos (4.8%), y en la de falta de realización personal, cinco (12.2%).

4. Síndrome de Desgaste Profesional en médicos que atienden urgencias. Hospital Universitario Calixto García, 2010-2012. (41)

La Dra. Josefa Alfonso Sarría y colaboradores con el objetivo de caracterizar la presencia del Síndrome de Burnout y su relación con variables sociodemográficas y laborales, llevaron a cabo un estudio descriptivo y transversal con 200 médicos de atención a urgencias en el Hospital Universitario “Calixto García”, entre los años 2010 al 2012. Encontraron que más de la mitad de la muestra presentó el Síndrome de Burnout y en edades de 40 a 49 años, sexo masculino, falta de relaciones de pareja, tenencia de hijos y en los especialistas de Anestesiología. Además, los profesionales con 10 a 19 años de experiencia, los que se dedicaban docencia y los realizaban tareas administrativas alcanzaron mayores porcentajes, al igual que los trabajadores de Terapia Intensiva y la Unidad de Cuidados Intensivos Emergentes con atención al grave.

5. Síndrome de Burnout en médicos de hospitales públicos de la ciudad de Corrientes.(42)

Adriana María Álvarez y colaboradores realizaron un estudio descriptivo y transversal con el objetivo de determinar la presencia del síndrome de Burnout en médicos de hospitales públicos de la ciudad de Corrientes durante el mes de noviembre de 2004. Los resultados obtenidos fueron: el síndrome de Burnout obtuvo mayor porcentaje en el sexo femenino, con un total de 22 profesionales (25%) en la categoría agotamiento emocional; con respecto a edades, el grupo de edad comprendido entre “25 a 34 años” resultó ser el más afectado, con un total de 36 profesionales (45%) .

Se observó que la dimensión más afectada en la mayoría de las variables fue “cansancio emocional”, seguida por la dimensión “despersonalización”.

6. Síndrome de Burnout en médicos docentes de un hospital de 2.º nivel en México.(43)

Chavarría Islas y colaboradores realizaron un estudio observacional, transversal, descriptivo para identificar la presencia de síndrome de burnout en 30 médicos docentes de pregrado y posgrado del Hospital Regional 25 del Instituto Mexicano del Seguro Social y los factores asociados a su presentación. A los participantes se les aplicó el cuestionario CBP-R, para determinar el nivel de burnout, los factores sociodemográficos, organizacionales y administrativos. Un total de 12 médicos de pregrado y 4 de posgrado (53,33% del total) se ubicaron con nivel alto de en la escala de Burnout. Las variables especialidad, número de hijos, situación laboral, condiciones organizacionales y preocupaciones personales tienen mayor efecto en su presentación. Las variables sociodemográficas y de tipo organizativo influyen de forma primordial en la aparición de Burnout en los docentes.

7. Prevalencia del síndrome de Burnout entre los anestesiólogos del Distrito Federal. (44)

Estudio realizado por Magalhães y colaboradores con el fin de evaluar la prevalencia del Síndrome del Burnout, la intensidad de sus componentes e identificar las características de sus portadores entre los anestesiólogos del Distrito Federal. El estudio fue transversal, con 241 anestesiólogos registrados en la Sociedad de Anestesiología del Distrito Federal. En ellos se usó un cuestionario autoadministrado que incluyó el Inventario de Burnout de Maslach, datos sociodemográficos, profesionales y de ocio. El síndrome de burnout presentó una prevalencia de un 10,4%, ocurrió principalmente en los hombres (64,2%), en la franja etaria de 30-50 años (64,2%), con más de 10 años de profesión (64,2%), que trabajaban haciendo guardias nocturnas (71,4%), sedentarios (57,1%) y que no hacen cursos no relacionados con la medicina (78,5%).

8. Prevalencia del síndrome de burnout en residentes de especialidades médico quirúrgicas, su relación con el bienestar psicológico y con variables sociodemográficas y laborales.(12)

Olga Paredes y Pablo Sanabria en el 2008 elaboraron un estudio para determinar la prevalencia del síndrome entre los residentes de las especialidades médico quirúrgica de hospitales universitarios, su relación con el bienestar psicológico y con variables sociodemográficas y laborales. El estudio de prevalencia analítica contó con una muestra de 138 residentes a quienes se les aplicó, el Cuestionario Breve de Burnout. El 12,6% de los residentes presentó un alto nivel de Burnout y el análisis estadístico evidenció una asociación negativa entre el Burnout y el bienestar psicológico y entre éste último y las largas horas de trabajo. No se encontraron asociaciones estadísticamente significativas con las variables sociodemográficas y laborales.

9. Síndrome de desgaste profesional (burnout) en médicos de unidades de cuidados intensivos pediátricos en la Argentina.(45)

La Dra. María Eugenia Galván y colaboradores realizaron un estudio con el objetivo de Analizar la situación del recurso humano en las UCIP de Argentina y medir el grado de agotamiento profesional. Se invitó a participar a médicos terapistas pediátricos que se desempeñaran en el sector público o privado de la Argentina durante al menos 24 h por semana en los cuales se usó el cuestionario Maslach Burnout Inventory. Presentaron alto riesgo de burnout en agotamiento emocional 40 terapistas (25%), en realización personal 9 (6%) y en despersonalización 31 (19%). En forma combinada, 66 profesionales (41%) tuvieron riesgo alto de burnout en alguna de las dimensiones; resultaron factores protectores e independientes de este riesgo estar certificado en la especialidad y trabajar en UCIP del sector público, mientras que hacer más de 36 h/semana de guardia aumentó el riesgo.

10. Síndrome de Prevalencia de burnout en médicos de cuidados intensivos cinco capitales brasileñas. (46)

Staffa Tironi y colaboradores para estimar la prevalencia de burnout en médicos de cuidados intensivos que trabajan en unidades de cuidados intensivos de adultos, pediátricos y neonatales cinco ciudades brasileñas, realizaron un estudio epidemiológico descriptivo en 180 médicos intensivistas de cinco capitales, que representan las regiones geográficas: Porto Alegre, Sao Paulo, Salvador, Goiânia y Belén. Con un cuestionario autoadministrado se evaluaron datos sociodemográficos y el nivel de burnout fue evaluada por el Maslach Burnout Inventory. En la mayoría (50,3%) había horas de trabajo semanal de 49 a 72 horas, y el tipo más común de unión fue empleado salarial. Los altos niveles de agotamiento emocional, despersonalización, y la baja realización personal se encontraron en 50,6%, 26,1% y 15,0%, respectivamente. La prevalencia de burnout fue del 61,7% cuando se consideran de alto nivel en al menos una dimensión y un 5% con un nivel alto en las tres dimensiones simultáneamente.

2.1.2.- A nivel nacional

En nuestro país, se han realizado estudios en diferentes grupos profesionales que guardan la característica común de estar en contacto con personas y con grados variables de presentación del síndrome. Dentro del grupo vulnerable a desarrollar el Síndrome de Burnout, se menciona a profesionales de la salud, entre ellos los médicos(19,26,46–48).

1. Características personales y condiciones de trabajo asociados al Síndrome de Burnout en los médicos asistenciales de EsSalud de la ciudad de Cajamarca.(29)

Roger Medina Abanto, en el 2014 elaboró una investigación en la ciudad de Cajamarca con los médicos asistenciales del Seguro Social de salud, con el objetivo de determinar la relación existente entre las características personales y las condiciones de trabajo con el Síndrome de burnout. Para lo cual se utilizó la escala Maslach Burnout Inventory y un cuestionario sociodemográfico. Se encontró un solo caso con presencia de síndrome de burnout. Por otro lado, los resultados obtenidos muestran que la mayoría de los médicos evaluados presentan un nivel bajo de burnout en las dimensiones agotamiento emocional y despersonalización, a diferencia de la dimensión designada como falta de realización en el trabajo que presentan un nivel alto de este síndrome. Solo entre las variables edad y burnout existió una correlación débil.

2. Coexistencia de síndrome de Burnout y síntomas depresivos en médicos residentes. Estudio descriptivo transversal en un hospital nacional de Lima.(48)

Alejandro Mariños y colaboradores realizaron una estudio para determinar la frecuencia de coexistencia de síndrome de Burnout y síntomas depresivos 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). Analizaron la información de 84 médicos residentes. 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.

3. Prevalencia del síndrome de Burnout en residentes de medicina del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el año 2015 Lima, Perú. (26)

Einstein Aaron Jara Díaz elaboró una tesis en el 2015, con el fin de establecer la prevalencia del SBO en residentes de medicina del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Para esto, el estudio que planteó fue descriptivo, observacional y de corte transversal con una muestra de 91 residentes de medicina de 2do y 3er año de todas las especialidades y utilizó una encuesta que contenía el cuestionario Maslach Burnout Inventory. La prevalencia de Síndrome de Burnout un 24.2%, presentándose en residentes de 2do año, sin compromiso sentimental, edad entre 25 a 34 años y con ingresos mensuales aproximados de s/.4000. La especialidad con mayor prevalencia del SBO fue cirugía general, que atendían más de 30 pacientes y que realizaban 2 guardias a la semana. La dimensión más afectada fue la despersonalización 58%.

4. Prevalencia y características sociodemográficas y laborales relacionadas al Síndrome de Burnout en Médicos Psiquiatras en un Hospital de Salud Mental. Lima, Perú 2009. (49)

Edwin Apaza y colaboradores realizaron un estudio para describir la prevalencia del Síndrome de Burnout, las características sociodemográficas y laborales en 36 médicos psiquiatras del Hospital Hermilio Valdizán en Marzo del 2009, a los cuales se les aplicó el cuestionario Maslach Burnout Inventory y una ficha de datos sociodemográficos. Se encontró que la mayoría de profesionaes presentaban bajos niveles del Síndrome de Burnout. Las características sociodemográficas y laborales de los médicos psiquiatras, no establecieron relación significativa con la aparición de este síndrome.

5. Síndrome de Burnout en asistentes y residentes de anestesiología del Hospital Nacional Daniel A. Carrión, setiembre 2011.(50)

Ayala Cervantes y colaboradores elaboraron un estudio observacional y transversal a anesthesiólogos y residentes de anestesiología programados con actividades en el rol de setiembre del 2011 a los cuales se les aplicó el cuestionario de Maslach y de factores de riesgo asociado al Síndrome de Burnout de manera anónima. Se encuestaron un total de 20 médicos (55%), 17 con cuestionario completo, 2 encuestados (10%) presentaron Síndrome de Burnout. No hubo correlación entre componentes Maslach y factores de riesgo asociados. Salvo algunos componentes, los encuestados presentan fenómenos compensatorios protectores para el desarrollo del síndrome de burnout y también puede existir un subregistro importante.

6. Frecuencia del síndrome de Burnout y niveles de sus dimensiones en el personal de salud del servicio de emergencia de pediatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia en el año 2014. Lima, Perú. (18)

Vásquez Manrique, Maruy Saito y Verne Martín realizaron estudio descriptivo y transversal con el objetivo de determinar la frecuencia del SBO y los niveles de sus dimensiones en los trabajadores del Servicio de Emergencia Pediátrica del Hospital Nacional Cayetano Heredia. Se utilizó el instrumento Maslach Burnout Inventory. Participaron 54 trabajadores entre médicos, enfermeras y técnicos de enfermería. La frecuencia de SBO fue de 3,76%, el 12,97% de los participantes presentó un nivel alto de cansancio emocional, el 11,12% presentó un nivel alto de despersonalización, y el 14,81% presentó un bajo nivel de realización personal.

7. Prevalencia del Síndrome de Burnout en personal de Salud. (51)

Arteaga Romaní, Junes Gonzales y Navarrete Saravia con el objetivo de determinar la prevalencia y los factores asociados al SBO en el personal de salud del Hospital Santa María del Socorro de Ica durante el año 2013, realizaron un estudio transversal en una muestra de 238 trabajadores de este mencionado hospital. Para la recolección de datos se utilizó en cuestionario MBI. La prevalencia de SBO fue de 3,78% y 229 casos (96,22%) se encuentran en riesgo de tener este problema. Solo se halló diferencia estadísticamente significativa entre los puntajes promedio en relación con la ingesta de medicamentos.

8. Síndrome de Burnout, identificación de los factores de riesgo asociados en los trabajadores asistenciales de los establecimientos de salud de la Red de Salud Barranco Chorrillos Surco. (52)

Arturo Hildebrando Valenzuela Salvador en el 2010 elaboró una tesis que involucró a 25 establecimientos de salud en la Red de Salud de Barranco – Chorrillos –Surco, durante los meses de enero a junio del 2009 y donde participaron todo el personal asistencial de la red, tomándose como parámetro la escala del Maslach Bunout Inventory (MBI). El objetivo fue hallar la prevalencia del Síndrome de Burnout y la identificación de los factores de riesgo asociados en 180 trabajadores. La prevalencia en el periodo estudiado fue del 12% y que los factores de riesgo asociados fueron la edad de 41-50 años, el estado civil sin pareja, de 0 a 2 hijos, ser técnico y/o auxiliar, tener un trabajo asistencial, la condición laboral de contratado, con un tiempo de servicio de 6 a 15 años, y con un tiempo en el trabajo actual de 6 a 10 años, tener un solo trabajo.

9. Prevalencia de Burnout en médicos de la ciudad de Tacna.(53)

Milagros Duenas, Luzbenia Merma y Richard Ucharico elaboraron un artículo en el que estudiaron a médicos de la ciudad de Tacna con el objetivo de analizar el grado de desgaste profesional y la influencia de algunos factores, en el mismo. El estudio fue transversal, descriptivo y analítico, cuyo emplazamiento fue distrital, aplicado a médicos generales y especialistas. La población queda conformada por 90 médicos de hospital y de centros de salud de la ciudad de Tacna en el año 2003, a los cuales se les aplicó el Maslach Burnout Inventory. Se encontró despersonalización en 4.64%, ausencia de logros personales en 44.35% y agotamiento emocional de 14.4%. 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.

10. Prevalencia del síndrome de Burnout en médicos residentes de los distintos departamentos del Hospital Regional Docente de Trujillo. (54)

Oscar Eduardo Ruíz Meza elaboró una tesis para determinar la prevalencia del Síndrome de Burnout en médicos Residentes de los distintos departamentos del Hospital Regional Docente de Trujillo. Para esto realizó un estudio descriptivo, transversal donde se aplicó la encuesta Maslach Burnout Inventory. Se encuestaron a 118 residentes, hallando Síndrome de Burnout en 13% de médicos residentes de Ginecoobstetricia, 5% de Medicina y 2% de Cirugía, mientras en los demás departamentos no se halló presencia del síndrome. Por último, la prevalencia del Síndrome de Burnout en médicos Residentes del Hospital Regional Docente de Trujillo fue 3.4%.

2.2.- Definición de Conceptos

2.2.1.- El origen del término “Burnout”

Las primeras referencias a este síndrome no son en el área de la salud, sino en la producción literaria. En 1922, Thomas Mann describe un caso en su obra ‘*Los Buddenbrooks*’. Posteriormente, en 1960, Graham Greene llega a predecir, incluso, el nombre del síndrome: ‘*A Burn Out Case*’. En ambas novelas se reflejan claramente los síntomas del Síndrome de Burnout(55).

En 1969, H.B Bradley describió por primera vez a este síndrome, como metáfora de un fenómeno psicosocial presente en oficiales de policía de libertad condicional, utilizando el término *staff burnout*(56). Posteriormente, en 1974, el psiquiatra estadounidense Herbert Freudenberger a través de un estudio de campo al personal sanitario en un hospital de Nueva York, observó cómo muchos de sus colegas jóvenes y con elevadas expectativas en su trabajo, al cabo del año de trabajo sufrían una gran desmotivación y una progresiva pérdida de energía hasta llegar al agotamiento, así como síntomas de ansiedad y depresión(57).

Freudenberger, propone un concepto centrado en un estudio netamente organizacional, sentimientos de agotamiento y frustración además de cansancio, que explica está asociada a un desequilibrio productivo, y en el año de 1980, amplía su teoría y conceptualización agregando que estos sentimientos se deben a cargas irracionales de trabajo que ellos mismos o quienes los rodean les imponen. Ese mismo año, Freudenberger presentó “*BurnOut: The High Cost of High Achievement. What it is and how to survive it*”, texto que se ha transformado en referente primordial para el abordaje inicial del SBO(58).

En los estudios sobre estrés, aparece el concepto “*burnout*” en muchas referencias sobre este tema en diversas profesiones asistenciales, entre ellas la de Kyriacou de 1978, hasta los años ochenta que se produce un aumento considerable de las investigaciones sobre el SBO(59). El concepto de estrés ha sido uno de los constructos más polémicos dentro de la Psicología, tanto en su definición como en sus modelos teóricos explicativos tal como explica Sandín en el 2003, en el cual uno de los primeros detonantes que comenzaron a señalar la importancia del estrés y el SBO en la profesión docente fueron los datos que las diferentes administraciones de educación tenían sobre las bajas laborales de los profesores y su evolución a través de los años. Estos resultados señalaban un aumento anual de las bajas de tipo psiquiátrico que no se encontraban en otras profesiones y que tenían como consecuencias un incremento del absentismo laboral, un enorme gasto en sus instituciones y un bajo rendimiento en el trabajo(60).

2.2.2.- Definiendo al “Síndrome de Burnout”

El Síndrome de Burnout, es un síndrome de agotamiento emocional y cinismo que ocurre con frecuencia entre los individuos que hacen 'trabajo de personas' de algún tipo. Un aspecto clave del SBO es el aumento de los sentimientos de agotamiento emocional. Como sus recursos emocionales se agotan, los trabajadores sienten que ya no son capaces de dar de sí mismos a un nivel psicológico. Otro aspecto es el desarrollo de actitudes y sentimientos negativos y cínicos acerca de los clientes. Tales reacciones negativas a los clientes pueden estar vinculadas a la experiencia de agotamiento emocional, es decir, estos dos aspectos del SBO parecen estar algo relacionados. Esta percepción insensible o incluso deshumanizada de los demás puede llevar al personal a considerar a sus clientes como merecedores de sus problemas, y la prevalencia entre los profesionales del servicio humano de esta actitud negativa hacia los clientes ha sido bien documentada. Un tercer aspecto del SBO es la tendencia a evaluarse negativamente, particularmente con respecto al trabajo

de uno con los clientes. Los trabajadores se sienten infelices consigo mismos e insatisfechos con sus logros en el trabajo(61).

Sin embargo, el término “*burnout*” ha sido delimitado y aceptado por la comunidad científica casi en su totalidad desde la presentación en el Congreso Americano de Psicología de 1976 por la psicóloga Cristina Maslach , en la que lo define a este síndrome tridimensional, como:” *una respuesta de estrés crónico formada por tres factores fundamentales: cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal*”(62).

Este síndrome no se encuentra reconocido en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM V(63) aunque sí es mencionado brevemente en la CIE 10(64) bajo el código Z 73.0, pero dentro del apartado asociado a “problemas relacionados con el manejo de las dificultades de la vida”.

En algunos países europeos a los pacientes con Burnout se les diagnostica con el síndrome de neurastenia, CIE-10 código F 48.0, siempre que sus síntomas estén asociados al trabajo, y algunas investigaciones la vinculan con el síndrome de Burnout, considerándolo, por lo tanto, como una forma de enfermedad mental(64).

Chernissen 1974 lo conceptualiza como un proceso y propone 3 momentos, uno asociado a un desequilibrio entre la carga laboral y las posibilidades del sujeto de responder de forma óptima a esta, un segundo momento que habla de la presencia de una respuesta emocional negativa fuerte y un último momento que propone un cambio conductual y actitudinal en el que se sumerge el sujeto(65). Contemporánea a esta propuesta surge la de Edelwich y Brodsky, quienes lo relacionan más a una pérdida progresiva de la

energía, motivación e ideal asociada a las profesiones de ayuda a su cargo y proponen también fases progresivas, entusiasmo, estancamiento, frustración y apatía(66).

El síndrome de Burnout, aparece cuando fallan las estrategias de afrontamiento usados para enfrentar los estresores laborales, de forma brusca de un día para otro, lo que varía es la intensidad dentro del mismo individuo. Se tiende a negar, ya que suele vivirse como un fracaso profesional y personal. Los compañeros son los primeros que lo notan y esto es muy importante para un diagnóstico precoz, entre el 5 y el 10% de los casos el síndrome resulta irreversible. Por lo tanto, es importante la prevención ya que, normalmente, el diagnóstico precoz es complicado y la línea que separa el desgaste del SBO es muy delgada(62,67).

Inicialmente los procesos de adaptación protegen al individuo, pero su repetición los agobia y a menudo los agota, generando sentimientos de frustración y conciencia de fracaso, existiendo una relación directa entre la sintomatología, la gravedad y la responsabilidad de las tareas que se realizan. Es importante entender que el Burnout es un proceso más que un estado y es progresivo e incluye la exposición gradual al desgaste laboral, desgaste del idealismo y falta de logros(68).

2.2.3.- Dimensiones del Síndrome de Burnout

Fueron Maslach y Jackson en 1981 quienes proponen las siguientes dimensiones(69,70):

- **Cansancio emocional:** valora el agotamiento emocional debido a las exigencias del trabajo, hay una incapacidad para ser empático, sienten que “ya no pueden dar más de sí mismos”, que “no se puede poner en la piel del otro”. Se siente una apatía solo en lo laboral, con el paciente, alumno o cliente. Esto aparece luego de haber ejercido empatía por mucho tiempo y estar agotado para poder continuarla. Al inicio suele

confundirse con agotamiento, pero no pasa con el descanso y tiende a tornarse estable. En el inventario de Maslach se evalúa con los ítems: 1, 2, 3, 6, 8, 13 y 20, y es directamente proporcional al síndrome de Burnout.

- **Despersonalización:** Es el otro componente, consiste en la frialdad en el trato interpersonal con el que se percibe, valora el distanciamiento afectivo, desarrollo de actitudes y sentimientos negativos como el cinismo y desprecio hacia las personas destinatarias del trabajo. Identificado en los siguientes ítems: 5, 10, 11, 15 y 23. Es directamente proporcional al síndrome.
- **Baja realización personal:** valora sentimientos de éxito y de realización personal de forma negativa lo cual afecta la habilidad en la realización del trabajo y a la relación con las personas que atienden, hay descontento consigo mismo e insatisfacción con resultados laborales originando mayor frustración y conflictos. Son los siguientes ítems los que lo identifican: 4, 7, 9, 12, 18, 19 y 22. Esta dimensión es inversamente proporcional al síndrome.

El SBO, tiene características específicas que lo distinguen de otros efectos negativos que puede tener la actividad laboral en quien la desempeña. Es conveniente precisar estas diferencias. Por ejemplo, el tedio producto de la monotonía, el aburrimiento y la falta de motivación por pérdida de expectativas personales. Todos estos estados son relativamente pasajeros; pueden presentarse en situaciones concretas no mantenidas en el tiempo; en todas existe una falta de deseos de trabajar, pero la empatía y la comunicación interpersonal afectiva se mantienen sin afectación y pueden establecerse sin dificultad. La solución para estos estados es buscar fuentes de motivaciones intrínsecas y nuevas expectativas de logro y autorrealización. Existen diferencias también con la personalidad, que tiene el cinismo como un rasgo; en estas personas ir al trabajo no constituye una fuente de angustia, aunque sus esfuerzos en el mismo son limitados; la emotividad se mantiene

conservada, aunque es baja, y en el sujeto afectado por el SBO está agotada(71).

No hay acuerdo entre los investigadores en el orden de aparición de cada una de las dimensiones, aportando cada autor una explicación acorde con el modelo teórico adoptado. Para Maslach y Leiter lo primero que aparece es el cansancio emocional, surgiendo posteriormente, como estrategia de autoprotección, la despersonalización, para finalmente decrecer la realización personal cuando el profesional se hace consciente de la discrepancia entre sus expectativas iniciales de servicio a los demás y sus percepciones actuales de ineficacia(67). Para otros, como Gil-Monte et al., lo primero en aparecer sería la baja realización personal, como evaluación cognitiva y, ante el fracaso de las estrategias de afrontamiento disponibles, aparecería el cansancio emocional y se desarrollaría la despersonalización como estrategia de afrontamiento alternativa(72). Otros autores, sin embargo, observan distintos cursos de aparición de cada componente en función de los diferentes roles profesionales, expectativas individuales y contextos laborales(73).

En lo que sí parece existir acuerdo es en la combinación de componentes cognitivos y afectivos en el proceso de «quemarse»: los primeros, relacionados con las expectativas de autoeficacia y la autoconfianza; los segundos, relacionados con el cansancio emocional. Estas reacciones, como parte de un proceso singular, se diferenciarían, según algunos autores, de otras respuestas como la ansiedad, la depresión o la hostilidad, que consideran más propiamente como estados del individuo(74).

2.2.4.- Grupos de riesgo: Profesionales de la Salud Mental

En general los más vulnerables a padecer el síndrome son aquellos profesionales en los que se observa la existencia de interacciones humanas

trabajador-cliente de carácter intenso o duradero, sin considerar por cierto, a un cliente en particular sino más bien, a uno o varios. Dichos profesionales pueden ser caracterizados como de desempeño satisfactorio, comprometidos con su trabajo y con altas expectativas respecto a las metas que se proponen, en las que el SBO se desarrolla como respuesta a estrés constante y sobrecarga laboral(75).

El SBO es muy frecuente en personal sanitario (nutricionistas, médicos, enfermeras/os, psicólogas/os, psiquiatras, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, terapeutas familiares y consejeros matrimoniales, así como personal administrativo y docente no escapando por cierto otros profesionales como deportistas de elite, teleoperadores (operadores de Centros de llamadas), ingenieros, personal de las fuerzas armadas, y en general, en diversas profesiones de las que actualmente, se observa un creciente interés por analizar(70).

Es reciente que las investigaciones desplacen su objetivo del paciente al terapeuta tratando de observar cómo esta vivencia su trabajo. Pines y Maslach en 1977 de sus primeros estudios vieron que los trabajadores de salud mental que estaban en un proceso de desgaste y sobrecarga, (es decir, con una tensión en su trabajo frecuente y prolongada) tenían modelos de respuesta similares que incluían pautas tales como distanciamiento, intelectualización de sus conflictos, desilusión; manifestaciones somáticas como dolores de cabeza, espalda, gastritis entre otros. En su investigación encontraron que a mayor tamaño de la institución mayor proporción pacientes/terapeuta lo que contribuía a que los terapeutas comenzaran a percibir a sus clientes cada vez de forma más negativa debido a su cansancio emocional. Considera que hay un límite en el número de pacientes que se pueden ver por día; a mayor gravedad de la enfermedad de los pacientes, más baja satisfacción de quienes lo atienden; y a mayor contacto o intensidad de la relación, mayor desgaste; la orientación terapéutica también parecía estar relacionada con la posibilidad de experimentar cansancio emocional(76).

En cuanto a las condiciones laborales, todas las que se alejaban de un salario adecuado, estabilidad laboral, oportunidades de crecimiento y progreso, autonomía, presión de trabajo moderada, apoyo laboral de los compañeros, suponían una influencia negativa para el sujeto. Referido a las condiciones personales, en 1981 Justice et al. opinan que los sentimientos de apatía y dudas sobre su trabajo tienen que ver con una vida extra laboral inestable y estresante. De acuerdo con esto, plantea la siguiente ecuación: susceptibilidad individual + sobrecarga laboral y/o crisis vital = SBO(77).

En la literatura sobre el estrés en los psicoterapeutas o profesionales de salud mental en general sigue adoleciendo de las siguientes faltas: a) De observaciones empíricas sobre el estado de "desilusión" de estos trabajadores; b) de justificación clínica del proceso terapéutico; c) de reflexión sobre los problemas con los que se encuentran los psicoterapeutas inexpertos; d) de conocimiento de los sucesos que les son satisfactorios; e) y de mayores estudios concernientes a la naturaleza del desgaste profesional(78). Si bien hay diversos trabajos que se han ocupado de ello, como Pines y Maslach en 1978 entre otros. Un aspecto que se observó como reductor del SBO fue el apoyo social, junto con unas condiciones de trabajo más flexibles: rotación de tareas, momentos de descanso, participar en las normas de la institución, entre otros(12,76).

Respecto al género, diversas investigaciones apuntan a que las mujeres son las que presentan mayor prevalencia que los hombres. Algunos autores han llegado a encontrar una relación alta relacionadas a las actividades compartidas que la mujer realiza entre la carga familiar y laboral(79).

2.2.5.- Causas del Síndrome de Burnout

El síndrome Burnout suele deberse a múltiples causas, y se origina principalmente en las profesiones de alto contacto con personas, con horarios de trabajo excesivos. En la revisión de Martínez el SBO se tiene que observar las dos variables para la aparición de este(80):

a) Variables individuales: Según Edelmich y Brodsky en 1980, el SBO aparece cuando el deseo del sujeto de marcar una diferencia en la vida del otro se ve frustrado, ya que las razones por las que las personas se dedican a ayudar a los demás tienen por objeto confirmar su sentido de poder. También señalan que el tener muy alto entusiasmo inicial, baja remuneración económica independientemente del nivel jerárquico y educación, no tener apoyo ni refuerzo en la institución, el uso inadecuado de los recursos, y ser empleado joven son variables que aumentan la probabilidad de desarrollar el Síndrome de Burnout(66).

En el orden de la estructura familiar que engloba al trabajador, las personas que tienen hijos parecen ser más resistentes al SBO debido a que la implicación del sujeto con la familia hace que tengan mayor capacidad para afrontar los problemas y conflictos emocionales, pero también a ser más realistas(81). En relación al sexo se observa que las mujeres son más vulnerables al desgaste profesional que los hombres, pero se debe advertir que el análisis de la relación de estas variables se complica por varios factores distorsionadores: por ejemplo, las mujeres pueden estar contratadas en trabajos con baja libertad de decisión a diferencia de los hombres; influyen también las demandas familiares, la educación y los ingresos(66).

Además parece importante incluir el nivel de implicación del sujeto, que aparece como predictor significativo de desgaste profesional junto con estrategias de afrontamiento y balance de afectos. También influye la personalidad. Así, se habla de "Personalidad resistente al estrés", ya que aunque el origen del desgaste profesional se relaciona con el tipo de trabajo y sus condiciones, las variables individuales ejercen una fuerte influencia en las respuestas y, por lo tanto, en las consecuencias(66).

Así pues, la relevancia de las variables personales implican que exista un "estilo de conducta ante el estrés", que ha dado lugar a dos

explicaciones globales: la "personalidad resistente" de Kobassa(82) en 1982 y el "sentido de coherencia" de Antonovsky en 1987(83). Entre estos dos modelos, el modelo de personalidad de Kobassa denominado "hardy personality o hardiness", que ha tenido mayor repercusión académica e investigadora, plantea que las dimensiones que constituyen la personalidad resistente son formas de acción y compromiso a partir de las situaciones reales. Las dimensiones que constituyen la personalidad resistente son, pues: el compromiso, el control y el reto. El estrés como resultado de una responsabilidad, que con frecuencia supera las capacidades del individuo para resolverlas, y si a esto le agregamos la incertidumbre del futuro, los problemas económicos y las relaciones familiares con poca tolerancia, son fuertes detonantes(84).

b) Variables sociales:

- **Variables sociales extra- laborales:** Relaciones familiares y/o amigos. Los estudios del Burnout hacen hincapié en la importancia del apoyo de estas fuentes, ya que le permiten al sujeto sentirse querido, valorado y cuidado. El apoyo familiar, en el hogar, mitiga los efectos estresores menores de la vida diaria. En general se acepta que la falta de apoyo social puede ser un factor de estrés e incluso puede acentuar otros estresores; ya que la presencia de éste rebaja o elimina los estímulos estresantes, modifica la percepción de los estresores, influye sobre las estrategias de afrontamiento y mejora el estado de ánimo, la motivación y la autoestima de las personas(85).
- **Variables organizacionales:** Entre los factores de riesgo organizacionales se distinguen estresores relacionados con la demanda laboral, el control laboral, el entorno físico laboral, los contenidos del puesto, los aspectos temporales de la organización, la inseguridad laboral, el desempeño del rol, las relaciones interpersonales laborales, el desarrollo de la carrera, las políticas y clima de la organización. Las características de las demandas laborales y el estrés laboral han sido

muy estudiadas, tanto el exceso de trabajo como la carga laboral tienden a ser desfavorables a diferencia de los niveles moderados. Los niveles altos de sobrecarga laboral objetiva y presión horaria disminuyen el rendimiento cognitivo, aumentan el malestar afectivo y aumentan la reactividad fisiológica(66).

2.2.6.- Prevalencia del Síndrome de Burnout

Respecto a la prevalencia de este síndrome, la información disponible es fragmentada, no habiendo aún algún estudio epidemiológico que permita visualizar el porcentaje de población real que la padece, aunque existen investigaciones que se han abocado a realizar esfuerzos en torno a determinar la prevalencia en diversos campos(9).

En este contexto, en una investigación realizada a una muestra de 11 530 profesionales de la salud residentes en España y América Latina se pudo constatar que la prevalencia del SBO en este tipo de profesionales fue: 14,9 % en España, 14,4 % en Argentina, 7,9 % en Uruguay, 4,2 % en México, 4 % en Ecuador, 4,3 % en Perú, 5,9 % en Colombia, 4,5 % en Guatemala y 2,5 % en El Salvador(86).

2.2.7.- Modelos explicativos

Existen diversos modelos explicativos de este síndrome, y aunque los primeros provinieron desde la teoría psicoanalítica. Para los clínicos el SBO es un estado al cual llega la persona como resultado del estrés laboral que enfrenta. Los modelos explicativos del SBO desde la psicología social (Maslach, 1986) considera que es un proceso que se desarrolla por la interacción del ambiente laboral en donde se desempeña y las características personales del individuo, pudiéndose mencionar los siguientes modelos que hace Martínez en su revisión(80):

- **Modelo Ecológico de Desarrollo Humano:** Desarrollado por Carroll y White de 1982, se basa en el conjunto de interrelaciones que debe llevar a cabo el sujeto en los distintos ambientes donde participa, y en los que debe asumir diversas normas y exigencias muchas veces contradictorias, transformándose en fuentes de estrés(87).
- **Modelo de descompensación valoración-tarea-demanda:** En este modelo, el SBO se conceptualiza como un elemento que se operacionaliza el estrés docente, denominándolo como sentimientos de efecto negativo. Fue desarrollado por Kyriacou y Sutcliffe(59) en 1978 como un modelo de SBO aplicado al mundo del profesorado que posteriormente fue ampliado por Rudow (88) en 1999 y levemente modificado por Worrall y May en 1989(89).
- **Modelo sociológico.** Este modelo considera que el Burnout se presenta como consecuencia de las nuevas políticas macroeconómicas y fue sugerido por Farber en 1991 (90) y finalmente desarrollado por Woods en 1999(91). Para este modelo la globalización explica principalmente la epidemia de SBO.
- **Modelo opresión-demografía.** Propuesto por Maslach y Jackson, ve al ser humano como una máquina que se desgasta por determinadas características que la vuelven vulnerable (los años, pertenecer al género femenino, estar soltero o divorciado, etc.), combinado con la presión laboral y la valoración negativa de sí mismo y de los demás. Se ha criticado por ser un modelo mecanicista (92).
- **Modelo de Competencia Social:** Es uno de los modelos más representativos construidos en el marco de la teoría socio cognitiva del yo, y fue propuesto por Harrison en 1983(93).

- **Modelo demografía-personalidad-desilusión:** Propuesto por El Sahili en el 2010, este modelo considera que el Burnout requiere de dos elementos fundamentales para su formación, a saber: un estrés que presiona al organismo durante mucho tiempo y que se combina con varias fallas en la personalidad y diversos factores de riesgo, y la desilusión creciente que se tiene sobre la profesión ejercida, proveniente principalmente de la falta de compromiso, poca satisfacción laboral y pérdida vocacional. En este contexto, el estrés crónico no sería una variable explicativa significativa per se del Burnout, sino que necesitaría ser combinada con el desencanto que sufre el sujeto sobre las tareas realizadas(94).
- **Modelo de Fases de Golombieski, Munzerider y Carter(95):** Este modelo propone una progresión secuencial en el tiempo, en la que la ocurrencia de un componente precipita el desarrollo de otro. Así, en la secuencia, la despersonalización es la primera fase del Burnout, le seguiría la realización personal disminuida y, por último, el incremento del agotamiento emocional. Golembiewski en 1986, uno de los seguidos más relevantes del modelo, subraya la importancia de las disfunciones del rol-pobreza, conflicto y ambigüedad del rol en un proceso en el que los trabajadores disminuyen el grado de responsabilidad laboral ante la tensión del estrés laboral. En la primera fase, se desencadena el estrés por la sobrecarga laboral y pobreza del rol, provocando sentimientos de pérdida de autonomía y de control. Esto, a la vez, genera sentimientos de irritabilidad, fatiga y una disminución de la autoimagen positiva. En la segunda fase, el sujeto desarrolla estrategias de alejamiento para afrontar la situación amenazante del contexto laboral. Este tipo de estrategia puede ser constructiva o no, dependiendo de su naturaleza (sin eliminar la empatía o con cinismo). Si se desarrollan actitudes de despersonalización (cinismo), aparece el Burnout. Las siguientes fases

se caracterizarán por baja realización personal, para desembocar en agotamiento emocional(96).

2.2.8.- Instrumentos de medición

Existe un instrumento que ha invadido la mayoría de los estudios sobre el burnout, el Inventario de Burnout de Maslach (MBI)(57); aunque no es el único ni perfecto, es el más utilizado. Se ha adaptado a diversas profesiones, pero cuando era aplicado a labores no asistenciales, sus problemas psicométricos se acentuaban y se solapaban los factores de despersonalización y de agotamiento emocional. Además, el componente de despersonalización resultaba extraño para los sujetos que no tenían interacción con clientes o usuarios en su trabajo, dentro de los instrumentos válidos se encuentran actualmente:

- MBI (Maslach Burnout Inventory) desarrollado por Maslach y Jackson en 1981 para el ámbito laboral. Versión original(69).
- MBI-HSS (Maslach Burnout Inventory Human Survey Services), adaptado para aplicar en personal de salud, Gil Monte en 1994(97) y Gil Monte y Peiro en 1997(98).
- MBI-GS (Maslach Burnout Inventory General Survey en 1996, aparece explícitamente la reelaboración teórica y operacional del burnout aplicado a profesiones no asistenciales para evaluar las actitudes ante el trabajo(99).

2.2.9.- Síntomas del Síndrome de Burnout

De acuerdo a la intensidad en que afecta a la persona, tenemos(74):

Leve	Los afectados presentan síntomas físicos, vagos e inespecíficos (cefaleas, dolores de espaldas, lumbalgias), el afectado se vuelve poco operativo . Uno de los primeros síntomas de carácter leve pero que sirven como señal de alarma es la dificultad para levantarse por la mañana o el cansancio patológico.
Moderado	Aparece insomnio, déficit atencional y en la concentración , tendencia a la auto-medicación . Asimismo en esta fase se presenta el distanciamiento, irritabilidad, cinismo , fatiga, aburrimiento y una progresiva pérdida del idealismo que contribuyen a que la persona se muestre emocionalmente exhausta y con sentimientos de frustración, incompetencia, culpa y autovaloración negativa.
Grave	Mayor en ausentismo , aversión por la tarea, cinismo. Abuso de alcohol y psicofármacos.
Extrema	Aislamiento, crisis existencial, depresión crónica y riesgo de suicidio.

2.2.10.- Las consecuencias del síndrome de Burnout

En base a varios estudios realizados, pueden situarse en dos niveles:

1) Dentro de las consecuencias para el individuo podemos establecer 4 grandes categorías(71):

a) Índices emocionales: uso de mecanismos de distanciamiento emocional, sentimientos de soledad, sentimientos de alienación, ansiedad, sentimientos de impotencia, sentimientos de omnipotencia.

b) Índices actitudinales: desarrollo de actitudes negativas (v.g. verbalizar), cinismo, apatía, hostilidad, suspicacia.

c) Índices conductuales: agresividad, aislamiento del individuo, cambios bruscos de humor, enfado frecuente, gritar con frecuencia, irritabilidad.

d) Índices somáticos: alteraciones cardiovasculares (dolor precordial, palpitaciones, hipertensión, etc.), problemas respiratorios (crisis asmáticas, taquipnea, catarros frecuentes, etc.), problemas inmunológicos (mayor frecuencia de infecciones, aparición de alergias, alteraciones de la piel, etc.), problemas sexuales, problemas musculares (dolor de espalda, dolor cervical, fatiga, rigidez muscular, etc.), problemas digestivos (úlceras gastroduodenal, gastritis, náuseas, diarrea, etc.), alteraciones del sistema nervioso (jaquecas, insomnio, depresión, etc.).

2) Respecto a las consecuencias que para la organización(100) tiene el que sus individuos se vean afectados de forma significativa por el síndrome de quemarse se pueden citar los siguientes índices:

a) Deterioro de la calidad asistencial

b) Baja satisfacción laboral.

c) Absentismo laboral elevado.

d) Tendencia al abandono del puesto y/o de la organización.

e) Disminución del interés y el esfuerzo por realizar las actividades laborales.

f) Aumento de los conflictos interpersonales con compañeros, usuarios y supervisores.

(g) Disminución de la calidad de vida laboral de los profesionales.

2.3.- Reseña Histórica del Hospital Emergencias Grau(101):

El Hospital III de Emergencias Grau para alcanzar un avance tan significativo en los anales del IPSS, hoy EsSALUD, ha pasado por una serie de transformaciones para ser un hospital de nivel III.

Esta Institución se inicia como Policlínico Grau y fue inaugurado el 12 de Agosto de 1961, siendo Presidente Constitucional de la Republica el Dr. Manuel Prado Ugarteche y Ministro de Salud el Dr. Francisco Sánchez Moreno, brinda su atención en consulta externa, con 33 médicos; los consultorios funcionaban en el 1er. piso y 2do. piso, áreas con las cuales contaba, el horario de 8.00 am a 2.00 pm y de 2.00 pm a 8.00.pm se laboraba en horarios alternados.

Mediante resolución de Dirección Ejecutiva No. 2119 de IPSS se aprobó la jerarquía 1or niveles de atención de los Centros Asistenciales de la Red Asistencial IPSS (ahora Seguro Social EsSalud) jerarquizándose el hospital Grau en el nivel II. Iniciándose así la Hospitalización de Obstetricia con las primeras intervenciones quirúrgicas de esa especialidad.

A partir de 1995, se realizan intervenciones quirúrgicas de Cirugía General y se inicia la Hospitalización de Cirugía.

El año de 1996, se inaugura hospitalización de Medicina y en al año de 1997, la hospitalización de Pediatría.

En el Año de 1998, la clínica cuenta con 149 camas en hospitalización de Medicina, Gineco-Obstetricia, Cirugía, Especialidades Quirúrgicas, Pediatría, Emergencia y UVI (Unidad de Vigilancia Intensiva), se brinda

atención en Consulta Externa de Especialidades Médicas y Quirúrgicas; desarrollándose 19 programas preventivos-promocionales.

Todo este esfuerzo lo venían realizando 644 trabajadores: Médicos, Odontólogos, Farmacéuticos, Obstetrices, Enfermeras, Asistentas Sociales, Psicólogos, Nutricionistas, Tecnólogos, Técnicos, Auxiliares y Personal Administrativo.

En el año de 1999 con Resolución de Presidencia Ejecutiva No.084 de EsSalud de fecha 23 de Abril de 1999, se resuelve elevar la categoría del Hospital al Nivel III. Se pasó a contar con 302 camas: 100 en emergencia, 200 en Hospitalización, 1 oficina de Imagen Institucional y 1 oficina de Voluntariado.

Para el año 2016, según el departamento de Bienestar Personal del Hospital III Emergencias Grau, éste cuenta con 240 médicos asistenciales distribuidos en diversas especialidades: 19 Ginecólogos, 19 Médicos Internistas, 20 Pediatras, 2 Neonatólogos, 2 Hematólogos, 4 Endocrinólogos, 3 Psiquiatras, 18 Anestesiólogos, 10 Cardiólogos, 24 Cirujanos Generales, 4 Dermatólogos, 11 Emergenciólogos, 7 Gastroenterólogos, 1 Geriatra, 2 Infectólogos, 10 Intensivistas, 1 Médico de Terapia Física y Rehabilitación, 10 Médicos Generales, 6 Neurólogos, 6 Neumólogos, 10 Oftalmólogos, 10 Otorrino-laringólogos, 7 Patólogos Clínicos, 10 Radiólogos, 5 Reumatólogos, 14 Traumatólogos y 10 Urólogos(102).

III.- MARCO METODOLOGICO

3.1.- Diseño de investigación y tipo de estudio

El proyecto es un estudio descriptivo y transversal, cualitativo aplicado en personal asistencial médico del Hospital III Emergencias Grau.

3.2.- Variables de estudio y Operacionalización de variables

Variable	Tipo de Variable	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Valor Final
Síndrome de Burnout	Cualitativa Nominal	Estado particular de estrés laboral que puede presentarse en aquellas personas que brindan servicios a otras, y se caracteriza por tres aspectos fundamentales: el cansancio emocional, la despersonalización y la disminución de la realización personal.	Agotamiento emocional	Escala Maslach (AE): Preguntas 1,2,3,6,8,13,14,16,20	Bajo ≤ 16 Medio 17-27 Alto ≥ 28
			Despersonalización	Escala Maslach (DP): Preguntas 5, 10, 11,15, 22.	Bajo ≤ 5 Medio 6-10 Alto ≥ 11
			Realización personal	Escala Maslach (RP): Preguntas 4,7,9,12,17,18, 19,21	Bajo < =33 Medio 34-39 Alto ≥ 40
Edad	Cuantitativa de razón	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento; se mide en años de vida cumplidos	Edad en años cumplidos que tiene el/la profesional médico al momento de realizar el cuestionario.	Edad en años cumplidos actualmente	0= 30-40 años 1= 41-50 años 2= 51-60 años 3= más de 60 años
Sexo	Cualitativa Nominal	Condición de tipo orgánica que diferencia al macho de la hembra, ya sea en seres humanos, plantas o animales	Es el señalado por el entrevistado al realizar el cuestionario.	Femenino Masculino	0= Femenino 1= Masculino

Especialidad Médica	Cualitativa Nominal	Estudios cursados concluidos por un Médico General en su período de posgrado universitario.	Es el señalado por el entrevistado al realizar el cuestionario	Especialidad Médica	0= Ginecólogos 1= Médicos Internistas 2= Pediatras 3= Hematólogos 4= Endocrinólogos 5= Psiquiatras 6= Anestesiólogos 7= Cardiólogos 8= Cirujanos Generales 9= Dermatólogos 10= Emergenciólogos 11= Gastroenterólogos 12= Geriatra 13= Infectólogos 14= Intensivistas 15= Médico de Terapia Física y Rehabilitación 16= Neurólogos 17= Neumólogos 18= Oftalmólogos 19= Otorrino- laringólogos 20= Patólogos Clínicos 21= Radiólogos 22= Reumatólogos 23= Traumatólogos 24= Urólogos
------------------------	------------------------	--	---	---------------------	--

3.3.- Área de Estudio

El proyecto se desarrollara en el Hospital Emergencias Grau, donde no se ha realizado este tipo de estudio al personal asistencial médico en el periodo de octubre a diciembre del 2016.

3.4.- Población y Muestra

La población sujeto de estudio es el personal asistencial médico que labora en el Hospital Emergencias Grau. Los datos se obtuvieron de la oficina de personal determinando que para el año 2016 cuenta con un total de 240 médicos asistenciales de los cuales se tuvo la oportunidad de conformar una muestra por conveniencia de 126 médicos de acuerdo a la participación voluntaria de éstos.

Criterios de inclusión:

Profesionales médicos del Hospital III Emergencias Grau que aceptan realizar el cuestionario MBI en el periodo Octubre-Diciembre 2016

Criterios de exclusión:

Profesionales médicos del Hospital III Emergencias Grau que esté ausente por periodo vacacional, función administrativa, comisión de servicio, enfermedad o no desee participar en el estudio. Profesionales médicos del Hospital III Emergencias Grau que superen los 60 años de edad.

3.5. Instrumentos de Medición

3.5.1. MBI o Maslach Burnout Inventory Human

(Maslach, Jackson y Leiter 1981), validada en su versión al español, similar a la original MBI, dirigido a los profesionales de la salud, y es un instrumento más utilizado porque permite medir el síndrome independientemente de las características ocupacionales de la muestra. Está compuesto por 22 ítems que

se distribuyen en 3 escalas y miden la frecuencia con que los profesionales perciben baja realización personal en el trabajo (8 ítems). El agotamiento emocional y afectivo (9 ítems) y la despersonalización (5 ítems). Los ítems se valoran con escala de Likert desde 0 a 7 puntos.

3.5.2. Confiabilidad y Validación

Variable: Síndrome de Burnout

Muestra Piloto: 30 sujetos de estudio. Variables: 22 Items

Procedimiento

Se ha entrevistado a 30 sujetos de estudio para obtener datos y validar preguntas; y así obtener el alfa de Cronbach para la confiabilidad del Instrumento.

Alfa de Cronbach del Síndrome de Burnout

Case Processing Summary

	N	%
Cases Valid	126	100,0
Excluded ^a	0	,0
Total	126	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,646	22

Interpretación:

El alfa de Cronbach es una media ponderada de las correlaciones entre las variables (o ítems) que forman parte del instrumento. El alfa de Cronbach dio

como resultado el valor de 0.646, que nos garantiza la confiabilidad de los datos obtenidos para la variable Síndrome de Burnout.

La validez del contenido de instrumento se ha obtenido mediante juicios de expertos del área de salud mental así como en la materia de investigación, considerando sus opiniones, sugerencias y aportes constructivos en la mejora del instrumento. Los datos se han procesado en una tabla de concordancia de jueces expertos, determinando la validez mediante la prueba binomial, donde si $p < 0.05$ la concordancia es significativa.

3.6. Técnicas y procedimientos de recolección de datos

Se procederá a utilizar un banco de datos obtenido al aplicar el MBI en el periodo octubre a diciembre del 2016 en una muestra de médicos asistenciales del Hospital III Emergencias Grau. Previamente se explicó a los evaluados el objetivo del estudio, entregándose en un sobre cerrado, es auto aplicado y de forma anónima, manteniendo en todo momento la confidencialidad (aspecto ético del estudio) de la información, se entregara al personal médico que acepten participar en el estudio.

3.7. Plan de análisis estadístico e Interpretación de Datos

Se realizara el análisis descriptivo de cada variable mediante tablas de distribución de frecuencias; para evaluar la presencia del Síndrome de Burnout y las características sociodemográficas que presenta el grupo de estudio.

La primera herramienta empleada en la recogida de la información fue el Maslach Burnout Inventory (MBI), este cuestionario mide las tres dimensiones del Síndrome de Burnout: el cansancio emocional (CE), la despersonalización (DP) y la realización personal (RP).

A la hora de interpretar los datos en el caso de las dos primeras escalas la mayor puntuación indica peor resultado mientras que en la tercera dimensión (realización personal) la interpretación es a la inversa. Valoradas según la escala de Likert, desde 0 a 7 puntos: (0) Nunca (1) Una vez al año (2) Algunas veces al año (3) Algunas veces al mes, (4) Algunas veces a la semana, (5) Dos veces a la semana (6) Todos los días

Además se evalúa una cuarta escala definida como Burnout, que se obtendrá sumando las puntuaciones de las tres dimensiones, cuyo resultado es directamente proporcional en el caso del cansancio emocional y la despersonalización e inversamente proporcional en la escala de realización personal. De esta manera se considera Burnout cuando se puntúa alto en cansancio emocional y despersonalización y bajo en realización personal. Teniendo en cuenta los puntos de corte establecidos previamente en la literatura, categorizamos el nivel del síndrome de Burnout: bajo, medio, alto a partir de los hallazgos de:

- Cansancio emocional :< 17 ,18-26, >27,
- Despersonalización: <8, 9-12, >13
- Realización personal :<16, 17-22, > 23
- Burnout : <38, 39-51, >52

Para el análisis de los datos se utilizara el paquete estadístico SPSS V24.0 para Windows.

IV.- RESULTADOS

En el presente estudio se abordó una muestra de 126 médicos especialistas del Hospital Emergencias Grau de los cuales la mayoría (67.5%) son del sexo masculino y además la mayor prevalencia de edad en la muestra se presentó entre los 41 a 50 años (45.2%).

Tabla 1: Rangos de Edad según Sexo en Especialistas Médicos del Hospital Emergencias Grau

SEXO			Rangos de Edad			Total
			Hasta 40 años	41 a 50 años	51 a 60 años	
Masculino	Recuento		13	41	31	85
	% dentro de SEXO		15,3%	48,2%	36,5%	100,0%
	% dentro de Rangos de Edad		59,1%	71,9%	66,0%	67,5%
Femenino	Recuento		9	16	16	41
	% dentro de SEXO		22,0%	39,0%	39,0%	100,0%
	% dentro de Rangos de Edad		40,9%	28,1%	34,0%	32,5%
Total	Recuento		22	57	47	126
	% dentro de SEXO		17,5%	45,2%	37,3%	100,0%
	% dentro de Rangos de Edad		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Dentro de las especialidades que participaron en el estudio se los dividió en especialidades quirúrgicas (Gineco-Obstetricia, Cirugía General, Oftalmología, Traumatología, Otorrinolaringología y Urología) que abarcó en 38.9 % y en especialidades médicas (Medicina Interna, Pediatría, Endocrinología, Anestesiología, Cardiología, Medicina de Emergencia, Gastroenterología, Medicina Intensiva, Neurología, Neumología, Patología Clínica, Radiología y Reumatología) con un 61.1%. Todo lo mencionado con anterioridad fue realizado para una mejor presentación de resultados. La mayor parte de especialistas estudiados fueron del área médica.

Tabla 2: Tipo de Especialidad en Especialistas Médicos del Hospital Emergencias Grau

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Especialidad quirúrgica	49	38,9
	Especialidad médica	77	61,1
	Total	126	100,0

Los datos de cada especialidad que participó en el estudio se observan en las tablas 3 y 4. En ellas se puede apreciar la proporción de participantes por cada especialidad de acuerdo al total especialistas activos según el Departamento de Personal del Hospital Emergencias Grau para el año 2016. En las Especialidades quirúrgicas hubo más participación de los Gineco-Obstetras y los Cirujanos Generales con 22,4% y 30,6% del total de especialistas de esta área. Por otra parte en cuanto a las Especialidades Médicas se tuvo más participación de los especialistas en Anestesiología, Pediatría y Medicina Interna con 18,2%, 16,9% y 11,7% respectivamente del total de especialistas.

Tabla 3: Especialidades que conforman la Especialidad Quirúrgica en Médicos Especialistas del Hospital Emergencias Grau

		Frecuencia	Porcentaje	Médicos Activos	Porcentaje de Médicos Activos
Válido	Gineco-Obstetricia	11	22,4%	19	58%
	Cirugía General	15	30,6%	24	63%
	Oftalmología	5	10,2%	10	50%
	Traumatología	7	14,3%	14	50%
	Otorrinolaringología	6	12,2%	10	60%
	Urología	5	10,2%	10	50%
	Total	49	100,0%	87	56%

Tabla 4: Especialidades que conforman la Especialidad Médica en Médicos Especialistas del Hospital Emergencias Grau

		Frecuencia	Porcentaje	Médicos Activos	Porcentaje de Médicos Activos
Válido	Medicina Interna	9	11,7	19	47%
	Pediatría	13	16,9	22	59%
	Endocrinología	3	3,9	4	75%
	Anestesiología	14	18,2	18	78%
	Cardiología	5	6,5	10	50%
	Medicina de Emergencia	6	7,8	11	55%
	Gastroenterología	4	5,2	7	57%
	Medicina Intensiva	6	7,8	10	60%
	Neurología	2	2,6	6	33%
	Neumología	3	3,9	6	50%
	Patología Clínica	4	5,2	7	57%
	Radiología	6	7,8	10	60%
	Reumatología	2	2,6	5	40%
	Total	77	100,0	135	57%

De acuerdo al tipo de especialidad médica, se obtuvo mayor cantidad de profesionales del sexo masculino en ambos grupos tanto para las especialidades quirúrgicas (83,67%) como para las especialidades médicas (57.14%) (Gráfico 1 y 2). En cuanto a los rangos de edad en la especialidades quirúrgicas se presentó más especialistas entre los 51 a 60 años (masculino 34.69%, femenino 10.20%) mientras que en las especialidades médicas fueron mayoría entre los 41 a 50 años (masculino 32.47%, femenino 20.78%).

Las dimensiones que conforman el Síndrome de Burnout fueron representadas por separado de acuerdo al sexo, rango de Edad, Especialidad y Tipo de Especialidad.

Gráfico N°1: Rangos de Edad según Sexo en Médicos de Especialidad Quirúrgica

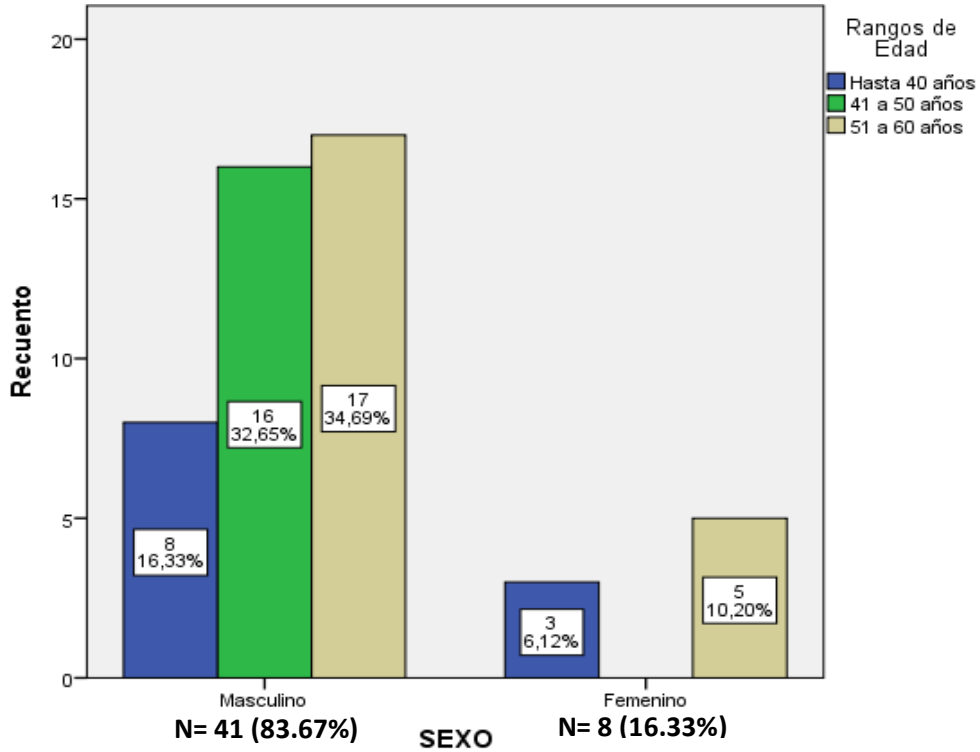
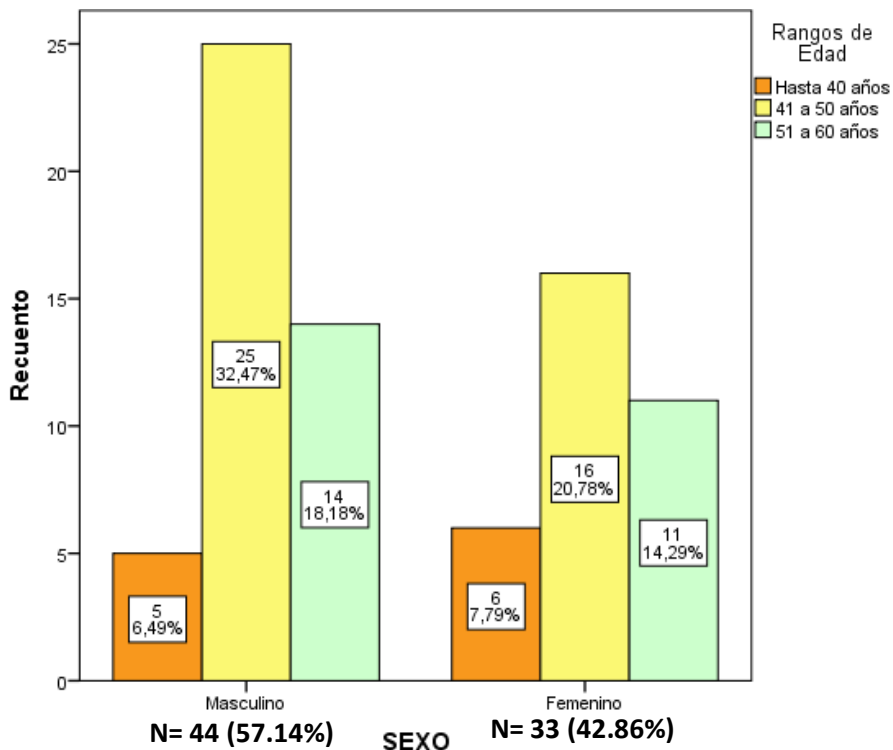


Gráfico N°2: Rangos de Edad según Sexo en Médicos de Especialidad Médica



El Agotamiento Emocional fue predominante en la categoría “Alto” al evaluar a todas las especialidades con un 52.4% (tabla 5). En cuanto a sexos la categoría “Alto” también sobresalió con 52.9% en el sexo masculino y 51.2% en el femenino (tabla 6). Por tipo de especialidad, la categoría “Alto” obtuvo más porcentaje tanto en la especialidad quirúrgica como médica con 24.6% y 27.78% respectivamente (Gráfico 3). Por otro lado, respecto a los rangos de edad la categoría “Alto” sobresalió en los rangos de “Hasta 40 años” con 9.52% y de “51 a 60 años” con 26.19%, sin embargo de “41 a 50 años” la categoría “Bajo” fue la que sobresalió con 22.22% (Gráfico 4).

Tabla 5: Agotamiento Emocional en Especialistas Médicos del Hospital Emergencias Grau

Recuento

		Agotamiento Emocional						Total	
		ALTO		MEDIO		BAJO			
		N°	%	N	%	N	%	N	%
Especialidad Médica	Gineco-Obstetricia	8	6.3%	0		3	2.4%	11	8.7%
	Cirugía General	8	6.3%	2	1.6%	5	4.0%	15	11.9%
	Oftalmología	3	2.4%	0		2	1.6%	5	4.0%
	Traumatología	6	4.8%	0		1	0.8%	7	5.6%
	Otorrinolaringología	2	1.6%	1	0.8%	3	2.4%	6	4.8%
	Urología	4	3.2%	1	0.8%	0		5	4.0%
	Medicina Interna	1	0.8%	3	2.4%	5	4.0%	9	7.1%
	Pediatría	7	5.6%	2	1.6%	4	3.2%	13	10.3%
	Endocrinología	0		0		3	2.4%	3	2.4%
	Anestesiología	9	7.1%	1	0.8%	4	3.2%	14	11.1%
	Cardiología	1	0.8%	2	1.6%	2	1.6%	5	4.0%
	Medicina de Emergencia	2	1.6%	0		4	3.2%	6	4.8%
	Gastroenterología	0		2	1.6%	2	1.6%	4	3.2%
	Medicina Intensiva	5	4.0%	0		1	0.8%	6	4.8%
	Neurología	0		1	0.8%	1	0.8%	2	1.6%
	Neumología	1	0.8%	1	0.8%	1	0.8%	3	2.4%
	Patología Clínica	3	2.4%	0		1	0.8%	4	3.2%
	Radiología	4	3.2%	0		2	1.6%	6	4.8%
	Reumatología	2	1.6%	0		0		2	1.6%
	Total		66	52.4%	16	12.7%	44	34.9%	126

Tabla 6: Agotamiento Emocional según el Sexo en Médicos Especialistas del Hospital Emergencias Grau

		Agotamiento Emocional			Total	
		ALTO	MEDIO	BAJO		
SEXO	Masculino	Recuento	45	12	28	85
		% dentro de SEXO	52,9%	14,1%	32,9%	100,0%
		% del total	35,7%	9,5%	22,2%	67,5%
	Femenino	Recuento	21	4	16	41
		% dentro de SEXO	51,2%	9,8%	39,0%	100,0%
		% del total	16,7%	3,2%	12,7%	32,5%
Total	Recuento	66	16	44	126	
	% dentro de SEXO	52,4%	12,7%	34,9%	100,0%	
	% del total	52,4%	12,7%	34,9%	100,0%	

Gráfico N°3: Agotamiento Emocional por Tipo de Especialidad en Médicos Especialistas del Hospital Emergencias Grau

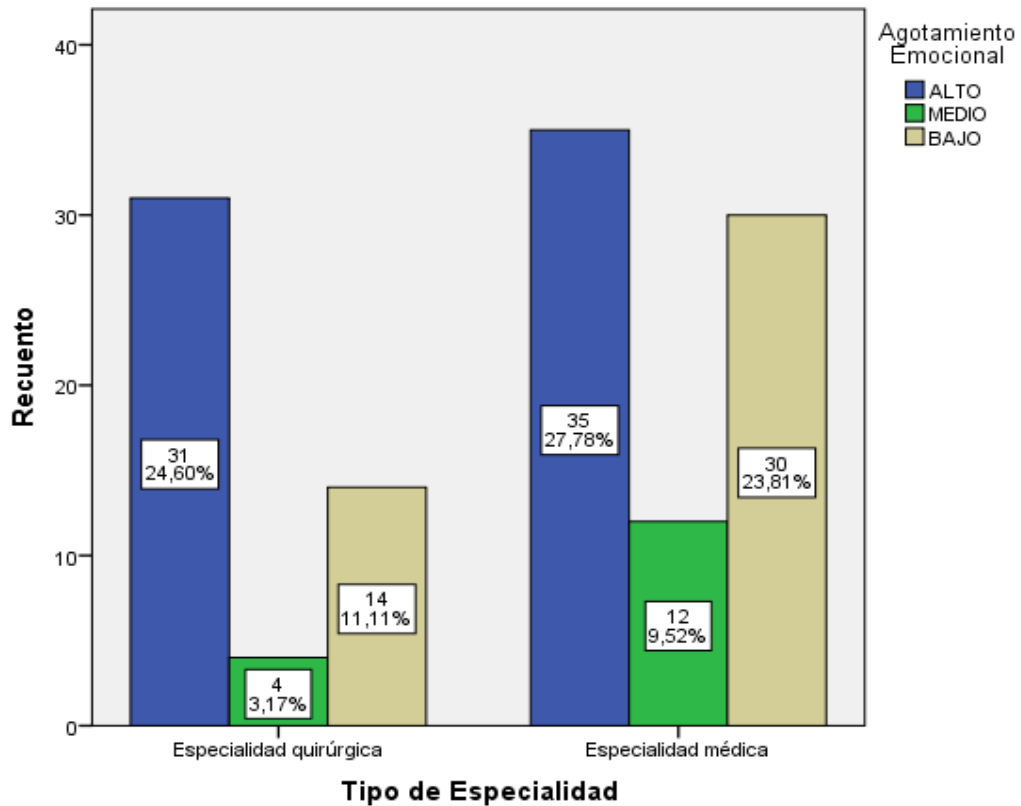
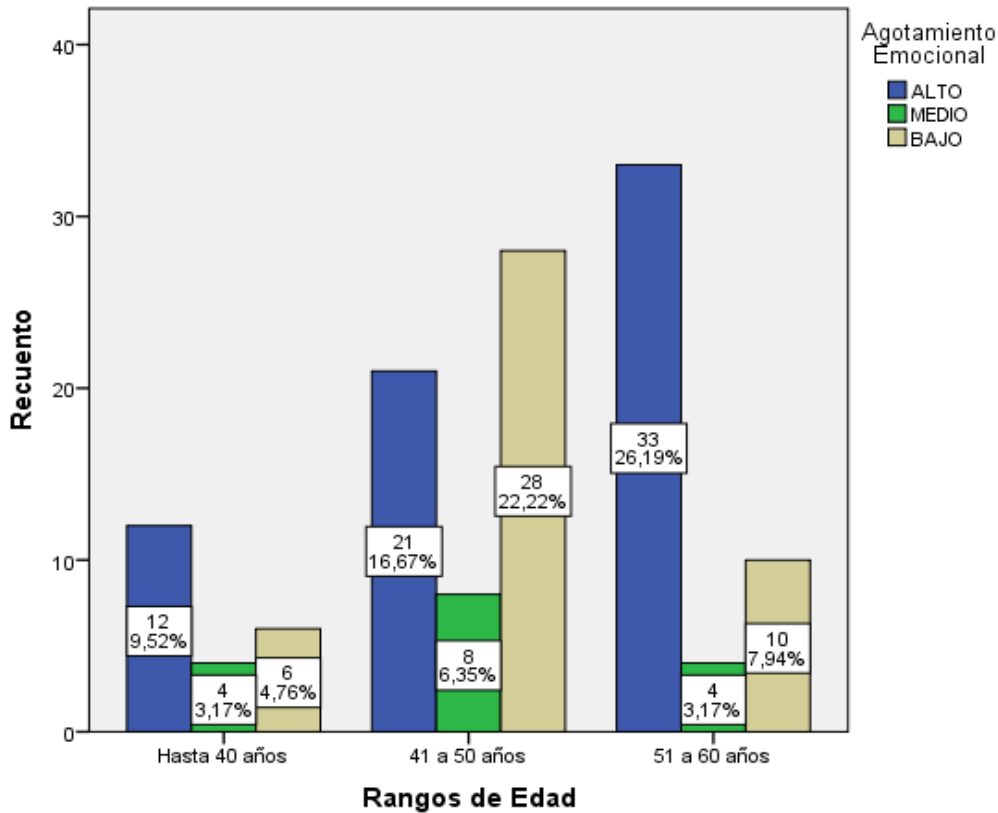


Gráfico N°4: Agotamiento Emocional por Rangos de Edad en Médicos Especialistas del Hospital Emergencias Grau



Con respecto a la “Despersonalización” al evaluar todas las especialidades, las categorías con mayor porcentaje fueron “Alto” con 39.7% y con un porcentaje similar “Bajo” con 38.1% (tabla 7).

Además también se valoró la “Despersonalización” en ambos sexo y se obtuvo mayor predominancia en la categoría “Alto” en el sexo femenino con 41.5%, mientras que en el sexo masculino predominó la categoría “Bajo” con 40% (tabla 8).

En cuanto al tipo de especialidad, en las especialidades quirúrgicas la categoría “Alto” fue la que más porcentaje presentó con 18.25%, y en las especialidades médicas el mayor porcentaje lo presentó la categoría “Bajo” con 26.98% (Gráfico 5). Por rangos de edad un dato resaltante fue que de 51 a 60 años sobresalió la categoría “Alto” con 22.22% (Gráfico 6).

Tabla 7: Despersonalización en Médicos Especialistas del Hospital Emergencias Grau

Recuento		Despersonalización						Total	
		ALTO		MEDIO		BAJO			
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Especialidad Médica	Gineco-Obstetricia	6	4.8%	2	1.6%	3	2.4%	11	8.7%
	Cirugía General	6	4.8%	4	3.2%	5	4.0%	15	11.9%
	Oftalmología	2	1.6%	2	1.6%	1	0.8%	5	4.0%
	Traumatología	4	3.2%	2	1.6%	1	0.8%	7	5.6%
	Otorrinolaringología	1	0.8%	2	1.6%	3	2.4%	6	4.8%
	Urología	4	3.2%	0		1	0.8%	5	4.0%
	Medicina Interna	1	0.8%	4	3.2%	4	3.2%	9	7.1%
	Pediatría	6	4.8%	1	0.8%	6	4.8%	13	10.3%
	Endocrinología	0		1	0.8%	2	1.6%	3	2.4%
	Anestesiología	7	5.6%	2	1.6%	5	4.0%	14	11.1%
	Cardiología	1	0.8%	0		4	3.2%	5	4.0%
	Medicina de Emergencia	2	1.6%	0		4	3.2%	6	4.8%
	Gastroenterología	0		0		4	3.2%	4	3.2%
	Medicina Intensiva	3	2.4%	3	2.4%	0		6	4.8%
	Neurología	0		0		2	1.6%	2	1.6%
	Neumología	1	0.8%	0		2	1.6%	3	2.4%
	Patología Clínica	1	0.8%	3	2.4%	0		4	3.2%
	Radiología	3	2.4%	2	1.6%	1	0.8%	6	4.8%
	Reumatología	2	1.6%	0		0		2	1.6%
Total	50	39.7%	28	22.2%	48	38.1%	126	100.0%	

Tabla 8: Despersonalización según Sexo en Médicos Especialistas del Hospital Emergencias Grau

SEXO		Recuento	Despersonalización			Total
			ALTO	MEDIO	BAJO	
Masculino	Recuento		33	18	34	85
	% dentro de SEXO		38,8%	21,2%	40,0%	100,0%
	% del total		26,2%	14,3%	27,0%	67,5%
Femenino	Recuento		17	10	14	41
	% dentro de SEXO		41,5%	24,4%	34,1%	100,0%
	% del total		13,5%	7,9%	11,1%	32,5%
Total	Recuento		50	28	48	126
	% dentro de SEXO		39,7%	22,2%	38,1%	100,0%
	% del total		39,7%	22,2%	38,1%	100,0%

Gráfico N°5: Despersonalización por Tipo de Especialidad en Médicos Especialistas del Hospital Emergencias Grau

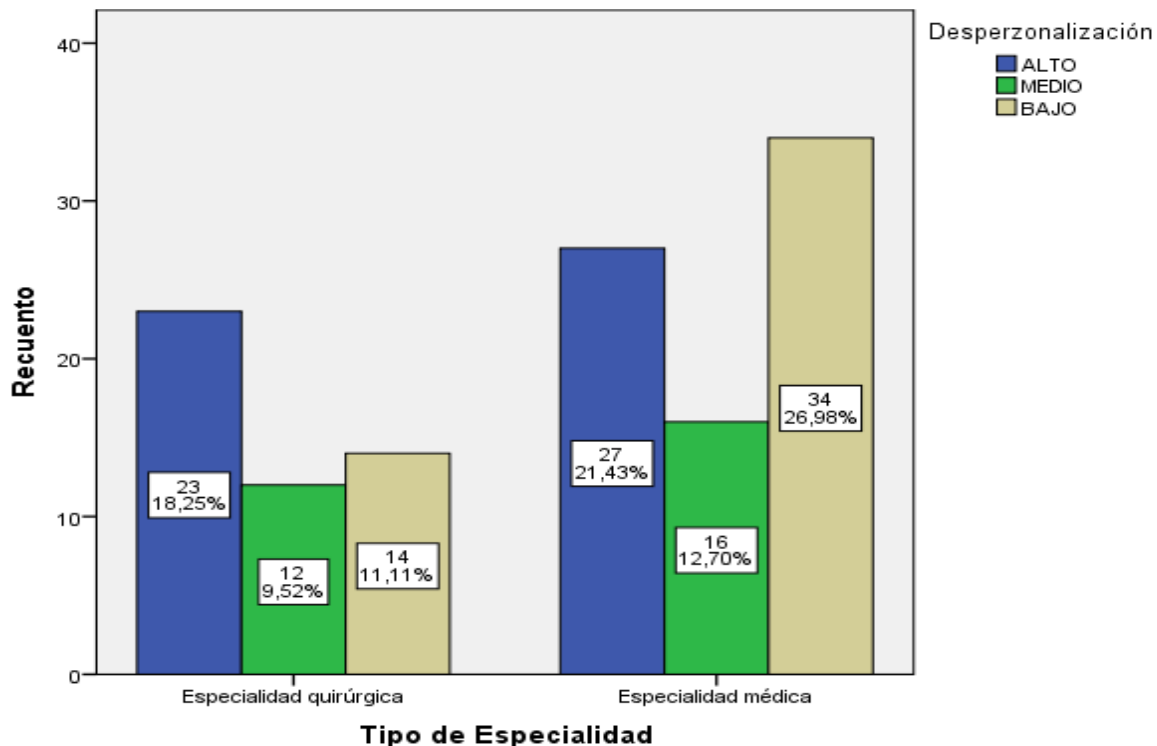
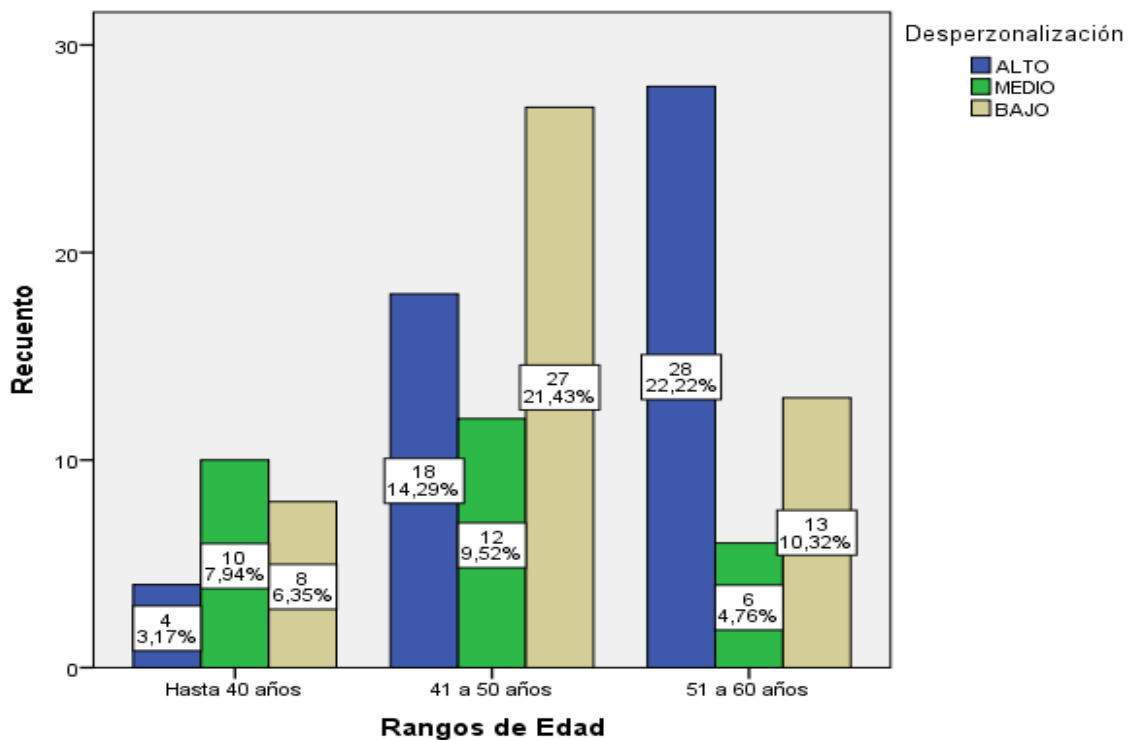


Gráfico N°6: Despersonalización por Rangos de Edad en Médicos Especialistas del Hospital Emergencias Grau



Por ultimo mencionar a la “Realización Personal” la cual tuvo a la categoría “Medio” con mayor porcentaje con respecto a todas las especialidades con un 54.8% (tabla 9). En cuanto a las demás variables la categoría “Medio” también se impuso, ya sea en sexo (Masculino 51.8%, Femenino 54.8%) (Tabla 10), tipo de especialidad (Quirúrgica 20.53%, Médica 34.13%) (Gráfico 7) y por rangos de edad (“Hasta 40 años” con 10,32%, de “41 a 50 años” con 25.4% y de “51 a 60 años” con 19.5%) (Gráfico 8).

Tabla 9: Realización Personal en Médicos Especialistas del Hospital Emergencias Grau

		Realización Personal						Total	
		ALTO		MEDIO		BAJO			
Especialidad Médica		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Especialidad Médica	Gineco-Obstetricia	0		7	5.6%	4	3.2%	11	8.7%
	Cirugía General	3	2.4%	7	5.6%	5	4.0%	15	11.9%
	Oftalmología	0		3	2.4%	2	1.6%	5	4.0%
	Traumatología	0		4	3.2%	3	2.4%	7	5.6%
	Otorrinolaringología	1	0.8%	4	3.2%	1	0.8%	6	4.8%
	Urología	1	0.8%	1	0.8%	3	2.4%	5	4.0%
	Medicina Interna	3	2.4%	5	4.0%	1	0.8%	9	7.1%
	Pediatría	4	3.2%	6	4.8%	3	2.4%	13	10.3%
	Endocrinología	0		3	2.4%	0		3	2.4%
	Anestesiología	1	0.8%	8	6.3%	5	4.0%	14	11.1%
	Cardiología	3	2.4%	1	0.8%	1	0.8%	5	4.0%
	Medicina de Emergencia	0		4	3.2%	2	1.6%	6	4.8%
	Gastroenterología	2	1.6%	2	1.6%	0		4	3.2%
	Medicina Intensiva	0		4	3.2%	2	1.6%	6	4.8%
	Neurología	1	0.8%	1	0.8%	0		2	1.6%
	Neumología	1	0.8%	1	0.8%	1	0.8%	3	2.4%
	Patología Clínica	0		3	2.4%	1	0.8%	4	3.2%
	Radiología	0		4	3.2%	2	1.6%	6	4.8%
	Reumatología	0		1	0.8%	1	0.8%	2	1.6%
Total		20	15.9%	69	54.8%	37	29.4%	126	100.0%

Gráfico N°7: Realización Personal por Tipo de Especialidad en Médicos Especialistas del Hospital Emergencias Grau

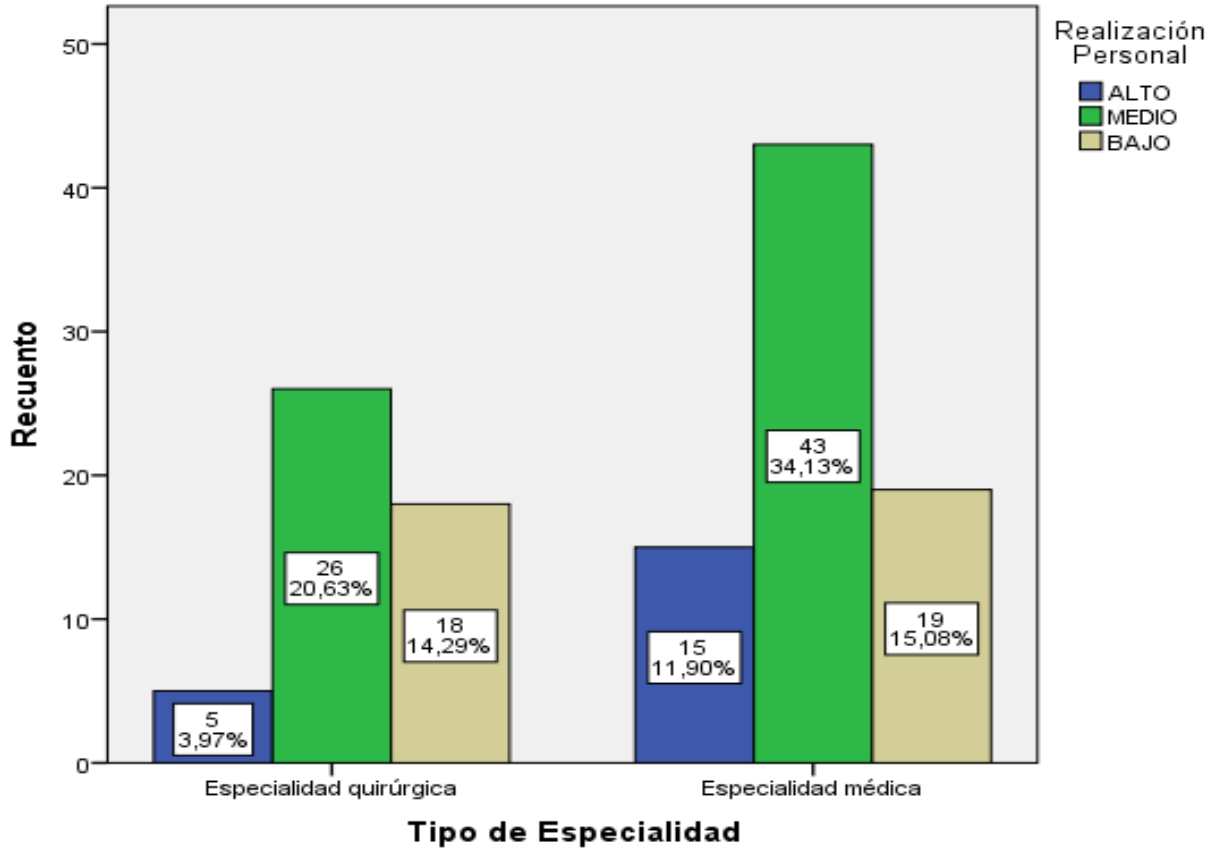


Gráfico N°8: Realización Personal por Rangos de Edad en Médicos Especialistas del Hospital Emergencias Grau

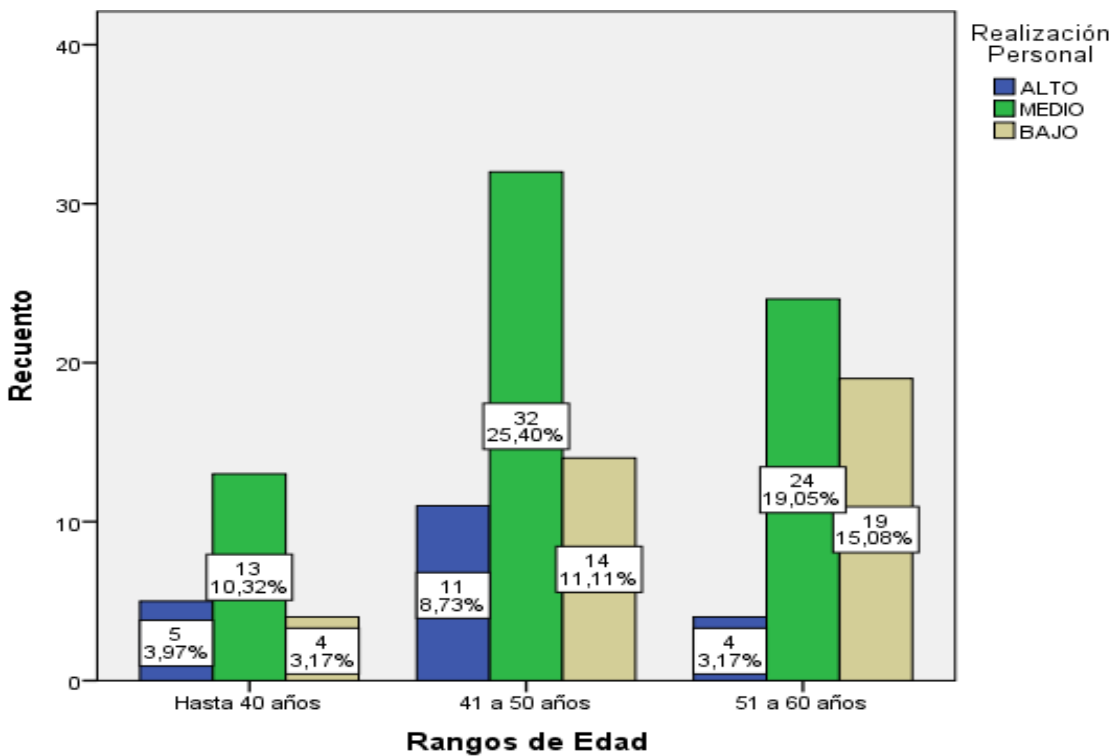


Tabla 10: Realización Personal según el Sexo en Médicos Especialistas

		Realización Personal			Total	
		ALTO	MEDIO	BAJO		
SEXO	Masculino	Recuento	15	44	26	85
		% dentro de SEXO	17,6%	51,8%	30,6%	100,0%
		% del total	11,9%	34,9%	20,6%	67,5%
	Femenino	Recuento	5	25	11	41
		% dentro de SEXO	12,2%	61,0%	26,8%	100,0%
		% del total	4,0%	19,8%	8,7%	32,5%
Total	Recuento		69	37	126	
Total	% dentro de SEXO	15,9%	54,8%	29,4%	100,0%	
	% del total	15,9%	54,8%	29,4%	100,0%	

Para el Síndrome de Burnout, de la muestra conformada por 126 médicos especialistas, 37 obtuvieron el diagnóstico de Síndrome de Burnout, que presentaría un 29.4% del total de especialistas y se presentó en categorías “Alto” (70.3%) y “Medio” (29.7%)(Tabla 11) Se valoró además el Síndrome de Burnout tanto por sexo, especialidad, tipo de especialidad y rangos de edad.

Tabla 11: Síndrome de Burnout en Médicos Especialistas del Hospital Emergencias Grau

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	ALTO	26	20,6	70,3	70,3
	MEDIO	11	8,7	29,7	100,0
	Total	37	29,4	100,0	
Perdidos	Sistema	89	70,6		
Total		126	100,0		

En cuanto al sexo se obtuvo SBO “Alto” predominante en ambos sexo tanto en el masculino (51.35%) como en el Femenino (18.92%). De los participantes del sexo masculino, un 30.59% presentó SBO en algún grado, mientras que las participantes del sexo femenino un 26.82% presento este síndrome en algunos de los grados mencionados (Tabla 12).

Gráfico N°9: Síndrome de Burnout según el Sexo en Médicos Especialistas del Hospital Emergencias Grau

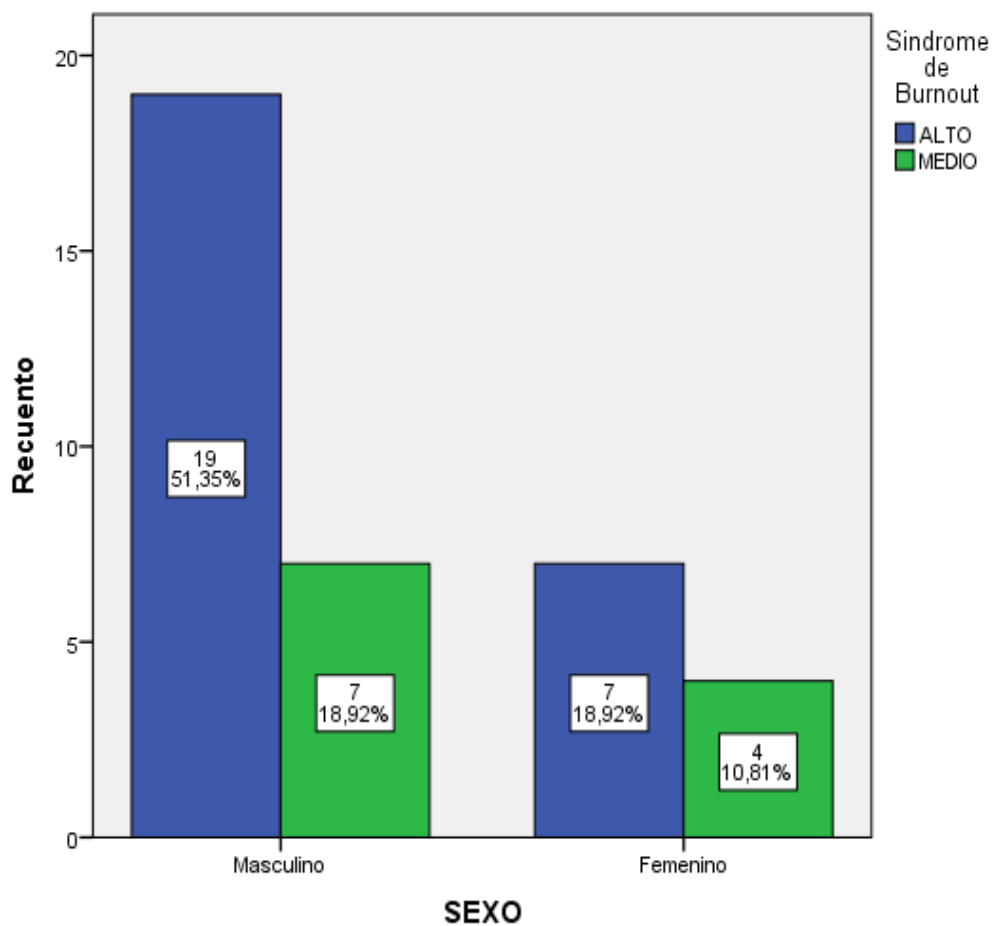


Tabla 12: Síndrome de Burnout por sexo en Médicos Especialistas del Hospital Grau

	Total	Síndrome de Burnout	
	N	N	%
Masculino	85	26	30.59%
Femenino	41	11	26.82%

Con respecto al tipo de Especialidad, del total de médicos especialistas con el diagnóstico de Síndrome de Burnout, la categoría “Alto” fue la que más destacó en ambos tipos de Especialidad, tanto en Quirúrgicas con 29.73% como en Médicas con 40.54% (Gráfico 10). De los 49 especialistas que conformaron la especialidad quirúrgica, solo 18 de ellos presentaron SBO en algún grado, esto representaría un 36.7% de ellos. Y también de los 77 especialistas que conformaron la especialidad médica, 19 de ellos presentaron algún grado de SBO lo que representa 24.67% de ellos (Tabla 13).

Gráfico N°10: Síndrome de Burnout por tipo de Especialidad Médica el Hospital Emergencias Grau

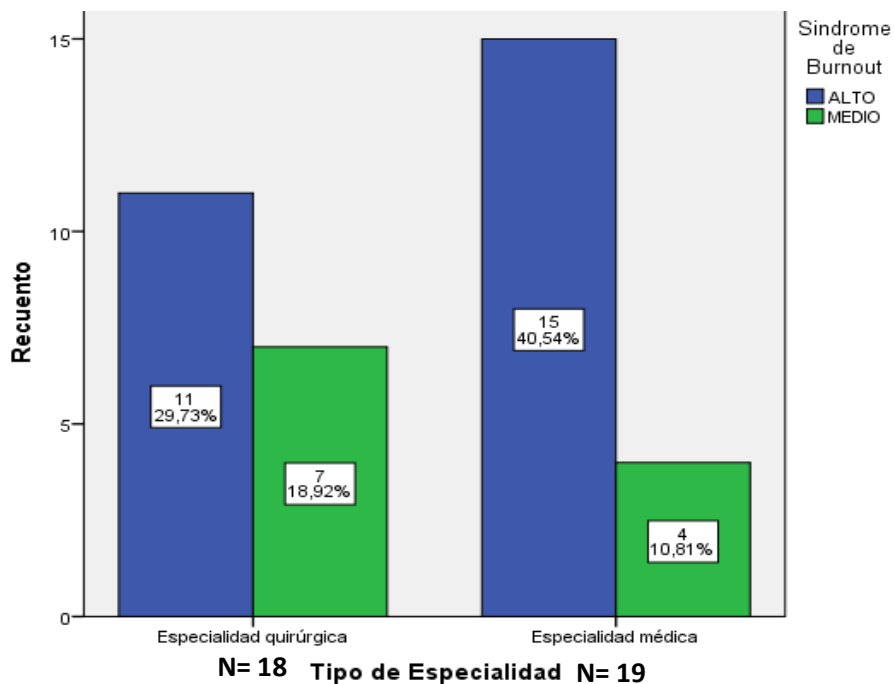


Tabla 13: Síndrome de Burnout por tipo de Especialidad en Médicos Especialistas del Hospital Grau

	Total	Síndrome de Burnout	
	N	N	%
Especialidad quirúrgica	49	18	36.73%
Especialidad médica	77	19	24.67%

En cuanto a los rangos de edad el SBO se presentó más en el rango de “41 a 50 años” con 29.73% y en el rango de 51 a 60 años con 35.43% (Gráfico 11).

Al ser el SBO un porcentaje bajo en los especialistas del estudio, se presenta el Gráfico 12 con la distribución por frecuencias del Síndrome de Burnout por cada especialidad, en la cual la especialidad de “Anestesiología” presentó más casos de, ya que de los 14 que participaron, 5 presentaron SBO en algún grado, lo que representa el 35.7% de ellos.

Gráfico N°11: Síndrome de Burnout por tipo de Especialidad Médica el Hospital Emergencias Grau

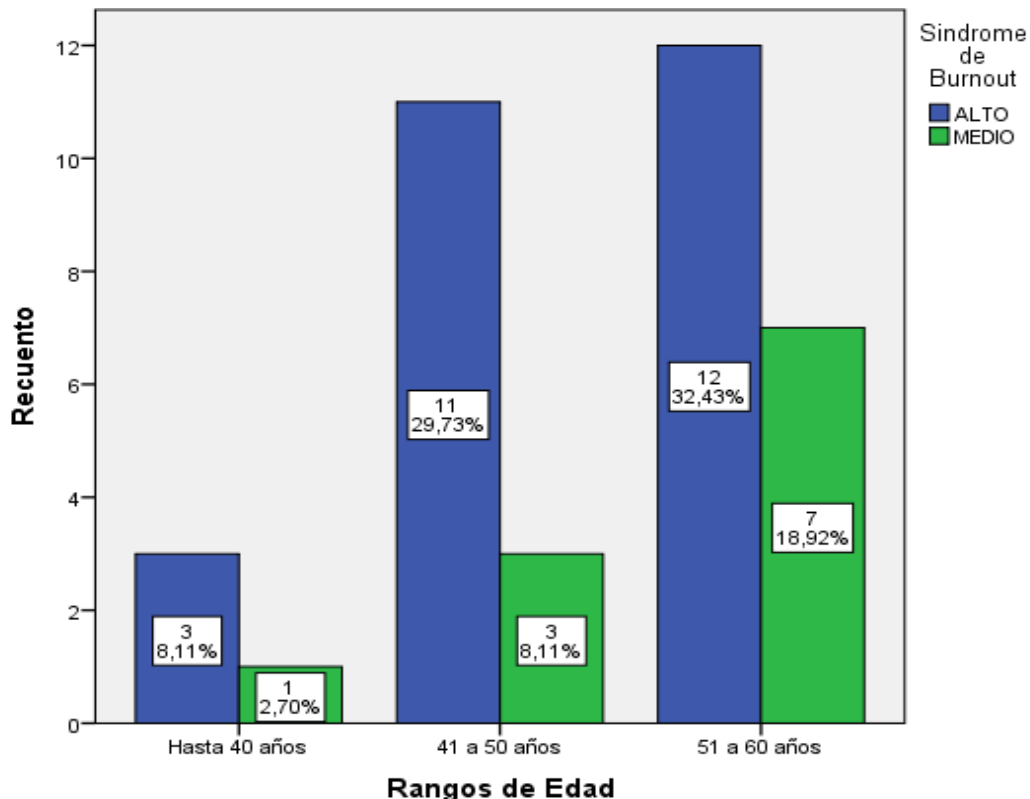
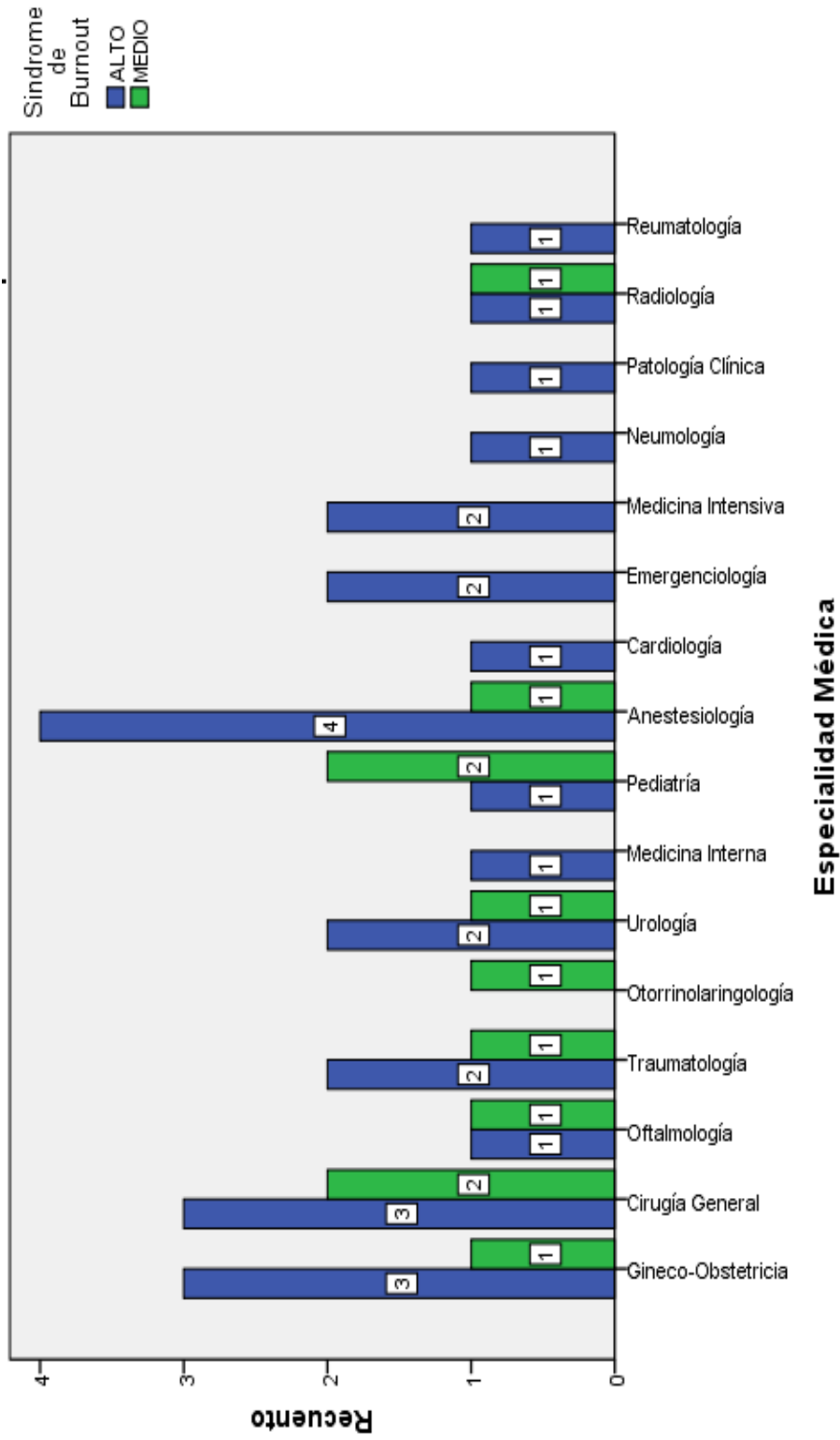


Gráfico N°12: Síndrome de Burnout según Especialidad Médica en médicos del Hospital Emergencias Grau



V.- DISCUSIÓN

El Síndrome de Burnout en la muestra estudiada representa un porcentaje no tan alto con respecto al total, solo un 29,4%. Este resultado es similar al encontrado por Jara Díaz (26) en una muestra de médicos residentes en el Hospital Arzobispo Loayza con 24.2%. De igual manera Ortega Herrera et al.(103) en su estudio con médicos y enfermeras obtuvo un 28% de Síndrome de Burnout en los médicos que estudió. Por otra parte, un porcentaje mayor se reportó en el estudio de Chavarría Islas et al.(43) con 40% del personal médico docente de un Hospital de segundo nivel en México y Contreras Palacios et al.(104) con un 60% en médicos especialistas. Castañeda Aguilera (105) y Aranda Beltrán et al.(40) en sus estudios con médicos familiares mexicanos reportaron un 41,6% y 36,6% respectivamente de Síndrome de Burnout en la muestra estudiada. Fonseca (106) en el 2009 también reportó una prevalencia alta de este síndrome en médicos con un 69.7%.

Un estudio que contrasta con los resultados en mención es el de Grau et al.(86) realizado en países de Europa y Latinoamérica en el que se describe un 5.9% de Síndrome de Burnout en el Perú. Hallazgos similares fueron encontrados por Marrero Santos(107) en médicos intensivistas neonatales con tan solo 8% de afección por este síndrome y por Maticorena-Quevedo(19) con 2.8% en profesionales médicos.

Este síndrome tiene consecuencias devastadoras para la persona si se hace crónica pero si se trata a tiempo este síndrome es reversible. Las personas que son más vulnerables a padecerlo son aquellas que no poseen un bienestar psicológico, por eso es importante dotar a las personas de estrategias de afrontamiento ante situaciones estresantes para prevenir las consecuencias que el estrés puede llegar a producir como lo menciona Risquez (108) en el 2012.

En cuanto a los rangos de edad, se puede apreciar que existe una tendencia a un mayor número de casos del Síndrome de Burnout conforme mayor sea la edad del médico. En el estudio presentado esto se pudo apreciar en con más claridad en los rangos de edad de “41 a 50 años” y de “51 a 60 años”.

La dimensión agotamiento emocional tuvo una tendencia de presentación alta tal como se presentó en este trabajo con un 52,4%, resultado similar encontrado por Díaz (26) en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el 2015 con una presentación de 48% en médicos residentes, al igual que lo encontrado en el estudio de Fonseca et al.(106) en el 2009 con una presentación del 40,2% y también a lo presentado por Ferrel et al.(109) en el 2010 con una presentación del 94,6%. A modo de contraste mencionar el estudio de Olvera-Islas et al.(110) en el 2014 en el cual encontró una presentación de 24% en la muestra que estudió y también el estudio de Magallanes (44) en el 2013 con una presentación del 23,1%.

En cuanto a las dimensiones de despersonalización alta y baja realización profesional existen trabajos que mencionan resultados similares a los encontrados por ejemplo Vera et al.(111) con un 36% de Despersonalización “alta” y 23% de realización profesional “baja”. Mencionar también lo presentado por Ferrel et al.(109) con 29% de Realización profesional baja, lo mostrado por Magallanes (44) con un 28,3% de Despersonalización en anestesistas y como otro ejemplo lo encontrado por Díaz(26) en el 2015 con un 58% de despersonalización y 32% de Realización personal baja.

Además de lo presentado y que contiene gran relevancia son estudios que relacionan al síndrome de Burnout con factores asociados a su presentación como los trabajos de Domínguez et al.(112), Gonzales Gutiérrez et al.(113) y Arango Agudelo(114) en los se menciona a la ansiedad, la depresión, antecedentes de salud, el consumo de sustancias, la falta de reconocimiento personal, variables sociodemográficas (edad, estado civil, sexo, función familiar, personas con las que vive, etc), la actividad sexual, entre otras variables.

VI.- CONCLUSIONES

Con los métodos utilizados en este trabajo llegamos a la siguiente conclusión respecto a nuestro objetivo general de la población en estudio:

- El Síndrome de Burnout en el personal médico asistencial del Hospital III emergencias Grau en el periodo Octubre-Diciembre del 2016 se caracterizó por tener una prevalencia del 29.7% en los médicos estudiados. De los mencionados se divide en 20,6% Síndrome de Burnout Alto y 8,7% Síndrome de Burnout Medio.
- En cuanto a la dimensión Agotamiento emocional alto se encuentra un 52.38% de presentación en el personal médico asistencial del Hospital III Emergencias Grau en el periodo de estudio.
- La dimensión Despersonalización alto se encuentra presente en un 39,7% del personal médico asistencial del Hospital III Emergencias Grau en el periodo estudiado.
- En la dimensión Realización Personal Baja se encuentra en un porcentaje de 28,6%, sin embargo la categoría Realización personal Medio tiene un porcentaje de 54,8% del personal médico asistencial del Hospital III Emergencias Grau en el periodo estudiado.
- El sexo masculino presentó porcentaje de 30.59% de participantes con Síndrome de Burnout, que fue mayor al sexo femenino con 26.82%, en personal médico asistencial del Hospital III Emergencias Grau.
- Según rango de edad, el mayor porcentaje de Síndrome de Burnout en personal médico asistencial del Hospital III Emergencias Grau se encuentra entre los 51 a 60 años de edad con grado “Alto” un 32.42% y en grado “Medio” un 18.92%.
- Por tipo de Especialidad, los médicos asistenciales del Hospital III Emergencias Grau con especialidad quirúrgica presentaron mayor porcentaje de SBO con 36.73%. Y de forma individual, los Anestesiólogos presentaron más casos de SBO con un porcentaje de 35,7%.

VII.- RECOMENDACIONES

Realizar, en base a los hallazgos encontrados en este estudio, trabajos de investigación que puedan determinar la presencia de factores de riesgo, tanto personales como laborales, en la aparición del Síndrome de Burnout en personal médico asistencial del Hospital III Emergencias Grau.

Diseñar estrategias dirigidas a mejorar confraternidad en el trabajo en equipo de cada servicio médico, con la finalidad de crear un clima laboral beneficioso tanto para el médico como para los pacientes, de esta manera disminuir el agotamiento emocional que puede provocar el trabajo diario del médico especialista. Como ejemplo se podrían realizar, almuerzos de confraternidad, celebraciones de días festivos según calendario por cada servicio, salidas recreacionales, conmemoración de onomásticos del personal que labora en cada servicio médico, etc.

Elaborar evaluaciones psicológicas mensuales, que puedan incluir el cuestionario MBI de Maslach, de los médicos asistenciales sobre la percepción de éstos hacia los pacientes y sobre las dificultades que tienen para la atención de los mismos. Así detectar de manera precoz al personal que está con un grado de Despersonalización alta y someterlos a terapias psicológicas que permitan disminuir el grado de ésta. Es importante este aspecto, ya que esta despersonalización va ligado con la forma de atención y buen trato al paciente en la consulta.

En cuanto a la Realización Personal, una dimensión muy dependiente de la propia valoración de la persona y de su plenitud interior, se puede brindar consejería psicológica, y de darse el caso hasta psiquiátrica, al personal médico que se identifica en el grado “medio” o “bajo”. La finalidad de esta consejería sería mejorar la autoestima del personal, dar alternativas de superación de

conflictos tanto familiares como laborales, crear fuentes de motivación y metas, educar para adoptar estilos de vida saludable, entre otros.

En este estudio el sexo masculino tuvo mayor proporción de médicos con el SBO, en ellos es importante investigar las causas de esta mayor prevalencia, ya sean temas familiares, ambientales, interpersonales, intrapersonales, remunerativos o laborales. Al mismo tiempo esto se puede aplicar a los profesionales médicos que están entre el rango de edad de 51 a 60 años, ya que en ellos además de lo mencionado podrían tomarse en cuenta variables en su estado de salud física como mental, posibles comorbilidades y aplicación de estilos de vida saludables.

En torno a las especialidades quirúrgicas y a los “Anestesiólogos” tienen que ser considerados de prioridad en sus opiniones y sugerencias para mejorar sus condiciones laborales, si es que estas les presentan dificultades en su trabajo diario. Mejorar la implementación de equipos, la dispensa de medicamentos, las salas para cirugías de emergencia, mayor cantidad de personal contratado en sala de operaciones, entre otros, podrían ser medidas que faciliten y optimicen el trabajo de éstos especialistas.

Por último, que las autoridades del Hospital Emergencias Grau tomen conocimiento sobre los resultados encontrados en el presente estudio para aplicar las medidas correctivas a través de la promoción y prevención, a fin de mejorar los factores desencadenantes del Síndrome de Burnout en el personal médico asistencial.

VIII.- BIBLIOGRAFÍA

1. Prioridades de Investigación en Salud en las Regiones 2015-2021 [Internet]. [citado 21 de enero de 2017]. Disponible en: <http://www.portal.ins.gob.pe/es/ogitt/ogitt-c2/prioridades-de-investigacion/prioridades-de-investigacion-en-salud-en-las-regiones-2015-2021/68-prioridades-de-investigacion-en-salud-en-las-regiones-2015-2021>
2. Cercado | EsSalud [Internet]. [citado 21 de enero de 2017]. Disponible en: <http://www.essalud.gob.pe/nuestras-redes-asistenciales/cercado/>
3. Nuestras Redes Asistenciales | EsSalud [Internet]. [citado 21 de enero de 2017]. Disponible en: <http://www.essalud.gob.pe/nuestras-redes-asistenciales/>
4. OMS | La organización del trabajo y el estrés [Internet]. WHO. [citado 21 de enero de 2017]. Disponible en: http://www.who.int/occupational_health/publications/stress/es/
5. Palomino OA. SÍNDROME DE BURNOUT EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL «REZOLA» – CAÑETE, FEBRERO-JULIO, 2012. Rev Peru Obstet Enferm [Internet]. 13 de septiembre de 2016 [citado 21 de enero de 2017];8(2). Disponible en: <http://www.aulavirtualusmp.pe/ojs/index.php/rpoe/article/view/684>
6. La Prevención de las enfermedades profesionales [Internet]. 2013 [citado 21 de enero de 2017]. Disponible en: http://www.ilo.org/safework/info/publications/WCMS_209555/lang--es/index.htm
7. Workplace Stress: A collective challenge [Internet]. 2016 abr [citado 21 de enero de 2017]. Disponible en: http://www.ilo.org/safework/info/publications/WCMS_466547/lang--en/index.htm

8. Kaschka, W Korczak, D. y Broich, K. (2011). Mode-diagnose Burn-out. *Deutsches Ärzteblatt*, 108(46), 781-787. DOI: 10.3238/arztebl.2011.0781.
9. Díaz Bambula F, Gómez IC. Research on burnout from 2000 to 2010 in Latin America. *Psicol Desde El Caribe*. enero de 2016;33(1):113-31.
10. Silveira, N. & Rodríguez, R. (2007). El estrés laboral, la satisfacción laboral y el síndrome de burnout en profesionales de la salud de Uruguay. En P. Gil-Monte, y B. Moreno-Jiménez, *El Síndrome de Quemarse por Trabajo (burnout)*, Grupo profesionales de riesgo. Madrid: Pirámide.
11. Rozo, M. (2007). Evaluación del síndrome de estrés asistencial en los profesionales de la salud en una institución hospitalaria de III nivel en la ciudad de Bogotá. *Psicología: Avances en la Disciplina*, 1(1), 185-214.
12. Paredes G. y Sanabria-Ferrand. Prevalencia del síndrome de Burnout en residentes de especialidades medico quirúrgicas, su relación con el bienestar psicológico y con variables sociodemográficas y laborales. Centro de investigaciones, Facultad de Medicina, Universidad Militar Nva. Granada, Colombia. *Rev.Med* vol 16.N°1: 25-32-Enero-Junio de 2008.
13. Vinaccia, S. & Alvarán, L. (2004). El síndrome de burnout en una muestra de auxiliares de enfermería: Un estudio exploratorio. *Universitas Psychologica*, 3(1), 35-45.
14. Gamonal, Y., García, C. & Silva, Z. (2008). Síndrome de burnout en el profesional de enfermería que labora en áreas críticas. *Revista de Enfermería Herediana*, 01(1), 33-39.
15. Flórez Alarcón, L. & Rodríguez, A. (2007). Una mirada al síndrome de burnout en Colombia: el desgaste profesional en psicólogos. En P. Gil-Monte y B. Moreno-Jiménez. *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout)*, Grupos profesionales de riesgo. Madrid: Pirámide.

16. Quintana, C. G. (2005). El síndrome de burnout en operadores y equipos de trabajo en maltrato infantil grave. *Psykhé*, 14(001), 55-68.
17. Gomero C et al, «El síndrome de Burnout en personal sanitario de los hospitales de la empresa minera Southern Peru Copper Corporación: Estudio piloto», *Rev Med Hered*, 2005 16(4), 233.
18. Vásquez J, Maruy A. "Frecuencia del Síndrome de Burnout y niveles de sus dimensiones en el personal de salud del servicio de emergencia de pediatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia en el año 2014.Lima,Peru. *Rev. Neuropsiquiatría* 77(3),2014.
19. Maticorena-Quevedo J, Beas R, Anduaga-Beramendi A, Mayta-Tristán P. Prevalencia del síndrome de burnout en médicos y enfermeras del Perú, ENSUSALUD 2014. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. abril de 2016;33(2):241-7.
20. M RY, B RA, D BC, A DR, B JS. Síndrome de Burnout y factores sociodemográficos-organizativos en profesionales de salud. Hospitales del callejón de Conchucos, Ancash, Perú - 2012. *Rev Investig En Psicol*. 2013;16(1):191-209.
21. Rosales MS. Relación entre el síndrome de Burnout y la calidad de vida del profesional de enfermería de la Clínica Good Hope, julio 2009. *Rev Científica Cienc Salud*. 17 de julio de 2015;3(1):5-9.
22. Solís Chuquiyaury Z, Zamudio Eslava L, Matzumura Kasano J, Gutiérrez Crespo H. Relación entre clima organizacional y síndrome de burnout en el servicio de emergencia de un hospital Categoría III-2. Lima, Perú 2015. *Horiz Méd*. octubre de 2016;16(4):32-8.
23. Gallegos WA, Valdivia JZ. CLIMA ORGANIZACIONAL, SÍNDROME DE BURNOUT Y AFRONTAMIENTO EN TRABAJADORES DE UN

HOSPITAL ONCOLÓGICO DE AREQUIPA. Rev Psicol. 11 de marzo de 2015;15(1):37-54.

24. Silvestre KS, Frías SH, Rodríguez DF. Estilo de vida y síndrome de burnout en trabajadores de la salud de una clínica privada de Lima. Rev Científica Cienc Salud. 4 de agosto de 2015;8(1):56-62.
25. Miranda JOM, Díaz NCG. CLIMA ORGANIZACIONAL Y SINDROME DE BURNOUT EN TRABAJADORES DE UNA RED DE SERVICIOS DE SALUD EN CAJAMARCA-PERÚ. TZHOECOEN [Internet]. 20 de noviembre de 2016 [citado 21 de enero de 2017];8(2). Disponible en: <http://revistas.uss.edu.pe/index.php/tzh/article/view/400>
26. Díaz J, Díaz J. Prevalencia del síndrome de burnout en residentes de medicina del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el año 2015 Lima, Perú. Tesis Digit - UNMSM [Internet]. 2016 [citado 12 de enero de 2017]; Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4634>
27. Nuestra Institución | EsSalud [Internet]. [citado 21 de enero de 2017]. Disponible en: <http://www.essalud.gob.pe/nuestra-institucion/#tabs-5-0-4>
28. Estadística Institucional | EsSalud [Internet]. [citado 21 de enero de 2017]. Disponible en: <http://www.essalud.gob.pe/estadistica-institucional/>
29. Abanto RM. CARACTERÍSTICAS PERSONALES Y CONDICIONES DE TRABAJO ASOCIADOS AL SÍNDROME DE BURNOUT EN LOS MÉDICOS ASISTENCIALES DE ESSALUD DE LA CIUDAD DE CAJAMARCA. Tend EN Psicol. 1 de diciembre de 2016;2(2):53-9.
30. Llaja, V. (2002). Síndrome de Burnout en el Departamento de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins-EsSalud. Cultura, 20(16), 267-283.

31. More Durán, E. N., & Mera Olivares, D. A. (2014). Dimensiones del síndrome de Burnout entre profesionales de enfermería de áreas críticas de un hospital Minsa y Essalud de Chiclayo, 2013.
32. Gómez LT, Judith D. Prevalencia de síndrome de Burnout en el profesional de enfermería del servicio de emergencia del Hospital III José Cayetano Heredia de EsSalud Piura. Agosto - diciembre 2013. Repos Inst - UAP [Internet]. 2016 [citado 21 de enero de 2017]; Disponible en: <http://repositorio.uap.edu.pe/handle/uap/2227>
33. Quiroz, V. R. y Saco M., S.(2004). Factores asociados al síndrome de burnout en médicos y enfermeras del Hospital Nacional Sur Este de ESSALUD del Cuzco. Revista Electrónica SITUA, 23.
34. Llaja, V. (2006). Rasgos de Personalidad y el Síndrome de Burnout en el Profesional de Cuidados Intensivos en un Hospital de EsSalud de Lima (Doctoral dissertation, Tesis Doctoral en Psicología. Lima: UPSMP).
35. Gil-Monte PR, Nuñez-Román EM, Selva-Santoyo Y. Relación entre el síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) y síntomas cardiovasculares: un estudio en técnicos de prevención de riesgos laborales. Interam J Psychol. agosto de 2006;40(2):227-32.
36. Etiología y prevención del síndrome de Burnout en los trabajadores de la salud [Internet]. [citado 21 de enero de 2017]. Disponible en: http://kinesio.med.unne.edu.ar/revista/revista153/5_153.htm
37. Catsicaris C, Eymann A, Cacchiarelli N, Usandivaras I. La persona del médico residente y el síndrome de desgaste profesional (burnout): Un modelo de prevención en la formación médica. Arch Argent Pediatría. junio de 2007;105(3):236-40.
38. López, C., Zegarra, A., & Cuba, V. (2006). Factores asociados al síndrome de Burnout en enfermeras de emergencia del hospital nacional

- Guillermo Almenara Irigoyen. Revista de Ciencias de la Salud, 1(1), 53-61.
39. Lanzagorta AM de V. La consideración del síndrome del «Burn out» como constitutivo de la contingencia profesional del accidente de trabajo origen de la declaración de incapacidad permanente absoluta. Rev Minist Trab E Inmigr. 2005;(59):213-24.
 40. Beltrán CA, Moreno MP, López TMT, Estrada JGS, Rodríguez MGA. Síndrome de burnout y manifestaciones clínicas en los médicos familiares que laboran en una institución de salud para los trabajadores del Estado. Psicol Salud. 13 de enero de 2014;16(1):15-21.
 41. Volumen 11 No.3 - 2014 [Internet]. [citado 9 de febrero de 2017]. Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/2014/nro%203/sindrome.html>
 42. SINDROME DE BURNOUT EN MEDICOS DE HOSPITALES PUBLICOS DE LA CIUDAD DE CORRIENTES [Internet]. [citado 9 de febrero de 2017]. Disponible en: http://www.med.unne.edu.ar/revista/revista141/9_141.htm
 43. Chavarría Islas RA, Colunga Gutiérrez FJ, Loria Castellanos J, Peláez Méndez K. Síndrome de burnout en médicos docentes de un hospital de 2.º nivel en México. Educ Médica [Internet]. [citado 11 de enero de 2017]; Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1575181316301279>
 44. Magalhães E, Oliveira ÁCM de S, Govêia CS, Ladeira LCA, Queiroz DM, Vieira CV. Prevalencia del síndrome de burnout entre los anestesiólogos del Distrito Federal. Braz J Anesthesiol Edicion En Espanol. marzo de 2015;65(2):104-10.
 45. Galván ME, Vassallo JC, Rodríguez SP, Otero P, Montonati MM, Cardigni G, et al. Síndrome de desgaste profesional (burnout) en médicos de

- unidades de cuidados intensivos pediátricos en la Argentina. Rev Soc Boliv Pediatría. 2014;53(1):29-36.
46. Tironi MOS, Teles JMM, Barros D de S, Vieira DFVB, Filho S, Da CM, et al. Prevalence of burnout syndrome in intensivists doctors in five Brazilian capitals. Rev Bras Ter Intensiva. septiembre de 2016;28(3):270-7.
 47. Quiroz, V. R., & Saco, M. S. (2003). Factores asociados al síndrome burnout en médicos y enfermeras del nacional sur este de salud del cusco.
 48. Mariños A, Otero M, Málaga G, Tomateo J. Coexistencia de síndrome de Burnout y síntomas depresivos en médicos residentes: Estudio descriptivo transversal en un hospital nacional de Lima. Rev Medica Hered. octubre de 2011;22(4):159-60.
 49. Apaza E, Mendoza E, Zegarra R, Yoshiyama M. «Prevalencia y características sociodemográficas y laborales relacionadas al síndrome de burnout en médicos psiquiatras en un hospital de Salud Mental, Lima, Peru. 2009».Rev.Psiquiatria y Salud Mental «Hermilio Valdizan».Vol XII N° 2 Julio-Dic. 2011,pp 27-36.
 50. Ayala C. Antezana De Gregori, Yllatopa G. «Síndrome de Burnout en asistentes y residentes de anestesiología del Hospital Nacional Daniel A. Carrión, Setiembre 2011».Actas Peruanas Anestesiología.2012;20:13-20.
 51. Arteaga-Romani, Junes-Gonzales, Navarrete-Saravia. Prevalencia del Síndrome de Burnout en personal de Salud. Facultad de Medicina, Universidad Nacional San Luis Gonzaga. Ica, Perú. Rev méd panacea. 2014; 4(2): 40-44. <http://rev.med.panacea.unica.edu.pe>.
 52. Salvador V, Hildebrando A. Síndrome de Burnout de identificación de los Factores de riesgo asociados en los trabajadores asistenciales de los

- establecimientos de salud de la Red de Salud Barranco Chorrillos Surco (Enero –Junio 2009). Univ Ricardo Palma [Internet]. 2010 [citado 22 de enero de 2017]; Disponible en: <http://cybertesis.urp.edu.pe/handle/urp/240>
53. Dueñas M, Merma L, Ucharico R. Prevalencia de Burnout en médicos de la ciudad de Tacna [Internet]. CIMEL Ciencia e Investigación Médica Estudiantil Latinoamericana. 2003 [citado 10 de febrero de 2017]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71780107>
 54. Meza R, Eduardo O. Prevalencia del síndrome de Burnout en médicos residentes de los distintos departamentos del Hospital Regional Docente de Trujillo. Univ Nac TRUJILLO [Internet]. 2016 [citado 10 de febrero de 2017]; Disponible en: <http://dspace.unitru.edu.pe:8080/xmlui/handle/UNITRU/3609>
 55. Oramas Viera A, Almirall Hernandez P, Fernández I. Estrés Laboral y el Síndrome de Burnout en Docentes Venezolanos. Salud Los Trab. diciembre de 2007;15(2):71-87.
 56. Bradley HB. Community-based Treatment for Young Adult Offenders. NPPA J. 1 de julio de 1969;15(3):359-70.
 57. Freudenberger HJ. Staff Burn-Out. J Soc Issues. 1 de enero de 1974;30(1):159-65.
 58. Freudenberger, Herbert; Richelson, Geraldine «Burn Out: The High Cost of High Achievement. What it is and how to survive it». Norvell, MA: Anchor Press, 1980. ISBN 9780385156646.
 59. Kyriacou C. Stress, health and schoolteachers: A comparison with other professions. Cambridge Journal of Education 1980; 10: 154-158.
 60. Sandín B. El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. Int J Clin Health Psychol (Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud) 2003; 3: 141-157.

61. CHRISTINA MASLACH SEJ. The measurement of experienced burnout. J Occup Behav Vol 2 99-113 1981. :1.
62. Maslach C. Burned out. Human Behavior 1976; 59:16-22.
63. De Psiquiatría, A. A. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales-DSM 5. Médica Panamericana.
64. Ibor, J. J. L. (1994). CIE 10: trastornos mentales y del comportamiento. Meditor.
65. Cherniss C. The role of professional self-efficacy in the ethiology of burnout. En: Schaufeli WB, Maslach C, Marek T, eds. Professional burnout: Recent developments in theory and research. London: Taylor & Francis; 1993. p. 135-49.
66. Pérez AM. El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. Vivat Acad. 15 de septiembre de 2010;0(112):42-80.
67. Maslach C., Leiter. Burnout: a social psychological analysis. En: Jones JW, editor. The Burnout Syndrome. California, Berkeley: University of California, 1981.
68. Moro O del R, García MCP, Gómez BV. El síndrome de burnout en los enfermeros/as del Hospital Virgen de la Salud de Toledo. Enferm En Cardiol Rev Científica E Inf Asoc Esp Enferm En Cardiol. 2003;(29):24-9.
69. Maslach C, Jackson SE. MBI Inventario «Burnout» de Maslach (Manual), Síndrome del quemado por estrés laboral asistencial. Madrid: TEA, 1997.
70. Álvarez Gallego E, Fernández Ríos L. El Síndrome de «Burnout» o el desgaste profesional. Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría. 1 de enero de 1991;11(39):257-65.

71. Marrau C. El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout), en el marco contextualizador del estrés laboral. Fundamentos en humanidades. Univ. Nacional de Argentina. Año X-Numero I (19/2009)pp.167/177.
72. Gil-Monte PR, Peiró JM. Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. Anales de Psicología 1999;15:261-8.
73. Seligman M. Authentic Happiness: Using the New Positive Psychology to Realize Your Potential for Lasting Fulfillment. New York. 2002; 24:12-18.
74. Pedro R. Gil-Monte, «El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout) en profesionales de enfermería»Revista EletrônicaInterAçãoPsy – Año 1, nº 1- Ago 2003 – p. 19-33. Universidad de Valencia Departamento de Psicobiología y Psicología Social. Disponible en:
http://bvssper.paho.org/foro_hispano/BVS/bvsacd/cd49/artigo3.pdf
75. Arayago R, González Á, Limongi M, Guevara H. Síndrome de Burnout en residentes y especialistas de anestesiología. Salus. abril de 2016;20(1):13-21.
76. Pines A, Maslach c.: Characteristics of staff burnout in Mental Health Settings. Hospital & Community Psychiatry 1978; 29, 4: 233-237.
77. Justice B, Gold RS, Klein JP.: Life events and burnout. The Journal of Psychology 1981; 108: 219-226.
78. VARIABLES QUE INFLUYEN EN LA APARICION DEL «BURNOUT» EN DIFERENTES OCUPACIONES | Estudio del psicoanálisis y psicología [Internet]. [citado 22 de enero de 2017]. Disponible en:
<http://psicopsi.com/VARIABLES-INFLUYEN-APARICION-BURNOUT-OCUPACIONES>

79. Aranda Beltrán C. Diferencias por sexo, Síndrome de burnout y manifestaciones clínicas, en los médicos familiares de dos instituciones de salud, Guadalajara, México. Rev Costarric Salud Pública. diciembre de 2006;15(29):1-7.
80. Martínez P. El Síndrome de Burnout ,Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. España. Vivat Academia .n°112.Setiembre .2010. Disponible en:
<http://pendientedemigracion.ucm.es/info/vivataca/numeros/n112/PDFs/Anbelacop.pdf>.
81. Martínez A, Carlos J. Aspectos epidemiológicos del síndrome de Burnout en personal sanitario. Rev Esp Salud Pública. mayo de 1997;71(3):293-303.
82. Godoy-Izquierdo D, Godoy JF. La personalidad resistente: Una revisión de la conceptualización e investigación sobre la dureza. Clínica Salud Esp Num2 Vol13 [Internet]. 7 de enero de 2015 [citado 6 de enero de 2017]; Disponible en:
<http://repositoriodigital.academica.mx/jspui/handle/987654321/275081>
83. Virués-Ortega J, Martínez-Martín P, del Barrio JL, Lozano LM. Validación transcultural de la Escala de Sentido de Coherencia de Antonovsky (OLQ-13) en ancianos mayores de 70 años. Med Clínica. 1 de abril de 2007;128(13):486-92.
84. Título de la tesis: ESTRÉS LABORAL, SATISFACCION EN EL TRABAJO Y BIENESTAR PSICOLOGICO EN TRABAJADORES DE UNA INDUSTRIA CEREALERA. [Internet]. [citado 23 de enero de 2017]. Disponible en: <http://docplayer.es/1964736-Titulo-de-la-tesis-estres-laboral-satisfaccion-en-el-trabajo-y-bienestar-psicologico-en-trabajadores-de-una-industria-cerealera.html>

85. Hernández-Vargas, Dickinson M. El síndrome de desgaste profesional Burnout en médicos mexicanos. Rev.Fac.Med.UNAM Vol.51 N°.1 Enero-Febrero,2008.
86. Grau A., Flichtentrei D. Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español (2007). Rev Esp Salud Pública 2009; 83: 215-230.
87. Lopez NA, Rodelo JC. Perfil Psicológico de Pacientes Clínicos con Síndrome de Burnout. Cult Educ Soc [Internet]. 7 de junio de 2015 [citado 6 de enero de 2017];6(1). Disponible en: <http://revistascientificas.cuc.edu.co/index.php/culturaeducacionysociedad/article/view/839>
88. Rudow B. Stress and burnout in the teaching profession: European studies, issues, and research perspectives. En: Vandenberghe R, Huberman AM, editores. Understanding and preventing teacher burnout: A sourcebook of international research and practice. New York, NY, US: Cambridge University Press; 1999. p. 38-58.
89. Worrall N, May D. Towards a Person-in-Situation Model of Teacher Stress. Br J Educ Psychol. 1 de junio de 1989;59(2):174-86.
90. Farber BA. Crisis in education: Stress and burnout in the American teacher. San Francisco, CA, US: Jossey-Bass; 1991. 351 p. (The Jossey-Bass education series.; vol. xxi).
91. Vandenberghe R, Huberman AM. Understanding and Preventing Teacher Burnout: A Sourcebook of International Research and Practice. Cambridge University Press; 1999. 402 p.
92. Maslach C, Jackson SE. The Measurement of Experienced Burnout. J Occup Behav. 1981;2(2):99-113.

93. PsicoPediaHoy | El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout): aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención [Internet]. [citado 3 de enero de 2017]. Disponible en: <http://psicopediahoy.com/burnout-teoria-intervencion/>
94. El-Sahili DLF, luisfelipe-elsahili@hotmail.com C electrónico: Burnout profesional. Editorial Helénica S. A.; 2011. 65 p.
95. GOODMAN EA, BOSS RW. THE PHASE MODEL OF BURNOUT AND EMPLOYEE TURNOVER. J Health Hum Serv Adm. 2002;25(1):33-47.
96. GOLEMBIEWSKI RT. THE EPIDEMIOLOGY OF PROGRESSIVE BURNOUT: A PRIMER. J Health Hum Resour Adm. 1986;9(1):16-37.
97. Pedro R. Gil-Monte Validez factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory-General Survey. Salud pública de México / vol.44, no.1, enero-febrero de 2002.
98. Oramas A, González A, Vergara A. «El desgaste profesional. evaluación y factorialización del MBI-GS» .Revista Cubana de Salud y Trabajo 2007;8(1):37-45.
99. Gil-Monte PR. The Factorial Validity of the Maslach Burnout Inventory-General Survey (MBI-GS) Spanish Version. Salud Pública México. enero de 2002;44(1):33-40.
100. Gil-Monte y Peiro. Consecuencias para el individuo y consecuencias para la organización. Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones, vol. 19, núm. 2, 2003, pp. 181-197 . Madrid. España .pp. 81-95).
101. Departamento de Relaciones Públicas del Hospital III Emergencias Grau. Reseña Histórica del Hospital III de Emergencias Grau.
102. Oficina de Personal. Hospital III Emergencias Grau. 2016.

103. Herrera MEO, Viveros GRO, Brizio PGC. Burnout en médicos y enfermeras y su relación con el constructo de personalidad resistente. *Psicol Salud*. 4 de diciembre de 2013;17(1):5-16.
104. Alvarez HRP, Palacios S del CC, García MIÁ, García MHM, Hernández JAC. Síndrome de Burnout, funcionalidad familiar y factores relacionados en personal médico y de enfermería de un hospital de Villahermosa, Tabasco, México. *Horiz Sanit*. 28 de agosto de 2014;12(2):45-57.
105. Aguilera EC, de Alba García JEG. Prevalencia del síndrome de agotamiento profesional (burnout) en médicos familiares mexicanos: análisis de factores de riesgo*. *Rev Colomb Psiquiatr*. marzo de 2010;39(1):67-84.
106. Fonseca M, Sanclemente G, Hernández C, Visiedo C, Bragulat E, Miró Ò. Residentes, guardias y síndrome de burnout. *Rev Clínica Esp*. mayo de 2010;210(5):209-15.
107. Santos M de LM, Abalo JG. Síndrome de burnout en médicos que trabajan en unidades de cuidados intensivos neonatales. *Psicol Salud*. 23 de enero de 2014;15(1):25-32.
108. Rísquez MIR, García CC, Tebar E de los ÁS. Resiliencia y Síndrome de Burnout en estudiantes de enfermería y su relación con variables sociodemográficas y de relación interpersonal. *Int J Psychol Res*. 2012;5(1):88-95.
109. Ferrel R. Síndrome de desgaste profesional (burnout) en médicos especialistas de un hospital universitario, de la ciudad de Santa Marta, Colombia. *Duazary*. 2010;7(1):29-40.
110. Olvera-Islas R, Téllez-Villagra C, Avilés AG-P. Prevalencia de Burnout en trabajadores de un centro de salud. *Aten Fam*. abril de 2015;22(2):46-9.

111. Vera B, Pablo J, Medina C, Rubén H, Bailón C, Pablo J. Prevalencia y factores influyentes del síndrome de burnout en internos y residentes de los hospitales Vicente Corral Moscoso y José Carrasco Arteaga, Cuenca-Ecuador, enero-julio 2011. 2012 [citado 11 de enero de 2017]; Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/3518>
112. Domínguez CCC, Hederich C, Sañudo JEP. El burnout académico: delimitación del síndrome y factores asociados con su aparición [Internet]. Revista Latinoamericana de Psicología. 2010 [citado 11 de enero de 2017]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80515880012>
113. Domínguez CC, Gutiérrez OG, Anguila DM, Barrios CL, Barrero YB, Medrano CV. PREVALENCIA DEL SÍNDROME DEL BURNOUT Y SU CORRELACIÓN CON FACTORES PSICOSOCIALES EN DOCENTES DE UNA INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA PRIVADA DE LA CIUDAD DE BARRANQUILLA. PSICOGENTE [Internet]. 1 de enero de 2009 [citado 11 de enero de 2017];12(21). Disponible en: <http://publicaciones.unisimonbolivar.edu.co/rdigital/ojs/index.php/psicogente/article/view/1113>
114. Arango Agudelo S, Castaño Castrillón JJ, Henao Restrepo CJ, Jiménez Aguilar DP, López Henao AF, Páez Cala ML. Síndrome de Burnout, y factores asociados en estudiantes de I a X semestre de la Facultad de Medicina de la Universidad de Manizales (Colombia). 2009. Burnout syndrome and associated factors, in students of the medicine faculty in the University of Manizales (Colombia) [Internet]. 15 de noviembre de 2013 [citado 11 de enero de 2017]; Disponible en: <http://ridum.umanizales.edu.co:8080/xmlui/handle/6789/870>

IX.- ANEXOS

1) MBI (INVENTARIO DE BURNOUT DE MASLACH)

En el siguiente cuestionario encontrará una serie de enunciados acerca de su trabajo y de sus sentimientos en él, su respuesta correcta es aquella que expresa verídicamente su propia existencia. Es anónimo y sus resultados estrictamente confidenciales. Su objeto es contribuir al conocimiento de las condiciones de su trabajo y mejorar su nivel de satisfacción.

Lea con cuidado las frases y responder expresando la frecuencia con que tiene ese sentimiento de la siguiente forma:

(0) Nunca, (1) Una vez al año, (2) Algunas veces al año, (3) Algunas veces al mes, (4) Algunas veces a la semana, (5) Dos veces a la semana, (6) Todos los días

1	Me siento emocionalmente defraudado en mi trabajo								
2	Cuando termino mi jornada de trabajo me siento agotado								
3	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento agotado								
4	Siento que puedo entender fácilmente a las personas que tengo que atender								
5	Siento que estoy tratando a algunos beneficiados de mí, como si fuesen objetos impersonales								
6	Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa								
7	Siento que trato con mucha efectividad los problemas de las personas a las que tengo que atender								
8	Siento que mi trabajo me está desgastando								
9	Siento que estoy influyendo positivamente en las vidas 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 está endureciendo emocionalmente								

12	Me preocupa que este trabajo me está endureciendo emocionalmente							
13	Me siento frustrado por el trabajo							
14	Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo							
15	Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a las personas a las que tengo que atender profesionalmente							
16	Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa							
17	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable en mi trabajo							
18	Me siento estimulado después de haber trabajado íntimamente con quienes tengo que atender							
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 beneficiarios de mi trabajo me culpan de algunos problemas							

2) Datos Generales

Edad: _____

Sexo: F ___ M___

Especialidad Médica: _____