

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



**Síndrome de Burnout en el personal asistencial de la
Clínica del Hospital “Hermilio Valdizán”-Marzo 2015**

TESIS

Para optar el título de:

Médico Cirujano

AUTOR:

CARLOS AUGUSTO LEDESMA ACHUY

ASESOR:

Dr.MILKO QUISPE CISNEROS

LIMA-PERÚ

MARZO-2015

DEDICATORIA

Esta tesis se la dedico a mi Dios quien supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se me presentaban, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

Con todo mi cariño y mi amor para las personas que hicieron todo en la vida para que yo pudiera lograr mis sueños, por motivarme y darme la mano cuando sentía que el camino se terminaba, a ustedes por siempre mi corazón y mi agradecimiento.

Mamá y papá.

AGRADECIMIENTO

Me gustaría agradecer a Dios por bendecirme y haber hecho realidad este sueño anhelado.

Agradezco sinceramente a mi asesor de tesis. Dr.MILKO QUISPE CISNEROS, por su esfuerzo y dedicación.

Sus conocimientos, sus orientaciones, su manera de trabajar, su persistencia, su paciencia y su motivación han sido fundamentales.

También agradecer a los sinodales a quienes estudiaron mi tesis y la aprobaron.

Son muchas las personas que han formado parte de mi vida profesional a las que agradezco su amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañía en los momentos más difíciles de mi vida.

Para ellos: Muchas gracias y que Dios los bendiga.

RESUMEN.

El presente trabajo de investigación, se realizó entre el personal asistencial que labora en la Clínica del Hospital "Hermilio Valdizán", el período de estudio fue durante los meses de enero a junio del 2015, tomándose como parámetros de medición los niveles altos, medios y bajos, según la escala de Maslach Burnout Inventory (MBI) y una encuesta sociodemográfica, la finalidad fue hallar la prevalencia del Síndrome de Burnout y la identificación de los factores de riesgo asociados.

El presente estudio se justificó por cuanto posee valor teórico, utilidad práctica y relevancia social en base a los beneficios netos que genera en Salud Pública y se sustenta en las investigaciones realizadas en nuestro país y en otros.

La metodología utilizada fue la de un estudio epidemiológico de tipo descriptivo, transversal, con la aplicación de un diseño de investigación de campo donde la población estuvo conformada por 47 trabajadores asistenciales, se aplicó una encuesta formada por 7 preguntas correspondientes a las variables sociodemográficas y el Maslach Burnout Inventory (MBI) que consta de 22 preguntas cerradas en escala de Lickert, que miden los niveles alto, medio y bajo, según se trate de las dimensiones Agotamiento Emocional, Despersonalización y Realización Personal.

El procesamiento de los datos permitió determinar que si bien no se puede determinar una prevalencia del Síndrome de Burnout en la población estudiada, existen factores de riesgo y niveles del MBI que en corto tiempo pueden producir el Síndrome, por lo tanto se deben tomar en cuenta las recomendaciones en relación a la prevención.

INDICE

AGRADECIMIENTO	3
RESUMEN	4
1.TÍTULO: “SINDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL ASISTENCIAL DE LA CLÍNICA DEL HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN-MARZO 2015”	7
2.DEFINICIÓN:	7
3.EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN:	8
3.1.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN:	10
3.2.FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:	19
3.3.JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN:	20
4.OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN:	21
4.1.OBJETIVO GENERAL:	21
4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	21
5.MARCO TEÓRICO	22
5.1 TEORÍAS QUE SUSTENTAN LA INVESTIGACIÓN:	22
5.2.BASES TEÓRICA:	29
5.3.DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS:	36
6.-HIPOTESIS DE LA INVESTIGACIÓN:	39
6.2.VARIABLES:.....	40
6.3.OPERATIVIDAD DE LAS VARIABLES:	40
7.-METOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN:	40
7.1.UNIDAD DE ANÁLISIS,UNIVERSO Y MUESTRA:	40
7.2.MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN:	42
7.3.TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN	49
7.4.INSTRUMENTOS:	49
11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	54
12. ANEXOS	57
DISCUSIÓN:	99

CONCLUSIONES.....	102
RECOMENDACIONES:	103
BIBLIOGRAFIA:.....	104

1.TÍTULO:

“SINDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL ASISTENCIAL DE LA CLÍNICA DEL HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN-MARZO 2015”

2.DEFINICIÓN:

El síndrome de agotamiento profesional o Burnout , se caracteriza porque la persona se siente quemada, agotada, sobrecargada y presenta tres componentes principales:

1. Agotamiento Emocional.
2. Despersonalización.
3. Falta de Realización Profesional.

Afecta principalmente a las personas con gran intervención social como sucede con los profesionales asistenciales que tiene que ver con la atención de los pacientes.

Las doctoras Maslach y Jackson en sus investigaciones sobre el Síndrome de Burnout lo consideran como un proceso de estrés crónico en el cual interviene tres aspectos:

1. El cansancio emocional que se manifiesta por la pérdida progresiva de energía, desgaste y agotamiento.
2. La despersonalización manifestada por un cambio negativo de actitudes que lo lleva al trabajo, considerando a este síndrome como un distanciamiento frente a las dificultades, llegando a tratar al paciente como verdaderos objetos.

3. La falta de realización profesional, donde se dan respuestas negativas hacia sí mismos y hacia el trabajo, produciéndose un descenso en la productividad, lo que con lleva a una escasa o nula realización profesional.

La presencia del Síndrome de Burnout es preocupante, por las repercusiones personales que implica, ya sean emocionales, conductuales o psicosomáticas, afectando también su entorno familiar y social, produciéndose ausentismo laboral, disminución del grado de satisfacción de los profesionales y usuarios y pérdida de productividad.

En el presente proyecto de investigación, se presenta una revisión del concepto del Síndrome de Burnout, los antecedentes de investigaciones internacionales y nacionales, las variables de las que depende, las consecuencias del mismo y las estrategias de intervención que se han desarrollado para prevenir y tratar este problema.

3. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN:

Según la Organización Mundial de la Salud, cinco de los diez problemas de salud que producen mayor discapacidad, son los trastornos psiquiátricos, es por ello que en los últimos años se ha desarrollado un gran interés por el estudio de la Salud Mental y dentro de esta la conocida como la enfermedad del siglo, el estrés, y de los factores psicosociales relacionados con el trabajo y su repercusión sobre la Salud Mental.

En la década de los 70, el psiquiatra Herbert Freudenberger acuñó el término de Burnout y lo definió como: “fallar, desgastarse o sentirse exhausto debido a las demandas de energía, fuerza o recursos o cuando un miembro de la organización se vuelve inoperante”.

Maslach, lo definió como “un síndrome de fatiga emocional, despersonalización y de un logro personal reducido que puede ocurrir entre individuos que trabajan en contacto directo con personas o pacientes”.

Otros autores lo definen como “una patología laboral y emocional”.

En general, todos ellos coinciden en señalar que el Síndrome de Burnout es un proceso que surge como respuesta al estrés laboral crónico y por lo tanto esta vinculado al entorno laboral.

En este sentido el Síndrome de Burnout es padecido por personas que trabajan en íntimo contacto con otros seres humanos con los que establecen relaciones interpersonales, tal como sucede con los médicos, enfermeras, psicólogos, asistentes sociales, técnicos de enfermería y tecnólogos médicos y terapeutas ocupacionales.

Este Síndrome presenta una serie de efectos fisiológicos, psicológicos, emocionales y conductuales, entre los que tenemos falta de apetito, cansancio, insomnio, dolor de cuello, dolor de cabeza, cambios negativos en la actitud, irritabilidad, aumento de relaciones conflictivas con los compañeros de trabajo, ausentismo laboral, aumento de conductas violentas y de comportamientos de riesgo relacionadas con el control de impulsos y conflictos familiares, que si no se tratan a tiempo, produce al trabajador de salud problemas en la adaptación y repercuten en su aspecto personal y familiar.

En la actualidad el Síndrome de Burnout pasa desapercibido porque es considerado solo como una situación de estrés, dándosele poca importancia por las autoridades de salud y de sus trabajadores, de allí el descuido de actuar prontamente.

Existen diversos estudios, con resultados que el grupo asistencial de salud es más vulnerable, porque en el proceso de atención al paciente esta expuesto a múltiples factores estresantes capaces de generar desequilibrio o inestabilidad emocional laboral.

Otro factor importante es que en Salud Mental, los pacientes no padecen de una enfermedad sino de un trastorno, cuyo factor etilógico es múltiple, incluyéndose su medio ambiente y entorno familiar el que a su vez por su alta emoción expresada influye en la cronificación del estrés, causa fundamental del Síndrome de Burnout.

La sobrecarga de trabajo, también es un factor importante en la presentación del problema, en lo que se refiere a los trabajadores de la Clínica del Hospital "Hermilio Valdizan", laboran en la institución como personal nombrado, un porcentaje mínimo por la modalidad de CAS o Servicios por Terceros, realizando su labor en la Clínica en horas adicionales que incrementan su tiempo de trabajo.

También debemos tomar en cuenta las características del paciente que se atiende en la Clínica, quienes por ser asegurados a diferencia de los que no tienen seguro, son más demandantes en su atención, actitud que con frecuencia es reforzada por sus familiares.

3.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN:

Las características más sobresalientes en los inicios del siglo XXI lo constituyen los vertiginosos avances y cambios que la tecnología, la globalización e información, desafío que ha ocasionado al ser humano asumir acelerados pasos en el proceso de adaptación que debe realizar frente a estas nuevas tendencias.

Esta nueva revolución tecnológica ha significado un aumento de la frecuencia y velocidad de este proceso de cambios, que se ha constituido en uno de los pilares básicos en la evolución de la humanidad, pudiendo tipificarse las características de la vida en los siguientes aspectos:

- Aumento de longevidad no siempre asociado a una buena calidad de vida.
- Acelerada revolución tecnológica.
- Inseguridad constante.

- Exceso de información.
- Pérdida de trabajo y multiempleo.
- Cambios en la estructura familiar.
- Pérdida de motivaciones, lealtades y valores.

Otro elemento importante en la sociedad actual lo constituye la incorporación de la mujer al trabajo, esto ha implicado fuertes exigencias, presiones y nuevos determinantes sociales de la salud, entre los cuales aparecen con mayor trascendencia la situación socioeconómica, con un fuerte impacto sobre la salud, el estrés relacionado con el trabajo, la exclusión social, el desempleo y la inseguridad laboral, como componentes que aumentan el riesgo de enfermar.

Éstas nuevas variables tienen repercusiones concretas en el desarrollo laboral pudiendo favorecer o dificultar la búsqueda de sentido en lo profesional. Ésta situación ha tenido como consecuencia que un gran número de trabajadores perciban que sus recursos y competencias sean insuficientes o excedan y sobrepasen sus capacidades adaptativas ocasionando cambios psicológicos y fisiológicos que pueden afectar seriamente su salud. La Organización Internacional del Trabajo (OIT), en el año 2000 señalaba que el estrés laboral constituía una enfermedad que ponía en peligro las economías de los países y resentía la productividad al afectar la salud física y mental de los trabajadores.

En estos últimos años las investigaciones sobre el estrés laboral, sus consecuencias y características, han permitido determinar la existencia de un nuevo trastorno, es un fenómeno particular que se denomina Síndrome de Burnout, también conocido como el síndrome de "Quemarse en el trabajo", el cual se caracteriza por presentar en el trabajador un agotamiento físico y psicológico, baja motivación, agotamiento emocional y actitudes negativas hacia si mismo y los demás y un sentimiento de inadecuación hacia su labor profesional. Todo esto conduce a que los trabajadores formulen críticas y quejas en cuanto a las condiciones en que desarrollan sus actividades laborales, sus relaciones interpersonales y los obstáculos que

encuentran en el desarrollo de su carrera profesional, significando un perjuicio para la salud y afectando el clima organizacional en el que las personas desarrollan su trabajo. Esto ha llevado a que en los últimos años el Síndrome de Burnout se constituya de manera creciente en uno de los focos de atención muy importante tanto para su estudio, tratamiento y prevención.

Actualmente los estudios sobre el Burnout han ido adquiriendo una especial importancia en los diversos ámbitos laborales pasando a constituir una preocupación específica de quienes trabajan en el ámbito de la salud, extendiéndose ésta preocupación a otras áreas laborales.

La búsqueda de la autorrealización y de sentirse satisfecho consigo mismos hace que las personas necesiten integrar adecuadamente su identidad personal con su identidad profesional. Una dicotomía de ambos aspectos conlleva a un deterioro de su autorrealización, y al no verse cumplidas sus expectativas laborales se afecta su deseo de trascendencia personal y comunitaria, especialmente en aquellas personas que trabajan en las llamadas "profesiones de ayuda". Es por eso, que al constituir el Síndrome de Burnout es importante desde el punto de vista psicológico determinar, no sólo su etiología, sino también las principales determinantes y consecuencias, que afectan la conducta y la salud física y psicológica del trabajador.

Se ha investigado inicialmente en médicos y enfermeras, luego en profesionales que laboran con pacientes psiquiátricos y actualmente se considera que el Síndrome de Burnout afecta a cualquier grupo ocupacional, existiendo profesionales más predispuestos a este síndrome, como los servidores de salud. Este Síndrome es la consecuencia de trabajar intensamente hasta el límite de no tomar en cuenta las necesidades personales, se acompaña de sentimientos de falta de ayuda, de impotencia, de actitudes negativas y de una posible pérdida de la autoestima.

Considerando los elevados índices de estrés y de sensación de sobrecarga laboral en profesionales de salud, es muy probable que estemos frente a un problema de salud ocupacional relacionado con el Síndrome de Burnout y no identificado como tal, pero que sin lugar a dudas comprometen la eficacia y la efectividad en la atención a los pacientes.

Los estudios realizados son diversos, tanto a nivel Internacional como nacional tales como:

3.1.1. ESTUDIOS INTERNACIONALES

- **Oehler y Davidson (1992)**, identificaron los factores predictivos de Burnout en enfermeras pediátricas y compararon la incidencia de Burnout, estrés laboral, ansiedad y soporte social percibido en enfermeras del área de agudos y de no agudos. Se encontró que el estrés laboral es uno de los factores predictivos más fuertes para el desarrollo de Burnout, seguido del estado de ansiedad.
- **Stordeur et al (1999)**; realizó un estudio en la Université Catholique de Louvain, Faculté de Médecine en Bélgica, obteniendo que el 24.3% presentaban un índice moderado de Burnout.
- **Bargellini et (2,000)**, establecieron la relación entre variables de tipo inmunológico y el síndrome de Burnout; para esto evaluaron a 71 médicos de distintas especialidades, Como resultados encontraron que en un grupo de especialistas relativamente joven, un alto grado en la subescala para percepción de logro personal correlacionaba con un aumento en el número de linfocitos T.
- **López y Bernal (2002)**, en su estudio prevalencia y factores asociados con el síndrome de Burnout en enfermería en el Hospital del Noroeste de Murcia, se obtuvo que un 26,5% de los trabajadores presentaban agotamiento emocional, un 30% despersonalización, y un 20% baja realización personal. Las escalas de despersonalización fueron más altas en lo trabajadores más jóvenes y en las de menos años de experiencia.

- **Prieto y Robles (2002)** en el estudio "Burnout en médicos de atención primaria de la provincia de Cáceres (España)", el 50% presentaba alteraciones psicofísicas en los tres meses previos; el 33% soporta mucha burocracia. Las alteraciones en la esfera familiar y sociolaboral se asocian con los niveles elevados de D.y AE.. La antigüedad, la conflictividad sociolaboral y familiar, se asocian con altos niveles de desgaste emocional".
- **Barría (2002)**, estudio asistentes sociales del Servicio Nacional de Menores de la Región Metropolitana de Chile, el perfil de las que padecían de Burnout es mujer, de 26 a 35 años de edad, con pareja estable, casada (o), con hijos de 1 a 5 años, con menos de 9 años de ejercicio de la profesión y menos de 3 años de permanencia en la institución".
- **Román (2003)** en la investigación "Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención (Chile)", encontró así como el género ,la profesión y el nivel de atención también diferenciaba significativamente las respuestas de estrés y Burnout".
- **Del Río y Perezagua (2003)** en el informe "El Síndrome de Burnout en los enfermeros/as del Hospital Virgen de la Salud de Toledo (España)", llegaron a la siguiente conclusión: el 17,83% sufría Burnout, cansancio emocional el 43,3%, despersonalización el 57%; y la falta de realización en el trabajo en el 35,66%".
- **Martínez y Del Castillo (2003)** en la investigación "Estudio sobre la prevalencia del burnout en los médicos del Área Sanitaria de Talavera de la Reina (España)", concluyeron que: "La prevalencia del síndrome de burnout en profesionales médicos , es muy alta (76.4%)"
- **Ibáñez y Vilaregut (2004)**, en el estudio "Prevalencia del Síndrome de Burnout y el estado general de salud en un grupo de enfermeras de un hospital de Barcelona , determinaron que: "El 71.4% presentaron síntomas físicos y psíquicos de origen psicológico que podrían requerir atención especializada y éstos se correlaciona con el cansancio emocional y la despersonalización".

- **Aranda, Pando y Torres (2005)** en la investigación ""Factores psicosociales y Síndrome de Burnout en médicos de familia. México", llegó a los siguientes resultados: "La prevalencia de burnout en los médicos de familia fue 41,8%. ".
- **Encomo, Paz y Liebster (2004)**, en la investigación "Rasgos de personalidad, ajuste Psicológico y Síndrome de agotamiento en personal de enfermería (Venezuela)", determinaron que el síndrome de Agotamiento no está relacionado con una "Personalidad tipo"
- **Parada et al, (2005)**; en otro estudio realizado en Latinoamérica, Venezuela, pretendía correlacionar la satisfacción laboral y el SBO en el personal de enfermería del Instituto Autónomo Hospital Universitario Los Andes .Se obtuvo una prevalencia de 6,73%, un 30,8% de presentaban valores elevados para AE., 47% niveles altos en la escala de D., 40% tuvo valores medios y bajos en la escala de RP.
- **Varela y Fantao (2005)**, en el informe "Desgaste profesional entre los odontólogos y estomatólogos del Servicio de Gallego de Salud (España)", se obtuvieron valores altos de cansancio emocional (54.3%) y despersonalización (55.6%); mientras que, la realización profesional fue del 6.9%.
- **Pimentel et al (2005)**, realizaron un estudio exploratorio analítico, longitudinal, prospectivo; donde se tomó una muestra de 16 residentes de enfermería y se les administró el IBM al primer, onceavo, catorceavo y veintitresavo mes 11 del ingreso a su entrenamiento esto aunado a un cuestionario de aspectos sociodemográficos y laborales. Se encontró que el 17,2% de los residentes mostraron valores elevados en agotamiento emocional y despersonalización; 18,8% en compromiso en incompetencia y falta de realización profesional.
- **López, et al (2005)**, realizaron un estudio transversal y descriptivo, en Barcelona, con la finalidad de establecer la prevalencia del síndrome de Burnout en los trabajadores de la salud pediátrica. Estudiaron una muestra de 127 trabajadores del equipo de enfermería (médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería), el 20,8% de los trabajadores tenían altos niveles de Burnout. A nivel de subescalas, el 67,7% de los participantes

presentaron niveles bajos de RP, 14,5% niveles altos de AE, y el 23,9% altos niveles en la escala de D.

- **Faragher, et al (2005)**, realizaron un metanálisis que revisó 485 estudios con una muestra total de 267 995 personas, evaluando el vínculo entre la satisfacción laboral (por medio de escalas de autoreporte) y medidas de bienestar físico y emocional. Encontraron una fuerte relación entre la pobre satisfacción laboral y los problemas mentales y/o psicológicos, siendo estadísticamente significativo y en orden de significancia para el síndrome de Burnout, la poca realización personal, la depresión, y la ansiedad.
- **Ramos y Domínguez (2006)** en el trabajo de investigación "Prevalencia de Burnout y variables asociadas en los médicos de atención primaria de Burgos (España)", concluyeron que: "El 67.9% de médicos presentan burnout, de los cuales, la tercera parte (21.6%) de grado máximo.
- **Poncet et al,(2007)**, publicaron un estudio sobre Burnout en enfermeras que pertenecían al equipo de cuidados críticos en Francia, para lo que reclutaron un total de 2392 enfermeras que laboraban en 278 unidades de cuidado Intensivo,logrando establecer una prevalencia de Burnout severo en el 33% de los casos.
- **Toral et al, (2009)** realizaron un estudio transversal en médicos residentes de distintos años, de tres hospitales la ciudad de México (tercer nivel, segundo nivel y algo parecido a atención primaria). Encontraron un 40% de Burnout, asociada con depresión y jornadas de trabajo de más de 12 horas.
- **Lasalvia, et al (2009)** publicaron un estudio en el cual correlacionaron la percepción de los trabajadores en cuanto a los factores organizacionales y el Burnout en servicios de salud psiquiátrica comunitaria de Venecia, Italia. Como resultado encontraron que el mejoramiento de los ambientes de trabajo es una de las estrategias más importantes para la prevención del Burnout.
- **Leiter et al (2009)** realizaron un estudio a nivel nacional de medicos canadienses.Como resultados encontraron niveles moderados de Burnout entre los médicos canadienses, además que hay contribución de cargas pesadas de trabajo y el grado de congruencia con los valores de un individuo.

- **Gallagher y Gormley (2009)**, en un estudio en enfermeras pediátricas en el Hospital de Niños de Cincinnati. Se reportó que la enfermedad crítica en los pacientes es el factor más estresante, y las jornadas de trabajo prolongadas es el menos estresante.
- **Ortiz y Jiménez (2011)**, en un estudio sobre la inteligencia emocional y el desgaste laboral, reclutó 44 internos universitarios de servicios de salud de Sonora, México. Como resultados el factor de atención emocional se relacionaba negativamente con agotamiento y despersonalización, y de manera positiva con realización personal.

3.1.2. ESTUDIOS NACIONALES:

- **Quiroz y Saco (2003)**, en la investigación "Factores asociados al Síndrome de Burnout en médicos y enfermeras del hospital nacional sur este de EsSalud del Cusco", determinaron que la prevalencia del SBO se encuentra en grado bajo en el 79.7 % de médicos y 89 % de enfermeras; en grado medio en el 10.9 % de médicos y 1.4 % de enfermeras.⁽¹³⁾

No se encontró SBO en alto grado, existiendo asociación con el sexo masculino, la profesión de médico, tiempo de servicio mayor de 12 años, baja motivación laboral, baja satisfacción laboral y alta insatisfacción laboral.

- **Peralta y Pozo (2006)** en la tesis "Factores asociados al síndrome de burnout en el equipo de salud asistencial del Hospital de Apoyo Huanta (Ayacucho)", concluyeron en los siguientes aspectos: "El 29.2% de integrantes del equipo de salud asistencial del Hospital de Apoyo Huanta presenta síndrome de burnout asociado significativamente con el tiempo de servicio, condición laboral, jornada laboral semanal y el perfil ocupacional".
- **Gladis Arauco Orellana, (2004)** y otros realizaron un estudio de investigación titulado "Factores Sociodemográficos y síndrome de Burnout en el profesional de enfermería del Hospital Arzobispo Loayza". Los factores sociodemográficos identificados que se relacionan con el SBO son: horario de trabajo, servicio donde labora y actividad que realiza en su tiempo libre.

- **Agustín Ortiz María Magdalena, el 2008**, en Trujillo, realizó un estudio sobre “Nivel de estrés en el personal de enfermería que laboran en el servicio de Centro Quirúrgico del Hospital Belén de Trujillo” .Se concluyó que la mayoría del personal presenta un nivel de estrés medio en relación a la dimensión de AEI 50% y baja RP 58% y en la dimensión de D. existe un mismo número afectado tanto para el nivel medio y el bajo de 43%, lo que significa que hay un mismo número de afectados en la dimensión D.y otro número equivalente que no le afecta esta dimensión”.
- **Párraga Mauricio Karina Jéssica, el 2008**, en Lima, realizó el siguiente estudio de investigación “Nivel de SBO en las enfermeras que laboran en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Dos de Mayo”, El estudio fue de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 21 enfermeras. La mayoría del personal de enfermería presenta un nivel medio 90% de SBO, de igual manera en las dimensiones de AE 48% y RP 81%, en relación a la dimensión de D. presenta un nivel bajo 43%” .
- **Villegas Pariona Sonia Cristina, el 2008**, en Lima, realizó un estudio “Nivel de estrés laboral en las enfermeras del servicio de Emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue”. Al analizar las dimensiones se concluye que el profesional refiere sentirse afectado en su dimensión D. donde el 50% presenta un nivel de estrés medio y 36.7% un nivel de estrés alto; en relación a la dimensión AE el 46,7% tienen un nivel de estrés bajo y el 40% un nivel de estrés medio; y en la dimensión RP el 50% tienen un nivel de estrés bajo y el 30% un nivel de estrés medio”
- **García Fierro Gina Paola, el 2008**, en Lima, en su trabajo titulado “Nivel de estrés laboral en las enfermeras que laboran en Centro Quirúrgico del Hospital Nacional San Bartolomé.Las conclusiones fueron: “La mayoría del presentan un nivel de estrés medio 68% ,con tendencia a alto 19%, que puede traer serias consecuencias el desgaste físico y mental de estos profesionales. Respecto al nivel de estrés en la dimensión AE tiene un nivel medio 43%; en RP un nivel de estrés medio 68%; y sobre el nivel de estrés en la dimensión D presenta un nivel de estrés medio 43%” .
- **Luis M. Estela-Villa y col 2010** ,en un estudio para determinar la prevalencia y los factores asociados al SBO en alumnos de medicina del séptimo año de la Universidad

Peruana Cayetano Heredia. Se encontró una prevalencia de SBO de 57,2% . Más de la mitad presentó niveles medio o alto en D. 68,9%, AE 67% y un tercio tuvieron baja RP 35%.La enfermedad mental y falta de actividades extracurriculares se asociaron al SBO.

- **Miguel Picasso-Pozo y col.(2011)** En un estudio para determinar la prevalencia del síndrome de Burnout (SB) en estudiantes de odontología. Se encontró que el 45,0% presentó un nivel alto de agotamiento emocional, el 41,4% un nivel alto de cinismo y el 45,7% presentó un nivel bajo de eficacia académica. El 30,7% presentó SB en severo, y el 23,6% moderado. Se encontró que la prevalencia del SB era significativamente mayor en hombres, y menor en el grupo que vive solo.

De acuerdo a los antecedentes mencionados anteriormente si bien es uno de los problemas que genera mayor preocupación por los efectos que puede producir a nivel profesional y personal, es importante realizar el estudio a fin de que con su resultados permita diseñar estrategias orientadas a fortalecer los mecanismos de afrontamiento ante el Síndrome de Burnout contribuyendo a mejorar la calidad de atención al usuario y en su formación, personal, social y profesional del personal asistencial que esta en atención directa con el paciente.

3.2.FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:

- ¿Cuál es el nivel de Síndrome de Burnout en el personal asistencial que trabaja en la Clínica del Hospital "Hermilio Valdizan"?
- ¿Cuál es la prevalencia del Síndrome de Burnout en el personal asistencial de la Clínica del Hospital "Hermilio Valdizan"?
- ¿Qué factores epidemiológicos están asociados al Síndrome de Burnout en el personal asistencial de la Clínica del Hospital "Hermilio Valdizan"?

- ¿Qué factores laborales se asocian con el Síndrome de Burnout en el personal asistencial de la Clínica del Hospital "Hermilio Valdizan"?

3.3.JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN:

El Síndrome de Burnout o de Desgaste Profesional (SDP), es un problema social y de Salud Pública, porque se trata de un trastorno adaptativo crónico asociado al inadecuado afronte al trabajo que se da con mayor frecuencia en los profesionales de salud, sobre todo el personal que mantiene contacto directo con los pacientes.

El personal asistencial que trabaja en la Clínica del Hospital "Hermilio Valdizan" por su labor de interactuar no solo con los pacientes sino también con los familiares y sus compañeros de labores se encuentra sometido a múltiples factores estresantes, por lo tanto su buen estado de salud física y mental es indispensable para mantener equilibrio en sus actividades y así brindar una atención de calidad al paciente.

En una Clínica psiquiátrica, así como en otros centros de atención, se requiere que la atención sea integral por parte del personal asistencial, es por ello que este tipo de trabajo de investigación es de suma importancia porque nos permitirá identificar a tiempo este síndrome que daña la salud mental del personal asistencial, afectando su calidad de atención y estabilidad.

Las medidas de prevención y solución del Síndrome de Burnout son diversas y son asequibles si se identifican oportunamente, el conocer sobre la prevalencia y los factores epidemiológicos y laborales del personal asistencial de la Clínica del Hospital "Hermilio Valdizan", nos permitirá implementar programas de promoción de la salud.

La relevancia social se fundamenta en la necesidad de prevenir el Síndrome de Burnout en los profesionales de salud mediante el control de los factores de riesgo modificables, que garanticen un mejor desempeño profesional.

Este tipo de investigación se realiza por primera vez en la Clínica del Hospital “Hermilio Valdizan”, teniendo en cuenta que hasta la fecha en los trabajos realizados no existe un consenso al respecto.

La investigación es factible desde el punto de vista económico porque será autofinanciada por el autor de la tesis y en el aspecto administrativo, porque se cuenta con la opinión favorable del Director Médico de la Clínica del Hospital “Hermilio Valdizan”. para aplicar los instrumentos propuestos, previo conocimiento del motivo de la investigación y consentimiento informado del personal.

El estudio es viable porque se emplearán instrumentos validados aplicados en otras investigaciones ,contando con experiencia para la aplicación de dichos constructos. Adicionalmente, los resultados que se obtengan servirán de base para futuros trabajos de investigación.

4.OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN:

4.1.OBJETIVO GENERAL:

- Determinar el nivel de Síndrome de Burnout en el personal asistencial que trabaja en la Clínica del Hospital “Hermilio Valdizán”.

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Describir el nivel de Síndrome de Burnout ,según la dimensión Agotamiento Emocional, en el personal asistencial que trabaja en la Clínica del Hospital “Hermilio Valdizán”.

- Describir el nivel de Síndrome de Burnout ,según la dimensión Despersonalización, en el personal asistencial que trabaja en la Clínica del Hospital "Hermilio Valdizán".
- Describir el nivel de Síndrome de Burnout ,según la dimensión Realización Personal, en el personal asistencial que trabaja en la Clínica del Hospital "Hermilio Valdizán".
- Cuantificar la prevalencia del Síndrome de Burnout en el personal asistencial de la Clínica del Hospital "Hermilio Valdizán".
- Establecer los factores biológicos asociados al Síndrome de Burnout en el personal asistencial de la Clínica del Hospital "Hermilio Valdizán".
- Identificar los factores laborales asociados al Síndrome de Burnout en el personal asistencial de la Clínica del Hospital "Hermilio Valdizán".

5.MARCO TEÓRICO

5.1 TEORÍAS QUE SUSTENTAN LA INVESTIGACIÓN:

Las teorías que sustentan la investigación sobre el Síndrome de Burnout pueden enfocarse desde dos aspectos, desde el punto de vista clínico y desde el punto de vista psicosocial.

En el primer caso, se considera este síndrome como un estado fruto de un fenómeno intrapsíquico derivado de una predisposición de la personalidad y un elevado estrés en el trabajo, explicando la aparición del síndrome de burnout debido a que los trabajadores usan su trabajo como sustituto de su vida social y están muy dedicados a este y piensan que son imprescindibles.

En el aspecto psicosocial se considera al Síndrome de Burnout como una respuesta ante el estrés laboral cuyas características son la idea de fracaso profesional, sentirse emocionalmente agotado y tener actitudes negativas hacia los compañeros de trabajo.

Para la categorización de los modelos hay cuatro teorías diferentes que son:

- La Teoría Sociocognitiva del Yo.
- La Teoría del Intercambio Social.
- La Teoría Organizacional.
- La Teoría Estructural.

Teoría Sociocognitiva del Yo:

- Esta teoría defiende que las cogniciones de las personas influyen sobre lo que estas perciben y hacen, a la vez que estas cogniciones están afectadas por sus acciones y por las consecuencias observadas en los otros. Por otra parte indica que la creencia o el grado de seguridad de un individuo de sus propias capacidades establece el ahínco que el sujeto presentará para alcanzar sus objetivos.

Teoría de Intercambio Social:

- Esta teoría defiende que el burnout se da cuando los trabajadores perciben que no hay equidad en sus relaciones interpersonales, por lo que los sujetos perciben continuamente que aportan más de lo que reciben a cambio de su implicación personal y el esfuerzo que ponen en la tarea.

Teoría Organizacional:

- Esta teoría defiende que los desencadenantes del burnout son el clima, la estructura y la cultura organizacional, las disfunciones del rol y la falta de salud organizacional. Atribuye una gran importancia a los estresores del contexto de la organización y a las estrategias de afrontamiento que se usan ante el burnout.

Teoría Estructural:

- Esta teoría defiende que en la etiología del burnout influyen antecedentes personales, interpersonales y organizacionales, basándose en los modelos transaccionales que indican que el estrés es consecuencia de una falta de equilibrio de la percepción entre las demandas y la capacidad de respuesta del sujeto.

FUNDAMENTO TEÓRICO DE LA INVESTIGACIÓN:

1. MARCO HISTÓRICO:

El término burnout es un anglicismo utilizado inicialmente por la sociedad británica como un concepto popular dentro de los deportistas, que describía una situación en que a pesar de las expectativas de la persona, no lograba obtener los resultados esperados por más que se hubiera preparado y esforzado para conseguirlos.

En castellano, su traducción literal significa "estar quemado", "síndrome del quemado profesional" o "quemazón profesional".

Fue el Psiquiatra Herber Freudemberger (1974), quien utilizó el término por primera vez describiendo el agotamiento que sufrían los trabajadores de los servicios sociales y fue la Psicóloga Cristina Maslach (1976), quien dio a conocer el término Burnout de forma pública en el Congreso Anual de la Asociación Americana de Psicólogos, describiendo un fenómeno de agotamiento en trabajadores que ejercían

su actividad laboral con o para personas, en lo que se denominó trabajadores de servicios humanos.

Freudenberger, constató en su experiencia como director de una clínica como sus trabajadores al cabo de un tiempo y como causa de las excesivas demandas y expectativas no realistas creadas por uno mismo y/o por la sociedad, se generaban unos síntomas de irritabilidad, cinismo y depresión de los trabajadores hacia las personas con las que trabajaban. Esta definición estaba encuadrada dentro de una perspectiva clínica, centrándose en el estudio de su etiología, síntomas, curso y recomendaciones de tratamiento, representando en su manifestación clínica un estado de cansancio que resulta de trabajar demasiado intensamente y sin preocuparse de sus propias necesidades.

A partir del año 1,980, surgen muchos libros y artículos en donde se planteaban una multitud de modelos explicativos, proponiéndose ideas de intervención y se presentaban varias formas de corroborar sus evidencias por medio de cuestionarios, entrevistas y estudios de casos clínicos, al inicio el fenómeno burnout era estudiado en los EEUU, gradualmente se incorporan a países de habla inglesa como Canadá y Gran Bretaña, y ahora podemos encontrar estudios por todo el mundo.

La literatura actual sobre burnout se caracteriza porque se sigue estudiando el burnout dentro de ocupaciones laborales de servicios humanos aunque la variedad de profesiones se amplía constantemente y se extiende a áreas no ocupacionales, focalizando su atención sobre factores relacionados directamente con el trabajo que con otro tipo de variables.

Aunque no existe una definición unánimemente aceptada sobre burnout, sí parece haber consenso en que se trata de una respuesta al estrés laboral crónico, una experiencia subjetiva que engloba sentimientos y actitudes con implicaciones nocivas para la persona y la organización.

2. MODELOS:

2.1. MODELO CLÍNICO:

Freudemberger (1974), empleó por vez primera el término burnout para describir un conjunto de síntomas físicos sufridos por personal de salud como resultado de las condiciones de trabajo, es típico en las profesiones de servicios de ayuda y se caracteriza por un estado de agotamiento como consecuencia de trabajar intensamente, sin tomar en consideración las propias necesidades. Este enfoque sostiene que burnout aparece con más frecuencia, en los profesionales más comprometidos, en los que trabajan más intensamente ante la presión y demandas de su trabajo, poniendo en segundo término sus intereses. Se trata de una relación inadecuada entre profesionales y clientes, excesivamente celosos en su trabajo y clientes excesivamente necesitados.

2.2. MODELO PSICOSOCIAL:

Maslach y Jackson (1986), definen al Burnout como una respuesta, principalmente emocional, situando los factores laborales y los organizacionales como condicionantes y antecedentes. Sus estudios argumentan que es un síndrome tridimensional que se desarrolla en aquellos profesionales cuyo objeto de trabajo son personas (usuarios) y añaden tres dimensiones características, el Agotamiento Emocional, la Despersonalización y Realización Personal :

- **Agotamiento emocional**, se define como cansancio y fatiga que puede manifestarse física, psíquicamente o como una combinación de ambos. Es la sensación de no poder dar más de sí mismo a los demás.
- **Despersonalización**, se entiende como el desarrollo de sentimientos, actitudes y respuestas negativas, distantes y frías hacia otras personas, especialmente hacia los beneficiarios de su propio trabajo. Se acompaña de un incremento en la irritabilidad y una pérdida de motivación hacia el mismo, tratando de distanciarse no solo de las personas que requieren su trabajo sino también de los miembros del equipo con los que labora, mostrándose cínico, irritable, irónico e incluso utilizando a veces etiquetas

despectivas para aludir a los usuarios y tratando de hacerles culpables de sus frustraciones y descenso del rendimiento laboral.

- **Sentimiento de bajo logro o realización profesional y/o personal**, surge cuando se verifica que las demandas , exceden su capacidad para atenderlas de forma competente. Aparecen respuestas negativas hacia uno mismo y hacia su trabajo, evitan las relaciones personales y profesionales,tienen bajo rendimiento laboral e incapacidad para soportar la presión y una baja autoestima.La falta de logro personal en el trabajo se caracteriza por una dolorosa desilusión y fracaso en dar sentido personal al trabajo. Se experimentan sentimientos de fracaso personal, carencias de expectativas y horizontes en el trabajo y una insatisfacción generalizada,originando como consecuencia la impuntualidad, la abundancia de interrupciones, la evitación del trabajo, el ausentismo y el abandono de la profesión.

3. MANIFESTACIONES CLÍNICAS:

En cuanto a los síntomas, diversos autores revelan que se pueden agrupar en cuatro áreas sintomatológicas:

- **Síntomas psicossomáticos:** 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:** Engloba síntomas tales como ausentismo laboral, conducta violenta, abuso de drogas, incapacidad de relajarse.
- **Manifestaciones emocionales:** El distanciamiento afectivo que el profesional manifiesta a las personas a las que atiende, la impaciencia, los deseos de abandonar el trabajo,la irritabilidad,la dificultad para concentrarse debido a la ansiedad experimentada, produciéndose así un descenso del rendimiento laboral y al mismo tiempo, le surgen dudas acerca de su propia competencia profesional, con el consiguiente descenso en su autoestima.

- **Síntomas defensivos:** Los síntomas defensivos que aluden a la negación emocional, son los mecanismos que utiliza el profesional para poder aceptar sus sentimientos, negando las emociones anteriormente descritas cuyas formas más habituales son la 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.

4. FACTORES ASOCIADOS AL SÍNDROME DE BURNOUT:

Dentro de ellos podemos destacar:

- **La edad:** Puede existir un periodo de sensibilización debido a que hay unos años en los que el profesional es especialmente vulnerable, siendo estos los primeros años de carrera profesional dado que en ese período se produce la transición de las expectativas idealistas hacia la práctica cotidiana, enfrentándose a la realidad en donde las recompensas personales, profesionales y económicas, no son ni las prometidas ni las esperadas.
- **El sexo:** El femenino es el grupo más vulnerable, ya que por diferentes razones su carga de trabajo es el doble, por un lado su práctica profesional y por el otro su tarea familiar y la elección de especialidades profesionales que prolongarían el rol de mujer.
- **El estado civil:** Las personas que no tienen pareja estable, 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, y 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.
- **Los turnos laborales:** El horario laboral de estos profesionales pueden influir en la presencia del síndrome, aunque tampoco existe unanimidad en este criterio; siendo en enfermería donde esta influencia es mayor.

- **La antigüedad profesional:** Algunos encuentran una relación positiva con el síndrome manifestado en dos periodos, el primero correspondiente a los dos años de carrera profesional y el segundo a los mayores de 10 años de experiencia, como los momentos en los que se produce un menor nivel de asociación con el síndrome.
- **La sobrecarga laboral:** Este factor produciría una disminución de la calidad de las prestaciones ofrecidas para los trabajadores asistenciales, si 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. También el salario ha sido invocado como otro factor que afectaría al desarrollo de Burnout en estos profesionales, aunque no queda claro en la literatura. (Barría, 2002)

5.2. BASES TEÓRICA:

5.2.1. DEFINICIÓN:

El Síndrome de Burnout es la respuesta al stress laboral crónico que afecta a aquellas personas cuyo trabajo tiene como centro ayudar y apoyar a otros; generando en el profesional síntomas que van desde el agotamiento físico, mental y emocional hasta relaciones conflictivas interpersonales.

El Síndrome puede ser bien manejados por todos aquellos que trabajan en el ámbito de la salud si fuesen informados y prevenidos sobre el mismo, enseñándoles como tolerar o deshacerse de todas aquellas situaciones que generasen emociones encontradas con uno mismo o con las diversas personas que tratan diariamente y por último, y no por ello menos importante, contamos con suficientes armas terapéuticas para tratarlo.

Freudemberger describe el Burnout como “un conjunto de síntomas médico-biológico y psicosocial, inespecíficos que se desarrollan en la actividad laboral como resultado de una demanda excesiva de energía”.⁽⁶⁾

C. Maslach (1976), lo define como "una respuesta al stress laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabajan y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado"⁽¹⁰⁾

5.2.2. ETIOLOGÍA⁽¹⁰⁾

El Síndrome de Burnout es un proceso multicausal y altamente complejo , entre sus causas destacan:

- El aburrimiento y stress.
 - La crisis en el desarrollo de la carrera profesional.
 - Las pobres condiciones económicas.
 - La sobrecarga de trabajo y falta de estimulación.
 - La pobre orientación profesional y aislamiento.
-
- Existen componentes premorbidos que aumentan la susceptibilidad personal tales como la edad, sexo, variables familiares, personalidad, inadecuada formación profesional con excesivos conocimientos teóricos y escaso entrenamiento práctico, falta de aprendizaje de técnicas de autocontrol emocional y escasa información sobre el funcionamiento de las organizaciones en la que se va a desarrollar el trabajo.
 - Existen componentes laborales o profesionales, como condiciones deficitarias del medio físico, bajos salarios, sobrecarga laboral, escaso trabajo en equipo, relación médico paciente en el cual aparecen la transferencia y la contratransferencia, relaciones disarmónicas con compañeros y/o con superiores.
 - Existen factores sociales y ambientales, existe la necesidad de ser un profesional de prestigio a toda costa, para tener una alta consideración social y familiar y así un alto estatus económico; entre los ambientales estos pueden deberse a cambios significativos

en la vida ocasionados por el fallecimiento de un familiar, matrimonio, divorcio o nacimiento.

- Existen factores desencadenantes, tales como el exceso de trabajo, falta de energía y de recursos personales para responder a las demandas laborales, la incertidumbre o falta de información sobre aspectos relacionados con el trabajo, las relaciones tensas y conflictivas con los usuarios, los impedimentos por parte de la dirección o del superior para que pueda desarrollar su trabajo, la falta de participación en la toma de decisiones y las relaciones conflictivas con compañeros o colegas.

5.2.3. CLÍNICA: ⁽¹¹⁾

Es de un progreso insidioso, que emerge de forma paulatina, larvado incluso con aumento progresivo de la severidad. Es un proceso cíclico, que puede repetirse varias veces a lo largo del tiempo, de modo que una persona puede experimentar los tres componentes varias veces en diferentes épocas de su vida y en el mismo o en otro trabajo.

Los tres componentes mencionados con anterioridad son:

- Cansancio o agotamiento emocional: a consecuencia del fracaso frente al intento de modificar las situaciones estresantes, se caracteriza por la pérdida progresiva de energía, el desgaste, la fatiga, etc.
- Despersonalización: es el núcleo de Burnout, consecuencia del fracaso frente a la fase anterior y la defensa construida por el sujeto para protegerse frente a los sentimientos de impotencia, indefinición, y desesperanza personal.
- Abandono de la realización personal: aparece cuando el trabajo pierde el valor que tenía para el sujeto.

Se sistematizaran cuatro niveles clínicos de Burnout: ⁽³⁾

- Leve: quejas vagas, cansancio, dificultad para levantarse a la mañana.
- Moderado: cinismo, aislamiento, suspicacia, negativismo.
- Grave: enlentecimiento, automedicación con psicofármacos, ausentismo, aversión, abuso de alcohol o drogas.
- Extremo: aislamiento muy marcado, colapso, cuadros psiquiátricos, suicidios.

Analizando el síndrome se distinguen:

- Signos y síntomas físicos: cefaleas sensoriales, fatiga, agotamiento, insomnio, trastornos gastrointestinales, dolores generalizados, malestares indefinidos.
- Signos y síntomas psíquicos: falta de entusiasmo e interés, dificultad para concentrarse, permanente estado de alerta, actitud deflexiva, irritabilidad, impaciencia, depresión, negativismo, frustración, desesperanza, desasosiego.
- Síntomas laborales: sobreinvolucionamiento, no comparten ni delegan trabajo, ausentismo laboral.

5.2.4.PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL SINDROME DE BURNOUT:

Se puede comprender y abordar mejor desde una triple perspectiva

- El trabajo personal, es un proceso adaptativo entre nuestras expectativas iniciales y la realidad que se nos impone, también tendremos que aprender a equilibrar los objetivos de una empresa sin renunciar a lo más valioso de nuestra profesión que son los valores humanos.

- El trabajo en equipo, los compañeros de labores tienen un papel vital en el Síndrome de Burnout, principalmente porque son los primeros en darse cuenta antes que el propio interesado.
- El trabajo en las empresas, en el cual los puntos claves para su eficacia preventiva son su formación, organización y el tiempo.

5.2.5. MEDIDAS PREVENTIVAS Y TERAPEUTICAS:⁽³⁾

Debido a que se ha observado un aumento en la incidencia de este síndrome en personas que se dedican a la intervención social y al creciente riesgo que existe por el contexto cultural, social y económico en el que se desenvuelven, se han planificado mecanismos de prevención, que según los tipos de apoyo son:

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

Dr. Horacio Cairo propone 10 puntos claves en la prevención del Burnout ⁽³⁾

- Proceso personal de adaptación de expectativa a la realidad cotidiana.
- Formación en las emociones.
- Equilibrio de áreas vitales: familia, amigos, aficiones y trabajo.

- Fomento de buena atmósfera de equipo.
- Limitar a un máximo la agenda asistencial.
- Tiempo adecuado en la atención de pacientes.
- Minimizar la burocracia, mejor material, capacitación y remuneración.
- Formación continuada dentro de la jornada laboral.
- Coordinación con los colegas que reaaaalizan labores comunes
- Diálogo efectivo con las autoridades.

FACTORES CAUSANTES DEL ESTRÉS LABORAL		
CAUSAS	FACTORES INFLUYENTES	CONSECUENCIAS POSIBLES
Condiciones de Trabajo	Sobrecarga cuantitativa de trabajo. Sobrecarga cualitativa de trabajo. Decisiones comunes. Peligro Físico. Trabajo por turnos.	Fatiga física o mental. Agotamiento del sistema nervioso. Irritabilidad. Tensión nerviosa.
Papel desempeñado	Ambigüedad de los papeles. Sexismo. Hostigamiento sexual.	Ansiedad y tensión nerviosa. Disminución del rendimiento. Insatisfacción profesional.
Factores interpersonales	Mal sistema de trabajo y falta de apoyo social. Rivalidades Políticas. Celos profesionales. Falta de atención a los trabajadores por parte de la organización.	Tensión nerviosa. Hipertensión.
Progresión profesional	Avance demasiado lento. Avance demasiado rápido. Seguridad del empleo. Ambiciones frustradas	Baja de la productividad. Pérdida de la confianza en si mismo.
Estructura orgánica	Estructura rígida e impersonal. Discusiones políticas.	Irritabilidad e ira. Insatisfacción profesional. Pérdida de motivación. Baja productividad.

	Una supervisión o formación inadecuadas. Imposibilidad de participar en la toma de decisiones.	
Relación hogar-trabajo.	Repercusiones de la vida laboral en la familia. Falta de apoyo del cónyuge. Pelears domésticas. Estrés provocado por una doble carrera.	Conflictos psicológicos y fatiga mental. Falta de motivación y disminución de la productividad. Recrudescimiento de las peleas domésticas.

SINTOMAS DESCRIPTIVOS DEL SINDROME DE BURNOUT:

EMOCIONALES	COGNITIVOS	CONDUCTUALES	SOCIALES
Depresión. Indefensión. Desesperanza. Irritación. Apatía. Desilusión. Pesimismo. Hostilidad. Falta de tolerancia. Acusaciones a los clientes. Supresión de sentimientos.	Pérdida de significado. Pérdida de valores. Desaparición de expectativas. Modificación autoconcepto Desorientación cognitiva. Pérdida de la creatividad. Distracción. Cinismo. Criticismo Generalizado.	Evitación de responsabilidades. Absentismo. Conductas inadaptativas. Desorganización. Sobreimplicación. Evitación de decisiones. Aumento del uso decafeína, alcohol, tabac o ydrogas.	Evitación de contactos. Conflictos interpersonales. Malhumor familiar. Aislamiento. Formación de grupos críticos. Evitación profesional.

5.3.DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS:

5.3.1.SÍNDROME DE BURNOUT:

El síndrome de burnout, conocido también como síndrome de desgaste ocupacional o profesional ,es una afección que se produce como resultado a las presiones prolongadas que una persona sufre ante factores estresantes emocionales e interpersonales relacionados con el trabajo.

Para Maslach,cuya definición es la más comúnmente conocida, lo señala como una condición multidimensional de agotamiento emocional, despersonalización y disminución de la realización personal en el trabajo, que se da en ocupaciones con contacto directo y constante con gente.

El Síndrome de Burnout, es una condición que llega a quemar o agotar totalmente a la persona que lo sufre.

Actualmente, el burnout es una enfermedad descrita en el índice internacional de la Organización Mundial para la Salud ICD-10, como “Z73.0 Problemas relacionados con el desgaste profesional (sensación de agotamiento vital), dentro de la categoría más amplia Z73 de “problemas relacionados con dificultades para afrontar la vida”, lo que llega a denotar la importancia de este padecimiento a nivel mundial.

Este síndrome no se encuentra reconocido en el DSM,cabe indicar que en algunos países europeos a los pacientes con burnout se les diagnostica con el síndrome de neurastenia que según el ICD-10,su código es F 48.0, considerándolo, por lo tanto, como una forma de Trastorno Mental.

5.3.2.PERSONAL ASISTENCIAL:

El personal Asistencial que labora en la Clínica del Hospital "Hermilio Valdizán"está constituido por profesionales titulados y no titulado que tiene un trato directo en el tratamiento con el paciente y su familia.

Dicho personal presta sus servicios bajo tres modalidades, la mayoría casi el 90% es personal nombrado y labora en otros Departamentos o Servicios del Hospital "Hermilio Valdizán", el 2% trabaja bajo la modalidad de CAS y el 8% tiene la modalidad de servicios por Terceros.

El personal asistencial motivo de estudio, se detalla en el siguiente cuadro

PERSONAL ASISTENCIAL	TITULADO	NO TITULADO	TOTAL
MÉDICOS PSIQUIÁTRAS	6		6
ANESTESIÓLOGO	1		1
MÉDICO INTERNISTA	1		1
MÉDICO RADIÓLOGO	1		1
ENFERMEROS	18		18
LICENCIADAS EN SERVICIO SOCIAL	07		07
LICENCIADAS EN PSICOLOGÍA	02		02
TECNÓLOGO MÉDICO	01		01
LICENCIANDO EN NUTRICIÓN	01		01
QUÍMICO FARMACÉUTICO	01		01
TÉCNICOS DE ENFERMERÍA		16	
TÉCNICOS EN REHABILITACIÓN		6	
TOTAL	39	22	62

5.3.3. CLÍNICA DEL HOSPITAL "HERMILIO VALDIZÁN":

En Setiembre del año 1997, en el Hospital "Hermilio Valdizan" se inició un convenio de atención psiquiátrica para pacientes asegurados, inicialmente se atendía pacientes del Hospital Edgardo Rebagliati y el Hospital Guillermo Almenara y lo que empezó como Clínica, después de unos años tuvo que ser cambiado a un Servicio de Tarifa Diferenciada debido a quejas de las clínicas privadas, de que los hospitales, tienen ventaja ante ellos ejerciendo una competencia desleal, porque tienen infraestructura y apoyo logístico que abarataran sus costos.

El convenio de atención de pacientes psiquiátricos es sometido periódicamente a Concurso Público, actualmente el Hospital ha sido adjudicado según C.P. 0028-2014/ EsSALUD-RAA para el internamiento de 52 pacientes que vienen procedentes de Hospitalización, Emergencia, Consulta Externa y Clínica de día del Hospital Nacional Guillermo Almenara, todos son derivados para su internamiento por un período promedio de 20 días, pudiendo ser ampliada la estancia si el caso lo amerita, las causas pueden ser diversas, como una pobre respuesta terapéutica a los psicofármacos prescritos, ser un problema social o la necesidad de aplicar Terapia Electroconvulsiva, la que se realiza en un periodo mínimo de mes y medio previo consentimiento informado y se aplica 3 veces por semana en un total de 12 aplicaciones, muchos de los casos son problemas sociales, siendo frecuente encontrar en los familiares cercanos alguna patología psiquiátrica que viene a ser parte de la etiología genética.

En relación al personal que trabaja en la Clínica, deben estar acreditados según los términos de referencia, la mayoría son nombrados, y también hay personas que laboran bajo otras modalidades; la clínica es dirigida por un Director Médico que tiene que ser nombrado con título de especialista en Psiquiatría y estudios de Administración y Gerencia en Salud, se cuenta con un staff de Médicos Psiquiatras, un Médico Internista, un Médico Radiólogo, 1 Anestesiólogo y un Patólogo Clínico, todos ellos con el debido Registro Nacional de Especialista, también se cuenta con un Nutricionista, un Químico Farmacéutico, Enfermeras con la especialidad de Salud Mental, Técnicos de Enfermería, Licenciadas en Servicio

Social, Psicología, 1Tecnólogo Médico y Terapistas Ocupacionales, la mayoría del personal también labora en la misma institución, pocos son los que pertenecen a otras dependencias del MINSA, Essalud, Fuerzas Policiales o entidades privadas.

El Hospital Almenara cuenta con la Oficina de Clínicas Contratadas o SADE (Servicio de Atención Domiciliaria y Especialidades) y se encarga mediante supervisores ver el aspecto administrativo, mientras que el Jefe del Departamento de Psiquiatría del Almenara, designa un Médico Psiquiatra para que evalúe la evolución clínica y realice las sugerencias si el caso lo amerita, haciendo las anotaciones respectivas en el Libro de Ocurrencias.

El Concurso Público y el convenio con la RAA es muy beneficioso para la institución y para sus trabajadores ,porque crean una fuente de Recursos Propias que son utilizados por del hospital y permite que el personal que labora en la Clínica incremente sus ingresos.

6.-HIPOTESIS DE LA INVESTIGACIÓN:

- La prevalencia del Síndrome de Burnout en en el personal asistencial de la Clínica del Hospital”Hermilio Valdizan”. es significativa.
- La edad, sexo, estado civil y condición de migración son factores demográficos asociados al Síndrome de Burnout en el personal asistencial de la Clínica del Hospital”Hermilio Valdizan”.
- El grupo profesional, jornada laboral semanal, modalidad de trabajo, tipo de relación interpersonal con los compañeros de trabajo son factores laborales asociados al Síndrome de Burnout en en el personal asistencial de la Clínica del Hospital ”Hermilio Valdizan”.

6.2.VARIABLES:

6.2.1.Variables independientes:

Factores epidemiológicos

Factores laborales

6.2.2.Variable dependiente:

Síndrome de Burnout.

6.3.OPERATIVIDAD DE LAS VARIABLES:

El Síndrome de burnout. Será medido a través del Inventario del Síndrome de Burnout de Maslach (MBI) o (IBM), que consta de 22 ítems Tipo Escala Likert ,y que recoge las tres dimensiones del Síndrome de Burnout: Cansancio Emocional (CE), Despersonalización(D) y baja Realización Personal(RP) respecto a las tareas realizadas en el trabajo.

Para diagnosticar al profesional con síndrome burnout, deberá tener un valor alto en el componente de Cansancio Emocional y Despersonalización , mientras que un valor bajo en Realización Personal . 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".

7.-METOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN:

7.1.UNIDAD DE ANÁLISIS,UNIVERSO Y MUESTRA:

La unidad de Analisis son los cuestionarios de datos epidemiológicos y el MBI, respondidas voluntariamente.

El Universo está constituida por todo el personal asistencial que trabaja en la Clínica del Hospital "Hermilio Valdizan".

La unidad de nuestro estudio esta conformada por todos los individuos que integraron la muestra del presente trabajo.

El método de la selección de la muestra fue por muestreo no probabilístico, de tipo intencional y por conveniencia.

7.1.1.CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Personal Asistencial que realiza turnos en la Clínica del Hospital "Hermilio Valdizan".
- Personal Asistencial que aceptó participar en el estudio.
- Ambos sexos.
- Personal Asistencial que firmó el consentimiento informado.
- No padecer Trastorno Mental.

7.1.2.CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Personal Asistencial que labora en el Hospital pero que no realiza turnos en la Clínica.
- Personal Asistencial que se negó a participar en el estudio.
- Personal Asistencial que se negó a firmar el consentimiento informado.
- Personal eventual.
- Padecer trastorno Mental.

7.1.3.CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

- Personal Asistencial que no completo las respuestas del Instrumento de evaluación (MBI)
- Persona Asistencial que no llenó el Formato de evaluación sociodemográfico.

7.2.MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN:

MATERIAL Y MÉTODO:

- Se realizará un estudio descriptivo y transversal con el objeto de determinar la presencia del Síndrome de Burnout en el personal asistencial de la Clínica del Hospital "Hermilio Valdizan".
- Las variables empleadas fueron: grupo de edades, sexo, situación conyugal y años de ejercicio de la profesión.
- El registro primario lo constituyó el cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI), el cual es el instrumento más utilizado en el mundo.
- Se trata de un cuestionario autoadministrado que mide el desgaste profesional. Se completa en 10- 15 minutos y mide los tres aspectos del Síndrome de Burnout. Está constituido de 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes.

El cuestionario evalúa las 3 dimensiones del síndrome:

- El cansancio emocional consta de 9 ítems (1,2,3,6,8,13,14,16,20);
- La despersonalización está formada por 5 ítems (5,10,11,15,22);
- Por último la realización profesional se compone de 8 ítems (4,7,9,12,17,18,19,21).

Los grados de intensidad van desde:

- 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; hasta
- 6= todos los días.

Altas puntuaciones en las dos primeras escalas y baja en la tercera definen al síndrome.

DIMENSIONES Y PUNTUACIÓN DEL MBI

DIMENSIONES		PUNTUACIÓN		
		BAJA	MEDIA	ALTA
CANSANCIO EMOCIONAL	C.E	- de 19	19-26	27 a +
DESPERSONALIZACIÓN	D.	- de 6	6-9	10 a +
REALIZACIÓN PERSONAL	R.P.	0 - 33	34 - 39	40 a +

SINDROME DE BURNOUT

DIMENSIONES		PUNTUACIÓN		
		BAJA	MEDIA	ALTA
CANSANCIO EMOCIONAL	C.E			27 a +
DESPERSONALIZACIÓN	D.			10 a +
REALIZACIÓN PERSONAL	R.P.	0 - 33		

Como puntos de corte se pensó seguir los criterios seguidos por otros autores:

- Para cansancio emocional, puntuaciones 27 o superiores son indicativas de un alto nivel de burnout. El intervalo 19- 26 correspondería a puntuaciones intermedias, siendo por debajo de 19 indicativas de niveles de burnout bajos o muy bajos.

- Para despersonalización, puntuaciones superiores a 10 serían de nivel alto, 6- 9 medio y menos de 6, bajo grado de despersonalización.
- En contrapartida, la escala de realización profesional funciona en sentido opuesto a las anteriores, 0- 33 puntos indicarán baja realización, 34- 39 intermedia y más de 40 alta sensación de logro.

MBI (INVENTARIO DE BURNOUT DE MASLACH)	
A continuación encontrará una serie de enunciados acerca de su trabajo y de sus sentimientos en él. Le pedimos su colaboración respondiendo a ellos como lo siente. No existen respuestas mejores o peores, la respuesta correcta es aquella que expresa verídicamente su propia existencia. Los resultados de este cuestionario son estrictamente confidenciales y en ningún caso accesibles a otras personas. Su objeto es contribuir al conocimiento de las condiciones de su trabajo y mejorar su nivel de satisfacción.	
A cada una de las frases debe responder expresando la frecuencia con que tiene ese sentimiento de la siguiente forma:	
<input type="radio"/> 0 = nunca;	
<input type="radio"/> 1= pocas veces al año o menos;	
<input type="radio"/> 2= una vez al mes o menos;	
<input type="radio"/> 3= unas pocas veces al mes o menos;	
<input type="radio"/> 4= una vez a la semana;	
<input type="radio"/> 5= pocas veces a la semana; hasta	
<input type="radio"/> 6= todos los días.	

N°	DIMENSIÓN	AFIRMACIÓN	VALORES						
			0	1	2	3	4	5	6
1	C.E.	Me siento emocionalmente defraudado en mi trabajo.							
2	C.E.	Cuando termino mi jornada de trabajo me siento agotado.							
3	C.E.	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento agotado.							
4	R.P.	Siento que puedo entender fácilmente a las personas que tengo que atender.							
5	D.	Siento que estoy tratando a algunos beneficiados de mí como si fuesen objetos impersonales.							

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

CATEGORIA SEGÚN EL PERCENTIL:

- Los sujetos por encima del percentil 75 se incluyen en la categoría "alto", entre el percentil 75 y el 25 en la categoría "medio" y, por debajo del percentil 25, en la categoría "bajo".
- Mientras que en las subescalas de agotamiento emocional y despersonalización, puntuaciones altas corresponden a altos sentimientos de estar quemado, en la subescala

de realización personal en el trabajo bajas puntuaciones corresponden a altos sentimientos de quemarse.

PERCENTIL	CATEGORÍA
+ DE 75	ALTO
75-25	MEDIO
DE 75	BAJO

MÉTODOS PARA EVALUAR EL SÍNDROME BURNOUT:

Aspecto evaluado Respuesta a Sumar:

- Agotamiento 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

Las claves para la interpretación de este cuestionario son:

- Subescala de agotamiento emocional:
Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo.
Puntuación máxima 54.
- Subescala de despersonalización:
Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento.
Puntuación máxima 30.

- Subescala de realización personal:

Evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo.

Puntuación máxima 48.

Estas tres escalas tienen una gran consistencia interna, considerándose el grado de agotamiento como una variable continua con diferentes grados de intensidad. Puntuaciones altas, en las dos primeras subescalas y baja en la tercera definen la presencia el síndrome.

SUBESCALAS, DESCRIPCIÓN, ITEMS Y NIVELES DEL MBI

SUB-ESCALA	DESCRIPCIÓN	ITEMS	NIVELES		
			BAJO	MEDIANO	ALTO
AGOTAMIENTO EMOCIONAL	Valora la vivencia de estar exhausto por las demandas del trabajo	1,2,3, 6,8,13, 14,16,20	1-18	19-36	37-54
DESPERSONALIZACIÓN	Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y reconocimiento	5,10,11, 15,22	1-10	11-20	21-30
REDUCIDO LOGRO PERSONAL	Evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo	4,7,9, 12,17, 18,19,21	1-16	17-32	33-48

ENCUESTA SOCIODEMOGRÁFICA:

Además el cuestionario contó con una encuesta sociodemográfica, que incluyó:

- Sexo (M, F),
- Grupos de edad (grupo 1: menos de 25 años; grupo 2: entre 25 y 35 años; y grupo 3: más de 45 años),
- Situación conyugal (soltero,conviviente,casado)
- Profesión.
- Horas de trabajo semanales.
- Relaciones interpersonales.
- Años de ejercicio de la profesión (grupo 1 de < 10 años; grupo 2 entre 10 y 20 años; y grupo 3 > de 20 años).

Los datos fueron evaluados estadísticamente y los resultados volcados en una tabla para su mejor comprensión.

El presente estudio corresponde a una investigación de tipo cuantitativa, descriptiva y correlacional, que investigó la presencia del Síndrome de Burnout en personal asistencial que trabaja en la Clínica del Hospital "Hermilio Valdizan".

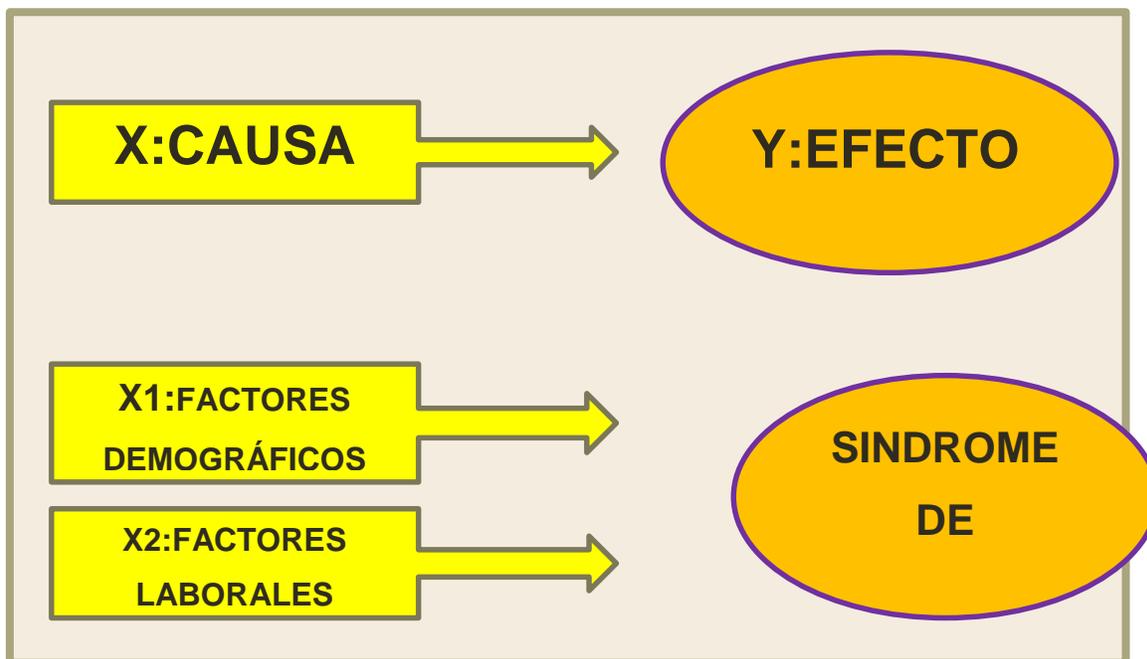
Para la aplicación de las encuestas y desarrollo del estudio se solicitó autorización de la Dirección Médica de la Clínica, las encuestas fueron autoadministradas de forma voluntaria, previa autorización mediante un consentimiento informado, el cual contempló los aspectos éticos de confidencialidad de la información atorgada, asegurando el anonimato del encuestado, explicándose en este documento en forma clara y precisa de los objetivos del estudio.

7.3.TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:

El tipo de investigación será correlacional y explicativo.

El diseño de investigación será no experimental y correlacional causal. La gráfica corresponde al siguiente detalle:



7.4.INSTRUMENTOS:

Los instrumentos utilizados son:

- Un cuestionario elaborado por el investigador que contenía preguntas en relación a variables sociodemográficas y laborales.

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

FACTORES Y VALORES

FACTOR	VALOR					
EDAD	1	MENOS DE 25	2	ENTRE 25 Y 35	3	MAYOR DE 35
SEXO	1	MASCULINO	2	FEMENINO		
ESTADO CIVIL	1	SOLTERO	2	CONVIVIENTE	3	CASADO
PROFESIÓN	1	MÉDICO	2	ENFERMERA	3	PSICÓLOGA
	4	ASISTENTA SOCIAL	5	TECNÓLOGO MEDICO	6	AUXILIAR DE ENFERMERÍA
	7	TÉCNICO EN TERAPIA OCUPACIONAL				
AÑOS DE EJERCICIO PROFESIONAL	1	MENOS DE 10 AÑOS	2	ENTRE 10 Y 20 AÑOS	3	MÁS DE 20 AÑOS
HORAS LABORALES POR SEMANA	1	18 HORAS	2	36 HORAS	3	54 HORAS
COMO CONSIDERA SU RELACION INTERPERSONAL	1	MALA	2	REGULAR	3	BUENA

- Un cuestionario que corresponde a la escala de Maslach Burnout Inventory (MBI), instrumento utilizado para medir estrés laboral crónico o burnout, la que entrega el estado en que el sujeto se encuentra dentro de estas tres dimensiones (alto nivel, medio y bajo).

Para la validación del instrumento se utilizó la correlación de Pearson cuando se empleaban variables continuas y la correlación de Spearman's Rho cuando se empleaban variables no continuas. La confiabilidad se comprobó mediante el alfa de Cronbach. Los resultados establecieron que el instrumento MBI presentaba una elevada validez y confiabilidad, con lo que se concluye que este instrumento es seguro de utilizar.

TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS OBTENIDOS:

- Se solicitará a la Clínica del Hospital "Hermilio Valdizán" la nómina del personal asistencial y se procederá a seleccionar la muestra.
- Se solicitará el consentimiento informado del personal asistencial de la Clínica del Hospital "Hermilio Valdizán".
- Se aplicará el cuestionario para determinar los factores demográficos y laborales asociados al Síndrome de Burnout.
- Se aplicará la escala de Maslach para determinar el Síndrome de Burnout en el personal asistencial de la Clínica del Hospital "Hermilio Valdizán".
- Se realizará el control de calidad de los datos mediante la revisión exhaustiva de los instrumentos.

ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

Siendo una investigación que involucra a sujetos humanos , requiere de consideraciones que protejan sus derechos. Actualmente existen códigos de ética ,estando los investigadores obligados moral y formalmente a respetar los principios éticos primordiales que contienen estos códigos, como son: beneficencia, respeto a la dignidad humana y justicia.

Las fuentes principales de orientación ética sobre la realización de investigaciones clínicas han sido:

- El Código de Nuremberg
- La Declaración de Helsinki.
- El Informe Belmont y

La consideración de los aspectos éticos es un deber y un marco indispensable para todas las actividades de investigación clínica.

En la actualidad disponemos de valiosos documentos que definen los principios éticos que deben guiar la investigación con seres humanos. La piedra fundamental fue colocada en 1947 por el Código de Nuremberg que sigue siendo un documento ético trascendental luego de más de 50 años.

El Código de Nuremberg fue publicado luego del juicio a los médicos nazis debido a las aberraciones perpetradas en campos de concentración con fines de experimentación médica. Contiene 10 principios en los que se definen las reglas de la investigación. Entre otros se destacan: la obligación de obtener un consentimiento informado, el principio de beneficencia en investigación, la obligación de evitar riesgos innecesarios, protección al sujeto en caso de daños y la libertad del sujeto de decidir retirarse en cualquier momento del estudio.

En 1964 la Asociación Médica Mundial publicó la Declaración de Helsinki. Desde entonces, este documento tuvo varias modificaciones, siendo la más reciente la controvertida versión del año 2000. A diferencia del Código de Nuremberg, la Declaración de Helsinki se ha incorporado a varias regulaciones en diversos países. Respecto al contenido de ambas podemos señalar que la Declaración de Helsinki pone especial énfasis en las obligaciones del investigador en tanto el Código de Nuremberg se centra especialmente en los derechos del paciente como parte de la investigación.

El Informe Belmont fue publicado en 1979 en Estados Unidos por la Comisión Nacional de Protección de Personas en Investigación. Este informe define claramente los principios éticos para la investigación clínica. Entre otras consideraciones, el reporte hace una fuerte crítica al estudio Tuskegee conducido en los años 40 en ese país en el que participaron pacientes negros sifilíticos provenientes de áreas rurales a los que se dejó sin tratamiento siguiendo la evolución natural de la enfermedad. El aspecto controvertido de este estudio está centrado en el hecho de que no se quiso interrumpir y, por el contrario, se continuó bastante tiempo después de que aparecieran tratamientos antibióticos efectivos para estos pacientes.

Actualmente la bioética como estudio de lo moral orientado a la salud es sumamente fuerte y amplio, y ha sido un estímulo vigoroso para el fortalecimiento de la ética en la investigación.

Ha sido pues, de la bioética de donde han salido muchos de los aportes directos que han enriquecido la discusión ética de la investigación. Los documentos ya citados nos orientan a una propuesta de los requisitos para evaluar la ética de la investigación clínica en sujetos humanos, este contiene los siguientes aspectos:

- Valor social o científico .
- Validez científica..
- Selección equitativa de los sujetos.
- Proporción favorable del riesgo-beneficio.
- Condiciones de diálogo auténtico.
- Evaluación independiente.
- Consentimiento informado.
- Respeto a los sujetos inscritos.

Tratándose de una investigación con seres humanos, se deberá explicitar en este acápite los siguientes aspectos:

- Los beneficios y los riesgos conocidos o inconvenientes para los sujetos envueltos en el estudio.
- La descripción precisa de la información a ser entregada a los sujetos del estudio y cuando será comunicada oralmente o por escrito. Ejemplos de dicha información incluye: los objetivos y propósitos del estudio, cualquier procedimiento experimental, cualquier riesgo conocido a corto o largo plazo, posibles molestias; beneficios anticipados de los procedimientos aplicados; duración del estudio; métodos alternativos disponibles para tratamiento si el estudio es la prueba de un tratamiento; la suspensión del estudio cuando se encuentren efectos negativos o suficiente evidencia de efectos positivos que no

justifiquen continuar con el estudio y, la libertad que tienen los sujetos de retirarse del estudio en cualquier momento que deseen.

- En caso que aplique, indicar algún incentivo especial o tratamiento que recibirán los sujetos por su participación en el estudio, si es algún tipo de remuneración, especificar el monto, manera de entrega, tiempo y la razón por la cual el pago es requerido.
- Indicar cómo será mantenida la confidencialidad de la información de los participantes en el estudio.
- También se tiene que dar respuesta a otros aspectos éticos tales como: para estudios donde se obtendrá información personal de los sujetos, indicar cómo la información se mantendrá confidencial.
- Se debe proveer información acerca del consentimiento libre e informado de los participantes y la estrategia que se utilizará para obtenerlo.
- Breve reseña de cómo los hallazgos de la investigación serán reportados y entregados a los sujetos envueltos en el estudio u otros interesados.
- Indicar y justificar la inclusión según el caso, de niños, ancianos, impedidos físicos y mujeres embarazadas.
- Justificar la no inclusión en el grupo de estudio, si es el caso, de mujeres (de cualquier edad) o minoría étnica, grupo racial, etc
- Cuando sea el caso, indicar cómo se garantizará el adecuado equilibrio de los dos sexos en los grupos de estudio. Asimismo y cuando aplique, indicar cómo las inequidades de género y la condición de discriminación y desventaja de la situación de las mujeres, pueden afectar el control sobre su involucramiento en la investigación.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1.-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.

- 2.-Barría, M. (2002). "Síndrome de Burnout en asistentes sociales del Servicio Nacional de Menores de la Región Metropolitana de Chile.
- 3.-Horacio Cairo Burnout ó Estrés Laboral: Un síndrome cada vez más expandido [en línea] Abril 2002 [fecha de acceso 17 de Noviembre 2005].
- 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.-Encomo, J., Paz, C. y Liebster, E. (2004). Rasgos de personalidad, ajuste Psicológico y Síndrome de agotamiento en personal de enfermería. *Invest. clín*, jun. 2004, vol.45, no.2. Venezuela.
- 6.-Freudemberger, H. (1974) "Staff Burnout". *Journal of Social Issues*. N° 30. Doubleday.
- 7.-Gil-Monte PR, Peiro GM Un nuevo modelo en proceso de desarrollo del Burnout: Una alternativa desde donde valorar o estimar los modelos de estrés. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones* 1998, 14:165-179.
- 8.-Gil-Monte, P. y Peiró, J. (1997): *Desgaste psíquico en el trabajo*. Edit. Síntesis Psicología.España.
- 9.-Martinez M, Guerra MP. Síndrome de Burnout El riesgo de ser un profesional de ayuda. *Salud y cambios* 1998, 23: 45
- 10.-Maslach, C. y Jackson, S. (1981). *Maslach Burnout Inventory* (2ª ed.). Palo Alto, CA.: Consulting Psychologist Press. California.
- 11.-Pablo Gonzalez. ¿Que es el Síndrome de Burnout? ¿Cuál es su etiología? ¿Cómo se desarrolla? ¿Porqué es importante para el médico? [en línea] Enero 2001 [fecha de acceso 14 de Noviembre 2005].
- 12.-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.
- 13.-Prieto, L. y Robles, E. (2002). "Burnout en médicos de atención primaria de la provincia de Cáceres. *Revista de Atención Primaria*. 29 (5). España
- 14.-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 Abad del Cuzco.

15.-Ramos, A. y Domínguez, J. (2006). "Prevalencia de burnout y variables asociadas en los médicos de atención primaria de Burgos". Revista de atención primaria. (1).España.

12. ANEXOS

ANEXO 01:

CUESTIONARIO PARA LA DETERMINACIÓN DE LOS FACTORES ASOCIADOS AL SINDROME DE BURNOUT

Por favor, lea cada pregunta cuidadosamente y responda cada una de ellas marcando con un aspa (X) las alternativas que crea conveniente o rellenando los espacios en blanco.

1.-Fecha de nacimiento: _____/_____/_____

2.-¿Qué edad tiene Ud?: _____ años

GRUPO ETARIO	CÓDIGO
MENOS DE 25 AÑOS	(1)
ENTRE 26 Y 35 AÑOS	(2)
MAS DE 35 AÑOS	(3)

3.-Sexo:

SEXO	CÓDIGO
MASCULINO	(1)
FEMENINO	(2)

4.-¿Cuál es su estado civil?

ESTADO CIVIL	CÓDIGO
SOLTERO(A)	(1)
CONVIVIENTE	(2)
CASADO(A)	(3)

5.-¿Cuál es su profesión u ocupación?:

PROFESIÓN U OCUPACIÓN	CÓDIGO
MÉDICO	(1)
ENFERMERA	(2)
PSICOLOGA	(3)
ASISTENTA SOCIAL	(4)
TECNÓLOGO MEDICO	(5)
TÉCNICO DE ENFERMERÍA	(6)
TAUXILIAR DE TERAPIA	(7)

6.-¿Cuántas horas labora por semana?: _____ horas semanales

JORNADA LABORAL	CÓDIGO
18 HORAS	(1)
36 HORAS	(2)
54 HORAS	(3)

7.-¿Qué tipo de contrato tiene con la institución?:

CONTRATO	CÓDIGO
NOMBRADO(A)	(1)
C.A.S.	(2)
TERCERO(A)	(3)

8.-¿Cómo considera la relación interpersonal que establece con sus compañeros de trabajo?

RELACIÓN INTERPERSONAL CON COMPAÑEROS	CÓDIGO
MALA	(1)
REGULAR	(2)
BUENA	(3)

9.-¿Cuántos años de servicio tiene?

AÑOS DE SERVICIO	CÓDIGO
MENOS DE 10 AÑOS	(1)
ENTRE 10 Y 20 AÑOS	(2)
MAS DE 20 AÑOS	(3)

ANEXO 02:

INVENTARIO PARA DETERMINAR EL SINDROME DE BURNOUT

Las siguientes son 22 declaraciones que hablan acerca de los sentimientos relacionados al trabajo. lea cada una cuidadosamente y decida si usted se siente de esa manera acerca de su trabajo. Si nunca ha tenido este sentimiento, escriba un "0" en el espacio provisto. Si usted ha tenido este sentimiento, indique cuán frecuente lo ha sentido escribiendo el número (del 1 al 6) que mejor describa con qué frecuencia se ha sentido así. La escala de frecuencia de los sentimientos es según sigue:

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

Conteste las siguientes frases indicando la frecuencia con que usted ha experimentado ese sentimiento.

AFIRMACIONES	0	1	2	3	4	5	6
1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo							
2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo							
3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar							
4. Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes							
5. Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales							
6. Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo							

AFIRMACIONES	0	1	2	3	4	5	6
7. Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes							
8. Me siento "quemado" por mi trabajo							
9. Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de las personas							
10. Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión							
11. Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente							
12. Me siento muy activo							
13. Me siento frustrado en mi trabajo							
14. Creo que estoy trabajando demasiado							
15. Realmente no me preocupa lo que le ocurre a mis pacientes							
16. Trabajar directamente con personas me produce cansancio							
17. Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes							
18. Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes							
19. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión							
20. Me siento acabado							
21. En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma							
22. Siento que los pacientes me culpan por alguno de sus problemas							
TOTAL							

INVENTARIO DE MASLACH

MBI

1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo						
0	1	2	3	4	5	6
2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo						
0	1	2	3	4	5	6
3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar						
0	1	2	3	4	5	6
4. Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes						
0	1	2	3	4	5	6
5. Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales						
0	1	2	3	4	5	6
6. Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo						
0	1	2	3	4	5	6
7. Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes						
0	1	2	3	4	5	6
8. Me siento "quemado" por mi trabajo						
0	1	2	3	4	5	6

9. Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de las personas

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

10. Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

11. Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

12. Me siento muy activo

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

13. Me siento frustrado en mi trabajo

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

14. Creo que estoy trabajando demasiado

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

15. Realmente no me preocupa lo que le ocurre a mis pacientes

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

16. Trabajar directamente con personas me produce cansancio

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

17. Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

18. Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

19. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

20. Me siento acabado

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

21. En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

22. Siento que los pacientes me culpan por alguno de sus problemas

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

ANEXO 03: CONSENTIMIENTO INFORMADO

TÍTULO:“SINDROME DE BURNOUT EN PERSONAL ASISTENCIAL DE LA CLÍNICA DEL HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN-MARZO 2015”

Yo,.....id
entificado con DNI N°.....TRABAJADOR ASISTENCIAL de la
Clínica del Hospital "Hermilio Valdizan",en pleno uso de mis facultades,consciente
de mis actos y bajo mi absoluta responsabilidad, **MANIFIESTO**
VOLUNTARIAMENTE lo siguiente:

PRIMERO:

Que el(la)Dr.(a).....

Con Registro del Colegio Médico del Perú Nro.....,asesor de tesis,**ME HA**
INFORMADO de forma confidencial,respetuosa y comprensible:"la propuesta de
evaluar al personal Asistencial de la Clínica del Hospital "Hermilio Valdizan" ,con el
motivo de determinar la presencia del Síndrome de Burnout".

Por lo tanto solicita mi consentimiento:

- 1.-El uso del MBI
- 2.-Se mantendrá estricta privacidad,con relación a la identidad del personal y se evitara dar datos que pudieran hacer conocer al evaluado.
- 3.-La información rrecopilada con el MBI ,podría ser publicado en alguna revista médica con fines académicos.
- 4.-No existeninguna clase de riesgo o daño que pueda ser ocasionado con la aplicación del MBI

SEGUNDO:

DECLARO, que se **ME HA INFORMADO**, en forma clara, la naturaleza y el propósito de este estudio y la posibilidad que este material podría ser publicado en la literatura médica.

TERCERO:

ESTANDO PLENAMENTE INFORMADO de lo expuesto anteriormente, **DOY MI CONSENTIMIENTO INFORMADO**, para responder el MBI y la Encuesta Sociodemográfica.

Lima, de del 2015

NOMBRE Y FIRMA DEL EVALUADOR

.....

.....

NOMBRE Y FIRMA DEL EVALUADO

.....

.....

ANEXO 04: PUNTUACION DEL MBI

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

DIMENSIONES	ITEMS	NIVEL ALTO	NIVEL MEDIO	NIVEL BAJO
1.-CANSANCIO EMOCIONAL	1,2,3,6,8, 13,14, 16,20	0=>27	26-19	<19
2.DESPERSONALIZACIÓN	5.10,11, 15, 22	>10	9-6	<6
3.-REALIZACIÓN PROFESIONAL	4,7,9,12, 17,18,19, 21	0-33	34-39	>40

DISCUSIÓN

CUADRO N°1

TRABAJADORES DE LA CLÍNICA DEL HOSPITAL "HERMILIO VALDIZAN"			%
ASISTENCIALES	60		95.2
ADMINISTRATIVOS		03	4.8

GRÁFICO N°1



En el CUADRO N° 1, se califica al personal Administrativo y al Asistencial, considerándose que 60 son asistenciales y 3 son administrativos.

De los Administrativos una cumple labor secretarial y dos profesionales de apoyo en Farmacia y en Nutrición

CUADRO N°2

TRABAJADORES DE LA CLÍNICA DEL HOSPITAL " HERMILIO VALDIZAN"			%
TITULO PROFESIONAL	41		65
SIN TITULO PROFESIONAL		22	35

GRAFICO N° 2

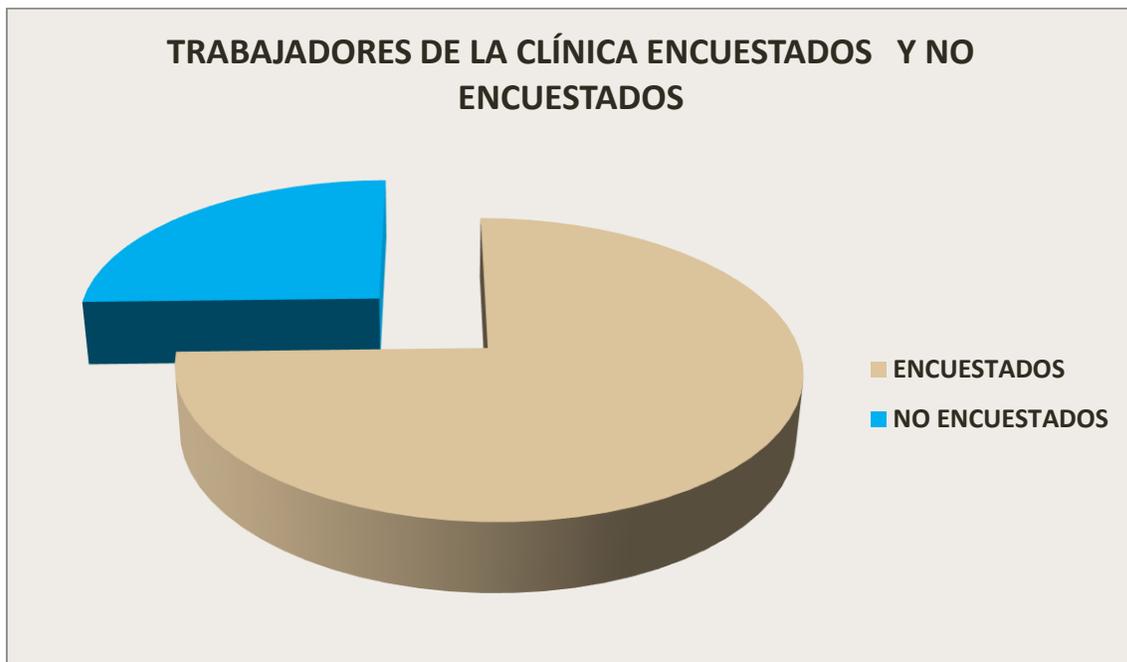


En el CUADRO N° 2, se clasifica al personal según tenga título profesional o no, del total de trabajadores 41 tiene título y 22 no lo tienen, esto se debe al tratamiento especializado que brinda la Clínica y al cumplimiento de los Términos del Referencia de Contrato con la Red Asistencial Almenara.

CUADRO N°3

TRABAJADORES DE LA CLÍNICA DEL HOSPITAL "HERMILIO VALDIZAN"			%
ENCUESTADOS	47		74.6
NO ENCUESTADOS		16	25.4

GRAFICO N° 3

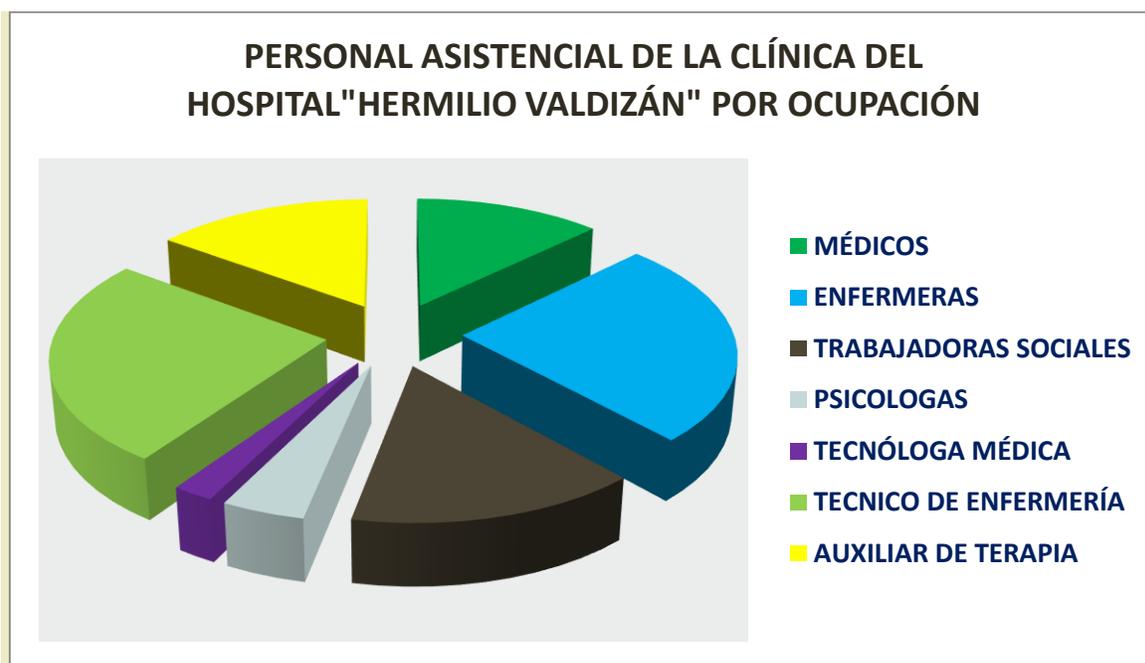


En el CUADRO N° 3 ,se clasifica la personal encuestado y no encuestados,de los 63 trabajadores de la Clínica,participaron del estudio 47 y 16 prefirieron se mostraron retiscentes a partiipar del estudio.

CUADRO N°4

OCUPACIÓN	NÚMERO	%
MÉDICO PSIQUIÁTRA	6	12.7
ENFERMERA	12	25.5
TRABAJADORA SOCIAL	7	15.0
PSICÓLOGA	2	4.2
TECNÓLOGA MÉDICA	1	2.1
TECNICO DE ENFERMERÍA	12	25.5
AUXILIAR DE TERAPIA	7	15.0

GRAFICO N°4

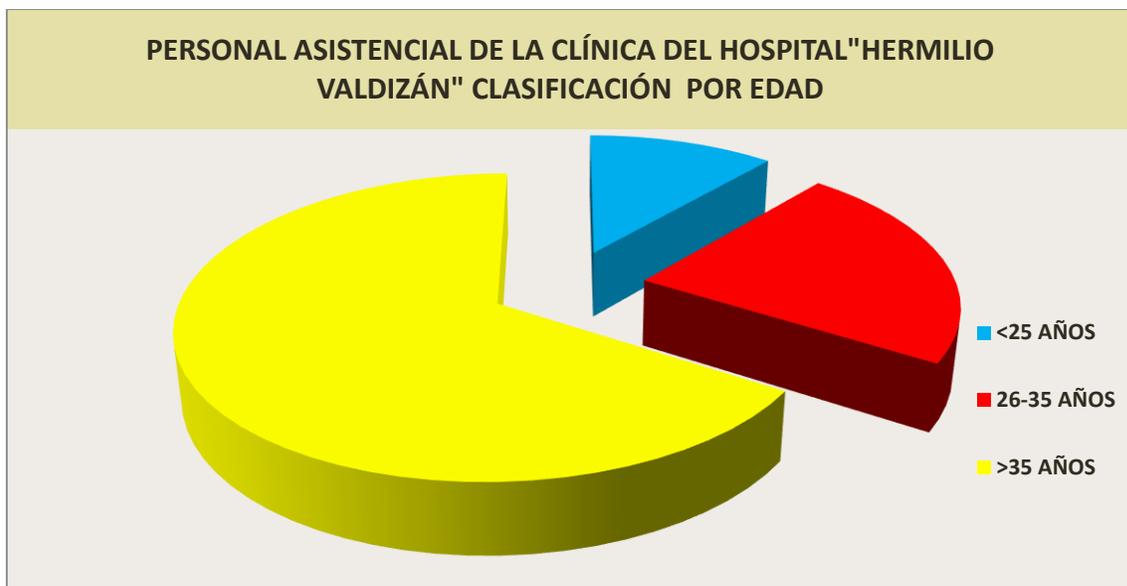


En el CUADRO N° 4, se clasifica al personal de acuerdo a su ocupación, se puede notar que la mayoría de personal está conformado por los Técnicos y Enfermeras, cada uno con 12 trabajadores, seguido por las trabajadoras sociales y los Auxiliares de Terapia con 7 trabajadores, luego están los Médicos con 6, las Psicólogas con 2 y una Tecnóloga Médica.

CUADRO N° 5

EDAD EN AÑOS	NÚMERO	%
< DE 25	1	2.1
26-35	12	25.5
>35	34	72.4

GRÁFICO N° 5



En el CUADRO N° 5, se clasifica al personal por grupos de edad, 1 pertenecen al grupo de menores de 25 años, 12 al grupo de 26 a 35 años y 34 al grupo de mayores de 35 años, los cuales hacen un total de 47 trabajadores.

CUADRO N° 6

ESTADO CIVIL	NÚMERO	%
SOLTERO	14	29.6
CASADO	30	64.0
CONVIVIENTE	3	6.4

GRÁFICO N° 6



En el CUADRO N° 6, se clasifica al personal por Estado Civil, de los cuales 14 son solteros, 30 son casados y 3 son convivientes, los cuales hacen un total de 47 trabajadores.

CUADRO N° 7

POR SEXO	NÚMERO	%
MASCULINO	11	23.4
FEMENINO	36	76.6

GRÁFICO N° 7

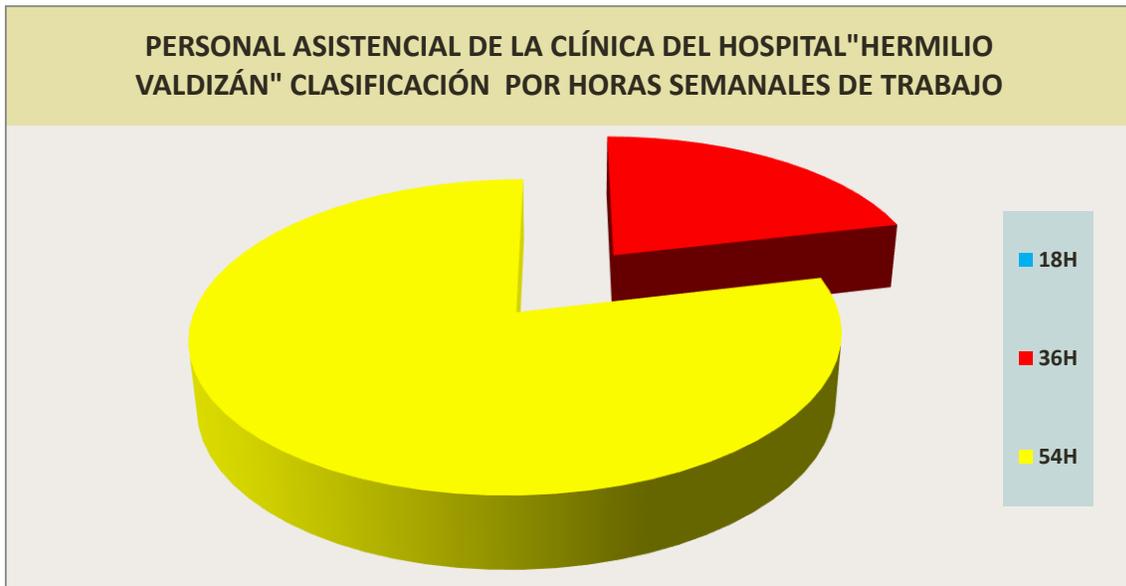


En el CUADRO N° 7, se clasifica al personal por SEXO, de los cuales 11 son de sexo masculino y 36 son de sexo femenino.

CUADRO N° 8

POR HORAS SEMANALES DE TRABAJO	NÚMERO	%
18	0	0
36	10	21.3
54	37	78.7

GRÁFICO N°8

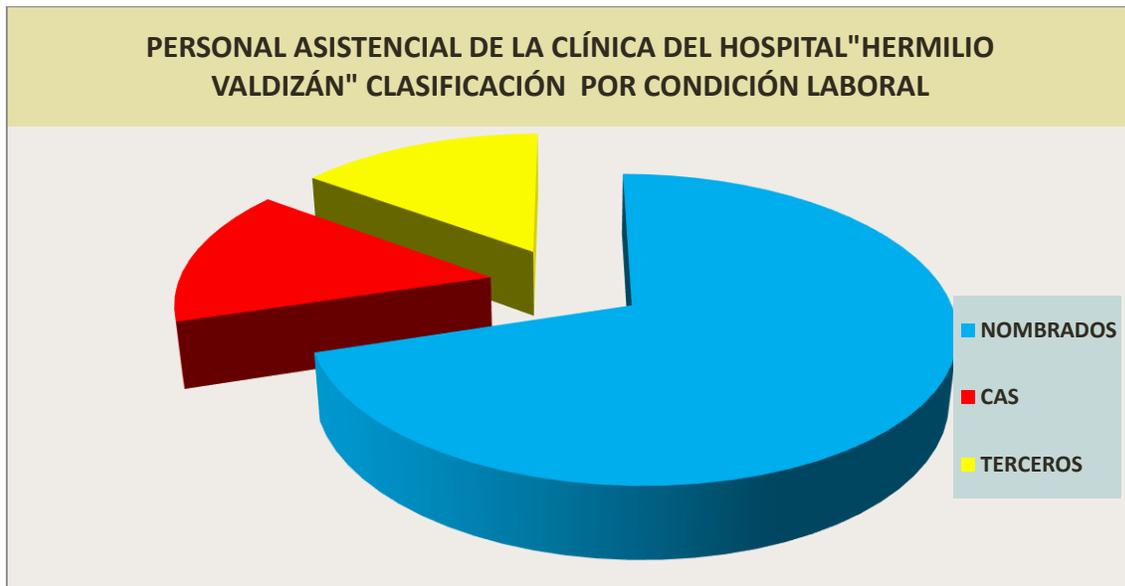


En el CUADRO N° 6, se clasifica al personal por Horas Semanales de trabajo, de los cuales ninguno trabajó 18 horas, 10 trabajaron 36 horas y 37 laboraron 56 horas.

CUADRO N° 9

CONDICIÓN LABORAL	NÚMERO	%
NOMBRADO	33	70.2
CAS	7	14.9
TERCEROS	7	14.9

GRÁFICO N° 9



En el CUADRO N° 9, se clasifica al personal por su condición laboral; de los 47 trabajadores que participaron en el estudio de investigación, 33 trabajadores son nombrados, 7 trabajadores están bajo el régimen de CAS y 7 trabajadores están bajo el régimen de terceros.

CUADRO N° 10

RELACIONES INTERPERSONALES	NÚMERO	%
BUENA	34	72.3
REGULAR	13	27.7
MALA	0	0

GRÁFICO N° 10



En el CUADRO N° 10, se clasifica al personal por las características de sus Relaciones Interpersonales; de los 47 trabajadores que participaron en el estudio de investigación, 34 tienen Buenas, 13 tienen Regulares y ninguno tiene Malas Relaciones Interpersonales.

CUADRO N° 11

RESULTADOS DEL MBI(1)																											
CANSANCIO EMOCIONAL,DESPERSONALIZACIÓN Y REALIZACIÓN PERSONAL:SEGÚN SEXO Y OCUPACIÓN.																											
N°	SEXO	OCUPACIÓN	CANSANCIO EMOCIONAL										DESPERSONALIZACIÓN					REALIZACIÓN PERSONAL									
			1	2	3	6	8	13	14	16	20	T	5	10	11	15	22	T	4	7	9	12	17	18	19	21	T
1	M	MÉDICO	3	4	4	4	3	3	3	3	2	29	0	1	1	0	0	2	6	6	6	6	6	6	6	6	48
2	F	MÉDICO	4	5	5	4	3	5	6	3	0	35	0	0	0	0	1	1	6	6	6	5	6	5	6	5	45
3	M	MÉDICO	2	4	2	4	4	3	4	3	2	28	0	1	1	0	0	2	6	6	6	6	6	6	6	6	48
4	M	MÉDICO	4	5	5	4	3	5	6	3	0	35	0	0	0	0	1	1	6	5	6	6	6	5	6	6	46
5	M	MÉDICO	3	4	2	4	3	3	3	3	3	28	0	1	1	0	0	2	5	5	6	6	5	6	5	5	43
6	M	MÉDICO	4	5	5	4	3	5	6	3	0	35	0	0	0	0	1	1	6	6	5	5	6	5	6	6	45
1	F	ENFERMERO	6	5	3	6	2	5	5	3	1	36	0	2	1	0	1	4	5	5	3	5	5	5	6	5	39
2	F	ENFERMERO	4	4	4	4	3	3	4	5	2	33	0	0	1	0	1	2	5	5	5	6	5	4	5	5	40
3	F	ENFERMERO	0	5	5	4	4	0	5	6	0	29	4	0	4	0	0	8	6	6	6	6	6	6	6	6	48
4	F	ENFERMERO	5	5	5	5	5	2	5	5	1	38	1	0	1	0	0	2	5	5	5	6	5	5	5	6	42
5	F	ENFERMERO	1	1	1	5	5	4	4	4	4	29	0	0	0	0	0	0	6	6	0	6	6	6	5	1	36
6	F	ENFERMERO	6	5	3	6	2	5	5	3	1	36	0	2	1	0	1	4	5	5	5	5	5	5	6	6	42
7	F	ENFERMERO	4	4	4	4	3	3	4	5	2	33	0	0	1	0	1	2	5	6	5	6	6	5	6	6	45
8	F	ENFERMERO	0	5	5	4	4	0	5	6	0	29	4	0	4	0	0	8	6	5	4	6	6	6	6	5	44
9	F	ENFERMERO	5	5	5	5	5	2	5	5	1	38	1	0	1	0	0	2	6	5	4	6	6	6	6	5	44
10	M	ENFERMERO	1	1	1	5	5	4	4	4	4	29	0	0	0	0	0	0	6	6	5	6	5	6	5	6	45
11	M	ENFERMERO	5	5	5	5	5	2	5	5	1	38	1	0	1	0	0	2	5	6	5	5	5	6	5	6	43
12	M	ENFERMERO	1	1	1	5	5	4	4	4	4	29	0	0	0	0	0	0	5	6	5	5	6	5	6	5	43
1	F	TRAB.SOCIAL	0	3	3	1	0	0	3	0	0	10	0	0	6	1	0	7	6	6	6	6	6	6	6	6	48
2	F	TRAB.SOCIAL	2	3	3	2	0	0	1	3	0	14	0	0	0	0	0	0	6	6	6	6	6	6	6	6	48
3	F	TRAB.SOCIAL	0	1	0	0	0	0	1	0	0	2	0	0	1	0	0	1	6	6	6	6	6	6	6	6	48
4	F	TRAB.SOCIAL	0	1	1	6	0	0	0	6	0	14	0	0	0	0	0	0	0	6	6	6	0	6	6	6	36
5	F	TRAB.SOCIAL	0	1	2	1	0	0	6	0	0	10	0	0	0	0	0	0	6	6	5	6	6	6	6	6	47
6	F	TRAB.SOCIAL	0	1	1	6	0	0	0	6	0	14	0	0	0	0	0	0	5	5	6	6	5	5	5	5	42
7	F	TRAB.SOCIAL	0	1	2	1	0	0	6	0	0	10	0	0	0	0	0	0	5	6	5	5	6	5	5	6	43

En el presente cuadro N°11 , se señalan los resultados del MBI,En los grupos ocupacionales de Médicos,Enfermeras y Trabajadoras Sociales.

En dichos campos ocupacionales ,se determinan los puntajes.para el Agotamiento Emocional,la Despersonalización y la Realización Personal.

Para el Agotamiento Emocional en los Médicos se han obtenido valores entre 28 y 35.para las Enfermeras valores entre 29 y 38 ,y en las Trabajadoras Sociales valores entre 2 y 14.

Para la Despersonalización en los Médicos se han obtenido valores entre 1 y 2.para las Enfermeras valores entre 0 y 8, y en las Trabajadoras Sociales valores entre 0 y 7.

Para la Realización Personal en los Médicos se han obtenido valores entre 43 y 48 .para las Enfermeras valores entre 36 y 48 , y en las Trabajadoras Sociales valores entre 36 y 42.

En el presente cuadro N° 12 , se señalan los resultados del MBI,En los grupos ocupacionales de Psicología,Tecnólogo Médico,Auxiliar deTerapia y Técnico de Enfermería.

En dichos campos ocupacionales ,se determinan los puntajes.para el Agotamiento Emocional,la Despersonalización y la Realización Personal.

Para el Agotamiento Emocional en los Psicólogos se han obtenido valores entre 8 y40.para la Tecnóloga Médica valores de 10 , en las Auxiliares de Terapia valores entre 4 y 11 ,y en los Técnicos de Enfermería valores entre 9 y 11.

Para la Despersonalización en los Psicólogos se han obtenido valores entre 0 y 9.para la Tecnóloga Médica valores de 1 , en las Auxiliares de Terapia valores entre 0 y 6 ,y en los Técnicos de Enfermería valores entre 0 y 4.

Para la Realización Personal en los Psicólogos se han obtenido valores entre 44 y 48.para la Tecnóloga Médica valores de 40 , en las Auxiliares de Terapia valores entre 42 y 48 ,y en los Técnicos de Enfermería valores entre 34 y 46.

CUADRO°12

RESULTADOS DEL MBI(2)

CANSANCIO EMOCIONAL,DESPERSONALIZACIÓN Y REALIZACIÓN PERSONAL:SEGÚN SEXO Y OCUPACIÓN.

N°	SEXO	OCUPACIÓN	CANSANCIO EMOCIONAL							DESPERSONALIZACIÓN							REALIZACIÓN PERSONAL										
			1	2	3	6	8	13	14	16	20	T	5	10	11	15	22	T	4	7	9	12	17	18	19	21	T
1	F	PSICÓLOGA	1	1	2	1	0	0	0	3	0	8	0	0	0	0	0	0	6	6	6	6	6	6	6	6	48
2	F	PSICÓLOGA	5	5	5	0	5	4	5	6	5	40	4	0	5	0	0	9	6	5	6	5	5	5	6	6	44
1	F	TEC.MÉDICA	1	1	1	1	0	1	1	3	1	10	0	0	0	0	1	1	6	6	6	5	5	5	5	2	40
1	F	AUX.TERAPIA	1	1	2	1	0	0	1	3	1	10	0	1	0	1	1	3	6	6	0	6	6	6	6	6	42
2	F	AUX.TERAPIA	0	0	1	0	0	0	0	4	0	5	0	0	0	0	0	0	6	6	6	6	6	6	6	6	48
3	F	AUX.TERAPIA	0	1	1	1	1	1	1	4	1	11	2	1	1	1	1	6	6	6	6	6	6	6	6	6	48
4	F	AUX.TERAPIA	0	1	0	0	0	0	0	3	0	4	3	0	0	0	0	3	6	6	0	6	6	6	6	6	42
5	F	AUX.TERAPIA	1	1	1	0	0	0	0	6	0	9	0	0	0	0	0	0	5	5	6	5	5	5	5	6	42
6	F	AUX.TERAPIA	0	1	0	0	0	0	0	3	0	4	3	0	0	0	0	3	5	6	5	5	6	5	5	5	42
7	F	AUX.TERAPIA	1	1	1	0	0	0	0	6	0	9	0	0	0	0	0	0	6	5	5	6	6	5	6	5	44
1	M	TEC.ENFERM	1	1	0	0	0	0	4	3	0	9	0	0	0	0	0	0	6	6	6	6	5	6	5	6	46
2	F	TEC.ENFERM	1	2	3	0	0	1	2	1	1	11	0	0	0	1	3	4	5	6	1	5	4	5	4	4	34
3	F	TEC.ENFERM	1	1	0	0	0	0	4	3	0	9	0	0	0	0	0	0	6	6	6	6	5	6	5	6	46
4	F	TEC.ENFERM	1	2	3	0	0	1	2	1	1	11	0	0	0	1	3	4	5	6	1	5	4	5	4	4	34
5	F	TEC.ENFERM	1	1	0	0	0	0	4	3	0	9	0	0	0	0	0	0	6	6	6	6	5	6	5	6	46
6	M	TEC.ENFERM	1	2	3	0	0	1	2	1	1	11	0	0	0	1	3	4	5	6	1	5	4	5	4	4	34
7	F	TEC.ENFERM	1	1	0	0	0	0	4	3	0	9	0	0	0	0	0	0	6	6	6	6	5	6	5	6	46
8	F	TEC.ENFERM	1	2	3	0	0	1	2	1	1	11	0	0	0	1	3	4	5	6	1	5	4	5	4	4	34
9	F	TEC.ENFERM	1	1	0	0	0	0	4	3	0	9	0	0	0	0	0	0	6	6	6	6	5	6	5	6	46
10	F	TEC.ENFERM	1	2	3	0	0	1	2	1	1	11	0	0	0	1	3	4	5	6	1	5	4	5	4	4	34
11	M	TEC.ENFERM	1	1	0	0	0	0	4	3	0	9	0	0	0	0	0	0	6	6	6	6	5	6	5	6	46
12	F	TEC.ENFERM	1	2	3	0	0	1	2	1	1	11	0	0	0	1	3	4	5	6	1	5	4	5	4	4	34

CUADRO N°13

	ALTO	MEDIO	BAJO
AE	>=27	19-26	<18
D	>=10	6-9	<5
RP	<33	34-39	>=40

CUADRO N°14

		CE+27	D+10	RP-33	NIVEL
1	MÉDICO	29	2	48	BAJO
2	MÉDICO	28	2	48	BAJO
3	ENFERMERIA	29	8	48	BAJO
4	TRAB.SOCIAL	13	7	48	BAJO
5	TRAB.SOCIAL	14	0	48	BAJO
6	TRAB.SOCIAL	2	1	48	BAJO
7	PSICOLOGIA	8	0	48	BAJO
8	TER.OCUPAC	5	0	48	BAJO
9	TER.OCUPAC	11	6	48	BAJO
10	TRAB.SOCIAL	10	0	47	BAJO
11	MÉDICO	35	1	46	BAJO
12	TEC.ENFERM.	9	0	46	BAJO
13	TEC.ENFERM.	9	0	46	BAJO
14	TEC.ENFERM.	9	0	46	BAJO
15	TEC.ENFERM.	9	0	46	BAJO
16	TEC.ENFERM.	9	0	46	BAJO
17	TEC.ENFERM.	9	0	46	BAJO
18	MÉDICO	35	1	45	BAJO
19	MÉDICO	35	1	45	BAJO
20	ENFERMERIA	33	2	45	BAJO
21	ENFERMERIA	29	0	45	BAJO
22	ENFERMERIA	29	8	44	BAJO
23	ENFERMERIA	38	2	44	BAJO

24	PSICOLOGIA	40	9	44	BAJO
25	TER.OCUPAC	9	0	44	BAO
26	MÉDICO	28	2	43	BAJO
27	ENFERMERIA	38	2	43	BAJO
28	ENFERMERIA	29	0	43	BAJO
29	TRAB.SOCIAL	10	0	43	BAJO
30	ENFERMERIA	38	2	42	BAJO
31	ENFERMERIA	36	4	42	BAJO
32	TRAB.SOCIAL	14	0	42	BAJO
33	TER.OCUPAC	10	3	42	BAJO
34	TER.OCUPAC	4	3	42	BAJO
35	TER.OCUPAC	9	0	42	BAJO
36	TER.OCUPAC	4	3	42	BAJO
37	ENFERMERIA	33	2	40	BAJO
38	TEC.MÉDICO	10	1	40	BAJO
39	ENFERMERIA	36	4	39	MEDIO
40	ENFERMERIA	29	0	36	MEDIO
41	TRAB.SOCIAL	14	0	36	MEDIO
42	TEC.ENFERM.	11	4	34	MEDIO
43	TEC.ENFERM.	11	4	34	MEDIO
44	TEC.ENFERM.	11	4	34	MEDIO
45	TEC.ENFERM.	11	4	34	MEDIO
46	TEC.ENFERM.	11	4	34	MEDIO
47	TEC.ENFERM.	11	4	34	MEDIO

En el CUADRO N° 14 se señalanos puntajes,destacando los de REALIZACIÓN PERSONAL,siendo los valores mayores de 48 correspondiente a 2 profesionales Médicos,una Enfermera,3 Asistentes Sociales ,1 Psicóloga y 2 Terapistas Ocupacionales

Los puntajes menores de 34 corresponden a los Técnicos de Enfermería.

CUADRO N° 15

		CE+27	D+10	RP-33	
1	PSICOLOGIA	40	9	44	MEDIO
2	ENFERMERIA	29	8	48	MEDIO
3	ENFERMERIA	29	8	44	MEDIO
4	TRAB.SOCIAL	13	7	48	MEDIO
5	TER.OCUPAC	11	6	48	MEDIO
6	ENFERMERIA	36	4	42	BAJO
7	ENFERMERIA	36	4	39	BAJO
8	TEC.ENFERM.	11	4	34	BAJO
9	TEC.ENFERM.	11	4	34	BAJO
10	TEC.ENFERM.	11	4	34	BAJO
11	TEC.ENFERM.	11	4	34	BAJO
12	TEC.ENFERM.	11	4	34	BAJO
13	TEC.ENFERM.	11	4	34	BAJO
14	TER.OCUPAC	10	3	42	BAJO
15	TER.OCUPAC	4	3	42	BAJO
16	TER.OCUPAC	4	3	42	BAJO
17	MÉDICO	28	2	48	BAJO
18	ENFERMERIA	33	2	45	BAJO
19	ENFERMERIA	38	2	44	BAJO
20	MÉDICO	29	2	48	BAJO
21	MÉDICO	28	2	43	BAJO
22	ENFERMERIA	38	2	43	BAJO
23	ENFERMERIA	38	2	42	BAJO
24	ENFERMERIA	33	2	40	BAJO
25	TRAB.SOCIAL	2	1	48	BAJO
26	MÉDICO	35	1	46	BAJO
27	MÉDICO	35	1	45	BAJO
28	MÉDICO	35	1	45	BAJO
29	TEC.MÉDICO	10	1	40	BAJO

30	TRAB.SOCIAL	14	0	48	BAJO
31	PSICOLOGIA	8	0	48	BAJO
32	TER.OCUPAC	5	0	48	BAJO
BB33	TRAB.SOCIAL	10	0	47	BAJO
34	TEC.ENFERM.	9	0	46	BAJO
35	TEC.ENFERM.	9	0	46	BAJO
36	TEC.ENFERM.	9	0	46	BAJO
37	TEC.ENFERM.	9	0	46	BAJO
38	TEC.ENFERM.	9	0	46	BAJO
39	TEC.ENFERM.	9	0	46	BAJO
40	ENFERMERIA	29	0	45	BAJO
41	TER.OCUPAC	9	0	44	BAJO
42	ENFERMERIA	29	0	43	BAJO
43	TRAB.SOCIAL	10	0	43	BAJO
44	TRAB.SOCIAL	14	0	42	BAJO
45	TER.OCUPAC	9	0	42	BAJO
46	ENFERMERIA	29	0	36	BAJO
47	TRAB.SOCIAL	14	0	36	BAJO

En el CUADRO N° 15 se señalan los puntajes,destacando los de DESPERSONALIZACIÓN, siendo los valores mayores de 9 correspondiente a Psicología.

Los puntajes menores de 0 corresponden a todos los grupos ocupacionales,expto Médicos y Tecnología Médico.

CUADRO N° 16

		CE+27	D+10	RP-33	NIVEL
1	PSICOLOGIA	40	9	44	ALTO
2	ENFERMERIA	38	2	44	ALTO
3	ENFERMERIA	38	2	43	ALTO
4	ENFERMERIA	38	2	42	ALTO
5	ENFERMERIA	36	4	42	ALTO
6	ENFERMERIA	36	4	39	ALTO
7	MÉDICO	35	1	46	ALTO
8	MÉDICO	35	1	45	ALTO
9	MÉDICO	35	1	45	ALTO
10	ENFERMERIA	33	2	45	ALTO
11	ENFERMERIA	33	2	40	ALTO
12	ENFERMERIA	29	8	48	ALTO
13	ENFERMERIA	29	0	45	ALTO
14	ENFERMERIA	29	8	44	ALTO
15	ENFERMERIA	29	0	43	ALTO
16	ENFERMERIA	29	0	36	ALTO
17	MÉDICO	29	2	48	ALTO
18	MÉDICO	28	2	48	ALTO
19	MÉDICO	28	2	43	ALTO
20	TRAB.SOCIAL	14	0	48	BAJO
21	TRAB.SOCIAL	14	0	42	BAJO
22	TRAB.SOCIAL	14	0	36	BAJO
23	TRAB.SOCIAL	13	7	48	BAJO
24	TER.OCUPAC	11	6	48	BAJO
25	TEC.ENFERM.	11	4	34	BAJO
26	TEC.ENFERM.	11	4	34	BAJO

27	TEC.ENFERM.	11	4	34	BAJO
28	TEC.ENFERM.	11	4	34	BAJO
29	TEC.ENFERM.	11	4	34	BAJO
30	TEC.ENFERM.	11	4	34	BAJO
31	TRAB.SOCIAL	10	0	47	BAJO
32	TRAB.SOCIAL	10	0	43	BAJO
33	TER.OCUPAC	10	3	42	BAJO
34	TEC.MÉDICO	10	1	40	BAJO
35	TEC.ENFERM.	9	0	46	BAJO
36	TEC.ENFERM.	9	0	46	BAJO
37	TEC.ENFERM.	9	0	46	BAJO
38	TEC.ENFERM.	9	0	46	BAJO
39	TEC.ENFERM.	9	0	46	BAJO
40	TEC.ENFERM.	9	0	46	BAJO
41	TER.OCUPAC	9	0	44	BAJO
42	TER.OCUPAC	9	0	42	BAJO
43	PSICOLOGIA	8	0	48	BAJO
44	TER.OCUPAC	5	0	48	BAJO
45	TER.OCUPAC	4	3	42	BAJO
46	TER.OCUPAC	4	3	42	BAJO
47	TRAB.SOCIAL	2	1	48	BAJO

En el presente CUADRO N°16, se señalan los puntajes destacando los de CANSANCIO EMOCIONAL, que van desde los 40 puntos en una Psicóloga y 2 puntos en una Trabajadora Social.

CUADRO N°17

	ALTO	MEDIO	BAJO
CE	>=27	19-26	<18
D	>=10	06-09	<5
RP	<33	34-39	>=40

CUADRO N°18

		CE+27	NIVEL	D+10	NIVEL	RP-33	NIVEL
1	MÉDICO	29	ALTO	2	BAJO	48	BAJO
2	MÉDICO	35	ALTO	1	BAJO	45	BAJO
3	MÉDICO	28	ALTO	2	BAJO	48	BAJO
4	MÉDICO	35	ALTO	1	BAJO	46	BAJO
5	MÉDICO	28	ALTO	2	BAJO	43	BAJO
6	MÉDICO	35	ALTO	1	BAJO	45	BAJO
7	ENFERMERIA	36	ALTO	4	BAJO	39	MEDIO
8	ENFERMERIA	33	ALTO	2	BAJO	40	BAJO
9	ENFERMERIA	29	ALTO	8	MEDIO	48	BAJO
10	ENFERMERIA	38	ALTO	2	BAJO	42	BAJO
11	ENFERMERIA	29	ALTO	0	BAJO	36	MEDIO
12	ENFERMERIA	36	ALTO	4	BAJO	42	BAJO
13	ENFERMERIA	33	ALTO	2	BAJO	45	BAJO
14	ENFERMERIA	29	ALTO	8	MEDIO	44	BAJO
15	ENFERMERIA	38	ALTO	2	BAJO	44	BAJO
16	ENFERMERIA	29	ALTO	0	BAJO	45	BAJO
17	ENFERMERIA	38	ALTO	2	BAJO	43	BAJO
18	ENFERMERIA	29	ALTO	0	BAJO	43	BAJO
19	TRAB.SOCIAL	13	BAJO	7	MEDIO	48	BAJO
20	TRAB.SOCIAL	14	BAJO	0	BAJO	48	BAJO
21	TRAB.SOCIAL	2	BAJO	1	BAJO	48	BAJO
22	TRAB.SOCIAL	14	BAJO	0	BAJO	36	MEDIO
23	TRAB.SOCIAL	10	BAJO	0	BAJO	47	BAJO
24	TRAB.SOCIAL	14	BAJO	0	BAJO	42	BAJO

25	TRAB.SOCIAL	10	BAJO	0	BAJO	43	BAJO
26	PSICOLOGIA	8	BAJO	0	BAJO	48	BAJO
27	PSICOLOGIA	40	ALTO	9	MEDIO	44	BAJO
28	TEC.MÉDICO	10	BAJO	1	BAJO	40	BAJO
29	TER.OCUPAC	10	BAJO	3	BAJO	42	BAJO
30	TER.OCUPAC	5	BAJO	0	BAJO	48	BAJO
31	TER.OCUPAC	11	BAJO	6	MEDIO	48	BAJO
32	TER.OCUPAC	4	BAJO	3	BAJO	42	BAJO
33	TER.OCUPAC	9	BAJO	0	BAJO	42	BAJO
34	TER.OCUPAC	4	BAJO	3	BAJO	42	BAJO
35	TER.OCUPAC	9	BAJO	0	BAJO	44	BAJO
36	TEC.ENFERM.	9	BAJO	0	BAJO	46	BAJO
37	TEC.ENFERM.	11	BAJO	4	BAJO	34	MEDIO
38	TEC.ENFERM.	9	BAJO	0	BAJO	46	BAJO
39	TEC.ENFERM.	11	BAJO	4	BAJO	34	MEDIO
40	TEC.ENFERM.	9	BAJO	0	BAJO	46	BAJO
41	TEC.ENFERM.	11	BAJO	4	BAJO	34	MEDIO
42	TEC.ENFERM.	9	BAJO	0	BAJO	46	BAJO
43	TEC.ENFERM.	11	BAJO	4	BAJO	34	MEDIO
44	TEC.ENFERM.	9	BAJO	0	BAJO	46	BAJO
45	TEC.ENFERM.	11	BAJO	4	BAJO	34	MEDIO
46	TEC.ENFERM.	9	BAJO	0	BAJO	46	BAJO
47	TEC.ENFERM.	11	BAJO	4	BAJO	34	MEDIO

CUADRO N°19

CANSANCIO EMOCIONAL+DE 27																															
N°	OCUPACIÓN	EDAD	SEXO	E.C.	MODO	AÑOS	HORASXSEM	RELACIÓN L.F.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	
1	MÉDICO	>35	MASC	CASAD	NOMB	>20	54	REGULAR	3	4	4			4	3						3	3	3					2			
2		26-35	FEM.	SOLT	CAS	<10	36	BUENA	4	5	5			4	3							5	6	3					0		
3		>35	MASC	CASAD	TERCERO	>20	54	BUENA	2	4	2			4	4							3	4	3					2		
4		>35	MASC	CASAD	TERCERO	<10	54	BUENA	4	5	5			4	3								5	6	3					0	
5		>35	MASC	CASAD	TERCERO	<10	54	BUENA	3	4	2			4	3								3	3	3					3	
6		>35	MASC	CASAD	TERCERO	<10	54	BUENA	4	5	5			4	3								5	6	3					0	
1	ENFERMERA	>35	FEM.	CASAD	NOMB	>20	54	REGULAR	6	5	3			6	2						5	5	3					1			
2		>35	FEM.	CASAD	NOMB	>20	54	REGULAR	4	4	4			4	3							3	4	5					2		
3		26-35	FEM.	CASAD	NOMB	>20	54	REGULAR	0	5	5			4	4							0	5	6					0		
4		26-35	FEM.	CASAD	NOMB	>20	54	REGULAR	5	5	5			5	5							2	5	5					1		
5		26-35	FEM.	SOLT	NOMB	>20	54	REGULAR	1	1	1			5	5							4	4	4					4		
6		26-35	FEM.	CASAD	NOMB	>20	54	BUENA	6	5	3			6	2							5	5	3					1		
7		>35	FEM.	CASAD	NOMB	>20	54	BUENA	4	4	4			4	3							3	4	5					2		
8		>35	FEM.	CASAD	NOMB	10 y 20	54	BUENA	0	5	5			4	4							0	5	6					0		
9		>35	FEM.	CASAD	NOMB	10 y 20	54	BUENA	5	5	5			5	5							2	5	5					1		
10		>35	MASC	CASAD	NOMB	10 y 20	54	REGULAR	1	1	1			5	5							4	4	4					4		
11		>35	MASC	SOLT	CAS	<10	36	BUENA	5	5	5			5	5							2	5	5					1		
12		>35	MASC	SOLT	CAS	<10	36	REGULAR	1	1	1			5	5							4	4	4					4		
1	TRAB.SOCIAL	>35	FEM.	SOLT	NOMB	10 y 20	54	BUENA	0	3	3			1	0						0	3	3					0			
2		>35	FEM.	CASAD	NOMB	>20	54	BUENA	2	3	3			2	0							0	1	3					0		
3		>35	FEM.	SOLT	NOMB	>20	54	BUENA	0	1	0			0	0							0	1	0					0		
4		26-35	FEM.	CASAD	NOMB	>20	54	BUENA	0	1	1			6	0							0	0	6					0		
5		>35	FEM.	SOLT	NOMB	>20	54	BUENA	0	1	2			1	0							0	6	0					0		
6		>35	FEM.	SOLT	NOMB	>20	54	BUENA	0	1	1			6	0							0	0	6					0		
7		>35	FEM.	SOLT	NOMB	>20	54	BUENA	0	1	2			1	0							0	6	0					0		
1	PSICOLOGIA	26-35	FEM.	CASAD	NOMBAD	>20	54	REGULAR	1	1	2			1	0						0	0	3					0			
2		>35	FEM.	SOLT	CAS	<10	36	REGULAR	5	5	5			0	5							4	5	6					5		
1	TEC MEDICO	25-35	FEM.	SOLT	TERCERO	<10	36	BUENA	1	1	1			1	0						1	1	3					1			
1	TER OCUP	>35	FEM.	SOLT	NOMB	>20	54	BUENA	1	1	2			1	0						0	1	3					1			
2		>35	FEM.	CASAD	NOMB	>20	54	BUENA	0	0	1			0	0							0	0	4					0		
3		>36	FEM.	CASAD	NOMB	>20	54	BUENA	0	1	1			1	1							1	1	4					1		
4		>35	FEM.	CASAD	NOMB	>20	54	BUENA	0	1	0			0	0							0	0	3					0		
5		>35	FEM.	CASAD	CAS	>20	36	BUENA	1	1	1			0	0							0	0	6					0		
6		26-35	FEM.	SOLT	TERCERO	<10	36	BUENA	0	1	0			0	0							0	0	3					0		
7		<25	FEM.	SOLT	TERCERO	<10	36	BUENA	1	1	1			0	0							0	0	6					0		
1	TEC. ENFER.	>35	MASC	CASAD	NOMB	>20	54	BUENA	1	1	0			0	0						0	4	3					0			
2		>35	FEM.	CASAD	NOMB	>20	54	BUENA	1	2	3			0	0							1	2	1					1		
3		>35	FEM.	CASAD	NOMB	>20	54	BUENA	1	1	0			0	0							0	4	3					0		
4		>35	FEM.	CASAD	NOMB	>20	54	BUENA	1	2	3			0	0							1	2	1					1		
5		>35	FEM.	CASAD	NOMB	>20	54	BUENA	1	1	0			0	0							0	4	3					0		
6		>35	MASC	CONV	NOMB	>20	54	BUENA	1	2	3			0	0							1	2	1					1		
7		>35	FEM.	CONV	NOMB	10 y 20	54	REGULAR	1	1	0			0	0							0	4	3					0		
8		>35	FEM.	CASAD	NOMB	10 y 20	54	REGULAR	1	2	3			0	0							1	2	1					1		
9		>35	FEM.	CONV	NOMB	10 y 20	54	REGULAR	1	1	0			0	0							0	4	3					0		
10		26-35	FEM.	CASAD	NOMB	10 y 20	54	BUENA	1	2	3			0	0							1	2	1					1		
11		26-35	MASC	CASAD	CAS	<10	36	BUENA	1	1	0			0	0							0	4	3					0		
12		26-35	FEM.	CASAD	CAS	<10	36	BUENA	1	2	3			0	0							1	2	1					1		

CUADRO N°20

DESPERSONALIZACIÓN + DE 10																														
N°	OCUPACIÓN	EDAD	SEXO	E.C.	MODO	AÑOS	HORASXSEM	RELACIÓN I.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
1	MÉDICO	>35	MASC	CASAD	NOMB	>20	54	REGULAR					0					1	1				0							0
2		26-35	FEM.	SOLT	CAS	<10	36	BUENA					0					0	0				0							1
3		>35	MASC	CASAD	TERCERO	>20	54	BUENA					0					1	1				0							0
4		>35	MASC	CASAD	TERCERO	<10	54	BUENA					0					0	0				0							1
5		>35	MASC	CASAD	TERCERO	<10	54	BUENA					0					1	1				0							0
6		>35	MASC	CASAD	TERCERO	<10	54	BUENA					0					0	0				0							1
1	ENFERMERA	>35	FEM.	CASAD	NOMB	>20	54	REGULAR					0					2	1				0						1	
2		>35	FEM.	CASAD	NOMB	>20	54	REGULAR					0					0	1				0							1
3		26-35	FEM.	CASAD	NOMB	>20	54	REGULAR					4					0	4				0							0
4		26-35	FEM.	CASAD	NOMB	>20	54	REGULAR					1					0	1				0							0
5		26-35	FEM	SOLT	NOMB	>20	54	REGULAR					0					0	0				0							0
6		26-35	FEM	CASAD	NOMB	>20	54	BUENA					0					2	1				0							1
7		>35	FEM	CASAD	NOMB	>20	54	BUENA					0					0	1				0							1
8		>35	FEM	CASAD	NOMB	10 y 20	54	BUENA					4					0	4				0							0
9		>35	FEM	CASAD	NOMB	10 y 20	54	BUENA					1					0	1				0							0
10		>35	MASC	CASAD	NOMB	10 y 20	54	REGULAR					0					0	0				0							0
11		>35	MASC	SOLT	CAS	<10	36	BUENA					1					0	1				0							0
12		>35	MASC	SOLT	CAS	<10	36	REGULAR					0					0	0				0							0
1	TRAB.SOCIAL	>35	FEM	SOLT	NOMB	10 y 20	54	BUENA					0					0	6			1							0	
2		>35	FEM	CASAD	NOMB	>20	54	BUENA					0					0	0				0							0
3		>35	FEM	SOLT	NOMB	>20	54	BUENA					0					0	1				0							0
4		26-35	FEM	CASAD	NOMB	>20	54	BUENA					0					0	0				0							0
5		>35	FEM	SOLT	NOMB	>20	54	BUENA					0					0	0				0							0
6		>35	FEM	SOLT	NOMB	>20	54	BUENA					0					0	0				0							0
7		>35	FEM	SOLT	NOMB	>20	54	BUENA					0					0	0				0							0
1	PSICOLOGIA	26-35	FEM	CASAD	NOMBAD	>20	54	REGULAR					0					0	0			0							0	
2		>35	FEM	SOLT	CAS	<10	36	REGULAR					4					0	5				0							0
1	TEC MEDICO	25-35	FEM	SOLT	TERCERO	<10	36	BUENA					0					0	0			0							1	
1	TER OCUP	>35	FEM	SOLT	NOMB	>20	54	BUENA					0					1	0			1							1	
2		>35	FEM.	CASAD	NOMB	>20	54	BUENA					0					0	0				0							0
3		>36	FEM.	CASAD	NOMB	>20	54	BUENA					2					1	1				1							1
4		>35	FEM.	CASAD	NOMB	>20	54	BUENA					3					0	0				0							0
5		>35	FEM.	CASAD	CAS	>20	36	BUENA					0					0	0				0							0
6		26-35	FEM.	SOLT	TERCERO	<10	36	BUENA					3					0	0				0							0
7		<25	FEM.	SOLT	TERCERO	<10	36	BUENA					0					0	0				0							0
1	TEC. ENFER.	>35	MASC	CASAD	NOMB	>20	54	BUENA					0					0	0			0							0	
2		>35	FEM	CASAD	NOMB	>20	54	BUENA					0					0	0				1							3
3		>35	FEM	CASAD	NOMB	>20	54	BUENA					0					0	0				0							0
4		>35	FEM	CASAD	NOMB	>20	54	BUENA					0					0	0				1							3
5		>35	FEM	CASAD	NOMB	>20	54	BUENA					0					0	0				0							0
6		>35	MASC	CONV	NOMB	>20	54	BUENA					0					0	0				1							3
7		>35	FEM	CONV	NOMB	10 y 20	54	REGULAR					0					0	0				0							0
8		>35	FEM	CASAD	NOMB	10 y 20	54	REGULAR					0					0	0				1							3
9		>35	FEM	CONV	NOMB	10 y 20	54	REGULAR					0					0	0				0							0
10		26-35	FEM	CASAD	NOMB	10 y 20	54	BUENA					0					0	0				1							3
11		26-35	MASC	CASAD	CAS	<10	36	BUENA					0					0	0				0							0
12		26-35	FEM	CASAD	CAS	<10	36	BUENA					0					0	0				1							3

CUADRO N° 21

REALIZACIÓN PROFESIONAL MENOS 33																															
N°	OCUPACIÓN	EDAD	SEXO	E.C.	MODO	AÑOS	HORASXSEM	RELACIÓN I.H	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	
1	MÉDICO	>35	MASC	CASAD	NOMB	>20	54	REGULAR				6			6		6			6					6	6	6		6		
2		26-35	FEM.	SOLT	CAS	<10	36	BUENA				6			6		6			5						6	5	6		5	
3		>35	MASC	CASAD	TERCERO	>20	54	BUENA				6			6		6			6							6	6	6		6
4		>35	MASC	CASAD	TERCERO	<10	54	BUENA				6				5		6			6						6	5	6		6
5		>35	MASC	CASAD	TERCERO	<10	54	BUENA				5				5		6			6						5	6	5		5
6		>35	MASC	CASAD	TERCERO	<10	54	BUENA				6				6		5			5						6	5	6		6
1	ENFERMERA	>35	FEM.	CASAD	NOMB	>20	54	REGULAR				5			5		3			5						5	5	6		5	
2		>35	FEM.	CASAD	NOMB	>20	54	REGULAR				5			5		5			6							5	4	5		5
3		26-35	FEM.	CASAD	NOMB	>20	54	REGULAR				6			6		6			6							6	6	6		6
4		26-35	FEM.	CASAD	NOMB	>20	54	REGULAR				5			5		5			6							5	5	5		6
5		26-35	FEM	SOLT	NOMB	>20	54	REGULAR				6			6		0			6							6	6	5		1
6		26-35	FEM	CASAD	NOMB	>20	54	BUENA				5			5		5			5							5	5	6		6
7		>35	FEM	CASAD	NOMB	>20	54	BUENA				5			6		5			6							6	5	6		6
8		>35	FEM	CASAD	NOMB	10 y 20	54	BUENA				6			5		4			6							6	6	6		5
9		>35	FEM	CASAD	NOMB	10 y 20	54	BUENA				6			5		4			6							6	6	6		5
10		>35	MASC	CASAD	NOMB	10 y 20	54	REGULAR				6			6		5			6							5	6	5		6
11		>35	MASC	SOLT	CAS	<10	36	BUENA				5			6		5			5							5	6	5		6
12		>35	MASC	SOLT	CAS	<10	36	REGULAR				5			6		5			5							6	5	6		5
1	TRAB.SOCIAL	>35	FEM	SOLT	NOMB	10 y 20	54	BUENA				6			6		6			6						6	6	6		6	
2		>35	FEM	CASAD	NOMB	>20	54	BUENA				6			6		6			6							6	6	6		6
3		>35	FEM	SOLT	NOMB	>20	54	BUENA				6			6		6			6							6	6	6		6
4		26-35	FEM	CASAD	NOMB	>20	54	BUENA				0			6		6			6							0	6	6		6
5		>35	FEM	SOLT	NOMB	>20	54	BUENA				6			6		5			6							6	6	6		6
6		>35	FEM	SOLT	NOMB	>20	54	BUENA				5			5		6			6							5	5	5		5
7		>35	FEM	SOLT	NOMB	>20	54	BUENA				5			6		5			5							6	5	5		6
1	PSICOLOGÍA	26-35	FEM	CASAD	NOMBAD	>20	54	REGULAR				6			6		6			6						6	6	6		6	
2		>35	FEM	SOLT	CAS	<10	36	REGULAR				6			5		6			5							5	5	6		6
1	TEC MEDICO	25-35	FEM	SOLT	TERCERO	<10	36	BUENA				6			6		6			5						5	5	5		2	
1	TER OCUP	>35	FEM	SOLT	NOMB	>20	54	BUENA				6			6		0			6							6	6	6		6
2		>35	FEM.	CASAD	NOMB	>20	54	BUENA				6			6		6			6							6	6	6		6
3		>36	FEM.	CASAD	NOMB	>20	54	BUENA				6			6		6			6							6	6	6		6
4		>35	FEM.	CASAD	NOMB	>20	54	BUENA				6			6		0			6							6	6	6		6
5		>35	FEM.	CASAD	CAS	>20	36	BUENA				5			5		6			5							5	5	5		6
6		26-35	FEM.	SOLT	TERCERO	<10	36	BUENA				5			6		5			5							6	5	5		5
7		<25	FEM.	SOLT	TERCERO	<10	36	BUENA				6			5		5			6							6	5	6		5
1	TEC. ENFER.	>35	MASC	CASAD	NOMB	>20	54	BUENA				6			6		6			6						5	6	5		6	
2		>35	FEM	CASAD	NOMB	>20	54	BUENA				5			6		1			5							4	5	4		4
3		>35	FEM	CASAD	NOMB	>20	54	BUENA				6			6		6			6							5	6	5		6
4		>35	FEM	CASAD	NOMB	>20	54	BUENA				5			6		1			5							4	5	4		4
5		>35	FEM	CASAD	NOMB	>20	54	BUENA				6			6		6			6							5	6	5		6
6		>35	MASC	CONV	NOMB	>20	54	BUENA				5			6		1			5							4	5	4		4
7		>35	FEM	CONV	NOMB	10 y 20	54	REGULAR				6			6		6			6							5	6	5		6
8		>35	FEM	CASAD	NOMB	10 y 20	54	REGULAR				5			6		1			5							4	5	4		4
9		>35	FEM	CONV	NOMB	10 y 20	54	REGULAR				6			6		6			6							5	6	5		6
10		26-35	FEM	CASAD	NOMB	10 y 20	54	BUENA				5			6		1			5							4	5	4		4
11		26-35	MASC	CASAD	CAS	<10	36	BUENA				6			6		6			6							5	6	5		6
12		26-35	FEM	CASAD	CAS	<10	36	BUENA				5			6		1			5							4	5	4		4

Tabla N° 1:**Personal asistencial y administrativo de la Clínica del Hospital “Hermilio Valdizán”**

PERSONAL	ASISTENCIAL		ADMINISTRATIVO	
	N°	%	N°	%
TOTAL	60	95.2	3	4.8

Tabla N° 2:**Personal asistencial y administrativo por grupo ocupacional.**

OCUPACIÓN	ASISTENCIAL		ADMINISTRATIVO	
	N°	%	N°	%
Médico	6	12.7	0	0.0
Enfermera	12	25.5	0	0.0
Asistente Social	7	14.9	0	0.0
Psicóloga	2	4.2	0	0.0
Tecnóloga Médica	1	2.1	0	0.0
Técnico de enfermería	12	25.5	0	0.0
Técnico de Terapia	7	14.9	0	0.0
Secretaria	0	0.0	1	33.3
Otros Profesionales	0	0.0	2	66.7

Tabla N° 3:**Clasificación por sexo y ocupación**

Ocupación	Hombres (23.4%)		Mujeres (76.6%)	
	N°	%	N°	%
Médico	05	45.45	01	2.70
Enfermera	03	27.20	09	25.00
Trabajadora Social	00	00.00	07	19.40
Psicóloga	00	00.00	02	5.50
Tecnólogo Médica	00	00.00	01	2.70
Técnico Enfermería	03	27.20	09	25.00
Auxiliar de Terapia	00	00.00	07	19.40

Tabla N° 4: Clasificación por Estado Civil y Ocupación.

Ocupación	Soltero (29.8%)		Casado (63.8%)		Conviviente (6.3%)	
	N°	%	N°	%	N°	%
Médico	1	7.1	5	16.6	0	0.0
Enfermera	3	21.4	9	30.0	0	0.0
Trabajadora Social	5	35.7	2	6.7	0	0.0
Psicóloga	1	7.2	1	3.3	0	0.0
Tecnólogo Médica	1	7.2	0	0.0	0	0.0
Técnico Enfermería	0	0.0	9	30.0	3	100.0
Auxiliar de Terapia	3	21.4	4	13.4	0	0.0

Tabla N° 5: Clasificación por edad en años y ocupación.

Ocupación	<25 (0.0%)		26 a 35 (25.5%)		>35 (74.4%)	
	N°	%	N°	%	N°	%
Médico	0	0.0	1	8.3	5	12.8
Enfermera	0	0.0	4	33.4	8	22.8
Trabajadora Social	0	0.0	1	8.3	6	15.4
Psicóloga	0	0.0	1	8.3	1	2.6
Tecnólogo Médica	0	0.0	1	8.3	0	0.0
Técnico Enfermería	0	0.0	3	25.0	9	23.0
Auxiliar de Terapia	0	0.0	1	8.3	6	15.4

Tabla N° 6 :Clasificación por Situación Laboral y Ocupación.

Ocupación	Nombrado (70.2%)		Contratado (17.0%)		Terceros (12.7%)	
	N°	%	N°	%	N°	%
Médico	1	3.0	1	12.5	4	66.6
Enfermera	10	30.0	2	25.0	0	0.0
Trabajadora Social	7	21.0	0	0.0	0	0.0
Psicóloga	1	3.0	1	12.5	0	0.0
Tecnólogo Médica	0	0.0	1	12.5	0	0.0
Técnico Enfermería	10	30.0	2	25.0	0	0.0
Auxiliar de Terapia	4	12.0	1	12.5	2	33.4

Tabla N° 7: Clasificación por horas semanales y Ocupación.

Ocupación	18 Horas (0.0%)		36 Horas (21.2%)		54 Horas (78.7%)	
	N°	%	N°	%	N°	%
Médico	0	0.0	1	10.0	5	13.5
Enfermera	0	0.0	2	20.0	10	27.0
Trabajadora Social	0	0.0	0	0.0	7	18.9
Psicóloga	0	0.0	1	10.0	1	2.7
Tecnólogo Médica	0	0.0	1	10.0	0	0.0
Técnico Enfermería	0	0.0	3	30.0	4	10.8
Auxiliar de Terapia	0	0.0	2	20.0	10	27.0

Tabla N° 8: Clasificación por Relaciones Interpersonales y Ocupación

Ocupación	Buena		Regular		Mala	
	N°	%	N°	%	N°	%
Médico	5	14.7	1	7.7	0	0.0
Enfermera	5	14.7	7	53.9	0	0.0
Trabajadora Social	7	20.6	0	0.0	0	0.0
Psicóloga	0	0.0	2	15.4	0	0.0
Tecnólogo Médica	1	2.9	0	0.0	0	0.0
Técnico Enfermería	9	26.5	3	23.1	0	0.0
Auxiliar de Terapia	7	20.6	0	0.0	0	0.0

Tabla N° 9: Puntaje por Dimensión y Niveles del MBI.

NIVEL	Dimensión		
	Agotamiento Emocional	Despersonalización	Realización Personal
Alto	> o = 27	> o = 10	<33
Medio	26 a 19	9 a 6	34 a 39
Bajo	< 18	<5	> o = 40

Tabla N° 10: Dimensiones según Ocupación y Sexo.

N°		OCUPACIÓN	SEXO	DIMENSIONES					
				AE	N	DP	N	RP	N
1	1	MÉDICO	M	29	A	2	B	48	B
2	2	MÉDICO	F	35	A	1	B	45	B
3	3	MÉDICO	M	28	A	2	B	48	B
4	4	MÉDICO	M	35	A	1	B	46	B
5	5	MÉDICO	M	28	A	2	B	43	B
6	6	MÉDICO	M	35	A	1	B	45	B
7	1	ENFERMERO	F	36	A	4	B	39	B
8	2	ENFERMERO	F	33	A	2	B	40	B
9	3	ENFERMERO	F	29	A	8	M	48	B
10	4	ENFERMERO	F	38	A	2	B	42	B
11	5	ENFERMERO	F	29	A	0	B	36	M
12	6	ENFERMERO	F	36	A	4	B	42	B
13	7	ENFERMERO	F	33	A	2	B	45	B
14	8	ENFERMERO	F	29	A	8	M	44	B
15	9	ENFERMERO	F	38	A	2	B	44	B
16	10	ENFERMERO	M	29	A	0	B	45	B
17	11	ENFERMERO	M	38	A	2	B	43	B
18	12	ENFERMERO	M	29	A	0	B	43	B
19	1	TRAB.SOCIAL	F	10	B	7	M	48	B
20	2	TRAB.SOCIAL	F	14	B	0	B	48	B
21	3	TRAB.SOCIAL	F	2	B	1	B	48	B
22	4	TRAB.SOCIAL	F	14	B	0	B	36	M
23	5	TRAB.SOCIAL	F	10	B	0	B	47	B
24	6	TRAB.SOCIAL	F	14	B	0	B	42	B
25	7	TRAB.SOCIAL	F	10	B	0	B	43	B
26	1	PSICOLOGÍA	F	8	B	0	B	48	B
27	2	PSICOLOGÍA	F	40	A	9	M	44	B
28	1	TEC.MÉDICO	F	10	B	1	B	40	B
29	1	TEC.ENFERMERÍA	M	9	B	0	B	46	B
30	2	TEC.ENFERMERÍA	F	11	B	4	B	34	M
31	3	TEC.ENFERMERÍA	F	9	B	0	B	46	B
32	4	TEC.ENFERMERÍA	F	11	B	4	B	34	M
33	5	TEC.ENFERMERÍA	F	9	B	0	B	46	B
34	6	TEC.ENFERMERÍA	M	11	B	4	B	34	M
35	7	TEC.ENFERMERÍA	F	9	B	0	B	46	B
36	8	TEC.ENFERMERÍA	F	11	B	4	B	34	M
37	9	TEC.ENFERMERÍA	F	9	B	0	B	46	B
38	10	TEC.ENFERMERÍA	F	11	B	4	B	34	M
39	11	TEC.ENFERMERÍA	M	9	B	0	B	46	B

40	12	TEC.ENFERMERÍA	F	11	B	4	B	34	M
41	1	TEC.TERAPIA	F	10	B	3	B	42	B
42	2	TEC.TERAPIA	F	5	B	0	B	48	B
43	3	TEC.TERAPIA	F	11	B	6	M	48	B
44	4	TEC.TERAPIA	F	4	B	3	B	42	B
45	5	TEC.TERAPIA	F	9	B	0	B	42	B
46	6	TEC.TERAPIA	F	4	B	3	B	42	B
47	7	TEC.TERAPIA	F	9	B	0	B	44	B

Tabla N°11: Dimensión, Puntaje Promedio, Nivel y Grupo Ocupacional

Ocupación	Agotamiento Emocional		Despersonalización		Realización Personal	
	Promedio	Nivel	Promedio	Nivel	Promedio	Nivel
Médico	32	Alto	01	Bajo	45	Bajo
Enfermera	31	Alto	03	Bajo	42	Bajo
Trabajadora Social	10	Bajo	01	Bajo	45	Bajo
Psicóloga	24	Medio	05	Bajo	42	Bajo
Tecnólogo Médica	10	Bajo	01	Bajo	40	Bajo
Téc. Enfermería	05	Bajo	02	Bajo	40	Bajo
Aux. de Terapia	07	Bajo	02	Bajo	47	Bajo

Tabla N°12: Hombres por Dimensión, Promedio, Nivel y Grupo Ocupacional.

Ocupación	N°	Agotamiento Emocional		Despersonalización		Realización Personal	
		Promedio	Nivel	Promedio	Nivel	Promedio	Nivel
Médico	5	32	Alto	01	Bajo	45	Bajo
Enfermera	3	31	Alto	03	Bajo	42	Bajo
Téc. Enfermería	3	05	Bajo	02	Bajo	40	Bajo

Tabla N°13: Mujeres por Dimensión, Promedio, Nivel y Grupo Ocupacional .

Ocupación	N°	Agotamiento Emocional		Despersonalización		Realización Personal	
		Promedio	Nivel	Promedio	Nivel	Promedio	Nivel
Médico	1	32	Alto	01	Bajo	45	Bajo
Enfermera	9	31	Alto	03	Bajo	42	Bajo
Trabajadora Social	7	10	Bajo	01	Bajo	45	Bajo
Psicóloga	2	24	Medio	05	Bajo	42	Bajo
Tecnólogo Médica	1	10	Bajo	01	Bajo	40	Bajo
Téc. Enfermería	9	05	Bajo	02	Bajo	40	Bajo
Aux. de Terapia	7	07	Bajo	02	Bajo	47	Bajo

DISCUSIÓN:

En la Clínica del Hospital “Hermilio Valdizan”, laboran 63 trabajadores de los cuales 60(95.2%) son asistenciales y 3 (4.8%) realizan función administrativa de las cuales hay una secretaria que atiende toda la clínica tanto en las labores intra y extrahospitalarias, lo cual es deficiente.(Tabla N°1)

De todos los trabajadores asistenciales 47 participaron en el estudio, no participaron 13 por no entregar el constructo como correspondía, ni tampoco fueron incluidos los administrativos, la secretaria y dos profesionales que laboran en otros servicios. De los 47 trabajadores asistenciales, los grupos ocupacionales que participaron con más integrantes son el de Enfermeras y Técnicos con 12 (25.5%), les siguen las Asistentas Sociales y Técnicos en Terapia con 7 (14.9%), luego están los Médicos con 6 (12.7%), los Psicólogos con 2 (4.2%) y la Tecnóloga Médica con 1 (2.1%). (Tabla N° 2)

En relación al sexo 11(23.4%) son hombres y 36 (76.6%) son mujeres. En los grupos ocupacionales de Médicos, Enfermeras y Técnicos, el personal es de ambos sexos, mientras que en el grupo de Asistentas Sociales, Psicólogas, Tecnóloga Médica y Auxiliares de Terapia solo son mujeres, se debe notar que el número de mujeres es más del triple de los hombres, aquí existe una debilidad debido a que por las características del paciente psiquiátrico es necesario en los casos de agitación una mayor contención, sin embargo esta se compensa con la alta calificación del personal femenino.(Tabla N° 3)

Teniendo en cuenta el estado civil del personal asistencial motivo del estudio, 14 (29.8%) son solteros, 30 (63.8%) son casados y 3 (6.3%) tiene una relación de convivencia. De las 7 Trabajadoras Sociales 5 son solteras y la relación de convivencia solo se da en los Técnicos de Enfermería. La gran proporción de casados, está de acuerdo a las necesidades de la época en donde ambos esposos deben aportar en la economía del hogar. (Tabla N° 4)

En relación a la edad en años, podemos afirmar que 35 (74.4%) son mayores de 35 años, mientras que en 12 (25.5%) la edad fluctúa entre 26 y 35 años, no existiendo ningún trabajador menor a los 25 años. Entre las Asistentes Sociales y Auxiliares de Terapia 6 son mayores de 35 años y 1 está en el grupo etario de 26 a 35 años. En los médicos 5 son mayores de 35 años y los 26 a 35 años. La mayor cantidad de personal de más de 35 años es importante porque se trata de trabajadores experimentados en el área de Salud Mental. (Tabla N° 5)

En cuanto a su situación laboral, se puede observar que 33 (70,2%) de trabajadores asistenciales son nombrados, contratados por el sistema CAS 8 (17.0%) y tienen vínculo con la Clínica por Terceros 6 (12.7%), de los cuales 4 son Médicos y 2 Auxiliares de Terapia. Existe un buen porcentaje de nombrados lo cual significa que la labor que realizan en la clínica es adicional a la que realizan por el MINSAL, lo que no sucede con el personal CAS, quienes tienen dedicación exclusiva a la Clínica igual que los terceros, siendo estos últimos los que muestran mayor desempeño para lograr continuidad en su labor. (Tabla N° 6)

En relación a las horas semanales de trabajo 37 (78.7%) realizan labores 54 horas semanales, mientras que 10 (21.27%) lo hacen 36 horas, no existiendo ningún trabajador asistencial que trabaje 18 horas semanales. Este exceso en horas laborales es debido a que el trabajo en la Clínica es adicional a las horas laborales que realizan en el hospital. (Tabla N° 7)

Las relaciones interpersonales son buenas en 34 (72.3%) mientras que en 13 (27.6%) son regulares, no existiendo ningún caso en que las relaciones interpersonales sean malas. En los grupos ocupacionales conformados por las Asistentes Social, Tecnóloga Médico y Auxiliares de Terapia, las relaciones son buenas en su totalidad. (Tabla N° 8)

En el presente trabajo se han considerado las tres dimensiones del Síndrome de Burnout, el Agotamiento Emocional, la Despersonalización y la Realización Personal, las cuales tienen diferente puntuación según el Nivel sea Alto, Medio y Bajo. (Tabla N° 9)

En la tabla N° 10, el número de técnicos y enfermeros es el más numeroso, con 12 cada uno, el de Trabajadoras Sociales y Técnicos de Terapia son 7, el de Médicos es 6, los Psicólogos son 2 y la Tecnóloga Médica 1.

En Médicos la dimensión Agotamiento Emocional es Alto y la Despersonalización y Realización Personal son Bajas, los Enfermeros tienen puntajes Altos en la Dimensión Agotamiento Emocional y en la Despersonalización y Realización Personal se alternan puntajes Medios y Bajas a predominio del último.

En relación a las Trabajadoras Sociales, todas son mujeres y en las tres dimensiones el nivel es Bajo, en las Psicólogas un caso es Alto en la dimensión Agotamiento Emocional y un caso es Medio en la Despersonalización, en el resto el nivel es Bajo, en los Técnicos de Enfermería los niveles en las dimensiones Agotamiento Emocional y Despersonalización son Bajas y en la dimensión Realización Personal se alteran los niveles Medios y Bajas, en Terapia Ocupacional todas son mujeres y los niveles de las dimensiones son Bajas, excepto un caso que la dimensión Despersonalización es Medio. (Tabla N° 10)

Las dimensiones Despersonalización y Realización Personal son Bajas y el Agotamiento Emocional son Altos en los Médicos y las Enfermeras y Medio en las Psicólogas, en las Trabajadoras Sociales, Tecnóloga Médica, Técnicos de Enfermería y Auxiliares de Terapia, la dimensión Agotamiento Emocional es Baja. (Tabla N°11)

La dimensión Agotamiento Emocional el promedio es Alto en los Médicos y Enfermeras, Bajo en los Técnicos de Enfermería y en las dimensiones Despersonalización y Realización Personal son Bajas en el grupo ocupacional masculino. (Tabla N° 12)

En reacción al grupo femenino, se observa que todos los grupos ocupacionales tienen personal de dicho sexo y que en las dimensiones Despersonalización y Realización Personal el nivel es Bajo, mientras que el Agotamiento Emocional en la Médica y Enfermeras es Alto y en la Psicóloga es Medio. (Tabla N° 13)

CONCLUSIONES:

1. Para el desempeño de la labor asistencial el personal administrativo de soporte es insuficiente.
2. Son factores de riesgo, la ocupación, el estado civil, la condición laboral, el sexo, la edad, las horas de trabajo por semana.
3. El perfil de riesgo que se puede mencionar con los hallazgos observados es que el personal en riesgo sería: mujer, casada, de ocupación técnico de enfermería, con edad mayor de 35 años, con promedio de 54 horas de trabajo por semana.
4. La despersonalización ha sido dentro de las tres características del Burnout la característica más resaltante dentro del grupo estudiado, considerándose solo los niveles Medio y Bajo, estando ausente el nivel Alto.
5. La población estudiada que presenta una y dos características del Síndrome de Burnout sin padecerlo que tienen el riesgo de sufrir Burnout dependiendo las condiciones internas y externas que lo rodean.
6. En la dimensión Agotamiento Emocional, en 19 (40.4%) el nivel es Alto y en 28 (59.6%) el nivel es Bajo.
7. En la dimensión Despersonalización, en 5 (10.6%) el nivel es Medio y en 42 (89.4%) el nivel es Bajo.
8. En la dimensión Realización Personal, en 9 (19.1%) el nivel es Medio y en 38 (80.9%) el nivel es Bajo.
9. Para determinar la presencia del Síndrome de Burnout se requiere que los niveles del Agotamiento Emocional y la Despersonalización sean Altos y la Realización Personal sea Baja, en nuestro estudio existen los tres pilares comprometidos, pero no cumple el requisito de nivel Alto en la Despersonalización.

RECOMENDACIONES:

1. Evaluación psiquiátrica a todo el personal, cualquiera sea su modalidad, por lo menos 1 vez al año.
2. Apoyo Psiquiátrico y psicológico a todo el personal que labora en la Clínica.
3. Informar los resultados ,conteniendo las recomendaciones necesarias para ser ejecutadas.
4. Talleres de actividades grupales (recreativas y culturales).
5. Fomentar el trabajo en equipo dentro de la Clínica del Hospital “Hermilio Valdizán”.
6. Brindar una estabilidad laboral, al personal por terceros debe contratarse como personal por CAS ya estos promovérseles a su nombramiento, con lo cual tendrían mayores beneficios laborales y su desempeño sería mejor.
7. Permitir el desarrollo personal y profesional de los trabajadores dentro del ámbito para el cual han sido preparado y capacitados, realizando cursos de actualización periódica y de mejora del clima laboral.
8. Fomentar las sugerencias de los trabajadores y tomarlas en cuenta, siempre y cuando beneficien la atención de los pacientes.
9. Se deben utilizar medidas preventivas ,tales como:
 - a) Proceso personal de adaptación de expectativa a la realidad cotidiana.
 - b) Formación en las emociones.
 - c) Equilibrio de áreas vitales: familia, amigos, aficiones y trabajo.
 - d) Fomento de buena atmósfera de equipo.
 - e) Limitar a un máximo la agenda asistencial.
 - f) Tiempo adecuado en la atención de pacientes.
 - g) Minimizar la burocracia, mejorar la capacitación y remuneración.
 - h) Formación continuada dentro de la jornada laboral.
 - i) Coordinación con los colegas que realizan labores comunes
 - j) Diálogo efectivo con las autoridades.

BIBLIOGRAFIA:

1. Ortega Ruiz, Cristina y López Ríos², Francisca. El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *International journal of clinical and health psychology* ISSN 1576-2329, 2004, Vol. 4, N°1, pp 137- 160.
2. Gomero Cuadra, Raúl, Palomino Baldeon, Juan, Ruiz Gutierrez, Fermín et al. El Síndrome de Burnout en personal sanitario de los hospitales de la empresa minera de Southern Perú Copper Corporation: estudio Piloto. *Rev Med Hered*, oct./dic. 2005, vol.16, no.4, p.233-238. ISSN 1018-130X.
3. Dueñas, Milagros, Merma, Luzbenia y Ucharico, Richard. Prevalencia de Burnout en médicos de la ciudad de Tacna. *CIMEL*, 2003, vol.8, no.1, p.34-38. ISSN 1680- 8398.
4. Grau, Armand, Suner, Rosa, Garcia, María M. et al. Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales. *Gac Sanit*. 2005, vol. 19, no. 6 [citado 2007-11-27], pp. 463-470.
5. Sos Tena P., Sobrequés Soriano J., Segura Bernal J., Manzano Mulet E., Rodríguez Muñoz C., García García M. et al. Desgaste profesional en los médicos de Atención Primaria de Barcelona. *Medifam*. 2002 Dic [citado 2007 Nov 27]; 12(10): 17-25.
6. Mingote Adán JC, Moreno Jiménez B, Gálvez Herrer M. [Burnout and the health of the medical professionals: review and preventive options] *Med Clin (Barc)*. Sep. 2004; 4;123(7):265-270
7. Borda Mariela, Pérez Mariela, Navarro Lechuga, Edgar, Aun Aun, Erick Berdejo Pacheco, Harold, Racedo Rolón, Karen, Ruiz Sará, Jenifer. Síndrome de Burnout en estudiantes de internado del Hospital Universidad del Norte. *Salud Uninorte: Revista de la Division de Ciencias de la Salud* jun 2007 Vol.23 No.1 jun 2007, Pág. 43- 51. ISSN 0120-5552 109
8. Aranda Beltran, Carolina, Pando Moreno, Manuel, Torres-Lopez, Teresa et al. Factores psicosociales y síndrome de burnout en médicos de familia. México. *An. Fac. med.*, Sep. 2005, vol.66, no.3, p.225-231. ISSN 1025-5583
9. Sandoval Carmona, Carmen; Sanhueza Acuña, Luis; Borjas Sepúlveda, Rodrigo; González Sanhueza, Pablo; Odgers Ascencio, Claudia; Najafzadeh-Tabrizi, Sahba Sedaghat. Síndrome

de Burnout en el personal profesional del Hospital de Yumbel. Cuad. méd.-soc. (Santiago de Chile); Dic.2006 Vol. 46, Nº 4, Pág.:268-273,

10. Casado Moragón, Ángela, Muñoz Durán, Gema, Ortega González, Natalia y Castellanos Asenjo, Alberto. Burnout en profesionales de los servicios paliativos, intensivos y urgencias de un gran hospital. Med Clin (Barc). 2005; 124::554-556

11. Anaya Aceves, Jorge Luis, Ortiz García, Alma Corina, Panduro Vargas Danelia Regina y Ramírez Rodríguez, Gabriela. Síndrome de «quemazón» (burnout) en médicos familiares y asistentes médicos. Aten Primaria. 2006; 38::467-472.

12. Rios, Moisés; Williams, Billy. Anteproyecto de tesis: Prevalencia y factores asociados en profesionales Serums de la Red de servicios de salud Huamanga. Ayacucho, Universidad Peruana Union 2006. 22p

13. Freudenberger H. Staff Burnout. Journal of Social Issues. 1974; 30:159-165.

14. Maslach C. Burned out. Human Behavior. 1976; 59:16-22

15. Pardo Álvarez J, López Herrero F, Moraña Macías M, Pérez Collado M, Freire Pérez P, Fernández Leal R ¿Estamos Quemados en Atención Primaria? Medicina de Familia (And) Noviembre 2002; 3; 245-250.