



UNIVERSIDAD NACIONAL
"HERMILIO VALDIZÁN"

FACULTAD DE MEDICINA
E.A.P MEDICINA HUMANA

FACTORES RELACIONADOS AL SÍNDROME DE BURNOUT, EN EL
PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO
VALDIZÁN EN EL PERIODO 2014

TESISTAS:

LOPEZ TUESTA BRYAM
BARRERA BARRETO CRISTHIAN

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO

HUÁNUCO – PERÚ
2016

DEDICATORIA

Dedicamos este trabajo a nuestros padres por el apoyo incondicional que nos brindaron hasta el término de nuestra profesión, y a nuestros docentes por sus enseñanzas en este bellissimo mundo de la medicina.

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Mena por su asesoría y sus valiosos consejos en la realización del presente trabajo.

Al Dr. Bernardo Dámaso Mata y a todo el personal docente por brindarnos su apoyo y tiempo en el desarrollo de nuestro trabajo.

FACTORES RELACIONADOS AL SÍNDROME DE BURNOUT, EN EL PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZÁN EN EL PERIODO 2014

RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación de los factores relacionados al síndrome de Burnout en el personal de salud del Hospital Regional Hermilio Valdizán en el período 2014. **Material y método:** Estudio observacional, descriptivo, transversal. Teniendo como variables de estudio: Síndrome de burnout, profesión, tiempo de labor en la institución, carga laboral semanal. No se aplicó un método de muestreo; para este estudio se tomó a toda la población de médicos y enfermeras, conformada por un total de 130, de los cuales 110 aceptaron participar del presente estudio. Para determinar la frecuencia del síndrome de Burnout se utilizó una encuesta elaborada por Maslach, para recolectar la información de las demás variables se utilizó una encuesta elaborada por los investigadores. Se elaboró una base de datos de lo recolectado en el programa Microsoft Excel, las cuales fueron introducidas y analizadas en el programa SPSS y Epidat; el análisis estadístico de los resultados se obtuvo mediante estadística descriptiva: frecuencias absolutas y relativas; y la estadística inferencial (prueba de Chi cuadrado, test exacto de Fisher y U de Mann Whitney). **Resultados:** Se encontró que de los 110 encuestados, 3 (2.7%) presentaron síndrome de burnout y 107 (97.3%) no lo presentaron. El 7.3% presentó un alto grado de agotamiento emocional, el 20% presentó un mediano grado de agotamiento emocional y el 72.7% un bajo grado de agotamiento emocional. El 20% evidenció un alto grado de despersonalización, el 29.1% un mediano grado de despersonalización y el 50.9% un bajo grado de despersonalización. El 29.1% mostró un bajo grado de realización personal, el 28.2% un mediano grado de realización personal y el 42.7% un alto grado de realización personal. El análisis bivariado fue evaluado mediante la prueba Chi cuadrado para las variables cualitativas, encontrándose una “p” no significativo en relación al Síndrome de Burnout para: profesión ($p=0.991$), tiempo de labor en el hospital ($p=0.550$), horas de trabajo semanal ($p=0.912$). **Conclusiones:** Aún cuando no se encontró evidencia importante de este problema en médicos y enfermeras del Hospital Regional Hermilio Valdizán, se encuentra evidencia importante de parte importante del personal de salud presenta una o dos dimensiones alteradas para el síndrome de Burnout, lo cual indicaría que estos estarían en riesgo de en un futuro desarrollar el síndrome de burnout propiamente dicho.

Palabras claves: Burnout, profesión, tiempo de labor, carga laboral semanal, agotamiento emocional, despersonalización, realización personal.

FACTORS RELATED TO BURNOUT SYNDROME IN THE HEALTH PERSONAL OF HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZÁN IN THE PERIOD 2014

ABSTRACT

Objective: To determine the relationship of the factors related to burnout syndrome in health staff Hermilio Valdizán Regional Hospital in the period 2014.

Material and methods: observational, descriptive, cross-sectional study.

Having as variables of study: Burnout syndrome, profession, work time in the institution, weekly work load. A sampling method is not applied; for this study to the entire population of doctors and nurses, comprising a total of 130, of whom 110 agreed to participate in this study was taken. A survey conducted by Maslach for looking for information of other variables to a survey conducted by researchers was used to determine the frequency of burnout syndrome. A database of what I gathered in the Microsoft Excel program, which was introduced and analyzed in SPSS and Epidat software, was developed; Statistical analysis of results was obtained using descriptive statistics: absolute and relative frequencies; and inferential statistics (chi 2, Fisher exact test and Mann Whitney).

Results: We found that of the 110 respondents, 3 (2.7%) had burnout and 107 (97.3%) did not submit syndrome. 7.3% had a high degree of emotional exhaustion, 20% presented a medium degree of emotional exhaustion and 72.7% a low degree of emotional exhaustion. 20% evidenced a high degree of depersonalization, 29.1% medium degree of depersonalization and 50.9% a low degree of depersonalization. 29.1% showed a low degree of personal fulfillment, 28.2% medium degree of personal fulfillment and 42.7% a high degree of personal fulfillment. The bivariate analysis was assessed by Chi-square test for qualitative variables, finding a "p" not significant in relation to burnout syndrome for: profession ($p = 0.991$), time to work in the hospital ($p = 0.550$), hours working week ($p = 0.912$).

Conclusions: Although no significant evidence of this problem was found in doctors and nurses Regional Hospital Hermilio Valdizán, is strong evidence of a significant portion of health has one or two dimensions altered to burnout syndrome, indicating that these would be at risk in the future develop burnout syndrome itself.

Keywords: *Burnout, professional, labor time, weekly workload, emotional exhaustion, depersonalization, personal fulfillment.*

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	3
MARCO TEÓRICO	3
1.1 ANTECEDENTES	3
1.2 BASES TEÓRICAS.....	11
1.2.1 SÍNDROME DE BURNOUT.....	11
1.2.3 EVALUACIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT.....	32
CAPÍTULO II	37
METODOLOGÍA	37
2.1 SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	37
2.2 FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	38
2.3 HIPÓTESIS.....	38
2.3.1 General:	39
2.3.2 Específicas:.....	39
2.4. OBJETIVOS.....	39
2.4.1 General:	39
2.4.2 Específicos:	39
2.5. VARIABLES	40
2.5.1 Variable dependiente.....	40
2.5.2 Variables independientes.....	40
2.5.3 Variables intervinientes	40
2.5.4 Operacionalización de variables.....	40
2.6 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	40
2.7 TIPO DE ESTUDIO.....	41
2.8 POBLACIÓN	41
2.8.1 Población diana	41
2.8.2 Población accesible	41
2.8.3 Población elegible	41
2.9 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO	42
2.9.1 Los criterios de inclusión fueron:.....	42
2.9.2 Los criterios de exclusión fueron:	42
2.10 SELECCIÓN DE LA MUESTRA	42
2.11 TÉCNICAS DE DE RECOLECCIÓN DE DATOS	42
2.11.1 Codificación	43

2.12. REVISIÓN, PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	49
2.12.1 Revisión de datos.....	49
2.12.2 Procesamiento de datos	50
2.12.3 Plan de análisis de datos	50
2.13 ASPECTOS ÉTICOS.....	50
CAPÍTULO III.....	52
RESULTADOS.....	52
CAPÍTULO IV	54
DISCUSIÓN.....	54
CONCLUSIONES.....	60
RECOMENDACIONES.....	61
LIMITACIONES	62
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.....	63
ANEXOS	70
NOTA BIBLIOGRÁFICA.....	90

**FACTORES RELACIONADOS AL SÍNDROME DE BURNOUT, EN EL PERSONAL
DE SALUD DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZÁN EN EL PERIODO
2014**

INTRODUCCIÓN

Desde la primera vez que se acuñó el término Burnout en 1974 por Herbert Freudenberger, han pasado más de dos décadas en las que han sido muchos los autores e investigadores que han dirigido sus investigaciones hacia el síndrome de Burnout, aportando numerosas definiciones, modelos teóricos y componentes. Freudenberger introdujo el término de burnout profesional cuando observó cómo los voluntarios que trabajaban con toxicómanos, tras un tiempo en su puesto de trabajo, sufrían una pérdida de energía, para luego llegar al agotamiento y desmotivación por su labor. Este autor describió a estas personas como menos sensibles, poco comprensivas y agresivas en su relación con los pacientes, incluso dándoles un trato distante y despersonalizado.

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

Este trastorno va adquiriendo cada vez más importancia entre los profesionales encargados de atender la salud de la población, específicamente médicos y enfermeras, es obvio darse cuenta que dicho padecimiento va más allá de ser un problema englobado en esas tres dimensiones de las que se habla, es decir, dicho síndrome a su vez originará otras repercusiones trabajo, con manifestaciones psicológicas y físicas, con repercusiones en la vida personal, familiar, social.

Un punto importante que refieren los estudios realizados con respecto al tema y que llaman nuestra atención son las consecuencias en el ámbito laboral ya que estos profesionales de la

salud son quienes mantienen contacto directo con el paciente, sin olvidar que también lo están con los familiares y con el resto de los compañeros de trabajo, desde los superiores hasta los subordinados, y que el síndrome ocasiona cambios de conducta, agresividad, problemas de relación con los compañeros de trabajo, con los hijos, familiares, etc. , así como probablemente una disminución de la calidad de atención en salud que recibe nuestra población.

Trae consigo consecuencias devastadoras tanto para el individuo y su entorno, como para los pacientes a los que atiende.

Por la amenaza que presenta esta alteración para nuestro sistema de salud, donde se lleva a cabo una labor de perfeccionamiento en cuanto a la atención del paciente, el presente trabajo se encamina a determinar posibles factores asociados al Síndrome de Burnout en el personal de salud del hospital Hermilio Valdizán.

Es imprescindible conocer si los factores de riesgo que se tiene en cuenta en el presente estudio, son causantes de este problema de salud, de esta manera facilitar el desarrollo y la introducción de programas de prevención dirigidos a mejorar el ambiente y el clima laboral, como el crear programas de socialización, de apoyo, de trabajo en equipo, de planificación, de participación, de retroinformación, de crecimiento personal y de desarrollo organizacional.

Este estudio es uno de los pocos de esta línea realizados en nuestro país y nuestra región, esperando que con él se logre en un futuro mediano, establecer mecanismos institucionales integrales sobre la base de un conocimiento más objetivo.

CAPITULO I

MARCO TEÓRICO

1.1 ANTECEDENTES

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), los trabajadores representan la mitad de la población en todo el mundo y son quienes contribuyen en mayor medida al desarrollo económico y social de muchos países, por tanto su salud es importante, principalmente cuando está condicionada por riesgos del lugar de trabajo (OMS, 2006). Según estadísticas de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y de la OMS (2003), las condiciones de trabajo para la mayoría de los tres mil millones de trabajadores en todo el mundo no reúnen los estándares y guías mínimos establecidos por estos organismos para la salud ocupacional, la seguridad y la protección social. (1, 2, 3).

Además, es importante mencionar que existe una inadecuada atención en materia de salud y seguridad ocupacional, lo que provoca que existan anualmente 2 millones de muertes relacionadas con el trabajo, 271 millones de accidentes y 160 millones de enfermedades ocupacionales. Adicionalmente, según señala la OMS (2007), “la mayoría de la fuerza de trabajo de todo el mundo no tiene acceso a servicios de salud ocupacional: solamente el 10-15% de la fuerza de trabajo global tiene acceso a alguna clase de servicio de salud ocupacional” A este respecto, es necesario tener en cuenta que los cambios en torno al trabajo y las organizaciones (por ejemplo, prolongadas e intensas jornadas de trabajo, sobrecarga de trabajo, mayores exigencias cognitivas y emocionales, inseguridad laboral, contratos injustos.) rebasan la postura de los modelos tradicionales de prevención y protección de la salud ocupacional, que se perfilaban más bien desde un postura clínica y centrados en el daño o la enfermedad. (1, 2, 4, 5)

Desde la primera vez que se acuñó el término Burnout en 1974 por Herbert Freudenberger, han pasado más de dos décadas en las que han sido muchos los autores e investigadores que han dirigido sus investigaciones hacia el síndrome de Burnout, aportando numerosas

definiciones, modelos teóricos y componentes. Freudenberger introdujo el término de burnout profesional cuando observó cómo los voluntarios que trabajaban con toxicómanos, tras un tiempo en su puesto de trabajo, sufrían una pérdida de energía, para luego llegar al agotamiento y desmotivación por su labor. Este autor describió a estas personas como menos sensibles, poco comprensivas y agresivas en su relación con los pacientes, incluso dándoles un trato distante y despersonalizado. (11, 6, 7)

Posteriormente Maslach propuso el término “Bournout” ante una convención de la Asociación Americana de Psicólogos, en la que conceptualizó el síndrome como el desgaste profesional de las personas que trabajan en diversos sectores de servicios humanos, siempre en contacto directo con los usuarios, especialmente personal sanitario y profesores. El síndrome sería la respuesta extrema al estrés crónico originado en el contexto laboral y tendría repercusiones de índole individual, pero también afectaría a aspectos organizacionales y sociales. Desde los años ochenta, los estudios sobre el Burnout no han dejado de proliferar, pero es a fines de la década de los noventa cuando se logran acuerdos básicos sobre la conceptualización, análisis, técnicas e incluso programas de prevención. (11)

Sin embargo, aun contando con los avances desarrollados en campos específicos, todavía existen diversas interpretaciones sobre el síndrome y más aún sobre los tipos de intervenciones apropiadas para corregirlo, bien de tipo individual, acentuando la acción psicológica, bien de tipo social u organizacional, incidiendo en las condiciones de trabajo. Aun así, existe un consenso básico sobre la importancia de diagnosticar el síndrome y de promover programas de actuación. (11)

Esta temática ha despertado interés también en la población general ya que parece ser que se trata de una problemática que afecta a mucha gente y que añade unos costes personales, sociales y económicos elevados. En este sentido, Cherniss (1980) describió el interés de este

concepto basándose en cuatro razones: afecta a la moral y el bienestar psicológico del personal implicado, afecta a la calidad de cuidados y tratamiento que reciben los pacientes, tiene una fuerte influencia en las funciones administrativas y es necesario prevenir a nivel comunitario en programas de servicios. (11)

Su prevalencia en médicos generales y especialistas se sitúa entre el 30 y el 69%. (12)

Julián Manuel Domínguez Fernández, et al (13) en 2011, en el *Hospital Universitario de Ceuta, Ceuta, España*. Se realizó un estudio transversal en 200 participantes voluntarios que acudieron a sus exámenes periódicos de salud al Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del Hospital Universitario de Ceuta., Se utilizó el MBI, que permite su estudio con los 3 factores citados a partir de 22 preguntas que el trabajador ha de responder en una escala tipo Likert de 0 a 6. Un 26,4% de los trabajadores tenían puntuaciones altas (> 26 puntos) en agotamiento emocional, un 34,2% en despersonalización afectiva (> 9 puntos) y un 71,5% puntuaciones bajas (< 34 puntos) en logro profesional. El análisis de la varianza mostró diferencias estadísticamente significativas entre el puesto de trabajo y los componentes del desgaste profesional: agotamiento emocional ($p = 0,018$), despersonalización afectiva ($p = 0,001$) y logro profesional ($p < 0,001$). (13)

Hui Wu, et al (14) en 2013, en 7 hospitales de Liaoning provincia de China. Se realizó un estudio transversal, durante mayo y junio del 2010, se utilizó la versión china de Maslach Burnout Inventory-General Survey (MBI-GS), se distribuyó el cuestionario a 1 618 médicos registrados, de los cuales 1 202 devolvieron el cuestionario. El modelo de análisis lineal general mostro, relación entre Burnout y trabajar más de 40 horas a la semana ($p = 0.00$). (14)

Li-Ping Chou, et al (15) en 2013, en el hospital regional en Tainan, Taiwan. Se realizó un estudio transversal a 5 carreras profesionales de salud, tales como, médicos, enfermeras, técnicos, medico asistente y personal administrativo, siendo en total 1329 los participantes, de los cuales respondieron al cuestionario el 89%, siendo evaluados con la versión china del

Copenhagen Burnout Inventory (C-CBI). El análisis de varianza mostró que las enfermeras presentaban un 66%, médicos asistentes un 61.8%, médicos un 38.6%, personal administrativo un 36.1% y técnicos un 31.9%, de síndrome de Burnout, con un nivel de significancia de $p < 0.05$; además se demostró una correlación entre trabajar más de 44 horas y Síndrome de Burnout con un 27.2%. (15)

Kuan-Yu Chen, et al (16) en (2013), en médicos de Taiwan Society of Emergency Medicine, Taiwan Surgical Association, Taiwan Association of Obstetrics y Gynecology, The Taiwan Pediatric Association, y Taiwan Stroke Association, y médicos de 2 centros médicos, 3 hospitales metropolitanos. Se utilizó el Maslach Burnout Inventory General Survey. Siendo un estudio transversal en 1 000 médicos, de los cuales respondieron a la encuesta 839 (76%). Se reportó 36.8% con un moderado nivel de Burnout y 13.1% con alto nivel de Burnout en cansancio emocional, un 32.5% moderado nivel de Burnout y 9.3% alto nivel de burnout para despersonalización, un 49.9% para alto nivel de Burnout y 49.3% moderado nivel de Burnout en logro personal. Los médicos que trabajaban ≥ 65 horas a la semana tuvieron un riesgo 1.4 veces mayor de agotamiento de bajo nivel en comparación con los que trabajaron 49 - 56 horas a la semana, y un riesgo 1,5 veces mayor de burnout a nivel moderado en cansancio emocional ($p = 0,02$ y $0,009$). Además se observó una asociación estadísticamente significativa entre años de servicio y presencia de síndrome de Burnout en la dimensión de agotamiento emocional. (16)

M.A. Sánchez-Madrid et al (17), en 2005, realizaron un estudio transversal y descriptivo entre 435 cirujanos ortopédicos, elegidos aleatoriamente, de toda España. El número total de encuestas recibidas fue de 169 (tasa de respuesta del 38,85). Se ha constatado un nivel alarmante de burnout: un 44,1% de los encuestados presentaron puntuaciones altas en cansancio emocional, un 64,60% en despersonalización, y un 24,5% puntuó muy bajo en realización personal. En el análisis estadístico realizado entre las distintas variables estudiadas

y el síndrome de burnout se han encontrado diferencias significativas ($p < 0,05$) en: Descendencia, tipo de contrato y ámbito de trabajo. (17)

Un estudio realizado en Polonia por Iłona Ksiazek et al (8), sesenta enfermeras tomaron parte de este estudio que se llevó a cabo en abril y mayo de 2004 en el Departamento de General, Endocrinología y Cirugía de Trasplantes (30 enfermeras), y el Departamento de Cirugía Torácica Oncológica (30 enfermeras). Curiosamente, la intensidad global del síndrome de burnout (medida como un resultado global de la prueba MBI) fue significativamente mayor entre los enfermeros oncológicos que entre los quirúrgicos (t-test, $p = 0,045$). (8)

Vasilios Raftopoulos et al (6), realizaron un estudio en Chipre (2010-2011). Mil cuatrocientos ochenta y dos enfermeras participaron en el estudio (80,4% mujeres). Esta investigación ha estudiado los factores asociados a la percepción subjetiva de la fatiga de las enfermeras en correlación con el síndrome de burnout. 12.8% de las enfermeras cumplieron con los criterios de Maslach para burnout. (6)

Efharis Panagopoulou et al (18), en 2004. En Grecia realizaron un estudio transversal mediante una encuesta por correo anónimo. 103 especialistas y 143 residentes participaron en el estudio. Burnout se midió mediante el Maslach Burnout Inventory. Características del trabajo subjetivas incluyeron demandas del empleo percibidas en términos de la presión del tiempo, el esfuerzo mental y el trabajo emocional. Carga de trabajo se evaluó en términos de número promedio de horas trabajadas por semana. Agotamiento emocional en médicos especialistas sólo fue predicha por las demandas de empleo percibida [odds ratio 3.7 (IC 1.7 a 7.9), $P < 0,001$]. El agotamiento emocional en los médicos residentes sólo fue predicho por el trabajo emocional [odds ratio 1,9 (IC 1,2-3,0), $p = 0,003$]. La despersonalización entre los especialistas médicos solo fue predicha por el trabajo emocional [odds ratio de 2,7 (IC 1.1 a 6.7), $p = 0,032$], mientras que la despersonalización entre los médicos residentes sólo fue

predicho por el número de horas trabajadas por semana [odds ratio 1.1 (IC 1.1 a 1.2), P = 0,007]. (18)

Charles M Balch, MD, FACS et al (19), en 2008, estudiaron relaciones de las horas de trabajo y noches de guardia a la semana con diferentes parámetros de angustia entre los cirujanos en ejercicio. Más de 7.900 miembros del Colegio Americano de Cirujanos respondieron a una encuesta anónima, de corte transversal. Hubo un claro gradiente entre las horas y el agotamiento, con la prevalencia de burnout entre el 30 % para los cirujanos que trabajan < 60 horas / semana, 44 % para los de 60 a 80 horas / semana, y un 50% para los que trabajan >80 horas / semana (p < 0.001). Cuando se correlacionó con el número de noches de guardia, el burnout exhibió un efecto umbral en ≥ 2 noches de guardia / Semana (≤ 1 noches de guardia / semana, 30 %; ≥ 2 noches de guardia / semana, 44 % a 46 %; P < 0.0001). (19)

En un estudio realizado por Armand Grau et al (9). En personal sanitario hispanoamericano y español desde Diciembre del 2006 hasta Setiembre del 2007. La prevalencia de burnout en los profesionales residentes en España fue de 14,9%, del 14,4% en Argentina, y del 7,9% en Uruguay. Los profesionales de México, Ecuador, Perú, Colombia, Guatemala y El Salvador presentaron prevalencias entre 2,5% y 5,9%. Por profesiones, Medicina tuvo una prevalencia del 12,1%, Enfermería del 7,2%, y Odontología, Psicología y Nutrición tuvieron cifras inferiores al 6%. Entre los médicos el burnout predominaba en los que trabajaban en urgencias (17%) e internistas (15,5%), mientras que anestesistas y dermatólogos tuvieron las prevalencias más bajas (5% y 5,3% respectivamente). Fueron variables protectoras la mayor edad (OR=0,96), tener hijos (OR=0,93), la percepción de sentirse valorado (OR=0,53), el optimismo (OR=0,80), la satisfacción profesional (OR=0,80) y la valoración económica (OR=0,91). (9)

Otro estudio se llevó a cabo en el personal de enfermería en el año 2007 en dos hospitales del estado de México por Claudia Rodríguez García et al (20), con una población de 407

enfermeros, mediante un muestreo no probabilístico e intencional se obtuvo una muestra de 122 enfermeras. La prevalencia de Síndrome de Burnout en el Hospital Ecatepec es de 27% y en el Hospital de Cuautitlán de 24%. El Síndrome de Burnout de nivel alto en la muestra del estudio se obtuvo el 88% en Ecatepec en comparación el 82% el hospital de Cuautitlán. Entre los principales factores de este síndrome, es el turno, el servicio, el enlace de turno, ausentismo, la gravedad del paciente, y supervisión por jefes de servicio. (20)

Se realizó un estudio por Carolina Aranda-Beltrán et al (1), en 2005. En médicos de familia que laboraban en dos instituciones de salud para población derechohabiente en la zona metropolitana de Guadalajara, México. Participaron 197 médicos, 73 (37,1%) mujeres y 124 (62,9%) hombres. La prevalencia de burnout en los médicos de familia de ambas instituciones fue 41,8%. Para cada una de las dimensiones, las prevalencias se presentaron de la siguiente manera: 31,2% de la población se encontraba agotada emocionalmente, 8,6% manifestaba síntomas de despersonalización, mientras que 14,3% estaba desmotivada para realizar su trabajo. Además se observó una asociación estadísticamente significativa ($p < 0.036$) entre antigüedad laboral y síndrome de Burnout. (1)

Yusvisaret Palmer et al (21). En 2005. Se realizó un estudio de casos y controles en anestesiólogos en México. El tamaño de la muestra fue de $n=28$. La prevalencia general de síndrome de Burnout fue de 44%. Para las variables de estudio se obtuvo para la sobrecarga de trabajo $p < 0.003$ y para la variable conflicto con los valores $p < 0.034$; las demás variables no fueron significativas y para las variables no organizacionales, se detectó que el estar casado o divorciado, y el tener hijos son factores de riesgo para presentar el síndrome. (21)

En otro estudio realizado por Joao Glasberg et al (3). En periodo 2004-2005. Se realizó una encuesta a los miembros de la Sociedad Brasileña de Oncología Médica que recibieron tres cuestionarios (en general, el cuestionario Maslach burnout y una encuesta de opinión) enviado por correo a todos los 458 miembros. La tasa de respuesta fue del 22,3%. De acuerdo con los

criterios propuestos por Grunfeld, que consideran el burnout está presente cuando al menos uno de los aspectos es severamente anormal, la prevalencia de este síndrome fue del 68,6% (intervalo de confianza del 95%, IC: 58,68% a 77,45%). En el análisis multivariante tener una afición, actividad física, una afiliación religiosa, la edad avanzada, vivir con un compañero y tiempo de vacaciones suficiente se correlacionaron significativamente y de forma independiente con bajo riesgo de desarrollar el síndrome de burnout. (3)

En Colombia Olga L. Paredes et al (22). En 2007. Realizó un estudio de prevalencia analítica que contó con una muestra de 138 residentes a quienes se les aplicó, el Cuestionario Breve de Burnout, que evalúa tres dimensiones de sus condiciones de trabajo: causas del Burnout, síndrome y consecuencias. El 12,6% de los residentes presentó un alto nivel de Burnout y el análisis estadístico evidenció una asociación negativa entre el Burnout y el bienestar psicológico y entre éste último y las largas horas de trabajo. No se encontró ninguna relación estadística significativa entre Síndrome de Burnout y las variables sociodemográficas y laborales. (22)

En un estudio realizado por Gomero Cuadra Raúl et al (23), en personal sanitario de los hospitales de una empresa minera del sur de Perú en el periodo entre enero y marzo del 2003, en los hospitales de Cujone, Ilo y Toquepala de la empresa minera Southern Perú Copper Corporation (SPCC). Se incluyó a todo el personal sanitario de los hospitales (SPCC) que estaba constituido por 130 trabajadores, de los cuales, 42 (32,3 %) eran médicos, 51 (39,23 %) enfermeras y 37 (28,46 %) auxiliares de enfermería. Solo un médico presentó puntaje alto para cansancio emocional (CE) y despersonalización (DP) y bajo para baja realización personal (BRP). La baja prevalencia del Síndrome de Burnout en nuestro personal puede atribuirse a las ventajas asociadas a un sistema privado de atención de salud. (23)

Un estudio realizado en la región Huánuco, Perú por Miguel Ángel Paco F. en trabajadores del hospital II ESSALUD Huánuco el 2005 encontró que el hecho de laborar en áreas críticas

hospitalarias incrementa el riesgo de los trabajadores, de presentar el Síndrome de Burnout aproximadamente al doble, trabajar más de 10 años en el hospital (independientemente del servicio en el que se desarrollen las actividades asistenciales) incrementa el riesgo de presentar el Síndrome de Burnout cerca del triple del riesgo, las otras variables propuestas como posibles factores (tiempo promedio de trabajo mensual extraordinario, carga familiar excesiva y bajos ingresos económicos mensuales promedio) a pesar de haber tenido valores de OR que indican asociación causal, no pueden ser considerados como factores del Síndrome de Burnout dado que los intervalos de confianza incluyen el punto de neutralidad estadística.(24)

1.2 BASES TEÓRICAS

1.2.1 SINDROME DE BURNOUT

1.2.1.1 DEFINICIÓN

Freudenberger un médico psiquiatra observó cómo los voluntarios que trabajaban con toxicómanos, tras un tiempo en su puesto de trabajo, sufrían una pérdida de energía, para luego llegar al agotamiento y desmotivación por su labor. Este autor describió a estas personas como menos sensibles, poco comprensivas y agresivas en su relación con los pacientes, incluso dándoles un trato distante y cínico. (11)

Para describir este patrón conductual homogéneo, Freudenberger eligió la misma palabra Burnout (“estar quemado”, “consumido”, “apagado”) que se utilizaba también para referirse a los efectos del consumo crónico de las sustancias tóxicas de abuso. (25)

Surge especialmente en aquellos que se dedican a profesiones de servicios como consecuencia del contacto diario con su trabajo.

Posteriormente, Maslach y Jackson (1986) utilizaron el mismo término acuñado para describirlo como el proceso de pérdida gradual de responsabilidad y desinterés entre los compañeros de trabajo en el campo de la psicología social (11). Maslach ha descrito el

burnout como un síndrome psicológico de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal que puede ocurrir entre individuos que trabajan con otras personas. Tal vez la definición más aceptada entre los investigadores es la que aportaron estas autoras.

El Síndrome de Burnout se define por su carácter tridimensional: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal.

- **Agotamiento emocional:** implica una disminución y pérdida de recursos emocionales. Es una situación en la que los trabajadores sienten que ya no pueden dar más de sí mismos en el ámbito afectivo, es decir, el sujeto se encuentra emocionalmente agotado por el contacto diario y mantenido con personas a las que hay que atender como objeto del trabajo.
- **Despersonalización:** implica el desarrollo de actitudes negativas, de insensibilidad y cinismo hacia las personas que se debe atender. En consecuencia las personas son vistas de forma deshumanizada debido a un endurecimiento afectivo.
- **Baja realización personal:** implica la tendencia a evaluar el propio trabajo en forma negativa, con vivencias de insuficiencia profesional y sentimientos de baja autoestima. La misma afecta a la habilidad en la realización del trabajo y a la relación con las personas a las que atienden (pacientes y familiares). (8)

En los comienzos estas definiciones se habían limitado a un grupo de profesiones, en este caso asistenciales y no se generalizaba a todo aquel que desempeñara un trabajo. Actualmente y entendido como un síndrome por la multiplicidad de causas, el síndrome Burnout se desarrolla en contextos laborales que por sus características generan agotamiento y se manifiesta general y más evidentemente de forma física, aunque sus síntomas también se expresen de manera emocional y cognitiva. Progresan con diferente intensidad, en dimensiones de despersonalización, agotamiento y realización personal reducida, conduciendo a una

extenuación general que afecta la vida propia y la de las personas del entorno y a su cargo. (11, 22).

Para Pines y Aronson (1988) el síndrome de burnout no está restringido a profesionales de salud, ya que lo consideraron como el estado de agotamiento mental, físico y emocional producido por la involucración crónica en el trabajo en situaciones emocionales demandantes. Gil-Monte y Peiró (1997) lo definen como una respuesta al estrés laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional así como la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado. Esta respuesta se da en las profesiones de servicio pero no se limita sólo a ellas. (11)

Para Mingote (1998): señala que predominan los síntomas disfóricos y sobre todo, el agotamiento emocional, destacan las alteraciones de conducta, se relaciona con síntomas físicos como cansancio hasta el agotamiento, malestar general, junto con técnicas paliativas reductoras de la ansiedad residual, como son las conductas adictivas, que a su vez, median en deterioro de la calidad de vida, se trata de un síndrome clínico laboral que se produce por una inadecuada adaptación al trabajo, aunque se dé en individuos considerados presuntamente normales y, por último, se manifiesta por un menor rendimiento laboral y por vivencias de baja realización personal, de insuficiencia e ineficacia laboral, desmotivación y retirada organizacional. (11)

Con respecto a la diferencia entre depresión y síndrome de Burnout, se debe de señalar que el primero reúne una serie de síntomas de bajo estado de ánimo generalizado en la persona mientras que el burnout es temporal y específico al ámbito laboral (Guerrero y Vicente, 2001).

Para diferenciar entre síndrome de Burnout y estrés, Álvarez Gallego y Fernández Ríos (1991) señalan que la principal diferencia es que el primero es una consecuencia del estrés

crónico experimentado en el contexto laboral, señalando que es una reacción al estrés en el trabajo en función de las demandas y características de la ocupación. (11)

GilMonte (1991) afirma que aunque el burnout y la insatisfacción laboral son experiencias psicológicas internas y negativas, el primero incluye cambios de conducta hacia los sujetos objeto de la actividad laboral, así como cambios en la calidad y desarrollo del trabajo y agotamiento o disminución de la energía para el trabajo. (11)

Moreno y Peñacoba (1996) en un afán de aclarar este término mencionan que el burnout no se identifica con la sobrecarga de trabajo ni es un proceso asociado a la fatiga, sino a la desmotivación emocional y cognitiva que sigue el abandono de intereses que en un determinado momento fueron importantes para el sujeto. Las personas no son receptores pasivos de las demandas ambientales, sino que, en gran medida, eligen y determinan de forma activa sus entornos (Marquinez y Ayala, 1995). (1)

1.2.1.2 EFECTOS FISIOLÓGICOS

Además de la carga hacia la salud mental y sus consecuencias para la calidad de vida, cada vez hay más evidencia de que el agotamiento puede influir negativamente en la salud física. El síndrome de Burnout se ha asociado con un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular, diabetes tipo 2, trastornos musculo esqueléticos y la alteración de la fertilidad. (26)

Asociaciones adversas han sido observadas entre el síndrome Burnout y varios parámetros fisiológicos que indican el desequilibrio del eje hipotalámico - hipófisis - adrenal (HHA). Vinculados directamente a síntomas clave del burnout como el agotamiento. El estrés crónico se relaciona con la activación del eje HHA, lo cual puede observarse en los niveles de cortisol salival y por la depresión del sistema inmune (IgA y lisozima salivales). Por otro lado, el estrés agudo se asocia con la activación del eje simpático-médulo-suprarenal, a través de la amilasa y la cromogranina A (CgA) salivales (Soo-Quee y Choon-Huat, 2007). La mayoría de las investigaciones sobre los efectos fisiológicos de los factores de estrés se refiere a las

reacciones catabólicas con medición de cortisol y las catecolaminas, o efectos sobre el sistema cardiovascular. (26)

En un estudio realizado por Anna-Karin Lennartsson et al. (2014) investigó el síndrome de Burnout en relación con los niveles séricos de prolactina. La prolactina es una hormona peptídica primaria sintetizada y secretada por las células lactotropas en la glándula pituitaria anterior, siendo regulado por hormonas hipotalámicas liberadoras como, la hormona liberadora de tirotrópina (TRH), entre otros y tiene un efecto estimulador sobre la secreción de prolactina mientras que la dopamina, que es el regulador más importante de la secreción de prolactina, tiene un efecto inhibitor. Los niveles de prolactina se incrementan por el estradiol. En consecuencia, los niveles de prolactina son más altos en mujeres que en hombres y varían entre las mujeres en las diferentes fases del ciclo menstrual, las mujeres post menopáusicas y mujeres embarazadas. Niveles elevados de prolactina se han comunicado en respuesta a factores de estrés agudo, como el estrés agudo en el ámbito psicosocial. Los niveles de prolactina también se han visto elevados en situaciones más prolongados de estrés como durante los exámenes académicos, de reorganización en el trabajo, la amenaza del desempleo, y en relación a la alta tensión en el trabajo. La prolactina puede por lo tanto también verse afectada en las personas que reportan síntomas de agotamiento, como consecuencia de estrés psicosocial crónica, pero esto no se ha estudiado a fondo. En particular, el conocimiento de la prolactina en relación a los síntomas de agotamiento en los hombres no se encuentra ya que no hay publicación disponible que ha incluido los hombres. En este estudio se encontró que, los hombres que tuvieron síndrome de burnout tenían niveles de prolactina significativamente más altos que los hombres que no lo tenían. (27)

El burnout ha sido asociado a incrementos sistémicos de factores relacionados con la inflamación, en proporción directa a la intensidad del síndrome (Grossi et al., 2003). Algunos biomarcadores con los que se ve asociado el burnout son el Factor de Necrosis Tumoral tipo α

(TNF- α) (Grossi et al., 2003; Hänsel, Hong, Cámara y Von Känel, 2010), citoquinas como las interleuquinas IL-4 en niveles bajos (Hänsel et al., 2010) o el fibrinógeno y la proteína C reactiva (Bellingrath, Weigl y Kudielka, 2009; Toker, Shirom, Shapira, Berliner y Melamed, 2005). Dado que la inflamación sistémica promueve la arterosclerosis, esto podría explicar el elevado riesgo cardiovascular y de ictus que se observa en trabajadores con burnout, así como el aumento de otras enfermedades asociadas a la inflamación, como la diabetes. Aunque no existen estudios sobre el tema, las personas que padecen burnout durante largos periodos también podrían estar hipotéticamente expuestas a un mayor riesgo de cáncer, ya que la inflamación sistémica crónica está relacionada con el desarrollo de neoplasias (Demarzo et al., 2008). (26, 27)

1.2.1.3 CLASIFICACIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT

Existen diversas maneras en que pueden clasificarse en función del nivel de la dedicación que las personas hacen frente las tareas relacionadas con el trabajo.

Al estudiar el síndrome de burnout, y con el fin de lograr una amplia comprensión de este fenómeno, se debe de tener en cuenta la forma en que los sujetos se ven afectados por factores de estrés ambiental. En otras palabras, tenemos que evaluar las características de los individuos y su entorno, dado que el síndrome de Burnout debe entenderse no como un fenómeno puramente intrapsíquico, sino como el resultado de una práctica social, en un contexto cultural, económico y político. De acuerdo con la teoría del intercambio social, el burnout parece estar fuertemente influenciada por una percepción de falta de reciprocidad en las relaciones de intercambio social. (11, 22, 28)

La percepción de un desequilibrio entre los esfuerzos de recompensas es una fuente importante de estrés en el trabajo y puede ser visto como un factor de riesgo determinante para el desarrollo de los síntomas de síndrome de Burnout.

Como propuso Faber, el síndrome de Burnout se ha descrito como una experiencia donde los trabajadores perciben un fuerte sentimiento de descontento debido a la discrepancia entre sus aportaciones personales y la satisfacción obtenida a cambio. (11)

El nivel de dedicación dada a las tareas relacionadas con el trabajo que provocan esos sentimientos de frustración podría determinar el desarrollo de los diferentes subtipos de síndrome de Burnout. En consecuencia, el grado de dedicación a las tareas relacionadas con el trabajo constituye un criterio de clasificación que es capaz de integrar un nuevo marco conceptual para el desarrollo del burnout mediante subtipos: El subtipo de burnout «frenético», se caracteriza por la inversión de una gran cantidad de tiempo en el trabajo, y es propio de personas muy implicadas, ambiciosas y sobrecargadas. (11, 22, 28)

El subtipo «sin-desafíos», se asocia a la realización de tareas mecánicas, y está presente en empleados indiferentes y aburridos, que no se desarrollan personalmente en su trabajo. El subtipo «desgastado», se ve influido por la rigidez de la estructura organizativa, y se caracteriza por la sensación de falta de control sobre los resultados, falta de reconocimiento de los propios esfuerzos y abandono de las responsabilidades. (28). Esta nueva perspectiva del curso de desarrollo específico del síndrome, se ha presentado como el resultado de una detallada observación clínica y sistematizada mediante el análisis del contenido cualitativo. También se ha definido operacionalmente en términos cuantitativos a través de la " Burnout Clínica Subtipo Cuestionario " o BCSQ -36. La vigencia de los contenidos de este instrumento se basa en las experiencias reportadas por los pacientes afectados por el síndrome. (28, 29, 30).

-El " frenético " subtipo burnout se siente estresado a causa de la sobrecarga, debido principalmente a la participación y la ambición excesiva del sujeto. Estas características actúan como predictores significativos de burnout en el sentido clásico de la palabra, dado que para quemar, uno tendría que " ser prendido fuego".

-El subtipo de Burnout "sin-desafíos" tienen que hacer frente a condiciones monótonas y poco estimulantes que no proporcionan la satisfacción necesaria. Se sienten limitados por su tipo de trabajo, y se sienten indiferentes y aburridos; sentimientos que no fomentan el desarrollo personal en sus puestos de trabajo. "Indiferencia" es la falta de interés y entusiasmo en las tareas relacionadas con el trabajo; "Aburrimiento" es causada por la comprensión del trabajo como una experiencia mecánica y rutinaria con poca variación en las actividades; y "falta de desarrollo" es la falta de personal experiencias de crecimiento para los individuos, junto con su deseo de asumir otros trabajos en los que mejor pueden desarrollar sus habilidades. El subtipo "sin desafíos" ha perdido todo el entusiasmo por el trabajo, lo que lleva al sujeto a realizar tareas con indiferencia. Este es el resultado de la tensión causada por el aburrimiento y la falta de desarrollo personal, propiedades que son importantes antecedentes de este síndrome y que son vistos como una forma particular de antecedente.

-Los trabajadores que presentan el subtipo "desgastado" se dan por vencidos cuando se enfrentan con el estrés o la ausencia de gratificación. Están influenciados negativamente por el efecto acumulado en el tiempo en relación con la rigidez de la estructura organizativa de su institución, y muestran los sentimientos de falta de control. Ellos sienten que hay una falta de reconocimiento de sus esfuerzos, lo que lleva a descuidar sus responsabilidades. La falta de control "es el sentimiento de impotencia como resultado de tratar con muchas situaciones que están fuera de su control; "falta de reconocimiento" es la creencia de que las organizaciones de esas personas para las que trabajan para no toman sus esfuerzos y dedicación en cuenta; y "negligencia" se refiere a la indiferencia de los individuos como una respuesta a cualquier dificultad. El subtipo "desgastado" trata con responsabilidades relacionadas con el trabajo con cierta negligencia, como una forma en que el sujeto enfrenta pasivamente con el estrés de experimentar la falta de control en su trabajo y la falta de reconocimiento por los esfuerzos, experiencias que tienen ha descrito como predictores importantes para el síndrome.

En términos generales, las características de los subtipos son propiedades modificables que contribuyen al desarrollo diferencial de la enfermedad y nos proporcionan una idea de cómo las condiciones ambientales de los lugares de trabajo pueden contribuir al desarrollo del síndrome.

Esta aproximación tipológica contrasta con la definición tradicional, que está más orientada a ofrecer una unitaria (aunque en tres dimensiones) definición del síndrome, con más o menos consistente etiología y síntomas. A su vez, el enfoque tipológico se distingue por la posibilidad que ofrece a la hora de la identificación de las diferentes formas en que se manifiesta el trastorno, permitiendo su evaluación y el desarrollo de intervenciones ajustado a historia médica particular de cada caso. (29, 30)

1.2.1.4 MODELOS TEÓRICOS DE LA GÉNESIS DEL BURNOUT

Existen diferentes modelos de relación, entre las variables implicadas en el síndrome de Burnout. En este sentido, los investigadores han asumido que el síndrome de estar quemado es un proceso que se desarrolla secuencialmente, de modo que las propuestas psicológicas se diferencian en el tipo de componentes que proponen, así tanto en su orden o en grado de importancia a la hora de explicar el resultado final, como en las estrategias que el individuo puede emplear para controlarlo (Guerrero y Vicente, 2001). (11, 22)

Tomando como referencia los modelos psicosociales, Gil-Monte y Peiró (1999) clasifican en tres grupos los modelos existentes: teoría sociocognitiva del yo, teoría del intercambio social y teoría organizacional.

Teoría sociocognitiva del yo. Se caracteriza por otorgar a las variables del self (autoeficacia, autoconfianza, autoconcepto) un papel central para explicar el desarrollo del problema. Consideran que las cogniciones de los individuos influyen en lo que éstos perciben y hacen; estas cogniciones se ven modificadas por los efectos de sus acciones y por acumulación de las consecuencias observadas en los demás y la creencia o grado de seguridad por parte de un

sujeto en sus propias capacidades determinará el empeño que el sujeto pondrá para conseguir sus objetivos y la facilidad o dificultad en conseguirlos. También determinará ciertas reacciones emocionales, como la depresión o estrés, que acompañan la acción. Según Harrinson (1983) la competencia y la eficacia percibida son variables clave en el desarrollo de este proceso. La mayoría de los individuos que empiezan a trabajar en profesiones de servicios está altamente motivada para ayudar a los demás y tiene un sentimiento elevado de altruismo. A esta motivación le pueden surgir factores barrera (como sobrecarga laboral, conflictos interpersonales, ausencia de recursos, disfunciones de rol) que dificultan la consecución de los objetivos, disminuyen los sentimientos de autoeficacia y terminan originando el síndrome de burnout.

Teoría del intercambio social. Propone que el síndrome de Burnout tiene su etiología en las percepciones de falta de equidad o falta de ganancia que desarrollan los individuos como resultado del proceso de comparación social cuando establecen relaciones interpersonales. Los profesionales asistenciales establecen relaciones de intercambio (ayuda, aprecio, gratitud, reconocimiento) con los receptores de su trabajo, compañeros y la organización cuando de manera continuada perciben que aportan más de lo que reciben a cambio de su implicación personal y de su esfuerzo. Sin resolver y adaptarse a esta situación desarrollan sentimientos de quemarse por el trabajo.

Teoría organizacional. Incluye como antecedentes del síndrome las disfunciones del rol, la falta de salud organizacional, la estructura y el clima organizacional. Los estresores del contexto de organización y las estrategias empleadas ante la experiencia de quemarse son claves para este modelo teórico. (11, 22)

1.2.1.5 PROCESO DE DESARROLLO DEL SÍNDROME DE BURNOUT

En general, se admite que el Síndrome de Burnout es un proceso de respuesta a la experiencia cotidiana de ciertos acontecimientos y se desarrolla secuencialmente en cuanto a la aparición

de rasgos y síntomas globales. El hecho de que la sintomatología varíe mucho de una a otra persona ha influido en ahondar las discrepancias entre algunos autores en el momento de definirlo, pues depende a qué se le dé más importancia: al síntoma que se presenta en primer lugar, a la secuencia completa del proceso. Por lo tanto, hay una variedad de modelos procesuales que tratan de explicar el desarrollo del síndrome de Burnout, aunque ninguno de ellos ha sido absolutamente aceptable y satisfactorio.

Para Edelwich y Brodsky, el desarrollo del síndrome de Burnout tiene cuatro etapas en las profesiones de ayuda:

- 1.- El entusiasmo ante el nuevo puesto de trabajo acompañado de altas expectativas.
- 2.- Luego aparece el estancamiento como consecuencia del incumplimiento de las expectativas.
- 3.- La tercera etapa es la de frustración.
- 4.- Es la apatía como consecuencias de la falta de recursos personales del sujeto para afrontar la frustración. La apatía implica sentimientos de distanciamiento y desimplicación laboral, y conductas de evitación e inhibición de la actividad profesional.

Así mismo, Cherniss (1982) postula que el síndrome de Burnout se da en un proceso de adaptación psicológica entre el sujeto estresado y un trabajo estresante, en el cual el principal precursor es la pérdida de compromiso. El proceso lo describe en fases: fase de estrés, fase de agotamiento y fase de afrontamiento defensivo.

- 1.- La fase de estrés consiste en un desequilibrio entre las demandas del trabajo y los recursos de los que dispone el individuo para hacer frente a esos acontecimientos.
- 2.- La Fase de agotamiento se produce con la respuesta emocional inmediata del sujeto ante dicho desequilibrio, es decir que el trabajador presentará sentimientos de preocupación, tensión, ansiedad, fatiga y agotamiento.

3.- La Fase de afrontamiento implica cambios en la conducta y en la actitud del trabajador, caracterizándose por un trato impersonal, frío y cínico a los clientes.

El modelo de Farber (1991) describe seis estadios sucesivos:

1. Entusiasmo y dedicación.
2. Respuesta de ira y frustración del trabajador ante los estresores laborales.
3. No hay una correspondencia entre el esfuerzo y los resultados y recompensas.
4. Se abandona el compromiso e implicación en el trabajo.
5. Aumenta la vulnerabilidad del trabajador y aparecen síntomas físicos, cognitivos y emocionales.
6. Agotamiento y descuido.

El Modelo Procesual de Leiter surge a partir del modelo secuencial de Leiter y Maslach (1988) y plantea que la aparición del Burnout se da a través de un proceso que empieza por un desequilibrio entre las demandas organizacionales y los recursos personales. Esto provocaría Cansancio Emocional en el trabajador, para luego experimentar la Despersonalización como una estrategia de afrontamiento. El proceso concluye con baja Realización Personal como resultado de la ineficacia al afrontar los diferentes estresores laborales, es decir que las estrategias de afrontamiento no son afines con el compromiso exigible en el trabajo asistencial.

Son tres las dimensiones que explican la evolución del síndrome:

- 1.- El agotamiento emocional es el aspecto clave en este modelo y se refiere a la fatiga, pérdida progresiva de energía.
- 2.- La despersonalización experimentada por el trabajador se refiere a una forma de afrontamiento que protege al trabajador de la desilusión y agotamiento. Ésta implica actitudes y sentimientos cínicos, negativos sobre los propios pacientes, que se manifiestan por irritabilidad y respuestas impersonales hacia las personas a quienes prestan sus servicios.

3.- La dificultad para la realización personal en el trabajo son respuestas negativas hacia sí mismo y el trabajo. Es el deterioro del autoconcepto acompañado de sensaciones de inadecuación, de insuficiencia y de desconfianza en sus habilidades.

Manzano también apoya la tridimensionalidad del Burnout, pero plantea otra secuencia, donde primero aparece la baja realización personal para evolucionar acompañada del cansancio emocional. Ante la cronicidad de estas dos dimensiones, el sujeto desarrolla actitudes de despersonalización. Es importante señalar que en este modelo, siguiendo un continuo temporal, la segunda fase del proceso está muy cercana a la tercera y, por lo tanto, pueden presentarse juntas o alternativamente, tal y como han observado otros autores (Manassero y cols, 2003; Ramos, 1999). Hatinen y cols (2004), proponen, por el contrario, una secuenciación más rígida, en la que los sentimientos de baja eficacia profesional representan las tempranas fases del Burnout, mientras que el cansancio emocional y el cinismo representarían las fases más avanzadas. (11, 22, 28)

1.2.1.6 DISCRIMINACIÓN CON OTROS CONSTRUCTOS

El concepto de síndrome de Burnout ha dado lugar a muchas discusiones por la confusión que genera a la hora de diferenciarlo con otros conceptos, pero Shirom (1989) afirma que el Burnout no se solapa con otros constructos de orden psicológico. Centrándonos estrictamente en las diferencias del Burnout con otros conceptos psicológicos y psicopatológicos, se puede demostrar que este síndrome se diferencia del Estrés General, Estrés Laboral, Fatiga Física, Depresión, Tedio o Aburrimiento, Insatisfacción Laboral y Acontecimientos Vitales y Crisis de la edad media de la vida; aunque se compartan algunos síntomas o procesos de evolución similares. Precisemos las diferencias.

Estrés general.

Entre Estrés General y síndrome de Burnout se distingue con facilidad pues el primero es un proceso psicológico que conlleva efectos positivos y negativos, mientras que el Burnout sólo

hace referencia a efectos negativos para el sujeto y su entorno. Es evidente que el estrés general se puede experimentar en todos los ámbitos posibles de la vida y actividad del ser humano a diferencia del Burnout, que como la mayoría de los autores estiman, es un síndrome exclusivo del contexto laboral.

Fatiga física

Para diferenciar la Fatiga Física del síndrome de Burnout lo fundamental es observar el proceso de recuperación (Pines y Aronson, 1988), ya que el Burnout se caracteriza por una recuperación lenta y va acompañada de sentimientos profundos de fracaso mientras que en la fatiga física la recuperación es más rápida y puede estar acompañada de sentimientos de realización personal y a veces de éxito.

Depresión

Oswin (1978) y Maher (1983) plantearon un solapamiento entre Depresión y Burnout. McKight y Glass (1995), Leiter y Durup (1994), y Hallsten (1993) demostraron a partir de investigaciones empíricas que los patrones de desarrollo y etiología eran distintos, aunque los dos fenómenos pueden compartir algunas sintomatologías. Se ha confirmado que la depresión tiene una correlación significativa con el Cansancio Emocional, pero no con las otras dos dimensiones del Burnout como son la baja realización personal y la despersonalización o cinismo. Uno de los síntomas más destacados de la depresión es el sentimiento de culpa, mientras que en el Burnout los sentimientos que predominan son la cólera o la rabia (Manassero & cols., 2003; Mingote, 1997; Pines, 1993; Warr 1987; Meier, 1984). Aunque por otro lado, encontramos que Feudenberg (1974) considera que la depresión es uno de los síntomas más característicos del Burnout. La teoría de COR (Hobfoll & Shirom (2001) sugiere que los síntomas de la depresión pueden emerger en una etapa posterior al Burnout, es decir cuando las pérdidas ascienden (Manassero & cols, 2003).

Apoyando la idea de éste último, Häätinen y cols. (2004) concluyen a partir de los diversos

planteamientos revisados, que hay mayor aceptación en considerar a la depresión como una consecuencia negativa del Burnout.

Tedio o aburrimiento

Los términos Tedio o Aburrimiento han sido utilizados en diversas situaciones y se les ha dado diferentes significados. Por lo tanto, para explicar las diferencias con el síndrome de Burnout, es conveniente realizar un análisis según cada autor. Hallberg (1994) distingue la diferencia de los términos en el proceso de desarrollo, planteando que cuando aumenta el agotamiento emocional, disminuye el tedio. Entonces, sería este proceso lo que lleva al trabajador a desarrollar el Burnout. Por el contrario, Faber (1983) y Pines et al. (1981) limitan el Burnout a las profesiones asistenciales y aplican el término de tedio o aburrimiento a los otros tipos de trabajos que no tienen características humanitarias. Pines & Krafy (1978) y Maslach & Jackson (1981) concuerdan en que el Burnout es generado por repetidas presiones emocionales, mientras que el tedio o aburrimiento puede resultar de cualquier tipo de presión o falta de motivación o innovación en el ámbito laboral del sujeto, pero apoyan que ambos términos son equivalentes cuando el fenómeno es consecuencia de la insatisfacción laboral.

Acontecimientos vitales y crisis de la edad Media de la vida

La crisis de la edad media de la vida del sujeto se diferencia del Burnout porque tal crisis se puede desencadenar cuando el profesional hace un balance negativo de su posición y desarrollo laboral y, sin embargo, el Burnout se da con mayor frecuencia en los jóvenes que se han incorporado recientemente en su nuevo empleo; porque éstos no suelen estar preparados para afrontar los conflictos emocionales que se les presentan desde el exterior (Hill & Millar, 1981; Broufenbrenner, 1979). (31)

1.2.2 VARIABLES IMPLICADAS EN EL DESARROLLO DEL SÍNDROME DE BURNOUT

Muchas de las investigaciones hacen referencia a las profesiones vinculadas a labores asistenciales o de servicios, tales como auxiliares de clínica, cuidadores de pacientes geriátricos, médicos de atención especializada, primaria y especial, cirujanos dentistas, profesionales con pacientes con VIH, de salud mental y psicólogos y, por último, las profesionales de enfermería que por sus características organizacionales y laborales han recibido una mayor atención por parte de los investigadores.

Los profesionales de salud se enfrentan constantemente a una tarea compleja en la que influyen diversas circunstancias; entre ellas podemos señalar los estresores específicos de la profesión que suponen una alta implicación emocional y los relacionados con la organización del trabajo:

- Exceso de estimulación aversiva. Constantemente se enfrentan al sufrimiento y a la muerte del paciente, así como dolor por la pérdida de un ser querido que padecen los familiares y allegados.
- Contacto continuo con enfermos que exige un cierto grado de implicación para establecer una relación de ayuda. Un control inadecuado del vínculo, por exceso (sobreimplicación) o por defecto (conductas de evitación) genera problemas importantes tanto para los pacientes como para sus cuidadores.
- La frustración de no poder curar, objetivo para el que han sido entrenados.
- Proporción muy alta de enfermos a los que deben de atender.
- Escasez de formación en habilidades de control de las propias emociones, además de las de los pacientes y sus familiares.
- Horario de trabajo irregular debido a la realización de turnos.
- Conflicto de rol y ambigüedad de rol.
- Falta de cohesión en el equipo multidisciplinar.
- Burocratización e individualismo en las instituciones sanitarias.

1.2.2.1 Variables personales

Las variables personales consideradas en los estudios sobre burnout son el sexo, la edad, estado civil, antigüedad en el trabajo, las características de personalidad y las psicopatologías y las estrategias de afrontamiento. Con relación al sexo o género, mientras en unos estudios las mujeres son las que obtienen mayores puntuaciones en los instrumentos de medida (Atance, 1997), los hombres puntúan en otros estudios como más quemados por su labor (Lozano y Montalbán, 1999; Muñoz et al, 2001), otros señalan a los hombres concretamente en la escala de despersonalización como medida significativa (De la Fuente et al., 1994). Parkes (1998) menciona respecto a los resultados que se obtienen de los estudios que relacionan la variable sexo con el estrés laboral, que ésta puede actuar como una variable moderadora más que mostrar un efecto global consistente. (11)

Con respecto a la edad, se señala mayor nivel de burnout entre los 40 y 45 años (Muñoz et al, 2001b), mientras que en otros estudios se precisa que dicho fenómeno se produce en torno a los 44 años (Atance, 1997). En general, se concluye que a mayor edad disminuye la tensión laboral con lo que el grado de burnout es menor (De la Fuente et al., 1994); sólo la escala de cansancio emocional se relaciona positivamente con la edad (Tello et al., 2002).

Por lo que se refiere al estado civil tampoco los datos son homogéneos, el grupo de casados puede ser propenso a padecer burnout (Tello et al., 2002); otros señalan al grupo de separados y divorciados en relación a la baja realización personal (Atance, 1997). (11)

Por último, en cuanto a la posible relación entre las estrategias de afrontamiento y el posterior desarrollo del burnout, los estudios han ido dirigidos a evaluar tales estrategias, encontrando que las centradas en el problema son utilizadas por aquellas personas que se enfrentan a condiciones estresantes concretas de la práctica diaria como por ejemplo atender a un número elevado de pacientes (Carauna, 1989; Escribá y Bernabé, 2002; Guerrero, 2001). Otros estudios señalan que son los posibles cambios cognitivos que se realizan ante dichas

demandas estresantes los relacionados con no padecer burnout (Folkman y Lazarus, 1985; Quevedo et al., 1997); además, se ha señalado que las estrategias pueden diferir entre las personas que desarrollan este problema y los que no lo desarrollan (Yela, 1996). (11, 28)

1.2.2.2 Variables organizacionales

Las variables organizacionales consideradas en los estudios revisados sobre síndrome de Burnout han sido el clima laboral, el bienestar laboral, el grado de autonomía, la ejecución en el trabajo, el apoyo social, la ambigüedad de rol y la falta de reciprocidad. En este sentido, los resultados de la investigación han mostrado que cuanto más positivo es el clima laboral (Cuevas, O'Ferrall y Crespo, 1998), el bienestar (Escribá et al., 2000) y la satisfacción laboral, menor es el estrés que los sujetos perciben en el trabajo. En relación al grado de autonomía o independencia que los profesionales pueden percibir en su puesto de trabajo, puede ser considerado como un antecedente en determinadas profesiones debido a la labor dependiente que realizan, como por ejemplo las enfermeras (González et al., 1998). Por otro lado, la ambigüedad de rol, entendida como la incertidumbre entre las exigencias de la propia tarea y los métodos con los que debe ser ejecutada, parece favorecer el desarrollo de burnout (Gil-Monte y Peiró, 1998; Lozano y Montalbán, 1999; Moreno y Peñacoba, 1996). El mismo tipo de relación se produciría en el caso de la falta de reciprocidad de rol, en el sentido de que el personal sanitario podría percibir que tanto los pacientes como la organización no les recompensan de manera proporcional a lo que ellos dan (Gil-Monte, 2001). Por otro lado, el apoyo social mantendría en el caso del burnout su efecto de amortiguador de las consecuencias del estrés que ha sido establecido para otros tipos de estrés.

Otros aspectos que han sido relacionados en estudios con este problema son el número de horas de trabajo, tipo de contrato y tipo de servicio, de los cuales se desprende que sufren un mayor grado de desgaste aquellos profesionales que pasan un mayor número de horas de trabajo con un contrato eventual o cambiante, en un servicio donde el impacto emocional es

alto como oncología infantil, cuidados paliativos o hematología (Gil-Monte y Peiró, 1997). Turnipseed (1994) investiga sobre la relación entre el burnout y el ambiente de trabajo e identifica la influencia de diversas variables psicosociales (cohesión entre los compañeros, estructura de la organización, comunicación y presión en el trabajo) que contribuyen al síndrome de estar quemado. (11, 6)

1.2.2.2.1 Grupo ocupacional

Se ha relacionado como factor de riesgo para producir síndrome de Burnout, el cual se verá influenciado por el tiempo que permanezca en contacto con el paciente, dependiendo de ser médico o enfermera.

En un estudio realizado por Li-Ping Chou, et al. (2014) encontraron una asociación significativa el que sean médicos y enfermeras y que se produzca el síndrome de burnout, las enfermeras presentaban un 66%, médicos asistentes un 61.8%, médicos un 38.6%. (15)

En un estudio realizado por Armand Grau et al. En personal sanitario hispanoamericano y español desde Diciembre del 2006 hasta Setiembre del 2007. Medicina tuvo una prevalencia del 12,1%, Enfermería del 7,2%, y Odontología, Psicología y Nutrición tuvieron cifras inferiores al 6%. Entre los médicos el burnout predominaba en los que trabajaban en urgencias (17%) e internistas (15,5%), mientras que anestesistas y dermatólogos tuvieron las prevalencias más bajas (5% y 5,3% respectivamente). (9)

Un estudio realizado en Polonia por Ilona Ksia, zek et al, sesenta enfermeras tomaron parte de este estudio que se llevó a cabo en abril y mayo de 2004. El síndrome de burnout (medida como un resultado global de la prueba MBI) fue significativamente mayor entre los enfermeros oncológicos que entre los quirúrgicos (t-test, $p = 0,045$). (8)

Vasilios Raftopoulos et al. Realizaron un estudio en Chipre. En Mil cuatrocientos ochenta y dos enfermeras participaron en el estudio (80,4% mujeres). 12.8% de las enfermeras cumplieron con los criterios de Maslach para burnout. (6)

Efharis Panagopoulou et al. En Grecia realizaron un estudio transversal mediante una encuesta por correo anónimo. 103 especialistas y 143 residentes participaron en el estudio. Burnout se midió mediante el Maslach Burnout Inventory. El agotamiento emocional en médicos especialistas sólo fue predicha por las demandas de empleo percibida [odds ratio 3.7 (IC 1.7 a 7.9), $P < 0,001$]. El agotamiento emocional en los médicos residentes sólo fue predicho por el trabajo emocional [odds ratio 1,9 (IC 1,2-3,0), $p = 0,003$]. (18)

Otro estudio se llevó a cabo en el personal de enfermería en el año 2007 en dos hospitales del estado de México por Claudia Rodríguez García et al. , con una población de 407 enfermeros, la prevalencia de Síndrome de Burnout en el Hospital Ecatepec es de 27% y en el Hospital de Cuautitlán de 24%. (20)

Se realizó un estudio por Carolina Aranda-Beltrán et al. La prevalencia de burnout en los médicos de familia de ambas instituciones fue 41,8%. Para cada una de las dimensiones, las prevalencias se presentaron de la siguiente manera: 31,2% de la población se encontraba agotada emocionalmente, 8,6% manifestaba síntomas de despersonalización, mientras que 14,3% estaba desmotivada para realizar su trabajo. (20)

Otro estudio realizado por Joao Glasberg et al. Se realizó una encuesta a los miembros de la Sociedad Brasileña de Oncología Médica. La prevalencia de este síndrome fue del 68,6% (intervalo de confianza del 95%, IC: 58,68% a 77,45%). (1)

En un estudio realizado por Gomero Cuadra Raúl et al. en personal sanitario de los hospitales de una empresa minera del sur de Perú en el periodo entre Enero y Marzo del 2003, en los hospitales de Cuajone, Ilo y Toquepala de la empresa minera Southern Perú Copper

Corporation (SPCC). Solo un médico presentó puntaje alto para cansancio emocional (CE) y despersonalización (DP) y bajo para baja realización personal (BRP). La baja prevalencia del Síndrome de Burnout en nuestro personal puede atribuirse a las ventajas asociadas a un sistema privado de atención de salud. (23)

1.2.2.2.2 Carga laboral

Es una de las variables organizacionales, que se encuentra relacionado a las horas semanales de trabajo y que esta conlleva a mayor riesgo de que produzca el síndrome de burnout.

Kuan-Yu Chen, et al. (2013), Encontraron que hubo una relación estadísticamente significativa para síndrome de burnout por cansancio emocional con 52.8% y despersonalización con un 45.3% y trabajar más de 65 horas semanales. (16)

Hui Wu, et al. (2013) Encontraron que hubo una relación estadísticamente significativa para síndrome de burnout por cansancio emocional y trabajar más de 40 horas semanales. (14)

Li-Ping Chou, et al. (2014) encontraron una asociación significativa entre síndrome de burnout y más de 44 horas de trabajo semanales. (15)

Charles M Balch, MD, FACS, et al estudiaron relaciones de las horas de trabajo y noches de guardia a la semana con diferentes parámetros de angustia entre los cirujanos en ejercicio. La prevalencia de burnout entre el 30 % para los cirujanos que trabajan < 60 horas / semana, 44 % para los de 60 a 80 horas a la semana, y un 50% para los que trabajan >80 horas / semana ($p < 0.001$). (19)

1.2.2.2.3 Antigüedad laboral

En relación con la antigüedad en el trabajo, Atance (1997) lo sitúa entre los 5 y 10 años como el periodo en que este problema aparece con mayor frecuencia. Haciendo referencia a la personalidad y psicopatologías, este problema se ha asociado a un mayor número de quejas físicas (Torrado et al., 1996), también a psicopatologías y morbilidad psiquiátrica tales como

ansiedad y depresión (Aluja, 1997). Además, se mencionan variables predisponentes que han sido examinadas con relación al estrés laboral como locus de control y conducta tipo A (PCTA) en estos contextos ocupacionales. (11)

En un estudio realizado por Kuan-Yu Chen, et al (16) en (2013), en médicos se observó una asociación estadísticamente significativa entre años de servicio y presencia de síndrome de Burnout en la dimensión de agotamiento emocional.

Se realizó un estudio por Carolina Aranda-Beltrán et al (20), en 2005. Se observó una asociación estadísticamente significativa ($p < 0.036$) entre antigüedad laboral y síndrome de Burnout.

1.2.3 EVALUACIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT

Para su evaluación se han utilizado distintas técnicas. Al principio, los investigadores utilizaban las observaciones sistemáticas, entrevistas estructuradas y tests proyectivos, pero luego se fue dando mayor énfasis a la evaluación mediante cuestionarios o autoinformes, lo que plantea varios problemas. Ante un proceso de evaluación con autoinformes es importante tener presente que sus medidas son débiles por sí solas; es decir que se aconseja recabar datos objetivos de otras fuentes para confirmar y ampliar los resultados. La debilidad de los autoinformes tiene relación con la cercanía operacional entre la variable independiente y la variable dependiente postulada. Puede ser tanta dicha cercanía que, incluso, los constructos que se miden se pueden utilizar a veces como causa y otras como consecuencias. Sin embargo, los autoinformes son los instrumentos más utilizados para la evaluación del Burnout, y de éstos los preferidos por los investigadores son el Maslach Burnout Inventory (MBI; Maslach y Jackson, 1981, 1986) y el Burnout Measure (BM, Pines y Aronson, 1988). No obstante existen muchos otros. (11)

1.2.3.1 MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI)

Los estudios de Maslach y Jackson dividen en dos etapas.

En la primera definieron el Burnout aplicándolo a profesionales que trabajaban en el área de servicios humanos y utilizaron un sistema de medida, el conocido Maslach Burnout Inventory MBI (1981, 1986). Este instrumento, traducido al castellano, ha sido validado por Gil Monte, P. (2002). El MBI es un cuestionario auto administrado y consta de 22 ítems que recogen respuestas del sujeto con relación a su trabajo sobre sus sentimientos, emociones, pensamientos y conductas.

Maslach y Jackson consideran al Burnout un constructo tridimensional, y por ello la escala está dividida en tres subescalas: cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal, con resultados bajo, medio y alto. Pero también, con esta escala se pueden analizar los resultados en relación con la profesión del sujeto, es decir que hay puntuaciones de corte para distintos grupos: profesores, asistentes sociales, médicos, profesionales de salud mental y otros profesionales. El MBI ha sido aplicado a estas poblaciones obteniendo alta fiabilidad y alta validez sobre los tres factores mencionados.

Las tres subescalas, en la revisión del año 1986, alcanzaron valores de fiabilidad de Cronbach aceptables, con una consistencia interna de 0.80 y la validez convergente y la discriminante han sido adecuadas. Respecto a la fiabilidad por factores se obtuvieron valores de 0.90 para el agotamiento personal, 0.79 para la despersonalización y 0.71 para la baja realización personal. En general, éste es el cuestionario más utilizado internacionalmente y las dimensiones que plantean sus autores también son los más empleados para definir el constructo de Burnout. (11, 22, 26, 28)

En Las investigaciones de Maslach y Jackson continuaron; en 1996, junto con Leiter y Schaufeli, publicaron una nueva versión del MBI. Sus postulados marcan una segunda etapa, en la que destaca que, se acepta que el Burnout existe también fuera del ámbito de los

servicios humanos. Como resultado, se ha generado una nueva versión más genérica del MBI, llamado MBI General Survey (MBI-GS) (Schaufeli, Leiter, Maslach y Jackson, 1996). El MBI-GS se utiliza para todo tipo de profesionales y parte de las tres dimensiones iniciales, aunque hay algunos aspectos modificados. Esta nueva escala consta de 16 ítems y éstos recaban más información sobre las relaciones con el trabajo que sobre los sentimientos generados en el trabajo. Otra diferencia, a pesar de que se mantenga la estructura factorial original, es que se ha relacionado el agotamiento emocional con la fatiga y no se hace referencia directa a otras personas como la fuente de dicho estado. La despersonalización aparece como cinismo, indiferencia o actitud distante hacia el trabajo en general, y no necesariamente con otras personas. Por último, la competencia profesional incluye aspectos sociales y no sociales de los logros profesionales. (11, 22, 26, 28)

La equivalencia en percentiles se clasifica de la siguiente manera: P 75 Burnout alto, P50 Burnout medio y P25 Burnout bajo. Estas puntuaciones ha sido estudiadas en diferentes muestras y se ha concluido que los niveles de Burnout son diferentes según la muestra, es decir que no queda claro el límite entre lo normal y lo patológico; una cuestión que se ha seguido discutiendo a lo largo de los estudios de síndrome. Esto sugiere que no se puede generalizar a todas las profesiones y culturas la clasificación del Burnout, e implica la elaboración o adecuación de ciertos criterios (Gil Monte, 2002; López & cols., 2000; Ramos, 1999). (11)

1.2.4 CONSECUENCIAS DEL SINDROME DE BURNOUT

Se considera que la exposición a diversos estresores crónicos por parte de un individuo está relacionada con el deterioro de la salud:

Teniendo en cuenta al personal sanitario como grupo de riesgo por las situaciones estresantes a las que se asocian se ha enumerado una serie de alteraciones que son fruto de este síndrome que se pueden dividir en tres grupos:

– **Consecuencias que inciden directamente en la salud física** (alteraciones físicas).

Alteraciones cardiovasculares (hipertensión, enfermedad coronaria), fatiga crónica, cefaleas y migrañas, alteraciones gastrointestinales (dolor abdominal, colon irritable, úlcera duodenal), alteraciones respiratorias (asma), alteraciones del sueño, alteraciones dermatológicas, alteraciones menstruales, disfunciones sexuales y dolores musculares o articulatorios.

– **Consecuencias que inciden en la salud psicológica** (alteraciones emocionales).

Ansiedad, depresión, irritabilidad, disforia, baja autoestima, falta de motivación, baja satisfacción laboral, dificultades de concentración, distanciamiento emocional, sentimientos de frustración profesional y deseos de abandonar el trabajo.

– **Consecuencias relacionadas con el ámbito laboral** (alteraciones conductuales).

Absentismo laboral, abuso de drogas, aumento de conductas violentas, conductas de elevado riesgo (conducción temeraria, ludopatía), alteraciones de la conducta alimentaria, disminución de productividad, falta de competencia y deterioro de la calidad de servicio de la organización. La pérdida de días de trabajo por estrés laboral y burnout supone entre un 50 y 60% del total de las pérdidas, y su coste económico en la Unión Europea se ha estimado en 20 mil millones de euros (Levi y Levi, 2000). (11, 26)

La mayoría de las consecuencias son de carácter emocional. Esto se explica porque los estudios realizados se han basado en la definición operativa de Maslach, en la que 12 de los 22 items de su escala apuntan al factor emocional, en general, los relacionados con la depresión, como sentimientos de fracaso, pérdida de autoestima, irritabilidad, disgusto, agresividad. Los síntomas cognitivos han sido menos estudiados, pero son de gran importancia pues en el comienzo del desarrollo del síndrome hay una incoherencia entre las expectativas laborales y lo real, lo que lleva a una frustración y depresión de índole cognitiva, que es una de las características del síndrome. También la segunda dimensión que atribuye Maslach y Leiter al Burnout, el cinismo, tendría alguna relación con lo cognitivo, manifestado

por la autocrítica radical, la desvalorización personal que puede conducir al “autosabotaje”, la desconfianza y la desconsideración hacia el trabajo.

En cuanto al área conductual, que ha sido menos estudiada, la consecuencia más importante es la despersonalización.

Las consecuencias del síndrome en este aspecto se pueden sintetizar en:

- 1) La pérdida de acción proactiva.
- 2) Las soluciones que llevan al consumo aumentado de estimulantes, abusos de sustancias y, en general, hábitos dañinos para la salud. (11, 26, 28,33)

CAPITULO II

METODOLOGÍA

2.1 SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

En el año 2000, la Organización mundial de la salud consideraba que los trabajadores estaban expuestos a sufrir riesgos a la salud, debido a las condiciones inseguras con las que laboran día a día. Uno de estos riesgos a la salud viene a ser el agotamiento profesional denominado Síndrome de Burnout, término acuñado por Freudenberg (1974), que lo definía como, sensación de fracaso y una existencia agotada o gastada que resultaba de una sobrecarga por exigencias de energías, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador. (1, 2, 3)

A menudo causa síntomas que pueden afectar adversamente la calidad de vida, de los profesionales de salud, tales síntomas pueden ser: ansiedad, irritabilidad, desmotivación, insomnio, sentimiento de falla, depresión, adicción a drogas e ideación suicida. (3, 4, 5)

Generalmente se concibe en tres dimensiones: agotamiento emocional que se refiere a las sensaciones de esfuerzo físico excesivo y la fatiga mental, derivada de continuas interacciones con otros trabajadores y clientes; despersonalización es el desarrollo de negativo y actitudes cínicas sobre las otras personas; reducida realización personal, que refleja la tendencia a evaluarse uno mismo negativamente. (6, 7, 8)

En el desarrollo del síndrome de Burnout intervienen diversos factores ambientales, culturales y personales entre ellos, mayores horas laborales, estabilidad laboral y mayor contacto con pacientes de acuerdo al grupo ocupacional; los sujetos expuestos serán susceptibles a desarrollar Síndrome de Burnout. (1, 7, 8)

Los altos niveles de insatisfacción y estrés repercuten negativamente no solo en el personal de salud, sino también en el cuidado del paciente. Diversos estudios señalan que entre un 5-12 % de los médicos presentan un deterioro suficiente como para afectar su práctica laboral, esto

propicia a cometer errores médicos que pueden conducir a incluso mayores niveles de estrés, con sustancial insatisfacción laboral y aislamiento profesional. (7)

Se presenta especialmente en profesionales de la salud, y entre los profesionales de la salud hay una incidencia de 20 a 50%. Menos frecuente, pero igual lo desarrollan, los trabajadores dedicados a los servicios sociales, docentes, secretarías, policías, estudiantes. (1)

Un estudio en Polonia reveló un alto grado de carga emocional y el agotamiento de las enfermeras, sugiriendo que las enfermeras están en un riesgo ocupacional significativo. Un total de 12,8% de enfermeras Chipriotas participantes de un estudio cumplieron con criterios para un alto grado de Burnout. (8)

En América latina Argentina y España expresan mayores niveles de síndrome de burnout que el resto de los países de habla hispana. En el Perú se reportó prevalencia de burnout grado bajo en 79.7% médicos y 89% de enfermeras del Hospital Nacional Sur Este ESSALUD del Cusco; en grado medio en el 10.9% de médicos y 1.4% de enfermeras. Otro estudio encontró 15% de grado alto en médicos de Tacna. En médicos residentes del Hospital Nacional Arzobispo Loaiza se reportó 21.3% de síndrome de burnout. (9, 10)

Dado el alto impacto de este síndrome en la salud individual de los médicos y enfermeras, en la productividad y en la calidad de los cuidados prestados por éstos, sería interesante conocer los factores de riesgo asociados e instaurar medidas de prevención relacionadas con la organización del trabajo, para reducir la sobrecarga laboral, fomentar el estímulo intelectual aportado por el trabajo y las recompensas profesionales. Si la enfermedad ya se instauró, habrá que controlarla, tratarla, pedir apoyo y evitar complicaciones. (1, 3, 4, 6)

2.2 FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los factores relacionados al Síndrome de Burnout en el personal de salud del Hospital Regional Hermilio Valdizán en el período 2014?

2.3 HIPOTESIS

2.3.1 General:

El grupo ocupacional, tiempo de labor en la institución y carga laboral semanal se encuentran relacionados al Síndrome de Burnout, en el personal salud del Hospital Regional Hermilio Valdizán en el periodo 2014.

2.3.2 Especificas:

Ho: El grupo ocupacional no es un factor relacionado al Síndrome de Burnout en el personal de salud del Hospital Regional Hermilio Valdizán en el período 2014.

Ho: El tiempo de labor en la institución no es un factor relacionado al Síndrome de Burnout en el personal de salud del Hospital Regional Hermilio Valdizán en el período 2014.

Ho: La carga laboral semanal no es un factor relacionado al Síndrome de Burnout en el personal de salud del Hospital Regional Hermilio Valdizán en el período 2014.

Hi: El grupo ocupacional es un factor relacionado al Síndrome de Burnout en el personal de salud del Hospital Regional Hermilio Valdizán en el período 2014.

Hi: El tiempo de labor en la institución es un factor relacionado al Síndrome de Burnout en el personal de salud del Hospital Regional Hermilio Valdizán en el período 2014.

Hi: La carga laboral semanal es un factor relacionado al Síndrome de Burnout en el personal de salud del Hospital Regional Hermilio Valdizán en el período 2014.

2.4. OBJETIVOS

2.4.1 General:

Determinar la relación del grupo ocupacional, tiempo de labor en la institución y carga laboral semanal al Síndrome de Burnout, en el personal de salud del Hospital Regional Hermilio Valdizán en el periodo 2014.

2.4.2 Específicos:

Evaluar la relación del grupo ocupacional al Síndrome de Burnout en el personal de salud del Hospital Regional Hermilio Valdizán en el periodo 2014.

Evaluar la relación del tiempo de labor en la institución al Síndrome de Burnout en el personal de salud del Hospital Regional Hermilio Valdizán en el periodo 2014.

Evaluar la relación de la carga laboral semanal al Síndrome de Burnout en el personal salud del Hospital Regional Hermilio Valdizán en el periodo 2014.

Determinar la frecuencia del Síndrome de Burnout en el personal médico y de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán en el periodo 2014.

2.5. VARIABLES

2.5.1 Variable dependiente

-Síndrome de Burnout.

2.5.2 Variables independientes

- Grupo ocupacional.

-Tiempo de labor en la institución

-Carga laboral semanal.

2.5.3 Variables intervinientes

-Edad.

-Género.

-Estado civil.

-Número de hijos.

-Tipo de contrato.

-Servicio en que labora.

2.5.4 Operacionalización de variables

(Ver Anexo N°1)

2.6 Diseño de la investigación

El presente estudio corresponde al tipo de investigación básica, porque los objetivos están orientados a determinar los factores relacionados al síndrome de Burnout en el personal de salud del Hospital Regional Hermilio Valdizán en el periodo 2014.

Siendo este un estudio observacional, ya que respeta las condiciones en las que ocurre el fenómeno en la realidad, sin ningún tipo de intervención o manipulación.

Es transversal porque la medición de las variables de interés se realizara en una sola oportunidad.

Es del tipo analítico ya que se pretende identificar asociación entre las variables, además de realizar comparaciones a partir de las cuales se llegará a conclusiones, producto del análisis de realidades concretas.

2.7 Tipo de estudio

Según el diseño metodológico el presente estudio de investigación es de tipo observacional transversal analítico.

2.8 Población

La investigación está circunscrita al personal de médicos y de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán. El cual está conformado por 45 médicos y 85 enfermeras.

2.8.1 Población diana

Personal de salud que labora en el Hospital Regional Hermilio Valdizán durante el período 2014.

2.8.2 Población accesible

Personal de médicos y enfermeros(as) que laboran en el Hospital Regional Hermilio Valdizán durante el período 2014.

2.8.3 Población elegible

Personal de médicos y enfermeros(as) que laboran en el Hospital Regional Hermilio Valdizán durante el período 2014. Que cumplen los criterios de inclusión y exclusión para el presente estudio de investigación.

2.9 Criterios de inclusión y exclusión de la población de estudio.

2.9.1 Los criterios de inclusión fueron:

- Personal de médicos que laboren en el Hospital Nacional Hermilio Valdizán.
- Personal de enfermeros(as) que laboren en el Hospital Nacional Hermilio Valdizán.

2.9.2 Los criterios de exclusión fueron:

- Personal de médicos que se encuentren con descanso medico, licencias o vacaciones.
- Personal de enfermeros(as) que se encuentren con descanso médico, licencias o vacaciones.
- Personal de médicos que no concluyen el cuestionario, que se encuentren ausentes del hospital en el momento de la aplicación del cuestionario o no acepten participar en el estudio.
- Personal de enfermeros(as) que no concluyen el cuestionario, que se encuentren ausentes del hospital en el momento de la aplicación del cuestionario o no acepten participar en el estudio.

2.10 Selección de la muestra

En la presente investigación se incluyó a la población total, que comprende a 45 médicos y 85 enfermeros(as), dado que es una población accesible y para evitar el error aleatorio que es el derivado de trabajar con muestras.

2.11 Técnicas de recolección de datos

Como instrumentos de la investigación fueron aplicados dos cuestionarios.

El primero es un cuestionario elaborado para la recolección de datos generales y datos relacionados a las variables independientes e intervinientes del estudio de investigación, que consta de 10 preguntas. (Anexo N°2)

El segundo cuestionario utilizado fue el cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI). Se utilizó una versión traducida y validada al español, usado para evaluar el síndrome de Burnout. (Anexo N°3)

Este cuestionario consta de 22 ítems afirmativos sobre los sentimientos personales y las actitudes del profesional en su centro laboral y hacia las personas que deben ser atendidas considerando la evaluación de tres dimensiones: agotamiento emocional (9 ítems), despersonalización (5 ítems) y realización profesional. (8 ítems).

La puntuación en cada subescala fue lograda a través de la suma de los valores de los respectivos. A la hora de interpretar los datos, en el caso de las dos primeras dimensiones la mayor puntuación indica peor resultado, mientras que en la tercera dimensión (realización personal) la interpretación es a la inversa. De esta manera se considera Síndrome de Burnout cuando se puntúa alto en cansancio emocional y despersonalización y bajo en realización personal.

En inventario de Burnout de Maslach es un instrumento de evaluación tipo Likert en el cual se evalúa la frecuencia en que el encuestado ha presentado las emociones/actitudes descritas en cada uno de los enunciados (22 en total), usando una escala con siete niveles.

Nuestros instrumentos fueron validados mediante opinión de expertos (validez de contenido) y se realizó una prueba piloto para asegurar su confiabilidad.

2.11.1 Codificación

2.11.1.1 Cuestionario de datos generales

- En la pregunta (1) sexo:

SEXO	CODIGO
Femenino	0

Masculino	1
-----------	---

En la pregunta (2) cuál es su edad:

EDAD
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
...
75

En la pregunta (3) hasta qué grado estudiaste o estas estudiando:

PROFESIÓN	CÓDIGO
Médico	0
Enfermera	1

En la pregunta (4) cuantos años o meses viene trabajando en la institución:

Años de trabajo
<1
1
2
3
4
5
6
7
8
...
35

En la pregunta (5) cuantas horas a la semana trabaja en el hospital:

Horas trabajo a la semana en el hospital
1
2
3
4
5
6
7
8
...

En la pregunta (6) cuantas horas a la semana trabaja en otra institución pública o privada:

Horas trabajo a la semana en otra institución pública o
--

privada
0
1
2
3
4
5
6
....

En la pregunta (7) cuál es su estado civil:

ESTADO CIVIL	CÓDIGO
Casado	0
Soltero	1
Viudo	2
Divorciado/separado	3
Conviviente	4

En la pregunta (8) cuántos hijos tiene:

CUANTOS HIJOS TIENE
0
1
2
3
4
5
6
7
8

9

En la pregunta (9) cuál es su tipo de contrato:

TIPO DE CONTRATO	CÓDIGO
Nombrado	0
Contrato a plazo indeterminado	1
CAS	2
Otro	3

En la pregunta (10) en qué servicio labora la mayor cantidad de horas actualmente:

SERVICIO	CÓDIGO
Medicina	0
Cirugía	1
Pediatría	2
Ginecología/obstetricia	3
UCI	4
Otro	5

Clasificación de datos

Es ejecutada por categorías según la forma de respuesta de las variables:

Variables categóricas de respuesta dicotómica.

Pregunta (1)

Pregunta (3)

Variables categóricas de respuesta Politómica

Pregunta (7)

Pregunta (9)

Pregunta (10)

Variable cuantitativa de respuesta discreta

Pregunta (2)

Pregunta (4)

Pregunta (5)

Pregunta (6)

Pregunta (8)

2.11.1.2 Cuestionario de Burnout

0. Nunca

1. Algunas veces al año o menos.

2. Una vez al mes o menos.

3. Algunas veces al mes o menos.

4. Una vez a la semana.

5. Algunas veces a la semana.

6. Todos los días.

Obteniéndose una clasificación de nivel bajo, intermedio y alto para cada dimensión.

Agotamiento o Cansancio emocional consta de 9 ítems.

Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Está integrada por las preguntas 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20.

Despersonalización: está formada por 5 ítems.

Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Está integrada por las preguntas 5, 10, 11, 15, 22.

Falta de realización personal: se compone de 8 ítems.

Evalúa los sentimientos de auto eficacia y realización personal en el trabajo. Está integrada por las preguntas 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21.

Síndrome de Burnout por dimensiones

AGOTAMIENTO EMOCIONAL PUNTAJE

Alto 27 - 54

Medio 17 - 26

Bajo 0 - 16

DESPERSONALIZACION PUNTAJE

Alto 14 - 30

Medio 9 - 13

Bajo 0 - 8

REALIZACION PERSONAL PUNTAJE

Alto 37 - 48

Medio 31 - 36

Bajo 0 - 30

2.12. Revisión, procesamiento y análisis de datos

Para la ejecución del presente estudio se realizó el trámite administrativo mediante una solicitud dirigida al Director del Hospital Regional Hermilio Valdizán, a fin de obtener la autorización respectiva, así también se realizó la presentación del proyecto al Comité de Ética del Hospital Nacional Hermilio Valdizán para contar con su aprobación. Posteriormente se estableció el cronograma de inicio en la recolección de datos a través de los cuestionarios teniendo en cuenta una duración de 15 minutos para su aplicación, el cual se llevó a cabo en el mes de Agosto y Setiembre del 2014.

2.12.1 Revisión de datos

Una vez llevado a cabo la recolección de datos, se procedió a revisar cuidadosamente cada uno de los cuestionarios con el propósito de verificar que todas las preguntas hayan sido contestadas de acuerdo a las instrucciones.

2.12.2 Procesamiento de datos

Se utilizó el software estadístico SPSS, apoyado con el programa Microsoft Excel. Los resultados fueron presentados en tablas y/o gráficos estadísticos para su análisis e interpretación considerando el marco teórico.

2.12.3 Plan de análisis de datos

La información se registró en un formato de captura (Ficha de recolección de datos) para almacenarse posteriormente en una base de datos (Microsoft Excel). Se utilizó el software estadístico SPSS apoyado con el Microsoft Excel. Se calculó las medidas de tendencia central y medidas de asociación Chi 2, T de student, U de Mann Whitney (para establecer relaciones entre las variables), comparando las variables principales y considerando las diversas variables secundarias. (Anexo N°4)

Se tomó en cuenta un valor de $p < 0,05$, como nivel de significancia estadística y un intervalo de confianza del 95%.

2.13 Aspectos éticos

Nuestra investigación fue realizada en personas; por lo tanto, es indispensable tener en cuenta los aspectos citados en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial para la investigación biomédica en personas:

Explicamos los objetivos, métodos, posibles beneficios y riesgos previsibles de la participación en el estudio de manera clara, breve y concisa a todas las personas que voluntariamente conformaron nuestra muestra.

Se tuvo en cuenta la importancia de la participación de cada sujeto de estudio para determinar los factores relacionados al síndrome de burnout en el personal de salud en el Hospital Regional Hermilio Valdizán.

Con respecto a los métodos utilizados, se destacó el aporte que hicieron los sujetos mediante la entrevista, los cuales nos permitieron estimar con mayor precisión el objetivo de nuestro estudio.

Los beneficios que obtuvieron los sujetos de estudio fueron: Conocimiento de los factores relacionados al síndrome de burnout en el personal de salud; además de satisfacción de proporcionar información que va ayudar a que las autoridades tomen medidas para disminuir los factores implicados, hallados en nuestro estudio y con ello la disminución de esta patología a mediano o largo plazo.

Finalmente, se realiza la firma del consentimiento voluntario de los que participen en el estudio.

CAPITULO III

RESULTADOS

Con respecto al género de los encuestados se evidencio que un 29.1% fueron varones y un 70.9% fueron mujeres.

El 48.2% de encuestados fueron menores de 41 años, el 48.1% tuvieron edades entre 41 y 60 años y el 3.6% fueron >60 años.

El 33.6% de encuestados fueron médicos, el 66.4% fueron enfermeras.

Con respecto al estado civil 50.9% fueron casados, el 29.1% fueron solteros, 0.9% viudo, divorciado o separado el 10% y conviviente el 9.1%.

El tipo de contrato evidenciado en los encuestados fue contratado 55.5%, contrato a plazo indeterminado 1.8%, CAS 37.3% y otro tipo de contratos 5.5%.

Con respecto al servicio donde laboran los encuestados mayor cantidad de horas más horas fueron: medicina 20%, cirugía 20%, pediatría 14.5%, ginecología obstetricia 8.2%, UCI 6.4% y otros 30.9%.

En cuanto al número de hijos el 24.5% no tenía hijos, el 20% tiene 1 hijo, el 38.2% tiene 2 hijos, el 12.7% tiene 3 hijos, el 3.6% tiene 4 hijos y 6 hijos el 0.9%.

Se observó que el 68.2% de los encuestados habían trabajado hasta 10 años y el 31.8% había trabajado por más de 10 años.

El 63.6% de profesionales encuestados refirió haber trabajado hasta 36 horas a la semana y el 36.4% refirió haber trabajado más de 36 horas a la semana.

(Ver Anexo N° 8)

Se encontró que de los 110 encuestados, 3 (2.7%) presentaron síndrome de burnout y 107 (97.3%) no lo presentaron. El 7.3% presentó un alto grado de agotamiento emocional, el 20% presentó un mediano grado de agotamiento emocional y el 72.7% un bajo grado de agotamiento emocional. El 20% evidencio un alto grado de despersonalización, el 29.1% un mediano grado de despersonalización y el 50.9% un bajo grado de despersonalización. El 29.1% mostró un bajo grado de realización personal, el 28.2% un mediano grado de realización personal y el 42.7% un alto grado de realización personal.

(Ver anexo N°9)

El análisis bivariado fue evaluado mediante la prueba Chi cuadrado para las variables cualitativas, encontrándose una “p” no significativo en relación al Síndrome de Burnout para: profesión ($p=0.991$), tiempo de labor en el hospital ($p=0.550$), horas de trabajo semanal ($p=0.912$), sexo ($p=0.87$), estado civil ($p=0.512$).

(Ver anexo N°10)

CAPITULO IV

DISCUSIÓN

El Síndrome de Burnout se ha venido investigando desde 1974, definiéndose como un nuevo fenómeno que afecta exclusivamente a profesionales que ejercen sus labores en una relación de ayuda o servicio hacia terceras personas, como policías, profesores de los diferentes niveles de educación, personal de servicio social, profesionales médicos, profesionales de salud mental(1,2,3). El presente estudio es uno de los pocos realizados en la región de Huánuco, siendo este realizado en el Hospital Regional Hermilio Valdizán. La población estuvo conformada por el personal de salud, médicos y enfermeras. No hay estudios previos de este tipo realizados en este hospital. En este estudio las mujeres representan 70.90% y los hombres el 29.10% del total, el grupo de edad más frecuente fue el comprendido entre 41-45 años (24.50%).

Según los resultados de este estudio no se encontró relación entre el grupo ocupacional y el síndrome de Burnout. Dominguez et al demostró diferencias estadísticamente significativas entre el puesto de trabajo y los componentes del desgaste profesional (13). Albaladejo et al estudiar el Burnout y sus componentes según la categoría profesional (enfermería versus auxiliares/técnicos) se vio que el primero estaba más despersonalizado y menos realizado que el grupo de los auxiliares /técnicos, no encontrándose otras diferencias estadísticamente significativas (37). R. de Dios del Valle et al encontraron que la profesión estuvo relacionada al síndrome de burnout; siendo los médicos de familia los que presentan un mayor nivel de cansancio emocional, con una puntuación media de 22,3 (23).

No se encontró relación entre la variable tiempo de labor en la institución y el síndrome de burnout. Quiroz et al encontró relación de riesgo muy alto con tiempo de ejercicio profesional mayor de 12 años y el síndrome de burnout. Palmer et al encontró en su estudio relación entre años de laborar (más de 13 años) y Burnout (10). Li-Ping Chou et al

demonstraron en su estudio que personal de más antigüedad laboral tenía puntuaciones de burnout significativamente más bajas que el personal menos antiguo, en las tres dimensiones del burnout (15). Dominguez et al no encontró asociación significativa en antigüedad en el centro o en el puesto de trabajo y el síndrome de Burnout. Caballero et al menciona que no se detectan diferencias en relación a los años de antigüedad en la plaza ni en la profesión y el síndrome de burnout (13). Sanchez-Madrid et al no encontró asociación entre tiempo de ejercicio de la profesión en la institución y Burnout (17).

La permanencia de los profesionales en determinados puestos depende, en gran medida, de las estrategias de afrontamiento empleadas y la adaptación a las demandas ambientales y niveles de estrés derivados de éstas, que favorecerán una cierta inmunidad entre los trabajadores más veteranos. Otros autores encuentran una relación positiva con el síndrome, manifestada en 2 períodos correspondientes a los 2 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. Hallan una relación inversa, debido a que los que más burnout experimentan acabarían por abandonar su profesión, por lo que los profesionales con más años en su trabajo serían quienes menos puntúan en burnout y, por ello, continúan en éste.

La tercera variable independiente, carga laboral semanal, no estuvo relacionado al síndrome de Burnout en este estudio. De Franca et al encontró mayor incidencia con relación carga horaria semanal con el Síndrome de Burnout, esto fue presentado en los profesionales que ejecutan sus actividades de 40 horas semanales (36). Porto et al no encontró asociación entre el número de horas de trabajo por semana y Burnout en cirujanos maxilofaciales y orales (18). Es conocida la relación entre Burnout y sobrecarga laboral en los profesionales asistenciales, de manera que este factor produciría una disminución de la calidad de las prestaciones ofrecidas por estos trabajadores, tanto cualitativa como cuantitativamente.

Respecto a las variables intervinientes, la variable edad no estuvo relacionada al síndrome de burnout. Grau et al en su investigación encuentra que tener una mayor edad es un factor protector para desarrollar síndrome de burnout (9). Panagopolou et al encontró que los médicos quienes fueron diagnosticados con burnout fueron significativamente más jóvenes (18). Atance et al encontró asociación entre la edad mayor a 44 años y el riesgo de desarrollar síndrome de burnout. Aranda et al no encontró asociación estadísticamente significativa entre la edad y el síndrome de burnout. Apaza et al no demostró asociación entre síndrome de burnout y la variable edad (7). Ayala et al en su estudio realizado en médicos anesthesiólogos no encontró asociación entre burnout y la edad (8). La edad aunque parece no influir en la aparición del síndrome, se considera que puede existir un periodo de sensibilización debido a que habría unos años en los que el profesional sería especialmente vulnerable a éste, siendo éstos los primeros años de carrera profesional dado que sería el período en el que se produce la transición de las expectativas idealistas hacia la práctica cotidiana, aprendiéndose en este tiempo que tanto las recompensas personales, profesionales y económicas, no son ni las prometidas ni las esperada.

En el presente estudio no se encontró asociación entre la variable sexo y el síndrome de burnout. Atance et al obtuvo en su estudio diferencias significativas entre el sexo y burnout, siendo el grupo de mujeres quienes presentaron la puntuación más elevada. Li-Ping Chou et al encontró que las mujeres tenían puntajes más altos de burnout que los hombres (15). Molina et al encontró que los hombres presentaban mayores niveles de agotamiento emocional y despersonalización, indicativos de Burnout (31). Aranda et al en su estudio no demostró asociación entre la variable género y síndrome de burnout. Apaza et al no encontró diferencias significativas entre la variable sexo y las dimensiones de burnout (7). Grau et al no encontró

asociación significativa entre el género y el síndrome de Burnout (9). La relación entre niveles más elevados de burnout y el sexo es una cuestión muy discutida. Mientras algunos investigadores describen un mayor desgaste laboral en hombres, otros lo encuentran en mujeres y algunos no detectan diferencias. Maslach y Jackson exponen que las mujeres soportan mejor que los hombres las situaciones complicadas del día a día del ámbito laboral.

En este estudio no se encontró asociación entre la variable estado civil y el síndrome de Burnout. Atance et al encontró diferencias significativas en cuanto al estado civil y Burnout, siendo el grupo de divorciados los menos afectados. Palmer et al encontró que estar casado o divorciado es un factor de riesgo para tener síndrome de Burnout. Molina et al detecta en su estudio que estar casado o tener pareja es un factor protector en relación al síndrome de Burnout (21). Raftopoulos et al no encontró diferencias significativas entre el estado marital y el síndrome de Burnout (6). Apaza et al no encontró diferencias significativas entre las dimensiones de Burnout y la variable estado civil. Paredes et al encontró ninguna relación estadística significativa entre Síndrome de Burnout y la variable estado civil (22).

Sin duda, una vida familiar rica puede actuar como amortiguador emocional en un trabajador estresado. De esta forma, el matrimonio, la pareja o los hijos pueden ser elementos clave por su tendencia a anular la excesiva implicación en el trabajo y dificultarían la presentación del síndrome en las personas que se dedican a profesiones de ayuda. Estos profesionales se caracterizarían por ser más realistas, estables, maduros y por tener mayores posibilidades de afrontar con éxito los conflictos emocionales. Leiter consideró que los recursos familiares complementan a los de los compañeros de trabajo en la prevención del síndrome de estar quemado o en su alivio.

En el presente estudio no se encontró asociación entre en número de hijos y la variable Burnout. Palmer et al encontró que tener hijos es un factor de riesgo para tener síndrome de

Burnout (21). Sánchez et al encontró que tener varios hijos de asocian con mejores puntuaciones en la escala de Burnout. Grau et al encontró que tener hijos es un factor protector para desarrollar síndrome de Burnout. Blanchard et al no encontró asociación entre número de hijos y Burnout. Ayala et al no encontró en su investigación asociación entre el número de hijos y el síndrome de Burnout (2). Paredes et al no encontró ninguna relación estadísticamente significativa entre el síndrome de Burnout y el número de hijos (22).

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.

No se demostró asociación entre la variable servicio donde labora y síndrome de Burnout. Ksiazek et al encontró diferencias significativas entre la intensidad de Burnout y enfermeras del departamento del departamento de cirugía y oncología (8). Albaladejo et al encontró que el Burnout es más alto en las áreas de oncología y urgencias. Rodríguez et al encontró mayores niveles de síndrome de Burnout en los servicio de urgencia, supervisión, cuneros (37). Molina halló un mayor desgaste en el bloque de hospitalización y servicios generales, y menor en el de especialidades y quirúrgico. Escriba et al no encontró asociación entre la variable departamento donde labora y el síndrome de Burnout.

Este Síndrome podría estar relacionado con trabajos que demandan mucha tensión como por ejemplo: la unidad de cuidados intensivos, urgencias y quirófano lo que implica el trabajo con pacientes de diferente personalidad y diversas patologías, con distinta gravedad, el poco tiempo dedicado a cada paciente y la mala calidad en las relaciones interpersonales.

En el presente estudio no se encontró asociación entre la variable tipo de contrato y síndrome de Burnout. Sánchez et al encontró que un contrato fijo es un factor protector para el síndrome de Burnout (17). Teixeira et al en un estudio realizado en unidades de cuidados intensivos encontró que tener un contrato de trabajo temporal es un factor de riesgo para presentar en síndrome de Burnout. Aranda et al no demostró asociación entre el tipo de contrato y el síndrome de Burnout (1). De Franca et al no encontró asociación entre Burnout y el tipo de contrato temporal o estable (36).

En regla general el hecho del trabajador de ser contratado, tiende a dejarlo ansioso a cada término del contrato, buscando saber si habrá renovación o no. El hecho de ser contratado implica en una preocupación de asegurar el empleo, para garantizar sus compromisos financieros y la sustentabilidad de la familia. La condición de estabilidad en el trabajo garantiza al profesional cierta despreocupación con el término del contrato y con el desempleo.

CONCLUSIONES

1. Aún cuando no se encontró evidencia importante de este problema en médicos y enfermeras del Hospital Regional Hermilio Valdizán, se encuentra evidencia importante de que parte importante del personal de salud presenta una o dos dimensiones alteradas para el síndrome de Burnout, lo cual indicaría que estos estarían en riesgo de en un futuro desarrollar el síndrome de burnout propiamente dicho.
2. Teniendo encuentra el punto anterior, muchos médicos y enfermeras presentan puntuaciones altas para las dimensiones agotamiento emocional y/o despersonalización, otros presentan puntuaciones bajas para la dimensión realización personal.
3. Las principales variables estudiadas como profesión, tiempo de labor en la institución y la carga laboral semanal no tuvieron relación estadísticamente significativa con el síndrome de Burnout en este estudio, esto se explicaría por la baja prevalencia del síndrome de Burnout encontrada en este estudio.
4. No se encontró relación estadísticamente significativa entre las variables intervinientes y síndrome de Burnout en este estudio. Esto también se explicaría por el motivo mencionado en el punto anterior.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda la necesidad de establecer estrategias de detección oportuna de casos no solamente en la unidad de médicos y enfermeras participantes, sino también en otros profesionales de la salud.
2. Es fundamental establecer estrategias de atención para los profesionales que son portadores de este síndrome y también para aquellos que presentan una o dos dimensiones alteradas.
3. Debe ser prioritario establecer programas de orientación, apoyo psicosocial e información a los profesionales que puedan tener factores de riesgo para el desarrollo de este problema.
4. Sería de importancia realizar más estudios de investigación para determinar los factores que estarían alterando algunas de las tres dimensiones que conforman el síndrome de Burnout.
5. Será pertinente realizar trabajos de investigación en este campo para la detección de casos en otras unidades hospitalarias del sector salud.

LIMITACIONES

Las limitaciones para la elaboración y en la realización del presente estudio fueron las siguientes:

En lo referente a la población de estudio, se tuvo que considerar la disposición de tiempo por parte del profesional de salud y su aceptación para poder responder el cuestionario.

En vista del comportamiento del personal médico o de enfermería, la falta de concentración y el poco interés en el tema planteado, al aplicar las encuestas; no podemos afirmar que las respuestas obtenidas sean completamente fidedignas.

Por ser un estudio transversal, no se podrá demostrar causalidad alguna entre las variables independientes y variable dependiente, tampoco se podrá hacer comparación alguna entre otras poblaciones, por la diferencia en sus características socioculturales y económicas.

En lo concerniente a los limitados recursos económicos con los que contamos, y al no tener financiamiento alguno que apoye nuestro estudio, además de la cercanía de la población en estudio, nos limitamos a escoger el Hospital Regional Hermilio Valdizán.

Solo se consideró al personal médico y de enfermería y no a todo el personal del hospital, lo cual no permite una visión global sobre la presencia de síndrome de burnout en todo el personal del hospital.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1.- Aranda-Beltrán C, Pando-Moreno M, Torres-López T, Salazar-Estrada J, Franco-Chávez S. Factores psicosociales y síndrome de burnout en médicos de familia. México. An Fac Med. 2005; 66(3): 225-31.

Disponible en:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832005000300006

2.- Ayala A, Antezana P, Yllatopa E. Síndrome de burnout en asistentes y residentes de anestesiología del Hospital Nacional Daniel A. Carrión, setiembre 2011. Actas Peru Anestesiol. 2012; 20: 13-20.

Disponible en:

http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=87344&id_seccion=4498&id_ejemplar=8603&id_revista=290

3.- Glasberg J, Horiuti L, Borges MA, Zaccaro A, Da Costa V, Abrosio F, et al. Prevalence of the burnout syndrome among brazilian medical oncologists. Rev Assoc Med Bras. 2007; 53(1): 85-89.

Disponible en:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302007000100026&lng=en&nrm=iso&tlng=en

4.- Carlin M, Garcés de los Fayos Ruiz E. El síndrome de burnout: Evolución histórica desde el contexto laboral al ámbito deportivo. Anales de psicología. 2010; 26: 169-80.

Disponible en:

<http://revistas.um.es/analesps/article/view/92171>

5.- Alcaraz C. Frecuencia y factores de riesgo asociados al síndrome de burnout en un hospital de segundo nivel. Tesis de especialista. Colima, Mexico. Universidad de Colima, 2006. 38pp.

6.- Raftopoulos V, Charalambous A, Talias M. The factors associated with the burnout syndrome and fatigue in Cypriot nurses: a census report. BMC Public Health. 2012; 12: 457.

Disponible en:

<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/457>

7.- Apaza E, Mendoza E, Zegarra R, Yoshiyama M. Prevalencia y características sociodemográficas y laborales relacionadas al síndrome de burnout en médicos psiquiatras en un hospital de salud mental. Lima, Peru. 2009. Revista de Psiquiatria y salud mental "Hermilio Valdizan". 2011; 12(2): 27-36.

Disponible en:

http://www.hhv.gob.pe/revista/2011II/2011_2_02.pdf

8. - Ksiazek I, Stefaniak T, Stadnyk M, Ksiazek J. Burnout syndrome in surgical oncology and general surgery nurses: A cross-sectional study. Eur J Oncol Nurs. 2011; 15: 347-50.

Disponible en:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1462388910001316>

9.- Grau A, Flichtentrei D, Suñer R, Prats M y Braga F. Influencia de los factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de Burnout en personal sanitario hispanoamericano y español (2007). Rev Esp Salud Pública. 2009; 83: 215-230.

Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272009000200006&script=sci_abstract

10.- Quiroz R, Saco S. Factores asociados al síndrome de burnout en médicos y enfermeras del Hospital Nacional sur este de EsSalud del Cusco. Revista semestral de la facultad de medicina humana UNSAAC. 2004; 23(4): 11-22.

Disponible en:

http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/situa/2004_n23/enPDF/a04.pdf

11.- OrtegaC, López F. El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. Int J Clin Health Psychol. 2004; 4(1): 137-160.

Disponible en:

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33740108>

12.- Escribà V, Artazcoz L, Pérez S. Efecto del ambiente psicosocial y de la satisfacción laboral en el síndrome de burnout en médicos especialistas. Gac Sanit. 2008; 22(4):300-8.

Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112008000400002

13.- Dominguez J, Herrera F, Villaverde M, Padilla I, Martinez M, Dominguez J. Síndrome de desgaste profesional en trabajadores de atención a la salud en el área sanitaria de Ceuta. Aten primaria. 2012; 44(1): 30-35.

Disponible en:

<http://zl.elsevier.es/es/revista/atencion-primaria-27/sindrome-desgaste-profesional-trabajadores-atencion-salud-area-90093290-originales-2012>

14. - Wu H, Liu L, Wang Y, Gao F, Zhao X, Wang L. Factors associated with burnout among Chinese hospital doctors: a cross-sectional study. BMC Public Health.2013; 13:786.

Disponible en:

<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/786>

15.- Chou L-P, Li C-Y, Hu SC. Job stress and burnout in hospital employees: comparisons of different medical professions in a regional hospital in Taiwan. *BMJ Open*. 2014; 4: 004185

Disponible en:

<http://bmjopen.bmj.com/content/4/2/e004185.full?rss=1>

16.- Chen K-Y, Yang C-M, Lien C-H, Chiou H-Y, Lin M-R, Chiu W-T. Burnout, job satisfaction, and medical malpractice among physicians. *Int J Med Sci*. 2013; 10(11): 1471-1478.

Disponible en:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3775103/>

17.- Sanchez-Madrid M, Delgado A, Alcalde D. Prevalencia del síndrome de burnout o desgaste profesional en los cirujanos ortopédicos de España. *Rev Ortop Traumatol*. 2005; 49: 364-67.

Disponible en:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0482598505744412>

18. - Panagopoulou E, Montgomery A, Benos A. Burnout in internal medicine physicians: differences between residents and specialists. *Eur J Intern Med*. 2006; 17: 195-200.

Disponible en:

[http://www.ejinme.com/article/S0953-6205\(06\)00027-6/pdf](http://www.ejinme.com/article/S0953-6205(06)00027-6/pdf)

19.- Balch C, Shanafelt T, Dyrbye L, Sloan J, Russell T, Bechamps G, et al. Surgeon distress as calibrated by hours worked and nights on call. *J Am Coll Surg*. 2010; 211: 609-19.

Disponible en:

[http://www.journalacs.org/article/S1072-7515\(10\)00828-8/pdf](http://www.journalacs.org/article/S1072-7515(10)00828-8/pdf)

20.- Rodríguez C, Oviedo A, Vargas M, Hernández V, Pérez M. Prevalencia del Síndrome de Burnout en el personal de Enfermería de dos Hospitales del Estado de México. *Fundamentos en Humanidades*. 2009; 19(1): 179-193.

Disponible en:

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18411965011>

21.- Palmer Y, Gomez A, Cabrera C, Prince R, Searcy R. Factores de riesgo organizacionales asociados al síndrome de burnout en médicos y anestesiólogos. *Salud Ment*. 2005; 28(1); 82-91.

Disponible en:

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58212809>

22.- Paredes O, A. Sanabria-Ferrand P. Prevalencia del Síndrome de Burnout en residentes de especialidades médico quirúrgicas, su relación con el bienestar psicológico y con variables sociodemográficas y laborales. *rev.fac.med*. 2008; 16(1): 25-32.

Disponible en:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-52562008000100005&lng=en.

23.- Gomero R, Palomino J, Ruiz F, Llap C. El Síndrome de Burnout en personal sanitario de los hospitales de la empresa minera de Southern Perú Copper Corporation: Estudio Piloto. *Rev Med Hered*. 2005; 16 (4): 233-238.

Disponible en:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2005000400002

24.- Paco M. Factores asociados al síndrome de burnout en trabajadores Hospital II ESSALUD Huánuco 2005. Tesis de Magister. Huánuco, Perú. Universidad Hermilio Valdizán.

25.- Carlin M, Fayos E. El síndrome de burnout: Evolución histórica desde el contexto laboral al ámbito deportivo. *Anales de psicología*. 2010; 26(1): 169-180.

Disponible en:

<http://revistas.um.es/analesps/article/view/92171>

26.- Gómez B, Montero J, Demarzo M, Pereira J, García J. Utilidad de los marcadores biológicos en la detección precoz y prevención del síndrome de Burnout. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 2013; 18 (3), 245-253.

Disponible en: <http://www.aepcp.net/rppc.php?id=763>

27. - Lennartsson A, Billig H, Jonsdottir I. Burnout is associated with elevated prolactin levels in men but not in women. *J Psychosom Res*. 2014; 76: 380 -383.

Disponible en: [http://www.jpsychores.com/article/S0022-3999\(14\)00076-2/fulltext](http://www.jpsychores.com/article/S0022-3999(14)00076-2/fulltext)

28.- Montero J, Skapinakis P, Araya R, Gili M, García J. Towards a brief definition of burnout syndrome by subtypes: Development of the “Burnout Clinical Subtypes Questionnaire” (BCSQ-12). *Health Qual Life Outcomes*. 2011; 9 (74).

Disponible en:

<http://www.hqlo.com/content/9/1/74>

29.- Montero J, Araya R, Oliván B, Skapinakis P, Martínez V, García J. Understanding burnout according to individual differences: ongoing explanatory power evaluation of two models for measuring burnout types. *BMC Public Health*. 2012; 12:922.

Disponible en:

<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/922>

30. Montero J, García J, Mosquera D, López Y. A new definition of burnout syndrome based on Farber's proposal. *J Occup Med Toxicol*. 2009; 4:31.

Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2794272/>

31.- Martínez A. El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. Vivat Academia. 2010;(112).

Disponible en:

<http://pendientedemigracion.ucm.es/info/vivataca/numeros/n112/DATOSS.htm>

32.- Gutierrez G, Celis M, Moreno S, Farias F, Suarez J. Síndrome de burnout. Arch Neurocién. 2006; 11(4): 305-09.

Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/arcneu/ane-2006/ane064m.pdf>

33. 19.- Balch C, Shanafelt T, Dyrbye L, Sloan J, Russell T, Bechamps G, et al. Surgeon distress as calibrated by hours worked and nights on call. J Am Coll Surg. 2010; 211: 609-19.

34. Lennartsson A, Billig H, Jonsdottir I. Burnout is associated with elevated prolactin levels in men but not in women. J Psychosom Res. 2014; 76: 380 -383.

35. Paredes O, A. Sanabria-Ferrand P. Prevalencia del Síndrome de Burnout en residentes de especialidades médico quirúrgicas, su relación con el bienestar psicológico y con variables sociodemográficas y laborales. rev.fac.med. 2008; 16(1): 25-32.

36. de Franca, et al. Burnout y aspectos laborales del personal de enfermería de dos hospitales de medio portea. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2012; 20(5).

37. Albadejo Romana, Villanueva Rosa et al. Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un Hospital de Madrid. Rev Esp Salud Pública 2004; 78: 505-516.

ANEXOS

Anexo N°1: DEFINICIÓN OPERACIONAL

<i>Variable</i>	<i>Definición conceptual</i>	<i>Dimensiones</i>	<i>Definición operacional</i>	<i>Tipo de variable</i>	<i>Escala de medición</i>	<i>Categoría</i>	<i>Indicador</i>	<i>índice</i>	<i>Fuente</i>
Grupo ocupacional	Agrupamiento de profesiones de salud dentro del hospital.	Clasificación del personal del hospital en médicos y enfermeras.	Número de médicos y número enfermeras que se encuentran laborando en el hospital.	Cualitativa Nominal Dicotómica	De razón	Médico Enfermera(o)	Personal del hospital, médicos y enfermeras.		Cuestionario
Tiempo de labor en la institución	Cantidad de tiempo que tiene una persona en el mismo empleo.	Años que ha dedicado a trabajar ejerciendo la profesión.	Tiempo en años que el trabajador ha laborado en el hospital.	Cuantitativa Discreta	De razón		Años ejerciendo la profesión en el hospital.		Cuestionario
Carga laboral semanal	Cantidad de horas que un trabajador acumula en la semana.	Horas que dedica a trabajar ejerciendo la profesión en la institución y horas que dedica a trabajar ejerciendo la profesión en la práctica privada.	Horas a la semana que el trabajador labora en la institución actual y en otras instituciones públicas o privadas.	Cuantitativa Discreta	De razón		Horas acumuladas que trabaja en la institución actual y otras instituciones públicas o privadas.		Cuestionario

<i>Variable dependiente</i>	<i>Definición conceptual</i>	<i>Dimensiones</i>	<i>Definición operacional</i>	<i>Tipo de variable</i>	<i>Escala de medición</i>	<i>Categoría</i>	<i>Indicador</i>	<i>Índice</i>	<i>Fuente</i>
Síndrome de Burnout	Síndrome de agotamiento físico y emocional que genera el desarrollo de actitudes negativas hacia el trabajo, bajo autoconcepto y pérdida de motivación e interés del trabajador hacia los usuarios.	<p>1. Cansancio emocional (CE): Es la pérdida progresiva de energía o el agotamiento de recursos emocionales propios, además de la presencia de cansancio, desgaste y fatiga. El trabajador se siente emocionalmente agotado debido al contacto cotidiano y sostenido con personas que atiende como objeto de su trabajo.</p> <p>2. Despersonalización (DP): Desarrollo de sentimientos negativos, actitudes y sentimientos de cinismo hacia las personas destinatarias del trabajo. Se manifiesta por la presentación de irritabilidad, actitudes negativas y respuestas frías e impersonales</p>	Son respuestas manifestadas por el personal de médicos y enfermeras(os) que laboran en el Hospital Nacional Hermilio Valdizán los cuales pueden desarrollar sentimientos de baja realización personal y alto agotamiento emocional y posteriormente actitudes de despersonalización. Sera medido a través del cuestionario de Burnout de Maslach.	Cualitativa dicotómica	Nominal	-Si presenta síndrome de Burnout -No presenta síndrome de Burnout	<p>1. CE Emocionalmente agotado. Cansado al final del trabajo. Fatigado cuando me levanto por la mañana. Trabajar es un gran esfuerzo. Se siente agotado. Frustrado con el trabajo. Estoy trabajando demasiado. Trabajar con personas me produce estrés. Me siento acabado.</p> <p>2. DP Trato a los pacientes como objetos. Insensible con la gente. Indiferente emocionalmente. No me preocupa los pacientes. Los pacientes me culpan.</p> <p>3. RP</p>	Puntaje obtenido en el cuestionario de Burnout de Maslach: -Si presenta -Niveles altos de CE, DP y nivel bajo RP). -No presenta - Combinaciones restantes de las tres dimensiones	Cuestionario de Burnout de Maslach

		hacia las personas (clientes, pacientes, alumnos, etc.). 3. Realización personal (RP): Es la tendencia de los trabajadores a evaluarse negativamente y a presentar respuestas negativas hacia sí mismos y el trabajo.					Como se sienten los pacientes. Trato los problemas de los pacientes. Influyendo en la vida de las personas. Me siento muy activo. Creo una atmosfera relajada. Me siento satisfecho. Cosas útiles en la profesión. Trato los problemas con calma.		
Variable interviniente	Definición conceptual	Dimensiones	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Categoría	Indicador	Índice	Fuente
Edad	Variable que involucra los años cumplidos desde el nacimiento.	Edad	Años cumplidos que figure en su DNI o partida de nacimiento	Cuantitativo Discreta	Razón	0,1,2,3,...	Años cumplidos		Cuestionario
Género	El sexo es un proceso de combinación de	Género	Característica fenotípica de cada persona.	Cualitativa dicotómica	Nominal	-Masculino -Femenino	Fenotipo		Cuestionario

	rasgos genéticos dando por resultado la especialización de organismos en variedades femenina y masculina								
<i>Estado civil</i>	Condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo o de su mismo sexo.	Estado civil	Condición particular del participante que la caracteriza en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo o de su mismo sexo	Cualitativa politómica	Nominal	-Casado -Soltero -Viudo -Divorciado -Separado -Conviviente	Estado civil que refiere en encuestado		Cuestionario
Número de hijos	Número de hijos en el hogar, para cada persona concreta, se refiere al número de hijos que conviven con esa persona, pertenezcan o no a su núcleo familiar.		Número de hijos para cada personal de salud, se refiere al número de hijos que conviven con esa persona, pertenezcan o no a su núcleo familiar.	Cuantitativa discreta	Razón	0,1, 2,3,...	Número de hijos que refiere el encuestado.		Questionario

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACIÓN

“FACTORES RELACIONADOS AL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN EN EL PERÍODO 2014”

INTRODUCCIÓN

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes de esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

INVESTIGADORES

La presente investigación es conducida por los Señores: BARRERA BARRETO, Cristhian Oscar, LOPEZ TUESTA, Bryam; estudiantes del sexto año de la E.A.P de Medicina Humana, de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán de Huánuco.

OBJETIVOS

La meta de este estudio es identificar los **FACTORES RELACIONADOS AL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN EN EL PERÍODO 2014**. Por lo cual necesitamos de su apoyo para realizar dicha investigación.

RIESGOS Y BENEFICIOS

La investigación no implicará ningún riesgo físico potencial, ya que no se utilizará procedimiento invasivo alguno; sólo se obtendrá información.

Se garantiza la confidencialidad de la información en todo momento, las respuestas a las preguntas no serán reveladas a nadie y que en ningún informe de este estudio se le identificará individualmente, manteniendo el carácter anónimo.

Además, al inicio del estudio se informará a todo participante, sobre los beneficios, para este caso, no se contará con beneficio económico ni incentivo alguno durante el estudio.

ACUERDOS

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en un cuestionario donde se consignarán algunas preguntas acerca de los aspectos familiares, sociales, y psicológicos; para lo cual se le dará un tiempo de 30 a 45 min.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas y mis respuestas a las preguntas no serán reveladas a nadie y que en ningún informe de este estudio se me identificara jamás en forma alguna.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma.

Desde ya le agradecemos su participación.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Al firmar este consentimiento, Yo, identificado con DNI N°..... doy mi consentimiento para que me entreviste un alumno del sexto año de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán ubicada en el distrito de Pillcomarca de la ciudad de Huánuco. Entiendo que seré entrevistada(o) en mi centro de labor y en los horarios que me convengan; me harán algunas preguntas acerca de mi grado de instrucción, datos personales, y responderé una encuesta para determinar síndrome de Burnout. La entrevista durará menos de 1 hora. Entiendo que he sido seleccionada(o) para participar en este estudio, por ser médico o enfermera(o) del Hospital Regional Hermilio Valdizán de los 225 participantes del estudio.

He concebido libremente esta entrevista. Se me ha notificado que es del todo voluntaria y que aun después de iniciada puedo rehusarme a participar. Se me ha dicho que mis respuestas a las preguntas no serán reveladas a nadie y que en ningún informe de este estudio se me identificará jamás en forma alguna.

Este estudio contribuirá a determinar factores relacionados al síndrome de burnout en el personal de salud; además, yo no recibiré algún beneficio material por mi participación.

Entiendo que los resultados de la investigación se me darán a conocer si los solicito. En caso de que tenga alguna pregunta acerca del estudio o sobre mis derechos como participante podré comunicarme con los entrevistadores.

El entrevistador podrá ser localizado:

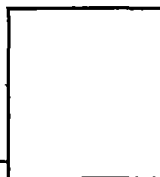
BARRERA BARRETO, Crithian Oscar

número celular: 948190545

LOPEZ TUESTA, Bryam

número celular: 981849797

Firma del entrevistado



Firma del entrevistador

DNI:

Nombres:

Anexo N°2: CUESTIONARIO DE DATOS GENERALES

PREGUNTAS	RESPUESTA
Pregunta N° 1	
Sexo	0. Masculino _____ () 1. Femenino _____ ()
Pregunta N° 2	
¿Cuál es su edad actual?	{ _____ }
Pregunta N° 3	
¿Cuál es su profesión?	0. Médico _____ () 1. Enfermero(a) _____ ()
Pregunta N° 4	
¿Cuántos años o meses viene trabajando, como médico o enfermero(a) en la institución?	Años { _____ } Meses { _____ }
Pregunta N° 5	
¿Cuántas horas a la semana trabaja en el hospital?	{ _____ }
Pregunta N° 6	
¿Cuántas horas a la semana trabaja ejerciendo su profesión en otra institución pública o privada?	{ _____ }
Pregunta N° 7	
¿Cuál es su estado civil?	0. Casado _____ () 1. Soltero _____ () 2. Viudo _____ () 3. Divorciado /separado _____ () 4. Conviviente _____ ()
Pregunta N° 8	
¿Cuántos hijos tiene?	{ _____ }
Pregunta N° 9	
¿Cuál es su tipo de contrato?	0. Nombrado _____ () 1. Contrato a plazo indeterminado _____ () 2. CAS _____ () 3. Otro (Especifique) _____ ()
Pregunta N° 10	
¿En qué servicio labora el mayor número de horas actualmente?	0. Medicina _____ () 1. Cirugía _____ () 2. Pediatría _____ () 3. Ginecología/obstetricia _____ () 4. UCI _____ () 5. Otro (Especifique) _____ ()

Anexo Nº 3: CUESTIONARIO DE BURNOUT

	0	1	2	3	4	5	6
	Nunca	Pocas veces al año o menos	Una vez al mes o menos	Unas pocas veces al mes	Una vez a la semana	Pocas veces a la semana	Todos los días
1. Me siento defraudado de mi trabajo. ¿Con que frecuencia siento esto?							
2. Cuando termino mi jornada de trabajo me siento muy agotado. ¿Con que frecuencia siento esto?							
3. Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado. ¿Con que frecuencia siento esto?							
4. Siento que puedo entender fácilmente a las personas que tengo que atender. ¿Con que frecuencia siento esto?							
5. Siento que estoy tratando ciertos pacientes como si fuesen objetos impersonales. ¿Con que frecuencia siento esto?							
6. Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa. ¿Con que frecuencia siento esto?							
7. Siento que trato con mucha afectividad los problemas de las personas a las que tengo que atender. ¿Con que frecuencia siento esto?							
8. Siento que mi trabajo me está desgastando. ¿Con que frecuencia siento esto?							
9. Siento que estoy influyendo positivamente en las vidas de otras personas a través de mi trabajo. ¿Con que frecuencia siento esto?							
10. Siento que me he hecho más duro con la gente. ¿Con que frecuencia siento esto?							
11. Me preocupa que este trabajo me este endureciendo emocionalmente. ¿Con que frecuencia siento esto?							
12. Me siento con mucha energía en mi trabajo. ¿Con que frecuencia siento esto?							
13. Me siento frustrado por mi trabajo. ¿Con que frecuencia siento esto?							
14. Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo. ¿Con que frecuencia siento esto?							
15. Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a las personas a las que tengo que atender profesionalmente. ¿Con que frecuencia siento esto?							
16. Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa. ¿Con que frecuencia siento esto?							
17. Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable en mi trabajo. ¿Con que frecuencia siento esto?							
18. Me siento estimulado después de haber trabajado íntimamente con quienes tengo que atender. ¿Con que frecuencia siento esto?							
19. Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo. ¿Con que frecuencia siento esto?							
20. Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades. ¿Con que frecuencia siento esto?							
21. Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada. ¿Con que frecuencia siento esto?							
22. Me parece que los beneficios de mi trabajo me culpan de algunos de sus problemas. ¿Con que frecuencia siento esto?							

Anexo N° 4: TABLA DE TABULACIÓN

HIPOTESIS	OBJETIVOS	VARIABLES	CRUCE DE VARIABLES	PLAN DE ANALISIS
Hipótesis General El grupo ocupacional, tiempo de labor en la institución y carga laboral semanal se encuentran relacionados al Síndrome de Burnout, en el personal salud del hospital Nacional Hermilio Valdizán en el periodo 2014.	OBJETIVO GENERAL:	VARIABLE DEPENDIENTE:		
	Determinar la relación del grupo ocupacional, tiempo de labor en la institución y carga laboral semanal al Síndrome de Burnout, en el personal de salud del hospital Nacional Hermilio Valdizán en el periodo 2014.	- Síndrome de Burnout	Síndrome de Burnout	
	OBJETIVOS ESPECIFICOS:	VARIABLES INDEPENDIENTES:		
	Evaluar la relación del grupo ocupacional al Síndrome de Burnout en el personal de salud del hospital Nacional Hermilio Valdizán en el periodo 2014.	- Grupo ocupacional	- Grupo ocupacional/Síndrome de Burnout.	CHI cuadrado
	Evaluar la relación del tiempo de labor en la institución al Síndrome de Burnout en el personal de salud del hospital Nacional Hermilio Valdizán en el periodo 2014.	- Tiempo de labor en la institución	- Tiempo de labor en la institución/ Síndrome de Burnout.	NP: U de Mann Whitney P: T de Student
	Evaluar la relación de la carga laboral semanal al Síndrome de Burnout en el personal salud del hospital Nacional Hermilio Valdizán en el periodo 2014.	-Carga laboral semanal	- Carga laboral semanal/Síndrome de Burnout	NP: U de Mann Whitney P: T de Student
		VARIABLES INTERVINIENTES:		
		-Edad	-Edad/Síndrome de Burnout	NP: U de Mann Whitney P: T de Student
		-Género	-Género/Síndrome de Burnout	Chi-cuadrado
		-Estado civil	-Estado civil/Síndrome de Burnout	Chi-cuadrado
	-Número de hijos	-Número de hijos / Síndrome de Burnout	NP: U de Mann Whitney P: T de Student	
	-Tipo de contrato	-Estado civil/Síndrome de Burnout	Chi-cuadrado	
	-Servicio laboral	-Servicio laboral / Síndrome de Burnout	Chi-cuadrado	

P: Paramétrica NP: No Paramétrica

Anexo N° 6: RECURSOS MATERIALES Y FINANCIEROS

Duración de la Investigación: 8 meses					
Personas: 4 personas.		Tiempo: 8 Meses			
Nombres	Cargo	Horas por mes	Remuneración Mensual	Meses	Total:
Entrevistador 1	Recopilador de Datos	15	S/. 100,00	3	S/. 300,00
Entrevistador 2	Recopilador de Datos	15	S/. 100,00	3	S/. 300,00
Ing. Joel Tucto Berrios	Analista estadístico	16	S/. 400,00	1	S/. 400,00
Secretaria 1	Secretaria	32	S/. 400,00	8	S/. 3.200,00
Sub - total:					S/. 4.200,00
Recursos Materiales:		Unidades	Costo por Unidad		
Bienes (de Capital)					
Equipo de computo		1	S/. 2.100,00		S/. 2.100,00
Programas para computador		2	S/. 6,00		S/. 6,00
Impresora (Marca Canon 2700)		1	S/. 120,00		S/. 120,00
Memoria USB (2 Gb)		2	S/. 40,00		S/. 80,00
Sub - total:					S/. 2.306,00
Bienes (Fungibles)		Unidades	Costo por Unidad		
Tinta de Impresora (Cartuchos):					
- Tinta Negra		2	S/. 60,00		S/. 120,00
- Tinta de Colores (Azul, rojo y amarillo)		2	S/. 70,00		S/. 140,00
Fascos de tinta para impresora: (120 ml c/u)					
- De Tinta Negra		1	S/. 8,00		S/. 8,00
- De Tinta Azul		1	S/. 8,00		S/. 8,00
- De Tinta Rojo		1	S/. 8,00		S/. 8,00
- De Tinta Amarilla		1	S/. 8,00		S/. 8,00
Jeringas de 5 ml.		4	S/. 0,30		S/. 1,20
Agujas para inyectable N° 21		4	S/. 0,10		S/. 0,40

<u>Materiales de escritorio</u>			
Hojas Bond A4	6000	S/. 0,03	S/. 180,00
Lapiceros Faber Castell (24 negros y 24 azules/cada uno)	48	S/. 0,30	S/. 14,40
Lápices (marca MONGOL) N° 2B	24	S/. 1,00	S/. 24,00
Tableros	2	S/. 6,00	S/. 12,00
Tajadores	2	S/. 2,00	S/. 4,00
Borradores	4	S/. 1,00	S/. 4,00
Reglãs	4	S/. 0,50	S/. 2,00
Engrapador	3	S/. 10,00	S/. 30,00
Perforador	2	S/. 5,00	S/. 10,00
Grapas(caja)	1	S/. 2,00	S/. 2,00
Clips (caja)	1	S/. 1,00	S/. 1,00
Sub - total:			S/. 577,00
Servicios	Unidades	Costo por Unidad	
Fotocopiado	900	S/. 0,10	S/. 90,00
Anillado	5	S/. 2,00	S/. 10,00
Empastado	4	S/. 30,00	S/. 120,00
Pasaje para transporte (Taxi)	300	S/. 1,00	S/. 300,00
Sub - total:			S/. 520,00
TOTAL			S/. 7.603,00

Anexo N° 7 ASPECTOS ADMINISTRATIVOS Y PRESUPUESTALES.**Recursos Humanos****Investigadores:****Principal: BARRERA BARRETO CRISTHIAN****LÓPEZ TUESTA BRYAM****Profesor: BERNARDO DAMASO MATTA****Colaboradores:****MENA PARCO JUAN****Personal de Apoyo:****Entrevistadores:****Entrevistador 1. BARRERA BARRETO CRISTHIAN****Entrevistador 2. LÓPEZ TUESTA BRYAM****Personal capacitado en estadística:****JOEL TUCTO BERRIOS****Secretaria:****Recursos Materiales, Financieros y Costos****Tales recursos se presentan en el ANEXO N° 6**

Anexo N° 8 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Tabla 1 Características sociodemográficas de Síndrome de burnout en el Hospital Hermilio Valdizán, Huánuco, 2014

Características	Frecuencia	Porcentaje
Género		
Masculino	32	29.10%
Femenino	78	70.90%
Total	110	100%
Edad		
< 30 años	13	11.80%
31 a 35 años	21	19.10%
36 a 40 años	19	17.30%
41 a 45 años	27	24.50%
46 a 50 años	5	4.50%
51 a 55 años	6	5.50%
56 a 60 años	15	13.60%
> 60 años	4	3.60%
Total	110	100%
Profesión		
Médico	37	33.60%
Enfermera	73	66.40%
Total	110	100%
Estado civil		
Casado	56	50.90%
Soltero	32	29.10%
Viudo	1	0.90%
Divorciado/separado	11	10%
Conviviente	10	9.10%
Total	110	100%

Tipo de contrato		
Nombrado	61	55.50%
Contrato a plazo indeterminado	2	1.80%
CAS	41	37.30%
Otro	6	5.50%
Total	110	100%
Servicio donde labora		
Medicina	22	20.00%
Cirugía	22	20%
Pediatría	16	14.50%
Ginecología/obstetricia	9	8.20%
UCI	7	6.40%
Otro	34	30.90%
Total	110	100%
Número de hijos		
0	27	24.50%
1	22	20%
2	42	38.20%
3	14	12.70%
4	4	3.60%
6	1	0.90%
Total	110	100%
Años de trabajo en el hospital		
≤ 10 años	75	68.20%
>10 años	35	31.80%
Total	110	100%
Horas de trabajo por semana		
≤ 36 horas	70	63.60%
>36	40	36.40%
Total	110	100%

Fuente: Elaboración propia

Anexo N° 9 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL SÍNDROME DE BURNOUT

Tabla 2 Características clínicas de Síndrome de burnout en el Hospital Hermilio Valdizán, Huánuco, 2014

Características	Frecuencia	Porcentaje
Agotamiento emocional		
bajo	80	72.70%
medio	22	20.00%
alto	8	7.30%
Total	110	100%
Despersonalización		
bajo	56	50.90%
medio	32	29.10%
alto	22	20.00%
Total	110	100%
Realización personal		
alto	47	42.70%
medio	31	28.20%
bajo	32	29.10%
Total	110	100%
Síndrome de Burnout		
NO	107	97.30%
SI	3	2.70%
Total	110	100%

Fuente: Elaboración propia

□

Anexo N° 10 ANÁLISIS BIVARIADO

Tabla 3: Análisis bivariado

Profesión	Síndrome de burnout				P
	Si	%	NO	%	
Medico	1	2.7	36	97.3	0.991
Enfermera	2	2.7	71	97.3	
Tiempo de labor					0.55
≥10	3	4	72	96	
<10	0	0	35	100	
Horas de trabajo semanal					0.912
>36	2	2.9	68	97.1	
<36	1	2.5	39	97.5	
Sexo					0.87
Masculino	1	3.1	31	96.9	
Femenino	2	2.6	76	97.4	
Estado civil					0.552
casado	2	3.6	54	96.4	
Soltero	0	0	32	100	
viudo	0	0	1	100	
divorciado/separado	1	9.1	10	90.9	
conviviente	0	0	10	100	

Fuente: Elaboración propia

Anexo N° 11

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	INDICADOR	INSTRUMENTOS	FUENTE
¿Cuáles son los factores relacionados al Síndrome de Burnout en el personal de salud del Hospital Nacional Hermilio Valdizán en el período 2014?	<p>General: Determinar la relación del grupo ocupacional, tiempo de labor en la institución y carga laboral semanal al Síndrome de Burnout, en el personal de salud del Hospital Regional Hermilio Valdizán en el periodo 2014.</p> <p>Específicas: Evaluar la relación del grupo ocupacional al Síndrome de Burnout en el personal de salud del Hospital Regional Hermilio Valdizán en el periodo 2014. Evaluar la relación del tiempo de labor en la institución al Síndrome de Burnout en el personal de salud Hospital Regional Hermilio Valdizán en el periodo 2014. Evaluar la relación de la</p>	<p>General: El grupo ocupacional, tiempo de labor en la institución y carga laboral semanal se encuentran relacionados al Síndrome de Burnout, en el personal salud del Hospital Regional Hermilio Valdizán en el periodo 2014.</p> <p>Específicas: Ho: El grupo ocupacional no es un factor relacionado al Síndrome de Burnout en el personal de salud del Hospital Regional Hermilio Valdizán en el período 2014. Ho: El tiempo de labor en la institución no es un factor relacionado al Síndrome de Burnout en el personal de salud del Hospital Regional Hermilio Valdizán en el período 2014. Ho: La carga laboral semanal no es un factor relacionado al Síndrome de Burnout en el personal de salud del Hospital Regional Hermilio Valdizán en</p>	<i>Grupo ocupacional</i>	Personal del hospital, médicos y enfermeras	Cuestionario	Para la recolección de datos se utilizara la entrevista estructurada Mediante un cuestionario
			<i>Tiempo de labor</i>	Años ejerciendo la profesión en el hospital		
			<i>Carga laboral semanal</i>	Horas acumuladas que trabaja en la institución y práctica privada		

	<p>carga laboral semanal al Síndrome de Burnout en el personal salud del Hospital Regional Hermilio Valdizán en el periodo 2014. Determinar la frecuencia del Síndrome de Burnout en el personal médico y de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán en el periodo 2014.</p>	<p>el período 2014 Hi: El grupo ocupacional es un factor relacionado al Síndrome de Burnout en el personal de salud del Hospital Regional Hermilio Valdizán en el período 2014. Hi: El tiempo de labor en la institución es un factor relacionado al Síndrome de Burnout en el personal de salud del Hospital Regional Hermilio Valdizán en el período 2014. Hi: La carga laboral semanal es un factor relacionado al Síndrome de Burnout en el personal de salud del Hospital Regional Hermilio Valdizán en el período 2014.</p>	<p>Síndrome de Burnout</p>	<p>Puntaje obtenido en el cuestionario de Burnout de Maslach: -Si presenta (niveles medios y altos de CE, DP y RP). -No presenta (Combinaciones de las tres dimensiones restantes).</p>		
			<p>Edad</p>	<p>Años cumplidos</p>		
			<p>Género</p>	<p>Fenotipo</p>		
			<p>Estado civil</p>	<p>Estado civil</p>		
			<p>Tipo de contrato</p>	<p>El tipo de contrato de trabajo con la institución que el encuestado refiera</p>		
			<p>Servicio en que labora</p>	<p>Servicio hospitalario donde el médico o enfermera labore el mayor número de horas, consignado en el cuestionario</p>		
			<p>Número de hijos</p>	<p>Número de hijos</p>		

NOTA BIBLIOGRÁFICA

Bryam López Tuesta

Nacido en la ciudad de Tingo María el 7 de Diciembre de 1991, cursó sus estudios primarios y secundarios en el colegio particular Amazonas. Posteriormente estudios superiores en la Universidad Nacional Hermilio Valdizán Medrano. Culminaron sus estudios de pregrado en el año 2015 y posteriormente realizó el internado médico en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins- EsSalud durante el periodo 2015.

Cristhian Oscar Barrera Barreto

Nacido en la ciudad de Huánuco el 23 de Septiembre de 1989, único hijo del matrimonio entre Oscar Rolando Barrera Córdova y Juana Leonor Barreto Álvarez. Cursó sus estudios primarios en los centros educativos particulares San Juan Bosco y San Luis Gonzaga, ambos de la ciudad de Huánuco, los estudios secundarios los cursó en los colegios particulares Cristobal de Lozada y Puga y San Vicente de la Barquera; ingresando a la carrera académico profesional de medicina humana en el año 2008. Realizó el internado médico en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins- EsSalud del 1 de Enero del 2015 al 31 de Diciembre del 2015.



"Año de la Consolidación del Mar de Grau"
UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN
HUÁNUCO – PERÚ
FACULTAD DE MEDICINA

DECANATO


**ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL
DE MÉDICO CIRUJANO**

En la ciudad Universitaria de Cayhuayna, a los 11 días del mes de marzo del año dos mil dieciséis, siendo las 18 horas con 40 minutos, y de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos de la UNHEVAL, se reunieron en el auditorium de la Facultad de Medicina, los miembros del Jurado Calificador de tesis, nombrados con Resolución N° 026-2016-UNHEVAL-FM-D, de fecha 09.MAR.2016, para proceder con la evaluación de la Tesis colectiva titulada: **"FACTORES RELACIONADOS AL SÍNDROME DE BURNOUT, EN EL PERSONAL SALUD DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN EN EL PERIODO 2014"**, elaborado por los Bachilleres en Medicina Humana de la Facultad de Medicina Humana **BARRERA BARRETO, Crithian Oscar** y **LÓPEZ TUESTA, Bryam** para obtener el **TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO**, conformado el Jurado por los siguientes docentes:

- | | |
|--------------------------------------|--------------------|
| ❖ Méd. Héctor Rubén RODRÍGUEZ ARROYO | Presidente |
| ❖ Méd. Germán GUIASOLA LOBON | Secretario |
| ❖ Mg. Joel TUCTO BERRÍOS | Vocal |
| ❖ Méd. Juan Motta Rodríguez | Accesitario |

Finalizado el acto de sustentación de Tesis, el Presidente del Jurado Evaluador indica al sustentante y al público presente retirarse de la sala de sustentación por un espacio de cinco minutos para deliberar y emitir la calificación final, quedando los sustentantes Aprobados....., con la nota de 17...equivalente a muy bueno, con lo cual se da por concluido el proceso de sustentación de Tesis a horas 19:20, en fe de lo cual firmamos.

Cayhuayna, 11 marzo del 2016



Méd. Héctor Rubén RODRÍGUEZ ARROYO
PRESIDENTE



Méd. Germán GUIASOLA LOBON
SECRETARIO



Mg. Joel TUCTO BERRÍOS
VOCAL

- Bueno (14,15,16)
- Muy Bueno (17,18)
- Excelente (19 y 20)