

**UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**"SINDROME DE BURNOUT Y FACTORES  
PSICOSOCIALES ASOCIADOS EN EL PERSONAL  
ASISTENCIAL DEL HOSPITAL DANIEL ALCIDES  
CARRION DE TACNA, PERIODO 2009"**

**TESIS**

PRESENTADA POR:

**BACH. SARITA ELENA BARRANTES JULCAMORO**

PARA OPTAR EL TITULO DE:

**MEDICO CIRUJANO**

**TACNA - PERÚ  
2009**

## INDICE

	<b>Nro. Pág.</b>
<b>RESUMEN E INTRODUCCIÓN</b>	
1. Resumen.....	02
2. Introducción.....	03
<b>CAPITULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN</b>	
1. Fundamentación del Problema.....	06
2. Formulación del Problema.....	12
3. Objetivos de la Investigación	
3.1. Objetivo General.....	12
3.2. Objetivos Específicos.....	12
4. Justificación.....	13
<b>CAPITULO II: REVISION BIBLIOGRÁFICA</b>	
1. Antecedentes de la Investigación.....	16
2. Marco Teórico	
2.1 Historia del Síndrome de Burnout.....	21
2.2 Conceptualización del Síndrome de Burnout.....	22
2.3 Epidemiología.....	28
2.4 Factores desencadenantes y potenciadores del Síndrome de Burnout.....	29
2.5 Desarrollo y Características del Síndrome de Burnout.....	31
2.6 Manifestaciones Clínicas.....	32
2.7 Medición del Síndrome de Burnout.....	34
2.8 Prevención y Manejo del Síndrome de Burnout.....	36
2.8.1 Atención Individual del Problema.....	37
2.8.2 Medidas Organizacionales para solucionar el problema.....	37
2.8.3 Claves para Afrontar el Estrés.....	38

### **CAPITULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

1. Tipo y Diseño de la investigación.....	41
2. Hipótesis .....	41
3. Operacionalización de las Variables.....	42
4. Población y Muestra.....	44
4.1 Criterios de Inclusión .....	44
4.2 Criterios de Exclusión .....	44
5. Instrumento de Recolección de Datos.....	44
6. Procesamiento de Datos.....	45

### **CAPÍTULO IV: RESULTADOS**

Resultados.....	46
-----------------	----

### **CAPÍTULO V: DISCUSIÓN Y ANÁLISIS**

Discusión y Análisis.....	84
---------------------------	----

<b>CONCLUSIONES</b> .....	90
---------------------------	----

<b>RECOMENDACIONES</b> .....	92
------------------------------	----

### **BIBLIOGRAFÍA Y ANEXOS**

Bibliografía.....	95
-------------------	----

Anexos.....	101
-------------	-----

**RESUMEN**

**E**

**INTRODUCCIÓN**

## **1.- Resumen**

Se presenta una revisión de los conceptos teóricos básicos sobre el Síndrome de Desgaste Profesional o “Burnout”, como esquema explicativo de problemas laborales en profesionales de la salud.

El objetivo del trabajo de investigación, es identificar la frecuencia del Síndrome de Burnout y factores psicosociales asociados, en el médicos y enfermeras del Hospital Daniel Alcides Carrión de Tacna.

Se diseñó un estudio observacional, analítico y prospectivo, en el cual estudiamos a 224 médicos y enfermeras, durante el periodo comprendido entre octubre del 2008 hasta abril del 2009. A dichos profesionales, se les aplicó directamente una encuesta cuyo contenido fue el Maslach Burnout Inventory, instrumento que mide las tres dimensiones del Síndrome de Burnout: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal. Al instrumento antes mencionado, se agregó un cuestionario en el cual se incluyó algunas variables sociodemográficas y laborales, con la finalidad de evaluar el contexto individual y organizacional, que determina la salud de dichos profesionales.

Finalmente, concluimos que tanto médicos como enfermeras del Hospital Daniel Alcides Carrión de Tacna, presentaron bajos porcentajes de Burnout; sin embargo se detectó una importante relación entre algunas de las variables sociodemográficas y laborales estudiadas, y el desarrollo de altos niveles de agotamiento emocional y despersonalización en forma independiente.

## **2. Introducción**

El estrés laboral es uno de los problemas de salud más grave que en la actualidad afecta a la sociedad en general, debido a que no sólo perjudica a los trabajadores al provocarles incapacidad física o mental en el desarrollo de sus actividades laborales, sino también a los empleadores y a los gobiernos, ya que muchos investigadores al estudiar esta problemática han podido comprobar los efectos en la economía que causa el estrés.

Si se aplica el concepto de estrés al ámbito del trabajo, este se puede ajustar como un desequilibrio percibido entre las demandas profesionales y la capacidad de la persona para llevarlas a cabo, el cual es generado por una serie de fenómenos que suceden en el organismo del trabajador con la participación de algunos estresores los cuales pueden llegar hasta afectar la salud del trabajador.

"Los efectos del estrés varían según los individuos. La sintomatología e incluso las consecuencias del estrés son diferentes en distintas personas"<sup>19</sup>.

No todos los trabajadores reaccionan de la misma forma, por lo que se puede decir que si la exigencia presentada en el trabajo es adecuada a la capacidad, conocimiento y estado de salud de un determinado empleado, el estrés tenderá a disminuir y podrá tener signos estimulantes, que le permitirán hacer progresos en el ámbito laboral y tener mayor proyección en el mismo.

Lo contrario a lo que se planteó anteriormente ocasionaría en el trabajador un estrés debilitante de las capacidades y valoraciones personales, lo cual lo conducirían a estados de frustración o apatía al trabajo que le impedirían realizarse integralmente y obtener logros en el campo profesional.

Existe en la actualidad bibliografía en la que describe el estudio del comportamiento de los trabajadores frente al estrés, basándose en tipos de personalidad y de esta forma se puede inferir acerca de la actitud o respuesta de estos frente a una circunstancia estresante y los posibles efectos de tratar inadecuadamente la situación a la que se enfrentan.

Peiró (1993), señala que existen en los individuos diferencias en características de personalidad, patrones de conducta y estilos cognitivos relevantes que permiten predecir las consecuencias posibles de determinados estresores del ambiente laboral.

La definición operacional más conocida es la propuesta por Maslach y Jackson en 1986, quienes la definieron como “un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal”, esto es, que el Síndrome de Burnout constituye una entidad multidimensional constituida por los tres aspectos mencionados.

Con relación a las manifestaciones psicopatológicas y físicas, éstas son variadas y han sido establecidas como manifestaciones emocionales, actitudinales, conductuales y somáticas.

El presente estudio pretende identificar a los trabajadores de salud con Síndrome de Burnout y los posibles factores psicosociales implicados, con la finalidad de aportar características que permitan una aproximación del perfil de riesgo en dicho personal sanitario.

# **CAPÍTULO I**

## **PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**



## **1. Fundamentación del Problema:**

En la actualidad, los seres humanos impulsados por ese natural instinto gregario que a través de la historia los ha hecho construir grandes civilizaciones y la sociedad actual, se han convertido en opresores de sí mismos y opresores de los demás como un todo, exigiéndose cada vez más y más todos los días de sus vidas hasta el punto de acelerar desmedidamente sus ritmos de vida y dejándose consumir por grandes demandas físicas, mentales y emocionales que el medio que los rodea les imponen día a día. Pareciera que en la actualidad es común dejarse llevar por este mundo cada vez más globalizado sin darse cuenta que esta acelerada rutina diaria trae consigo un alto precio.

El ser humano, por naturaleza, ante un estímulo exterior responde con una reacción, y ante las exigencias que el medio hace diariamente sobre el ser humano, la respuesta obtenida es un conjunto de fuertes emociones negativas que afectan nuestra vida diaria, nuestro cuerpo y todas las tareas que realizamos haciendo que nuestro desempeño no sea el esperado y viviendo a diario un estado de tensión del que no podemos salir.

Actualmente, cerca del 45% de la población mundial y el 58% de la población mayor de 10 años constituye la denominada "fuerza laboral"; su trabajo sustenta la economía y crea la base material de la sociedad. La salud ocupacional y el bienestar es prerequisite para la productividad, constituyendo el factor más importante, inclusive, en el aspecto socioeconómico y el desarrollo sostenible.

Aproximadamente entre el 30% y 50% de los trabajadores reportan estar expuestos a altos riesgos físicos, químicos, biológicos, sobrecargas de trabajo además de factores ergonómicos que son una amenaza para su salud y su capacidad de trabajo.

Particular manifestación tiene la problemática de la mujer incrementado por la denominada doble jornada (atención del hogar además de la

responsabilidad laboral), la maternidad y manifestaciones de discriminación que implican incluso menor retribución por igual trabajo. En algunos casos resultan expuestas a violencia o acoso sexual<sup>18</sup>.

A pesar de que muchas personas opinan que el trabajo no es una actividad gratificante en sí misma, lo cierto es que su ausencia total o el sólo temor de quedar desempleado con todas las posibles consecuencias que ello implica suelen propiciar la aparición de problemas psicológicos en el adulto. Numerosos estudios ponen de manifiesto cómo los individuos sin empleo muestran progresiva disminución de su implicación personal, progresivo proceso de desencanto y "desenganche social", fuertes sentimientos de humillación, resentimiento por la falta de ayudas, sentimiento de abandono por parte de los amigos y retraimiento social, al sentirse ciudadanos improductivos y dependientes.

Sin embargo, también el trabajo puede provocar efectos negativos en las personas cuando no se organiza y estructura atendiendo a las necesidades y capacidades reales de los encargados de llevarlo a cabo, considerando como tal, al hombre en su sentido genérico. Es entonces cuando puede aparecer el estrés laboral.

El estrés laboral es uno de los problemas de salud más grave en la actualidad, que no sólo afecta a los trabajadores al provocarles incapacidad física o mental, sino también a los empleadores y los gobiernos, que comienzan a evaluar el perjuicio financiero que les causa el estrés. En los Estados Unidos de Norteamérica, por ejemplo, su costo para la industria se calcula aproximadamente en 200 000 millones de dólares anuales, debido al ausentismo, la merma en la productividad, las reclamaciones de indemnizaciones, los seguros de enfermedad y los gastos directos en servicios médicos. En el Reino Unido se calcula que el costo del estrés laboral asciende cada año hasta el 10% del PBI, como consecuencia de las enfermedades, la rotación del personal y la muerte prematura<sup>19</sup>.

Según un estudio de la Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y Trabajo el 28% de los trabajadores europeos padece estrés:

- El 20% padece burnout (desgaste profesional).
- Más de la mitad de los 147 millones de trabajadores afirman que trabajan a altas velocidades y con plazos ajustados.
- Más de un tercio no puede ejercer ninguna influencia en la ordenación de sus tareas.
- Más de un cuarto no puede decidir sobre su ritmo de trabajo.
- Un 45% afirma realizar tareas monótonas.
- Para un 44% no hay posibilidad de rotación.
- Una estimación moderada de los costes que origina el estrés relacionado con el trabajo apunta a unos 20 000 millones de euros anuales<sup>20</sup>.

Al menos 30% de los empleados presentan el "síndrome burnout" o estrés laboral y los más proclives son los hombres y la población joven, señaló el profesor Jesús Felipe Uribe Prado, de la Facultad de Psicología de la UNAM, México<sup>21</sup>.

A su vez, Rodolfo Nava Hernández, de la Facultad de Medicina, dijo que antes se pensaba que los únicos con problemas de salud derivados de la exposición a factores de estrés eran los altos ejecutivos y los trabajadores de niveles medios, pero se ha encontrado una variedad de padecimientos en todos los estratos<sup>22</sup>.

El estrés laboral es uno de los problemas de salud más grave que en la actualidad afecta a la sociedad en general, debido a que no sólo perjudica a los

trabajadores al provocarles incapacidad física o mental en el desarrollo de sus actividades laborales, sino también a los empleadores y a los gobiernos, ya que muchos investigadores al estudiar esta problemática han podido comprobar los efectos en la economía que causa el estrés<sup>23</sup>.

La revista Erga Noticias, publicación periódica del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, en un artículo sobre nuevas denominaciones para enfermedades "modernas", califica el Síndrome de Burnout, como un síndrome de desgaste profesional que se manifiesta en profesionales sometidos a un estrés emocional crónico<sup>24</sup>.

Los factores psicosociales en el trabajo representan el conjunto de percepciones y experiencias del trabajador, algunos son de carácter individual, otros se refieren a las expectativas económicas o de desarrollo personal y otros más a las relaciones humanas y sus aspectos emocionales.

El enfoque más común para abordar las relaciones entre el medio ambiente psicológico laboral y la salud de los trabajadores ha sido a través del concepto de estrés laboral. Tanto en los países en desarrollo como en los estados industrializados el medio ambiente de trabajo en conjunto con el estilo de vida provocan la acción de factores psicológicos y sociales negativos. Por ello la importancia de su estudio desde el punto de vista profesional ha ido aumentando día con día, estos estudios deben incluir tanto los aspectos fisiológicos y psicológicos, como también los efectos de los modos de producción y las relaciones laborales<sup>25</sup>.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) prevé un aumento de las enfermedades mentales y los suicidios durante estos años de crisis en la población mundial. Es evidente que esta situación se vive como una amenaza.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) advierte: Las enfermedades mentales serán la segunda causa de incapacidad en el 2020 en el mundo en el caso

de que no comiencen a aplicarse los tratamientos adecuados, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) <sup>26</sup>.

Se generan por tanto las condiciones básicas para que aparezca el estrés, que será tanto más nocivo cuanto más se alargue la situación de crisis. Según los últimos estudios de la American Psychological Association (APA), en EE.UU., 8 de cada 10 ciudadanos ya están sufriendo estrés por la crisis financiera.

El último número de la revista *Journal of Occupational and Environmental Medicine* hace referencia al trabajo de un grupo de científicos australianos, que advierte de que los empleados que trabajan más de 60 horas semanales son los que tienen mayor riesgo de sufrir trastornos mentales causados por el estrés laboral.

Los investigadores entrevistaron a 60.500 trabajadores de 58 compañías públicas y privadas de toda Australia y los sometieron a un detallado cuestionario diseñado para medir la prevalencia de patologías mentales. La encuesta incluía cuestiones sobre cuatro trastornos diferentes: depresión, ansiedad, otros problemas emocionales y abuso de sustancias.

Los resultados demostraron que el 5% de ellos tenía niveles de estrés tan elevados que aumentaban su riesgo de sufrir algún trastorno mental serio. Otro 9,6% adicional tenía estrés ‘moderado’, lo que también fue considerado como un indicador de sufrir una ‘posible’ patología psicológica.

A pesar de estas cifras, sólo el 22% de los trabajadores con peores niveles de estrés estaba en tratamiento psicológico y un 31% de ellos negaba que tuviese ningún problema. Un 7% más de varones que de mujeres estresados tenía dificultades para reconocer su estado mental a juzgar por sus respuestas; así como también eran menos los hombres que recibían terapia.

El trabajo realmente puede causarle la muerte a una persona, según un estudio publicado que provee fuerte evidencia sobre cómo el estrés laboral eleva

el riesgo de enfermedad cardiaca, al trastornar los sistemas internos del organismo<sup>27</sup>.

Tarani Chandola, epidemiólogo del University College de Londres en su primer estudio poblacional a gran escala que observa los efectos del estrés, medidos en la vida laboral diaria, sobre la enfermedad cardiaca, muestra los resultados de una investigación a largo plazo, que incluyó a más de 10.000 empleados británicos, sugiriendo además que los cambios biológicos inducidos por el estrés jugarían un rol más directo de lo que se pensaba<sup>28</sup>.

El estrés laboral ha sido identificado como una de las problemáticas de importancia en los últimos tiempos, no sólo afectando al trabajador sino además a la propia organización empresarial. Varios son los factores que concurren al estrés laboral ya sean físicos, psicológicos, humanos y organizacionales, entre otros, siendo abordado por la medicina laboral y otras disciplinas que han caracterizado de un modo diferente a dicha problemática.

En resumen, el trabajador se encuentra ante situaciones que resultan de alta demanda, en muchas ocasiones desconocidas, en cierto sentido inciertas, en algunos casos pueden provocar incertidumbre y desconfianza, o no sentirse totalmente preparado para enfrentarlas. Al igual el entorno social resulta complejo con situaciones nuevas cambiantes y de alta significación en aspectos de importancia cardinal para el desempeño de los distintos roles dentro de la sociedad.

La problemática descrita facilita la aparición de agentes estresantes o de convertirse en si mismas en propiciadoras de estrés laboral en los trabajadores. De ello deriva la particular importancia para su investigación y gestión de recursos humanos en las organizaciones para brindar especial atención a aquellos factores capaces de convertirse en agentes estresores.

## **2. Formulación del Problema**

- ¿Cuál es la frecuencia de Síndrome de Burnout, en médicos y enfermeras del Hospital Daniel Alcides Carrión de Tacna en el año 2009?
- ¿Qué factores psicosociales se encuentran asociados a las diferentes esferas del Síndrome de Burnout, en médicos y enfermeras del Hospital Daniel Alcides Carrión de Tacna en el año 2009?

## **3. Objetivos de la Investigación**

### **3.1. Objetivo General**

Identificar la frecuencia del Síndrome de Burnout y factores psicosociales asociados, en médicos y enfermeras del Hospital Daniel Alcides Carrión de Tacna, en el año 2009.

### **3.2. Objetivos Específicos**

- Identificar la frecuencia de Síndrome de Burnout en médicos y enfermeras del Hospital Daniel Alcides Carrión de Tacna.
- Identificar los principales factores psicosociales asociados a Síndrome de Burnout en el Personal de Salud (médicos y enfermeras).
- Determinar la frecuencia de presentación según las esferas de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal en nuestro grupo de estudio.
- Relacionar las dimensiones del Síndrome de Burnout (agotamiento emocional, despersonalización y realización personal) con las variables sexo, edad, estado civil, profesión, servicio de labor, tiempo de servicio en la institución, guardias hospitalarias, condición laboral y grado de satisfacción con la remuneración laboral.

#### **4. Justificación**

El Síndrome de Burnout o de estar quemado, es una enfermedad real que no se ha logrado controlar en el transcurso del tiempo, por el contrario, cada día se comprueba su incremento alarmante y predominantemente en los profesionales de la salud, convirtiéndola en una amenaza latente tanto para la persona que la padece como para su entorno familiar, laboral y social.

A continuación, la importancia del presente estudio en sus tres aspectos fundamentales:

Personal: La importancia del Síndrome de Burnout en la esfera personal, radica en que la reducción en la capacidad y calidad profesional de médicos y enfermeras tiene una extraordinaria repercusión negativa, lo cual supone un gran impacto emocional en la persona que lo padece, por ende, su estudio nos ayuda a comprender los diversos factores implicados en él, dirigido a su detección temprana y así, ayudar a que dichos profesionales puedan enfrentarla de manera adecuada y conseguir mayores posibilidades de éxito.

Profesional: Los médicos y enfermeras trabajan constantemente con personas que viven crisis personales, independientemente de alguna patología somática y, habitualmente, en respuesta a tal circunstancia, dichos profesionales de la salud, tratan de generar de alguna forma, la motivación que el paciente necesita, para el alivio de su pena, consiguiendo brindar una atención integral. Finalmente, los médicos y enfermeras también son seres humanos que al trabajar bajo diversas exigencias que como por un proceso de acumulo constante y progresivo, y llevado a su máxima expresión, pueden sufrir un desequilibrio bio-psico-social que rompe los lazos de una relación interpersonal adecuada, la cual es de vital importancia. Este hecho reduciría su eficacia, poniendo en entredicho su propia capacidad y calidad profesional.

Social: El Síndrome de Burnout produce un cambio de carácter que va desde el aislamiento hasta los distintos grados de irritabilidad, produciendo una



serie de repercusiones que afectan, básicamente, el sistema de comunicación con su entorno familiar y social, he ahí la importancia de su estudio, para una detección temprana y toma de medidas correctivas a tiempo.

En resumen, por todo lo anteriormente expuesto, la importancia del estudio del Síndrome de Burnout en el personal de salud reside en que su presencia afectaría principalmente la calidad de vida de cada trabajador, la calidad laboral y consecuentemente el servicio que se presta, ya que solo desde el discurso de los propios actores implicados se puede llegar a conocer cual es el verdadero motivo del desgaste profesional para prevenirlas y corregirlas a tiempo.

# **CAPÍTULO II**

## **REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**

## **1. Antecedentes de la Investigación**

Según la Asociación Española de Psicología Conductual, el personal sanitario se enfrenta frecuentemente a situaciones de vida y muerte. Su trabajo puede ser físico y emocionalmente agotador. El estrés que se deriva de este contexto implica el desarrollo de problemas conductuales como burnout y otros problemas de salud y psicológicos (ansiedad, depresión, etc.). En la actualidad esta temática es importante ya que afecta a la moral y bienestar psicológico de los trabajadores, a la calidad y tratamiento que se proporciona a los pacientes y, por último, puede tener una influencia fuerte en el funcionamiento administrativo de los servicios sanitarios. En este trabajo teórico se presenta una revisión del concepto de burnout, las variables de las que depende, las medidas más utilizadas, las consecuencias del mismo y las estrategias de intervención que se han desarrollado para prevenir y tratar este problema. Finalmente, se realiza una propuesta de análisis conceptual del burnout como un ejemplo de evitación experiencial, así como de sus implicaciones en el tratamiento<sup>29</sup>.

Romana Albaladejo, Rosa Villanueva y Paloma Ortega, integrantes del Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia, en su estudio titulado “Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid”, hacen mención a que el término Burnout se refiere a una situación que es cada vez más frecuente entre los profesionales que prestan sus servicios a través de una relación directa y mantenida con las personas, entre los que se encuentran todos los profesionales sanitarios. El objetivo de este estudio ha sido determinar la prevalencia del síndrome de Burnout y de sus tres componentes (cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal) entre los profesionales del área de enfermería del Hospital Clínico Universitario San Carlos de Madrid y su relación con determinados factores sociodemográficos, laborales e institucionales.

Se realizó un estudio transversal entre los profesionales adscritos al área de enfermería del mencionado hospital. Las variables implicadas se recogieron mediante un cuestionario de elaboración propia. En cuanto al síndrome de Burnout se midió mediante el Maslach Burnout Inventory, en su versión validada en español.

Finalmente se concluye en que en dicho estudio, el perfil del sujeto afecto de Burnout se corresponde con el de un profesional con experiencia laboral que sin embargo manifiesta un escaso grado de reconocimiento a su labor asistencial y un alto nivel de insatisfacción con la gestión de su centro de trabajo<sup>30</sup>.

Yamila Roque Doval y Osana Moleiro, de la Universidad Central “Marta Abreu” de las Villas, realizaron un trabajo en el cual abordaron el estrés y en particular su vinculación con la problemática laboral, intentan además de presentar las experiencias y recopilaciones de información de los autores, brindar enfoque novedoso e integral del mismo atendiendo a la presencia e importancia que gana en la modernidad. Se ofrecen además recomendaciones acerca de su enfrentamiento desde los planos personal y organizacional<sup>18</sup>.

María Antonieta Campos Durán, en su estudio acerca de las causas y efectos del Estrés Laboral, llevado a cabo en la Universidad de el Salvador, resume lo siguiente: El estrés es un trastorno bio-psico-social que afecta actualmente a la población mundial, la cual se encuentra inmersa en una sociedad globalizada que exige y demanda cada día individuos aptos y capacitados para enfrentar y resolver cada una de los problemas de índole laboral, social y emocional que se le presenten.

Las causas y efectos del estrés en el área laboral son variados, sin embargo lo importante es motivar y preparar a los miembros de las organizaciones laborales para afrontar con tenacidad y valentía los retos planteados a nivel laboral, sin descuidar su salud ocupacional para obtener excelentes resultados en el logro de metas que se propongan<sup>31</sup>.

Mariela Borda Pérez y Edgar Navarro Lechuga, desarrollaron un trabajo de investigación en estudiantes de internado del Hospital Universidad del Norte en Barranquilla Colombia. Dicho trabajo fue básicamente un estudio descriptivo de la población de 55 estudiantes de último año en internado rotatorio de ambos sexos, con el objetivo de establecer el comportamiento y los factores de riesgo asociados al Síndrome de Burnout en dichos estudiantes.

Se empleó una encuesta autodilucidada anónima sobre características sociodemográficas, laborales y la escala de Maslach. Finalmente, se concluyó en que el Síndrome de Burnout es bajo en los internos. Se encontró tendencia a la asociación entre las relaciones con el equipo de trabajo y los grados de agotamiento emocional y de realización personal<sup>32</sup>.

Rodolfo Quiroz Valdivia y Santiago Saco Méndez de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco realizaron un estudio de prevalencia del Síndrome Burnout y los factores asociados al mismo en 64 médicos y 73 enfermeras del Hospital nacional Sur Este de ESSALUD del Cusco, que corresponde al 83.1 % de médicos y al 81 % de enfermeras en dicho hospital. Los objetivos del estudio fueron determinar la prevalencia del Síndrome Burnout y determinar si existe asociación entre el síndrome Burnout y los factores siguientes: variables sociodemográficas, problemas familiares, motivación para el trabajo, satisfacción laboral, insatisfacción laboral, autopercepción del desempeño laboral. Se utilizaron como instrumentos de investigación cuestionarios estructurados especialmente confeccionados para el presente estudio, los cuales fueron previamente validados antes de aplicarlos a los sujetos de estudio. Se obtuvieron los siguientes resultados: La prevalencia del Síndrome Burnout 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. No se encontró Síndrome Burnout en alto grado. Existe asociación estadísticamente significativa con los siguientes problemas familiares, motivación para el trabajo, satisfacción laboral, insatisfacción laboral, autopercepción del desempeño laboral. Se utilizaron como instrumentos de

investigación cuestionarios estructurados especialmente confeccionados para el presente estudio, los cuales fueron previamente validados antes de aplicarlos a los sujetos de estudio. Se obtuvieron los siguientes resultados: La prevalencia del Síndrome Burnout 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. No se encontró Síndrome Burnout en alto grado. Existe asociación estadísticamente significativa con las siguientes variables: sexo masculino, la profesión de médico, tiempo de servicio mayor de 12 años, baja motivación laboral, baja satisfacción laboral y alta insatisfacción laboral. Existe baja asociación estadística con el trabajo mayor a 40 horas semanales, menos de 6 horas de esparcimiento semanal y otros trabajos fuera del hospital. Existe correlación inversa con situación laboral, motivación para el trabajo, autopercepción laboral, satisfacción laboral e insatisfacción laboral. No se encuentra asociación estadísticamente significativa con el número de horas de trabajo diario, ni con quien vive<sup>33</sup>.

Raúl Gomero Cuadra, Juan Palomino Baldeón y Fermín Ruiz Gutiérrez, estudiaron “El Síndrome de Burnout en personal sanitario de los hospitales de la empresa minera de Southern Perú Copper Corporation”, posteriormente realizaron la publicación de los resultados en la Revista Médica Herediana, donde manifiestan que el Síndrome de Burnout, es atribuido, como el responsable de la desmotivación que sufren algunos profesionales de la salud.

La finalidad fue identificar los trabajadores sanitarios con Síndrome de Burnout en los hospitales de la empresa minera de Southern Perú Copper Corporation concluyéndose en que sólo un médico presentó Síndrome de Burnout, quien se caracterizó por el desarrollo temprano del síndrome y no asociado a la realización de turnos<sup>34</sup>.

Carmen López, Ángela Zegarra y Víctor Cuba del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen de Lima, en su estudio “Factores asociados al Síndrome de Burnout en Enfermeras de emergencia del hospital nacional Guillermo Almenara Irigoyen” durante el periodo 2006 entrevistaron a 45 profesionales de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Nacional

Guillermo Almenara Irigoyen de EsSalud, con el propósito de determinar los factores asociados al síndrome de Burnout y más específicamente determinar la asociación entre factores profesionales y laborales asociados al síndrome de Burnout. Se utilizó como instrumento de evaluación el “cuestionario de desgaste profesional de enfermería” (CDPE) elaborado por Moreno (2000). Como conclusión se obtuvo que existe baja asociación estadística entre los factores profesionales (interacción conflictiva y ambigüedad de rol), y también baja asociación estadística entre los factores laborales (sobrecarga laboral y supervisión) y el síndrome de Burnout<sup>35</sup>.

Eddy Isabel Gutiérrez Damián, Rolando Vásquez Alva, Jorge Zegarra Lévano, Omar Enrique Taco Sánchez y Richard Paúl Torres Velarde del Hospital Rebagliati de Lima revisaron “Síndrome de Burnout en Médicos Asistentes del Servicio de Emergencia de un Hospital de Essalud”. En dicho estudio de tipo puramente exploratorio, aplicado a médicos asistentes del servicio de Emergencia Adultos de EsSalud, se ha ido describiendo las diferencias encontradas en el grado de desgaste profesional o burnout según un grupo de factores clásicos invocados como relacionados con la presentación del síndrome; es necesaria la presencia de “interacciones humanas” personal de salud-paciente, intensas y/o duraderas para que el síndrome aparezca<sup>36</sup>.

Edwin Condori Vargas realizó un estudio de “Prevalencia y Factores de Riesgo asociados al Síndrome de Burnout o estar Quemado en el personal profesional de salud del Hospital de Apoyo Hipólito Unanue de Tacna en abril del 2003”, donde hace mención que el Síndrome de Burnout es un tipo de estrés laboral que puede tener repercusiones psicosociales y que puede ser causa de ausentismo laboral.

Se diseñó un estudio para médicos, enfermeras y obstétricas del Hospital de Apoyo Hipólito Unanue de Tacna, a los cuales se aplicó la encuesta de Maslach Burnout Inventory, mediante la cual se determinó que la prevalencia de Síndrome de Burnout en dicho personal profesional es baja<sup>37</sup>.

## **2. Marco Teórico**

### **2.1 Historia del Síndrome de Burnout**

El antecedente histórico del Burnout se encuentra posiblemente en el estudio de Schwartz y Will (1953) que describían un sentimiento de baja moral y distanciamiento de los pacientes en enfermeras que trabajaban en un hospital psiquiátrico. Este estudio a pesar de carecer del rigor científico, tiene un valor heurístico de gran utilidad a la hora de realizar una conceptualización del Síndrome de Burnout como proceso. En el mismo se comienza a realizar un boceto extremadamente agudo de los antecedentes, la conducta, y las consecuencias del Burnout. Una descripción representativa de lo que experimenta una persona bajo los efectos del Burnout se observó en un informe acerca de una enfermera afectada, de baja moral, evaluada en la investigación de estos dos autores:

“Comencé a ser cada vez menos efectiva en mis relaciones con los pacientes. Mi hostilidad hacia ellos era insoportable. Comencé a visualizarlos como personas irritantes que hacían continuas demandas. Ellos lo sentían y tendían a alejarse de mí. Los pacientes agresivos comenzaron a gruñirme. Las notas sobre mi ineficacia eran cada vez más frecuentes y mi ira era personal e intensa. Las notas despreciativas de los pacientes me afectaban y yo tendía a mantenerme alejada de ellos.”<sup>1</sup>

Posteriormente, el contexto en el que el fenómeno del burnout fue identificado y etiquetado fue un contexto social.

Freudenberger, el autor que lo describió, estaba empleado como psiquiatra en una agencia alternativa de salud. Observó que muchos de los voluntarios con los que trabajaba experimentaban en un momento determinado, un bajón emocional y una pérdida de la motivación e implicación. Generalmente este proceso duraba un año e iba acompañado de síntomas físicos y mentales. Para referirse a este particular estado de agotamiento emocional, Freudenberger utilizó una palabra que era usada coloquialmente para describir los efectos del abuso crónico de drogas, “burnout”.<sup>2</sup> Al mismo tiempo, Maslach, una investigadora de



psicología social estaba estudiando la manera en la que la gente se enfrenta con el arousal emocional en el trabajo. Estaba interesada principalmente en las estrategias cognitivas “indiferencia” y “deshumanización como autodefensa”, pero pronto descubrió que tanto el arousal como las estrategias tenían una importante implicación para la identidad y la conducta profesional de la gente. Cuando por casualidad describió estos resultados a un abogado, éste le dijo que los abogados de los pobres llamaban a este fenómeno “burnout”. Una vez que Maslach y sus colegas adoptaron este término, descubrieron que era identificado inmediatamente por sus entrevistadores. Había nacido una nueva expresión coloquial<sup>1</sup>.

## **2.2 Conceptualización del Síndrome de Burnout**

Freudenberger (1974), menciona por primera vez el concepto de Burnout para describir el estado físico y mental de los jóvenes voluntarios que trabajaban en su clínica de Nueva York. Estos se esforzaban en sus funciones, sacrificando su propia salud con el fin de alcanzar ideales superiores y recibiendo poco o nada de reforzamiento por su esfuerzo. Por lo tanto, después de uno a tres años de labor, presentaron conductas cargadas de irritación, agotamiento, actitudes de cinismo con los clientes y una tendencia a evitarlos<sup>3,4,5</sup>.

A partir de dichas observaciones, Freudenberger, describe un perfil de las personas con riesgo a desarrollar el síndrome de Burnout, el cual se caracteriza por pensamientos idealistas, optimistas e ingenuos. También, afirma que estos sujetos se entregan demasiado al trabajo para conseguir buena opinión de sí mismos y para lograr el bien común; pero a pesar de este esfuerzo y compromiso los profesionales fracasan en hacer una diferencia en la vida de los usuarios. El sentido de la existencia personal está puesto en el ámbito laboral, lo cual genera excesiva implicación en el trabajo y, generalmente, termina en la deserción<sup>4</sup>.

Desde una postura individualista el Burnout sería producto de un fallo del sujeto (tienen personalidad débil, baja tolerancia al estrés, etc.), ya que se asume el estrés como un componente interno. Mientras que las posturas ambientalistas

dan una definición más sistémica, permitiendo la utilización de estrategias para intentar el cambio o eliminación de factores predisponentes. Dicha postura considera al estrés como algo externo al sujeto y enfoca al Burnout como respuesta a la interacción entre el individuo y el entorno laboral.

Según Moreno y Cols (1999), este síndrome puede ocurrir en todos los ámbitos de la acción del sujeto, pero ha sido estudiado en mayor medida en el campo de los profesionales asistenciales y se ha extendido en profesiones diversas.

La investigación ha derivado en dos vertientes controvertidas, ya que muchos científicos están en desacuerdo cuando se limita a este síndrome para sujetos que realizan algún tipo de trabajo en contacto directo con personas, y proponen que los síntomas del Burnout se pueden apreciar también en sujetos que no tienen empleo<sup>6</sup>.

En un principio, entre el grupo de científicos que reservan este concepto a trabajadores en contacto con otras personas se destacaron las investigaciones de Cristina Maslach (1976).

Desde el 1977, año en el que Maslach dio a conocer sus trabajos a la Psicología en una convención de la Asociación Americana de Psicólogos, se utiliza el término Burnout para referirse al desgaste profesional de personas que trabajan en los sectores de servicios humanos, profesionales de la salud y de la educación bajo condiciones difíciles en contacto directo con los usuarios<sup>7, 8</sup>.

Según Machlowitz (1980) afirma que el Burnout era el síndrome que ocasionaba la “adicción al trabajo”, la define como “un estado de total devoción a su ocupación, por lo que su tiempo es dedicado a servir a este propósito”, que provoca un desequilibrio productivo y como consecuencia las reacciones emocionales propias de la estimulación aversiva.

Edelwich y Brodsky (1980), definen Burnout como “una pérdida progresiva del idealismo, energía y motivos vividos por la gente en las profesiones de ayuda, como resultado de las condiciones de trabajo<sup>5</sup>.”

Cherniss (1980) es uno de los primeros autores que enfatiza la importancia del trabajo, como antecedente en la aparición del Burnout y lo define como “cambios personales negativos que ocurren a lo largo del tiempo en los trabajadores con trabajos frustrantes o excesivas demandas”.

Para Cox y Mackay (1981), este concepto se diferencia principalmente en relación a si es conceptualizado como un estímulo, una respuesta, una percepción o una transacción.

Maslach y Jackson (1981, 1982) definen el Burnout como una manifestación comportamental del estrés laboral, y lo entienden como un síndrome tridimensional caracterizado por cansancio emocional, despersonalización en el trato con clientes y usuarios, y dificultad para el logro o realización personal<sup>9, 10</sup>.

En 1984, Brill propuso una definición de Burnout menos conocida y más precisa: “Es un estado disfuncional y disfórico relacionado con el trabajo, en una persona que no padece otra alteración psicopatológica mayor, en un puesto de trabajo en el que antes ha funcionado bien, tanto a nivel de rendimiento objetivo como de satisfacción personal, y que luego ya no puede conseguirlo de nuevo, si no es por una intervención externa de ayuda, o por un reajuste laboral; y que está en relación con las expectativas previas”<sup>4</sup>.

Elliot y Smith en 1984, partiendo de que el Síndrome de Burnout podría ser un rasgo de la personalidad, entienden que en el proceso del síndrome hay que buscar el equilibrio que se ha perdido, planteando que puesto que la reconocimiento del cambio es la fórmula para afrontar el Burnout, habría que partir de la siguiente ecuación: Susceptibilidad Individual + Sobrecarga = Burnout.

Farber (1984) define el Burnout como “manifestaciones conductuales de agotamiento emocional y físico derivadas de eventos situacionales estresantes por no encontrar estrategias de afrontamiento efectivas”.

Shin, Rosario, March y Chestnust (1984) entienden Burnout como tensión psicológica resultante del estrés en el trabajo con servicios humanos”<sup>5</sup>.

Etzion (1987), dice que es un proceso latente, solapado y silencioso, que se desarrolla lentamente desde su comienzo, sin haber señales notorias y que evoluciona casi siempre de forma escondida hasta que hace su aparición repentina e inesperada, como experiencia devastadora de agotamiento personal, sin que se pueda decir por que sucedió.

Por otra parte, Pines y Aronson en 1988, defienden que los síntomas del Burnout se pueden observar también en personas que no trabajan en el sector de asistencia social. Ellos definen este síndrome como un estado de agotamiento emocional, mental y física, que incluye sentimientos de impotencia e inutilidad, sensaciones de sentirse atrapado, falta de entusiasmo y baja autoestima. Dicho estado estaría causado por una implicación durante un tiempo prolongado en situaciones que son emocionalmente demandantes.

Ellos desarrollaron una escala de carácter unidimensional, distinguiendo tres aspectos: agotamiento, desmoralización y pérdida de motivación<sup>11</sup>.

Entre otras definiciones del síndrome del Burnout, Burke (1987), lo explica como un proceso de adaptación del estrés laboral, que se caracteriza por desorientación profesional, desgaste, sentimientos de culpa por falta de éxito profesional, frialdad o distanciamiento emocional y aislamiento.

Shirom (1989), a través de una revisión de diversos estudios, concluye que el contenido del síndrome de Burnout tiene que ver con una pérdida de las fuentes de energía del sujeto y lo define como "una combinación de fatiga física, cansancio emocional y cansancio cognitivo"<sup>3, 11</sup>.

Leiter (1992), distancia el Burnout del estrés laboral y lo define "como una crisis de autoeficacia".

Nagy y Nagy (1992) señalan, por otra parte, que el concepto Burnout se ha convertido en un llamativo descriptor del estrés laboral, señalando que se ha popularizado tanto que quizás se ha perdido el origen del mismo.

Pines (1993), entiende el burnout como consecuencia de la exposición del sujeto a situaciones emocionalmente exigentes en un tiempo prolongado. Este estado se caracteriza por agotamiento físico, emocional y mental.

El burnout también se lo ha explicado como producto de la interacción de múltiples factores: culturales, ocupacionales, educacionales, individuales o de personalidad<sup>13</sup>.

Moreno y Oliver (1993) retoman la relevancia del afrontamiento e indican que el Burnout "sería la consecuencia de un afrontamiento incorrecto del trabajo de asistencia y de las preocupaciones ligadas a él.

Aunque algunos autores han señalado que no se pueden poner de acuerdo a la hora de dar una definición de Burnout, el hecho de que el Maslach Burnout Inventory, planteamiento empírico que justifica la definición de Maslach y Jackson, haya sido utilizado de forma casi unánime por los distintos autores para la realización de sus investigaciones.

El síndrome *Burnout* incluye cinco factores característicos comunes a todas las definiciones presentadas:

1. Predominan los síntomas disfóricos, y, sobre todo, el agotamiento emocional.
2. Destacan las alteraciones de conducta (conducta anormal del modelo asistencial o despersonalización de la relación con el cliente).
3. Se suelen dar síntomas físicos de estrés psicofisiológico, como cansancio hasta el agotamiento, malestar general, junto con técnicas reductoras de la ansiedad secundaria, como son las conductas adictivas, que, a su vez, median en deterioro de la calidad de vida.
4. Se trata de un síndrome clínico laboral que se produce por una inadecuada adaptación al trabajo, aunque se dé en individuos considerados presuntamente "normales".

5. Se manifiesta por un menor rendimiento laboral, y por vivencias de baja realización personal, de insuficiencia e ineficacia laboral, desmotivación y retirada organizacional.

Hombrados (1997) propone una definición conductual, que explica que es la coexistencia de un conjunto de respuestas motoras, verbales, cognitivas y fisiológicas ante una situación laboral con exigencias altas y prolongadas en el tiempo. Las repercusiones de aquello sobre la salud del trabajador y sus funciones suponen el desarrollo del Síndrome de Burnout. Por lo tanto, entiende como elementos fundamentales: "los cambios emocionales y cognitivos informados, cambios negativos en la ejecución profesional y una situación de presión social y/o profesional que aparece de manera continuada"<sup>14</sup>.

Farber (2000) lo describe como un reflejo de la mayoría de los ambientes de trabajos actuales, ya que la competencia laboral exige intentar producir cada vez mejores resultados al menor tiempo y con los mínimos recursos posibles. A partir de esta realidad, él señala cuatro variables importantes para explicar la aparición y el desarrollo del Burnout:

- 1) La presión de satisfacer las demandas de otros.
- 2) Intensa competitividad.
- 3) Deseo de obtener más dinero.
- 4) Sensación de ser desprovisto de algo que se merece<sup>15</sup>.

En la CIE 10 lo clasifica dentro del grupo de "problemas respecto a las dificultades para afrontar la vida" y figura como síndrome de agotamiento (Z 73.0)<sup>3, 16</sup>.

En síntesis, actualmente se aplica el síndrome de Burnout a diversos grupos de profesionales, y se explica que éste es el resultado de un proceso continuo en donde el sujeto se ve expuesto a una situación de estrés crónico laboral y las estrategias de afrontamiento que utiliza no son eficaces. Es decir, que los sujetos en su esfuerzo por adaptarse y responder eficazmente a las demandas y

presiones laborales, se esfuerzan en exceso y de manera prolongada en el tiempo. Añadiendo a esto, la sobreexigencia, la tensión y la frustración por resultados no esperados, se originan riesgos de enfermar física (alteraciones psicósomáticas) y/o mentalmente (estados ansiosos, depresivos, alcoholismo, etc.)<sup>17</sup>.

### 2.3 Epidemiología

Entre los aspectos epidemiológicos del síndrome de Burnout descritos en la literatura no parece existir un acuerdo unánime entre los diferentes autores si bien existe un determinado nivel de coincidencia para algunas variables.

- Edad: Aunque parece no influir en la aparición del síndrome se considera que puede existir un periodo de sensibilización debido a que habría unos años en los que el profesional sería especialmente vulnerable a éste, siendo éstos los primeros años de carrera profesional dado que sería el periodo en el que se produce la transición de las expectativas idealistas hacia la practica cotidiana, aprendiéndose en este tiempo que tanto las recompensas personales, profesionales y económicas, no son ni las prometidas ni esperadas.
- Género: Sería principalmente las mujeres el grupo más vulnerable, quizá en este caso de los sanitarios por razones diferentes como podrían ser la doble carga de trabajo que conlleva la practica profesional y la tarea familiar así como la elección de determinadas especialidades profesionales que prolongarían el rol de mujer. Además, Maslach y Jackson (1986), precisan que la mujer presenta puntuaciones mas elevadas en la dimensión de agotamiento emocional, pero mas bajo en reducida realización personal.
- Estado civil: Aunque se ha asociado el Síndrome más con las personas que no tienen pareja estable, tampoco hay un acuerdo unánime; parece que las personas solteras tienen mayor cansancio emocional, menor realización personal y mayor despersonalización, que aquellas otras que o bien están casadas o conviven con parejas estables. En este mismo orden la existencia

o no de hijos hace que estas personas puedan ser más resistentes al síndrome, debido a la tendencia generalmente encontrada en los padres, a ser personas más maduras y estables, 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.

- Turnicidad laboral: El horario laboral de estos profesionales pueden conllevar para algunos autores la presencia del síndrome aunque tampoco existe unanimidad en este criterio; siendo en enfermería donde esta influencia es mayor.
- Antigüedad profesional: Tampoco existe un acuerdo. Algunos autores encuentran una relación positiva con el síndrome manifestada en dos periodos, correspondientes a los dos primeros años de carrera profesional y los mayores de 10 años de experiencia, como los momentos en los que se produce un menor nivel de asociación con el síndrome, Naisberg y Fenning encuentran una relación inversa debido a que los sujetos que más Burnout experimentan acabarían por abandonar su profesión, por lo que los profesionales con más años en su trabajo serían los que menos Burnout presentaron y por ello siguen presentes<sup>38, 39</sup>.

#### **2.4. Factores desencadenantes y potenciadores del Síndrome de Burnout**

En la aparición del síndrome de Burnout inciden variables del entorno social, del entorno laboral y las variables de personalidad de la persona afectada. Los estudios de las variables sociales que pueden tener incidencia en la aparición del Burnout se han centrado, hasta el momento, en las variables demográficas de edad, sexo, estado civil, etc.

Las que consideran el contexto sociocultural son aún incipientes. Los estudios acerca de las variables laborales e individuales son mucho más amplios y si bien es una tarea imposible determinar todas las circunstancias que pueden llegar a intervenir en la aparición del síndrome, se ha llegado a identificar una



serie de características que desencadenan y facilitan el desarrollo del mismo. La mayoría de estas investigaciones se han realizado desde una perspectiva transaccional, en la que se encuentran los modelos cognitivos de estrés y el modelo de ajuste individuo-ambiente. Desde esta perspectiva el Burnout se estudia como un proceso de interacción por el cual el sujeto, con sus variables personales cumpliendo un papel mediador, busca adaptarse a las condiciones laborales.

Esto supone, en primer lugar, que la persona represente la situación en base a sus valores, metas y prioridades y realice una evaluación de los riesgos que puedan estar implicados. Luego, de acuerdo a su estilo de afrontamiento, la persona accionará sobre el entorno (focalización sobre el problema) o intentará reacomodar su percepción (focalización sobre la emoción)<sup>40</sup>. Otros autores proponen modelos de estrés desde una perspectiva interaccionista en los que vinculan más estrechamente ciertas características organizacionales y la generación de estrés. Aunque a primera vista parecería que estas explicaciones resultarían más adecuadas para explicar el síndrome del Burnout, estos modelos, en especial el de Karasek, han recibido fuertes críticas por subestimar los factores individuales y por la falta de claridad en la delimitación de algunas de sus dimensiones<sup>41</sup>.

Gil Monte (1997) define a los desencadenantes del Burnout como aquellos estresores del ambiente laboral que se perciben como crónicos, e identifica cuatro tipos de desencadenantes del síndrome:

- a) Variables organizacionales: son todas aquellas variables relacionadas con el ambiente físico del lugar de trabajo y con los contenidos específicos de cada puesto. Son de considerar el nivel de ruidos, las condiciones de higiene, temperatura, oportunidad de utilizar las capacidades que el trabajador posee, cantidad de tareas asignadas, etc.
- b) Variables por desempeño de rol, relaciones interpersonales y desarrollo de la carrera: aquí se incluye la jerarquía del puesto, la ambigüedad de responsabilidades y tareas, las relaciones con superiores, subordinados y personas a quienes se brinda el servicio, y la seguridad que se siente respecto de la

continuidad en el trabajo. El rol se puede definir como demandas y expectativas que pesan sobre la persona que ocupa un determinado puesto. En este caso, el estrés del rol estaría dado por la ambigüedad del rol y por el conflicto del rol, cuando se presentan demandas contradictorias.

c) Variables dadas por las nuevas tecnologías y demás aspectos de la organización: la nueva tecnología puede resultar tanto un facilitador del trabajo como una fuente de estrés en el caso de que el trabajador sienta que la nueva tecnología requiere aptitudes que superan sus habilidades. Asimismo, el reemplazo de cierto contacto directo con pares y superiores por la comunicación a través de computadoras puede generar una sensación de aislamiento. Otros aspectos de la organización que pueden ser fuente de estrés laboral es la jerarquía, la falta de participación en la toma de decisiones, la falta de apoyo por parte de la supervisión y la falta de autonomía.

d) Variables personales: están relacionadas con las características del contexto extra organizacional del trabajador, el ambiente familiar, otras relaciones sociales, etc<sup>42</sup>.

Esta categorización coincide conceptualmente con lo que la Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2004) ha identificado como los factores psicosociales que pueden incidir en el rendimiento laboral, la satisfacción con el trabajo y la salud del trabajador y que consisten en las interacciones entre el trabajador, sus capacidades y necesidades, su cultura y situación personal, su medio ambiente y las características de su organización<sup>43</sup>.

## 2.5. Desarrollo y Características del Síndrome de Burnout

El burnout es un estado que se desarrolla secuencialmente, en lo referente a la aparición de rasgos y síntomas globales.

Según Cherniss, el Síndrome se desarrolla en tres fases evolutivas:

- En la primera, tiene lugar un **disbalance entre las demandas y los recursos**, es decir se trataría de una situación de estrés psicosocial.
- En la segunda, se produce un estado de **tensión psicofísica**.

- En la tercera, se suceden una serie de **cambios conductuales**, consecuencia de un afrontamiento de tipo defensivo y huidizo, que evita las tareas estresantes y procura el alejamiento personal, por lo que hay una tendencia a tratar a los pacientes de forma distanciada, rutinaria y mecánica, anteponiendo cínicamente la gratificación de las propias necesidades al servicio que presta<sup>45,46</sup>.

El Síndrome de Burnout se caracteriza por:

**Inicio insidioso:**

Se impregna poco a poco, va oscilando con intensidad variable dentro de una misma persona. Con frecuencia es difícil establecer hasta que punto se padece el síndrome o simplemente sufre el desgaste propio de la profesión y cual es el límite entre cada uno de ellos.

**Negación:**

Se tiende a la negación, debido a que se vive como un fracaso profesional y personal. Son los compañeros los que primero lo notan; lo que representa un punto muy importante para el diagnóstico precoz.

**Fase irreversible:**

Entre el 5 y el 10% de los casos, el síndrome resulta irreversible. Por tanto, es importante la prevención ya que, normalmente, el diagnóstico precoz es complicado y la línea que separa el desgaste del Burnout es muy delgada<sup>8,45,46</sup>.

## **2.6. Manifestaciones Clínicas**

Desde Freudenberg (1974) a la actualidad varios autores han descrito los síntomas que presenta una persona con Burnout. Gil Monte (1997) realizó una revisión de los trabajos publicados y agrupó los síntomas en cuatro categorías:

- Síntomas emocionales: Ansiedad, sentimientos de soledad, de alienación, de impotencia o de omnipotencia.
- Síntomas actitudinales: Hostilidad, suspicacia, cinismo, apatía, tendencia a no verbalizar.
- Síntomas conductuales: Agresividad, cambios repentinos de humor, aislamiento, frecuente enojo, irritabilidad.
- Síntomas somáticos: Palpitaciones, dolor precordial, infecciones frecuentes, alergias, dolores cervicales, dolor de espalda, fatiga crónica, alteraciones menstruales, insomnio, úlcera gastroduodenal, jaqueca<sup>42</sup>.

Las alteraciones físicas son las mayormente percibidas por el individuo que las sufre y las que causan un mayor impacto sobre su calidad de vida. Los síntomas actitudinales, emocionales y conductuales, son los que más afectan las relaciones interpersonales y son mayormente percibidos por las personas del entorno.

Estos síntomas presentados no sólo producen consecuencias en el plano físico e interpersonal de la persona afectada sino que también tiene repercusiones directas sobre la organización para la cual trabaja. Uno de los indicadores más clásicos es la baja satisfacción laboral. Una baja satisfacción laboral se traduce en un deterioro de la calidad de servicio que el trabajador ofrece. Esto se observa muchas veces bajo la forma de desconexión psicológica del profesional, que evita hacer contacto visual con las personas que atiende, habla como si ellas no estuvieran presentes, contesta con palabras ininteligibles o con gruñidos, etc. Las consecuencias a nivel organizacional acarrear generalmente grandes costos económicos para la organización. El ausentismo laboral, la propensión a los accidentes de trabajo, tendencia a cometer más errores y, en muchos casos, el abandono de la institución, se traducen en indemnizaciones y en pérdida de capacidad de ganancia para la empresa.

A nivel familiar se puede observar también que disminuye marcadamente su margen de tolerancia hacia la familia, por lo cual tendrá mayor tendencia a

reaccionar de forma inadecuada ante la pareja o hijos. También le será más difícil encontrar motivos de alegría, estar dispuesto a la diversión o encontrar momentos de relajación ya que su nivel de ansiedad lo hacen proclive a la depresión y al desgano<sup>2, 42, 44</sup>.

## **2.7. Medición del Síndrome de Burnout**

Existen distintos instrumentos de medida del Burnout. El siguiente supuesto práctico se centra en uno de ellos, el denominado Maslach Burnout Inventory (MBI), de Maslach y Jackson (1981). Es un instrumento en el que se plantea al sujeto una serie de enunciados sobre los sentimientos y pensamientos con relación a su interacción con el trabajo.

Es el instrumento que ha generado un mayor volumen de estudios e investigaciones, formado por 22 ítems que se valoran con una escala tipo Likert.

En la versión inicial la escala para valorar los ítems presentaba dos formas: una de frecuencia y otra de intensidad. En la forma de frecuencia el sujeto valora, mediante un rango de 7 adjetivos que van de "nunca" a "todos los días", con qué frecuencia experimenta cada una de las situaciones descritas en los ítems. En la forma de intensidad, la escala de evaluación de los ítems tenía 8 grados, y el sujeto valoraba la intensidad con la que siente esas mismas situaciones.

Maslach y Jackson consideraron que las correlaciones entre ambas formas se solapaban, por lo que recomendaron retener la forma de frecuencia y eliminar la de intensidad.

La factorización de los 22 ítems arroja en la mayoría de los trabajos tres factores que son denominados agotamiento emocional, despersonalización y realización personal en el trabajo.

Los tres factores han sido obtenidos con muestras de diferentes colectivos profesionales. Estos factores constituyen las tres subescalas del MBI.

La subescala de agotamiento emocional está formada por 9 ítems que describen sentimientos de estar abrumado y agotado emocionalmente por el trabajo; la subescala de despersonalización está formada por 5 ítems que describen una respuesta impersonal y falta de sentimientos hacia los sujetos objeto de atención, y la subescala de realización personal en el trabajo está compuesta por 8 ítems que describen sentimientos de competencia y realización exitosa en el trabajo hacia los demás.

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.

Se deben mantener separadas las puntuaciones de cada subescala y no combinarlas en una puntuación única porque no está claro si las tres pesan igual en esa puntuación única o en qué medida lo hacen.

En cuanto al resultado, tanto el constructo de quemarse como cada una de sus dimensiones son consideradas como variables continuas, y las puntuaciones de los sujetos son clasificadas mediante un sistema de percentiles para cada escala.

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".

Aunque el MBI fue elaborado inicialmente para profesionales de la salud, posteriormente se han realizado adaptaciones para todo tipo de profesionales (sustituyendo la palabra paciente por alumno en el caso de profesores, o por la de compañero, en el caso de directivos u otros).

## **2.8. Prevención y Manejo del Síndrome de Burnout**

La mejor técnica para evitar caer en situaciones estresantes es evitar de manera eficaz todo aquello que nos conlleva a desequilibrios emocionales o laborales con el fin de prevenir los efectos agudos ocasionados por el estrés.

"La manera en que cada individuo, cada sector y en general la sociedad responde ante el estrés, identifica la complejidad del fenómeno y la necesidad de plantear ante sus efectos estrategias de confrontación en las diversas instancias" (Santos, 2004).

Existen diferentes formas de prevenir el estrés pero estas pueden ser aplicadas de diferente manera a cada individuo, hay un aspecto muy importante que es necesario mencionar y es la necesidad de cambiar los estilos de vida rutinarios y la de incorporar nuevos hábitos, que muchas veces son muy sencillos pero pueden dar solución a importantes problemas de salud física y mental originados por el estrés, sin embargo estos hábitos deben realizarse de manera recurrente para obtener buenos resultados.

El tratamiento de las enfermedades por estrés laboral deberá ser preventivo y lograrse ejerciendo acciones necesarias para modificar los procesos causales utilizando criterios organizacionales y personales. (Villalobos 1999, Efectos, manejo del estrés laboral).

Hay un viejo adagio que dice: "más vale prevenir que lamentar", por lo que es mejor afrontar con valor día a día aquellas situaciones que nos generan estrés en el área laboral para evitar caer en el círculo vicioso originado por el estrés y evitar sufrir los penosos efectos que este trastorno desencadena en los individuos.

### **2.8.1. Atención Individual del Problema**

Los programas de atención individual en los sitios de trabajo contemplan la difusión de la información sobre el estrés, sus causas y la forma de controlarlo a través de la educación para la salud de los trabajadores..

Es muy importante que el departamento de recursos humanos de cada organización cuente con un profesional idóneo que pueda brindar ayuda a los empleados pero de forma personalizada en momentos de crisis psicológica, emocional o física y les oriente al logro de un buen desempeño laboral.

Es importante, mejorar los hábitos del trabajador tales como: alimentación adecuada, ejercicio físico moderado, gradual y progresivo, ritmos de sueño adecuados, propiciar las actividades recreativas.

Lo anteriormente descrito es muy importante ya que la mayoría de las personas que padecen estrés laboral, no hacen ejercicio físico ni les gusta descansar, lo cual les hace caer en un círculo vicioso de difícil salida, sin embargo es necesario hacer conciencia en los trabajadores, que todo al principio cuesta pero una vez se practica con frecuencia las actividades se vuelven agradables, por lo que el ejercicio físico es la forma más eficaz de romper el círculo que origina el estrés laboral ya que el reposo recuperador aparece luego de realizar esta actividad con regularidad.

### **2.8.2. Medidas Organizacionales para solucionar el problema**

En el manejo colectivo de los factores causales del estrés y las acciones específicas se dirigen específicamente hacia las características de estructura de la organización y sus estilos de comunicación.

Una técnica que actualmente esta siendo utilizada en muchos sitios de trabajo a nivel nacional tanto del sector público como privado, con mayor auge en el último, es motivar a los empleados por medio de charlas de divulgación sobre el tema de salud ocupacional y motivación en las cuales se les explica la



importancia de contar con una buena salud física y emocional para el buen desempeño de las actividades y este tipo de actividades se realizan en lo que se le denomina un día de campo, donde se aprovecha la oportunidad para la convivencia entre los miembros de la organización.

"Cualquier intervención o cambio organizacional puede incidir sobre el nivel de estrés que pueden experimentar los trabajadores".

Las organizaciones deben de tomar en cuenta que aspectos muchas veces irrelevantes para los directivos de la misma pueden tener mucho significado para los empleados es por eso que resulta importante tomar en cuenta la opinión de los mismos al momento de tomar ciertas decisiones y propiciar situaciones de diálogo para conocer sus demandas y necesidades.

Las organizaciones deben implementar como parte de su plan de acción para propiciar un clima organizacional adecuado motivar a los empleados de diferentes formas tales como: dar bonos por cumplimiento de actividades al mejor empleado del mes, incentivar a los empleados por medio de ascensos laborales de acuerdo a las capacidades y destrezas de los individuales, Promover aumentos salariales cada cierto período de tiempo para mantener satisfechos a los trabajadores.

### **2.8.3. Claves para Afrontar el Estrés**

A diferencia de lo que ocurre en otros ámbitos de la vida, las estrategias de afrontamiento consideradas en el ámbito laboral no resultan eficaces para reducir las relaciones entre estresores y sus consecuencias.

El afrontamiento del estrés laboral radica muchas veces en la posibilidad de controlar los agentes estresores externos aunque generalmente estos no dependen exclusivamente de un solo individuo por lo que la mejor forma de enfrentarse al estrés laboral requiere de una lucha conjunta entre los miembros de la organización lo cual permitirá la solución más rápida de este trastorno de adaptación de los individuos.

Escala en su obra *Cómo enfrentarse al estrés laboral?*, presenta las siguientes claves para afrontar el estrés:

- Contar con una buena forma física
- Llevar un ritmo de sueño y descanso adecuados
- Tener tiempo de ocio y horarios de trabajo flexibles
- Aprender técnicas de relajación
- Fomentar el pensamiento positivo

En cualquier tiempo en la vida, para alcanzar un rendimiento óptimo, es muy importante esforzarse y ser perseverante pero al mismo tiempo es necesario que toda actividad que se emprenda pueda verse interrumpida en ciertas ocasiones por períodos de descanso y relajación lo cual traerá como consecuencia beneficios asombrosos para el organismo.

# **CAPÍTULO III**

## **METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

## **1. Tipo y Diseño de la Investigación**

El presente trabajo es un estudio observacional, analítico, prospectivo y de corte transversal.

- a. Observacional: Se presencian los fenómenos sin modificar intencionalmente las variables.
- b. Analítico: Se establecen relaciones entre las variables, de asociación o de causalidad.
- c. Prospectivo: El estudio ha sido diseñado y comienza a realizarse en el presente, pero los datos obtenidos, se analizan transcurrido un determinado tiempo, en el futuro. La población sujeta al estudio, se observa a través del tiempo.
- d. Transversal: La investigación se centra en analizar cual es el nivel o estado de una o diversas variables en un momento dado, es decir en un punto en el tiempo.

## **2. Hipótesis**

La prevalencia del Síndrome de Burnout en médicos y enfermeras del Hospital Daniel Alcides Carrión de Tacna en el año 2009 es de aproximadamente el 3% y se encuentra altamente relacionada a los siguientes factores psicosociales y laborales: profesionales del sexo femenino, con edades que oscilan entre los 40 a 49 años, estado civil de separado o divorciado, de profesión preferencialmente médica, que laboran en el servicio de emergencia, UCI o UCIN, contratados, con tiempo de servicio de 11 a 15 años, que realizan guardias hospitalarias y no se encuentran satisfechos con la remuneración percibida.

### 3. Operacionalización de Variables

VARIABLE	INDICADOR	CATEGORIZACION	ESCALA DE MEDICION
<b>Sexo</b>	Género	Femenino Masculino	Nominal
<b>Edad</b>	Grupo Etéreo	30 a 39 años 40 a 49 años 50 a 59 años	Ordinal
<b>Categoría Profesional</b>	Profesión	Médico Enfermera	Nominal
<b>Tipo de Contrato</b>	Condición Laboral	Nombrado Contratado	Nominal
<b>Servicio de Trabajo</b>	Área de Trabajo	Medicina Cirugía Ginecología Pediatría Obstetricia Emergencia UCI Programas Neonatología UCIN Rehabilitación Hemodiálisis SOP Tópico Consultorio Externo Broncoscopía- Fibrosco피아 Laboratorio Área Adm.-Jefaturas	Nominal

VARIABLE	INDICADOR	CATEGORIZACION	ESCALA DE MEDICION
<b>Antigüedad Laboral</b>	Tiempo de Servicio	$\leq$ 5 años 6 a 10 años 11 a 15 años 16 a más años	Ordinal
<b>Guardias Hospitalarias</b>	Horas de Trabajo > a 12	Sí No	Nominal
<b>Condición Civil</b>	Estado Civil	Casado Soltero Viudo Separado Divorciado	Nominal
<b>Satisfacción con Remuneración Laboral</b>	Grado de Satisfacción	De acuerdo En desacuerdo	Nominal
<b>Síndrome de Burnout</b>	Cuestionario Maslach Burnout Inventory	Sí No	Nominal
<b>Agotamiento Emocional</b>	Cuestionario Maslach Burnout Inventory	Bajo Moderado Alto	Nominal
<b>Despersonalización</b>	Cuestionario Maslach Burnout Inventory	Bajo Moderado Alto	Nominal
<b>Realización Personal</b>	Cuestionario Maslach Burnout Inventory	Bajo Moderado Alto	Nominal

#### **4. Población y Muestra**

En el presente estudio de investigación, se trabajará con 224 médicos y enfermeras que laboran en el Hospital Daniel Alcides Carrión de Tacna, según criterios de inclusión y exclusión, durante todos los turnos y servicios.

##### **4.1 Criterios de Inclusión**

- Personal médico y enfermeras.
- Personal de salud contratado y nombrado.

##### **4.2 Criterios de Exclusión**

- Personal eventual, con contrato de trabajo durante un periodo menor a tres meses, por no considerarse tiempo suficiente para el desarrollo de las manifestaciones del Burnout.
- Personal con cargo administrativo exclusivo, debido a que no se encuentran en constante interrelación con los pacientes ni bajo las mismas fuentes de estrés laboral que predisponen al Burnout.
- Psiquiatra, por ser el profesional que asesoró el presente trabajo de investigación.

#### **5. Instrumento de Recolección de Datos**

La prueba que se utilizará para la realización del presente trabajo de investigación es el Cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI), que consta de 22 frases relacionadas con los sentimientos o conductas que el empleado experimenta en su trabajo, y un anexo de variables sociodemográficas y laborales ya descritas. (Ver Anexo 1)

La aplicación de la encuesta fue directa, entrevistador – entrevistado, utilizando para ello una hora previa a la salida o durante la salida misma del profesional del turno respectivo. Sobre el contenido de la encuesta, las preguntas fueron claras y precisas, las cuales no requirieron de mayor explicación.

## **6. Procesamiento de Datos**

- Tablas de múltiple entrada, con valores absolutos y relativos.
- Se utilizará la Prueba de Chi cuadrada para variables asociadas a Burnout.
- Se utilizará el valor “p” según rastreo  $<0.05$ .
- Programa Microsoft Office Word.
- Programa Microsoft Office Excel.
- Programa SPSS 13.
- Programa Epi-info 6.4.
- Programa STAT.M.



# **CAPÍTULO IV**

## **RESULTADOS**

**TABLA N° 1**

**DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DE MEDICOS Y ENFERMERAS DEL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRION DE TACNA EN EL AÑO 2009, SEGÚN SEXO, EDAD Y ESTADO CIVIL**

		<b>N</b>	<b>%</b>
<b>SEXO</b>	Femenino	130	58.0
	Masculino	94	42.0
	Total	224	100.0
<b>EDAD</b>	30 a 39 años	76	33.9
	40 a 49 años	128	57.1
	50 a 59 años	20	8.9
	Total	224	100.0
<b>ESTADO CIVIL</b>	Casado	169	75.4
	Soltero	36	16.1
	Viudo	1	0.4
	Separado	15	6.7
	Divorciado	3	1.3
	Total	224	100.0

En la Tabla N° 1 podemos apreciar la distribución de frecuencia de nuestra muestra en estudio según sexo, edad y estado civil, determinándose que en cuanto al sexo, se encuentra conformada predominantemente por profesionales del género femenino, en un 58%. Según el grupo etáreo, un 57.1% lo constituye el personal de 40 a 49 años de edad y con respecto al estado civil, la gran mayoría son casados (75.4%).

**TABLA Nº 2**

**DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DE MEDICOS Y ENFERMERAS DEL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE TACNA EN EL AÑO 2009, SEGÚN PROFESIÓN Y SERVICIO EN QUE LABORAN.**

		<b>N</b>	<b>%</b>
<b>PROFESIÓN</b>	Médico	102	45.5%
	Enfermera	122	54.5%
	Total	224	100.0%
<b>SERVICIO</b>	Medicina	14	6.3%
	Cirugía	17	7.6%
	Ginecología	4	1.8%
	Pediatría	16	7.1%
	Obstetricia	2	0.9%
	Emergencia	25	11.2%
	UCI	14	6.3%
	Programas	25	11.2%
	Neonatología	12	5.4%
	Cuidados intermedios	13	5.8%
	Rehabilitación	3	1.3%
	Hemodiálisis	12	5.4%
	SOP	21	9.4%
	Tópico	8	3.6%
	Consultorio Externo	21	9.4%
	Broncoscopía – fibroscopía	4	1.8%
	Laboratorio	3	1.3%
	Área administrativa – jefaturas	10	4.5%
Total	224	100.0%	

En la Tabla N° 2 podemos apreciar que la muestra se encuentra constituida en su mayoría por personal de enfermería (54.5%). Asimismo, se ha determinado que los servicios de Emergencia y Programas, se encuentran laborando la mayor cantidad de profesionales tanto médico como de enfermería, constituyendo el 11.2% del total.

**TABLA N° 3**

**DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DE MEDICOS Y ENFERMERAS DEL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRION DE TACNA EN EL AÑO 2009, SEGÚN SU CONDICION LABORAL Y TIEMPO DE SERVICIO.**

<b>CONDICIÓN LABORAL</b>	Contratado	N	215	
		%	96.0%	
	Nombrado	N	9	
		%	4.0%	
	Total	N	224	
		%	100.0%	
<b>TIEMPO DE SERVICIO</b>	<= 5 años	N	41	
		%	18.3%	
	6 a 10 años	N	102	
		%	45.5%	
	11 a 15 años	N	50	
		%	22.3%	
	16 a más años	N	31	
		%	13.8%	
	Total	N	224	
		%	100.0%	
	Media		9.68750	
	Máximo		22.00000	
	Mínimo		< 1 año	
	Desviación típica		4.46417	

En la Tabla N° 3 presentamos la distribución de médicos y enfermeras según su condición laboral, observando que un gran porcentaje, pertenece al personal contratado, constituyendo el 96% y en lo que respecta al tiempo de servicio, la mayoría de trabajadores labora durante un periodo de 6 a 10 años, siendo éstos el 45.5%.

**TABLA N° 4**

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE MEDICOS Y ENFERMERAS DEL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRION DE TACNA EN EL AÑO 2009, SEGÚN REALIZACION DE GUARDIAS HOSPITALARIAS Y SATISFACCIÓN CON LA REMUNERACION LABORAL.**

		<b>N</b>	<b>%</b>
<b>REALIZA GUARDIAS HOSPITALARIAS</b>	Sí	153	68.3%
	No	71	31.7%
	Total	224	100.0%
<b>SATISFACCIÓN CON REMUNERACIÓN LABORAL</b>	De acuerdo	221	98.7%
	En desacuerdo	3	1.3%
	Total	224	100.0%



La Tabla N° 4 nos muestra que el 68.3% de médicos y enfermeras, realiza guardias hospitalarias, lo que significa la realización de un trabajo durante un periodo mayor a 12 horas por día. Con respecto al grado de satisfacción con la remuneración laboral, la mayoría de la muestra percibe que es la correspondiente y adecuada para el trabajo que realizan, manifestando su acuerdo con ella.

**TABLA N° 5**

**PREVALENCIA DEL SINDROME DE BURNOUT EN MEDICOS Y ENFERMERAS DEL HOSPITAL DANIELALCIDES CARRION DE TACNA EN EL AÑO 2009.**

		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>SINDROME BURNOUT</b>	NO	223	99.6%
	SI	1	0.4%
	Total	224	100.0%

En la Tabla N° 5, presentamos la prevalencia de Síndrome de Burnout en médicos y enfermeras del Hospital Daniel Alcides Carrión de Tacna, teniendo en consideración, a los profesionales antes mencionados, que presentan alto agotamiento emocional, alta despersonalización y baja realización personal. Asimismo concluimos que sólo un profesional presentó Síndrome de Burnout, con el 0.4%, por ende, el 99.6% restante no presenta Síndrome de Burnout lo cual no necesariamente los excluye de que puedan presentar alguna de las dimensiones del mencionado síndrome de forma independiente, sin restarle la debida importancia a ello.

**TABLA N° 6**

**DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DE LOS NIVELES DE LAS DIMENSIONES DEL SINDROME DE BURNOUT EN MEDICOS Y ENFERMERAS DEL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE TACNA EN EL AÑO 2009.**

		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>AGOTAMIENTO EMOCIONAL</b>	BAJO AGOTAMIENTO	113	50.4%
	MODERADO AGOTAMIENTO	55	24.6%
	ALTO AGOTAMIENTO	56	25.0%
	Total	224	100.0%
<b>DESPERSONALIZACION</b>	BAJA DESPERSONALIZACION	33	14.7%
	MODERADA DESPERSONALIZACION	146	65.2%
	ALTA DESPERSONALIZACION	45	20.1%
	Total	224	100.0%
<b>REALIZACION PERSONAL</b>	ALTA REALIZACION PERSONAL	217	96.9%
	MODERADA REALIZACION PERSONAL	6	2.7%
	FALTA REALIZACION PERSONAL	1	0.4%
	Total	224	100.0%

En la Tabla N° 6 podemos apreciar los niveles de cada una de las dimensiones que comprende el Síndrome de Burnout. En cuanto al agotamiento emocional, el mayor porcentaje es de 50.4%, representado por los médicos y enfermeras con bajo agotamiento emocional, a su vez también podemos observar que existe un rango de diferencia mínima, entre los profesionales que presentan moderado y alto agotamiento emocional con el 24.6% y 25% respectivamente. En relación a la despersonalización, ponemos atención al 65.2% que constituye un alto porcentaje de profesionales que presentan moderada despersonalización y finalmente, con un porcentaje muy considerable de 96.9% para los profesionales con alta realización personal.

En conclusión, la mayor parte del personal tanto médico como de enfermería, presentan altos porcentajes para bajo agotamiento emocional, con un moderado nivel de despersonalización y una alta realización personal.

**TABLA N° 7**

**DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DE LOS NIVELES DE AGOTAMIENTO EMOCIONAL EN MEDICOS Y ENFERMERAS DEL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRION DE TACNA EN EL AÑO 2009, SEGÚN SEXO, EDAD Y ESTADO CIVIL.**

		AGOTAMIENTO EMOCIONAL								p:
		BAJO AGOTAMIENTO		MODERADO AGOTAMIENTO		ALTO AGOTAMIENTO		Total		
		N	%	N	%	N	%	n	%	
<b>SEXO</b>	Femenino	62	47.7%	37	28.5%	31	23.8%	130	100.0%	0.278
	Masculino	51	54.3%	18	19.1%	25	26.6%	94	100.0%	
	Total	113	50.4%	55	24.6%	56	25.0%	224	100.0%	
<b>EDAD</b>	30 a 39 años	49	64.5%	19	25.0%	8	10.5%	76	100.0%	0.002
	40 a 49 años	52	40.6%	33	25.8%	43	33.6%	128	100.0%	
	50 a 59 años	12	60.0%	3	15.0%	5	25.0%	20	100.0%	
	Total	113	50.4%	55	24.6%	56	25.0%	224	100.0%	
<b>ESTADO CIVIL</b>	Casado	88	52.1%	41	24.3%	40	23.7%	169	100.0%	0.002
	Soltero	23	63.9%	9	25.0%	4	11.1%	36	100.0%	
	Viudo	0	0.0%	0	0.0%	1	100.0%	1	100.0%	
	Separado	1	6.7%	5	33.3%	9	60.0%	15	100.0%	
	Divorciado	1	33.3%	0	0.0%	2	66.7%	3	100.0%	
	Total	113	50.4%	55	24.6%	56	25.0%	224	100.0%	

La Tabla N° 7 relaciona el Agotamiento Emocional con las variables sociodemográficas: sexo, edad y estado civil. En ella podemos observar que respecto al sexo y agotamiento emocional, existe una ligera predominancia en el nivel moderado hacia el género femenino, representando el 28.5% y en el nivel alto, hacia el género masculino, representando el 26.6%. Asimismo, podemos apreciar que gran parte de la muestra estudiada comprendida en un grupo etáreo de 40 a 49 años de edad, presentan agotamiento emocional en sus niveles moderado y alto, con un porcentaje de 25.8% y 33.6% respectivamente, notándose a su vez, la diferencia en el nivel de bajo agotamiento emocional, donde existe predominio en los profesionales de 30 a 39 años de edad, con un 64.5% correspondiente. Por último, analizando la relación estado civil con la dimensión expuesta, podemos determinar que el 66.7% de médicos y enfermeras presentan niveles muy altos de agotamiento emocional y un segundo lugar es ocupado por los profesionales separados con el 60% respectivo.

Cabe hacer referencia que tanto la variable edad como estado civil, guardan gran significancia para la presencia de agotamiento emocional en los profesionales estudiados, ratificado con la obtención de un valor p menor a 0.05 (0.002) en ambos casos.

**TABLA N° 8**

**DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DE LOS NIVELES DE AGOTAMIENTO EMOCIONAL SEGÚN PROFESION EN MEDICOS Y ENFERMERAS DEL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRION DE TACNA EN EL AÑO 2009.**

		AGOTAMIENTO EMOCIONAL								p:
		BAJO AGOTAMIENTO		MODERADO AGOTAMIENTO		ALTO AGOTAMIENTO		Total		
		N	%	n	%	n	%	n	%	
<b>PROFESIÓN</b>	Médico	54	52.9%	22	21.6%	26	25.5%	102	100.0%	0.629
	Enfermera	59	48.4%	33	27.0%	30	24.6%	122	100.0%	
	Total	113	50.4%	55	24.6%	56	25.0%	224	100.0%	



La Tabla N° 8 nos muestra la relación entre agotamiento emocional y profesión. Observamos una pequeña diferencia de rangos entre ambas profesiones, pues los médicos presentan un valor del 25.5% de alto agotamiento emocional y las enfermeras, 24.6%, situación contraria en el nivel moderado, donde las enfermeras representan un mayor porcentaje sobre los médicos (27% - 21.6%).

**TABLA N° 9**

**DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DE LOS NIVELES DE AGOTAMIENTO EMOCIONAL SEGÚN EL SERVICIO EN MEDICOS Y ENFERMERAS DEL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRION DE TACNA EN EL AÑO 2009.**

		AGOTAMIENTO EMOCIONAL								p:
		BAJO AGOTAMIENTO		MODERADO AGOTAMIENTO		ALTO AGOTAMIENTO		Total		
		N	%	n	%	n	%	n	%	
<b>SERVICIO</b>	Medicina	1	7.1%	3	21.4%	10	71.4%	14	100.0%	<b>0,000</b>
	Cirugía	4	23.5%	5	29.4%	8	47.1%	17	100.0%	
	Ginecología	2	50.0%	2	50.0%	0	0.0%	4	100.0%	
	Pediatría	10	62.5%	5	31.3%	1	6.3%	16	100.0%	
	Obstetricia	1	50.0%	1	50.0%	0	0.0%	2	100.0%	
	Emergencia	8	32.0%	8	32.0%	9	36.0%	25	100.0%	
	UCI	13	92.9%	1	7.1%	0	0.0%	14	100.0%	
	Programas	7	28.0%	11	44.0%	7	28.0%	25	100.0%	
	Neonatología	11	91.7%	0	0.0%	1	8.3%	12	100.0%	
	UCIN	13	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	13	100.0%	
	Rehabilitación	1	33.3%	1	33.3%	1	33.3%	3	100.0%	
	Hemodiálisis	3	25.0%	5	41.7%	4	33.3%	12	100.0%	
	SOP	7	33.3%	3	14.3%	11	52.4%	21	100.0%	
	Tópico	6	75.0%	2	25.0%	0	0.0%	8	100.0%	
	C. Externo	19	90.5%	2	9.5%	0	0.0%	21	100.0%	
	Broncoscopía fibroscopía	4	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	4	100.0%	
	Laboratorio	2	66.7%	1	33.3%	0	0.0%	3	100.0%	
	Área administrativa jefaturas	1	10.0%	5	50.0%	4	40.0%	10	100.0%	
<b>Total</b>	<b>113</b>	<b>50.4%</b>	<b>55</b>	<b>24.6%</b>	<b>56</b>	<b>25.0%</b>	<b>224</b>	<b>100.0%</b>		

La Tabla N° 9 relaciona agotamiento emocional y el servicio en el cual médicos y enfermeras se desenvuelven a diario, notándose que las cifras más altas y merecedoras de nuestra atención se encuentran en el nivel de alto agotamiento emocional, donde en primer lugar, el servicio de Medicina presenta el 71.4% de profesionales con alto agotamiento emocional, en segundo lugar, el servicio de SOP con el 52.4% y finalmente el servicio de cirugía, donde representan el 47.1%.

En la presente tabla, podemos observar también, que la relación entre Agotamiento Emocional y el servicio en el cual médicos y enfermeras laboran, tiene una significancia estadística muy importante ( $p = 0$ )

**TABLA N° 10**

**DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DE LOS NIVELES DE AGOTAMIENTO EMOCIONAL SEGÚN CONDICION LABORAL, TIEMPO DE SERVICIO, REALIZACIÓN DE GUARDIAS HOSPITALARIAS Y SATISFACCION CON LA REMUNERACIÓN LABORAL EN MEDICOS Y ENFERMERAS DEL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRION DE TACNA EN EL AÑO 2009.**

		AGOTAMIENTO EMOCIONAL								p:
		BAJO AGOTAMIENTO		MODERADO AGOTAMIENTO		ALTO AGOTAMIENTO		Total		
		N	%	N	%	n	%	n	%	
<b>CONDICIÓN LABORAL</b>	Contratado	110	51.2%	54	25.1%	51	23.7%	215	100.0%	0.094
	Nombrado	3	33.3%	1	11.1%	5	55.6%	9	100.0%	
	Total	113	50.4%	55	24.6%	56	25.0%	224	100.0%	
<b>TIEMPO DE SERVICIO</b>	<= 5 años	31	75.6%	8	19.5%	2	4.9%	41	100.0%	0.000
	6 a 10 años	47	46.1%	29	28.4%	26	25.5%	102	100.0%	
	11 a 15 años	21	42.0%	17	34.0%	12	24.0%	50	100.0%	
	16 a más años	14	45.2%	1	3.2%	16	51.6%	31	100.0%	
	Total	113	50.4%	55	24.6%	56	25.0%	224	100.0%	
<b>REALIZA GUARDIAS HOSPITALARIAS</b>	Sí	78	51.0%	32	20.9%	43	28.1%	153	100.0%	0.106
	No	35	49.3%	23	32.4%	13	18.3%	71	100.0%	
	Total	113	50.4%	55	24.6%	56	25.0%	224	100.0%	
<b>SATISFACCIÓN CON REMUNERACIÓN LABORAL</b>	De acuerdo	113	51.1%	55	24.9%	53	24.0%	221	100.0%	0.010
	En desacuerdo	0	0.0%	0	0.0%	3	100.0%	3	100.0%	
	Total	113	50.4%	55	24.6%	56	25.0%	224	100.0%	

La Tabla N° 10 relaciona la subescala Agotamiento Emocional del Síndrome de Burnout con las variables laborales de cada médico y enfermera. En la relación Agotamiento Emocional y condición laboral podemos observar que gran parte de los profesionales antes mencionados, son contratados, los cuales, a su vez, obtuvieron cifras muy bajas, representando el 51.2% de médicos y enfermeras con bajo agotamiento emocional, no siendo así, en el caso de los nombrados, que obtuvieron el 33.3% . Por otro lado, en el nivel de alto agotamiento emocional, obtuvimos resultados con un alto porcentaje para el personal nombrado (55.6%) y el 23.7% para el personal contratado.

En cuanto a la relación Agotamiento Emocional y tiempo de servicio, tenemos que resaltar el hecho de que el personal médico y de enfermería, presentan un porcentaje bastante considerable y a la vez algo preocupante cuando tienen un tiempo de servicio de 16 a más años, representando el 51.6% del total de la población estudiada, porcentaje que va disminuyendo paralelamente a la reducción de años de servicio.

Respecto a la relación Agotamiento Emocional y Realización de Guardias Hospitalarias, no existe mayor diferencia entre las cifras logradas pero si se aprecia cierta predominancia de alto agotamiento emocional en el personal que realiza guardias, con un porcentaje de 28.1% sobre el 18.3% representante al personal que no las realiza.

Finalmente, analizando la relación Agotamiento Emocional y Satisfacción con Remuneración Laboral, podemos darnos cuenta que la mayoría de nuestra población estudiada, se encuentra de acuerdo con la remuneración que adquiere por la labor que realiza, de los cuales el 51.1% presenta bajo agotamiento emocional y el 24% presenta altos niveles del mismo, en contraparte, de los profesionales que manifestaron su desacuerdo con la remuneración percibida, el 100% presentó niveles de alto agotamiento emocional.

De las cuatro variables presentadas, sólo Tiempo de Servicio y Satisfacción con Remuneración Laboral, se encuentran estrechamente relacionados y con un valor estadístico significativo, en los cuales se obtuvo valores p iguales a 0 y 0.01 respectivamente.

**TABLA N° 11**

**DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DE LOS NIVELES DE DESPERSONALIZACION SEGÚN SEXO, EDAD Y ESTADO CIVIL EN MEDICOS Y ENFERMERAS DEL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRION DE TACNA EN EL AÑO 2009.**

		DESPERSONALIZACION								p:
		BAJA DESPERSONALIZACION		MODERADA DESPERSONALIZACION		ALTA DESPERSONALIZACION		Total		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>SEXO</b>	Femenino	28	21.5%	77	59.2%	25	19.2%	130	100.0%	<b>0.003</b>
	Masculino	5	5.3%	69	73.4%	20	21.3%	94	100.0%	
	Total	33	14.7%	146	65.2%	45	20.1%	224	100.0%	
<b>EDAD</b>	30 a 39 años	21	27.6%	48	63.2%	7	9.2%	76	100.0%	<b>0.000</b>
	40 a 49 años	11	8.6%	83	64.8%	34	26.6%	128	100.0%	
	50 a 59 años	1	5.0%	15	75.0%	4	20.0%	20	100.0%	
	Total	33	14.7%	146	65.2%	45	20.1%	224	100.0%	
<b>ESTADO CIVIL</b>	Casado	19	11.2%	119	70.4%	31	18.3%	169	100.0%	<b>0.000</b>
	Soltero	14	38.9%	17	47.2%	5	13.9%	36	100.0%	
	Viudo	0	0.0%	1	100.0%	0	0.0%	1	100.0%	
	Separado	0	0.0%	8	53.3%	7	46.7%	15	100.0%	
	Divorciado	0	0.0%	1	33.3%	2	66.7%	3	100.0%	
	Total	33	14.7%	146	65.2%	45	20.1%	224	100.0%	

La Tabla N° 11 relaciona la subescala de Despersonalización del Síndrome de Burnout con las variables sociodemográficas de sexo, edad y estado civil. En ella podemos apreciar que en cuanto al sexo, la mayoría de la población pertenece al género femenino, de la cual el 19.2% presenta un alto nivel de despersonalización y sobrepasando esta cifra, encontramos al género masculino, con el 21.3%. Respecto a la relación Despersonalización y edad, gran parte de la muestra estudiada concierne a médicos y enfermeras pertenecientes al grupo etáreo comprendido entre los 40 a 49 años de edad, de los cuales el 26.6% representa el máximo porcentaje para la subescala de despersonalización. Finalmente, analizando la relación Despersonalización y estado civil, podemos observar que son los médicos y enfermeras divorciados y separados, los que reflejan un alto porcentaje de despersonalización, con cifras de 66.7% y 46.7% respectivamente. De las tres variables sociodemográficas comentadas, todas guardan una línea de relación muy fina con la subescala de Despersonalización, presentando valores p, estadísticamente significativos de 0.003, 0 y 0 respectivamente.

**TABLA N° 12**

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE LOS NIVELES DE DESPERSONALIZACION SEGÚN PROFESION EN MEDICOS Y ENFERMERAS DEL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRION DE TACNA EN EL AÑO 2009.**

		DESPERSONALIZACION								p:
		BAJA DESPERSONALIZACION		MODERADA DESPERSONALIZACION		ALTA DESPERSONALIZACION		Total		
		N	%	n	%	n	%	n	%	
<b>PROFESIÓN</b>	Médico	7	6.9%	72	70.6%	23	22.5%	102	100.0%	<b>0.010</b>
	Enfermera	26	21.3%	74	60.7%	22	18.0%	122	100.0%	
	Total	33	14.7%	146	65.2%	45	20.1%	224	100.0%	



En la Tabla N° 12, podemos distinguir la relación que se establece entre la subescala de Despersonalización del Síndrome de Burnout y la profesión a que pertenece nuestra población. En ella debemos considerar que existe una mayor cantidad de enfermeras, pero son el personal médico, los que presentan un alto valor porcentual de despersonalización, exhibiendo el 22.5% sobre un 18% correspondiente al personal de enfermería. Asimismo, debemos rescatar la relación valedera estadísticamente entre la variable expuesta y la subescala mencionada, con un valor p de 0.01.

**TABLA N° 13**  
**DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DE LOS NIVELES DE DESPERSONALIZACION SEGÚN EL SERVICIO EN MEDICOS Y ENFERMERAS DEL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRION DE TACNA EN EL AÑO 2009.**

		DESPERSONALIZACION								p:
		BAJA DESPERSONALIZACION		MODERADA DESPERSONALIZACION		ALTA DESPERSONALIZACION		Total		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>SERVICIO</b>	Medicina	0	0.0%	10	71.4%	4	28.6%	14	100.0%	0,000
	Cirugía	2	11.8%	8	47.1%	7	41.2%	17	100.0%	
	Ginecología	0	0.0%	1	25.0%	3	75.0%	4	100.0%	
	Pediatría	0	0.0%	15	93.8%	1	6.3%	16	100.0%	
	Obstetricia	0	0.0%	2	100.0%	0	0.0%	2	100.0%	
	Emergencia	4	16.0%	18	72.0%	3	12.0%	25	100.0%	
	UCI	3	21.4%	11	78.6%	0	0.0%	14	100.0%	
	Programas	7	28.0%	7	28.0%	11	44.0%	25	100.0%	
	Neonatología	2	16.7%	9	75.0%	1	8.3%	12	100.0%	
	Cuidados intermedios	3	23.1%	10	76.9%	0	0.0%	13	100.0%	
	Rehabilitación	0	0.0%	1	33.3%	2	66.7%	3	100.0%	
	Hemodiálisis	2	16.7%	8	66.7%	2	16.7%	12	100.0%	
	SOP	3	14.3%	11	52.4%	7	33.3%	21	100.0%	
	Tópico	1	12.5%	5	62.5%	2	25.0%	8	100.0%	
	C. Externo	1	4.8%	20	95.2%	0	0.0%	21	100.0%	
	Broncoscopía fibroscopía laboratorio	1	25.0%	3	75.0%	0	0.0%	4	100.0%	
	laboratorio	0	0.0%	3	100.0%	0	0.0%	3	100.0%	
	Área administrativa jefaturas	4	40.0%	4	40.0%	2	20.0%	10	100.0%	
Total	33	14.7%	146	65.2%	45	20.1%	224	100.0%		

En la Tabla N° 13 presentamos la relación entre la subescala de Despersonalización con el Servicio en el cual labora nuestra muestra. En ella vamos a prestar máxima importancia a los tres principales servicios que exponen los niveles mas altos de despersonalización, los cuales son en primer lugar, el servicio de ginecología seguido de rehabilitación y finalmente el servicio de cirugía, con porcentajes de 75%, 66.7% y 41.2% respectivamente. A su vez, cabe mencionar su eminente significancia estadística, con un valor p de 0, lo cual supone que el pertenecer a los servicios antes mencionados representa un riesgo para sufrir alta despersonalización en comparación con el resto de servicios.

**TABLA N° 14**

**DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DE LOS NIVELES DE DESPERSONALIZACION SEGÚN CONDICION LABORAL, TIEMPO DE SERVICIO, REALIZACION DE GUARDIAS HOSPITALARIAS Y SATISFACCION CON LA REMUNERACION LABORAL EN MEDICOS Y ENFERMERAS DEL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRION DE TACNA EN EL AÑO 2009.**

		DESPERSONALIZACION								p:
		BAJA DESPERSONALIZACION		MODERADA DESPERSONALIZACION		ALTA DESPERSONALIZACION		Total		
		n	%	N	%	n	%	n	%	
<b>CONDICIÓN LABORAL</b>	Contratado	33	15.3%	140	65.1%	42	19.5%	215	100.0%	0.332
	Nombrado	0	0.0%	6	66.7%	3	33.3%	9	100.0%	
	Total	33	14.7%	146	65.2%	45	20.1%	224	100.0%	
<b>TIEMPO DE SERVICIO</b>	<= 5 años	18	43.9%	19	46.3%	4	9.8%	41	100.0%	0.000
	6 a 10 años	12	11.8%	67	65.7%	23	22.5%	102	100.0%	
	11 a 15 años	3	6.0%	41	82.0%	6	12.0%	50	100.0%	
	16 a más años	0	0.0%	19	61.3%	12	38.7%	31	100.0%	
	Total	33	14.7%	146	65.2%	45	20.1%	224	100.0%	
<b>REALIZA GUARDIAS HOSPITALARIAS</b>	Sí	19	12.4%	106	69.3%	28	18.3%	153	100.0%	0.152
	No	14	19.7%	40	56.3%	17	23.9%	71	100.0%	
	Total	33	14.7%	146	65.2%	45	20.1%	224	100.0%	
<b>SATISFACCIÓN CON REMUNERACIÓN LABORAL</b>	De acuerdo	33	14.9%	144	65.2%	44	19.9%	221	100.0%	0.700
	En desacuerdo	0	0.0%	2	66.7%	1	33.3%	3	100.0%	
	Total	33	14.7%	146	65.2%	45	20.1%	224	100.0%	

La Tabla N° 14 relaciona las diversas variables laborales con la subescala de Despersonalización, donde la condición laboral presenta valores casi similares tanto para el personal contratado como para los nombrados, con una ligera prevalencia del 33.3% de alta despersonalización en nombrados sobre un 19.5% en contratados. En cuanto a la relación Despersonalización y tiempo de servicio en el hospital, prestamos vital importancia al grupo de profesionales contenidos en un tiempo de servicio de 16 a más años, que presentan un alto nivel de despersonalización (38.7%). Respecto a la realización de guardias hospitalarias y el grado de satisfacción con la remuneración laboral percibida, no existe mayor importancia que implique un riesgo para presentar niveles considerables de despersonalización.

De las variables mencionadas en la tabla, sólo el tiempo de servicio adquiere valor estadístico importante, lo que sugiere que los profesionales con mayor cantidad de años trabajando adquieren mayores probabilidades para presentar niveles significativos de despersonalización, todo lo expuesto corroborado con un valor p igual a 0.

**TABLA N° 15**

**DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DE LOS NIVELES DE REALIZACION PERSONAL SEGÚN SEXO, EDAD Y ESTADO CIVIL EN MEDICOS Y ENFERMERAS DEL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRION DE TACNA EN EL AÑO 2009.**

		REALIZACION PERSONAL								p:
		ALTA REALIZACION PERSONAL		MODERADA REALIZACION PERSONAL		FALTA REALIZACION PERSONAL		Total		
		N	%	n	%	n	%	N	%	
<b>SEXO</b>	Femenino	126	96.9%	3	2.3%	1	0.8%	130	100.0%	0.643
	Masculino	91	96.8%	3	3.2%	0	0.0%	94	100.0%	
	Total	217	96.9%	6	2.7%	1	0.4%	224	100.0%	
<b>EDAD</b>	30 a 39 años	75	98.7%	1	1.3%	0	0.0%	76	100.0%	0.770
	40 a 49 años	123	96.1%	4	3.1%	1	0.8%	128	100.0%	
	50 a 59 años	19	95.0%	1	5.0%	0	0.0%	20	100.0%	
	Total	217	96.9%	6	2.7%	1	0.4%	224	100.0%	
<b>ESTADO CIVIL</b>	Casado	162	95.9%	6	3.6%	1	0.6%	169	100.0%	0.968
	Soltero	36	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	36	100.0%	
	Viudo	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	100.0%	
	Separado	15	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	15	100.0%	
	Divorciado	3	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	3	100.0%	
	Total	217	96.9%	6	2.7%	1	0.4%	224	100.0%	

En la Tabla N° 15 podemos estimar la relación entre las variables sociodemográficas sexo, edad y estado civil con la dimensión de Despersonalización del Síndrome de Burnout. Analizando las cifras obtenidas en las tres variables mencionadas, podemos ver reflejado que a partir del 95% hasta un 100% de nuestra población estudiada, revelan niveles de alta realización personal, lo cual proyecta que dichas variables no significan un factor predisponente para la falta de realización personal.

**TABLA N° 16**

**DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DE LOS NIVELES DE REALIZACION PERSONAL SEGÚN PROFESION EN MEDICOS Y ENFERMERAS DEL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRION DE TACNA EN EL AÑO 2009.**

		REALIZACION PERSONAL								p:
		ALTA REALIZACION PERSONAL		MODERADA REALIZACION PERSONAL		FALTA REALIZACION PERSONAL		Total		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>PROFESIÓN</b>	Médico	98	96.1%	3	2.9%	1	1.0%	102	100.0%	0.534
	Enfermera	119	97.5%	3	2.5%	0	0.0%	122	100.0%	
	Total	217	96.9%	6	2.7%	1	0.4%	224	100.0%	



En la Tabla N° 16 relacionamos la profesión que ejerce nuestra población en estudio con la subescala de realización personal del Síndrome de Burnout, en la cual podemos valorar cifras porcentuales sobresalientes para alta realización personal tanto en médicos como enfermeras, representando el 96.1% y 97.5% respectivamente. Asimismo la profesión ejercida, no tiene significancia estadística para la dimensión expuesta (realización personal).

**TABLA N° 17**

**DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DE LOS NIVELES DE REALIZACION PERSONAL SEGÚN EL SERVICIO EN MEDICOS Y ENFERMERAS DEL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRION DE TACNA EN EL AÑO 2009.**

		REALIZACION PERSONAL								p:
		ALTA REALIZACION PERSONAL		MODERADA REALIZACION PERSONAL		FALTA REALIZACION PERSONAL		Total		
		N	%	n	%	n	%	n	%	
<b>SERVICIO</b>	Medicina	14	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	14	100.0%	0.838
	Cirugía	17	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	17	100.0%	
	Ginecología	3	75.0%	1	25.0%	0	0.0%	4	100.0%	
	Pediatría	14	87.5%	2	12.5%	0	0.0%	16	100.0%	
	Obstetricia	2	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	100.0%	
	Emergencia	24	96.0%	1	4.0%	0	0.0%	25	100.0%	
	UCI	14	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	14	100.0%	
	Programas	23	92.0%	1	4.0%	1	4.0%	25	100.0%	
	Neonatología	12	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	12	100.0%	
	Cuidados intermedios	13	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	13	100.0%	
	Rehabilitación	3	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	3	100.0%	
	Hemodiálisis	12	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	12	100.0%	
	SOP	21	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	21	100.0%	
	Tópico	8	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	8	100.0%	
	Consultorio Externo	20	95.2%	1	4.8%	0	0.0%	21	100.0%	
	Broncoscopía fibroscopía	4	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	4	100.0%	
	Laboratorio	3	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	3	100.0%	
	Área administrativa – jefaturas	10	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	10	100.0%	
	<b>Total</b>	<b>217</b>	<b>96.9%</b>	<b>6</b>	<b>2.7%</b>	<b>1</b>	<b>0.4%</b>	<b>224</b>	<b>100.0%</b>	

En la Tabla N° 17 se observa que en conjunto, el 96.9% de médicos y enfermeras que laboran en los diversos servicios, presentan valores elevados de realización personal, entendiéndose con ello, que la mayoría presume y esta conforme con el cumplimiento de sus propios objetivos. Cabe mencionar que de los 18 servicios expuestos, en 13 de éstos el 100% manifiesta alta realización personal.

De la relación establecida entre la subescala de realización personal del síndrome de Burnout y el servicio en el que labora muestra población, obtuvimos un valor p no significativo (0.838).

**TABLA N° 18**

**DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DE LOS NIVELES DE REALIZACION PERSONAL SEGÚN CONDICION LABORAL, TIEMPO DE SERVICIO, REALIZACION DE GUARDIAS HOSPITALARIAS Y SATISFACCION CON LA REMUNERACION LABORAL EN MEDICOS Y ENFERMERAS DEL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRION DE TACNA EN EL AÑO 2009.**

		REALIZACION PERSONAL								p:
		ALTA REALIZACION PERSONAL		MODERADA REALIZACION PERSONAL		FALTA REALIZACION PERSONAL		Total		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>CONDICIÓN LABORAL</b>	Contratado	209	97.2%	5	2.3%	1	0.5%	215	100.0%	0.274
	Nombrado	8	88.9%	1	11.1%	0	0.0%	9	100.0%	
	Total	217	96.9%	6	2.7%	1	0.4%	224	100.0%	
<b>TIEMPO DE SERVICIO</b>	<= 5 años	40	97.6%	1	2.4%	0	0.0%	41	100.0%	0.013
	6 a 10 años	100	98.0%	1	1.0%	1	1.0%	102	100.0%	
	11 a 15 años	50	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	50	100.0%	
	16 a mas años	27	87.1%	4	12.9%	0	0.0%	31	100.0%	
	Total	217	96.9%	6	2.7%	1	0.4%	224	100.0%	
<b>REALIZA GUARDIAS HOSPITALARIAS</b>	SI	149	97.4%	4	2.6%	0	0.0%	153	100.0%	0.337
	NO	68	95.8%	2	2.8%	1	1.4%	71	100.0%	
	Total	217	96.9%	6	2.7%	1	0.4%	224	100.0%	
<b>SATISFACCIÓN CON REMUNERACIÓN LABORAL</b>	De Acuerdo	214	96.8%	6	2.7%	1	0.5%	221	100.0%	0.952
	En desacuerdo	3	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	3	100.0%	
	Total	217	96.9%	6	2.7%	1	0.4%	224	100.0%	

La Tabla N° 18 nos muestra la relación establecida entre la subescala Realización Personal del Síndrome de Burnout y tiempo de servicio, con un valor estadístico muy significativo ( $p=0.01$ ). Asimismo podemos observar que conforme se incrementa la cantidad de años de trabajo, también se incrementan las cifras porcentuales de alta realización personal en médicos y enfermeras (97.6%, 98%, y 100%) hasta los 15 años de servicio, a partir del cual, se produce un brusco descenso del mismo llegando al 87.1% de profesionales con alta realización personal.

# CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

Y

ANÁLISIS

## **DISCUSIÓN Y ANÁLISIS**

El presente estudio, es el primer trabajo de investigación que aborda el conocido y muy actual Síndrome de Burnout dirigido hacia médicos y enfermeras del Hospital Daniel Alcides Carrión de Tacna, no siendo así, el único trabajo de investigación realizado en nuestro medio, por lo cual tomaremos como referencia, los diversos estudios llevados a cabo tanto en la esfera nacional como internacional.

La mayoría de investigaciones que incumben el mencionado síndrome, abarcan las profesiones sanitarias en forma individual o conjunta, en nuestro caso, decidimos ejecutarlo en médicos y enfermeras, tomándolos como una unidad de trabajo grupal sobreexpuesta a los diferentes factores estresores laborales y sociales.

La prevalencia del Síndrome de Burnout en médicos y enfermeras del Hospital Daniel Alcides Carrión es de 0.4%, la cual es baja en comparación con el resto de estudios realizados a nivel internacional, pero similar a resultados anteriormente obtenidos en trabajos de investigación desarrollados localmente. Por ejemplo, Edwin Condori Vargas, en su estudio dirigido a médicos, enfermeras y obstétricas del Hospital de Apoyo Hipólito Unanue de Tacna, determinó que el 1.2 % presentó Síndrome de Burnout<sup>37</sup>. De igual manera, Milagros Dueñas Roque, estudió a un grupo determinado de médicos tanto del Hospital de Apoyo Hipólito Unanue de Tacna como de EsSalud<sup>47</sup>, hallando cifras bajas de Burnout, que guardan relación con nuestro hallazgo.

Asimismo, no debemos confundir ni enmascarar el resultado obtenido, que por representar un porcentaje mínimo, no quiere decir que albergue menor importancia e interés.

De todo el personal analizado, sólo un profesional cumplió los requisitos para ser diagnosticado como Síndrome de Burnout, sin embargo, en el resto de la población se detectó niveles considerablemente altos para cada una de sus dimensiones, un 25% y 20.1% obtuvo cifras de alto agotamiento emocional y despersonalización respectivamente, notándose a su vez que el 65.2% es representativo de médicos y enfermeras con moderada despersonalización. Según G. Pera, en su estudio realizado en el Hospital Comarcal de Barcelona<sup>48</sup>, obtuvo altas puntuaciones para agotamiento emocional con un 13.9 %, despersonalización un 11.1 % y baja realización personal con un 6.6 % de sus entrevistados; ninguno de ellos cumplió los requisitos para ser diagnosticado como Burnout. M. A. Caballero detectó niveles altos en cada una de las subescalas del Síndrome de Burnout<sup>49</sup>, un 30.6% y 31.2 % para alto agotamiento emocional y despersonalización respectivamente, y un 24 % para baja realización personal. Definitivamente, cada contexto en que se desenvuelven los profesionales es distinto, pues influyen diversidad de factores. Sin embargo, este hecho sugiere el desarrollo de actitudes negativas y de insensibilidad hacia los receptores del servicio que se presta, así como para los compañeros de trabajo y entorno en general.

A nivel nacional y local, los resultados en cuanto a los niveles de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal, son diversos, es tal el caso de Carmen López, quien en su estudio de Factores asociados a Síndrome de Burnout en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen de Lima, encontró niveles altos de agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal (6.8, 13.6% y 6.8% respectivamente). Estos resultados, coinciden con otros reportes nacionales. Quiroz y Saco (2005), encontró en el Hospital Nacional Sur Este de Cuzco, que el 89% de enfermeras evidenciaron bajo nivel de Burnout y el 1.1% nivel medio. En general, este hallazgo coincide con otros estudios realizados a nivel internacional donde la prevalencia del síndrome de Burnout en enfermeras, independiente del servicio donde laboran es baja. Sin embargo, este hallazgo no coincide con el reporte de Llaja (2003), quien



en un grupo de médicos y enfermeras de cuidados intensivos de Hospital Edgardo Rebagliati Martins, encontró al 15% con síndrome de Burnout, el 30% en riesgo de padecerlo. Esta diferencia, podría deberse, al uso del instrumento y las características de la muestra.

En las cinco primeras tablas expuestas, se da a conocer las principales características sociodemográficas y laborales de médicos y enfermeras en el Hospital Daniel Alcides Carrión de Tacna.

Uno de los aspectos que más llama nuestra atención es que en la literatura revisada se encontró que el síndrome de Burnout es más frecuente en el sexo femenino que en el masculino.

Pines y Kafry (1981); Etzion y Pines (1986); Greeglass, Pantony y Burke (1988)<sup>12, 16</sup>, establecieron la asociación del sexo femenino para la predisposición del Síndrome de Burnout, atribuyéndolo a la doble carga que conlleva la responsabilidad de conciliar la vida familiar y la actividad laboral, presentan más conflicto de rol y sintomatología depresiva, que en conjunto, incrementan la vulnerabilidad de dicho género a padecer estrés laboral crónico y subsecuentemente Síndrome de Burnout.

En nuestro estudio, con una realidad social y laboral específica, hemos determinado al género masculino como el sexo prevalente, quizá argumentado por la persistencia de una sociedad aún machista donde el hombre, por su condición viril se limita a exteriorizar situaciones que puedan estar agobiándolo y lo hace incapaz de solicitar apoyo o ayuda en el momento preciso por ser éste un hecho que de alguna manera lo minusvalora, afortunadamente esta errónea concepción esta variando. Sin embargo, este hallazgo no guarda una significancia importante para el desarrollo de Burnout.

En cuanto a la edad, Cherniss (1982) y Maslach (1982) plantean que a medida que aumenta la experiencia los sujetos ganan en seguridad y experiencia en el trabajo y por tanto hay menor vulnerabilidad al estrés. Profesionales jóvenes muestran mayores índices de Burnout<sup>9, 46</sup>. Según Gould (1985), cuanto más joven es el trabajador hay mayor incidencia de Burnout, pues la edad aparece como una variable que puede mediatizar en el proceso del síndrome en el contexto laboral, de tal manera que a mayor o menor edad también se debe encontrar una correspondencia en experiencia y madurez y en la forma de afrontar las diferentes presiones que afectan al individuo<sup>11</sup>. En otros estudios (Farber, 1999) se encuentran índices de Burnout en forma de “U” invertida, es decir, los profesionales más jóvenes no tienen elevados niveles de Burnout, cuando llevan un tiempo trabajando es cuando empieza a producirse el proceso y a partir de los 40 años aproximadamente comienzan a descender los síntomas.

A diferencia de lo antes mencionado, J. C. Atance e Hidalgo<sup>50,51</sup>, ambos con estudios realizados al respecto, en España y en el contexto local, con el trabajo realizado por Milagros Dueñas en nuestra ciudad<sup>47</sup>, encontramos mayores niveles de Agotamiento Emocional y Despersonalización, estadísticamente significativos, a partir de los cuarenta hasta los cuarenta y nueve años de edad.

La mayoría de autores ha encontrado que los profesionales casados, experimentan menos Burnout, aunque lo que parece influir es el apoyo sociofamiliar recibido por el cónyuge y la satisfacción matrimonial. Leiter (1998) ha planteado que la vida en familia puede hacer más expertos a los sujetos en el tacto con los demás y sus problemas<sup>7</sup>. F. Mansilla y Barría (2003), en sus artículos publicados mencionan que una de las variables predictoras al Síndrome de Burnout es el estado civil, se dice que la mayoría de los solteros son los que se predisponen más a presentar el síndrome, ya que estos no cuentan con una pareja estable ni una seguridad emocional como las que presentan las personas casadas o que mantiene un relación estable, concluyendo finalmente, que vivir en pareja es un factor protector<sup>39</sup>.

Afirmación que ratificamos estadísticamente con el hallazgo del 66.7% de agotamiento emocional y despersonalización en profesionales divorciados, seguidamente del 60% en profesionales separados, supuesto por la vivencia de lo que aparentemente sería un fracaso personal. En la mayoría de casos, los profesionales casados obtuvieron niveles de bajo agotamiento emocional y despersonalización.

En contraposición y realizando una comparación de nuestros resultados con estudios realizados a nivel nacional, analizamos un incremento considerable. Raúl Gomero Cuadra, en su estudio dirigido hacia el personal sanitario de los hospitales de la empresa Southern Perú en Cuajone – Moquegua, no obtuvo resultados significativos en cuanto a estado civil se refiere.

En lo relacionado con la antigüedad de servicio y en la profesión, M. Chacón, expone que los resultados son similares a los de la edad: los profesionales nuevos son más jóvenes e inexpertos, por lo que tienen mayor riesgo de Burnout. Al aumentar el número de años de ejercicio profesional o bien aumenta y se consolida el autoestima profesional, o, por el contrario se produce una disminución en sus niveles.

En contraposición, al analizar nuestros resultados, se encontró que tanto médicos como enfermeras con un tiempo de servicio de 16 años en adelante, son la población que presentó cifras porcentuales más altas y por ello, su riesgo a padecer Burnout.

Respecto a las dimensiones del Síndrome de Burnout, encontramos cinco variables estudiadas, que guardan relación muy estrecha con la propensión a sufrir del mismo, las cuales poseen estadísticamente, valores significativos, por ejemplo en el caso de la edad y estado civil, ambos poseen valores p iguales a 0.002. El servicio y tiempo que laboran en su centro de trabajo, son las variables con mayor

asociación a presentar riesgo de Burnout, con valores p iguales a 0. Finalmente, la satisfacción con la remuneración percibida, también parece influenciar esta subescala, con un valor p igual a 0.01.

En cuanto a Despersonalización del Síndrome de Burnout, obtuvimos una asociación muy particular, donde todas las variables sociodemográficas y laborales presentan relación importante para el desarrollo de Burnout, a excepción de la condición laboral, realización de guardias hospitalarias y satisfacción con la remuneración laboral adquirida, debiéndose prestar atención a ello, para atacar los puntos específicos de riesgo para el padecimiento en estudio.

Finalmente, al analizar lo concerniente a Realización Personal, nos encontramos con la inédita particularidad de que ninguna de las variables presentadas, evidencian relación alguna para postular como factor de riesgo predisponente a su desarrollo, siendo sólo, el tiempo de servicio brindado a la institución, el único con valor significativo.

En nuestro hospital, consideramos que las cifras logradas, corresponden a un ambiente laboral en el cual cada profesional se desenvuelve con un nivel de presión moderado, a pesar de la demanda existente. Sin embargo, no sólo las características del entorno laboral influyen en la aparición y desarrollo del estrés laboral crónico, sino también el aspecto sociodemográfico, que individualmente o en múltiples asociaciones, demuestran altos niveles de riesgo potencial para desencadenar Síndrome de Burnout.

En forma general, se encontró resultados muy bajos en comparación con otros países, pero con el desarrollo de un perfil de riesgo similar a los hallados en estudios realizados en nuestro medio.

# **CONCLUSIONES**

## CONCLUSIONES

1. La prevalencia del Síndrome de Burnout en médicos y enfermeras del Hospital Daniel Alcides Carrión de Tacna en el año 2009 es de 0.4%.
2. En general, los principales factores psicosociales asociados a Síndrome de Burnout en médicos y enfermeras del Hospital Daniel Alcides Carrión de Tacna son: Edad, estado civil, la profesión que ejercen y el tiempo de servicio en la institución, donde las más altas cifras fueron relacionadas con la subescala de Despersonalización.
3. El Síndrome de Burnout en médicos y enfermeras del Hospital Daniel Alcides Carrión de Tacna en el año 2009, presenta un perfil de riesgo caracterizado por predominancia en el sexo masculino, entre edades que oscilan desde los 40 a 49 años de edad, divorciados o separados, médicos con la condición laboral de nombrado y un tiempo de servicio mayor igual a 16 años.
4. Según el análisis estadístico minucioso, se ha determinado los siguientes factores psicosociales predisponentes a la aparición y desarrollo de cada una de las dimensiones del Síndrome de Burnout:  
Alto Agotamiento Emocional: Edad, estado civil, servicio en el que trabaja, tiempo de servicio y grado de satisfacción con la remuneración laboral.  
Elevada Despersonalización: Sexo, edad, estado civil, profesión, servicio en el que trabaja y tiempo de servicio.  
Baja Realización personal: Tiempo de servicio.
5. No se encontró relación entre la dimensión Realización Personal del Síndrome de Burnout con los grupos profesionales estudiados, pero sí una importante asociación entre Agotamiento Emocional y Despersonalización de éste síndrome.

# **RECOMENDACIONES**

### **RECOMENDACIONES**

1. Se plantea como recomendación al bienestar profesional e institucional, que se continúe efectuando estudios de investigación sobre esta temática, y de acuerdo con sus resultados se diseñen e implanten programas de promoción de estilos de vida saludable en el ámbito laboral específico, de manera que se contribuya al enriquecimiento de la calidad de vida de cada profesional y a su vez, se fomenten sistemas de prevención de factores de riesgo para el manejo del estrés laboral crónico y posterior desarrollo del Síndrome de Burnout.
2. Se recomienda que la vigilancia de la salud del personal sanitario deba incluir necesariamente la búsqueda del Síndrome de Burnout, debido a las consecuencias incapacitantes que están descritas en la literatura.



**BIBLIOGRAFÍA**  
**Y**  
**ANEXOS**

## BIBLIOGRAFÍA

1. ALARCÓN, Javier; VAZ, Francisco; GUIADO, Juan A. Análisis del Síndrome de Burnout: psicopatología, estilos de afrontamiento y clima social. 2005 . Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Badajoz - Universidad de Extremadura. España.
2. GIL MONTE, P. R. y PEIRO, J. M. Estudio sobre antecedentes significativos del “Síndrome de Quemarse en el Trabajo”. Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones. Vol. 12, Nº 01, pág.: 67-80. Madrid – España.
3. BUENDÍA, J. y RAMOS, F. Empleo, Estrés y Salud. 2005. Madrid – España.
4. MINGOTE, J.C. Síndrome Burnout o Síndrome de Desgaste Profesional. Formación Médica Continuada 1998. Vol. 5, Nº 08, pág.: 493 - 499. Madrid - España.
5. GARCÉS DE LOS FAYOS RUIZ, E.J. "El Burnout". Asociación Colombiana para el Desarrollo de las Ciencias del Comportamiento 2003. Colombia.
6. MORENO, B.; GARROSA, E. y GONZÁLEZ, J.L. Personalidad Resistente, Burnout y Salud. The Daily Journal: Escritos de psicología. 2003. Caracas – Venezuela.
7. MASLACH, C., SCHAUFELI y LEITER. Job Burnout Annual Review of Psychology. 2002. Vol. 52, pág.: 397 – 422.
8. MASLACH, C. y SCHAUFELI, W.B. Historical and conceptual development of burnout. Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research. 2003. Londres - Inglaterra.
9. MASLACH, C. y JACKSON, S.E. The Measurement of Experienced Burnout Journal of Occupational Behaviour. 1981. Vol. 2, pág.: 99-113.
10. MASLACH, C y JACKSON, S.E. Burnout in Health Professions: A social Psychological Analysis. 1982. Social Psychology of Health and Illness.

11. SHIROM, A. (1989). Burnout in work organization. En C.L. Cooper y I. Robertson (eds.), *internacional review of industrial and organizacional psychology*. Nueva York
12. PINES, A. y ARONSON, E. *CARRER BURNOUT: Causes and Cures*. 1989. New York – Estados Unidos.
13. PINES, A. *Burnout: An Existential Perspective*. 1999. Londres – Inglaterra.
14. HOMBRADOS, M.I. *Promolibro: Estrés y Salud*. 2004. Valencia – España.
15. PINES, A. *Burnout: An Existential Perspective*. *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research Review*. 2004. Londres – Inglaterra
16. TOUS PALLARES, Jordi. *Quemarse en el Trabajo: El Síndrome de “Burnout”*. Asociación de Expertos en Psicología Aplicada. Departamento de Psicología de la Universidad Rovira i Virgili. 2007 Vol. 8, N° 02. Tarragona – España.
17. PÉREZ JAUREGÜI, M.I. *El síndrome de Burnout en los profesionales de la salud*. Facultad de Psicología y Pedagogía de la USAL. 2007. Vol. 2, N° 05. Buenos Aires – Argentina.
18. DOVAL, Y., MOLEIRO, O., RODRIGUEZ, R. *Estrés Laboral, consideraciones sobre sus características y formas de afrontamiento*. Facultad de Psicología de la Universidad Central “Marta Abreu” de las Villas. 2006. Santa Clara – Cuba.
19. PEIRÓ, J. *Desencadenantes del estrés laboral*. Serie Recursos Humanos. EUDEMA, S.A. (Ediciones de la Universidad Complutense, S.A). 2005. Madrid - España.
20. *Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y Trabajo*. 2005. Dublín – Irlanda.
21. URIBE PRADO, Jesús Felipe. *Investigación Sobre Factores Psicosociales, Estrés y Salud Mental en el Trabajo*. Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de México. 2006. Cuernavaca, Morelos – México.

22. NAVA HERNÁNDEZ, Rodolfo. Padecen Estrés Laboral el 30% de los Trabajadores. Departamento de Salud Pública. Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de México. 2008. Cuernavaca, Morelos – México.
23. SALA, Andrea R. Técnicas Psicológicas de Evaluación y Exploración. Departamento de Psiquiatría. 2004. Buenos Aires - Argentina.
24. Sindicato de Enfermeras de España (SATSE). Manual de Prevención del Estrés Laboral. 2006. España.
25. VILLALOBOS, J. Estrés Y Trabajo: Causas y Efectos del Estrés Laboral. 2006. España.  
[http://www.medspain.com/n3\\_feb99/stress.htm](http://www.medspain.com/n3_feb99/stress.htm)
26. SARRACENO Benedetto. Advertencia de la Organización Mundial de las Enfermedades Mentales. Departamento de Salud Mental de la OMS. 2008.
27. MOYA, Liliana. Revista Journal of Occupational and Environmental Medicine. Trabajar más de 60 horas semanales causa problemas mentales. Departamento de Salud y Seguridad Ocupacional, Ambiental e Industrial. 2008.
28. CHANDOLA, Tarani. Estrés laboral, evitarlo le puede salvar la vida. University College de Londres. 2005. Australia.
29. Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC). “El Burnout o Síndrome de estar Quemado en los profesionales sanitarios”. Internacional Journal of Clinical and Health Psychology. Vol. 4, Nº 001. 2004. Granada - España.
30. ALDALEJO, Romana; VILLANUEVA, Rosa Y ORTEGA, Paloma. “Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid”. Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia. 2004. Madrid - España.
31. CAMPOS DURÁN, María Antonieta. “Causas y efectos del estrés laboral”. Universidad de El Salvador, 18 de Abril del 2006, El Salvador.

32. BORDA PÉREZ, Mariela y NAVARRO LECHUGA, Edgar. “Síndrome de Burnout en estudiantes de internado del Hospital Universidad del Norte”. 2007. Barranquilla – Colombia.
33. QUIROZ VALDIVIA, Rodolfo y SACO MÉNDEZ, Santiago. “Factores asociados al Síndrome de Burnout en médicos y enfermeras del Hospital Nacional Sur Este de EsSalud del Cusco”. Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco. 2004. Perú.
34. GOMERO CUADRA, Raúl; PALOMINO BALDEÓN, Juan Y RUIZ GUTIERREZ, Fermín. “El Síndrome de Burnout en el personal sanitario de los hospitales de la empresa minera de Southern Perú Copper Corporation”. Revista Médica Herediana. Vol. 16. 2006. Lima – Perú.
35. LÓPEZ, Carmen; ZEGARRA, Ángela y CUBA, Victor. “Factores asociados al Síndrome de Burnout en Enfermeras de emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen”. Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima. 2006. Perú.
36. GUTIERREZ DAMIAN, Eddy; VÁSQUEZ ALVA, Rolando; ZEGARRA LEVANO, Jorge; TACO SÁNCHEZ, Omar y TORRES VELARDE, Richard Paúl. “Síndrome de Burnout en Médicos Asistentes del Servicio de Emergencia de un Hospital de Essalud”. Hospital Rebagliati, Lima. 2007. Perú.
37. CONDORI VARGAS, Edwin. “Prevalencia y Factores de Riesgo asociados al Síndrome de Burnout o estar Quemado en el personal profesional de salud del Hospital de Apoyo Hipólito Unanue de Tacna en abril del 2003”. Perú.
38. European Foundation for the improvement of living and working conditions. Estres en trabajo: causas, efectos y prevención. Oficina de publicaciones oficiales de las comunidades europeas.
39. ILLERA, D; MOSTACILLA, C.L.; PÉREZ S.P., SILVA M.A. y VELA M.M.. Prevalencia del Síndrome de Burnout y perfil profesional en Fonodiólogos del Municipio de Popayán. Universidad del Cauca. 2005. Cauca – Colombia.

40. LAZARUS, R. S., y FOLKMAN, S. Stress, Appraisal and Coping. Nueva York: Springer Publishing Company. 1984. Traducida al español por la Edición Española: Estrés y procesos cognitivos. 1986. Barcelona: Martínez Roca, S. A.
41. KARASEK R.A. y THEORELL, T. Healthy work. Stress, productivity and the reconstruction of working life. New York: Basic Books. En: Poy, M. (2003). Las contribuciones de la psicodinámica del trabajo y de la psicología ergonómica a la comprensión de las relaciones entre trabajo y salud mental. Algunas aportaciones al estudio del estrés. Cuaderno de trabajo de Psicología del trabajo, salud y organizaciones del Doctorado en Psicología. Universidad de Palermo. Argentina.
42. GIL MONTE P.R., CARRETERO N., ROLDÁN M.D., NÚÑEZ ROMÁN E. Prevalencia del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (Burnout). Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones. Vol. 21, pág.: 17-23.
43. OIT: Organización Internacional del Trabajo. Factores psicosociales en el trabajo: Naturaleza, incidencia y prevención. N° 56. Oficina Internacional del Trabajo. Ginebra.
44. FREUDENBERGER, H.J. Staff burn-out. Journal of Social Issues, Vol. 1, N° 30, pág.: 159 - 165.
45. CHERNISS, C. Beyond Burnout: Helping teachers, nurses, therapists, and lawyers recover from stress and disillusionment. 1999. New York: Routledge
46. CHERNISS, C. Staff Burnout: Job stress in the human services. 1990. Beverly Hills, CA: Sage.
47. DUEÑAS ROQUE, Milagros. Prevalencia de Burnout en médicos de la ciudad de Tacna. Sociedad Científica Peruana de Estudiantes de Medicina (SOCIPEM). CIMEL. Vol. 8, N° 1. 2003. Tacna – Perú.
48. PERA, G., SERRA, M. Prevalencia del Síndrome del Quemado y estudio de los factores asociados en los trabajadores del Hospital Comarcal. Gaceta Sanitaria. Vol. 16, N° 06, pág.: 480 – 486. Barcelona – España.

49. CABALLERO MARTIN Y COL, M. A. Prevalencia y Factores asociados al Burnout en un area de salud. Atención Primaria. Vol. 27, N° 05, pág.: 313 – 317. Madrid – España.
50. ATANCE, J.C. Aspectos epidemiológicos del Síndrome de Burnout en personal sanitario. Revista Española Salud Pública. Vol. 7, N° 01, pág.: :293-303. 2004 España
51. HIDALGO, I., DÍAZ, R.J. Estudio de la influencia de los factores laborales y sociodemográficos en el desarrollo del Síndrome de Agotamiento profesional en el área de medicina especializada del INSALUD de Ávila. Vol. 10, N° 03, pág.: 8-12. 2005. Barcelona – España.

**ANEXOS**

**ANEXO 1**

**SINDROME DE BURNOUT**

La presente encuesta es completamente anónima y exclusivamente de carácter científico.

1.- Servicio

- a) Medicina
- b) Cirugía
- c) Ginecología
- d) Pediatría
- e) Emergencia
- f) UCI
- g) Programas
- h) Otros: \_\_\_\_\_

2.- Profesión

- a) Médico
- b) Enfermera

3.- Sexo

- a) Femenino
- b) Masculino

4.- Edad: \_\_\_\_\_ años.

5.- Estado Civil

- a) Casado
- b) Soltero
- c) Viudo
- d) Separado
- e) Divorciado

6.- Tiempo de Servicio: \_\_\_\_\_ años.



7.- Condición Laboral

- a) Contratado
- b) Nombrado

8.- Realiza guardias hospitalarias

- a) Sí
- b) No

9.- Satisfacción con remuneración laboral

- a) De acuerdo (satisfecho)
- b) En desacuerdo (insatisfecho)

**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 anónimos y estrictamente confidenciales. 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:

1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo

- a. Nunca
- b. Una o varias veces al año
- c. Una vez al mes o menos
- d. Varias veces al mes
- e. Una vez a la semana
- f. Varias veces a la semana
- g. Todos los días.

2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo

- a. Nunca
- b. Una o varias veces al año
- c. Una vez al mes o menos
- d. Varias veces al mes
- e. Una vez a la semana
- f. Varias veces a la semana
- g. Todos los días.

3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar

- a. Nunca
- b. Una o varias veces al año
- c. Una vez al mes o menos
- d. Varias veces al mes
- e. Una vez a la semana
- f. Varias veces a la semana
- g. Todos los días.

4. Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes

- a. Nunca
- b. Una o varias veces al año
- c. Una vez al mes o menos
- d. Varias veces al mes
- e. Una vez a la semana
- f. Varias veces a la semana
- g. Todos los días.

5. Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales

- a. Nunca
- b. Una o varias veces al año
- c. Una vez al mes o menos
- d. Varias veces al mes
- e. Una vez a la semana
- f. Varias veces a la semana
- g. Todos los días.

6. Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo

- a. Nunca
- b. Una o varias veces al año
- c. Una vez al mes o menos
- d. Varias veces al mes
- e. Una vez a la semana
- f. Varias veces a la semana
- g. Todos los días.

7. Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes

- a. Nunca
- b. Una o varias veces al año
- c. Una vez al mes o menos
- d. Varias veces al mes
- e. Una vez a la semana
- f. Varias veces a la semana
- g. Todos los días.

8. Me siento "quemado" por mi trabajo

- a. Nunca
- b. Una o varias veces al año
- c. Una vez al mes o menos
- d. Varias veces al mes
- e. Una vez a la semana
- f. Varias veces a la semana
- g. Todos los días.

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

- a. Nunca
- b. Una o varias veces al año
- c. Una vez al mes o menos
- d. Varias veces al mes
- e. Una vez a la semana
- f. Varias veces a la semana
- g. Todos los días.

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

- a. Nunca
- b. Una o varias veces al año
- c. Una vez al mes o menos
- d. Varias veces al mes
- e. Una vez a la semana
- f. Varias veces a la semana
- g. Todos los días.

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

- a. Nunca
- b. Una o varias veces al año
- c. Una vez al mes o menos
- d. Varias veces al mes
- e. Una vez a la semana
- f. Varias veces a la semana
- g. Todos los días.

12. Me siento muy activo

- a. Nunca
- b. Una o varias veces al año
- c. Una vez al mes o menos
- d. Varias veces al mes
- e. Una vez a la semana
- f. Varias veces a la semana
- g. Todos los días.

13. Me siento frustrado en mi trabajo

- a. Nunca
- b. Una o varias veces al año
- c. Una vez al mes o menos
- d. Varias veces al mes
- e. Una vez a la semana
- f. Varias veces a la semana
- g. Todos los días.

14. Creo que estoy trabajando demasiado

- a. Nunca
- b. Una o varias veces al año
- c. Una vez al mes o menos
- d. Varias veces al mes
- e. Una vez a la semana
- f. Varias veces a la semana
- g. Todos los días.

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

- a. Nunca
- b. Una o varias veces al año
- c. Una vez al mes o menos
- d. Varias veces al mes
- e. Una vez a la semana
- f. Varias veces a la semana
- g. Todos los días.

16. Trabajar directamente con personas me produce estrés

- a. Nunca
- b. Una o varias veces al año
- c. Una vez al mes o menos
- d. Varias veces al mes
- e. Una vez a la semana
- f. Varias veces a la semana
- g. Todos los días.

17. Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes

- a. Nunca
- b. Una o varias veces al año
- c. Una vez al mes o menos
- d. Varias veces al mes
- e. Una vez a la semana
- f. Varias veces a la semana
- g. Todos los días.

18. Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes

- a. Nunca
- b. Una o varias veces al año
- c. Una vez al mes o menos
- d. Varias veces al mes
- e. Una vez a la semana
- f. Varias veces a la semana
- g. Todos los días.

19. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión

- a. Nunca
- b. Una o varias veces al año
- c. Una vez al mes o menos
- d. Varias veces al mes
- e. Una vez a la semana
- f. Varias veces a la semana
- g. Todos los días.

20. Me siento acabado

- a. Nunca
- b. Una o varias veces al año
- c. Una vez al mes o menos
- d. Varias veces al mes
- e. Una vez a la semana
- f. Varias veces a la semana
- g. Todos los días.

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

- a. Nunca
- b. Una o varias veces al año
- c. Una vez al mes o menos
- d. Varias veces al mes
- e. Una vez a la semana
- f. Varias veces a la semana
- g. Todos los días.

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

- a. Nunca
- b. Una o varias veces al año
- c. Una vez al mes o menos
- d. Varias veces al mes
- e. Una vez a la semana
- f. Varias veces a la semana
- g. Todos los días.

GRACIAS.....