

**UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**



“Prevalencia y factores asociados al síndrome de Burnout en el personal médico del área crítica del hospital San José de Callao en el período octubre – diciembre 2015”

PRESENTADO POR EL BACHILLER

Oscar Iván Silva Álvarez

PARA OPTAR EL TITULO DE MEDICO CIRUJANO

DIRECTOR DE TESIS:

Dr. Manuel Oswaldo Huamán Guerrero

Dr. Jhony Alberto de la Cruz Vargas

ASESOR DE TESIS:

Dr. Michael Ayudant Ramos

LIMA – PERÚ

- 2016 -

AGRADECIMIENTO:

A Dios por haberme dado la oportunidad y la capacidad de llevar a cabo esta tesis, guiándome a lo largo de mi carrera siendo mi fortaleza en momentos de debilidad, por brindarme una vida llena de aprendizajes y hacer que todo en esta vida sea posible.

A mi familia, por el apoyo constante para la realización de esta tesis pero sobre todo por darme la oportunidad y su sacrificio para que sea posible estudiar esta bellísima carrera, por los consejos y su amor incondicional.

A mis maestros que a lo largo de este trabajo y la carrera fueron mi guía y me brindaron grandes enseñanzas que las llevaré conmigo siempre.

DEDICATORIA

Esta tesis va dedicada a Dios y a mi familia que son lo más grande que tengo, son mi guía y apoyo incondicional.

RESUMEN

Objetivo: Determinar la prevalencia y factores asociados al síndrome de Burnout en el personal médico del área crítica del hospital San José del Callao en el período octubre – diciembre del 2015.

Material y métodos: Se realizó un estudio de tipo observacional, descriptivo, analítico de corte transversal y de fuente de información prospectiva, la población fue la totalidad de personal médico que labora en el área crítica del hospital San José, de acuerdo a criterios de inclusión y exclusión. Tomándose en cuenta como personal médico a asistentes, residentes e internos de los cuales se estudiaron en total a 64 personas dentro de las cuales fueron 28 internos, 16 residentes y 20 asistentes de diversas áreas críticas como medicina, cirugía, gineco obstetricia, pediatría y shock trauma.

Resultados: se halló una prevalencia del síndrome de Burnout en el 7.8% del personal estudiado, también que existe un 29.7% de personal con niveles altos de “cansancio emocional”, 39.1% con niveles altos de “despersonalización” y un 37.5% con niveles altos de “realización personal”. Asimismo no se encontró asociación estadísticamente significativa de las variables sociodemográficas sobre el síndrome de Burnout, también se encontró que el personal estudiado del servicio de medicina fue el que presentó el más alto nivel de “cansancio emocional” con 36.8%, “despersonalización” con 36.0% y “realización personal” con 50.0%, así mismo este servicio fue el que presentó los niveles más bajos de “cansancio emocional” con 39.3% y “despersonalización” con 42.9%. por otro lado el personal estudiado del servicio de cirugía fue el que presentó niveles más altos de despersonalización junto con el de medicina con 36.0%, así mismo presentó los niveles más bajos de realización personal.

Conclusiones: el personal médico del área crítica del hospital San José presentó un leve prevalencia del síndrome de Burnout, así mismo presentan un gran porcentaje de “cansancio emocional”, “despersonalización” y realización personal. Además el personal del servicio de medicina tiene los niveles más altos de “cansancio emocional”, “despersonalización” y “realización personal”, el personal del del servicio de cirugía comparte los niveles más altos de “despersonalización” con medicina, y ella sola tiene los niveles más bajos de “realización personal”.

ABSTRACT

Objective: To determine the prevalence and factors associated with Burnout syndrome in medical staff hospital critical area of San José del Callao in the period from October to December 2015.

Material and methods: an observational, descriptive and analytic cross-sectional and prospective data source was conducted; the population was the entire medical staff working in the critical area of San José hospital, according to inclusion criteria and exclusion. They taking into account as physician assistants, residents and interns of which staff studied a total of 64 people among which were 28 interns 16 residents and 20 physicians from several critical areas such as medicine, surgery, gynecology and obstetrics, pediatrics and shock trauma.

Results: The prevalence of burnout syndrome in 7.8% of the workforce studied was found also that there is a 29.7% of personnel with high levels of "emotional exhaustion", 39.1% with high levels of "depersonalization" and 37.5% levels higher "personal fulfillment." Also no statistically significant association of sociodemographic on burnout syndrome variables was found, also it found that staff studied medicine service was the one that presented the highest level of "emotional exhaustion" with 36.8%, "depersonalization" with 36.0 % and "personal fulfillment" with 50.0%, so this service was the same that presented the lowest levels of "emotional exhaustion" with 39.3% and "depersonalization" with 42.9%. on the other hand personal service studied was the surgery showed higher levels of depersonalization along with medical with 36.0% also presented the lowest levels of personal fulfillment.

Conclusions: The medical staff of critical area of San José hospital showed a slight prevalence of burnout syndrome also have a large percentage of "emotional exhaustion", "depersonalization" and personal fulfillment. Besides the medical service staff have the highest levels of "emotional exhaustion", "depersonalization" and "self-fulfillment", the staff of the department of surgery with among the highest levels of "depersonalization" with medicine, and she alone has lower levels of "personal fulfillment."

INTRODUCCIÓN

Como sabemos existen diversos factores que son importantes al momento de desarrollar la práctica médica, pero sobretodo hoy en día conocemos que lo más importante para un paciente es el trato que recibe por parte de su médico y la relación que existe entre ambos, al hablar de esto entonces estaríamos hablando de La relación médico-paciente, la cual se establece entre ambos con el fin de devolverle al paciente la salud, aliviar su padecimiento y prevenir la enfermedad.

Para que el médico pueda aplicar sus conocimientos teóricos y técnicos al diagnóstico y tratamiento, necesita establecer este diálogo con el enfermo del que depende en gran parte el éxito terapéutico.

Esta es una relación interhumana en la que participan elementos como la comunicación verbal y no verbal, implica actitudes y expectativas individuales y de la sociedad y sobre todo se basa en el respeto de los deberes y derechos.

Muchas veces esta relación se ve afectada a consecuencia de diversos factores ya sean por parte del paciente o del médico, en el siguiente trabajo nos embocaremos a ver, como el estado de ánimo en el cual se encuentra el médico influye en esta relación.

El personal sanitario se enfrenta frecuentemente a situaciones de vida y muerte. Su trabajo puede ser física y emocionalmente agotador.

El estrés que se deriva de este contexto implica el desarrollo de problemas conductuales como el síndrome de Burnout y otros problemas de salud y psicológicos (ansiedad, depresión, etc.).

En la actualidad esta temática es importante ya que afecta a la moral y bienestar psicológico de los trabajadores, a la calidad y tratamiento que se proporciona a los pacientes y, por último, puede tener una influencia fuerte en el funcionamiento administrativo de los servicios sanitarios.

En la actualidad se acepta que el Síndrome de Burnout (SBO) afecta a cualquier grupo ocupacional, sin embargo según estudios realizados en el año 2005 por la UPCH existen profesionales más predispuestos a este síndrome, como es el caso específico de los profesionales de la salud por el estrés y estilos de vida a los que se ven sometidos.

ÍNDICE

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	8
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:	8
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	10
1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	10
1.4. DELIMITACION DEL PROBLEMA	11
1.5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	11
1.5.1. OBJETIVO GENERAL	11
1.5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	11
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	12
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	12
2.2. BASES TEÓRICAS	23
2.3 DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERACIONALES	29
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	33
3.1. HIPÓTESIS: GENERAL, ESPECÍFICA y NULA	33
3.2. VARIABLES: INDICADORES.....	33
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	34
4.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN:	34
4.2. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN.....	34
4.3. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	34
4.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	35
4.5. RECOLECCIÓN DE DATOS:.....	35
4.6. TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	36
CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	36
5.1 RESULTADOS.....	36
5.2 DISCUSIÓN DE RESULTADOS	76
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	79
CONCLUSIONES	79
RECOMENDACIONES	80
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	81
ANEXOS.....	84

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

A partir de las diversas denominaciones que se han aplicado al síndrome del Burnout, podemos proponer que la mejor denominación de este proceso de daño a la salud es “síndrome de estar quemado por el trabajo”.

Este concepto nos permite entender que se trata de un conjunto sintomático que hay que identificar y evaluar para diagnosticar, centra la atención en la causa del fenómeno (el trabajo) y no estigmatiza al individuo, permitiendo además distinguirlo de otros fenómenos como el estrés, el desgaste emocional, la fatiga, la ansiedad, etc.

Mayormente ocurre cuando las personas que han sido altamente comprometidas con un puesto de trabajo pierden el interés y la motivación; Lamentablemente, esto puede significar el fin de una carrera exitosa.

El estrés es una condición natural en todos los seres vivos, es parte de la interacción entre un ser y su entorno ya que implica que los individuos respondan a los estímulos de su ambiente; Cuando estos estímulos resultan ser un obstáculo o una amenaza, las respuestas se incrementan generando diferentes niveles de estrés. Contrario a lo que mucha gente piensa, el estrés tiene un lado positivo y todos necesitamos de él para llevar a cabo nuestras Actividades diarias.

Existe una relación en forma de ‘U’ inversa entre los niveles de estrés que afrontamos y nuestra productividad. En principio, conforme se incrementa el nivel de estrés, se incrementa nuestra productividad ya que nos exige más de nosotros mismos, desarrollando capacidades y representando nuevos retos y motivaciones. Esta tendencia no se mantiene de forma constante, sino que existe un punto en el que se alcanza un nivel máximo de productividad y a pesar de incrementar los estímulos, ésta no subirá más. Este nivel se conoce como ‘umbral de estrés’. Rebasado este umbral, nos enfrentamos a un decrecimiento productivo que es donde localizamos el lado negativo de este fenómeno, conocido como ‘distrés’.

El 'distrés' implica, además de un decrecimiento de productividad otras manifestaciones sintomáticas a nivel cognitivo, conductual y físico.

A nivel cognitivo, es común que las personas con 'distrés' presenten pensamientos negativos sobre los eventos que ocurren en su entorno, tengan pensamientos catastróficos y manejen en sus decisiones e ideas las desventajas y los obstáculos de los proyectos y tengan dificultad en reconocer las bondades o potencialidades de sus actividades.

Físicamente se desarrollan distintos trastornos, principalmente de naturaleza psicósomática, es decir, generados por las condiciones psicológicas del estrés y no por una condición biológica. Se pueden presentar dolores de cabeza o musculares, padecimientos estomacales e incluso, en casos extremos, el desarrollo de úlceras o la inmovilización de alguna parte del cuerpo. Lo más frecuente es que sea el sistema digestivo el que se vea afectado.

En términos de conducta, se presentan comportamientos como saltarse las comidas, morderse las uñas, modificar la cantidad ingerida de alimentos, fumar más, beber más o dormir menos horas.

En términos generales, las manifestaciones comienzan siendo leves y, dependiendo del tiempo en que se mantengan, van agravando su condición. Por ejemplo, pasar de tener dificultades para dormir hasta desarrollar problemas de sueño crónicos, de tomar unas copas para relajarse a desarrollar adicciones o de morderse las uñas o tirarse del cabello hasta presentar heridas auto infligidas.

Cuando existen condiciones de estrés con fuertes efectos negativos que llevan al individuo a sentirse agotado, con menos resultados de los deseados y una actitud cínica ante su realidad y, esto persiste por un periodo de tiempo superior a seis meses, se pasa a un estado conocido como Burnout.

El Burnout implica el extremo del estrés y la parte final de la 'U' invertida. Las personas que padecen Burnout se caracterizan por tener altos niveles de agotamiento emocional derivados, en muchos casos, de una combinación entre el agotamiento físico y el intelectual; un sentimiento que produce bajos niveles de eficacia profesional y una tendencia a tener altos niveles de cinismo ante las oportunidades o las condiciones de su realidad (Maslach, 2000).

El síndrome de "Burnout" es un tipo de respuesta prolongada a las experiencias de estrés individuales debido a factores emocionales e interpersonales crónicos en el trabajo.

Teniendo en cuenta lo expuesto, operacionalmente podríamos definir al Burnout como una respuesta al estrés laboral crónico integrada por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado.

Esta respuesta ocurre con frecuencia en los profesionales de la salud, y en general, en profesionales de organizaciones de servicios que trabajan en contacto directo con los usuarios de la organización.

Se trata de una respuesta al estrés cuando fallan las estrategias de afrontamiento (aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos individuales). Son esencialmente las demandas emocionales fundamentalmente, las que sobrepasan la capacidad y tolerancia del trabajador a las mismas

De este modo, la Burnout se comporta como una variable mediadora entre el estrés percibido y sus consecuencias.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Por lo que se plantea: ¿Cuál es la prevalencia y los factores asociados al síndrome de Burnout en el personal médico del área crítica del hospital San José del Callao en el período octubre – diciembre 2015?

1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El conocimiento experimental referente a la prevalencia y a los factores epidemiológicos y laborales asociados al SB0 permitirá a la Dirección del Hospital San José del Callao tomar en cuenta o con mayor énfasis, la implementación de programas de promoción de la salud ocupacional para el profesional médico, considerando que dicho síndrome trae una variedad de problemas de salud en el aspecto físico, psicológico, social y espiritual comprometiendo la eficacia y eficiencia en la prestación de servicios por parte del personal médico.

La importancia social se sustenta en la necesidad de promover la salud ocupacional, con miras a prevenir el SBO en los profesionales médicos, y áreas afines, mediante el control de los factores de riesgo modificables, que avalen un mejor desempeño profesional; así también mediante la prevención del SBO se logrará restablecer la relación médico paciente adecuada que se ha estado perdiendo en el transcurso de los tiempos, debido a este tipo de síndromes a los que el personal de salud siempre ha estado expuesto sin que se tomen las medidas adecuadas, esto generaría un gran impacto en la sociedad con un resultado positivo tanto en los pacientes como en la familia de los mismos, además un efecto beneficioso en la relación de los mismos profesionales con sus familias.

La investigación contribuirá en el conocimiento de la prevalencia y de los factores más predominantes asociados al SBO, porque en la actualidad no existe convención al respecto, para que en el futuro distintas organizaciones, afines y no afines al sector salud, opten por tomar medidas de prevención para hacerle frente y así obtener un mejor rendimiento laboral por parte de sus empleados.

1.4. DELIMITACION DEL PROBLEMA

Personal médico que labore en el área crítica del hospital San José del Callao en el período Octubre – Diciembre 2015.

1.5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.5.1. OBJETIVO GENERAL

- Determinar la prevalencia del síndrome de Burnout y los factores asociados al desarrollo del síndrome de Burnout en el personal médico del área crítica del hospital San José del Callao en el período octubre - diciembre del 2015.

1.5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar el área o especialidad médica con mayor y menor cansancio emocional.
- Identificar el área o especialidad médica con mayor y menor despersonalización.

- Identificar el área o especialidad médica con mayor y menor realización personal.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

1. En Perú, estudios efectuados por Quiroz y Saco (1999) en la investigación "**FACTORES ASOCIADOS AL SBO EN MÉDICOS Y ENFERMERAS DEL HOSPITAL NACIONAL SUR ESTE DE ESSALUD DEL CUSCO**", determinaron que el SBO de grado bajo se presenta en el 79.7% de médicos y 89%de enfermeras; en grado medio en el 10.9% de médicos y 1.4% de enfermeras, asociado a la jornada laboral mayor de 40 horas semanales, menos de 6 horas de esparcimiento semanal y otros trabajos fuera del hospital.
2. En el departamento de Ayacucho, estudios realizados en el Hospital Regional "Miguel Ángel Mariscal Llerena" y específicamente en enfermeras asistenciales, revelan que el 100% de profesionales presenta algún nivel de estrés y que el 71.4% experimenta sensación de sobrecarga laboral cualitativa y cuantitativa, con repercusiones negativas en su desempeño ocupacional y familiar.
3. En el estudio "**PREVALENCIA DE BURNOUT EN MÉDICOS DE LA CIUDAD DE TACNA**" Realizado por SOCIEMP en el año 2003 encontró que 15% de la población tacneña presenta niveles altos de Burnout en alguna de las tres escalas.
4. En el estudio "**SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL EN MÉDICOS INTERNOS Y RESIDENTES**" Realizado en el hospital universitario del valle de Cali en el 2002 se evaluaron 150 médicos (63 internos y 87 residentes) sin diferencias sociodemográficas entre internos y residentes clínicos y residentes quirúrgicos: 128 (85.3%) presentaban SDP entre moderado y severo, siendo el componente de desgaste emocional el más afectado y sin diferencias entre los grupos médicos: 102 (68%) presentaban disfunción familiar (APGAR familiar <18) siendo más frecuente la disfunción familiar sobre todo en los internos ($p=0.01$); 90% de los médicos con desgaste profesional presentaban disfunción familiar. El número de turnos se asociaron con el desgaste profesional ($p=0.002$) y con la disfunción familiar ($p=0.01$). Se concluyó que el SDP en médicos internos y residentes del Hospital

Universitario del Valle es bastante alto asociándolo con el número de turnos y con la disfunción familiar.

5. En el estudio **“BURNOUT SYNDROME AMONG PHYSICIANS – THE ROLE OF PERSONALITY DIMENSIONS AND COPING STRATEGIES”** Realizado por el instituto de salud mental de Belgrado, Serbia en la clínica universitaria de Belgrado; toma una muestra de 160 médicos (70 médicos generales, 50 psiquiatras, 40 cirujanos). Se les aplicó el “Maslach Burnout Inventory” para medir la prevalencia del SBO y el grado de sus dimensiones; dentro de los resultados se ve que el cansancio emocional fue el más prominente en médicos generales, mientras que la despersonalización fue mayor en los cirujanos, así como también la carencia de realización personal; se encontró que la tendencia a evitar el daño va a llevar a desarrollar el SBO mientras que la autodirección y el cooperativismo fue destacado en médicos con un nivel bajo de SBO; evita el escape estuvo correlacionado con alta despersonalización y carencia de realización personal, mientras que el autocontrol fue destacado en bajo nivel de SBO; Concluyen que el SBO afecta el bienestar emocional y el desempeño profesional, es importante identificar a individuos con tendencia a desarrollar el SBO para tomar medidas preventivas como el manejo del stress así como estrategias para afrontar el stress.

6. En el estudio **“MAGNITUDE AND RISK FACTORS FOR BURNOUT AMONG PRIMARY HEALTH CARE PHYSICIANS IN ASIR PROVINCE, SAUDI ARABIA”** Publicado en la revista de salud del mediterráneo este en Arabia Saudita, determina la prevalencia del SBO y sus factores asociados entre los médicos que trabajan en un centro de atención primaria en Asir province, Arabia Saudita. Realizan un estudio transversal aplicando la encuesta de Maslach, donde el 29% que respondieron la encuesta resultó presentar gran nivel de cansancio emocional, 15.7% gran nivel de despersonalización y 19.7% bajo nivel de realización personal, 6.3% presentó un puntaje alto en las tres dimensiones. El gran puntaje en el cansancio emocional fue asociado con gente más joven, de nacionalidad Saudí y con un salario 4000-5300 usd. En médicos que tienen más días de trabajo y aquellos en los que tienen más tiempo de vacaciones anualmente se reportó menos cansancio emocional. Gran puntaje de despersonalización fue asociado a médicos de nacionalidad Saudí, con 5-15 años de trabajo y un salario >5300 usd. El puntaje de baja realización personal fue asociado a médicos más jóvenes, de nacionalidad no Saudí, trabajando de 5 a más años y más vacaciones anuales.

7. En el estudio **“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.”** Realizado en por médicos del hospital Cayetano Heredia cuyo objetivo fue determinar la frecuencia del SBO y los niveles de sus dimensiones en los trabajadores del servicio de emergencia Pediátrica durante los meses de febrero y marzo del año 2014. Utilizaron el instrumento Maslach Burnout Inventory-HS traducido y validado al español. Participaron 54 trabajadores entre médicos (25), enfermeras (16) y técnicos de enfermería (13). La frecuencia del SBO fue de 3.76% (n=2), el 12.97% (n=7) de los participantes presentó un nivel alto de cansancio emocional, el 11.12% (n=6) presentó un nivel alto de despersonalización, y el 14.81% (n=8) presentó un bajo nivel de realización personal. Concluyen 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.

8. En el estudio **“FACTORES PSICOSOCIALES Y SÍNDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS DE FAMILIA. MÉXICO”** Realizado por investigadores y docentes del departamento de Salud pública de la Universidad de Guadalajara. México. Determinan la frecuencia de factores sociales y laborales en relación con el síndrome de burnout en los médicos de familia que laboran en instituciones de salud. Se utilizó dos cuestionarios: uno con variables sociodemográficas y laborales y el otro con la escala de Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS) para evaluar la presencia del síndrome. Participaron 197 médicos, 73 (37,1%) mujeres y 124 (62,9%) hombres. La prevalencia de burnout en los médicos de familia fue 41,8%. Las asociaciones significativas como aquellas variables sociodemográficas y laborales que se comportaron como factor de riesgo se inclinaron hacia la dimensión agotamiento emocional. Concluyen que aunque las variables en estudio fueron pocas, las que resultaron relacionadas con el desarrollo del síndrome fueron importantes como para ser vistas desde un nivel preventivo. Así mismo, se sugiere que quienes ya manifiestan signos y síntomas de por este síndrome sean derivados para atención médica y/o psicológica y, si el caso lo requiere, brindarle incapacidad, con la finalidad de mejorar el bienestar y la salud del trabajador.

9. En el estudio **“PREVALENCIA Y FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS AL SINDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS QUE LABORAN EN INSTITUCIONES DE LAS CIUDADES DE MANIZALES Y LA VIRGINIA- COLOMBIA”** Realizado por la universidad de Manizales de Colombia, diseñaron un estudio transversal para evaluar la prevalencia y factores psicosociales asociados al síndrome de desgaste profesional en médicos

generales y especialistas que laboran en varias instituciones de la ciudad de Manizales, Caldas, y La Virginia Risaralda, mediante cuestionario autodilucidado que evalúa factores sociodemográficos, la prevalencia del síndrome de desgaste profesional (mediante empleo del cuestionario Maslach HSS), la funcionalidad familiar y las relaciones interpersonales; participaron 227 médicos y se encontró una frecuencia de Burnout de 17.6%, 26.4% agotamiento alto, 26.1% despersonalización, y 7.2% de realización personal baja. Se encontró relación significativa de Burnout con actividad extralaboral ($p=0.039$); se presenta en un 25.8% en los médicos que no realizan ningún tipo de actividad extralaboral en la semana, 14.3% entre los que la realizan. También con la funcionalidad familiar ($p=0.009$); los médicos que presentan disfunción moderada tienen mayor tendencia a presentar el síndrome de Burnout en un 37.5%.

10. En el estudio **“PREVALENCIA DE SÍNDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS Y ENFERMEROS DE UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA PRIVADAS EN ARGENTINA”**

Realizado por F. Zazzetti y publicado por la revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, vol. 17, Nº 2, octubre de 2011. Intentan determinar la prevalencia de síndrome de burnout en médicos y enfermeros de los servicios de terapia intensiva de clínicas privadas de Villa María, Córdoba, Argentina. Mediante un estudio descriptivo, transversal que incluyó 62 médicos y 40 enfermeros. Se consignaron datos demográficos y profesionales. Se utilizó el cuestionario autoadministrado de Maslach Burnout Inventory. De los 102 profesionales analizados, 66% eran mujeres. El 76,47% tenían entre 20 y 39 años y el 23,53% entre 40 y 59 años. El 54,90% presentó valores altos de agotamiento emocional, el 65,69% presentó valores altos de despersonalización y el 58,82% presentó índices bajos de realización personal en el trabajo. Un 17,64% padecía la forma más severa del síndrome; Concluyendo que prevalencia de Burnout resultó similar a la reportada siendo elevada tanto si se considera su valor en forma global como para cada uno de los subgrupos analizados. La mayoría de los afectados eran jóvenes, con poca antigüedad y cumplían jornadas de trabajo muy extensas.

11. En el estudio **“SÍNDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS Y PERSONAL PARAMÉDICO”**

publicado por la revista “Salud mental” de la ciudad de Cardel, Veracruz, Se entregó el cuestionario MBI a 160 trabajadores del área de la salud adscritos al Hospital General de Zona con Medicina Familiar 36 de la Ciudad de Cardel, Veracruz. Se construyó una encuesta sobre las siguientes variables sociodemográficas y laborales: edad, estado civil, nivel académico, antigüedad laboral, antigüedad de adscripción al hospital, categoría, servicio y turno laboral. Para evaluar el síndrome de burnout se utilizó el cuestionario MBI

en su versión en español. Durante el periodo comprendido de agosto a diciembre del 2006 se entregó el cuestionario a cada uno de los trabajadores de la salud; Se observó que las evaluaciones más altas corresponden a las asistentes médicas. Hubo una prevalencia del síndrome de burnout entre el grupo de médicos del 19.6% con al menos una de las tres subescalas alteradas. Asimismo se observa que en todas las asistentes médicas hubo alteración de un mínimo de dos subescalas. Sólo se encontraron cuatro variables sociodemográficas y laborales como factores de riesgo para la presencia del síndrome de burnout, así como su relación con cada una de la subescalas que lo componen.

12. En el estudio **“COEXISTENCIA DE SÍNDROME DE BURNOUT Y SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN MÉDICOS RESIDENTES”** realizado por la universidad Cayetano Heredia tuvo como objetivo determinar la frecuencia de coexistencia de síndrome de Burnout (SBO) y síntomas depresivos en médicos residentes en un hospital general, empleando un estudio descriptivo transversal realizado en médicos residentes de todas las especialidades del Hospital Nacional Cayetano Heredia (HNCH) durante febrero del 2011, utilizando la versión en español del inventario de Maslach para SBO (MBI) y de la Escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D 20). Se analizó la información de 84 médicos residentes, 60 de los cuales fueron varones. La edad promedio de los participantes fue de $31 \pm 4,4$ años. La frecuencia de SBO fue 54,9% y de sintomatología depresiva 38,6%. El 32,9% presentó síntomas depresivos y SBO. No se encontró asociación entre el número de horas trabajadas a la semana con la presencia de síntomas depresivos o SBO. Concluyendo con que la coexistencia entre SBO y síntomas depresivos fue 32,9% y debe tenerse en cuenta para desarrollar investigaciones e intervenciones en esta población médica para reducir su presentación y las derivadas complicaciones.

13. En el estudio **“DIMENSIONES DEL SÍNDROME DE BURNOUT ENTRE PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE ÁREAS CRÍTICAS DE UN HOSPITAL MINSA Y ESSALUD DE CHICLAYO, 2013”** La investigación tuvo como objetivo determinar si existen diferencias en las dimensiones del síndrome de Burnout entre profesionales de enfermería de áreas críticas de un hospital Minsa y Essalud de Chiclayo-2013. Se realizó un trabajo descriptivo comparativo con 141 profesionales, utilizándose el Inventario Burnout de Maslach, cuyos ítems son válidos al nivel de confianza del 99%. Se obtuvo como resultado que entre ambos hospitales, existen diferencias en dos de las dimensiones del síndrome de burnout, siendo estas, cansancio emocional y despersonalización. Respecto a los niveles de las dimensiones del síndrome, el nivel alto de cansancio emocional es mayor en ESSALUD (20%) que en MINSA (9%), despersonalización en nivel alto, es mayor

en ESSALUD (20%) que en MINSA (9%), y el nivel bajo de realización personal, es mayor en ESSALUD (9%) que en MINSA (5%).

14. En el estudio **“EFECTO DEL AMBIENTE PSICOSOCIAL Y DE LA SATISFACCIÓN LABORAL EN EL SÍNDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS ESPECIALISTAS”** realizado en médicos especialistas en todo España, tuvo como objetivo describir la prevalencia de síndrome de burnout según el tipo de especialidad médica, así como valorar el impacto de los factores de riesgo psicosocial, la satisfacción laboral y las características profesionales sobre el síndrome de desgaste profesional en el personal médico especialista en todo el Estado español. Mediante un estudio transversal realizado sobre una muestra de 1.021 médicos especialistas. Las variables respuesta son las 3 dimensiones del síndrome de burnout: cansancio emocional, despersonalización y logros personales. Las variables explicativas son los factores de riesgo psicosocial y las fuentes de satisfacción laboral, valorados por una escala específica diseñada para médicos. Se han calculado las odds ratio ajustadas y sus intervalos de confianza del 95% por regresión logística; Resultando con que la probabilidad de presentar un elevado cansancio emocional y despersonalización es mayor en los profesionales expuestos a un alto nivel de contacto con el sufrimiento y la muerte, y conlleva un impacto negativo del trabajo en la vida familiar. La probabilidad de presentar un elevado cansancio emocional es mayor en los que tienen una alta sobrecarga de trabajo. El riesgo de obtener bajos logros personales es mayor en las personas que presentan una baja satisfacción con respecto a las recompensas profesionales y en las que no realizan actividades de docencia. La insatisfacción con la calidad de las relaciones con los pacientes y sus familiares influye negativamente en las 3 dimensiones del burnout; por lo tanto concluye que el ambiente psicosocial y la satisfacción laboral influyen negativamente en el síndrome de burnout, y afectan a las dimensiones de cansancio emocional y despersonalización.

15. En el estudio **“FRECUENCIA DE LOS SÍNTOMAS DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES MÉDICOS”** realizado por EVELYN NOELIA SOSA OBERLIN (Ex-pasante de Capital Health, Tallahassee, Florida, Estados.) llevó a cabo un estudio de tipo descriptivo en base a datos aportados por 50 encuestas realizadas entre profesionales médicos de las ciudades de Rosario y Santa Fe, durante el período comprendido entre los meses de julio y diciembre de 2005. El objetivo fue analizar las características generales de los profesionales médicos, conocer la frecuencia de presentación de síntomas relacionados al síndrome de burnout en estos profesionales, e indagar acerca de los factores de riesgo para la presentación del síndrome. Se arribó a las siguientes

conclusiones: 1) El 76% de la población en estudio presentaba 4 síntomas o más, lo que se corresponde con un grado moderado, grave o extremo de síndrome de burnout. 2) Al comparar la totalidad de la población en estudio con el grupo de médicos que presentaban 4 síntomas o más relacionados al síndrome, ve que no existían diferencias significativas en cuanto a la distribución por sexo, edad, especialidades médicas, años de ejercicio de la profesión, ámbito de trabajo, horas de trabajo por semana y cantidad de horas de guardia médica. 3) El grupo de médicos que presentaban 4 síntomas o más relacionados al síndrome de Burnout atendían mayor cantidad de pacientes por día que la población total, y realizaban 7% más guardias médicas que el total de la población en estudio. Los principales síntomas referidos fueron irritabilidad (95%), cansancio físico (95%), distanciamiento afectivo (76%), fatiga mental (74%), ansiedad (66%), impaciencia (66%), dolores de cabeza frecuentes (50%), frustración (45%), aburrimiento (39%), tabaquismo (29%), aumento en el consumo de medicamentos (26%), mayor consumo de alcohol (18%), depresión (16%), y pensamientos suicidas (11%)

16. En el estudio **“PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN RESIDENTES DE ESPECIALIDADES MÉDICO QUIRÚRGICAS, SU RELACIÓN CON EL BIENESTAR PSICOLÓGICO Y CON VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y LABORALES”** realizado por el “centro de Investigaciones de Facultad de Medicina de la Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá, D.C., Colombia.” Tuvo como objetivo conocer 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 (CBB), que evalúa tres dimensiones de sus condiciones de trabajo: causas del Burnout (CBO), síndrome (SBO) y consecuencias (CON). 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.
17. En el estudio **“PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE DESGASTE EN MÉDICOS RESIDENTES COSTARRICENSES”** Realizado en el Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social de Costa Rica, tiene como objetivo determinar las características sociodemográficas del síndrome de desgaste en médicos residentes en Costa Rica durante el 2007 y validar localmente la escala de Maslach. Su metodología fue de estudio descriptivo y de corte transversal, en la que participaron 121 sujetos que

cursaban primer y tercer año de las siguientes especialidades que imparte el CENDEISSS: anestesiología y recuperación, especialidades médicas y quirúrgicas, ginecología y obstetricia, pediatría y psiquiatría. Se aplicó el Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (versión validada en español) y una ficha de datos sociodemográfica que incluía especialidad médica, sede de residencia, sexo, estado civil, número de hijos, edad de los participantes, frecuencia mensual de guardias y año cursado de residencia. El análisis final detectó alto agotamiento emocional en mujeres y en residentes de pediatría; bajo agotamiento emocional en quienes realizan en promedio 4 guardias por mes y en residentes de geriatría y psiquiatría; alta despersonalización en hombres; baja despersonalización en residentes de geriatría y medicina familiar así como en personas unidas; bajos niveles de realización personal en personas unidas; el síndrome de desgaste como tal fue mayor en mujeres, que cursaban el tercer año, sujetos unidos, personas con hijos, menores de 30 años y residentes de las especialidades médicas. Adicionalmente se validó la utilización de la escala en Costa Rica. Concluyen que existen subgrupos de médicos residentes que se encuentran en riesgo de presentar el síndrome de desgaste profesional o elevadas puntuaciones en algunas de sus 3 dimensiones. Algunos de ellos podrían ser propios del personal que mantiene una carga académica y laboral al mismo tiempo. Este hecho debe ser tomado en cuenta cuando se planifican las estrategias de bienestar mental en el sector salud.

18. En el estudio **“SATISFACCIÓN LABORAL Y SÍNDROME DE BURNOUT EN ENFERMERAS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA Y CUIDADOS CRÍTICOS DEL HOSPITAL SAN BARTOLOMÉ, 2010”** realizado por Yrma Nilda Broncano Vargas - Enfermera Especialista en Cuidados Intensivos Neonatales en Hospital Docente Madre Niño “San Bartolomé” en Lima – Perú; tuvo como objetivo establecer la relación entre la satisfacción laboral y la prevalencia de Síndrome de Burnout en enfermeras del Hospital San Bartolomé, usando un estudio descriptivo, prospectivo, transversal y correlacional. La muestra estuvo constituida por 45 enfermeras de los servicios de Emergencia y Cuidados críticos en el mes de agosto 2010. Se utilizó la ficha de datos sociolaborales, el cuestionario de satisfacción laboral S21/26 de J.L. Meliá y cuestionario para la evaluación del síndrome de quemarse por el trabajo (CESQT) de Pedro Gil-Monte. Los datos fueron procesados en el programa SPSS versión 18, el análisis inferencial se realizó mediante la prueba estadística chi cuadrado. Resultados: Existe Síndrome de Burnout alto en las enfermeras medianamente satisfechas (50%); sin una asociación estadística significativa ($p=0.914$), rechazando la hipótesis nula. Las enfermeras que tienen Burnout bajo en la dimensión ilusión por el trabajo, tienen mayor satisfacción laboral (75%), existiendo asociación

estadística significativa ($p=0.018 <0.05$). Quienes presentan Burnout alto y bajo en desgaste psíquico están medianamente satisfechas laboralmente, sin asociación estadística. Quienes tienen Burnout alto en la dimensión indolencia están medianamente satisfechas, sin asociación estadística y quienes presentan Burnout alto en la dimensión culpa están insatisfechas o medianamente satisfechas con su trabajo, sin una asociación estadística significativa. Conclusiones: No existe relación estadísticamente significativa entre satisfacción laboral y la prevalencia de Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería, así como en las dimensiones desgaste psíquico, indolencia y culpa. Solo existe relación estadísticamente significativa entre satisfacción laboral y Síndrome de Burnout en la dimensión ilusión por el trabajo.

19. En el estudio **“SÍNDROME DE BURNOUT EN EL EQUIPO DE SALUD DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, CONCEPCIÓN”** publicado por la Revista Chilena de Medicina Intensiva 2013; Vol 28(1) Tuvo como objetivo determinar la prevalencia del síndrome de Burnout en el equipo de salud de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Guillermo Grant Benavente, Concepción – Chile, mediante un estudio descriptivo relacional con un muestreo aleatorio simple, correspondiente al 88% del total de funcionarios pertenecientes a la unidad de cuidados intensivos médico quirúrgicos del Hospital Guillermo Grant Benavente. Se aplicó un cuestionario de antecedentes sociodemográficos y el cuestionario Maslach Burnout Inventory que midió el desgaste profesional producto del estrés laboral crónico y los tres aspectos del síndrome de Burnout, que corresponden a cansancio emocional, despersonalización y realización profesional; La muestra la constituyeron 82 funcionarios de la unidad de todos los estamentos clínicos, se destaca una edad media de $34\pm 10,8$ años, con una antigüedad en el servicio de $8,5 \pm 9,2$ años. El 89% trabaja en sistema de turnos, el puntaje Maslach fue de 60 puntos promedio, tanto la subescala cansancio emocional y despersonalización presentaron bajo nivel, y un alto nivel de realización personal (45,1%). No hubo asociación estadística para las variables sexo, sistemas de turnos y estado civil. En cambio, se evidencia una correlación moderada inversamente proporcional entre la antigüedad en el servicio y el nivel de despersonalización; concluyendo con la presencia del síndrome de Burnout moderado a leve, con un vínculo significativo entre la edad, los años de servicio y el cansancio emocional. El equipo de nuestra unidad evidencia una baja presencia del síndrome, con la presencia de altos niveles de realización personal; lo que indicaría que existe un desarrollo personal y profesional adecuado, en todos los estamentos estudiados. Es importante generar estrategias de apoyo grupal, favorecer la capacitación y la comunicación con la familia del paciente crítico para evitar el desgaste profesional.

20. En el estudio **“SÍNDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS DE HOSPITALES PÚBLICOS DE LA CIUDAD DE CORRIENTES”** Realizado en Corrientes – Argentina, tuvo como objetivo establecer la presencia del síndrome de Burnout en médicos de hospitales públicos de la ciudad de Corrientes durante el mes de noviembre de 2004. La población estuvo conformada por 80 médicos, 42 del sexo femenino y 38 del sexo masculino, de entre 25 años y 50 años, seleccionados al azar. Los datos fueron recogidos a través de una encuesta que contaba con una parte sociodemográfica y el Maslach Burnout Inventory. Los resultados obtenidos fueron: el síndrome de Burnout predominó en el sexo femenino, con un total de 22 profesionales (25%) en la categoría cansancio emocional; con respecto a edades el grupo 1 (25-34 años) resultó ser el más afectado, con un total de 36 profesionales (45%). Según la situación conyugal, los más afectados fueron los que se encontraban en unión estable, en la variable cansancio emocional, con un total de 16 (20%); sin embargo, en la variable despersonalización, predominaron los que no se encontraban en pareja siendo un total de 19 (23,75%). En cuanto a los años de ejercicio de profesión, los profesionales con menos de 10 años de ejercicio, fueron los que mayor índice de burnout presentaron, con un total de 37 (46,25%). Se observó que la dimensión más afectada en la mayoría de las variables fue “cansancio emocional”, seguida inmediatamente por la dimensión “despersonalización”.
21. El estudio **“SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL MÉDICO Y DE ENFERMERÍA DE UNA UNIDAD MÉDICA FAMILIAR EN TABASCO, MÉXICO”** Tuvo como objetivo determinar la prevalencia de síndrome de burnout y los factores demográficos y laborales asociados a éste en el personal médico y de enfermería que labora en la Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 43 del instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Villahermosa, Tabasco, México, en el 2010. Usando un diseño transversal, con un universo: 42 médico(as) y enfermeras(os) adscritos a la UMF No. 43. Teniendo muestra no probabilística por conveniencia y usando como criterios de inclusión cualquier edad, sexo, categoría contractual y antigüedad. Variables: edad, sexo, estado civil, escolaridad, profesión, turno laboral, tipo de ejercicio profesional, antigüedad en el puesto de trabajo y síndrome de Burnout con sus tres componentes. Usando como instrumento Maslach Burnout Inventory (MBI). Análisis: estadística descriptiva, razón de posibilidades (OR) con 95% de confianza ($p < 0.05$). Resultando que 38 profesionales de la salud, 60.5% femeninos y 39.5% masculinos. Edad media 40.6+-10.8, intervalo 22-64 años. Profesión: médicos(as) cirujanos(as) 50%, licenciados(as) en enfermería 34.2%, técnicos(as) de enfermería 15.8%. función laboral: 84.2% asistenciales y 15.8% administrativas. Antigüedad media 11.6+-8.9,

moda 2 años. La prevalencia del síndrome de Burnout: 2.6%. No se encontró asociación con las variables incluidas, concluyendo que la prevalencia del síndrome en esta serie fue menor a la reportada por diversos autores.

22. El estudio **“SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL (BURNOUT) EN MÉDICOS DE UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS EN LA ARGENTINA”**

Realizado por el Grupo de Investigación Clínica y Epidemiológica en Terapia Intensiva Pediátrica - Sociedad Argentina de Pediatría, tuvo como objetivo analizar la situación del recurso humano en las UCIP de Argentina y medir el grado de agotamiento profesional, mediante un estudio observacional de corte transversal, a través de la administración de encuestas por vía electrónica; se usó el cuestionario Maslach Burnout Inventory. Se invitó a participar a médicos terapeutas pediátricos que se desempeñaran en el sector público o privado de la Argentina durante al menos 24 h por semana. Resultando que fueron completadas 162 encuestas (tasa de respuesta 60%). Presentaron alto riesgo de Burnout en agotamiento emocional.

23. El estudio **“SÍNDROME DE DESGASTE LABORAL (BURNOUT) EN LOS MÉDICOS RESIDENTES DE ESPECIALIDADES MEDICO QUIRURGICAS DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA, SEDE BOGOTA”**

Tiene como objetivo establecer la prevalencia del síndrome de desgaste laboral en los médicos residentes de especialidades médico quirúrgicas de la Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá; mediante un estudio descriptivo, transversal, de 133 residentes, a los cuales se les aplicó **(MBI-HSS)** para detectar la presencia del síndrome y sus categorías y se empleó formato de recolección de datos con variables sociodemográficas, organizacionales y ambientales considerados factores de riesgo para su desarrollo. En esta población, el comportamiento de los 3 componentes del síndrome fue: 78,9% agotamiento emocional, 60,8% despersonalización y 76,6% alta realización personal. Se encontró asociación estadística entre relaciones interpersonales y Burnout; agotamiento emocional y número de pacientes atendidos; despersonalización y año académico actual y género masculino con realización personal. En conclusión, este estudio demostró alta prevalencia del síndrome, siendo el agotamiento emocional la escala más afectada. Sin embargo, se encontraron niveles bajos de baja realización personal, con asociación estadística entre relaciones interpersonales, número de pacientes atendidos y año académico actual, lo cual sugiere la necesidad de realizar intervenciones de salud ocupacional para mejorar las relaciones de trabajo de los

residentes, disminuir el número de pacientes a cargo diariamente lo que generaría adecuado manejo de las horas laborales y turnos nocturnos.

24. El estudio: **“EL SINDROME DE BURNOUT EN PERSONAL MEDICO Y DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL DE LA LOCALIDAD DE SAN LUIS DEL PALMAR, CORRIENTES, ARGENTINA”** Tuvo como objetivo determinar la prevalencia del síndrome en el personal sanitario del hospital de San Luis del Palmar (Corrientes, Argentina), en noviembre de 2006. Se encuestó a la totalidad del plantel médico y de enfermería de dicho nosocomio. El instrumento utilizado para la recolección de la información fue el Cuestionario Breve de Burnout (CBB) de Moreno-Jiménez. Se halló una afectación global del 72%. Entre los médicos la prevalencia fue del 55% y entre los enfermeros, de 81%. La *“despersonalización”* fue la manifestación que registró las mayores puntuaciones en ambos grupos. La elevada prevalencia de Burnout hallada evidencia la necesidad de diseñar e implementar a corto plazo estrategias para la prevención y el afrontamiento del mismo en la población hospitalaria estudiada.

2.2. BASES TEÓRICAS

Desde la primera vez que se acuñó el término SBO en 1974 por Freudenberger, han pasado más de dos décadas en las que han sido muchos los autores e investigadores que han dirigido sus investigaciones hacia el Burnout, aportando numerosas definiciones, modelos teóricos y componentes(3).

Esta temática ha despertado interés también en la población general ya que parece ser que se trata de una problemática que afecta a mucha gente y que añade unos costes personales, sociales y económicos elevados.

En este sentido, Cherniss (1980) describió el interés de este concepto basándose en cuatro razones: afecta a la moral y el bienestar psicológico del personal implicado, afecta a la calidad de cuidados y tratamiento que reciben los pacientes, tiene una fuerte influencia en las funciones administrativas y es necesario prevenir a nivel comunitario en programas de servicios (01).

Freudenberger introdujo el término de burnout profesional cuando observó cómo los voluntarios que trabajaban con toxicómanos, tras un tiempo en su puesto de trabajo, sufrían una pérdida de energía, para luego llegar al agotamiento y desmotivación por su labor. Este autor describió a

estas personas como menos sensibles, poco comprensivas y agresivas en su relación con los pacientes, incluso dándoles un trato distante y cínico. Conceptualizó el burnout como la sensación de agotamiento, decepción y pérdida de interés por la actividad laboral, que surge especialmente en aquellos que se dedican a profesiones de servicios como consecuencia del contacto diario con su trabajo (Gil-Monte, 1991).

Como añade Moreno (1998) el estudio de Burnout y su análisis comenzó más bien en un área aplicada y clínica plagada de descripciones y escasos estudios empíricos. Posteriormente, Maslach y Jackson (1986) utilizaron el mismo término acuñado para describirlo como el proceso de pérdida gradual de responsabilidad y desinterés entre los compañeros de trabajo en el campo de la psicología social (02).

Tal vez la definición más aceptada entre los investigadores es la que aportaron estas autoras, que lo conceptualizaron como el cansancio emocional que lleva a una pérdida de motivación y que suele progresar hacia sentimientos de inadecuación y fracaso (García, 1995; Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001)

El Burnout se desarrolla en aquellos profesionales cuyo objeto de trabajo son personas y se compone de tres dimensiones: (1) agotamiento o cansancio emocional definido como el cansancio y fatiga que puede manifestarse física y/o psíquicamente, es la sensación descrita como no poder dar más de sí mismo a los demás; (2) despersonalización como desarrollo de sentimientos, actitudes y respuestas negativas, distantes y frías hacia otras personas especialmente hacia los beneficiarios del propio trabajo; (3) por último, la baja realización personal o logro que se caracteriza por una dolorosa desilusión para dar sentido a la propia vida y hacia los logros personales con sentimientos de fracaso y baja autoestima (Álvarez Gallego y Fernández Ríos, 1991; Apples, 1998; Atance, 1997; Chacón, Vecina, Barón y De Paúl, 1999; García, 1995; Gil-Monte, 1991, 2001; Guerrero y Vicente, 2001; Moreno, Oliver y Aragoneses, 1991; Olmedo, Santed, Jiménez y Gómez, 2001; Tortella-Feliu, 2001; Wright y Bonett, 1997; Yela, 1996). Para Pines y Aronson (1988) el burnout no está restringido a profesionales de ayuda, ya que lo consideraron como el estado de agotamiento mental, físico y emocional producido por la involucración crónica en el trabajo en situaciones emocionales demandantes. En esta misma línea, otros autores que han realizado numerosas investigaciones sobre esta temática (Gil-Monte y Peiró, 1997) lo definen como una respuesta al estrés laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional así como la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado. Esta respuesta se da en las profesiones de servicio pero no se limita sólo a ellas. El burnout se ha

hecho muy popular a pesar de que no existe una claridad y precisión conceptual, se ha convertido en un cajón de sastre. No obstante, se puede reconocer una serie de características comunes en distintas definiciones revisadas, como señala Mingote (1998): predominan los síntomas disfóricos y sobre todo, el agotamiento emocional, destacan las alteraciones de conducta (conducta anormal del modelo asistencial o despersonalización de la relación con el cliente), se relaciona con síntomas físicos, como cansancio hasta el agotamiento, malestar general, junto con técnicas paliativas reductoras de la ansiedad residual, como son las conductas adictivas, que a su vez, median en deterioro de la calidad de vida, se trata de un síndrome clínico-laboral que se produce por una inadecuada adaptación al trabajo, aunque se dé en individuos considerados presuntamente “normales” y, por último, se manifiesta por un menor rendimiento laboral y por vivencias de baja realización personal, de insuficiencia e ineficacia laboral, desmotivación y retirada organizacional.

En la literatura especializada se puede encontrar el burnout con diferente terminología, como síndrome de estar quemado (una aproximación a su traducción del término anglosajón), síndrome de quemazón, desgaste profesional y desgaste psíquico, que son términos que vienen a ser equivalentes. Aunque deberíamos diferenciarlo de otros conceptos que se pueden solapar con él como depresión, estrés e insatisfacción laboral.

Respecto a la diferencia entre depresión y burnout, señalar que el primero reúne una serie de síntomas de bajo estado de ánimo generalizado en la persona mientras que el burnout es temporal y específico al ámbito laboral (Guerrero y Vicente, 2001). Entre las conexiones entre estrés y burnout, Álvarez Gallego y Fernández Ríos (1991) señalan que la principal diferencia es que el primero es una consecuencia del estrés crónico experimentado en el contexto laboral, señalando que es una reacción al estrés en el trabajo en función de las demandas y características de la ocupación. Por último, Gil-Monte (1991) afirma que aunque el burnout y la insatisfacción laboral son experiencias psicológicas internas y negativas, el primero incluye cambios de conducta hacia los sujetos objeto de la actividad laboral, así como cambios en la calidad y desarrollo del trabajo y agotamiento o disminución de la energía para el trabajo. Moreno y Peñacoba (1996) en un afán de aclarar este término mencionan que el burnout no se identifica con la sobrecarga de trabajo ni es un proceso asociado a la fatiga, sino a la desmotivación emocional y cognitiva que sigue el abandono de intereses que en un determinado momento fueron importantes para el sujeto. Las personas no son receptores pasivos de las demandas ambientales, sino que, en gran medida, eligen y determinan de forma activa sus entornos (Marquinez y Ayala, 1995).

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

los síntomas, diversos revelan que se pueden agrupar en cuatro áreas sintomatológicas(37,38):
Síntomas psicósomáticos: como dolores de cabeza, fatiga crónica, úlceras o desórdenes gastrointestinales, dolores musculares en la espalda y cuello, hipertensión y en las mujeres pérdidas de ciclos menstruales.

Síntomas conductuales: como ausentismo laboral, conducta violenta, abuso de drogas, incapacidad de relajarse, etc.

Manifestaciones emocionales: tales como el distanciamiento afectivo que el profesional manifiesta a las personas a las que atiende, la impaciencia, los deseos de abandonar el trabajo y la irritabilidad, forman parte de las manifestaciones emocionales que conforman el tercer grupo sintomatológico. Es también frecuente, la dificultad para concentrarse debido a la ansiedad experimentada, produciéndose así un descenso del rendimiento laboral, al mismo tiempo, le surgen dudas acerca de su propia competencia profesional, con el consiguiente descenso en su autoestima.

Síntomas defensivos: que aluden a la negación emocional. Se trata de un mecanismo que utiliza el profesional para poder aceptar sus sentimientos, negando las emociones anteriormente descritas cuyas formas más habituales son: negación de las emociones, ironía, atención selectiva y el desplazamiento de sentimientos hacia otras situaciones o cosas. También pueden utilizar para defenderse la intelectualización o la atención parcial hacia lo que le resulta menos desagradable(39).

FACTORES ASOCIADOS AL SÍNDROME DE BURNOUT

La edad aunque parece no influir en la aparición del síndrome se considera que puede existir un periodo de sensibilización debido a que habría unos años en los que el profesional sería especialmente vulnerable a éste, siendo estos los primeros años de carrera profesional dado que sería el periodo en el que se produce la transición de las expectativas idealistas hacia la práctica cotidiana, apreciándose en este tiempo que tanto las recompensas personales, profesionales y económicas, no son ni las prometidas ni esperada(40).

El sexo sería principalmente las mujeres el grupo más vulnerable, quizá en este caso de los profesionales de la salud por razones diferentes como podrían ser la doble carga de trabajo que conlleva la práctica profesional y la tarea familiar así como la elección de determinadas especialidades profesionales que prolongarían el rol de mujer(40).

El estado civil, aunque se ha asociado el síndrome más con las personas que no tienen pareja estable, tampoco hay un acuerdo unánime; parece que las personas solteras tienen mayor

cansancio emocional, menor realización personal y mayor despersonalización, que aquellas otras que o bien están casadas o conviven con parejas estables. En este mismo orden la existencia o no de hijos hace que estas personas puedan ser más resistentes al síndrome, debido a la tendencia generalmente encontrada en los padres, a ser personas más maduras y estables, la implicación con la familia y los hijos hace que tengan mayor capacidad para afrontar problemas personales y conflictos emocionales; y ser más realistas con la ayuda del apoyo familiar(40).

Turno y horario laboral estos pueden conllevar para algunos autores la presencia del síndrome aunque tampoco existe unanimidad en este criterio; siendo en enfermería donde esta influencia es mayor(40).

La antigüedad profesional tampoco existe un acuerdo. Algunos autores encuentran una relación positiva con el síndrome manifestado en dos periodos, correspondientes a los dos primeros años de carrera profesional y los mayores de 10 años de experiencia(40).

Sobrecarga laboral en los profesionales asistenciales, este factor produciría una disminución de la calidad de las prestaciones ofrecidas por estos trabajadores, tanto cualitativa como cuantitativamente. Sin embargo no parece existir una clara relación entre el número de horas de contacto con los pacientes y la aparición de Burnout, si bien si es referida por otros autores. El salario ha sido invocado como otro factor que afectaría al desarrollo de Burnout en estos profesionales, aunque no queda claro en la literatura(40).

EVALUACIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT

El instrumento que se utilizará en el presente trabajo es el cuestionario Maslach Burnout Inventory - HS creado por Maslach y Jackson en 1981. El cual consta de 22 ítems y en él se pueden diferenciar y medir los tres factores o dimensiones que conforman el SBO.

Este instrumento no tiene una validación en el Perú, pero tiene validaciones en países como España, Chile y México, además se ha usado en países como Argentina, Cuba y Bolivia. En nuestro país se ha utilizado este instrumento en su versión validada en español en varias investigaciones como la realizada por la universidad Cayetano Heredia:

“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.” Realizada por Jim F. Vásquez-Manrique (médico cirujano), Aldo

Maruy-Saito(gastroenterólogo pediatra), Eduardo Verne-Martin(infectólogo pediatra) personal del Hospital Nacional Cayetano Heredia.

CUESTIONARIO “MASLACH BURNOUT INVENTORY”

Se mide por medio de cuestionario Maslach de 1986 que es el instrumento más utilizado en todo el mundo, Esta escala tiene una alta consistencia interna y una fiabilidad cercana al 90%, está constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes y su función es medir el desgaste profesional. El cuestionario Maslach se realiza en 10 a 15 minutos y mide los 3 aspectos del síndrome: Cansancio emocional, despersonalización, realización personal. Con respecto a las puntuaciones se consideran bajas las por debajo de 34, altas puntuaciones en las dos primeras subescalas y bajas en la tercera permiten diagnosticar el trastorno.

1. Subescala de agotamiento emocional. Consta de 9 preguntas. Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Puntuación máxima 54

2. Subescala de despersonalización. Está formada por 5 ítems. Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Puntuación máxima 30

3. Subescala de realización personal. Se compone de 8 ítems. Evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo. Puntuación máxima 48.

La clasificación de las afirmaciones es la siguiente: Cansancio emocional: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20. Despersonalización: 5, 10, 11, 15, 22.

Realización personal: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21. La escala se mide según los siguientes rangos:

0 = Nunca

1 = Pocas veces al año o menos

2 = Una vez al mes o menos

3 = Unas pocas veces al mes o menos

4 = Una vez a la semana

5 = Pocas veces a la semana

6 = Todos los días

Se consideran que las puntuaciones del MBI son bajas entre 1 y 33. Puntuaciones altas en los dos primeros y baja en el tercero definen el síndrome.

Este test pretende medir la frecuencia y la intensidad con la que se sufre el Burnout. Las respuestas a las 22 preguntas miden tres dimensiones diferentes: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal.

Componente	Bajo	Moderado	Alto
Desgaste emocional	≤16	17-26	≥27
Despersonalización	≤6	7-12	≥13
Realización personal	≥39	38-32	≤31

Clasificación de las 3 dimensiones del SBO

2.3 DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERACIONALES

VARIABLES INDEPENDIENTES

1. Edad

La edad se define como el tiempo de vida expresado al momento del estudio en años. Se verán los años cumplidos al momento del estudio. Es una variable cuantitativa politómica, que clasifica a los individuos según la edad, donde el criterio de medición es la cantidad de años escrita al momento de llenar la encuesta.

2. Sexo

El sexo es la condición orgánica por la que se diferencia la sexualidad humana. Se marcará de acuerdo a los **caracteres** primarios al momento del estudio. Es una variable cuantitativa que clasifica a los seres como “hombres” o “mujeres”; por lo tanto, es una variable dicotómica de escala. Como criterio de medición es marcar el sexo del profesional en la encuesta.

3. E. civil

Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto. Conjunto de las circunstancias personales que determinan los derechos y obligaciones de las personas. Es una variable de tipo nominal, donde el criterio de medición es si el profesional es “soltero”, “casado”, “viudo” o “divorciado” marcado en la encuesta.

4. Grado profesional

El grado profesional que ha alcanzado el trabajador médico en el cuál se desempeña y que además según este grado tiene determinadas obligaciones y responsabilidades con el trabajo. Esta es una variable cualitativa, ordinal, politómica, en donde el criterio de medición es si los profesionales son “internos”, “residentes” y “asistentes” marcado en la encuesta.

5. Servicio en el que trabaja

El servicio donde trabaja está definido como el servicio dentro de una institución que se encarga de determinada atención o prestación a un determinado grupo de clientes. Se verá el servicio dentro del hospital donde trabaja el encuestado al momento de la encuesta. Es una variable cualitativa nominal, politómica que clasifica a los individuos en “medicina”, “cirugía”, “pediatría”, “gineco-obstetricia” y “trauma shock”. El criterio de medición es la elección de uno de los servicios al momento de llenar la encuesta.

6. Tiempo de trabajo

El tiempo de trabajo es el período de tiempo durante el cual se han realizado prestaciones laborales a una entidad pública o privada. Se verá el período en años de prestaciones laborales en el hospital San José del Callao. Esta es una variable cuantitativa que clasifica al individuo en años: <1, 1-3, 3-5, >5 años de servicio; por lo tanto es una variable politómica de escala continua. Como criterio de medición tenemos el intervalo de años de servicio marcado en la encuesta.

7. Número de trabajos

El número de trabajos desempeñados se describe como la cantidad de lugares donde un individuo presta sus servicios de manera gratuita o remunerada. Se verá la cantidad de lugares donde el encuestado presta servicios. Es una variable cuantitativa politómica, donde el criterio de medición es la cantidad de trabajos escrito por el profesional en la encuesta.

8. Horas que duerme al día

El promedio del número de horas que invierte el profesional diariamente en dormir después de una jornada de trabajo. Es una variable cuantitativa politómica donde el criterio de medición es la cantidad de horas que escribe el profesional en la encuesta.

9. Horas que comparte con la familia

El promedio del número de horas que invierte el profesional a la semana en compartir su tiempo con la familia, contando días de semana y los fines de semana. Es una variable cuantitativa politómica donde el criterio de medición es la cantidad de horas que escribe el profesional en la encuesta.

10. Sentimiento de realización profesional.

Es uno de los sentimientos de plenitud más importantes que puede experimentar el profesional, la sensación de ser una persona autónoma, independiente y capaz de afrontar nuevos retos. Quien encuentra un sentido profundo a su día a día, valora el aprendizaje que ha adquirido a lo largo de la vida. Es una variable cualitativa nominal, dicotómica, donde el criterio de medición es “sí” o “no” marcado por el profesional en la encuesta.

11. Conformidad con el salario

Sentimiento que presenta el profesional respecto a si le parece conforme el salario que recibe respecto al conocimiento, labor que desempeña, número de horas que trabaja en la institución. Es una variable cualitativa nominal dicotómica, donde el criterio de medición es “sí” o “no” marcado por el profesional en la encuesta.

12. Práctica de algún deporte y/o hobby

Se refiere a si el profesional practica algún deporte o si realiza alguna actividad como un hobby habitualmente como parte de su vida. Es una variable nominal dicotómica en donde el criterio de medición es “sí” o “no” marcado por el profesional en la encuesta.

13. Consumo de tabaco y/o alcohol

Se refiere a si el profesional consume tabaco o alcohol ya sea de forma esporádica o habitualmente. Es una variable cualitativa politómica en donde el criterio de medición es “sí” o “no” marcado por el profesional en la encuesta.

VARIABLES DEPENDIENTES

1. Cansancio emocional (CE)

El agotamiento emocional es una respuesta al estrés, es un mecanismo de defensa extremo que nuestra mente pone en marcha cuando no puede asimilar las situaciones que está viviendo, desequilibrio entre la percepción de las capacidades de afrontamiento, recursos físicos y mentales de los trabajadores ante las exigencias de su actividad. Es una variable cualitativa ordinal politómica ya que su criterio de medición es el nivel en que la presenta: “alto”, “medio” y “bajo” según el puntaje resultado de marcar en la encuesta 9 preguntas que valoran el nivel de esta variable.

2. Despersonalización (DP)

Consistente en el desarrollo de actitudes negativas, de insensibilidad y de cinismo hacia las personas. Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Es una variable cualitativa ordinal politómica ya que su criterio de medición es el nivel en que la presenta: “alto”, “medio” y “bajo” según el puntaje resultado de marcar en la encuesta 5 preguntas que valoran el nivel de esta variable.

3. Realización personal (RP)

Uno de los sentimiento de plenitud más importantes que puede experimentar el profesional, la sensación de ser una persona autónoma, independiente y capaz de afrontar nuevos retos. Quien encuentra un sentido profundo a su día a día, valora el aprendizaje que ha adquirido a lo largo de la vida. Es una variable cualitativa ordinal politómica ya que su criterio de medición es el nivel en que la presenta: “alto”, “medio” y “bajo” según el puntaje resultado de marcar en la encuesta 8 preguntas que valoran el nivel de esta variable.

4. SINDROME DE BURNOUT (SBO)

Es una variable que ha sido definido como una combinación agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal causada por el estrés laboral crónico(3). Sus indicadores son la presencia o ausencia de cansancio emocional, la despersonalización y la falta de realización personal que serán medidos utilizando el MBI (Maslach Burnout Inventory) que mide tres campos: el agotamiento emocional, la despersonalización y la falta de realización personal. El diagnóstico del síndrome de Burnout se lleva a cabo cuando el primer y segundo *item* están en niveles elevados y el tercero en niveles bajos.

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. HIPÓTESIS: GENERAL, ESPECÍFICA y NULA

General:

- Hay una prevalencia del síndrome de Burnout mayor al 5% en el personal médico del área crítica del hospital San José del Callao durante el período octubre – diciembre del 2015.

Específicas:

- La prevalencia del síndrome de Burnout es mayor al 5 % en el personal médico del área crítica del hospital San José del Callao.
- La prevalencia del síndrome de Burnout es mayor en el servicio de medicina.
- Ser Interno, trabajar en el área de medicina, dormir menos horas al día, no sentirse realizado profesionalmente y estar inconforme con el salario son factores de riesgo para desarrollar el síndrome de Burnout.
- El servicio de medicina es el que tiene el nivel más alto de cansancio emocional, despersonalización y realización personal.
- El servicio de cirugía es el que tiene el nivel más bajo de cansancio emocional y despersonalización.

Nula

- La prevalencia del síndrome de Burnout es menor del 5 % en el personal médico del área crítica del hospital San José del Callao durante el período octubre – diciembre del 2015.

3.2. VARIABLES: INDICADORES

Se consideran variables de estudio: la edad, el sexo, el estado civil, grado profesional, el servicio en donde trabaja, el tiempo que lleva trabajando en su servicio, la cantidad de lugares en los que trabaja, la cantidad de horas que el profesional duerme por día, la cantidad de horas que el profesional comparte con su familia por semana, si se siente realizado con su profesión, si está

conforme con el salario que recibe, si realiza algún deporte o hobby habitualmente, si consume tabaco o alcohol ya sea habitual o esporádicamente, el nivel de agotamiento emocional, despersonalización y la realización personal, además de la presencia o no del síndrome de Burnout. Estas últimas midiéndolas con la encuesta “Maslach Burnout Inventory”.

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN:

Se realizó un estudio no experimental, observacional, descriptivo, de corte transversal, con enfoque cualitativo y de fuente información prospectiva, en la totalidad de personal médico que labora en el área crítica del Hospital San José de Callao en período Octubre - Diciembre del año 2015.

4.2. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

- Es deductivo porque es un estudio de enfoque cuantitativo donde a partir de conocimientos generales intentamos conocer una realidad particular diseño de esta investigación es observacional.
- Se utilizara la herramienta Maslach Burnout Inventory
- Muestreo: No probabilístico (intencional).

4.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

El marco muestral estará conformado por todo el personal médico del área crítica del Hospital San José del Callao en el período octubre – diciembre 2015, que acepten firmar el consentimiento informado y que además cumplan con los criterios de inclusión.

Tamaño de la muestra: no se realizara el cálculo del tamaño de la muestra porque se tomara el total de personal médico del hospital

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Personal médico de área crítica que labora en el hospital San José del callao en el período de octubre – diciembre 2015
- Personal médico de las especialidades que pertenezcan al área crítica del hospital.
- Personal médico que esté de acuerdo con firmar el consentimiento informado para llenar la encuesta.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Personal médico de área crítica que por diversas razones no pudieron ser localizados.
- Personal médico que se niegue a participar del estudio.

*Se entiende como personal médico a asistentes, residentes e internos.

4.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Los datos fueron recolectados utilizando el cuestionario “Maslach Burnout Inventory (MBI)”, se utilizó un consentimiento informado previo y se mantiene el anonimato en todo momento.

4.5. RECOLECCIÓN DE DATOS:

Basada en una encuesta personalizada en formato tanto virtual como física, autodirigida y anónima que comprendió de datos generales del participante, datos sociodemográficos además de la aplicación del cuestionario “Maslach Burnout Inventory” Mediante fichas de recolección de datos.

4.6. TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Para el procesamiento y análisis de datos se utilizó el software SPSS en su versión 23.0 en español para windows, en donde se hizo el análisis de la prevalencia y además la prueba de Chi cuadrado para evaluar la asociación entre el SBO, los niveles de sus dimensiones o componentes y las variables socio-demográficas estudiadas, además de la identificación de las áreas con mayor y menor nivel de sus dimensiones.

CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1 RESULTADOS

La población que se tomó para hacer el estudio fue la totalidad de personal médico que labora en el área crítica del hospital San José del Callao en el período octubre – diciembre 2015, de la cual se tomó una muestra total de 64 médicos, entre ellos 28 internos, 16 residentes y 20 asistentes.

Tabla 1. Frecuencias y porcentajes de los factores sociodemográficos del personal médico de área crítica del hospital San José en el período octubre – diciembre 2015.

VARIABLE SOCIODEMOGRÁFICA	N	%
EDAD		
• 20-29	37	57.9%
• 30-39	13	20.5%
• 40-49	8	12.6%
• 50-59	3	4.7%

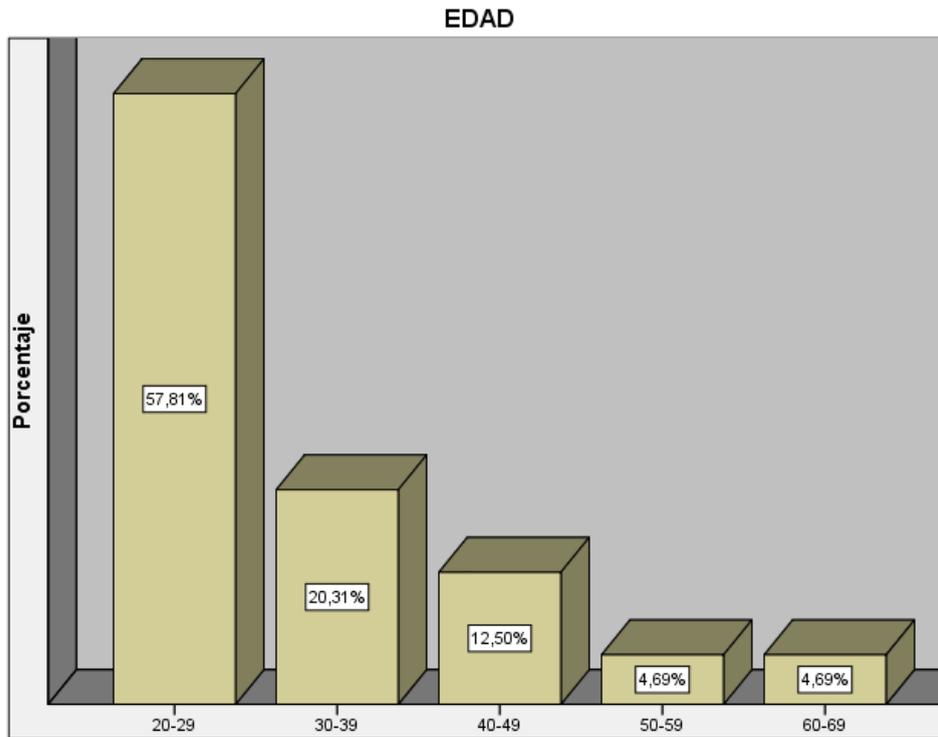
• 60-69	3	4.7 %
SEXO		
• Masculino	35	54.7%
• Femenino	29	45.3%
E.CIVIL		
• Soltero	47	73.4%
• Casado	15	23.4%
• Divorciado	1	1.6%
• Viudo	1	1.6%
GRADO PROFESIONAL		
• Interno	28	43.8%
• Residente	16	25.0%
• Asistente	20	31.3%
SERVICIO EN EL QUE TRABAJA		
• Medicina	24	37.5%
• Pediatría	8	12.5%
• Gineco obstetricia	11	17.2%
• Cirugía	16	25.0%
• Shock trauma	5	7.8%
AÑOS. LABORA EN SU SERVICIO		
• <1	34	53.1%
• 1-3	15	23.4%
• 4-5	3	4.7%
• >5	12	18.8%
CANT. LUGARES. TRABAJA		
• 1	48	75.0%
• 2	12	18.8%
• 3	4	6.3%
HRS.DUERM.DÍA		
• 3-4	6	9.4%
• 5-6	49	76.5%
• 7-8	9	14.0%
HRS.FAMILIA.SEMANA		
• 1-20	43	67.4%
• 21-40	12	18.9%
• 41-60	4	6.3%
• 61-80	5	7.8%
REALIZADO CON SU PROFESIÓN		
• Si	52	81.3%
• No	12	18.8%
CONFORME CON SALARIO		
• Si	10	15.6%
• No	54	84.4%
DEPORTE/HOBBY		
• Si	42	65.6%
• No	22	34.4%

TABACO/ALCOHOL		
• Si	38	59.4%
• No	26	40.6%

Fuente: elaboración propia

La tabla 1 nos muestra las frecuencias y porcentajes de los factores sociodemográficos del personal médico de área crítica del hospital San José en el período octubre – diciembre 2015. Se evidencia que el 57.9% (n=37) participantes tienen una edad entre 20 a 29 años, dato que se aprecia mejor en el gráfico 1.

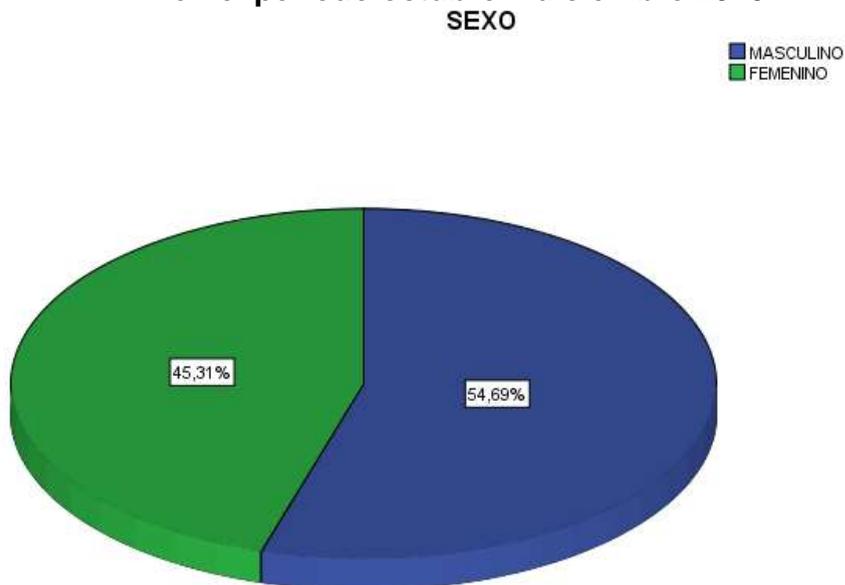
Gráfico 1. Distribución de la edad del personal médico del área crítica del hospital San José en el período octubre – diciembre 2015.



Fuente: elaboración propia

El 54.7% (n=35) fueron de sexo masculino y el 45.3% (n=29) fueron de sexo femenino, como se aprecia en el gráfico 2.

Gráfico 2. Distribución del sexo del personal médico del área crítica del hospital San José en el período octubre – diciembre 2015.



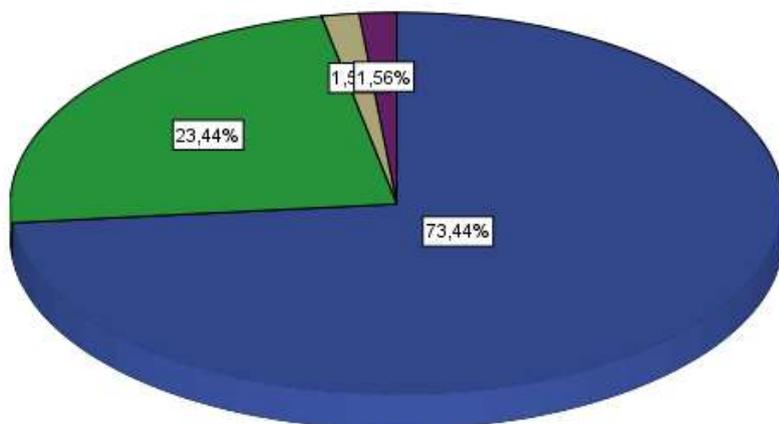
Fuente: elaboración propia

El estado civil “soltero” del personal, predominó con un 73.4%(n=47) y se encontró un 23.4%(n=15) de casados, como se aprecia en el gráfico 3.

Gráfico 3. Distribución del estado civil del personal médico del área crítica del hospital San José en el período octubre – diciembre 2015.

ESTADO CIVIL

- SOLTERO
- CASADO
- VIUDO
- DIVORCIADO

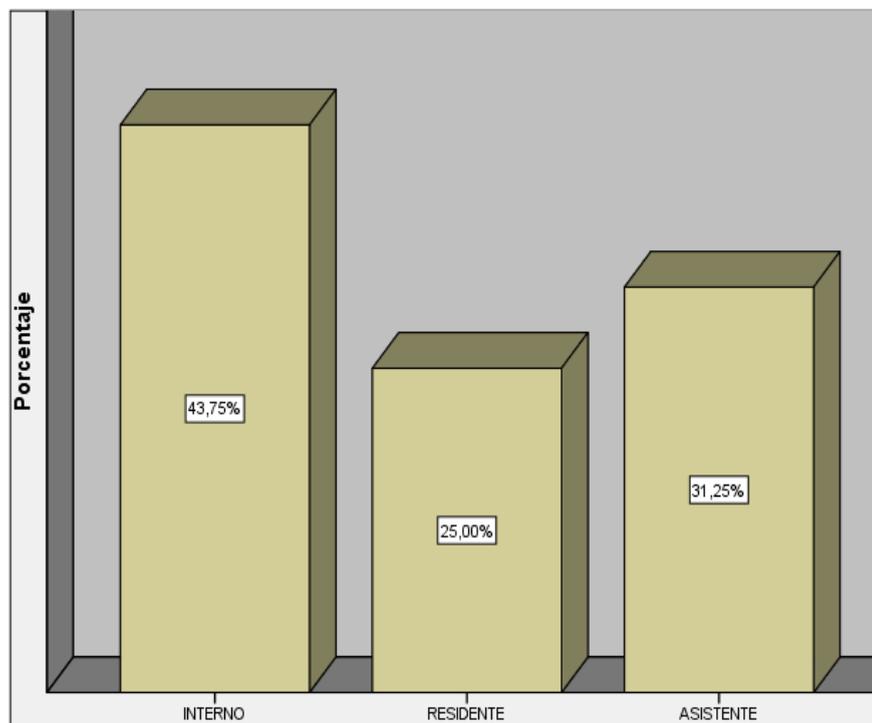


Fuente: elaboración propia

Se encontró que el 43.8% (n=28) fueron internos de medicina, 31.3% (n=20) fueron asistentes y el 25.0% (n=16) restantes fueron residentes, como se aprecia en el gráfico 4.

Gráfico 4. Distribución del grado profesional del personal médico del área crítica del hospital San José en el período octubre – diciembre 2015.

CARGO

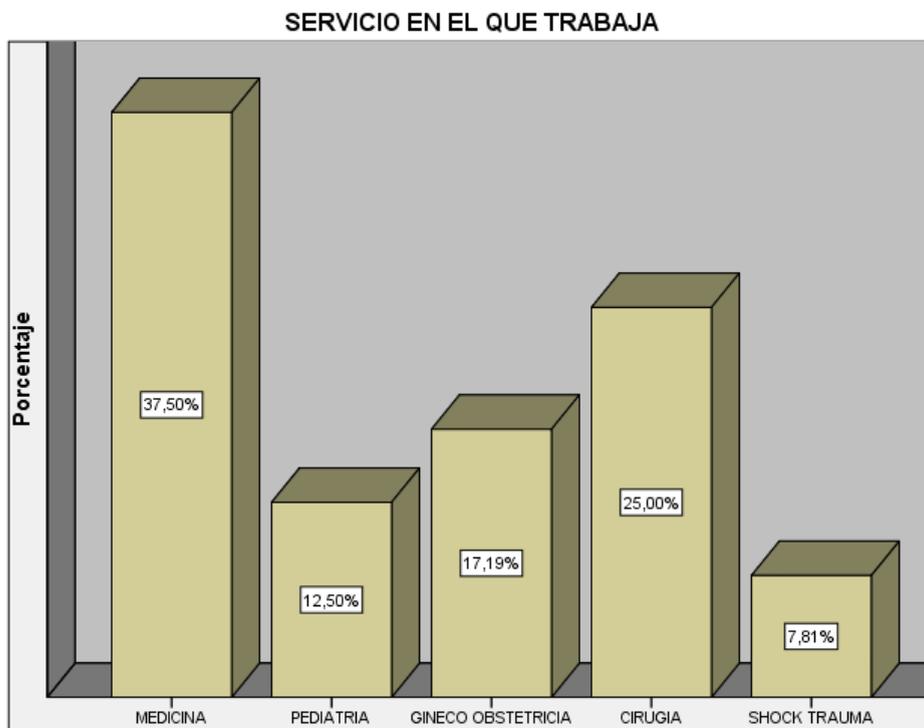


Fuente: elaboración propia

Se encontró que el 37.5% (n=24) de la muestra está conformada por personal que labora en el servicio de medicina, 12.5% (n=8) en el servicio de pediatría, 17.2% (n=11) en el servicio de gineco

obstetricia, 25.0% (n=16) en el servicio de cirugía y el 7.8% restante en el servicio de shock trauma, tal cual lo muestra el gráfico 5.

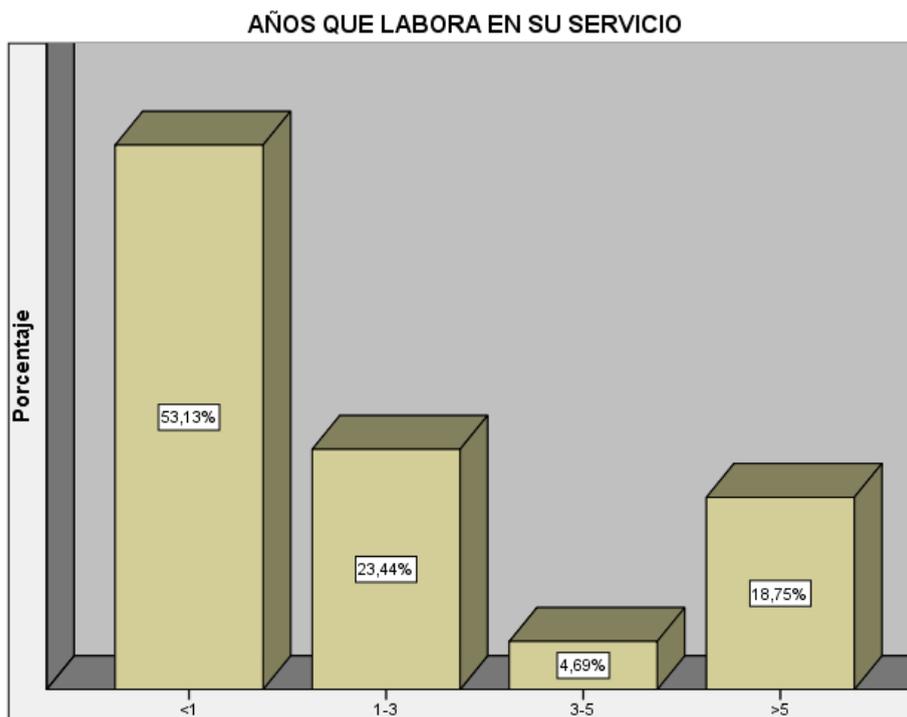
Gráfico 5. Distribución de los servicios en donde trabaja el personal médico del área crítica del hospital San José en el período octubre – diciembre 2015.



Fuente: elaboración propia

En cuanto a los años que lleva trabajando el personal médico en sus servicios encontramos que el 53.1% (n=34) tienen menos de 1 año en su servicio, el 23.4% (n=15) llevan de 1 a 3 años, el 18.8% (n=12) lleva más de 5 años, y el 4.7% (n=3) restante llevan de 4 a 5 años en su servicio, lo cual muestra el gráfico 6.

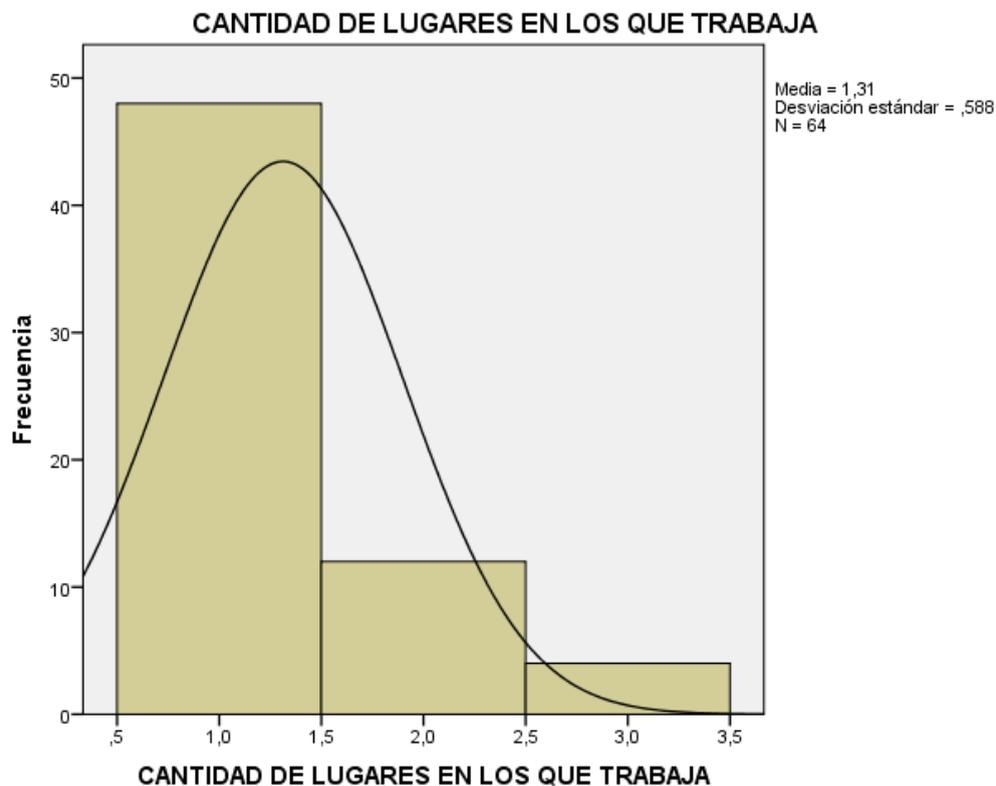
Gráfico 6. Distribución según la cantidad de años que lleva trabajando en su servicio el personal médico del área crítica del hospital San José en el período octubre – diciembre 2015.



Fuente: elaboración propia

En cuanto a la cantidad de lugares en los que trabaja el personal estudiado, encontramos que el 75.0% (n=48) tiene 1 solo trabajo, mientras que el 18.8% (n=12) tiene 3 trabajos y por último el 6.3% (n=4) restante tiene 3 trabajos, resultados que se aprecian mejor en el gráfico 7.

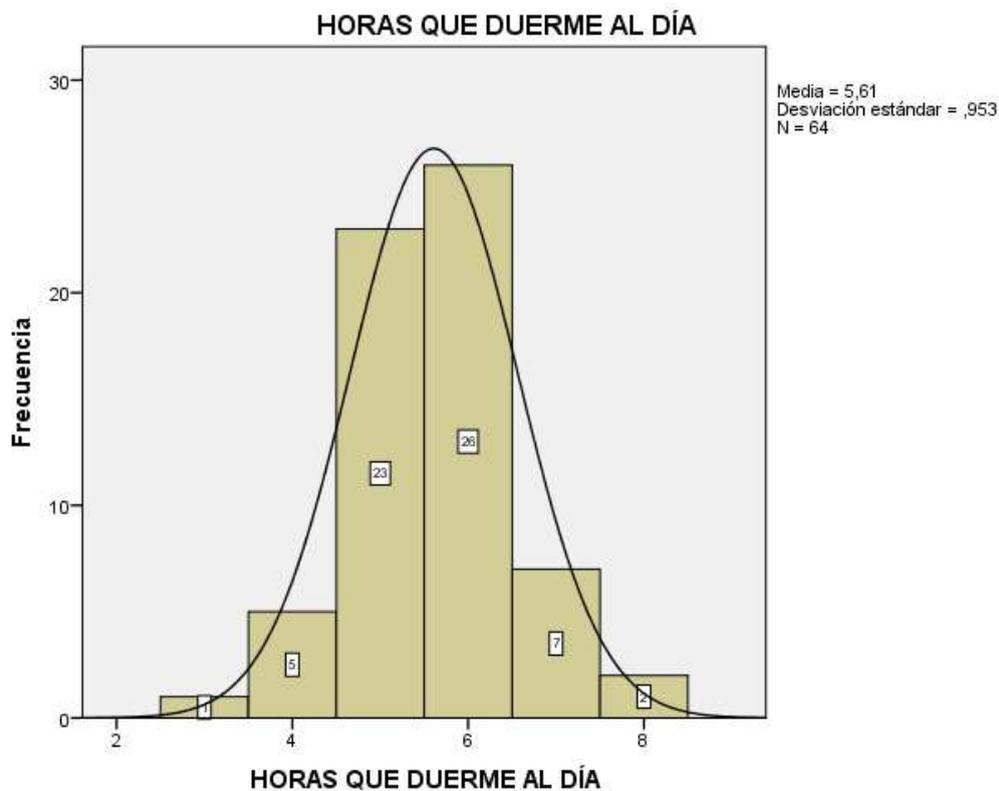
Gráfico 7. Cantidad de lugares en los que trabaja el personal médico del área crítica del hospital San José en el período octubre – diciembre 2015.



Fuente: elaboración propia

En cuanto a la cantidad de horas que duerme el personal estudiado por día, encontramos que el 76.5% (n=49) duerme de 5 a 6 horas por día, el 14.0% (n=9) duerme de 7 a 8 horas por día y finalmente el 9.4% duerme de 3 a 4 horas por día, resultados que se aprecian con más claridad en el gráfico 8.

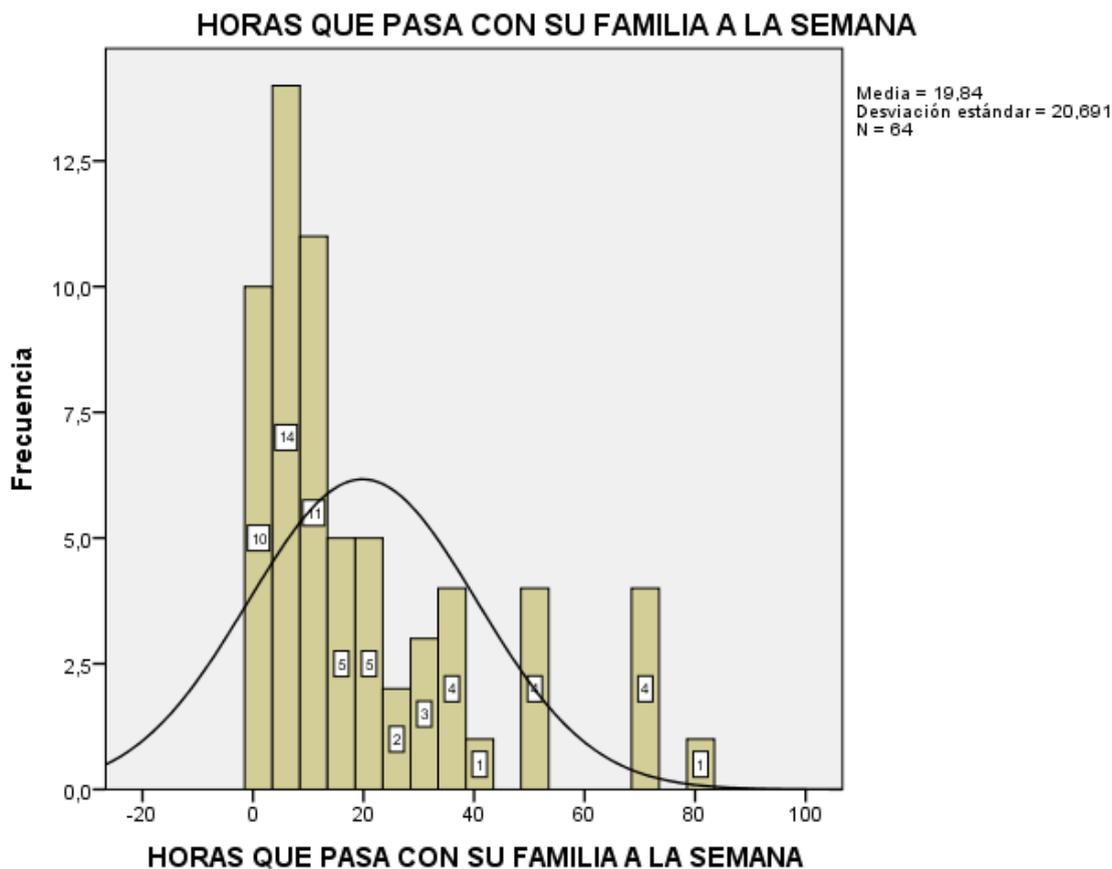
Gráfico 8. Cantidad de horas por día que duerme el personal médico del área crítica del hospital San José en el período octubre – diciembre 2015.



Fuente: elaboración propia

En cuanto a las horas que el personal médico estudiado pasa con su familia por semana encontramos que el 67.4% (n=43) pasa con su familia de 1 a 20 horas, el 18.9% (n=12) pasa de 21 a 40 horas, el 7.8% (n=5) de 61 a 80 horas y el restante 6.3% (n=4) pasa de 41 a 60 horas con su familia. Como lo mostramos en el gráfico 9.

Gráfico 9. Cantidad de horas que pasa con su familia a la semana el personal médico del área crítica del hospital San José en el período octubre – diciembre 2015.



Fuente: elaboración propia

En cuanto a si el personal estudiado se siente realizado con su profesión, resulta que el 81.3% (n=52) si se siente realizado con su profesión, mientras que el restante 18.8% (n=12) no, como lo mostramos en el gráfico 10.

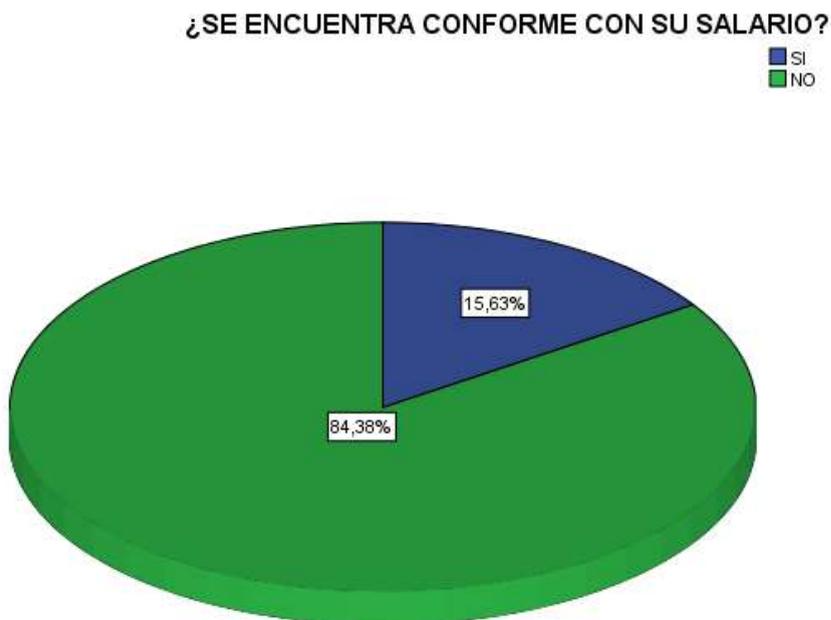
Gráfico 10: personal médico del área crítica del hospital San José en el período octubre – diciembre 2015 que se siente realizado con su profesión.



Fuente: elaboración propia

En cuanto a si el personal estudiado se siente conforme con el salario que recibe, el 84.4% (n=54) responde que no, mientras que el 15.6% (n=10) restante, sí se encuentra conforme con su salario, tal como lo vemos en el gráfico 11.

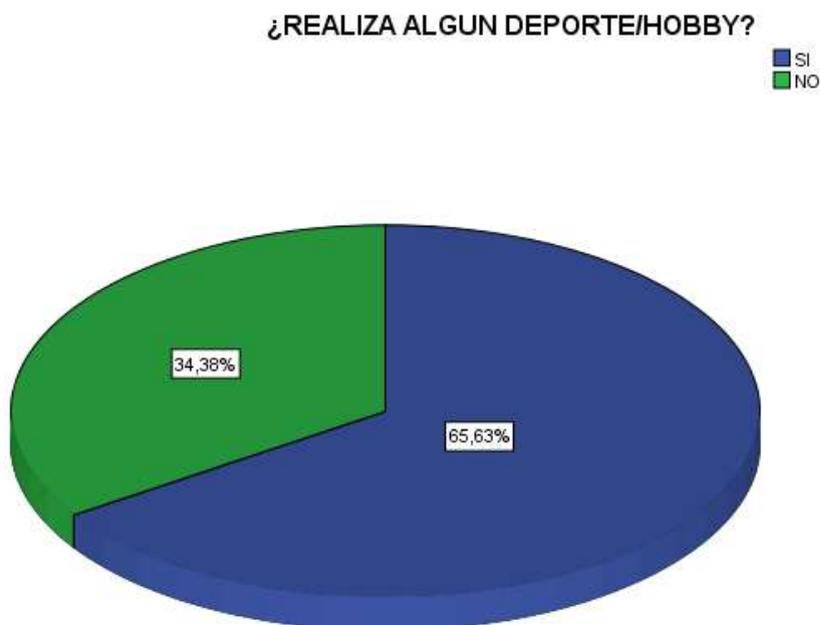
Gráfico 11. Sentimiento de conformidad con el salario recibido del personal médico del área crítica del hospital San José en el período octubre – diciembre 2015.



Fuente: elaboración propia

En cuanto a si el personal estudiado realiza habitualmente un deporte o hobby, resulta que el 65.6 % (n=42) respondió que sí, mientras que el 34.4% (n=22) responde que no, resultados que nos muestra el gráfico 12.

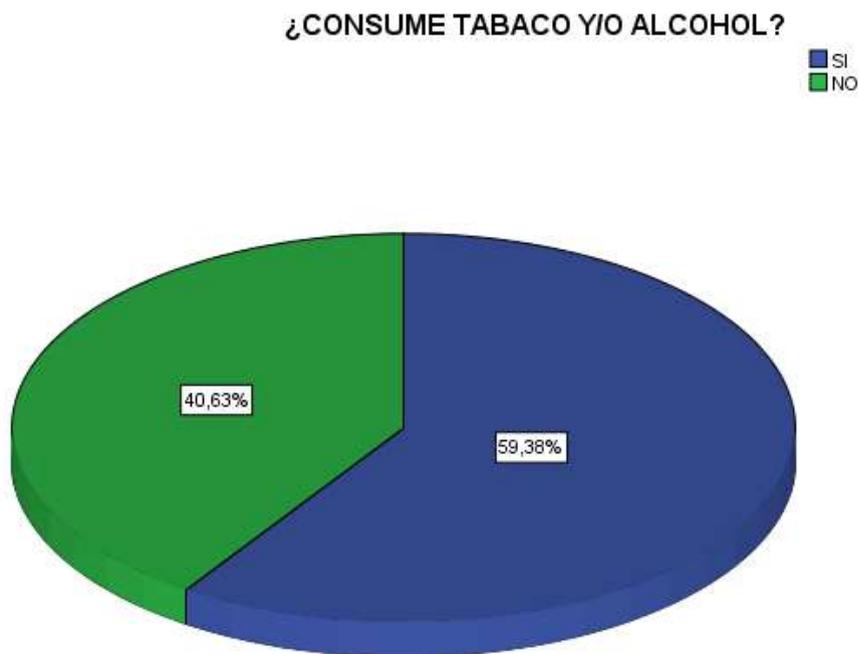
Gráfico 12. Distribución del personal médico del área crítica del hospital San José en el periodo octubre – diciembre 2015 que realiza algún deporte o hobby.



Fuente: elaboración propia

En cuanto a si el personal estudiado consume alcohol o tabaco, ya sea habitual o esporádicamente, el 59.4% (n=38) respondió que sí, mientras que el 40.6% (n=26) respondió que no, datos que vemos en el gráfico 13.

Gráfico 13. Personal médico del área crítica del hospital San José en el período octubre – diciembre 2015 que consume alcohol o tabaco, habitual o esporádicamente.



Fuente: Elaboración propia

Tabla.2 distribución de la población según dimensiones del síndrome de Burnout. Estudio del síndrome de Burnout en personal médico de área crítica del hospital San José del Callao en el período octubre – diciembre 2015.

DIMENSIÓN Y NIVEL	N	%
CANSANCIO EMOCIONAL		
Alto	19	29.7%
Mediano	17	26.6%
Bajo	28	43.8%
DESPRESONALIZACIÓN		
Alto	25	39.1%
Mediano	18	28.1%
Bajo	21	32.8%
REALIZACIÓN PERSONAL		
Alto	24	37.5%
Mediano	18	28.1%
Bajo	22	34.4%
SÍNDROME DE BURNOUT		
Si	5	7.8%
No	59	92.2%

Fuente: elaboración propia

En la tabla 2. Se evidenció una prevalencia del síndrome de Burnout en el 7.8% (n=5) del personal médico de área crítica del hospital San José del callao en el período octubre – diciembre del 2015, mientras que el 92.1% (n=59) no lo presentó. Este resultado también se puede visualizar en el gráfico 14.

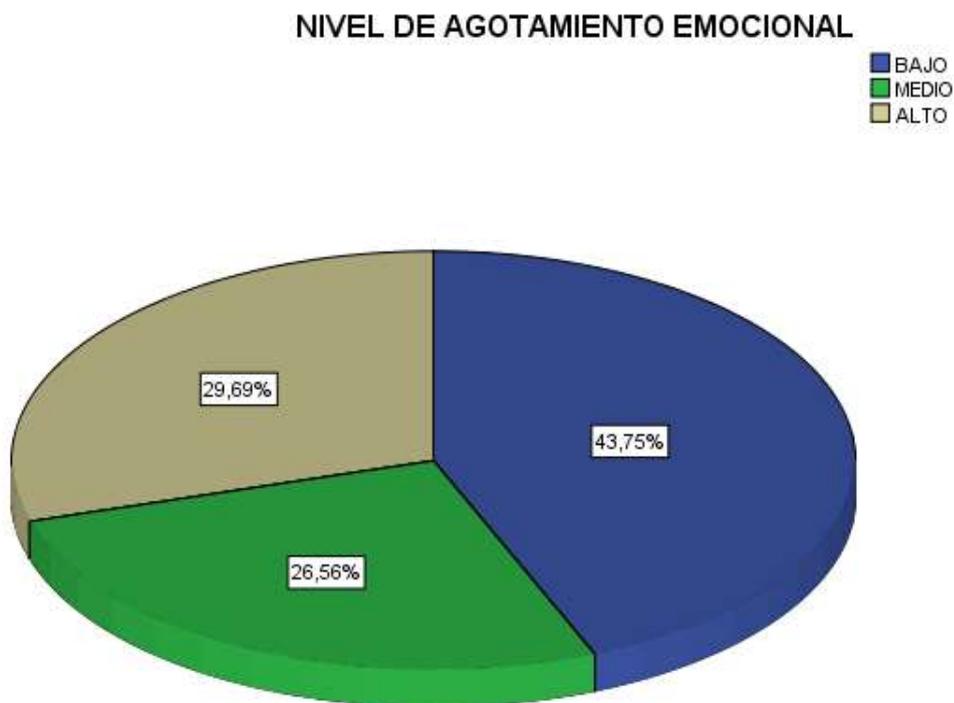
Gráfico 14. Prevalencia del síndrome de Burnout en personal médico de área crítica del hospital San José del Callao en el período octubre – diciembre 2015



Fuente: elaboración propia

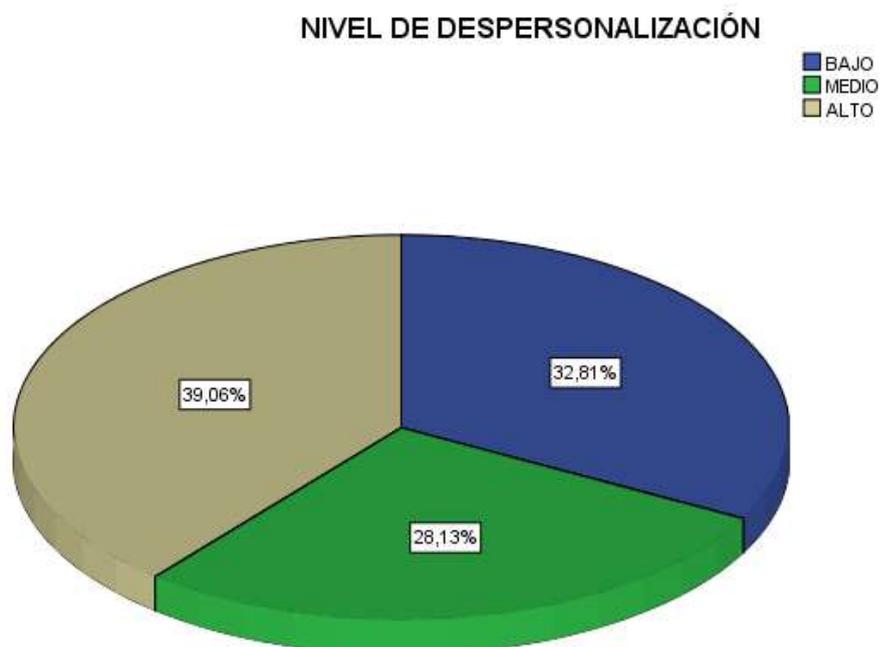
En cuanto a la dimensión “cansancio emocional”, el 29.7% (n=19) tiene un nivel alto, el 26.6% (n=17) tiene un nivel mediano y el 43.8% (n=28) tiene un nivel bajo. En cuanto a la dimensión “despersonalización”, el 39.1% (n=25) tiene un nivel alto, el 28.1% (n=18) tiene un nivel mediano y el 32.58% (n=21) tiene un nivel bajo. En cuanto a la dimensión “realización personal”, el 37.5% (n=24) tiene un nivel alto, el 28.1% (n=18) tiene un nivel mediano y el 34.4% (n=22) tiene un nivel bajo. Estos resultados también se pueden observar en los gráficos 15,16 y 17.

Gráfico 15. Distribución del nivel de agotamiento emocional en personal médico de área crítica del hospital San José del Callao en el período octubre – diciembre 2015.



Fuente: elaboración propia

Gráfico 16. Distribución del nivel de despersonalización en personal médico de área crítica del hospital San José del Callao en el período octubre – diciembre 2015.



Fuente: elaboración propia

Gráfico 17. Distribución del nivel de “realización personal” en personal médico de área crítica del hospital San José del Callao en el período octubre – diciembre 2015.



Fuente: elaboración propia

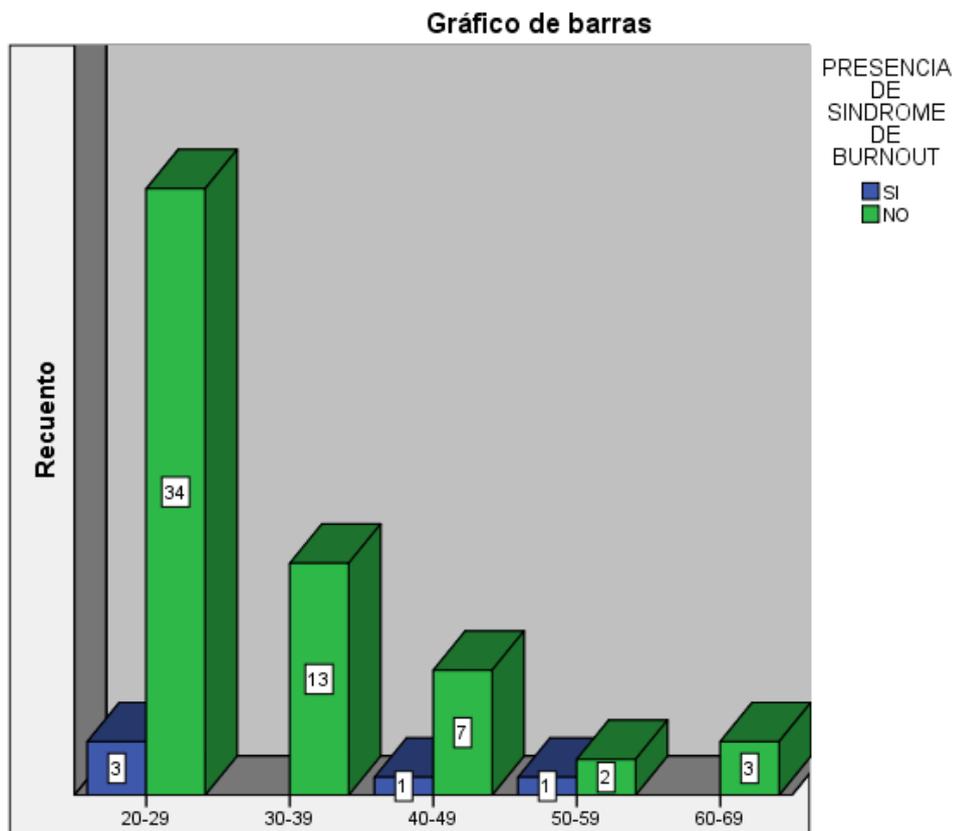
La tabla 3 nos muestra la distribución del síndrome de Burnout según grupo etario, y nos resulta que el grupo con mayor prevalencia es el de 20 a 29 años con unas cifras de 60.0% (n=3), seguido de los grupos de 40 a 49 y 50 a 59 años ambos con cifras de 20.0% (n=1), los grupos de 30 a 39 y 60 a 69 años, no presentaron SBO, también se pueden apreciar los resultados en el gráfico 18.

Tabla 3. Distribución del síndrome de Burnout según grupo etario personal médico del área crítica del hospital San José del Callao en el período octubre – diciembre 2015.

			PRESENCIA DE SINDROME DE BURNOUT		P ,365
			SI	NO	
EDAD	20-29	Recuento	3	34	
		% dentro de EDAD	8,1%	91,9%	
		% dentro de SBO	60,0%	57,6%	
	30-39	Recuento	0	13	
		% dentro de EDAD	0,0%	100,0%	
		% dentro de SBO	0,0%	22,0%	
	40-49	Recuento	1	7	
		% dentro de EDAD	12,5%	87,5%	
		% dentro de SBO	20,0%	11,9%	
	50-59	Recuento	1	2	
		% dentro de EDAD	33,3%	66,7%	
		% dentro de SBO	20,0%	3,4%	
	60-69	Recuento	0	3	
		% dentro de EDAD	0,0%	100,0%	
		% dentro de SBO	0,0%	5,1%	

Fuente: elaboración propia

Gráfico 18. Distribución del síndrome de Burnout según grupo etario en el personal médico del área crítica del hospital San José del Callao en el período octubre – diciembre 2015.



Fuente: elaboración propia

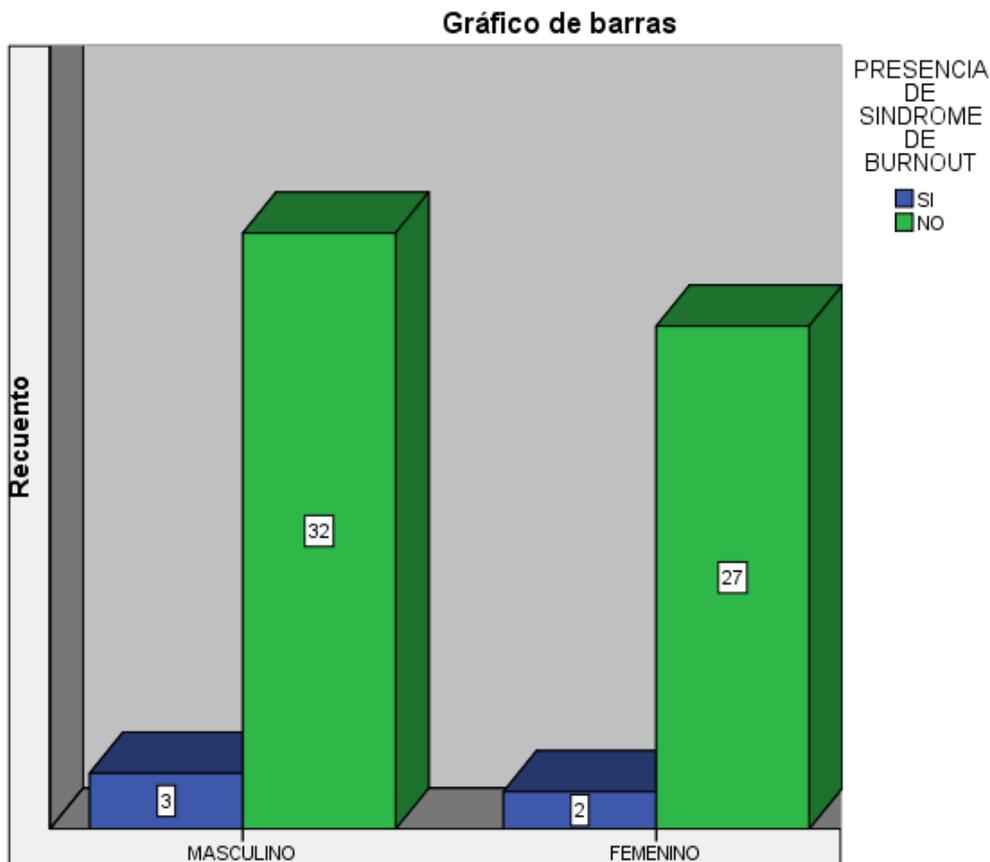
La tabla 4 nos muestra la distribución del síndrome de Burnout según sexo, y resulta que el grupo con mayor prevalencia es el masculino con una cifras de 60.0% (n=3), a comparación del femenino que presenta 40.0% (n=2), también se pueden apreciar los resultados en el gráfico 19.

Tabla 4. Distribución del síndrome de Burnout según sexo en el personal médico del área crítica del hospital San José del Callao en el período octubre – diciembre 2015.

			PRESENCIA DE SINDROME DE BURNOUT		P
			SI	NO	
SEXO	MASCULINO	Recuento	3	32	,590
		% dentro de SEXO	8,6%	91,4%	
		% dentro de SBO	60,0%	54,2%	
	FEMENINO	Recuento	2	27	
		% dentro de SEXO	6,9%	93,1%	
		% dentro de SBO	40,0%	45,8%	

Fuente: elaboración propia

Gráfico 19. Distribución del síndrome de Burnout según sexo del personal médico del área crítica del hospital San José del Callao en el período octubre – diciembre 2015.



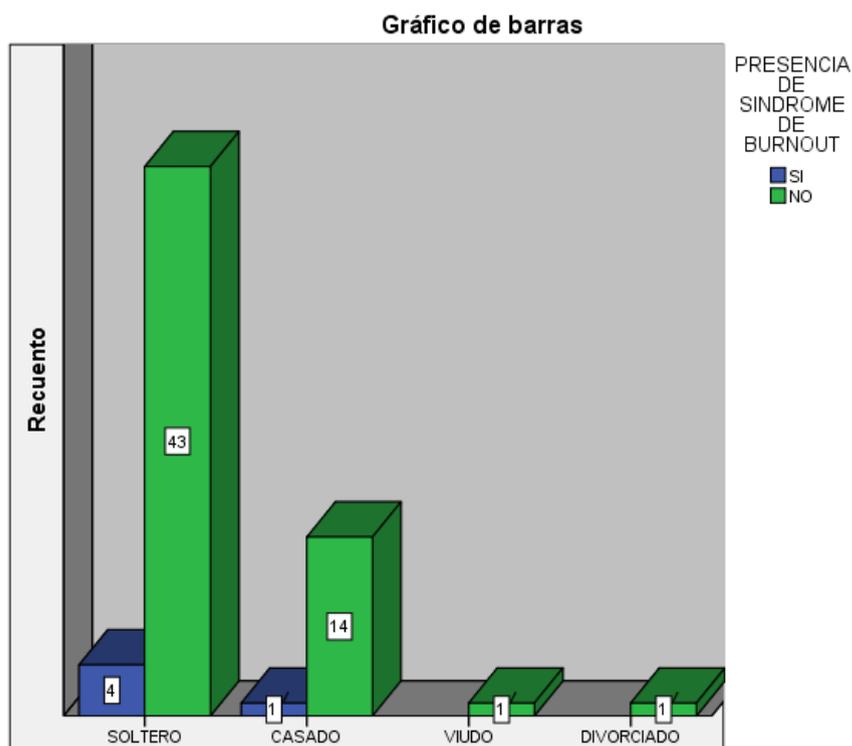
Fuente: elaboración propia

La tabla 5 nos muestra la distribución del síndrome de Burnout según estado civil y resulta que el grupo con mayor prevalencia son los solteros con una cifras de 80.0% (n=4), a comparación de los casados que presentan 20.0% (n=1), también se pueden apreciar los resultados en el gráfico 20.

Tabla 5. Distribución del síndrome de Burnout según estado civil del personal médico del área crítica del hospital San José del Callao en el período octubre – diciembre 2015.

			PRESENCIA DE SINDROME DE BURNOUT		P ,973
			SI	NO	
ESTADO CIVIL	SOLTERO	Recuento	4	43	
		% dentro de E. CIVIL	8,5%	91,5%	
		% dentro de SBO	80,0%	72,9%	
	CASADO	Recuento	1	14	
		% dentro de E. CIVIL	6,7%	93,3%	
		% dentro de SBO	20,0%	23,7%	
	VIUDO	Recuento	0	1	
		% dentro de E. CIVIL	0,0%	100,0%	
		% dentro de SBO	0,0%	1,7%	
DIVORCIADO	Recuento	0	1		
	% dentro de E. CIVIL	0,0%	100,0%		
	% dentro de SBO	0,0%	1,7%		

Gráfico 20. Distribución del síndrome de Burnout según estado civil del personal médico del área crítica del hospital San José del Callao en el período octubre – diciembre 2015.



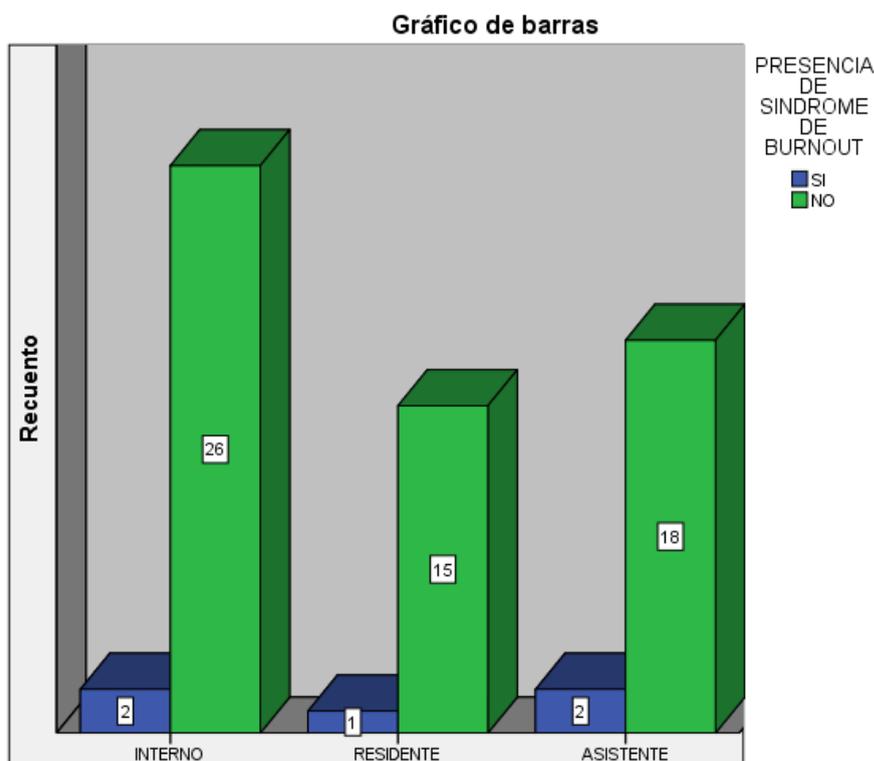
La tabla 6 nos muestra la distribución del síndrome de Burnout según rango profesional estudiado y resulta que el grupo con mayor prevalencia son los internos con una cifra de 40.0% (n=2), los asistentes presentan también 40.0% (n=2), y por último los residentes un 20.0% (n=1), también se pueden apreciar los resultados en el gráfico 21.

Tabla 6. Distribución del síndrome de Burnout según rango profesional del personal médico del área crítica del hospital San José del Callao en el período octubre – diciembre 2015.

			PRESENCIA DE SINDROME DE BURNOUT		P
			SI	NO	
CARGO	INTERNO	Recuento	2	26	
		% dentro de CARGO	7,1%	92,9%	
		% dentro de SBO	40,0%	44,1%	
	RESIDENTE	Recuento	1	15	
		% dentro de CARGO	6,3%	93,8%	
		% dentro de SBO	20,0%	25,4%	
	ASISTENTE	Recuento	2	18	
		% dentro de CARGO	10,0%	90,0%	
		% dentro de SBO	40,0%	30,5%	

Fuente: elaboración propia

Gráfico 21. Distribución del síndrome de Burnout según Rango profesional del personal médico del área crítica del hospital San José del Callao en el período octubre – diciembre 2015.



Fuente: elaboración propia

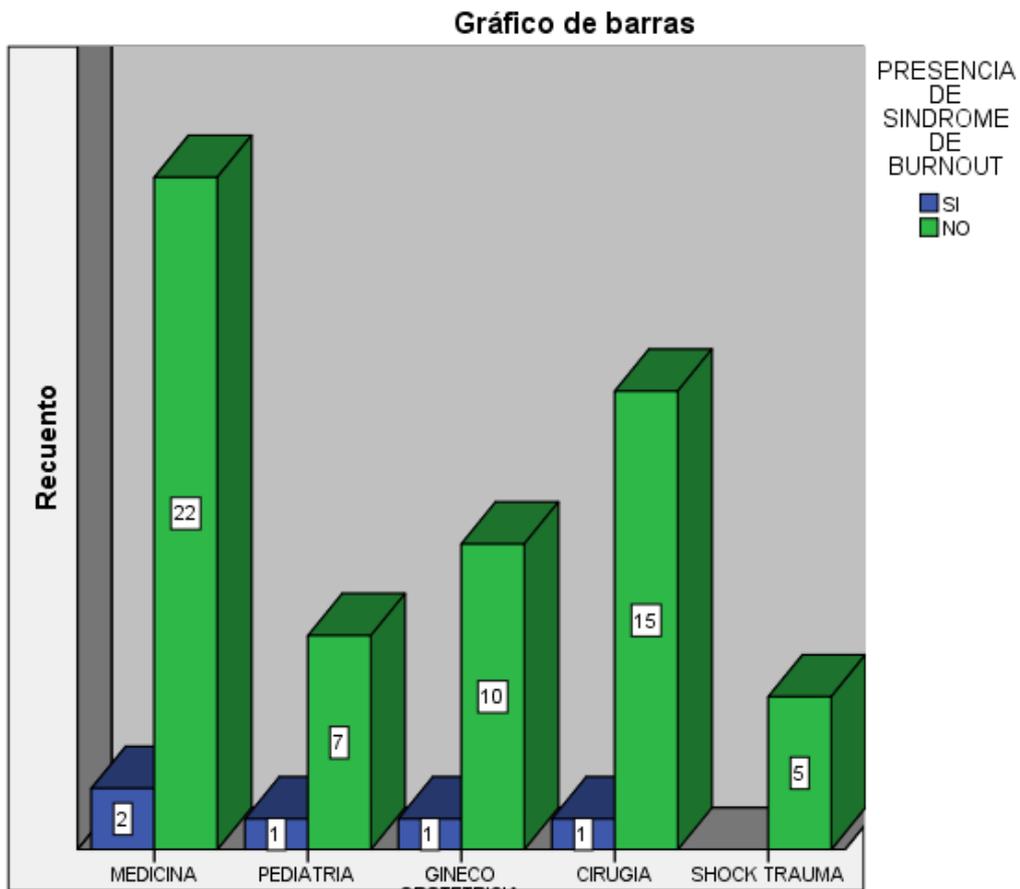
La tabla 7 nos muestra la distribución del síndrome de Burnout según el servicio donde trabaja el profesional estudiado y resulta que el grupo con mayor prevalencia es el que trabaja en el área de medicina con una cifra de 40.0% (n=2), seguido de un triple empate de 20% (n=1) por parte de los servicios de pediatría, gineco obstetricia y cirugía. El área de shock trauma no presentó ningún caso de Burnout, también se pueden apreciar los resultados en el gráfico 22.

Tabla 7. Distribución del síndrome de Burnout según Rango profesional del personal médico del área crítica del hospital San José del Callao en el período octubre – diciembre 2015.

			PRESENCIA DE SINDROME DE BURNOUT		P
			SI	NO	
SERVICIO EN EL QUE TRABAJA	MEDICINA	Recuento	2	22	,944
		% dentro de SERVICIO	8,3%	91,7%	
		% dentro de SBO	40,0%	37,3%	
	PEDIATRIA	Recuento	1	7	
		% dentro de SERVICIO	12,5%	87,5%	
		% dentro de SBO	20,0%	11,9%	
	GINECO OBSTETRICIA	Recuento	1	10	
		% dentro de SERVICIO	9,1%	90,9%	
		% dentro de SBO	20,0%	16,9%	
	CIRUGIA	Recuento	1	15	
		% dentro de SERVICIO	6,3%	93,8%	
		% dentro de SBO	20,0%	25,4%	
	SHOCK TRAUMA	Recuento	0	5	
		% dentro de SERVICIO	0,0%	100,0%	
		% dentro de SBO	0,0%	8,5%	

Fuente: elaboración propia

Gráfico 22. Distribución del síndrome de Burnout según Rango profesional del personal médico del área crítica del hospital San José del Callao en el período octubre – diciembre 2015.



Fuente: elaboración propia

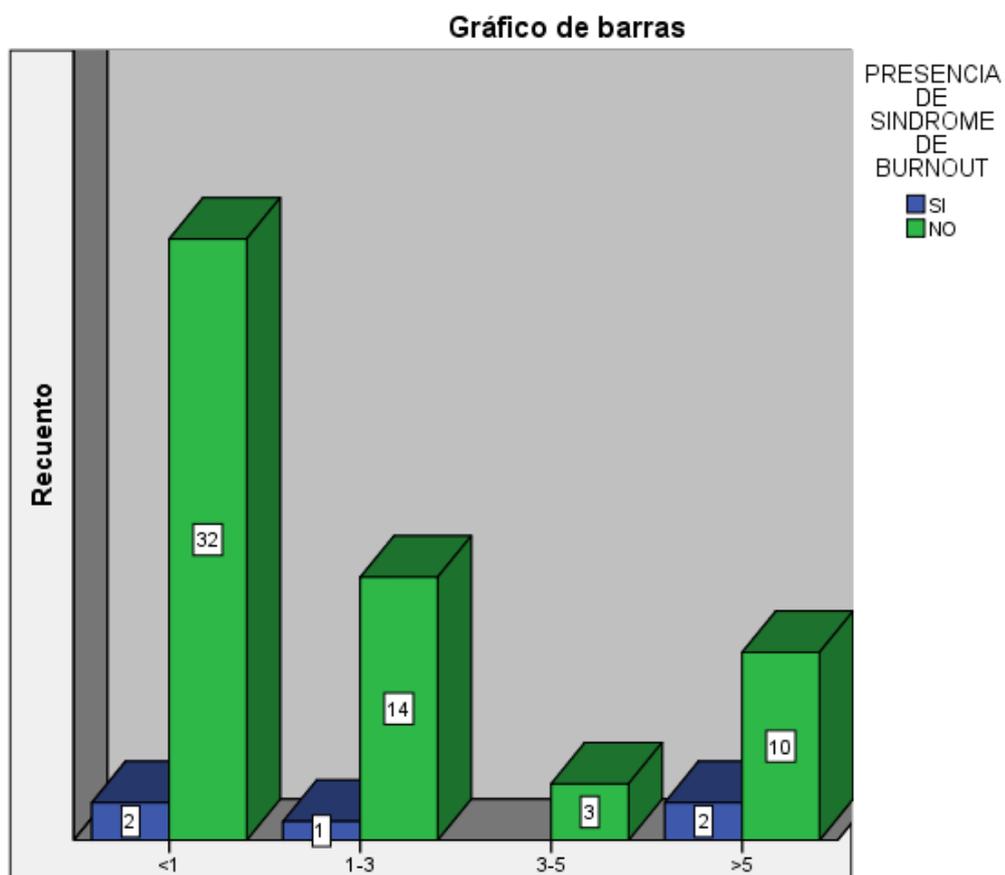
La tabla 8 nos muestra la distribución del síndrome de Burnout según los años que labora en su servicio el profesional estudiado y resulta los grupos con mayor prevalencia son los que trabajan menos de 1 año y más de 5 años, ambos con una cifra de 40.0% (n=2), seguido de los que trabajan de 1 a 3 años con una cifra de 20% (n=1), también se pueden apreciar los resultados en el gráfico 23.

Tabla 8. Distribución del síndrome de Burnout según tiempo que lleva trabajando en su servicio el personal médico del área crítica del hospital San José del Callao en el período octubre – diciembre 2015.

			PRESENCIA DE SINDROME DE BURNOUT		P
			SI	NO	
AÑOS QUE LABORA EN SU SERVICIO	<1	Recuento	2	32	
		% dentro de AÑOS	5,9%	94,1%	
		% dentro de SBO	40,0%	54,2%	
	1-3	Recuento	1	14	
		% dentro de AÑOS	6,7%	93,3%	
		% dentro de SBO	20,0%	23,7%	
	3-5	Recuento	0	3	
		% dentro de AÑOS	0,0%	100,0%	
		% dentro de SBO	0,0%	5,1%	
	>5	Recuento	2	10	
		% dentro de AÑOS	16,7%	83,3%	
		% dentro de SBO	40,0%	16,9%	

Elaboración: fuente propia

Gráfico 23. Distribución del síndrome de Burnout según tiempo que lleva trabajando en su servicio el personal médico del área crítica del hospital San José del Callao en el período octubre – diciembre 2015.



Elaboración: fuente propia

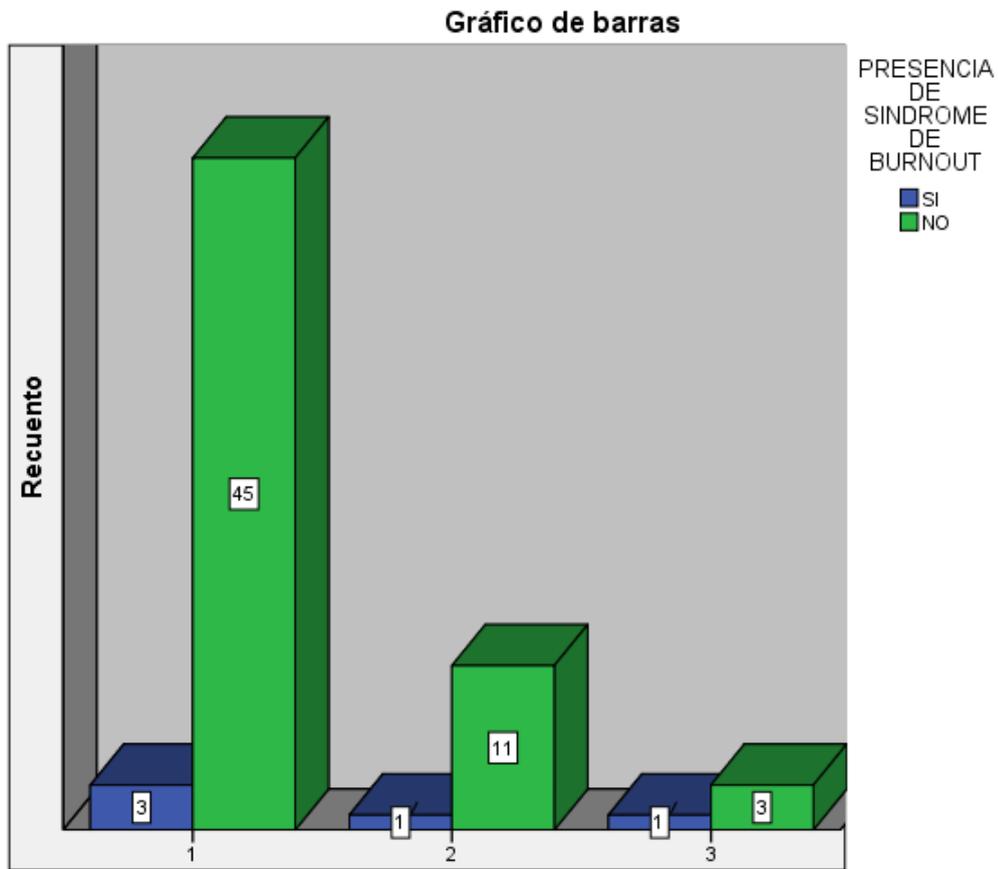
La tabla 9 nos muestra la distribución del síndrome de Burnout según la cantidad de lugares de trabajo del profesional estudiado y resulta los grupos con mayor prevalencia son los que trabajan en 1 solo lugar, con una cifra de 60.0% (n=3), seguido de los que trabajan en 2 y 3 lugares, ambos presentan una cifra de 20% (n=1), también se pueden apreciar los resultados en el gráfico 24.

Tabla 9. Distribución del síndrome de Burnout según la cantidad de lugares donde trabaja el personal médico del área crítica del hospital San José del Callao en el período octubre - diciembre 2015.

			PRESENCIA DE SINDROME DE BURNOUT		P
			SI	NO	
					,405
CANTIDAD DE LUGARES EN LOS QUE TRABAJA	1	Recuento	3	45	
		% dentro de CANTIDA	6,3%	93,8%	
		% dentro de SBO	60,0%	76,3%	
	2	Recuento	1	11	
		% dentro de CANTIDAD	8,3%	91,7%	
		% dentro de SBO	20,0%	18,6%	
	3	Recuento	1	3	
		% dentro de CANTIDAD	25,0%	75,0%	
		% dentro de SBO	20,0%	5,1%	

Fuente: elaboración propia

Gráfico 24. Distribución del síndrome de Burnout según la cantidad de lugares donde trabaja el personal médico del área crítica del hospital San José del Callao en el período octubre – diciembre 2015.



Fuente: elaboración propia

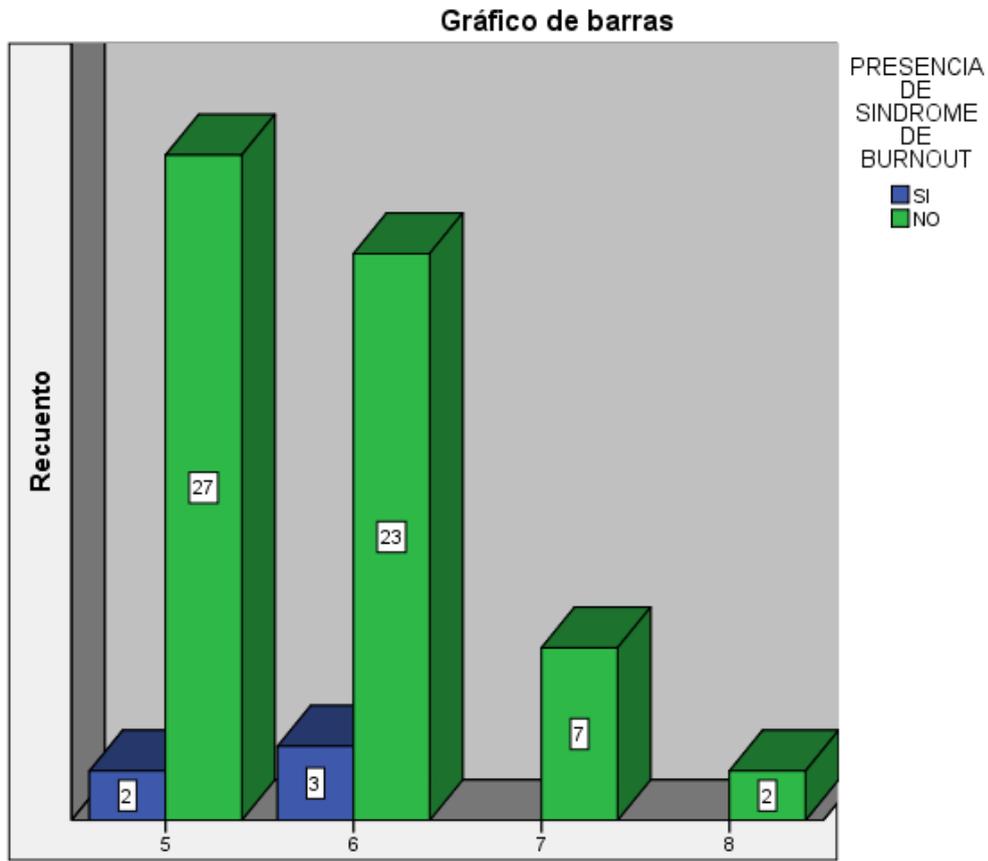
La tabla 10 nos muestra la distribución del síndrome de Burnout según la cantidad de horas que duerme al día el profesional estudiado y resulta los grupos con mayor prevalencia es el que duerme 6 horas al día, con una cifra de 60.0% (n=3), seguido por los que duermen 5 horas al día, que presentan una cifra de 40% (n=2), también se pueden apreciar los resultados en el gráfico 25.

Tabla 10. Distribución del síndrome de Burnout según la cantidad de horas que duerme el personal médico del área crítica del hospital San José del Callao en el período octubre – diciembre 2015.

			PRESENCIA DE SINDROME DE BURNOUT		P
			SI	NO	,730
HORAS QUE DUERME AL DÍA	5	Recuento	2	27	
		% dentro de HORAS	6,9%	93,1%	
		% dentro de SBO	40,0%	45,8%	
	6	Recuento	3	23	
		% dentro de HORAS	11,5%	88,5%	
		% dentro de SBO	60,0%	39,0%	
	7	Recuento	0	7	
		% dentro de HORAS	0,0%	100,0%	
		% dentro de SBO	0,0%	11,9%	
	8	Recuento	0	2	
		% dentro de HORAS	0,0%	100,0%	
		% dentro de SBO	0,0%	3,4%	

Fuente: elaboración propia

Gráfico 25. Distribución del síndrome de Burnout según la cantidad de horas que duerme el personal médico del área crítica del hospital San José del Callao en el período octubre – diciembre 2015.



Fuente: elaboración propia

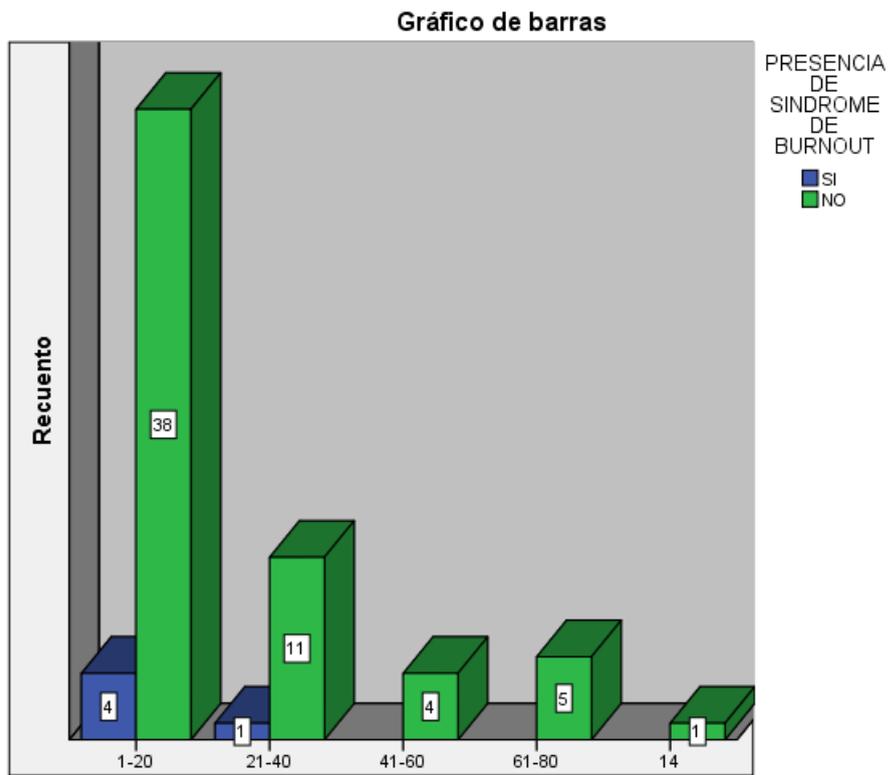
La tabla 11 nos muestra la distribución del síndrome de Burnout según la cantidad de horas que pasa con la familia por semana el profesional estudiado y resulta los grupos con mayor prevalencia es el que comparte con la familia de 1 a 20 horas a la semana con una cifra de 80.0% (n=4), seguido por los que comparten de 21 a 40 horas con la familia a la semana, que presentan una cifra de 20% (n=1), también se pueden apreciar los resultados en el gráfico 26.

Tabla 11. Distribución del síndrome de Burnout según la cantidad de horas que comparte con la familia a la semana el personal médico del área crítica del hospital San José del Callao en el período octubre – diciembre 2015.

			PRESENCIA DE SINDROME DE BURNOUT		P
			SI	NO	
HORAS QUE PASA CON SU FAMILIA A LA SEMANA	1-20	Recuento	4	38	
		% dentro de HORAS	9,5%	90,5%	
		% dentro de SBO	80,0%	64,4%	
	21-40	Recuento	1	11	
		% dentro de HORA	8,3%	91,7%	
		% dentro SBO	20,0%	18,6%	
	41-60	Recuento	0	4	
		% dentro de HORAS	0,0%	100,0%	
		% dentro de SBO	0,0%	6,8%	
	61-80	Recuento	0	5	
		% dentro de HORAS	0,0%	100,0%	
		% dentro de SBO	0,0%	8,5%	

Fuente: elaboración propia

Gráfico 26. Distribución del síndrome de Burnout según la cantidad de horas que comparte con la familia a la semana el personal médico del área crítica del hospital San José del Callao en el período octubre – diciembre 2015.



Fuente: elaboración propia

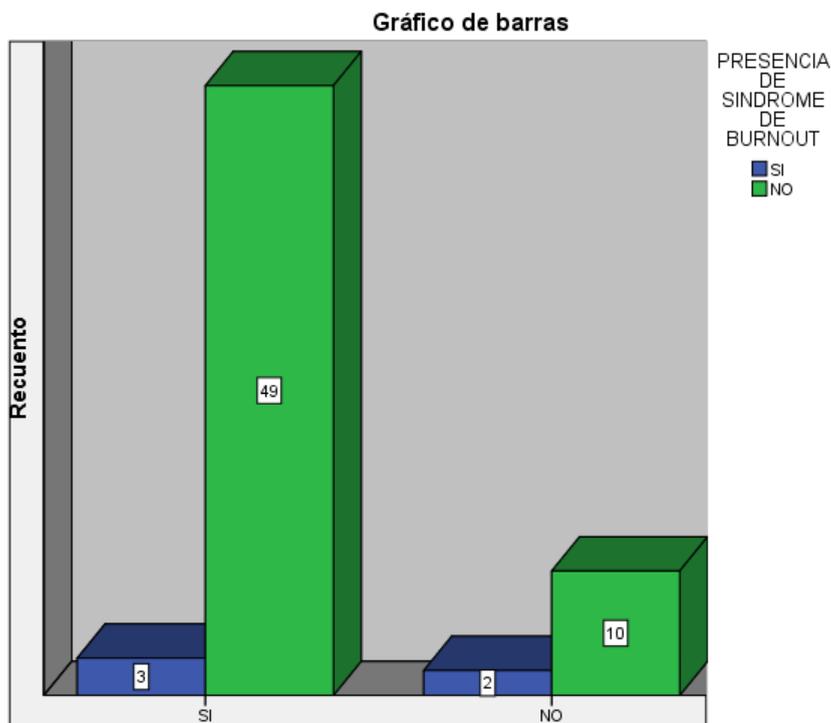
La tabla 12 nos muestra la distribución del síndrome de Burnout según si presentan un sentimiento de realización profesional, la mayor parte contestó “sí” con una cifra de 60.0% (n=4), y los que “no” fueron el 40.0% (n=2) restante. también se pueden apreciar los resultados en el gráfico 27.

Tabla 12. Distribución del síndrome de Burnout según la cantidad de horas que comparte con la familia a la semana el personal médico del área crítica del hospital San José del Callao en el período octubre – diciembre 2015.

			PRESENCIA DE SINDROME DE BURNOUT		p
			SI	NO	
¿SE SIENTE REALIZADO CON SU PROFESIÓN?	SI	Recuento	3	49	,233
		% dentro de PROFESIÓN	5,8%	94,2%	
		% dentro de SBO	60,0%	83,1%	
	NO	Recuento	2	10	
		% dentro de PROFESIÓN	16,7%	83,3%	
		% dentro de SBO	40,0%	16,9%	

Fuente: elaboración propia

Gráfico 27. Distribución del síndrome de Burnout según la cantidad de horas que comparte con la familia a la semana el personal médico del área crítica del hospital San José del Callao en el período octubre – diciembre 2015.



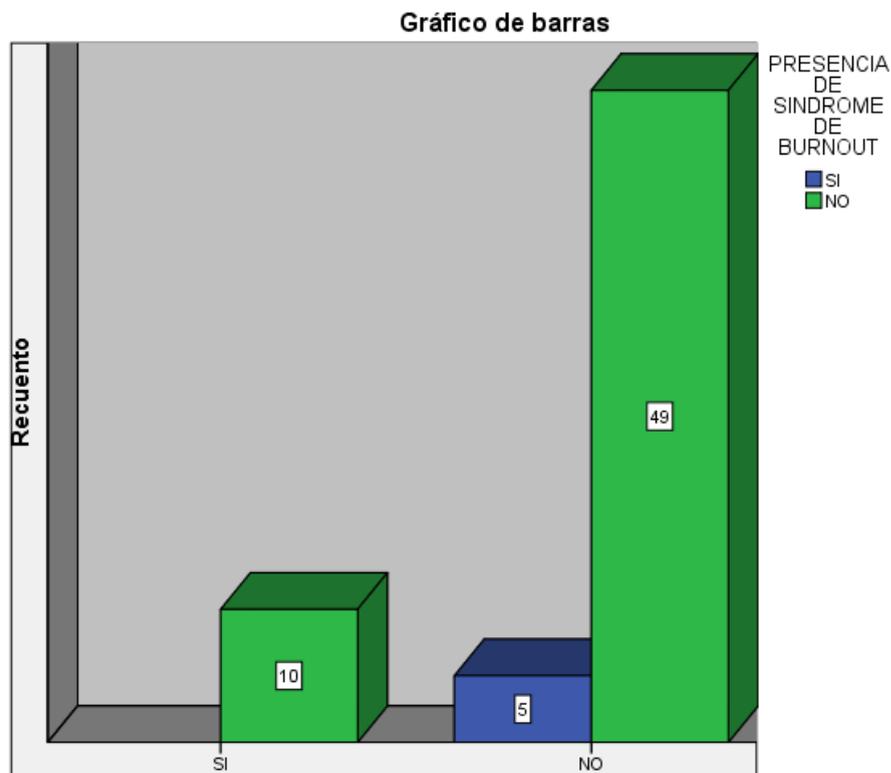
Fuente: elaboración propia

La tabla 13 nos muestra la distribución del síndrome de Burnout según si se presentan conformes con su salario, la respuesta coincidió en todo y fue “NO” con una cifra del 100.0%. También se pueden apreciar los resultados en el gráfico 28.

Tabla 13. Distribución del síndrome de Burnout según si se siente conforme con el salario el personal médico del área crítica del hospital San José del Callao en el período octubre – diciembre 2015.

			PRESENCIA DE SINDROME DE BURNOUT		p
			SI	NO	
¿SE ENCUENTRA CONFORME CON SU SALARIO?	SI	Recuento	0	10	,415
		% dentro de SALARIO	0,0%	100,0%	
		% dentro de SBO	0,0%	16,9%	
	NO	Recuento	5	49	
		% dentro de SALARIO	9,3%	90,7%	
		% dentro de SBO	100,0%	83,1%	

Gráfico 28. Distribución del síndrome de Burnout según si se siente conforme con el salario el personal médico del área crítica del hospital San José del Callao en el período octubre – diciembre 2015.



Fuente: elaboración propia

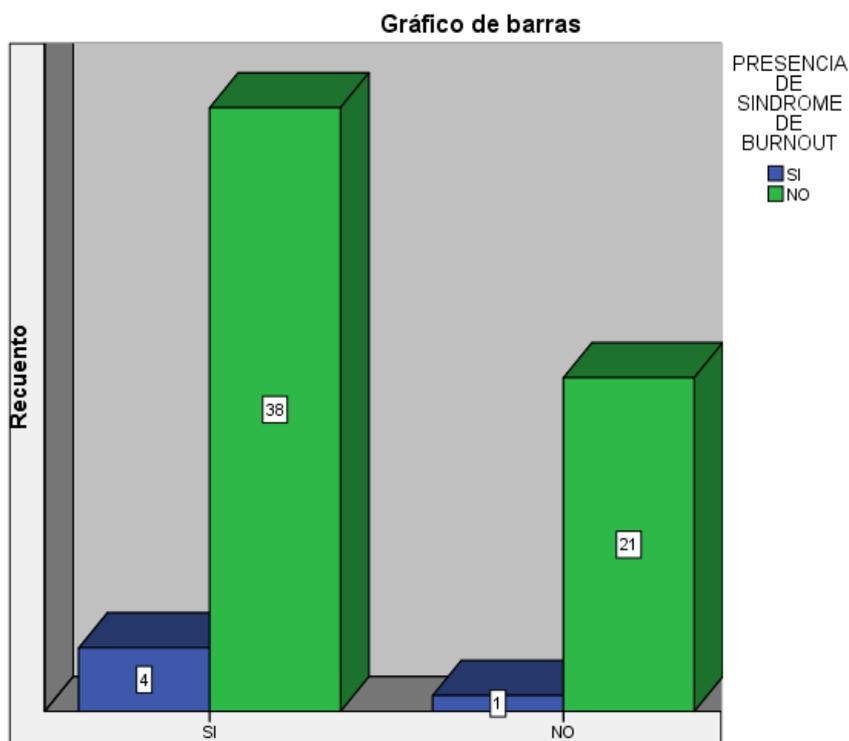
La tabla 14 nos muestra la distribución del síndrome de Burnout según si el personal estudiado realiza algún deporte o hobby habitualmente, los que respondieron “SI” fue el 80.0% (N=4) y “NO” el 20.0% (n=1) restante. También se pueden apreciar los resultados en el gráfico 29.

Tabla 14. Distribución del síndrome de Burnout según si realiza algún deporte o hobby habitualmente el personal médico del área crítica del hospital San José del Callao en el período octubre – diciembre 2015.

			PRESENCIA DE SINDROME DE BURNOUT		p
			SI	NO	
¿REALIZA ALGUN DEPORTE/HOBBY?	SI	Recuento	4	38	,435
		% dentro DEPORTE/HOBBY	9,5%	90,5%	
		% dentro de SBO	80,0%	64,4%	
	NO	Recuento	1	21	
		% dentro DEPORTE/HOBBY	4,5%	95,5%	
		% dentro SBO	20,0%	35,6%	

Fuente: elaboración propia

Gráfico 29. Distribución del síndrome de Burnout según si realiza algún deporte o hobby habitualmente el personal médico del área crítica del hospital San José del Callao en el período octubre – diciembre 2015.



Fuente: elaboración propia

La tabla 15 nos muestra la distribución del síndrome de Burnout según si el personal estudiado consume alcohol o tabaco ya sea esporádica o habitualmente, los que respondieron “SI” fue el 80.0% (N=4) y “NO” el 20.0% (n=1) restante. También se pueden apreciar los resultados en el gráfico 30.

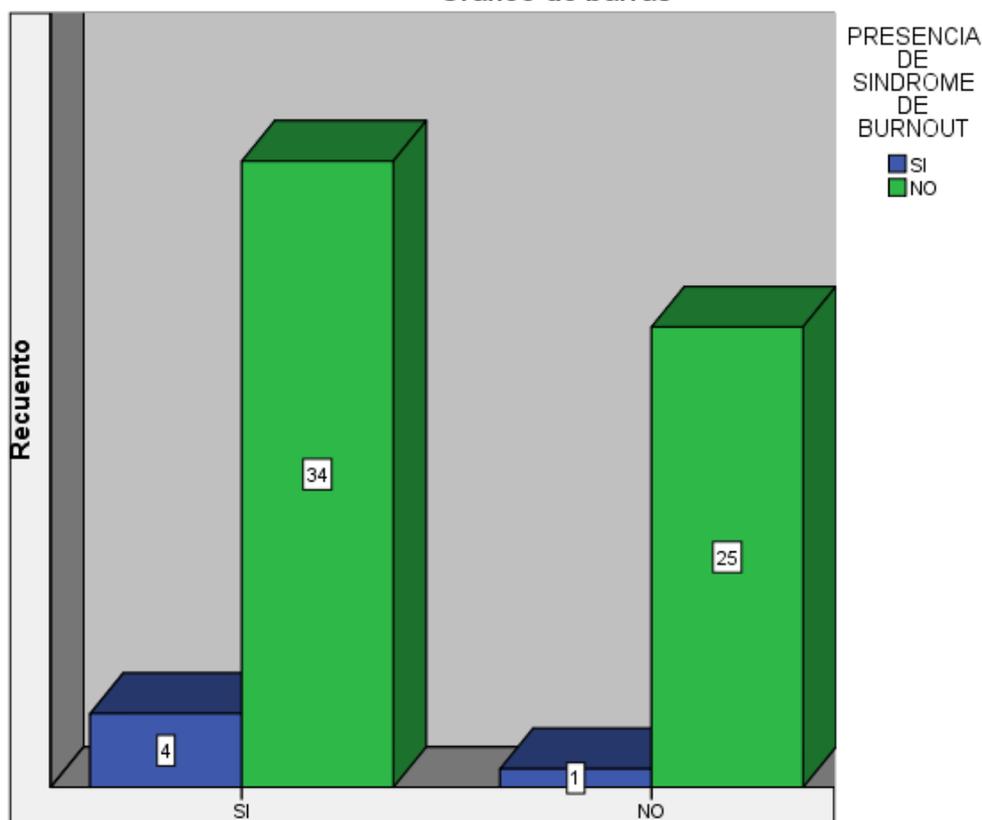
Tabla 15. Distribución del síndrome de Burnout según si consume tabaco o alcohol ya sea esporádica o habitualmente el personal médico del área crítica del hospital San José del Callao en el período octubre – diciembre 2015.

			PRESENCIA DE SINDROME DE BURNOUT		p
			SI	NO	
¿CONSUME TABACO Y/O ALCOHOL?	SI	Recuento	4	34	,318
		% dentro de CONSUME	10,5%	89,5%	
		% dentro de SBO	80,0%	57,6%	
	NO	Recuento	1	25	
		% dentro de CONSUME	3,8%	96,2%	
		% dentro de SBO	20,0%	42,4%	

Fuente: elaboración propia

Gráfico 30. Distribución del síndrome de Burnout según si consume tabaco o alcohol ya sea esporádica o habitualmente el personal médico del área crítica del hospital San José del Callao en el período octubre – diciembre 2015.

Gráfico de barras



Fuente: elaboración propia

La tabla 16 nos muestra el nivel de las dimensiones del síndrome de Burnout según el área en donde trabaja el personal médico estudiado, resultando que dentro de la dimensión “cansancio emocional”, el servicio de medicina fue el que presentó mayor prevalencia de personal médico con nivel es más altos de “cansancio emocional” siendo esta de 36.8% (n=7), además el servicio de medicina fue el que tuvo la mayor prevalencia de personal médico con niveles bajos de “cansancio emocional” siendo esta 39.3% (n=11)

En cuanto a la dimensión “despersonalización”, el servicio de medicina y fueron los que presentaron la mayor prevalencia de “despersonalización” teniendo ambos 36% (n=9), además el servicio de medicina fue el que presentó la mayor prevalencia de niveles bajos de despersonalización, siendo esta de 42.9% (n=9).

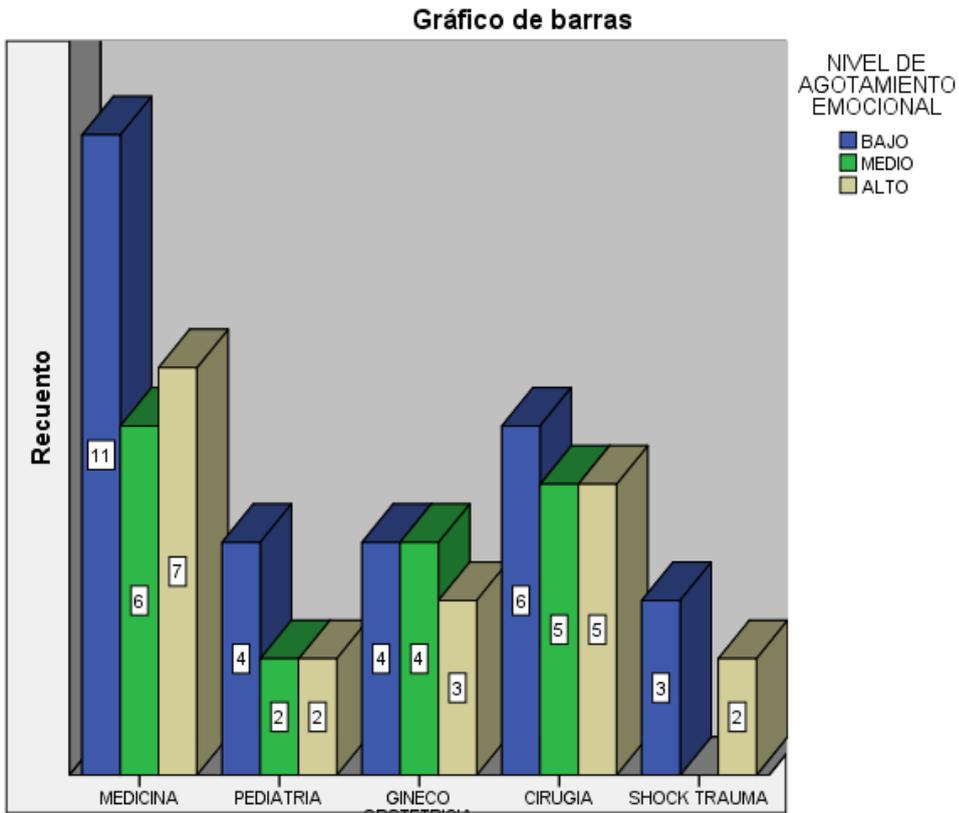
En cuanto a la dimensión “realización personal”, el servicio de medicina fue el que presentó la mayor prevalencia de personal médico con niveles más altos de “realización personal” siendo esta de 50.0% (n=12), por otro lado el servicio de cirugía fue el que presento la mayor prevalencia de niveles bajos de realización personal, siendo esta de 36.4% (n=8).

Los resultados se pueden apreciar por separado en los gráficos 31,32 y 33.

Tabla 16. Nivel de las dimensiones del síndrome de Burnout según el área donde trabaja el personal médico del área crítica del hospital San José del Callao en el período octubre – diciembre 2015

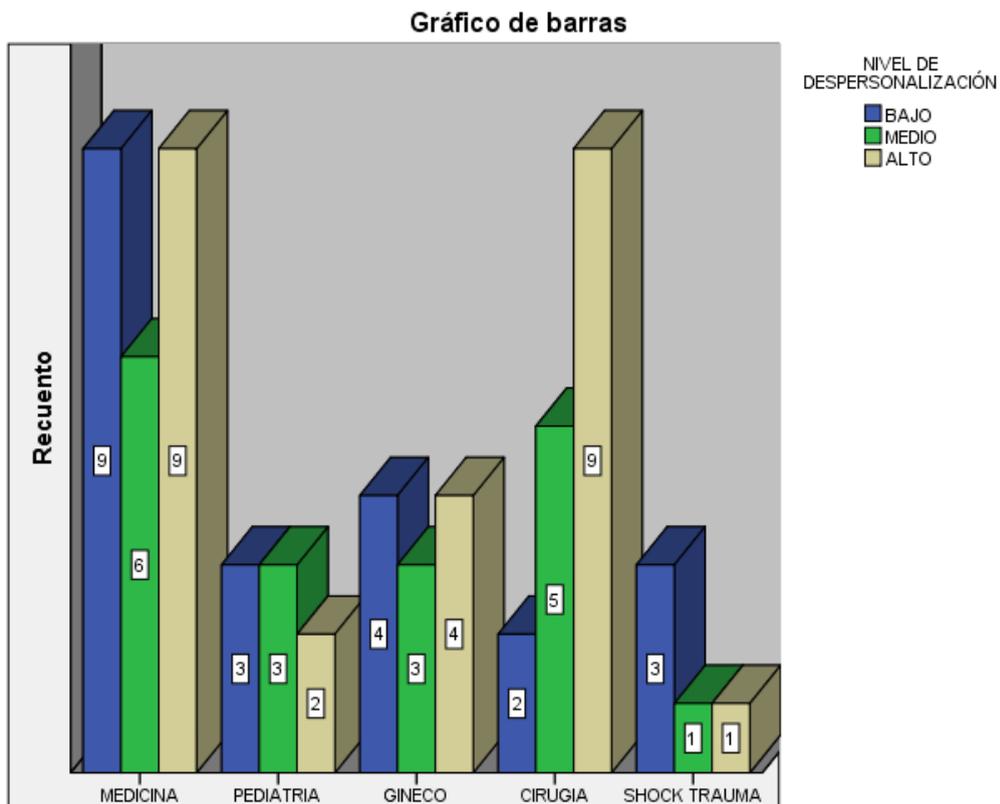
SERVICIO	AGOTAMIENTO EMOCIONA			DESPERSONALIZACIÓN			REALIZAC. PERSONAL		
	B	M	A	B	M	A	B	M	A
MEDICINA	11	6	7	9	6	9	6	6	12
%dentro deservicio	45.8%	25.0%	29.2%	37.5%	25.0%	37.5%	25.0%	25.0%	50.0%
%dentro del nivel	39.3%	35.3%	36.8%	42.9%	33.3%	36.0%	27.3%	33.3%	50.0%
PEDIATRÍA	4	2	2	3	3	2	3	3	2
%dentro de servicio	50.0	25.0%	25.0%	37.5%	37.5%	25.0%	37.5%	37.5%	
%dentro de nivel	14.3%	11.8%	10.5%	14.3%	16.7%	8.0%	25.0%	13.6%	16.7%
								8.3%	
GINECO –OSBT	4	4	3	4	3	4	4	3	4
%dentro de servicio	36.4%	36.4%	27.3%	36.4%	27.3%	36.4%	36.4%	27.3%	36.4%
%dentro de nivel	14.3%	23.5%	15.8%	19.0%	16.7%	16.0%	18.2%	16.7%	16.7%
CIRUGÍA	6	5	5	2	5	9	8	5	3
%dentro de servicio	37.5%	31.3%		12.5%	31.3%	56.3%	50.0%	31.3%	
%dentro de nivel	31.3%			9.5%	27.8%	36.0%	8.8%		
	21.4%	29.4%	26.3%				36.4%	27.8%	
							12.5%		
SHOCK TRAUMA	3	0	2	3	1	1	1	1	3
%dentro de servicio	60.0%	0.0%		60.0%	20.0%	20.0%	20.0%	20.0%	60.0%
%dentro de nivel	40.0%			14.3%	5.6%	4.0%	4.5%	5.6%	12.5%
	10.7%	0.0%	10.5%						

Gráfico 31. Nivel de agotamiento emocional según el área de trabajo el personal médico del área crítica del hospital San José del Callao en el período octubre – diciembre 2015



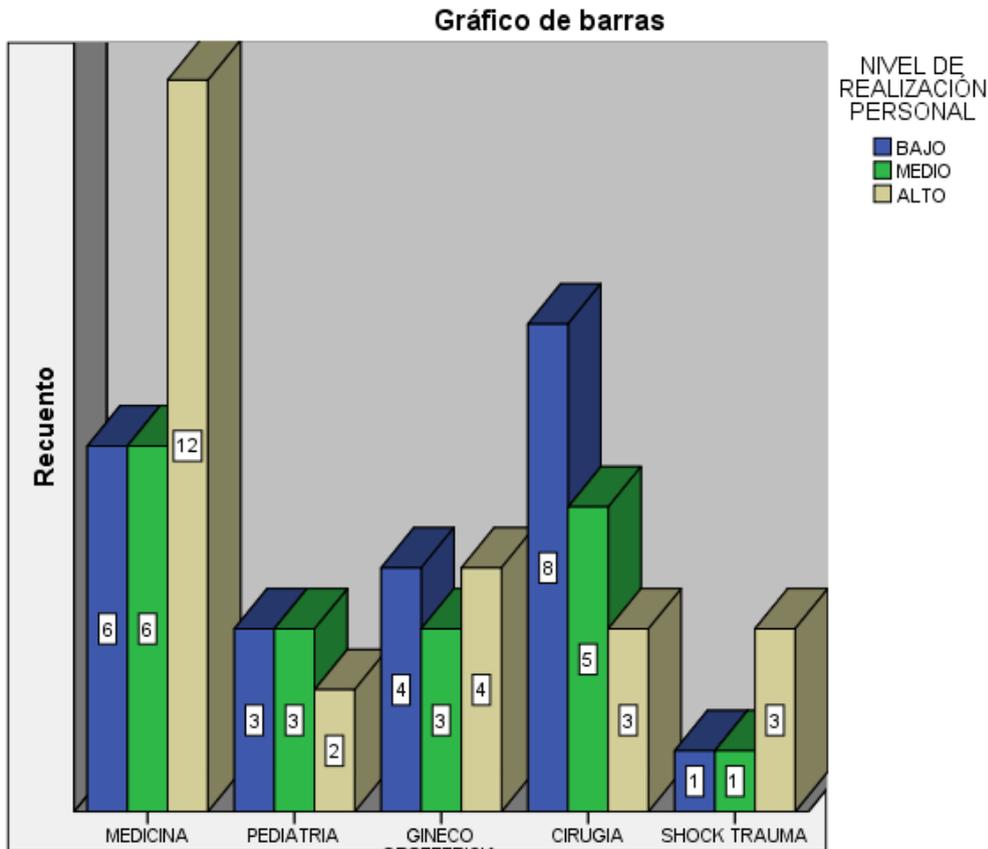
Fuente: elaboración propia

Gráfico 32. Nivel de despersonalización según el área de trabajo el personal médico del área crítica del hospital San José del Callao en el período octubre – diciembre 2015



Fuente: elaboración propia

Gráfico 33. Nivel de realización personal según el área de trabajo el personal médico del área crítica del hospital San José del Callao en el período octubre – diciembre 2015



Fuente: elaboración propia

5.2 DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La población total que se escogió fue personal médico del área crítica del hospital San José del Callao en el período octubre – diciembre del 2015, de la cual la muestra que se obtuvo fue de 64 médicos, entre ellos 43.8% (n=28) fueron internos, 25.0% (n=16) fueron residentes y 31.3% (n=20) fueron asistentes.

En el presente estudio se halló la presencia del síndrome de Burnout, cuya prevalencia fue de 7.8% (n=5), por otro lado el 92.1% (n=59) no lo presentó. Este resultado fue el esperado por el estudio y se asemeja a un estudio realizado en el hospital Cayetano Heredia en el 2014, que se encuentra una prevalencia de 3.76 (n=2) de síndrome de Burnout en el personal de emergencia pediátrica.

Por otro lado se halló que el 29.7% (n=19) de los participantes presentó un nivel alto de “cansancio emocional”, el 39.1% (n=25) presentó un nivel alto de despersonalización, y el 37.5% (n=24) presentó un alto nivel de realización personal.

El cuanto a las variables sociodemográficas y laborales como factores asociados a la presencia del síndrome de Burnout, se encontró que los participantes que tenían de 20 a 29 años fueron el 60.0% (n=3) de los que presentaron SBO, si bien es cierto que hay una tendencia, no encontró asociación estadísticamente significativa ($p=0.300$). Estudios como el de Gil y Cols realizados en España (5) y Mingote y Cols en estudios realizados en Universidad de Complutense de Madrid (21) revelan que el síndrome se da con mayor frecuencia en médicos más Jóvenes, y que la satisfacción laboral aumenta con la edad.

Se halló que el 60.0 % (n=3) del persona estudiado que presentaba el SBO era de sexo masculino, no se encontró asociación estadísticamente significativa ($p=0,590$). Grau, Flintentrei y Cols (10) realizan investigación sobre el síndrome de Burnout en personal médico hispanoamericano y concluyen que el 51% son hombres y 49% son mujeres, dicha investigación tiene cierta semejanza con la nuestra en esta característica sociodemográfica.

El 80.0% (n=4) del personal médico con síndrome de Burnout era soltero, en este grupo se encontró una tendencia pero no una asociación estadísticamente significativa ($p=0,973$). Mingote y Cols asocian el síndrome de Burnout con las parejas que no tienen parejas estables, y que las personas solteras tienen mayor cansancio emocional, mayor despersonalización y menor realización personal.

El 40.0% (n=2) eran internos de medicina ($p=0,930$), el 40.0 % (n=2), pertenecían al servicio de medicina ($p=0,944$). En estos grupos no se halló asociación estadísticamente significativa.

En cuanto a la cantidad de años que laboran en el servicio, tanto los que tenían menos de 1 año trabajando y los que tenían más de 5 años tuvieron 40.0% (n=2) de presencia del SBO, si bien es cierto se encontró una tendencia en los que tienen menos de 1 año laborando en el servicio, no se encontró asociación estadísticamente significativa ($p=0,623$). Se evidencia la prevalencia de una población con pocos años de graduado, lo que según algunos autores como Gils y Cols es un factor de riesgo para padecer el síndrome ya que la satisfacción laboral aumenta con los años.

así también el personal estudiado que trabajaba en 1 solo lugar presentó el 60.0% (n=3) de presencia del SBO ($p=0,405$), no encontrándose en estos grupos asociación estadísticamente significativa.

El personal que duerme 6 horas al día presentó un 60.0% (n=3) de SBO y el que dormía 5 horas al día presentó el 40% restante ($p=0,730$), además se encontró que el personal que pasa 1-20 horas a la semana con su familia tuvo mayor porcentaje de SBO siendo este del 80.0% (n=4) ($p=0,960$), no encontrándose en estos grupos asociación estadísticamente significativa.

En el personal que respondió sentirse realizado con su profesión se halló un 60.0 % (n=3) que presentaba SBO, y en los que respondieron no sentirse realizados con su profesión se encontró que un 40.0% (n=2) presentaba SBO, no encontrándose asociación estadísticamente significativa ($p=0,233$).

En el personal que respondió que no se sentía conforme con su salario se halló 100.0% (n=5) de SBO, no encontrándose asociación estadísticamente significativa ($p=0,415$).

En el personal que practica un deporte o hobby habitualmente se halló que el 80% presentaba SBO ($p=0,435$) y por último

En el grupo de los que consumían tabaco o alcohol ya sea esporádica o habitualmente se encontró 80.0% (n=4) de SBO, se encontró mayor prevalencia en los que consumen alcohol o tabaco, pero no se encontró asociación estadísticamente significativa ($p=0,318$). Sosa, Oberlin (30) refieren en un estudio realizado en médicos de la ciudad de El Rosario, Argentina que en un 20.9 % de los médicos consumen cigarrillos y serán más propensos a presentar el Síndrome de Burnout esta investigación se asemeja a la nuestra en este dato. Cohen, JS (31) refieren en investigación realizada en la Universidad de Calgary-Canadá que uno de los factores asociados con el síndrome de desgaste profesional es el consumo de alcohol.

Respecto a qué servicios presentaron los niveles más altos y más bajos de las dimensiones del síndrome de Burnout, siendo estas el “cansancio emocional”, la “despersonalización” y la “realización personal”, encontramos lo siguiente:

Con respecto a la dimensión “cansancio emocional”, el personal estudiado del servicio de medicina fue el que presentó los niveles más altos, llegando a un 36.8%, además este servicio fue el que presentó el personal con los niveles más bajos de “cansancio emocional” llegando al 39.3%. Este

resultado concuerda con la hipótesis de que el servicio de medicina es el que tiene los niveles más altos de “cansancio emocional”.

Con respecto a la dimensión “despersonalización”, el personal estudiado del servicio de medicina y cirugía fueron los que presentaron los niveles más altos, llegando ambos a un 36.0%, además el servicio de medicina fue el que presentó el personal con los niveles más bajos de “despersonalización”, llegando al 42.9%. Este resultado concuerda con la hipótesis de que el servicio de medicina es el que tiene niveles más altos de “despersonalización”

Con respecto a la dimensión “realización personal”, el personal estudiado del servicio de medicina fue el que presentó los niveles más altos, llegando al 50%, por otro lado el personal del servicio de cirugía fue el que presentó los niveles más bajos de realización personal, llegando a un 36.4%.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

1. Existe una baja prevalencia de síndrome de Burnout en el personal médico del área crítica del hospital San José del Callao, llegando a ser 7.8% los afectados de la muestra tomada.
2. Existe un gran porcentaje del personal médico del área crítica que presenta un nivel alto de “cansancio emocional”, siendo este el 29.7%.

3. Existe un gran porcentaje del personal médico del área crítica que presenta un nivel alto de “despersonalización”, siendo este el 39.1%.
4. Existe un gran porcentaje del personal médico del área crítica que presenta un nivel alto de “realización personal”, siendo este el 37.5%.
5. Los factores asociados que se plantearon como asociados al síndrome de Burnout; tales como edad, sexo, estado civil, rango profesional, servicio en donde trabaja, cantidad de trabajos que tiene, horas que trabaja al día, horas que duerme al día, horas que pasa con la familia a la semana, realización profesional, conformidad con el salario, práctica de deporte o hobby y consumo de tabaco o alcohol, no se les encontró una asociación estadísticamente significativa.
6. El personal del área crítica del servicio de medicina fue el que presentó los niveles más altos de “cansancio emocional”, “despersonalización” y “realización personal”, asimismo fue el que presentó los niveles más bajos de “cansancio emocional” y “despersonalización”.
7. El personal del área crítica del servicio de cirugía fue el que presentó los niveles más bajos de “realización personal”.

RECOMENDACIONES

1. Promover la salud mental del personal médico del área crítica del hospital San José del callao, una forma de esto es realizar Charlas sobre el afrontamiento al estrés; talleres sobre técnicas de relajación y el buen uso del tiempo libre.
2. Identificar a aquellos que presentan el perfil de un individuo con Burnout y realizar actividades que le brinden apoyo para procurar un mejor estado.

3. Promover en el Hospital la formación de un grupo de terapia grupal para los Internos, residentes y asistentes donde se permita la expresión de emociones y puedan contar con el apoyo de personal capacitado en psiquiatría y psicología.
4. Llamar a la atención del servicio de psiquiatría sobre este tema para la investigación más a fondo y formen parte del diagnóstico y tratamiento de esta entidad.
5. Informar los resultados obtenidos de la presente investigación, al hospital con el fin de implementar medidas profilácticas para evitar la aparición del síndrome.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aranda, C., Pando, M. y Torres, T. (2005) "Factores psicosociales y síndrome de Burnout en médicos de familia. México" Anales de la Facultad de Medicina. UNMSM Sept. vo1.66, nO.3, pp. 225-31 lima. Perú.
2. Arévalo, Y. (2004). "Sobrecarga laboral y su influencia en la funcionalidad familiar de los profesionales de enfermería del Hospital Regional de Ayacucho". Ayacucho. Tesis pre grado de la Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga.
3. Barría, M. (2002). "Síndrome de Burnout en asistentes sociales del Servicio Nacional de Menores de la Región Metropolitana de Chile.
4. Del Río, O. y Perezagua, M. (2003). El síndrome de burnout en los enfermeros/as del Hospital Virgen de la Salud de Toledo. España.

5. Dueñas, M., Merma, L. y Ucharico, R.(2003) "Prevalencia de Burnout en médicos de la ciudad de Tacna" CIMEL,2003.
6. Desgaste Psíquico en el Trabajo: El Síndrome de Quemarse. 18 ed. Síntesis. Madrid. 1997.
7. Martínez, A. y Del Castillo, C. (2003). "Estudio sobre la prevalencia del burnout en los médicos del Área Sanitaria de Talavera de la Reina" . Revista de Atención Primaria. España.
8. Peiró, J.M. (2005). El síndrome de burnout. Ed. Pirámide. Madrid
9. Peralta, K. y Pozo, S. (2006). "Factores asociados al síndrome de burnout en el equipo de salud asistencial del Hospital de Apoyo Huanta". Ayacucho. Tesis pre grado de la Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga.
10. Vargas, Torres. Factores psicosociales y Síndrome de Burnout en médicos del primer nivel de atención. Investigación en salud, Abril 2006; Volumen 6, No 001.
11. Mac Grau y Cronholm. Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales. Gaceta Sanitaria Barcelona. 2005; 196; 463-4.
12. Ayuso, J. Profesión docente y estrés laboral: una aproximación a los conceptos de Estrés Laboral y Burnout. Universidad de Cádiz, España. 2007
13. Rocha-Luna JM. Síndrome de Burnout, ¿el médico de urgencias incansable? Rev. Mex Med Urg; 2002; 1: 48 -56.
14. McCue JD. The effect of stress on physicians and their practice.N Engl J Med 2004; 306; 458-63.
15. Mingote A.J.C, Pérez-Corral F: El estrés del médico. Madrid, España; Ed. Díaz de Santos, 1999; 41-59.
16. Kapur N, Appleton K, Neal RD. Sources of job satisfaction and psychological distress in GPs and medical house officers. Fam Pract 2006; 16: 600-1.
17. Molina, Manzanilla. Niveles de autoapreciación del estrés y la presencia de síntomas en médicos residentes de postgrado que laboran en la emergencia del IAHULA, Mérida.Venezuela. Medula, Revista de la Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes. Mérida.Venezuela: 2001; 9: 1-4. 18. Talt D, Bradley C, Wipf J, Back A Resident burnout and self-reported patient care. Ann Int Med 2002; 136 5; 358-67.
19. Cabello L, D'Anello S. Síndrome de desgaste profesional (Burnout) y apoyo familiar en médicos residentes de la Universidad de Los Andes. MedULA, Revista de la Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes. Mérida Venezuela 2004; 10: 1-4. 82
20. Quill TE, Williamson PR Healthy approaches to physician stress. Arch Intern Med 1990; 150: 1857-61.

21. Álvarez Ledezma ML, García Campos ML, Huerta-FrancoMR, Palma-Monjaraz B A. Síndrome de Burnout y su relación con síntomas emocionales en el personal de enfermería. Calimed; 2003; 9 1; 17-18.
22. López-Franco M, Rodríguez-Núñez A, Fernández-Sanmartín M, Marcos- Alonso S, Martínón-Torres F, Martínón-Sánchez JM. Síndrome de desgaste profesional en el personal asistencial pediátrico. An Pediatr (Barc) 2005; 62 3; 248-51.
23. Grumet WG. Pandemonium in the modern hospital. New Eng J Med 1993; 328:433-437.
24. Keller AL, Koenig WJ. Management of stress and prevention of burnout in emergency physicians. Ann Emerg Med 1989; 18: 42-7.
25. Gallery ME, Whitley TK, Klonis LK, et al. A study of occupational stress and depression among emergency physicians. Ann Emerg Med 1992; 21: 58-64.
26. Cabrera-Gutiérrez LS, Lopez-Rojas P, Salinas-Tovar S, Ochoa-Tirado JG, Marín-Cotoñieto IA, Haro-García L. Burnout syndrome among Mexican hospital nursery staff. Rev. Med IMSS 2005; 43 1; 11-15.
27. Yusvisaret Palmer-Morales L, Gómez-Vera A, Cabrera-Pivaral C, Prince-Vele R, Searcy-Bernal R. Prevalencia del síndrome de agotamiento profesional en médicos anesestesiólogos de la Ciudad de Mexicali. Gac Med Mex 2005; 181-183.
28. Mitjans, Arias. Genética de la ansiedad y depresión. Actas españolas psiquiátricas, Madrid 2012 40(2):70-83
29. Bittar C. Síndrome de Burnout y estilos de personalidad en estudiantes universitarios. Tesis de especialización en psicología. Mendoza, Argentina 2.008
30. Oberlin S. Frecuencia de los síntomas del síndrome de Burnout en profesionales médicos. Revista médica del Rosario. Argentina 2007:73, 12-20
31. Moreno, Jiménez y Cols. Satisfacción laboral y Burnout en trabajos pocos cualificados. Revista psicológica; Madrid 2010 Trab.V.26n.3
32. Quiroz, R. y Saco, S. (1999). Factores asociados al síndrome burnout en médicos y enfermeras del Hospital Nacional Sur Este de EsSalud del Cusco. Revista SITUA Semestral de la Facultad de Medicina Humana. Edit. Universidad Nacional San Antonio de Abat del Cuzco.
33. Carmen Sandoval "Síndrome de burnout en el personal Profesional del hospital de yumbel" Agrupacion de médicos en etapa de destinación y formación Colegio médico de Chile.
34. Maslach C, Jackson S. MBI Maslach Burnout Inventory. Manual Research Edition, Palo Alto: University of California. Consulting Psychologist Press, 1996.
35. Gil Monte, P. El Síndrome de quemarse por el Trabajo (Burnout). Una Enfermedad Laboral en la Sociedad de Bienestar. Madrid: Editorial Pirámide. 2005.

36. Rodríguez-Pimentel L, Silva-Romo R, Beltrán-Parraga S, Solís F, Wilkins Gámis A, Than Gómez T. Síndrome de desgaste laboral en el médico. Med Int Mex. 2003; 19 3: 9-254.
37. Guillen, C. y Guil, R. Psicología del Trabajo para Relaciones Laborales. Madrid: Mc Graw Hill Interamericana. 2008.
38. Purnanova, Muro. Síndrome de Burnout y personalidad en médicos residentes. Journal of vocational Behavior 2010. Journal homepage; www.elsevier .com /locate/ JVG; 406 - 456
39. Swider, Ziimmerman. Síndrome de Burnout, depresión y satisfacción laboral en médicos residentes Journal of vocational Behavior 2009. Journal homepage; www.elsevier .com /locate/ JVG; 487-506
40. Becker, Miland. Síndrome de Burnout, depresión y satisfacción laboral en residentes de ginecología American Journal of Obstétricas and gynecology 2010; 144.195- 9.
41. Paredes, Sanabria. Prevalencia del Síndrome de Burnout en residentes de especialidades médicos quirúrgicas, su relación con el bienestar psicológico y con variables sociodemográficas y laborales .Revista MED. 2008; 161; 25- 32
42. Grau, Flintentrei, Suñer, Braga. Influencia de factores personales y profesionales y trasnacionales en el síndrome de Burnout en personal sanitario hispanoamericano y Español. Revista de atención primaria 2008;VOL. 27 No 5.
43. Aranda, Pando. Síndrome de Burnout. Revista mexicana de Anestesiología. 2004; Volumen 27.

ANEXOS

ANEXO 01: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES INDEPENDIENTES: Variables laborales y sociodemográficas

VARIABLES	Tipo de variable	Escala de medición	Definición Operacional de las Variables	Dimensiones	Indicador
Edad	Cuantitativa	Intervalo	años de vida	Años	Cuestionario
Sexo	Cualitativa	Nominal	Caracteres genéticos, morfológicos y funcionales, que distinguen a los hombres de las mujeres	Masculino Femenino	Cuestionario

Estado civil	Cualitativa	Nominal	Condición de pareja respecto a los derechos y obligaciones civiles	Soltero Casado Viudo Divorciado Conviviente	Cuestionario
Cargo	Cualitativa	Nominal	Cargo que ocupa en el hospital	Interno Residente Asistente	Cuestionario
Servicio en el que trabaja	Cualitativa	Nominal	Servicio en el que trabaja	Medicina Pediatria Gineco obstetricia Cirugia Trauma shock	Cuestionario
Horas que pasa con la familia por semana	Cuantitativa	Intervalo	Número de horas que la persona comparte con la familia	Unidades	Cuestionario
Actividades extra laborales (deporte/ocio)	Cualitativa	Nominal	Actividades extralaborales que realice la persona	Si No	Cuestionario
Horas que duerme al día	Cuantitativa	Intervalo	Cantidad de horas que la persona invierte en dormir	Unidades	Cuestionario
Uso de alcohol/tabaco	Cualitativa	Nominal	Si la persona consume alcohol y/o tabaco	Si No	Cuestionario
Tiempo que lleva trabajando en su servicio	Cuantitativa	Intervalo	Cantidad de años que lleva trabajando en el servicio	Unidades	Cuestionario

Número de lugares donde trabaja	Cuantitativa	Intervalo	Cantidad de lugares en los que trabaja	Unidades	Cuestionario
Satisfacción con el salario	Cualitativa	Nominal	Sentimiento de satisfacción relacionado con el salario según el trabajo realizado	Si No	Cuestionario
Satisfacción con la profesión	Cualitativa	Nominal	Sentimiento de satisfacción con la profesión a la que se dedica	Si No	Cuestionario

VARIABLES DEPENDIENTES:

Para diagnosticar al profesional con el síndrome de Burnout deberá tener un valor alto en el componente de Agotamiento emocional (AE) y Despersonalización (DP), mientras que un valor bajo en Realización Personal (RP).

Los profesionales por encima del percentil 75 se clasificarán en la categoría "alto", entre el percentil 75 y 25 en la categoría de "medio" y por debajo del percentil 25 en la categoría "bajo"

Dimensión	Indicador de Dimensión	Valor de dimensión	Indicador de variable
Agotamiento Emocional (AE)	Preguntas 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20 del cuestionario del Síndrome de Burnout De Maslach.	Nunca(0) Pocas veces al año o menos(1) Una vez al mes o menos(2) Pocas veces al mes(3) Una vez a la semana(4) Varias veces a la semana(5)	Alto:27-54 Medio:19-26 Bajo:0-18

		Diariamente(6)	
Despersonalización (DP)	Afirmaciones: 5, 10, 11, 15, 22 del cuestionario del Síndrome de Burnout De Maslach.	Nunca(0) Pocas veces al año o menos(1) Una vez al mes o menos(2) Pocas veces al mes(3) Una vez a la semana(4) Varias veces a la semana(5) Diariamente(6)	Alto:10-30 Medio:6-9 Bajo:0-5
Realización Personal (RP)	Afirmaciones: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21 del cuestionario del Síndrome de Burnout De Maslach.	Nunca(0) Pocas veces al año o menos(1) Una vez al mes o menos(2) Pocas veces al mes(3) Una vez a la semana(4) Varias veces a la semana(5) Diariamente(6)	Alto:40-48 Medio:6-9 Bajo:0-33
Síndrome de Burnout (SBO)		AE : ALTO DP:ALTO RP:BAJO	SI
			NO

ENCUESTA:

- 1. ¿Cuál es su edad?**
- 2. ¿Cuál es su Sexo?**
 - a. Masculino
 - b. Femenino
- 3. ¿Cuál es su Estado civil?**
 - a. Soltero
 - b. Casado
 - c. Viudo
 - d. Divorciado

4. **¿Qué cargo tiene?**
 - a. Interno
 - b. Residente
 - c. Asistente

5. **¿Realiza usted algún deporte/hobby habitualmente?**
 - a. Si
 - b. No

6. **¿Cuántas horas en promedio duerme por día?**

7. **¿Cuántas horas en promedio le dedica a su familia por semana?**

8. **¿Usted consume tabaco y/o alcohol ya sea habitual o esporádicamente?**
 - a. Si
 - b. No

9. **¿En qué servicio está trabajando?**
 - a. Medicina
 - b. Pediatría
 - c. Gineco obstetricia
 - d. Cirugía
 - e. Trauma shock

10. **¿Cuántos años tiene laborando en su servicio?**
 - a. <1
 - b. 1-3
 - c. 3-5
 - d. >5

11. **¿En cuántos lugares labora actualmente?**

12. **¿Se siente realizado con su profesión?**

13. **¿Se siente conforme con su salario?**

Encuesta Maslach Burnout Inventory

Señale la respuesta que crea oportuna sobre la frecuencia con que siente los enunciados:

0= NUNCA. 1= POCAS VECES AL AÑO O MENOS. 2= UNA VEZ AL MES O MENOS.

3= UNAS POCAS VECES AL MES. 4= UNA VEZ A LA SEMANA. 5= POCAS VECES A LA SEMANA.

6= TODOS LOS DÍAS.

1	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	
2	Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío	
3	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado	
4	Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes	
5	Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales	
6	Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa	
7	Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes	

8	Siento que mi trabajo me está desgastando	
9	Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo	
10	Siento que me he hecho más duro con la gente	
11	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente	
12	Me siento con mucha energía en mi trabajo	
13	Me siento frustrado en mi trabajo	
14	Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo	
15	Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes	
16	Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa	
17	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes	
18	Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes	
19	Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo	
20	Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades	
21	Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada	
22	Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas	