

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



**PREVALENCIA DEL SINDROME DE BURNOUT EN INTERNOS DE MEDICINA
DE LA FACULTAD DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD RICARDO
PALMA -2015**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO**

CLAUDIA CAROLINA CORDOVA HUANCAS

Dr. Jhony Alberto de la Cruz Vargas
DIRECTOR DE TESIS

Dra. Patricia Segura
ASESORA

LIMA – PERÚ

2016

Agradecimientos:

A mi asesora Dra. Patricia Segura por el apoyo brindado para la realización de este trabajo y a mis amigos por su constante apoyo y consejos brindados para el desarrollo de este trabajo.

Dedicatoria:

A Dios, por haber guiado mis pasos en esta etapa y haberme puesto en mi camino grandiosas personas y experiencias inolvidables.

A mis padres: Miguel y María Teresa, por haber confiado en mí y haberme ayudado a lograr este hermoso sueño que tuve desde niña.

A mi hermana: Maite, porque a pesar de que no lo demuestra sé que está muy orgullosa de todo lo que he logrado.

A Andrée por haberme brindado su amor incondicional y apoyarme en los momentos que más necesitaba

RESUMEN

Objetivo: Determinar la prevalencia del Síndrome de Burnout (SBO) en los Internos de Medicina de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma durante el periodo Octubre - Noviembre 2015.

Material y método: Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal, en los internos de medicina de la URP (n=177) durante octubre- noviembre 2015. El SBO fue medido mediante el Maslach Burnout Inventory, en su versión Human Services Survey validada en español; y las variables sociodemográficas y laborales mediante una encuesta autoadministrada anónima. Se realizó el análisis descriptivo de cada variable mediante tablas de distribución de frecuencias; para evaluar la relación entre el SBO y los factores asociados se empleó la prueba Chi cuadrado.

Resultados: La frecuencia de SBO fue de 60,1% (n =86), el 49,7% (n =71) de los participantes presentó un nivel alto de *agotamiento emocional (AE)*, el 38,5% (n =55) presentó un nivel alto de *despersonalización (DP)*, y el 32,9% (n =47) presentó un bajo nivel de *realización personal (RP)*. Se encontró que los factores asociados al SBO fueron sexo ($p=0,015$), edad ($p=0,017$) y remuneración ($p=0.023$).

Conclusiones: Se encontró una alta prevalencia de SBO en los internos de medicina de la URP. La dimensión más afectada del SBO fue la DP. El sexo, la edad y la remuneración tuvieron asociación estadísticamente significativa con el SBO.

Palabras clave: Síndrome de Burnout, internos de medicina.

ABSTRACT

Objective: To establish the prevalence of burnout syndrome (BS) in medical interns at the Faculty of Human Medicine of Universidad Ricardo Palma (URP) during the period October - November 2015.

Materials and methods: The study was observational, descriptive and transversal with medical interns from URP (n=177) during October – November 2015. The Burnout Syndrome was measured using the Maslach Burnout Inventory- Human Service Survey version validated in Spanish; and sociodemographic and labor variables through an anonymous self-administered survey. Descriptive analysis was performed for each variable using frequency distribution tables, to evaluate the relationship between Burnout Syndrome and associated factors was used Chi square test.

Results: Burnout frequency was 60,1% (n = 86) , 49,7% (n = 71) of participants had high level of emotional exhaustion (EE) , 38.5 % (n = 55) presented a high level of depersonalization (DP) , and 32.9 % (n = 47) presented low level of personal accomplishment (PA). It was found that the factors associated with Burnout were gender (p = 0.015), age (p = 0.017) and remuneration (p = 0.023).

Conclusions: A high prevalence of BS in medical interns at the URP was found. The most affected dimension of Burnout Syndrome was DP. Gender, age and remuneration had statistically significant association with BS.

Keywords: Burnout syndrome, medical interns.

ÍNDICE

CAPÍTULO I PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	10
1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	12
1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	12
1.4. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA.....	13
1.5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	14
1.5.1. OBJETIVO GENERAL	14
1.5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	14
CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO	15
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	15
2.2. BASES TEÓRICAS – ESTADÍSTICAS	19
2.3. DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERACIONALES.....	30
CAPÍTULO III HIPÓTESIS Y VARIABLES	32
3.1. HIPÓTESIS:.....	32
3.2. VARIABLES: INDICADORES	32
CAPÍTULO IV METODOLOGÍA	33
4.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	33
4.2. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN.....	33
4.3. POBLACIÓN	33
4.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	33
4.5. RECOLECCIÓN DE DATOS.....	34
4.6. TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	34
CAPÍTULO V RESULTADOS Y DISCUSIÓN	35
5.1. RESULTADOS	35
5.2. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	35
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	54
CONCLUSIONES	54
RECOMENDACIONES	55

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	56
ANEXOS	59

INTRODUCCION

En los últimos años, se ha desarrollado un gran interés por el estudio del estrés y los factores psicosociales relacionados con el trabajo y la repercusión de éstos sobre la salud de los trabajadores.

El estrés se define como un estado de tensión exagerada a la que se llega por un exceso de actividad, de trabajo o de responsabilidad, y que conlleva trastornos físicos y psicológicos en las personas que lo padecen (1). Actualmente este forma parte de la vida cotidiana, al punto que ha sido considerado como el malestar de nuestra civilización y numerosas investigaciones clínicas se han centrado en las manifestaciones clínicas del mismo, encontrando una fuerte relación con la patología psicosomática y que afecta al ser humano en cuanto a la calidad de vida, funcionamiento social, académico, familiar y laboral (2).

El estrés es el principal desencadenante del síndrome de Burnout (SBO); Este Síndrome es clásicamente definido como una forma inadecuada de afrontar un estrés emocional crónico, caracterizado por cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal, que se produce por haber permanecido durante periodos constantes de extensa duración y de alta implicación con personas, en situaciones de alta demanda social. (Maslach y Jackson, 1981)

El SBO se presenta en profesiones que tengan contacto directo y constante con personas, en donde se destacan los profesionales de la salud y en especial los médicos (3).

En nuestro país, los estudiantes de medicina son parte de los equipos de salud, especialmente los internos de medicina, estudiantes del séptimo año de pregrado que realizan sus prácticas pre-profesionales durante 12 meses completos; y están expuestos a condiciones similares de estrés laboral a las que se ven enfrentados los profesionales médicos.

Son muy pocos los profesionales y estudiantes que pueden escapar a esta amenaza. Los internos de medicina, son personas constantemente expuestas a factores

estresantes crónicos derivados principalmente de la exigencia de sus prácticas clínicas de entrenamiento, donde existe un contacto directo y permanente con personas enfermas; además, ellos deben cumplir con todo un trabajo “de oficina”, que genera ansiedad, problemas de autoestima y de desempeño laboral, lo que le llevaría a tener una mayor probabilidad de padecer de este síndrome. Otros factores que podrían contribuir a aumentar este estrés son la excesiva carga de trabajo y de contenidos que los internos de Medicina deben aprender, lo que conlleva a que exista poco tiempo libre para la familia, amigos, y estudiar para los exámenes (4,5,6).

Las consecuencias del síndrome de Burnout pueden ir de menos a más y se pueden resumir en tres frases fundamentales: “no doy más”, “no me importa”, “no valgo”. Esto, reflejado en *consecuencias físicas* como son cefaleas, dolores musculares, molestias gastrointestinales, insomnio, hipertensión; junto con *consecuencias psicológicas* como culpabilidad, baja tolerancia a la frustración, irritabilidad, ansiedad, deterioro de las interacciones personales; y también *consecuencias organizacionales* como infracción de normas, retrasos y disminución del rendimiento y del compromiso laboral. EL SBO, además se ha asociado a altas tasas de baja empatía, uso de sustancias psicoactivas, problemas de pareja e incluso intento de suicidio. Los estudiantes de medicina con SBO son 2 a 3 veces más propensos a presentar ideación suicida en comparación con los que no lo presentan (4,7).

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Síndrome de Burnout denominado Síndrome de Desgaste Profesional o Síndrome de Quemarse por el Trabajo se ha definido como una respuesta al estrés laboral crónico, integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja (actitudes de despersonalización), al propio rol profesional (falta de realización profesional en el trabajo) y también por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado (Gil-Monte & Peiró, 1997).

El Síndrome de Burnout es una verdadera epidemia mundial, actualmente es considerado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un factor de riesgo para la salud. Es un mal de este siglo, ya que se relaciona íntimamente con las exigencias impuestas por los tiempos actuales, signados por la competitividad y el individualismo y aunque en la actualidad se acepta que el Síndrome de Burnout afecta a cualquier grupo ocupacional, existen profesionales más predispuestos a este síndrome, como es el caso específico de los profesionales de la salud.

Es importante mencionar de acuerdo a estudios realizados que el Síndrome de Burnout ha sido estudiado en diversos profesionales de salud tales como enfermeras, odontólogos, médicos asistentes, residentes de medicina e inclusive internos de medicina; siendo en nuestro país estos últimos los menos estudiados.

Según diversos estudios internacionales la prevalencia del Síndrome de Burnout en internos de medicina varía ampliamente de un país a otro e incluso dentro del mismo territorio nacional que se valore, dependiendo de las características del sistema de salud en que se opera, así como de otros factores organizacionales intrínsecos del hospital que se estudie y de los profesionales de salud en los que se realice.

En un estudio realizado en Estados Unidos de Norteamérica por la Clínica Mayo, a 1098 estudiantes de medicina de tres facultades de Minnesota, se encontró una

prevalencia del SBO de 45%, llegando a la conclusión que cuanto más se aproximaban los estudiantes al final de su formación médica, más probabilidades tenían de estar quemados (8). En Australia, en un estudio de tipo prospectivo realizado en 110 internos de medicina de la Universidad de Sidney se observó que al iniciar el internado el 28% de los internos cumplían con criterios de SBO y que en mediciones posteriores esta cifra llegaba hasta 75%. En estudios en poblaciones latinoamericanas; Un estudio transversal en 201 internos del Hospital Escuela de Honduras, se encontró una prevalencia del SBO de 86.6%.(9). Así mismo, en Colombia se realizó otro estudio transversal a 150 médicos (63 internos y 87 residentes) del Hospital Universitario del Valle, Cali – C, revelando también una prevalencia bastante alta de SBO 85.3% (10). Sin embargo, otro estudio transversal en 55 internos de la Universidad del Norte en Colombia se encontró una prevalencia de solo el 9.1% (11).

En el Perú existen pocos estudios donde se evalúa la prevalencia de este Síndrome en la población de internos de medicina. A nivel nacional, un estudio transversal realizado en 132 internos de medicina de los Hospitales nivel III de Trujillo se encontró una prevalencia de 40.2% (12). En Lima, un estudio transversal en 117 internos de medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH) se observó que más de la mitad (57.2%) cumplían con criterios de SBO (13); lo que nos hace pensar que existe prevalencias significativas en los internos de medicina.

Al ser el SBO un problema poco estudiado en los futuros médicos de nuestro país; y al constituir un problema de gran repercusión social en nuestros días por todas las consecuencias y repercusiones que trae no solo en el estudiante sino también en la calidad de atención en los servicios de salud; existe la necesidad de estudiar el SBO en internos de medicina.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Por ello, planteamos el siguiente problema ¿Cuál es la prevalencia del Síndrome de Burnout en los internos de medicina de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma?

1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El Síndrome de Burnout es un fenómeno común entre los profesionales que trabajan en el ámbito de la salud, atribuido al estrés relacionado con el trabajo; dentro de ellos los médicos conforman un grupo de riesgo para desarrollar este síndrome (14).

Diversos estudios revelan una elevada prevalencia del SBO en médicos generales, especialistas, residentes y recién graduados lo que sugiere que el origen de esta patología ocurre en las facultades de medicina durante el proceso de formación (15).

Dentro de la currícula de formación del profesional médico peruano, el último año de medicina (séptimo año) recibe el nombre de internado médico y se realiza participando de forma activa dentro del sistema público de salud. Esta etapa dura 12 meses y está conformada por 4 rotaciones: pediatría, cirugía, medicina interna y ginecología-obstetricia dentro de las cuales la labor del interno de medicina consiste en participar en rondas médicas, realizar procedimientos médicos y quirúrgicos, elaborar notas de evolución de cada paciente, participar en turnos de guardia diurna y nocturna, a lo que se añaden numerosos trámites administrativos propios de un sistema de salud como el nuestro (13).

Se sabe bien que el estrés es el principal desencadenante del síndrome de burnout, y son los internos, estudiantes del último año de medicina, los que están sometidos a una alta presión académica, sobrecarga laboral, inestabilidad financiera, falta de sueño y cercanía con el paciente, a su enfermedad y sus dolencias; lo que genera un efecto negativo inadvertido en la salud de los estudiantes, encontrándose en este

grupo mayor prevalencia de psicopatología, depresión, ansiedad, abuso de sustancias e incluso ideación suicida (7).

Es por eso que padecer el SBO durante la formación médica no es un evento benigno, ya que la manifestación del mismo conlleva a consecuencias negativas no solo para el individuo sino también para la organización. Es decir, el SBO en los estudiantes de medicina se relaciona con problemas de salud mental que llevan al detrimento de su desempeño profesional y a un cuidado sub-óptimo del paciente.

Por todo lo expuesto anteriormente y por lo preocupante que resulta esta patología, considero relevante conocer la prevalencia de SBO en internos de medicina de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma, para así poder implementar sistemas de apoyo para los estudiantes que podrían sufrir de SBO y así ayudarlos a llevar de una mejor manera las diversas demandas que el internado implica. Con lo cual, se contribuiría a mejorar no solo la calidad de vida de los mismos, sino también mejorar en la calidad de la atención brindada por ellos hacia los pacientes, que finalmente son la prioridad dentro del quehacer médico.

1.4. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

El espacio donde se planteó el problema de investigación fue en la Facultad de Medicina de la Universidad Ricardo Palma. El tiempo en el cual se realizó este estudio fue durante el periodo Octubre - Noviembre del 2015.

1.5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.5.1. OBJETIVO GENERAL

- Determinar la prevalencia del Síndrome de Burnout en los Internos de Medicina de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma durante el periodo Octubre - Noviembre 2015

1.5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar la prevalencia del Síndrome de Burnout en los Internos de Medicina
- Determinar el nivel de Agotamiento Emocional, Despersonalización y Realización Personal en los internos de Medicina
- Identificar el área o dimensión del SBO que presenta mayor afectación en los internos de medicina.
- Determinar si existe asociación entre los factores sociodemográficos y laborales estudiados y la presencia del SBO.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Guevara – Henao et al. 2002. (16) En el estudio titulado “Síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes. En el Hospital Universitario del Valle, Cali, 2002”, se evaluaron a 150 médicos (63 practicantes internos y 87 residentes) el 85.3% (128) presentaron SB de moderado a severo siendo el componente de desgaste emocional el más afectado. De los que presentaron SB, el 90% presentaron disfunción familiar. Y concluyeron que el número de turnos semanales se asocia con el SB y la presencia de disfunción familiar.

Alcaraz Ramos 2006 (17) En el estudio sobre la frecuencia y factores de riesgo asociados al síndrome de Burnout en un hospital de segundo nivel se encuestaron a 178 trabajadores de la salud. En los resultados se encontró que de 178 profesionales un 7.3% presentó el síndrome de Burnout, 14% cansancio emocional, 13.5% despersonalización y 9.6% falta de realización personal. El sexo, profesión, estado civil y el tener más de otro trabajo fuera de la institución, fueron considerados como factores de riesgo para el síndrome de Burnout, a estas variables se les determinó razón de momios o razón de ventajas. Como conclusión se llegó que el tener otro trabajo fuera de la institución fue significativo y un factor de riesgo para padecer el Burnout.

Borda – Navarro et al. 2007. (11) En el estudio hecho en Colombia titulado “Síndrome de Burnout en estudiantes de internado del Hospital Universidad del Norte”, cuyo objetivo era establecer el comportamiento y los factores de riesgo asociados al síndrome de Burnout en estudiantes del último año de medicina en el internado rotatorio I y II en el Hospital Universidad del Norte en el 2006; se estudió 55 estudiantes de último año de internado rotatorio I y II, a quienes se les administró tres encuestas, características sociodemográficas, laborales y la escala de Maslach.

Se obtuvo, que el SBO es bajo en los internos. También, se encontró tendencia a la asociación entre las relaciones con el equipo de trabajo y los grados de agotamiento emocional y de realización personal.

Eróstegui – Gutierrez et al. 2010. (18) En el estudio "Síndrome de Burnout en estudiantes de la Facultad de medicina de la UMSS junio-julio 2009", tomaron una muestra de 245 estudiantes de la Facultad de Medicina Aurelio Melean a quienes se les aplicó la escala de Maslach Burnout Inventory; concluyeron que la mayor frecuencia del síndrome de Burnout se encontraba en el género femenino y en los cursos tercer año e internado rotatorio.

Arango – Castaño et al. 2010. (15) En el estudio "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"; donde se estudiaron 234 estudiantes regulares, de I al X semestre, a quienes se les administró tres cuestionarios, una sobre características sociodemográficas, otra la escala de Maslach Burnout Inventory y otra, la escala de riesgo suicida de Plutchick. Evidenciaron un 34% de Burnout, con frecuencias máximas por componente de agotamiento alto 42.3%, eficacia alta 39% y cinismo bajo 35.7%. Además, 60.5% de ansiedad, 30.5% de depresión, 11.8% de riesgo suicida. No se encontró relación con género, estado civil y consumo de alcohol.

Reyes – Medina et al. 2012. (9) En el estudio descriptivo transversal realizado en Honduras titulado "Estudio de síndrome de Burnout, depresión y factores asociados en los practicantes internos del Hospital Escuela", cuyo objetivo era determinar la prevalencia de síndrome de burnout, depresión y otros factores asociados, se estudiaron 201 internos de medicina a quienes se le administró dos encuestas, el Inventario de Maslach y la Escala de autoevaluación para la depresión de Zung. Se encontró alta prevalencia de síndrome de Burnout en su población estudiada

(86.6%), con mayor frecuencia en la dimensión de agotamiento emocional (75.1%); y una prevalencia de depresión de 24,4%

Estela – Jimenez et al. 2010. (13) En el estudio observacional, descriptivo, transversal titulado “Prevalencia de síndrome de Burnout en alumnos del séptimo año de medicina de una universidad privada de Lima, Perú”; cuyo objetivo era determinar la prevalencia y los factores asociados al SBO en alumnos de medicina del séptimo año de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, se estudiaron un total de 117 estudiantes de medicina, a quienes se les administró dos encuestas, una sobre las características sociodemográficas y laborales y otra, la escala de Maslach Burnout Inventory. Concluyeron que el SBO estuvo presente en más de la mitad de los internos de medicina de la UPCH. Además, la presencia de enfermedad mental y ausencia de actividades extracurriculares se asociaron a las dimensiones del SBO.

Vaquez – Maruy et al. 2014 (19) En el estudio descriptivo, transversal titulado “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”; cuyo objetivo era 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 estudiaron un total de 54 trabajadores entre médicos, enfermeras y técnicos de enfermería, donde encontraron que a 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*. Concluyeron que la falta de trabajo de la cónyuge, sexo, condición laboral y tiempo de trabajo tuvieron relación estadísticamente significativa con las dimensiones de este síndrome.

Peña et al. 2014 (12). En el estudio descriptivo, transversal titulado “Comparación de la prevalencia del síndrome de burnout en los estudiantes del internado médico de los Hospitales nivel III de Trujillo; 2013”, cuyo objetivo era Comparar las diferencias entre las prevalencias del Síndrome de Burnout en los estudiantes del Internado Medico según su hospital de rotación, universidad de procedencia y rotación actual en los Hospitales Nivel III de Trujillo; 2013. Se estudiaron 132 internos de medicina donde se encontró una prevalencia de SBO de 40.2% (n=53). Las prevalencias de SBO según los hospitales HVLE (54.5%), HRDT (39.6%), HBT (38.2%); según la rotación de CIRUGIA (50%), GINECOLOGIA (48.5%), MEDICINA (33.3%), PEDIATRIA (29.4%) y según la universidad de procedencia UNT (44.6%), UPAO (35.4%), UCV (31.3%). Concluyeron que el SBO estuvo presente aproximadamente en el 40% de los internos de medicina. Con una mayor prevalencia en los de la UNT a diferencia de los de las universidades particulares y, a su vez, se encontró mayor prevalencia entre las rotaciones de cirugía y ginecología, donde el Hospital Víctor Lazarte Echeagaray fue de mayor prevalencia.

Cárdenas et al. 2014 (20) En el estudio descriptivo comparativo de corte transversal titulado “Síndrome de Burnout en Internos de Medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo 2013-2014”, cuyo objetivo era determinar las diferencias en el nivel de Burnout según la Escala del Maslach Burnout Inventory (MBI) entre los estudiantes de medicina que han concluido el internado respecto a los estudiantes que lo inician en el Hospital Nacional Dos de Mayo entre los años 2013-2014; Se estudiaron 100 Internos de Medicina del año 2013 y 100 internos de Medicina del año 2014 de dicho nosocomio. Concluyeron que existen diferencias significativas entre los niveles de Burnout y sus dimensiones entre los dos grupos de estudio, lo cual sugiere tomar medidas correctivas durante el proceso de realización del internado. No se encontró el sexo como un factor relacionado al nivel de Burnout.

Ortega Torres 2015 (21) En el estudio descriptivo “Prevalencia de síndrome de burnout en internos de medicina del Hospital Nacional Arzobispo Loayza”, cuyo objetivo era Determinar la prevalencia del síndrome de Burnout en los internos de

medicina del Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el año 2014. Se estudiaron 87 internos de medicina, donde se encontró que 49.43% fueron varones y 50.57% mujeres. La edad promedio fue de 26 ± 2.28 años. El 48.28% presentó agotamiento emocional alto, 56.32% despersonalización alta y 8.05% baja realización personal. Concluyeron que la frecuencia del síndrome de Burnout según los criterios definidos por Maslach fue de 11.49%. La dimensión más afectada fue la despersonalización, encontrándose que el 71.62% mostraron niveles altos.

2.2. BASES TEÓRICAS – ESTADÍSTICAS

DEFINICIÓN

El Síndrome de Burnout, o de desgaste profesional, es un término anglosajón cuya traducción más aproximada es la de “estar quemado por el trabajo” desgastado y exhausto (22).

El síndrome de Burnout es un agotamiento tanto físico como mental que tiene varias definiciones pues al ser producido por el estrés tiene una variabilidad de formas de presentarse (23), pero en conclusión hay una pérdida de motivación por realizar el trabajo, se pierde el interés por lo que se hace y hay culpabilidad en ese hecho con detrimento de la calidad de vida de la persona que padece esta patología repercutiendo directamente en la calidad del servicio que se brinda.

Se puede decir que son los estragos que deja el estrés prolongado al que están sometidas las personas que laboran en trabajos sociales y que están en contacto con situaciones con alta empatía y exigencias emocionales como los médicos, internos, enfermeras, etc.

DISCRIMINACION CON OTROS CONSTRUCTOS

El concepto de Burnout ha dado lugar a muchas discusiones por la confusión que genera a la hora de diferenciarlo de otros conceptos, pero algunos autores afirman que el Burnout no se solapa con otros constructos de orden psicológico, aunque comparta algunos síntomas o procesos de evolución similares. Por lo que se precisa las siguientes diferencias (24).

Estrés general

Entre Estrés General y síndrome de Burnout se distingue con facilidad pues el primero es un proceso psicológico que conlleva efectos positivos y negativos, mientras que el Burnout sólo hace referencia a efectos negativos para el sujeto y su entorno. Es evidente que el estrés general se puede experimentar en todos los ámbitos posibles de la vida y actividad del ser humano a diferencia del Burnout, que como la mayoría de los autores estiman, es un síndrome exclusivo del contexto laboral.

Fatiga física

Para diferenciar la fatiga física crónica del síndrome de burnout se considera el proceso de recuperación ya que el síndrome de burnout se caracteriza por una recuperación lenta y acompañada de sentimientos profundos de fracaso, mientras que en la fatiga física crónica la recuperación es más rápida y puede estar acompañada de sentimientos positivos de realización personal y a veces de éxito (25).

Depresión

Algunos autores se plantean que es probable que haya un solapamiento entre los términos depresión y Burnout. Por el contrario otros demuestran, a partir de investigaciones empíricas, que los patrones de desarrollo y etiología son distintos, aunque estos fenómenos puedan compartir algunas sintomatologías (26). Se ha confirmado que la depresión tiene una correlación significativa con el agotamiento

emocional, pero no con las otras dos dimensiones del síndrome de burnout (baja realización personal y despersonalización).

Otra característica que la diferencia, es que el Síndrome de Burnout se lo asocia al trabajo y situaciones específicas, al menos al inicio, y que sus síntomas suelen ser temporales. La depresión, por el contrario, puede surgir en otros contextos (personal, social y/o familiar) con síntomas profundos y generales. Es decir, que la depresión se la entiende como un fenómeno más amplio. Además, uno de los síntomas más destacados de la depresión es el sentimiento de culpa, mientras que en el Burnout los sentimientos que predominan son la cólera o la rabia (27).

HISTORIA

El término "Burn out" se originó en el lenguaje de los deportistas anglosajones, lo cuales utilizaban este término para describir una situación en la que en contra de las expectativas favorables, un atleta no lograba obtener los resultados esperados por más que se hubiera preparado y esforzado para conseguirlos. Fuera de este ámbito, durante la década de los 70, se utiliza este término por primera vez en el ámbito de la medicina por el psiquiatra alemán Herbert Freudenberger para referirse a los problemas de fatiga y cansancio de los profesionales de los servicios socio-sanitarios.

Freudenberger (1974), mientras trabajaba en una clínica en un hospital de Nueva York, observó que muchos de sus compañeros, al cabo del año de trabajo sufrían una gran desmotivación y una progresiva pérdida de la energía hasta llegar al agotamiento; así como síntomas de ansiedad y depresión. Esta situación originaba que los profesionales se vuelvan menos sensibles, poco comprensivos e incluso agresivos en relación con los pacientes, con un trato distanciado y tendencia a culparlos de los problemas que padecían (28). Por lo que denomina a esta patología Síndrome del quemado según la expresión original del inglés (Burnout síndrome): SBO, terminología que dos años después acuñó la psicóloga social Cristine Maslach, quien en conjunto con Susana Jackson, en 1981 lo definieron como "*un*

síndrome de cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas" (Maslach y Jackson -1981). Además de describir las tres dimensiones o componentes del síndrome: **1) Agotamiento emocional:** situación que implica una disminución y pérdida de recursos emocionales, en la cual el sujeto se encuentra emocionalmente agotado por el contacto diario y mantenido con personas a las que hay que atender como objeto del trabajo; **2) Despersonalización:** que implica el desarrollo de actitudes negativas, de insensibilidad y cinismo hacia las personas que se debe atender. En consecuencia las personas son vistas de forma deshumanizada debido a un endurecimiento afectivo.; y **3) Baja realización personal:** que implica la tendencia a evaluar el propio trabajo en forma negativa, con vivencias de insuficiencia profesional y sentimientos de baja autoestima. La misma que afecta a la habilidad en la realización del trabajo y a la relación con las personas a las que atienden (pacientes y familiares) (29).

A partir de este momento se inicia un estudio acelerado sobre las diferentes causas de este Síndrome y aparecen múltiples definiciones que se desprenden de las ya creadas por Freudenberger en 1974 -Cristina Maslach y Jackson en 1986.

FACTORES DE RIESGO

Dentro de las variables desencadenantes del SBO, las cuales predicen la presentación del Burnout y pueden ayudar a comprender mejor su origen tenemos 3 categorías (24):

1) Organizacionales:

Son variables intrínsecas a la organización que pueden por sí mismas generar situaciones negativas, o bien, juegan un papel importante en la interacción continua trabajador - puesto de trabajo.

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 y las políticas de la organización.

2) Sociales: Son variables que no dependen del sujeto, sino de su entorno; y que pueden amortiguar el efecto de los estresores o pueden ser fuentes potenciales de estrés; siendo este de 2 tipos:

a) Variables sociales extra laborales

Abarca las relaciones familiares y/o amigos. Estos son de gran apoyo, y le permiten al sujeto sentirse querido, valorado y cuidado. Según Repetí, el apoyo familiar en el hogar, mitiga los efectos estresores menores de la vida diaria

b) Variables socio laborales

Donde se encuentran las relaciones interpersonales en el trabajo, que si son percibidas negativamente pueden desencadenar niveles considerables de estrés.

3) Personales:

Son variables propias del individuo y hacen referencia a aspectos de su personalidad, como sus sentimientos, pensamientos, emociones, actitudes, etc.

Dentro de estas variables se han planteado la existencia de factores predisponentes y protectores, que aunque algunos son muy discutidos aún, otros son ciertamente certeros.

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 que empieza la carrera laboral con altas expectativas e ilusiones y, a la vez, tener menos años de experiencia en el trabajo tienen más probabilidades de desarrollar el SBO. Dentro de estos factores predisponentes también se considera la variable sexo, se dice que

el sexo femenino es más vulnerable al Burnout, esto podría explicarse por la doble carga de trabajo que conlleva la práctica profesional y la tarea familiar.

Por el contrario, dentro de los posibles factores protectores tenemos:

El estado civil, del cual existen diversos estudios que indican que los casados o las personas con pareja estable muestran menos Burnout que los solteros, viudos y divorciados. Además, las personas que tienen hijos parecen ser más resistentes ante el síndrome de Burnout debido a que la implicación del sujeto con la familia le hace que tengan mayor capacidad para afrontar los problemas y conflictos emocionales, pero también a ser más realistas con la ayuda del apoyo familiar (30).

EVOLUCION DEL SINDROME DE BURNOUT

Según Cherniss (31), el Burnout es un fenómeno progresivo y podrían establecerse las siguientes etapas: La primera fase denominada como “*de entusiasmo*”, es cuando la persona experimenta inicialmente el trabajo como algo estimulante. La segunda fase —*estancamiento*”, cuando se comienzan a plantear dudas acerca del trabajo, del esfuerzo, de si vale la pena, las expectativas iniciales se oscurecen, los objetivos ya no son tan claros y se comienza a aislar y a interpretar negativamente las propuestas. Aparecen los primeros síntomas (dolores de cabeza, estomacales y aburrimiento). Luego aparece la tercera fase —*frustración*” cuando las herramientas de la organización y las personales hacen que o bien se salve positivamente la situación (se recobra la ilusión por nuevos proyectos, las motivaciones, o cambios hacia un trabajo con mejores perspectivas) o se entra en una etapa donde los problemas psicosomáticos se hacen crónicos y se va adoptando una actitud irritable, dubitativa y con poca adecuación a las tareas.

La cuarta fase —*de apatía*” cuando se resigna a cambiar las cosas, entra en una etapa de no saber decir que no, de cinismo ante los clientes y comienza el ausentismo laboral. La última fase —*de quemado*” cuando se produce un colapso físico e intelectual de no poder más, y es donde la enfermedad se manifiesta en sus características más comunes y acentuadas.

Esta descripción de la evolución del síndrome tiene carácter cíclico. Así, se puede repetir en el mismo o en diferentes trabajos y en diferentes momentos de la vida laboral.

En la tabla 1 se citan de manera resumida las etapas o fases descritas del Burnout;

Tabla 1. Fases del Síndrome de Burnout

<i>Fases del Síndrome de Burnout</i>	
<i>1. Fase de entusiasmo</i>	Se experimenta, ante el nuevo puesto de trabajo, entusiasmo, gran energía y se dan expectativas positivas. El trabajador tiene unas expectativas irreales de lo que puede ocurrir.
<i>2. Fase de estancamiento</i>	Al no cumplirse las expectativas profesionales se produce una paralización caracterizada por pérdida de idealismo y entusiasmo. Se empiezan a valorar las contraprestaciones del trabajo, percibiendo que la relación entre el esfuerzo y la recompensa no es equilibrada. En esta fase tiene lugar un desequilibrio entre las demandas y los recursos (estrés); por tanto, definitoria de un problema de estrés psicosocial. El profesional se siente incapaz para dar una respuesta eficaz.
<i>3. Fase de frustración</i>	La frustración, desilusión o desmoralización hace presencia en el individuo. Constituye el inicio del síndrome y se caracteriza por el cuestionamiento del valor del trabajo en sí mismo y el descenso de la motivación, iniciándose los sentimientos de baja realización personal en el trabajo y agotamiento emocional. El trabajo carece de sentido, cualquier cosa irrita y provoca conflictos en el grupo de trabajo. La salud puede empezar a fallar y aparecer problemas emocionales, fisiológicos y conductuales.
<i>4. Fase de apatía</i>	Sucedan una serie de cambios actitudinales y conductuales (afrontamiento defensivo) como la tendencia a tratar a los pacientes de forma distanciada y mecánica. Esta fase puede describirse como el núcleo central de la instauración del síndrome, caracterizándose por indiferencia y falta de interés en la que se establece un sentimiento de vacío total que puede manifestarse en forma de distanciamiento emocional y desprecio. Se consolidan los sentimientos de baja realización personal y el agotamiento emocional, estableciéndose como estrategia de afrontamiento negativa la despersonalización.
<i>5. Fase de quemado</i>	Implica colapso emocional y cognitivo fundamentalmente, con importantes consecuencias para la salud. Además, puede obligar al trabajador a dejar el empleo y arrastrarle a una vida profesional de frustración e insatisfacción.

Fuente: Valiente, A. J. (2009). Factores asociados al síndrome de Burnout en personal de enfermería del Hospital San Vicente de Paul.

SINTOMATOLOGIA

El SBO es de inicio insidioso, su aparición no es súbita, sino que emerge de forma paulatina, larvado incluso con aumento progresivo de la severidad. Es un proceso cíclico, que puede repetirse varias veces a lo largo del tiempo, de modo que una persona puede experimentar los tres componentes del síndrome varias veces en diferentes épocas de su vida y en el mismo o en otro trabajo (32).

Se dice que al día de hoy se han reportado más de 100 síntomas asociados al síndrome de Burnout (2).

El síndrome se presenta bajo unos síntomas específicos que pueden observarse a nivel físico, emocional y conductual todo lo cual conlleva consecuencias a nivel laboral.

En el tabla 2 se citan los efectos descritos del Burnout, según diferentes autores;

Tabla 2. Efectos descritos del Síndrome de Burnout.

Manifestaciones	
Cognitivas	Problemas de memoria, ideación suicida, ideas de culpa o autoinmolación, baja autoestima
Emocionales	Depresión, frustración, irritabilidad, ansiedad, “sensación de estar desgastado”, aburrimiento, desilusión dificultad para controlar y expresar emociones.
Somáticas	Cefalea tensional, problemas gastrointestinales, fatiga, mialgias, insomnio, dolor inespecífico, incrementa el reporte de infecciones de vías respiratorias superiores y gastroenteritis, lumbalgia, hipertensión arterial. Disminución del número total de linfocitos, de células T (CD3, CD4 y CD8) y NK (Natural Killers).
Conductuales	Dificultad para relajarse, cinismo, ausentismo laboral, disminución de la productividad y del interés en el trabajo, incremento del uso del alcohol, involucramiento en actividades de alto riesgo (que aparecen por primera vez en la persona), comportamiento suspicaz, inflexibilidad y rigidez.
Interpersonales	Aislamiento, superficialidad en el contacto con los demás.

Fuentes: Quinceno y Vinaccia, (2007); Schaufeli, et al (2001); Faragher, et al (2005); Kumar, Nath, Lau, Bradley (2006); Nakamura, Nagase, Yoshida, Ogino 1999; Mommersteeg et al (2006); Ramírez et al (1995).

Como en toda manifestación patológica de conducta, existen diferentes grados de enfermedad que son una escalera de gravedad. Así el síndrome de Burnout puede ser (33):

- **Leve:** se presentan síntomas vagos e inespecíficos. El afectado se vuelve poco operativo, se siente cansado.
- **Moderado:** aparece insomnio, déficit en la atención y en la concentración, e importante tendencia a la automedicación con psicofármacos.
- **Grave:** aparece la aversión por la tarea, cinismo hacia la profesión y los pacientes, lo cual lleva a mayor ausentismo laboral y frecuentemente, al abuso de alcohol, drogas y fármacos.
- **Extremo:** caracterizado por crisis existenciales severas que llevan al aislamiento, depresión crónica o enfermedades psicosomáticas, hasta suicidios.

CONSECUENCIAS

El síndrome de burnout produce consecuencias negativas, no sólo para la salud del profesional que lo padece sino también para la institución en la que trabaja.

En general, pueden establecerse dos tipos de repercusiones del síndrome de Burnout: para el individuo (salud, relaciones interpersonales) y para la institución (insatisfacción laboral, propensión al abandono y el ausentismo, deterioro de la calidad del servicio, genera cierto grado de hostilidad y resentimiento).

Consecuencias personales: Pueden cubrir síntomas como las cefaleas, dolores musculares (sobretudo dorsal), dolores de muelas, náuseas, hipertensión, úlceras, pérdida de la voz, pérdida de apetito, disfunciones sexuales y problemas de sueño. También se ha observado que las personas con altos niveles de burnout tienen menos satisfacción con la pareja y las conductas en el hogar son de irritación,

disgusto y tensión. Esta situación incide especialmente en el deterioro de las interacciones personales (24).

Consecuencias para la organización: Las consecuencias más importantes del burnout en las organizaciones repercuten sobre los objetivos y los resultados de estas, y entre ellas cabe citar la satisfacción laboral disminuida, el ausentismo laboral elevado, el bajo interés por las actividades laborales, el deterioro de la calidad de servicio de la organización, el aumento de los conflictos interpersonales con supervisores, compañeros y usuarios de la organización, el aumento de la rotación laboral no deseada y el aumento de accidentes laborales. (27).

EVALUACION DEL SINDROME DE BURNOUT

Para la evaluación del síndrome de Burnout se han utilizado distintas técnicas. Al principio, los investigadores utilizaban las observaciones sistemáticas, entrevistas estructuradas y tests proyectivos, pero luego se fue dando mayor énfasis a la evaluación mediante cuestionarios o autoinformes. Actualmente, los autoinformes son los instrumentos más utilizados para la evaluación del Burnout, y de éstos el preferido por los investigadores es el Maslach Burnout Inventory (MBI; Maslach y Jackson, 1981, 1986); no obstante existen muchos otros (24).

Es importante mencionar que existen diversos criterios para determinar la presencia o el nivel de severidad del SBO (34, 35, 36, 37), pero todas se basan en la escala de Maslach como instrumento de evaluación guía o inicial.

MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI)

Hacia el año 1981, Maslach y Jackson crearon el Maslach Burnout Inventory (MBI), actualmente considerado el gold standard para medir el SBO; el cual consta de 22

ítems, en los cuales se puede diferenciar y medir los tres factores o dimensiones que conforman el SBO. Este es un cuestionario auto administrado y recoge respuestas del sujeto con relación a su trabajo sobre sus sentimientos, emociones, pensamientos y conductas; donde el sujeto escoge una respuesta de las 7 opciones planteadas atribuyéndosele la puntuación establecida para cada respuesta.

Los autores consideraron al Burnout como un síndrome tridimensional, dividiéndolo en tres sub escalas:

- Agotamiento Emocional. (AE) (9 preguntas. 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20)
Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo.
- Despersonalización (DP) (5 preguntas 5, 10, 11, 15, 22)
Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento.
- Baja Realización Personal (RP) (8 preguntas 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21).

De estas respuestas se obtiene una puntuación que se suma según en qué clasificación estén, para interpretarlo según la escala ya establecida. No existe un punto de corte establecido para decir si hay o no la presencia del síndrome; lo que usamos con esta escala es determinar un nivel de burnout, pudiendo ser:

Bajo si: AE 0 – 18

 DP 0 – 5

 RP \geq 40

Medio si: AE de 19 – 26

 DP de 6 – 9

 RP de 34 – 39

Alto si: AE 27 – 54
 DP 10 – 30
 RP \leq 33

De cada uno de estos factores se obtienen resultados bajo – medio - alto, lo cual permite evaluar los niveles de Burnout que tiene cada trabajador con relación a cada factor, es decir, agotamiento emocional, despersonalización y realización personal, esta última siendo indirectamente proporcional por lo que un bajo nivel de realización se asocia a un alto nivel de Síndrome de Burnout. Es decir, a menor puntuación de realización o logro personal más afectado está el sujeto (38).

2.3. DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERACIONALES

VARIABLES DEPENDIENTES:

- **Síndrome de burnout (SBO):** Variable nominal cualitativa. Se consideró que el SBO estaba presente si el personal de salud tuvo baja realización personal, alto agotamiento emocional y alta despersonalización.
Las dimensiones del SBO son: Agotamiento Emocional, Despersonalización y Realización Personal
- **Agotamiento Emocional (AE):** Variable ordinal determinada por la sumatoria de la puntuación obtenida de los ítems 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20, su puntuación es directamente proporcional al SBO.
- **Despersonalización (DP):** Variable ordinal determinada por la sumatoria de la puntuación obtenida de los ítems 5, 10, 11, 15 y 23, su puntuación es directamente proporcional al SBO.
- **Realización Personal (RP):** Variable ordinal determinada por la sumatoria de la puntuación obtenida en los ítems 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 22. Su puntuación es inversamente proporcional al SBO.

VARIABLES INDEPENDIENTES

- **Edad:** Tiempo de vida expresado al momento del estudio en años. Se consideró en este estudio los años cumplidos al momento del estudio.
- **Sexo:** Condición orgánica por la que se diferencia la sexualidad humana. Se tomó en cuenta en este estudio los caracteres primarios al momento del estudio.
- **Estado civil:** Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto. Se consideró en este estudio si el encuestado era soltero, casado o conviviente al momento del estudio.
- **Servicio de rotación:** servicio dentro de una institución que se encarga de determinada atención o prestación a un determinado grupo de clientes. Se consideró el servicio dentro del hospital donde rotaba el encuestado al momento de la encuesta.
- **Remuneración:** Dinero que, en concepto de paga, recibe regularmente una persona de la empresa o entidad para la que trabaja. Se consideró en este estudio si el encuestado recibía un Dinero mensual en concepto de paga.
- **Convivencia familiar:** acto de convivir, vivir en compañía de otro u otros. Se consideró en este estudio si el encuestado vivía o no en compañía de su familia al momento del estudio.

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. HIPÓTESIS:

General:

La prevalencia del Síndrome de Burnout en los internos de medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad Ricardo Palma es mayor del 50%.

Específicas:

1. La dimensión de despersonalización del SBO es la más afectada dentro de los internos de medicina.
2. Existe asociación entre el sexo femenino y la aparición del Síndrome de Burnout.
3. Es más frecuente el Síndrome de Burnout en los internos que rotan por las especialidades quirúrgicas que por las clínicas.
4. Los internos no remunerados presentan mayor prevalencia de burnout con respecto a los remunerados.

3.2. VARIABLES: INDICADORES

VARIABLES DEPENDIENTES

- Síndrome de Burnout
- Agotamiento emocional
- Despersonalización
- Realización personal

VARIABLES INDEPENDIENTES

- Variables sociodemográficas y laborales

Indicadores: edad, sexo, estado civil, servicio de rotación, remuneración y convivencia familiar.

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Estudio descriptivo de tipo observacional, diseño transversal.

4.2. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

El diseño de esta investigación es un estudio transversal.

CRITERIOS DE INCLUSION:

- Internos de Medicina que acepten y firmen el consentimiento informado.
- Internos de Medicina que hayan cumplido de manera continua todas sus rotaciones hasta el momento del estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

- Internos que no acepten participar del estudio.
- Internos que llenen el cuestionario incompleto.
- Internos que no se encuentren en los días de la entrevista.

4.3. POBLACIÓN

La población estuvo representada por la totalidad de Internos de Medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad Ricardo Palma. La población fue la misma que la muestra, ya que se usó un muestreo de tipo no probabilística censal.

4.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se utilizó la encuesta *Maslach Burnout Inventory- Human Services Survey* (MBI-HSS) versión validada en español, la cual es considerada el gold standard para medir el Síndrome Burnout (SBO) y contiene de 22 ítems separadas en subescalas que permiten evaluar cada esfera del SBO: **AE:** Agotamiento Emocional; **D:**

Despersonalización; **RP**: Realización Personal. Cada ítem del MBI-HSS es valorado con una escala tipo Likert, en la que se indica con qué frecuencia han experimentado en el último año la situación descrita por el ítem. La escala de frecuencia recorre siete grados que van de 0 (nunca) a 6 (todos los días). Los scores para cada subescala serán definidos como bajo, medio y alto usando puntos de corte establecidos.

En este estudio se consideró que los internos de medicina presentaban SBO si tenían niveles altos en AE (puntaje mayor o igual a 27) o en DP (puntaje mayor o igual a 10). (12,13, 34, 39, 40).

4.5. RECOLECCIÓN DE DATOS

Los cuestionarios fueron autoadministrados. Para garantizar la confidencialidad de los participantes los cuestionarios se respondieron de manera anónima. Al terminar el llenado de las encuestas, éstas se colocaron en un sobre cerrado hasta el momento de su digitación.

4.6. TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Los datos encontrados fueron ingresados a una base de datos en SPSS versión 23 donde se realizaron los análisis respectivos.

La información obtenida se ingresó en un programa estadístico, el SPSS versión 23, y se procesó la información en estadística descriptiva. Se calculó para las variables cualitativas la distribución de frecuencia y porcentajes. La asociación entre variables cualitativas se realizó mediante la prueba de Chi Cuadrado (Chi²).

CAPÍTULO V RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1. RESULTADOS

La población total estuvo conformada por 177 internos. Se excluyeron a 4 estudiantes que se retiraron del internado médico 2015, 1 estudiante que no cumplió de forma ininterrumpida las rotaciones del internado médico 2015, 24 internos que no desearon participar en el estudio y a 5 internos que entregaron incompleto el cuestionario. Finalmente, se contaron con 143 participantes que firmaron el consentimiento informado y llenaron los cuestionarios correctamente.

Tabla 3. Variables sociodemográficas y laborales de los internos de medicina de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma, 2015.

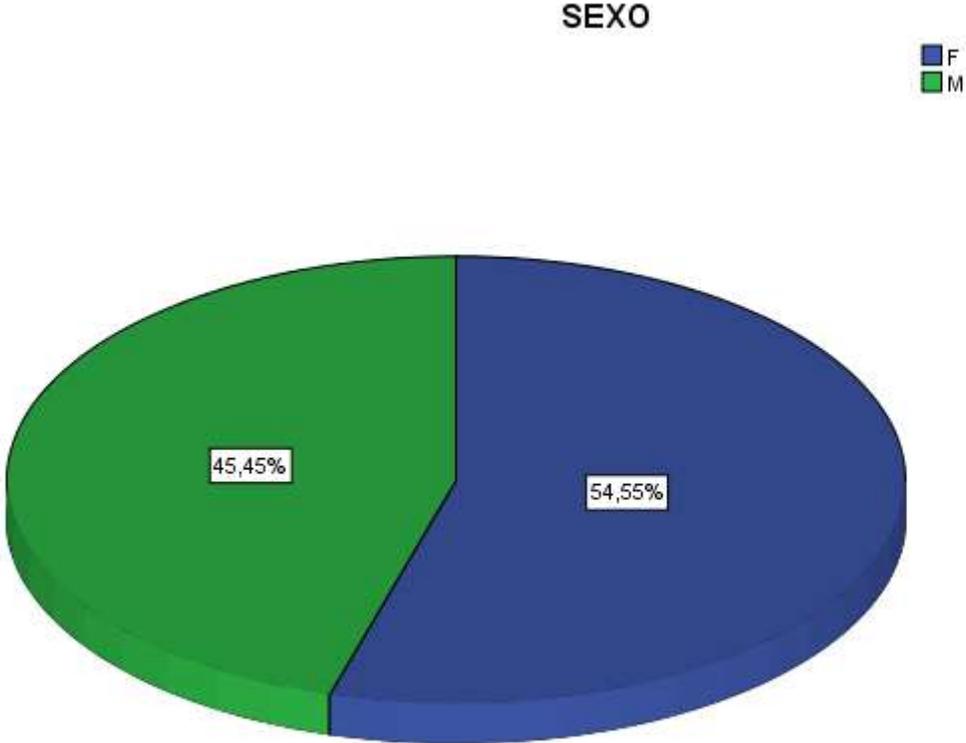
Variables sociodemográficas	Frecuencia N=143	Porcentaje (%)
Sexo		
Femenino	78	54.5
Masculino	65	45.5
Edad		
≤25	58	40.6
>25	85	59.4
Estado civil		
Soltero/a	143	100
Casado/a	0	0
Conviviente	0	0
Remuneración		
Sí	47	32.9
No	96	67.1

Servicio de Rotación		
Pediatría	51	35.7
Medicina	36	25.2
Cirugía	22	15.4
Ginecología	34	23.8
Convivencia familiar		
Sí	95	66.4
No	48	33.6

Fuente: de elaboración propia, encuesta de Maslach Burnout Inventory.

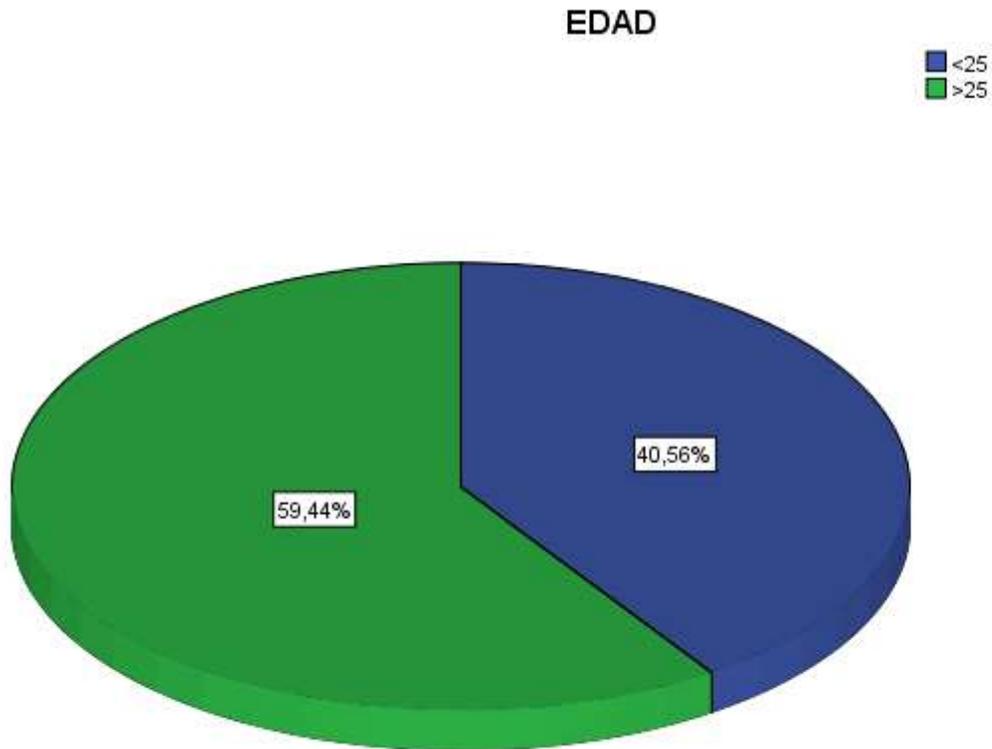
En la tabla 3 se muestran los resultados del análisis de las variables sociodemográficas y laborales. Con respecto a la variable sexo, se evidenció que el 54,5% (n=78) fueron mujeres y 45,5% (n=65) fueron varones (ver gráfica 1). En lo relacionado a la edad, se evidenció que más de la mitad de los internos tenían >25 años (59,4% [n=85]). (Ver gráfica 2). Al hacer el análisis de la variable estado civil, se evidenció que el 100% (n=143) de los internos encuestados eran solteros/as. En cuanto a la remuneración, se observó que el 67,1% (n=96) no eran remunerados, mientras que 32,9% (n=47) de los internos eran remunerados (ver gráfica 3). Respecto a la variable servicio de rotación se evidenció que poco más del tercio de los internos se encontraban en pediatría 35,7% (n=51), siendo esta la rotación más frecuente (ver gráfica 5). Por último, al analizar la variable convivencia familiar se puede observar que de los internos de medicina un 66,4% (n=95) convivía con su familia; mientras que un 33,6% (n=48) vivía solo (ver gráfica 4).

Gráfica 1. Distribución según sexo de los internos de medicina de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma, 2015.



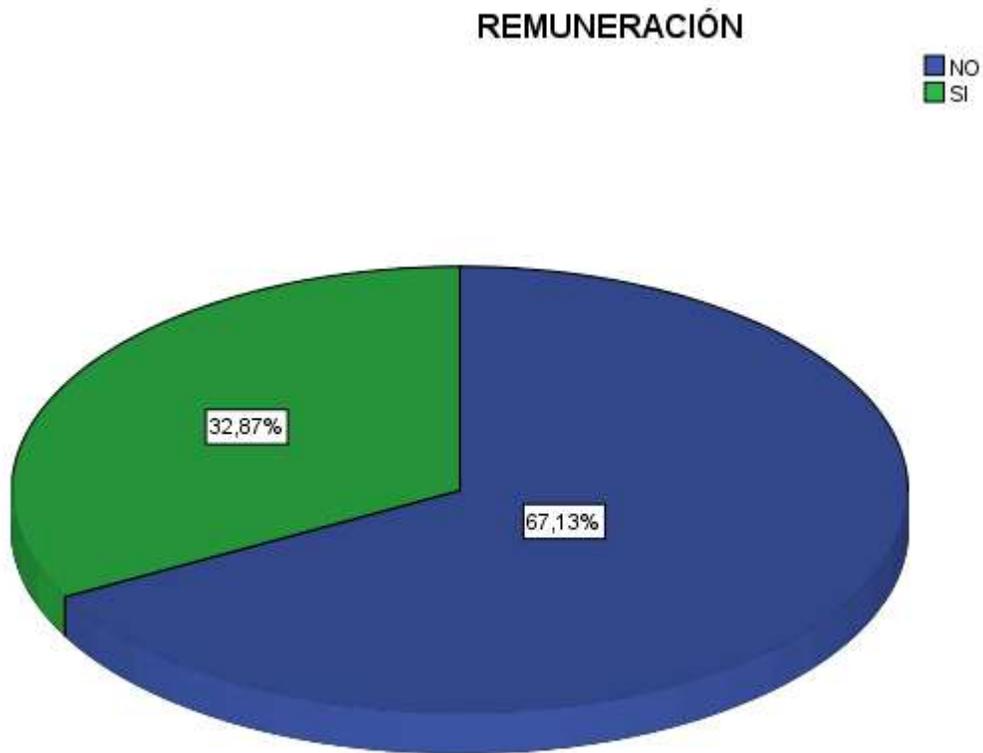
Fuente: de elaboración propia, encuesta de Maslach Burnout Inventory.

Gráfica 2. Distribución según edad de los internos de medicina de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma, 2015



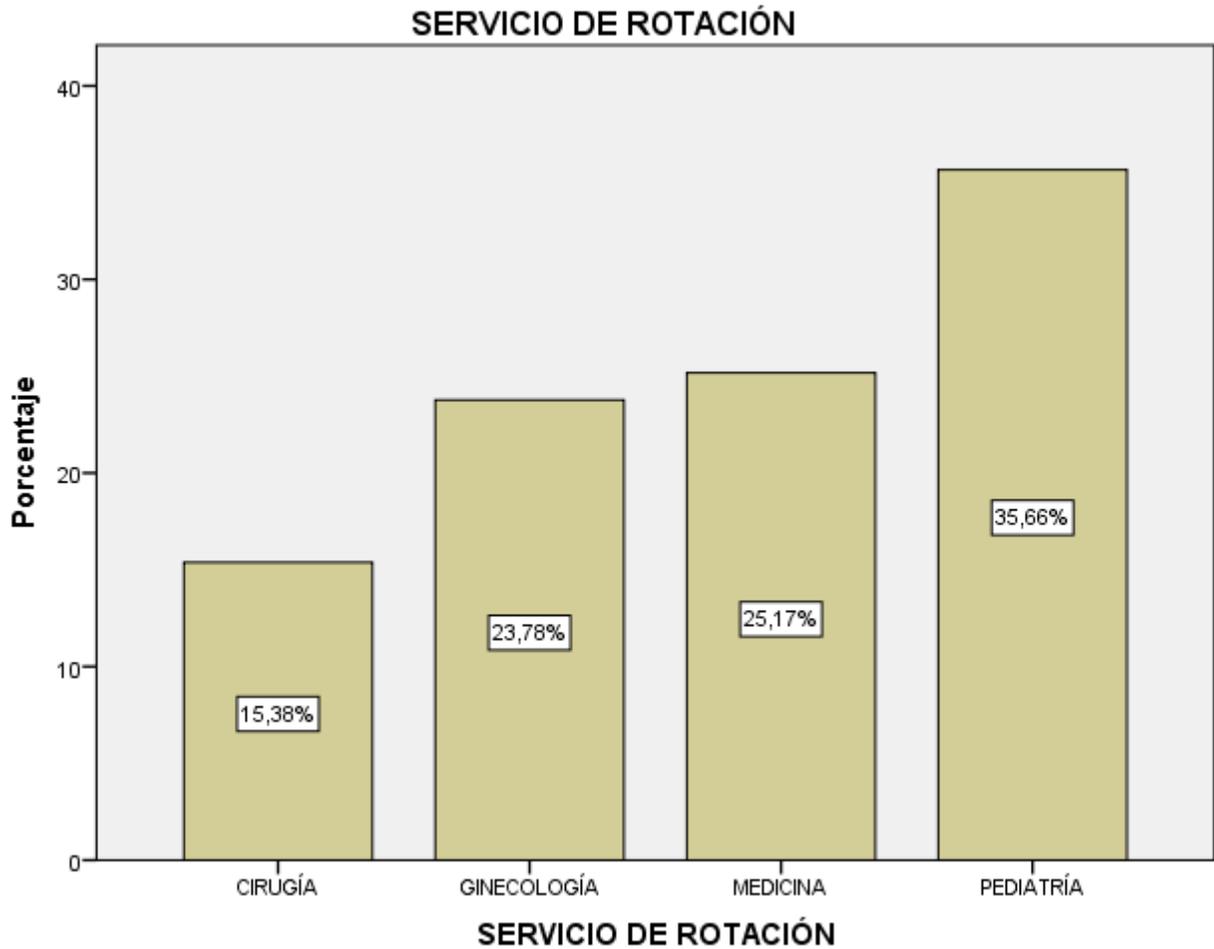
Fuente: de elaboración propia, encuesta de Maslach Burnout Inventory.

Gráfica 3. Distribución según remuneración de los internos de medicina de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma, 2015



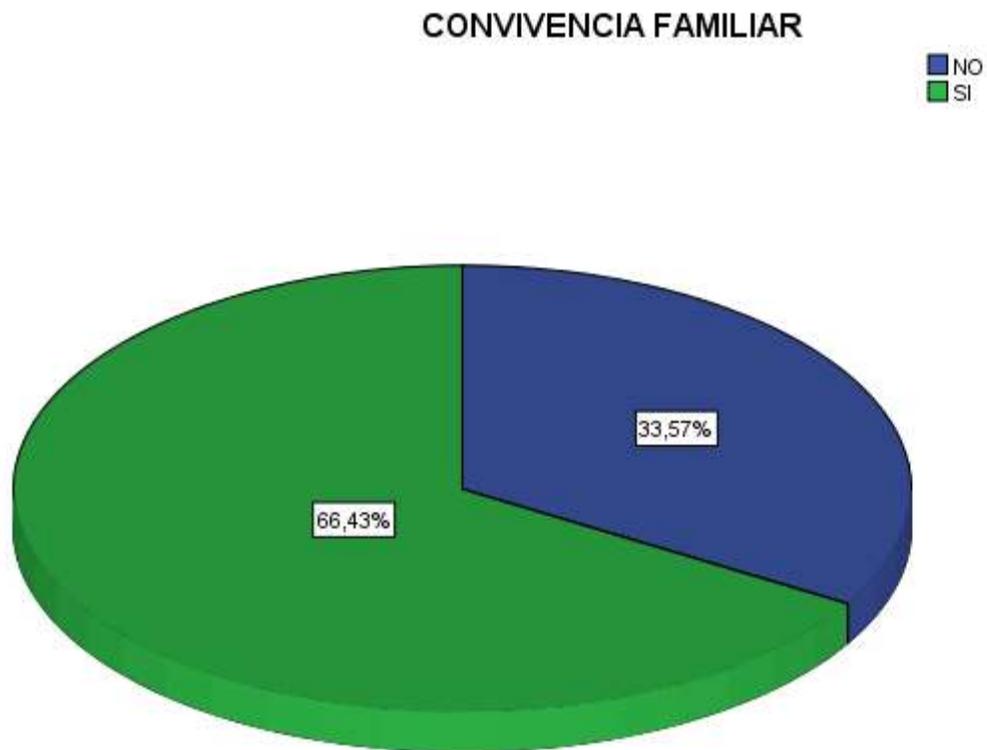
Fuente: de elaboración propia, encuesta de Maslach Burnout Inventory.

Gráfica 4. Distribución de los internos de medicina de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma según servicio de rotación.



Fuente: de elaboración propia, encuesta de Maslach Burnout Inventory.

Gráfica 5. Distribución según convivencia familiar de los internos de medicina de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma, 2015



Fuente: de elaboración propia, encuesta de Maslach Burnout Inventory.

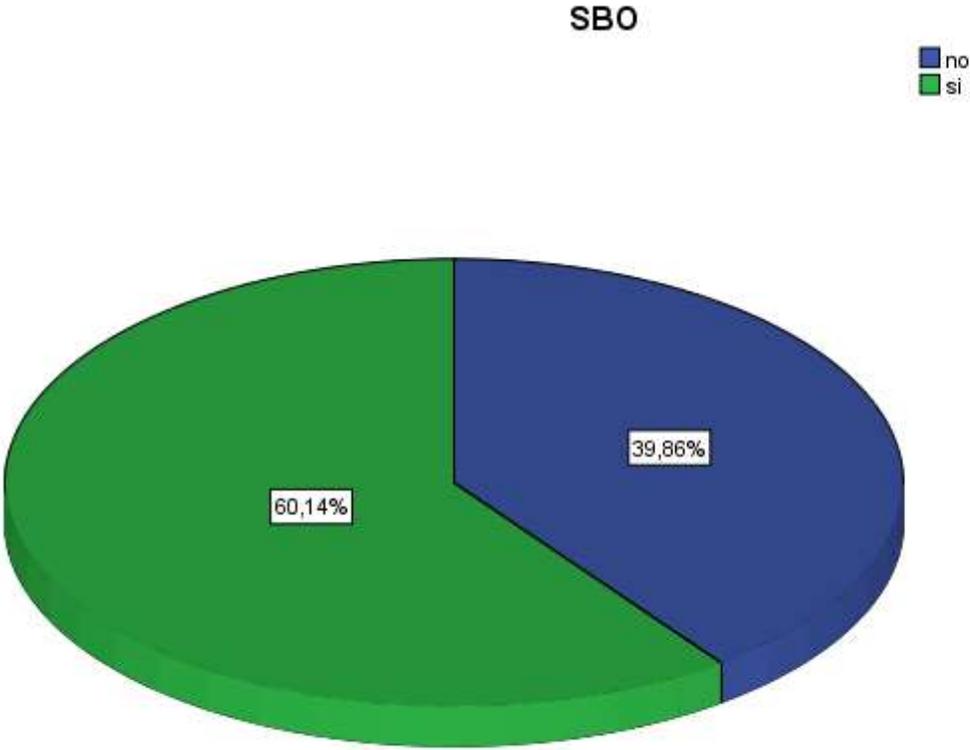
Tabla 4. Prevalencia de síndrome de Burnout y distribución de resultados de los tres componentes del Síndrome de Burnout en internos de medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad Ricardo Palma, 2015.

	Frecuencia (N=143)	Porcentaje (%)
Síndrome de Burnout		
Sí	86	60,1
No	57	39,9
Agotamiento emocional (AE)		
Alto	55	38,5
Medio	37	25,9
Bajo	51	35,7
Despersonalización (DP)		
Alto	71	49,7
Medio	35	24,5
Bajo	37	25,9
Realización Personal (RP)		
Alto	47	32,9
Medio	47	33,6
Bajo	48	33,6

Fuente: de elaboración propia, encuesta de Maslach Burnout Inventory.

Se evidenció una prevalencia de síndrome de Burnout en la población estudiada de 60,1% (n=86), esto quiere decir que 86 internos de los 143 encuestados presentaban SBO, como se aprecia en la gráfica 6. Al analizar las dimensiones del SBO, se encontró que el nivel alto de despersonalización (DP) resultó ser el más prevalente (49,7.6% [n=71]), seguido por un nivel alto de agotamiento emocional (AE) con un (38,5% [n=55]); todos estos resultados mencionados se muestran en la tabla 4.

Gráfica 6. Distribución del Síndrome de Burnout en internos de medicina de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma, 2015



Fuente: de elaboración propia, encuesta de Maslach Burnout Inventory.

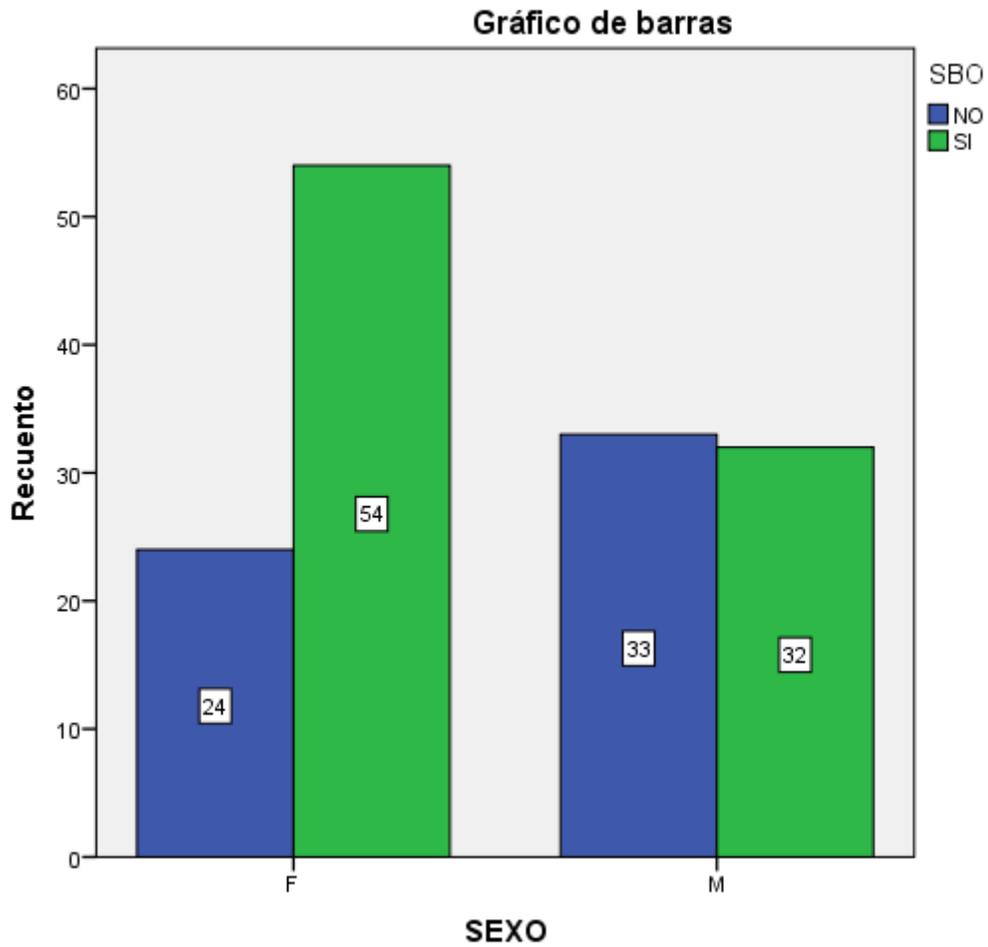
Tabla 5. Distribución del síndrome de Burnout según sexo, edad, estado civil, remuneración, convivencia familiar y servicio de rotación en los internos de medicina de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma, 2015.

	VARIABLE	Síndrome de Burnout		p
		SI	NO	
SEXO	Femenino	54	24	0,015
	– %dentro de sexo	69,2%	30,8%	
	Masculino	32	33	
	– %dentro de sexo	49,2%	50,8%	
EDAD	≤25	28	30	0,017
	– %dentro de edad	48,3%	51,7%	
	>25	58	27	
	– %dentro de edad	68,2%	31,8%	
REMUNERACIÓN	SI	22	25	0,023
	– %dentro de remuneración	46,8%	53,2%	
	NO	64	32	
	– %dentro de remuneración	66,7%	33,3%	
SERVICIO DE ROTACIÓN	Cirugía	1	7	0,316
	– %dentro de servicio	12,5%	87,5%	
	Pediatría	1	8	
	– %dentro de servicio	11,1%	88,9%	
	Medicina	17	19	
	– %dentro de servicio	47,2%	52,8%	
	Ginecología	22	12	
	– %dentro de servicio	64,7%	35,3%	
CONVIVENCIA FAMILIAR	SI	60	35	0,300
	– %dentro de convivencia	63,2%	36,8%	
	NO	26	22	
	– %dentro de convivencia	54,2%	45,8%	

Fuente: de elaboración propia, encuesta de Maslach Burnout Inventory.

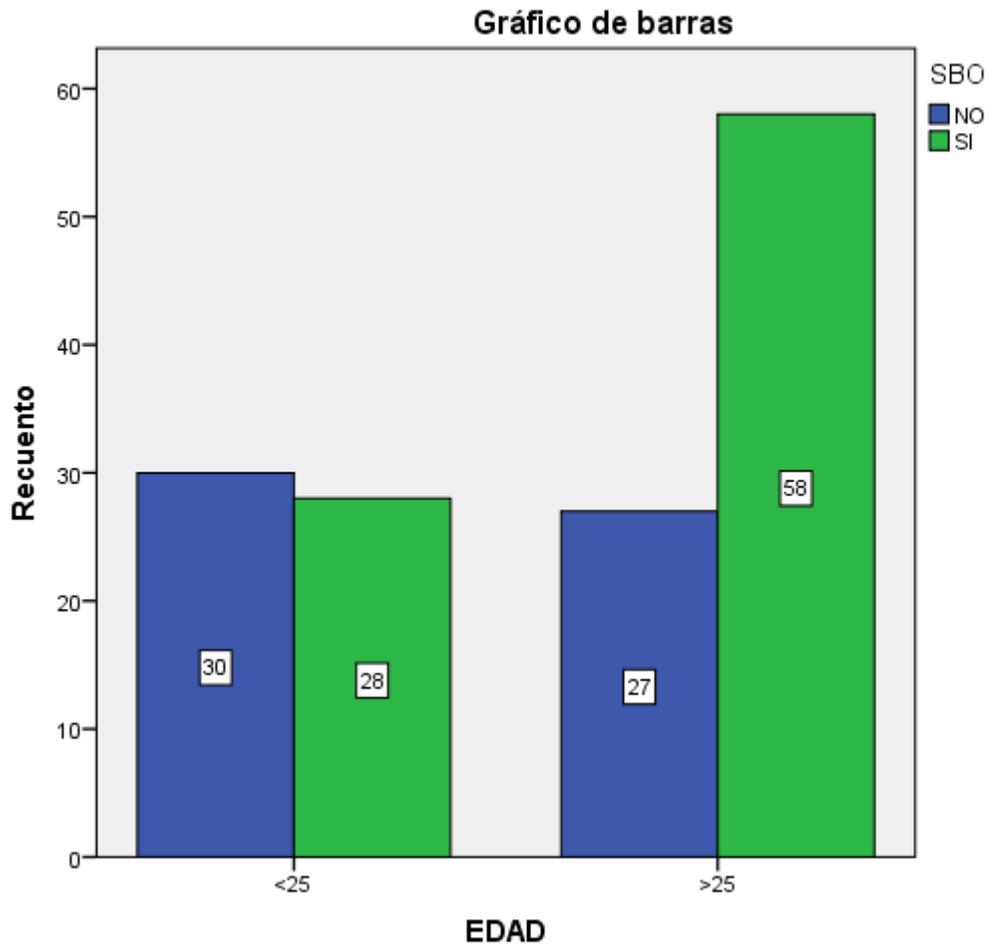
En la tabla 5 se muestran los resultados de las tablas de contingencia donde se sometió a análisis a dos variables cualitativas. En cuanto a la prevalencia del SBO según el sexo se encontró que mucho más de la mitad de las mujeres presentaron SBO (69,2% [n=54]), a diferencia de los varones en los cuales se evidenció que un 49,2% (n=32) presentaron Burnout (ver gráfica 7). Cabe mencionar que se encontró asociación con esta variable p valor 0,015 (<0,05). Respecto a la prevalencia del SBO según la edad se observó que el SBO fue más frecuente en la población mayor de 25 años donde estuvo presente en un 68,2% (n=58), mientras que en el grupo de 25 años o menos hubieron resultados similares entre los que si presentaron burnout (48,3% [n=28]) y los que no presentaron (50,7% [n=30]) (ver gráfica 8); esta variable también mostró asociación con el SBO p valor 0,017 (<0,05). Con respecto a la variable remuneración, se observó que dentro del grupo de remunerados el 46,8% (n=22) presentó Burnout; mientras que en el grupo de los no remunerados fue del 66,7% (n=64) (ver gráfica 9). Con esta variable también se encontró asociación con el SBO p valor 0,023 (<0,05). En relación a la prevalencia del SBO según servicio de rotación con el SBO se puede observar que el servicio con mayor prevalencia de SBO fue el de cirugía con un 68,2% [n=15], mientras que el de menor prevalencia fue el de medicina con 47,2% [n=17] (ver gráfica 10). La variable servicio de rotación no se asocia al Síndrome de Burnout p valor 0,316 (>0,05). Por último al hacer el análisis de la variable convivencia familiar, se evidencia que en aquellos internos que vivieron con su familia, el Burnout estuvo presente en un 63,2% (n=60), y en los que vivieron solos fue de un 54,2% (n=26) (ver gráfica 11). En esta variable tampoco se encontró asociación con el SBO p valor 0,300 (>0,05).

Gráfica 7. Prevalencia del Síndrome de Burnout, según sexo, en internos de medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad Ricardo Palma, 2015



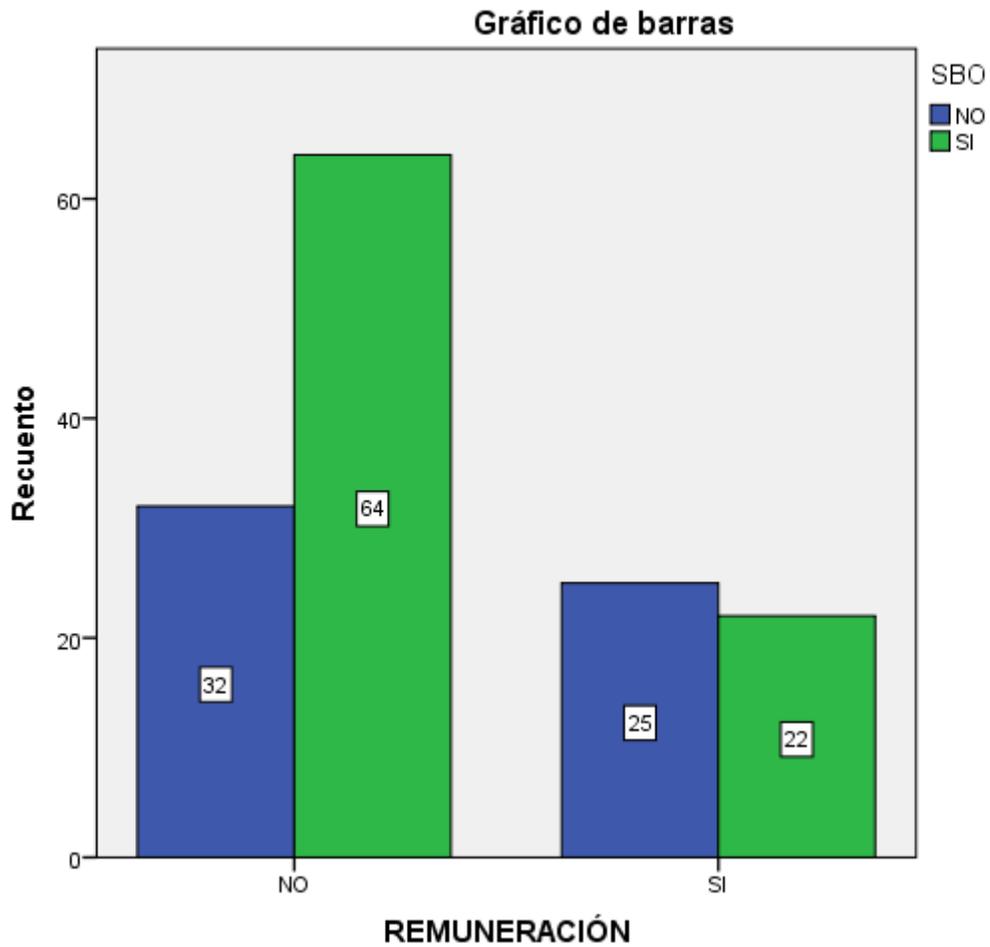
Fuente: de elaboración propia, encuesta de Maslach Burnout Inventory.

Gráfica 8. Prevalencia del Síndrome de Burnout, según edad, en internos de medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad Ricardo Palma, 2015



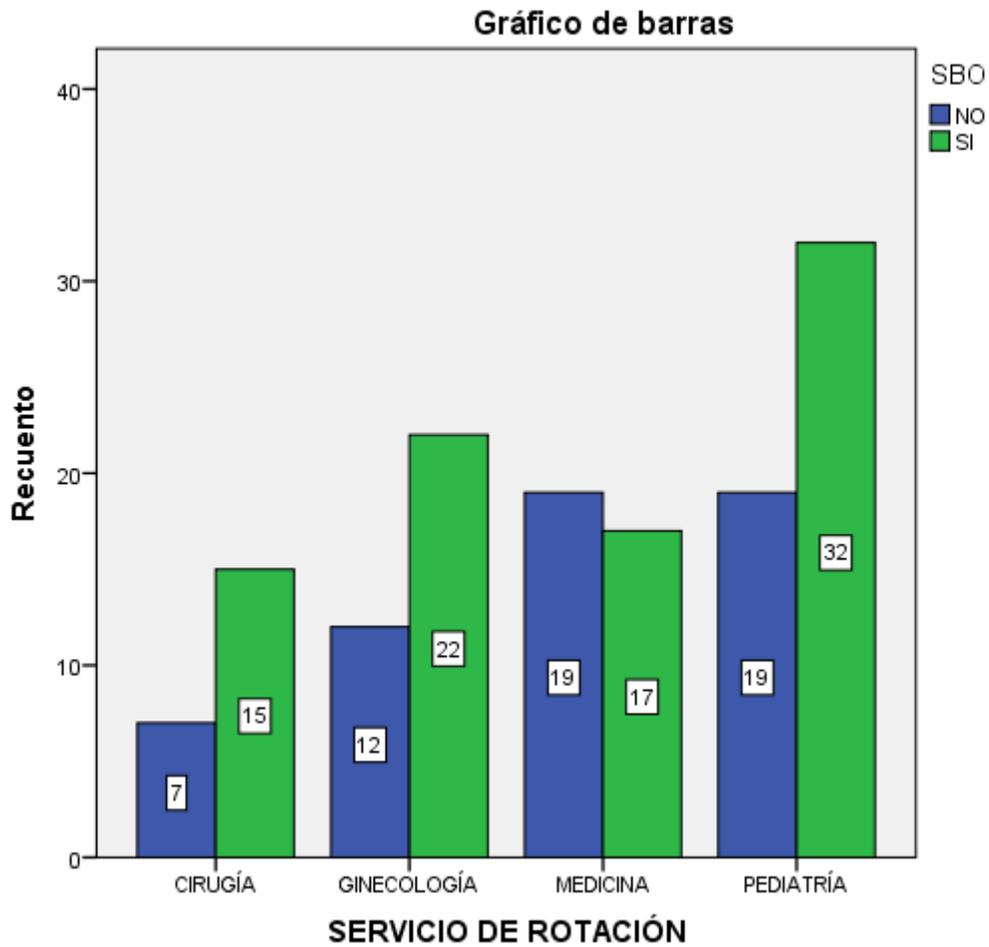
Fuente: de elaboración propia, encuesta de Maslach Burnout Inventory.

Gráfica 9. Prevalencia del Síndrome de Burnout, según remuneración, en internos de Medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad Ricardo Palma, 2015



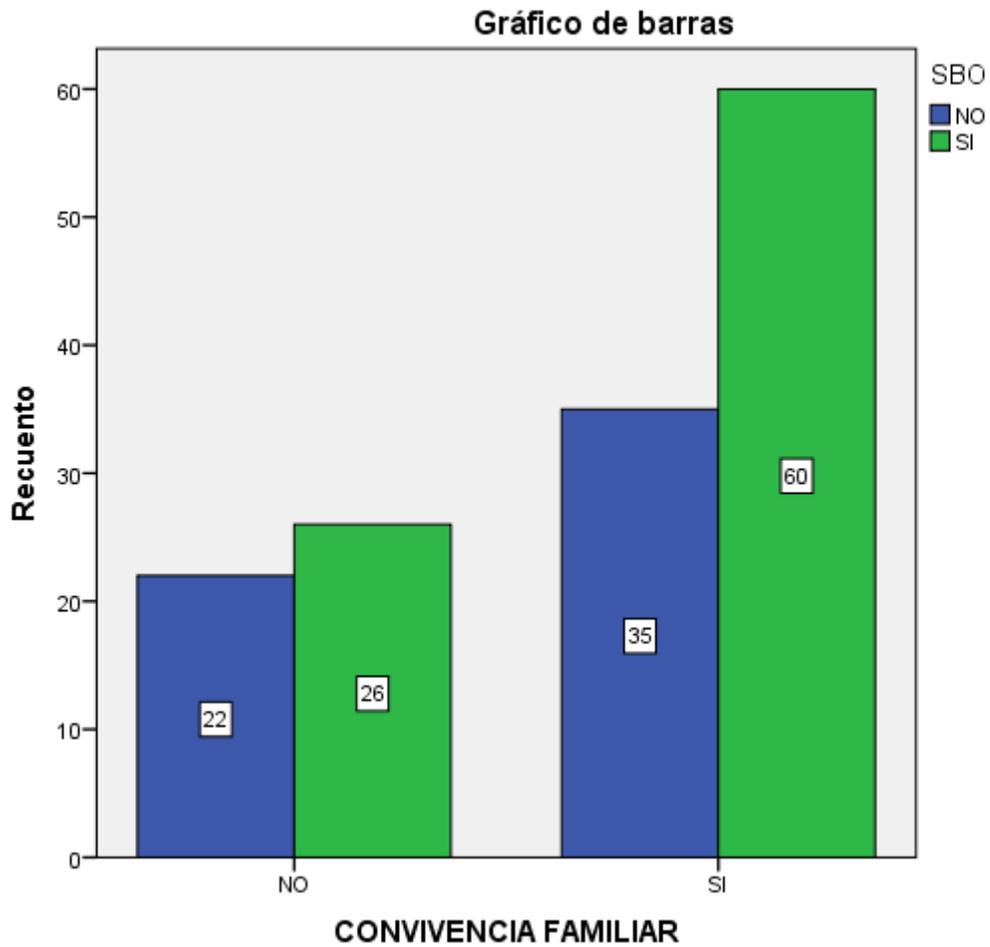
Fuente: de elaboración propia, encuesta de Maslach Burnout Inventory.

Gráfica 10. Prevalencia del Síndrome de Burnout, según servicio de rotación, en internos de medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad Ricardo Palma, 2015



Fuente: de elaboración propia, encuesta de Maslach Burnout Inventory.

Gráfica 11. Prevalencia del Síndrome de Burnout, según convivencia familiar, en internos de medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad Ricardo Palma, 2015



Fuente: de elaboración propia, encuesta de Maslach Burnout Inventory.

5.2. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

La frecuencia de SBO en los internos de medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad Ricardo Palma fue de 60,1%, demostrando una alta prevalencia; donde aproximadamente 6 de cada 10 cumplían criterios de SBO. Este hallazgo es superior a lo reportado por otros investigadores, por ejemplo al estudio realizado en internos de medicina de la Universidad Nacional Cayetano Heredia, donde se encontró una prevalencia de 57.2% (13) y al estudio en internos de medicina de los Hospitales nivel III de Trujillo donde la prevalencia reportada fue del 40.2% (12); sin embargo fue menor al hallado en internos de Honduras donde se encontró una prevalencia de 86.6% (9).

El observar este resultado de alta prevalencia de SBO en los internos de la Universidad Ricardo Palma, nos hace pensar que el incremento de esta patología durante el internado puede deberse al aumento de factores estresores a los cuales están sometidos, como por ejemplo sobrecarga laboral, inadecuadas condiciones laborales, alta presión académica, falta de sueño, etc; por lo que bajo estas condiciones no hay capacidad de recuperarse física ni mentalmente para enfrentar las exigencias laborales y las propias del entrenamiento, por lo tanto se generan niveles altos de estrés y de deterioro de la relaciones interpersonales, que los conllevarían a tener mayor tendencia de padecer de este síndrome; estos factores mencionados son similares a los encontrados en un estudio realizado en residentes de medicina. (41)

La frecuencia del SBO en los internos de la Universidad Ricardo Palma es similar a la encontrada en investigaciones realizadas en médicos del país, como por ejemplo la realizada en el personal médico del Hospital Cayetano Heredia donde se encontró que el 51.4% de los médicos residentes presentaron Burnout. (42). Esto demostraría que no solo los médicos asistente o residentes sufren de Burnout sino también los internos e inclusive los estudiantes de pregrado, ya que también están involucrados en el ámbito medico durante las prácticas clínicas, como se demostró en un estudio realizado en el año 2009 en Colombia (15).

En relación a las dimensiones del SBO, se encontró que el nivel de despersonalización (DP) alto estuvo presente en el 49.7% de los internos, colocándola como la dimensión más prevalente, lo cual concuerda con estudios previos en poblaciones similares como el de Peña et al. donde se evidenció que el alto nivel de DP fue la dimensión más prevalente encontrándose en el 62.9% de los internos de los Hospitales nivel III de Trujillo (12), o el de Estela et al. donde también encontraron que el nivel alto de DP fue la dimensión más prevalente con un valor de 46.6% en los internos de una universidad particular de Lima (13). Sin embargo, difiere con el estudio de Arango et al. donde se encontró que la dimensión de agotamiento emocional fue la más prevalente con un nivel alto en AE de 42.3% en estudiantes de la facultad de medicina de una universidad colombiana.

El observar altos niveles de DP en los internos, nos lleva a pensar que esto puede deberse a la disminución de la empatía hacia los pacientes que algunos internos desarrollan durante su formación (pregrado); esta actitud negativa se desarrollaría a consecuencia de las experiencias propias del interno o de su entorno. (43)

Con respecto a las variables sociodemográficas y laborales, se encontró que el sexo femenino presentó asociación estadísticamente significativa con el SBO ($p=0,015$), tal y como se evidenció en el estudio realizado en el año 2006 en México, donde se encontró que el sexo femenino en los médicos tenía asociación con la aparición del SBO. (17)

Al analizar la variable edad se evidenció que los internos de medicina mayores de 25 años tuvieron asociación con la aparición del SBO ($p=0,017$). Sin embargo en estudios anteriores y en la literatura se ha descrito que aquellas personas jóvenes y con falta de experiencia tienen más riesgo de desarrollar SBO. (24).

En cuanto a la variable remuneración esta también mostró significancia estadística ($p=0,023$), además se encontró que aquellos que no recibían remuneración presentaban más casos de SBO, tal y como se evidenció en el estudio Estela et al

donde se encontró una frecuencia elevada de SBO en la variable mencionada, pero no se encontró significancia estadística. (13)

Respecto a la variable convivencia familiar, si bien es cierto no se encontró significancia estadística, se observó que ambos grupos, los que convivieron con su familia y los que vivieron solo, presentaban una prevalencia de Burnout de más del 50% resultado que difiere con lo encontrado por Estela et al donde se encontró un predominio de Burnout en internos que vivieron solos. (13)

En relación a la variable servicio de rotación, al igual que la anterior no se encontró asociación estadísticamente significativa, pero se evidencio una mayor prevalencia de SBO en los que rotaron por cirugía (68,2%) y ginecología (64,7%), comparado con un estudio realizado en Trujillo donde al igual que en este estudio se encontró un predominio de Burnout en las especialidades quirúrgicas con una prevalencia de Burnout en cirugía y ginecología de 50% y 48.5% respectivamente. (12).

En cuanto a las limitaciones del estudio, se debe tomar en cuenta la sinceridad de los internos para contestar el cuestionario, ya que pudo haber sido afectada por el deseo de aparentar ser internos ideales o por magnificar o exagerar las condiciones laborales. Además al haberse realizado el estudio durante el periodo de internado en el cual los internos tuvieron permiso por unas horas para acudir a clases en la universidad, también podría producir sesgo con respecto a la sinceridad ya que los internos podrían responder el cuestionario solo por entregar o llenarlo rápido para poder regresar a sus respectivas sedes de internado para continuar con sus respectivas labores .Otra limitación es que al ser un estudio descriptivo, no se determinó si las variables asociados son factores de riesgo o protección.

La fortaleza de este estudio, radica en que al ser primer estudio realizado en esta universidad, podría servir de base para futuras investigaciones más complejas como determinar factores de riesgo de este importante problema de salud.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

1. La prevalencia del Síndrome de Burnout en los internos de medicina de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma fue de 60,1%.
2. Las frecuencias de las dimensiones del Burnout en los internos fueron para alto Agotamiento emocional 38,5%, alta Despersonalización 49,7% y para baja realización personal 33,6%
3. La dimensión de Despersonalización, fue el componente más afectado, con una prevalencia dentro de su nivel alto de 49.7%.
4. Se encontró asociación estadísticamente significativa entre las variables sexo ($p=0,015$), edad ($p= 0,017$) y remuneración ($p=0,023$) con el Síndrome de Burnout.

RECOMENDACIONES

1. Informar y concientizar a los estudiantes de medicina de pregrado e internos de la existencia del Síndrome de Burnout y de sus consecuencias.
2. Implementar un sistema para determinar casos de SBO en los internos y estudiantes de pregrado; y brindarles apoyo, seguimiento y terapia oportuna.
3. Mejorar el ambiente de estudio en los estudiantes de pregrado implementando técnicas de psicología positiva, programas de consejería estudiantil, y actividades extracurriculares (deportivas, recreacionales).
4. Realizar un estudio más complejo de los diferentes factores sociodemográficos que mostraron estar asociados al síndrome de Burnout para determinar si son factores de riesgo.
5. Realizar un estudio con una mayor población para determinar si los factores que no mostraron asociación, tienen algún tipo de relación con el SBO.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. El pequeño Larousse ilustrado. Ed Larousse. 18ª ed. México. 2012.
2. Quiceno, J., & Vinaccia, S. (2007). Burnout: "Síndrome de quemarse en el trabajo. Acta colombiana de psicología, 117-125.
3. Pera G, Serra-Prat M. Prevalencia del síndrome del quemado y estudio de los factores asociados en los trabajadores de un hospital comarcal. Gac Sanit 2002; 16(6): 480-6.
4. Willcock S, Daly M, Tennant C, Allard B. Burnout and psychiatric morbidity in new medical graduates. Med J Aust 2004; 181: 357-60.
5. Costa E, Santos S, Santos A, Melo E, Andrade T. Burnout Syndrome and associated factors among medical students: a cross-sectional study. Clinics 2012; 67(6): 573-80.
6. Dyrbye LN, Massie FS, Eacker A, Harper W, Power D, Durning SJ, et al. Relationship between burnout and professional conduct and attitudes among US medical students. JAMA 2010 15;304(11):1173-80.
7. Dyrbye LN, Thomas MR, Massie FS, Power DV, Eacker A, Harper W. Burnout and suicidal ideation among US medical students. Ann Intern Med 2008; 149(5): 334-41.
8. Dyrbye, L. Shanafelt, T. Estudiantes de medicina y médicos quemados. 2006. Disponible en: <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=41127>.
9. Americo R, Marco T, Xarah M, Yolany P, Yessica B, Manuel S. Estudio de síndrome de "burnout", depresión y factores asociados en los practicantes internos del Hospital Escuela, 2012.
10. Guevara C, Henao D, Herrera J. Síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes. Hospital Universitario del Valle, Cali, 2002. Colomb Med 2004;35: 173-178.
11. Borda M, Navarro E, Aun E, Berdejo H, Racedo K, Ruiz J. Síndrome de burnout en estudiantes de internado del Hospital Universidad del Norte. Salud Uninorte 2007; 23:43-51
12. Peña, P., & Isabel, M. (2014). Comparación de la prevalencia del síndrome de burnout en los estudiantes del internado médico de los Hospitales nivel III de Trujillo; 2013.
13. Estela L., Jiménez C., Landeo J., Tomateo J., Vega J. Prevalencia de síndrome de Burnout en alumnos del séptimo año de medicina de una universidad privada de Lima, Perú. Rev Neuropsiquiatr 2010; 73 (4), 147.
14. Tenesaca Maldonado, J. A., Uzhca Bautista, M. A., & Valarezo León, D. C. (2012). Factores de riesgo asociados al síndrome de Burnout en las enfermeras profesionales del Hospital "Homero Castanier Crespo", Azogues, 2011.
15. Arango Agudelo, S. Castaño Castrillon, J. Síndrome de Burnout y factores asociados en estudiantes de I-X semestre de la Facultad de Medicina de la Universidad de Manizales, Colombia 2009. Archivos de Medicina. 2010; 10(2).

16. Guevara, C. A., Henao, D. P., & Herrera, J. A. (2004). Síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes. Hospital Universitario del Valle, Cali, 2002. *Colombia médica*, 35(4), 173-178
17. Alcaraz Ramos CD. Frecuencia y factores de riesgo asociados al síndrome de *Burnout* en un hospital de segundo nivel. Tesis para especialidad. México. Universidad de Colima. 2006.)
18. ErosteGUI Revilla, C. P., Gutierrez Flores, O. H., & Espada Machaca, G. (2010). Síndrome de Burn-Out en estudiantes de la facultad de medicina de la UMSS junio-julio 2009. *Revista Médico-Científica Luz y Vida*, 1, 5.
19. Vásquez-Manrique, J. F., Maruy-Saito, A., & Verne-Martin, E. (2014). Frecuencia del síndrome de burnout y niveles de sus dimensiones en el personal de salud del servicio de emergencia de pediatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia en el año 2014: Lima, Perú. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 77(3), 168-174.
20. Cárdenas, J., & Cecilia, C. (2014). Síndrome de Burnout en Internos de Medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo 2013-2014.
21. Ortega Torres, M. (2015). Prevalencia de síndrome de burnout en internos de medicina del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.
22. Gil-Monte P. Validez factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory-General Survey. *Salud Pública de México*, 2002; 44: 33-40.
23. Cebria J. Segura S. Corbella, P. Sos, O. Comas, M. García, C. Rodríguez, M.J. Pardo, J. Pérez. Ob Cit. Atención Primaria 2001
24. Pérez, A. M. (2010). El síndrome de Burnout: Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia*, (112), 4.
25. Wilson WP. Burnout and other stress syndromes. *South Med J* 1986. 79, 11: 1327-1330.
26. Leiter MP, Schaufeli WB. Consistency of the Burnout construct across occupations. *Anxiety Stress Coping* 1996; 9: 229-243.
27. Rodríguez Paipilla, M. G., Rodríguez Gómez, R., Riveros Gutierrez, A. E., & Pinzón Salamanca, J. Y. (2011). Síndrome de burnout y factores asociados en personal de salud de tres instituciones de Bogotá en diciembre de 2010
28. Freudenberger HJ. Staff Burn-out. *J Soc Issues*, 1974; 30: 159-165.
29. Maslach C. Burned out. *Human Behavior*. 1976; 59:16-22
30. Barría Muñoz J. Síndrome de *Burnout* en asistentes sociales del Servicio Nacional de Menores de la Región Metropolitana de Chile. Tesis magisterial. Chile. Pontificia Universidad Católica de Chile. 2002.
31. Cherniss C. (1980). Professional Burnout in human service organizations. Nueva York: Praeger.
32. Thomaé, M. N. V., Ayala, E. A., Sphan, M. S., & Stortti, M. A. (2006). Etiología y prevención del síndrome de burnout en los trabajadores de la salud. *Clínica*, 10(14), 15
33. Sosa Oberlin, Evelyn Noelia. Frecuencia de los síntomas del síndrome de Burnout en profesionales médicos. *REV. MÉD. ROSARIO* 2007; 73: 12 – 20.
34. Dyrbye L, West C, Shanafelt T. Defining burnout as a dichotomous variable. *J Gen Intern Med* 2009; 24:440.

35. Ramirez AJ, Graham J, Richards MA, Cull A, Gregory WM, Leaning MS, Snashall DC. Burnout and psychiatric disorder among cancer clinicians. *Br J Cancer*. 1995;71(6):1263-9.
36. Grunfeld E, Whelan TJ, Zitzelberger L, Willan AR, Montesanto B, Evans WK. Cancer care workers in Ontario: prevalence of burnout, job stress and satisfaction. *CMAJ*. 2000;163(2):166-9.
37. Rafferty JP, Lemkau JP, Purdy RR, Rudisill JR. Validity of the Maslach Burnout Inventory for family practice physicians. *J Clin Psychol*. 1986;42:488-492.
38. Maslach C, Jackson S, Leiter M. Burnout inventory Manual. 3rd edition. Palo Alto: California; 1996.
39. Thomas, N. K. (2004). Resident burnout. *Jama*, 292(23), 2880-2889.
40. Fonseca, M., Sanclemente, G., Hernández, C., Visiedo, C., Bragulat, E., & Miró, O. (2010). Residentes, guardias y síndrome de burnout. *Revista clinica española*, 210(5), 209-215.
41. Samkoff J, Jacques CH. A review of studies concerning effects of sleep deprivation and fatigue on resident's performance. *Acad Med*. 1991;66:687-693.
42. Guido Evans F. Síndrome de burnout en residentes de cirugía y cirujanos generales de tres hospitales de Lima Metropolitana, 2006: un estudio piloto. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2006.
43. Jennings M. Medical student burnout: Interdisciplinary exploration and analysis. *J Med Humanit* 2009; 30: 253-269.

ANEXOS

ANEXO 01: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	INDICADORES	TIPO DE RESPUESTA	ESCALA	CRITERIOS DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
DEPENDIENTE								
Síndrome de Burnout	Síndrome clínico compuesto por tres dimensiones; agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal	Resultados del test de Maslach	Cualitativa	Leve Moderado Severo	Politómico	Ordinal	Niveles	Test de Maslach
Agotamiento emocional	Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo	Grado de agotamiento frente al trabajo	Cualitativa	Leve 0-18 Medio 19 – 26 Alto 27 - 54	Politómico	Ordinal	Niveles	
Despersonalización	Actitud negativa e insensible hacia las personas a las que da servicio	Mal trato a los usuarios externos	Cualitativa	Leve 0-5 Medio 6 – 9 Alto 10 - 30	Politómico	Ordinal	Niveles	
Baja Realización personal	Tendencia a evaluar el propio trabajo en forma negativa, con vivencias de insuficiencia profesional y sentimientos de baja autoestima.	Grado de frustración frente a los objetivos laborales trazados	Cualitativo	Leve > o igual 40 Medio 34 – 39 Alto < o igual 33	Politómico	Ordinal	Niveles	
INDEPENDIENTE								
Edad	Tiempo de vida expresado al momento del estudio en años.	Años cumplidos al momento del estudio.	Cuantitativa	Mayor de 25 Menor de 25	Dicotómico	Nominal	Intervalo de edades	Encuesta
Sexo	Condición orgánica por la que se diferencia la sexualidad humana.	Caracteres primarios y secundarios sexuales.	Cualitativa	Hombre Mujer	Dicotómico	Nominal	Hombre Mujer	Encuesta

Servicio de rotación	Servicio dentro de una institución que se encarga de determinada atención o prestación.	Servicio dentro del hospital donde trabaja el encuestado al momento de la encuesta.	Cualitativa	Medicina Cirugía Pediatria Gineco-obstetricia	Politómico	Nominal	Medicina Cirugía Pediatria Gineco-obstetricia	Encuesta
Estado Civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Condición de una persona con respecto a si tiene, no tuvo, ha perdido, o se ha separado de una pareja al momento de la encuesta.	Cualitativa	Soltero Casado Viudo Divorciado Conviviente	Politómico	Nominal	Soltero Casado Viudo Divorciado Conviviente	Encuesta
Remuneración	Dinero que, en concepto de paga, recibe regularmente una persona de la empresa o entidad para la que trabaja	Dinero mensual que recibe el encuestado como concepto de paga.	Cualitativa	Sí No	Dicotómica	Nominal	Sí No	Encuesta
Convivencia Familiar	Acto de convivir, vivir en compañía de otro u otros.	Interno vive solo o en compañía de familia.	Cualitativa	Si No	Dicotómica	Nominal	Solo Familia	Encuesta

ANEXO 02: INSTRUMENTOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,.....interno de Medicina del hospital....., identificado con Código Universitario N°.....he sido debidamente informado por la señorita Claudia Córdova Huancas, alumna del séptimo año de Medicina de la Universidad Ricardo Palma, de la encuesta que me realizará con fines de realizar un estudio titulado: **“PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN INTERNOS DE MEDICINA DE LA FACULTAD DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD RICARDO PALMA -2015”** habiendo tenido la oportunidad de aclarar mis dudas acerca del estudio, teniendo en cuenta que la información será de carácter confidencial, ante ello otorgo mi consentimiento para participar en el estudio, firmando el presente para que así conste.

Firma del participante
DNI:

Firma del investigador
Claudia Cordova Huancas
DNI: 70122948

DATOS DEL ENTREVISTADO:

EDAD:..... SEXO:..... ESTADO CIVIL:.....

VIVE CON: Familia Solo **RECIBE PAGO:.....**

ROTACION ACTUAL: Medicina Pediatría Ginecología Cirugía

ENCUESTA DE MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI-HSS)

Sírvase marcar con una (X) la respuesta que considere más adecuada, le agradecemos su colaboración con esta investigación:

0	1	2	3	4	5	6
Nunca:	Pocas veces al año	Una vez al mes	Unas pocas veces al mes	Una vez a la semana	Pocas veces a la semana	Todos los días

Nº		PREGUNTAS	0	1	2	3	4	5	6
1	AE	Me siento emocionalmente defraudado en mi trabajo							
2	AE	Cuando termino mi jornada de trabajo me siento agotado							
3	AE	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento agotado							
4	RP	Siento que puedo entender fácilmente a las personas que tengo que atender.							
5	D	Siento que estoy tratando a algunos de mis beneficiados como si fuesen objetos impersonales							
6	AE	Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa.							
7	RP	Siento que trato con mucha efectividad los problemas de las personas a las que tengo que atender.							
8	AE	Siento que mi trabajo me está desgastando.							
9	RP	Siento que estoy influyendo positivamente en las vidas de otras personas a través de mi trabajo.							
10	D	Siento que me he hecho más duro con la gente..							
11	D	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.							
12	RP	Me siento muy enérgico en mi trabajo							
13	AE	Me siento frustrado por el trabajo.							
14	AE	Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo.							
15	D	Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a las personas a las que tengo que atender profesionalmente.							
16	AE	Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa.							
17	RP	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable en mi trabajo.							
18	RP	Me siento estimulado después de haber trabajado íntimamente con quienes tengo que atender.							
19	RP	Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.							
20	AE	Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades							
21	RP	Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada							
22	D	Me parece que los beneficiarios de mi trabajo me culpan de algunos de sus problemas.							

AE: Agotamiento Emocional; **D:** Despersonalización; **RP:** Realización Personal.

