



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO

SÍNDROME DE BURNOUT Y FACTORES DE RIESGO EN
MÉDICOS HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA
IRIGOYEN 2015

PRESENTADA POR
MARÍA RAQUEL ALDAVE SALAZAR

ASESOR
JOSÉ DEL CARMEN SARA

TESIS
PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRA EN
MEDICINA CON MENCIÓN EN NEUROLOGÍA

LIMA – PERÚ

2016



Reconocimiento - No comercial - Compartir igual
CC BY-NC-SA

La autora permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

SECCIÓN DE POSGRADO

**SÍNDROME DE BURNOUT Y FACTORES DE RIESGO
EN MÉDICOS HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA
IRIGOYEN 2015**

TESIS

**PARA OPTAR AL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRA EN MEDICINA CON
MENCIÓN**

EN NEUROLOGÍA

PRESENTADA POR

MARÍA RAQUEL ALDAVE SALAZAR

ASESOR

DR. JOSÉ DEL CARMEN SARA

LIMA, PERÚ

2016

JURADO

Presidente: Javier Navarrete Mejía. Doctor en Salud Pública

Miembro : Paul Alfaro Fernández. Doctor en Medicina

Miembro : Elfren Morales Villanueva. Maestro en Medicina

A mis padres

ÍNDICE

	Pág.
Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Resumen	v
Abstract	vi
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO	5
1.1 Antecedentes de la investigación	
1.2 Bases teóricas	
1.3 Definición de términos	
CAPÍTULO II: HIPÓTESIS	16
2.1 Formulación de la hipótesis	
2.2 Variables y su Operacionalización	
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	20
3.1 Diseño	
3.2 Diseño muestral: Población, tamaño de muestra, selección de la muestra	
3.3 Procedimientos de recolección de datos	
3.4 Procesamiento y análisis de los datos	
3.5 Aspectos éticos	
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	24
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN	33
CONCLUSIONES	49
RECOMENDACIONES	51
FUENTES DE INFORMACIÓN	
ANEXOS	
Anexo 1: Ficha de recolección de datos	
Anexo 2: Inventario Maslach	
Anexo 3: Test y Baremo	

RESUMEN

El objetivo es identificar los factores de riesgo de burnout en médicos especialistas del Hospital Guillermo Almenara, EsSalud en Lima durante el año 2015. Es un estudio transversal, descriptivo, prospectivo, realizado en 270 médicos a los que se les aplicó el instrumento de medida del síndrome de burnout (Maslach Burnout Inventory) y el cuestionario general de los factores de riesgo organizacional. Se usó la estadística descriptiva (medias y porcentajes) y la inferencial (asociaciones entre las variables de estudio). Se encontró que la prevalencia de burnout fue 27,8%. Las variables: sobrecarga de trabajo (OR: 118,4), pérdida de control sobre lo que se realiza (OR: 21), falta de reconocimiento por el trabajo desempeñado (OR: 8), ambiente laboral hostil (OR:10,2) e injusticia (OR:22) fueron factores de riesgo. Para las variables no organizacionales, realizar más de un turno fue factor de riesgo. En conclusión, la alta prevalencia de burnout, en médicos, está asociada a la presencia de los factores indicados, lo cual tiene un impacto negativo en la relación médico-paciente y deben ser tenidos en cuenta en la implementación de medidas para mejorar las condiciones de trabajo y, por ende, la calidad asistencial.

Palabras clave: Síndrome de burnout, médicos, factores de riesgo

ABSTRACT

Objective to know the risk factors associated to the burnout in physicians at the Guillermo Almenara hospital, EsSalud in Lima, during 2015. A transversal, descriptive and prospective study was conducting to 270 physicians, to which we applied the burnout syndrome measurement instrument (Maslach Burnout Inventory) and the general questionnaire of organizational risk factors. The statistical analysis were descriptive (means and percentages) and inferential (partnerships between the variables under study). The prevalence of burnout syndrome was 27, 8%. The variables: work overload (OR:118,4), loss of control over what is done (OR:21), lack of recognition for work performed (OR:8), hostile work environment (OR:10,2) and injustice (OR:22) were risk factors. Perform more than one shift was risk factor. In conclusion, the high prevalence of burnout syndrome in medical is associates to the factors mentioned which can to have a negative impact on the doctor patient relationship and this has to take into account in the implementation of measures to improve working conditions and hence quality of care

Keywords: Burnout syndrome, physicians, risk factors

INTRODUCCIÓN

Los avances en la tecnología y la globalización han revolucionado el manejo diagnóstico y terapéutico, lo que ha mejorado el pronóstico y la calidad de vida del paciente; sin embargo, han originado en los establecimientos de salud excesiva demanda, trabajos mal remunerados con desvalorización de la labor médica respecto de la tecnología.^{1, 2}

El Seguro Social de Salud (EsSalud) es ejemplo de una institución en el que la población asegurada se ha incrementado en grado considerable sin que los servicios y la cantidad de trabajadores hayan crecido de manera proporcional. En la actualidad la cantidad de asegurados supera los once millones y a nivel nacional solo existen siete nosocomios de alta especialización. El hospital Guillermo Almenara Irigoyen (HNGAI) es uno de ellos, soporta millón y medio de usuarios; es centro de referencia para todo el norte del país, en él se internan pacientes con patologías complejas y/o complicadas, derivados de diferentes provincias.³

De otro lado, la política institucional exige al médico alta productividad y mejores resultados al menor tiempo y con los mínimos recursos. Esto ha viciado los principios de la organización de hospitales que supone una carga laboral conforme a indicadores de productividad y calidad, reconocimiento por el trabajo efectuado y justicia dentro de un ambiente laboral armónico.⁴

La profesión médica posee además algunas características singulares como el contacto permanente con el dolor, la incertidumbre, la angustia y la muerte. Muchas veces con la sensación de hacer poco o nada, aún más cuando las

situaciones que enfrenta vienen definidas por la urgencia, toma de decisiones inmediatas y alta precisión en el tratamiento, donde un error puede terminar en un desenlace fatal.^{5, 6, 7}

Los médicos, por lo tanto, deben desenvolverse con un alto grado de responsabilidad hacia el paciente y en un entorno laboral de mucha presión. En la medida en que aumentan la frecuencia y la duración de las situaciones o eventos estresantes, los recursos de enfrentamiento tienden a agotarse lo que origina estrés; sin tomar en cuenta la situación familiar y personal, la exposición prolongada en el tiempo produce estrés laboral.^{8, 9}

El estrés laboral crónico constituye una agresión continuada a la salud de los médicos. Como respuesta surge el síndrome de burnout o síndrome de quemarse en el trabajo. Schaufeli *et al.* consideran al burnout como un fenómeno relacionado con el trabajo en el que predomina el agotamiento emocional y las actitudes negativas que produce un decremento en la efectividad y el desempeño laboral lo que lleva a una escasa o nula realización profesional.¹⁰

El burnout es un síndrome invisible que se desarrolla de manera progresiva. Se describe que se requiere al menos seis meses de exposición continua a situaciones laborales con alto nivel de exigencia.¹¹ La Organización Mundial de la Salud lo considera como riesgo laboral.¹²

Desde hace tres décadas, en otros países, se ha dado la importancia debida al síndrome de burnout. Se trata de un problema de salud ocupacional que, además de provocar consecuencias negativas en la organización, como deterioro de la calidad de servicio y atención a usuarios, costos institucionales por renuncias, ausentismo o despidos y costo potencial de reclamos por negligencia; a nivel

individual genera sentimientos de minusvalía, actitudes negativas hacia el trabajo y adopción de posturas pasivo-agresivas con los pacientes.^{13, 14, 15}

Los estudios han señalado alta prevalencia de burnout entre los médicos y, han demostrado que al menos un tercio ha presentado este síndrome en algún momento de su carrera. En Estados Unidos, 45,8% de los médicos padecen, al menos uno de los síntomas del burnout.¹⁶ En hispano-américa, se ha reportado que el personal médico muestra una prevalencia variable del síndrome; por ejemplo, en España la prevalencia va del 11,1% al 91,8%; en Centro, Sudamérica y Cuba del 7,7% al 79,7% y en México desde el 12,8% al 50,5%, Colombia del 5,9% al 20,5%.¹⁴

Después de lo descrito, se formula la siguiente interrogante: ¿cuáles son los factores de riesgo relacionados al síndrome de burnout en médicos del hospital Guillermo Almenara EsSalud de Lima, en el año 2015?

El objetivo general de este estudio es conocer los factores de riesgo relacionados al síndrome de burnout en médicos del hospital Guillermo Almenara EsSalud de Lima, en el año 2015.

Los objetivos específicos son:

1. Estimar la prevalencia del síndrome de burnout en médicos
2. Describir las dimensiones del síndrome de burnout en médicos
3. Identificar los factores sociodemográficos y organizacionales de riesgo de burnout en médicos

Se justificó la presente investigación porque nos permitió abordar una problemática que se presenta en EsSalud. El hospital Guillermo Almenara tiene

una jurisdicción que sobrepasa su capacidad de atención. Los médicos están sometidos diariamente a situaciones de estrés sostenidas por la alta demanda de pacientes con enfermedades complejas, a los cuales deben diagnosticar, tratar con escasos recursos y por el manejo de familiares demandantes y muchas veces conflictivos.

El síndrome de burnout, en médicos, es un problema que va en aumento y que repercute no solo en la salud de los profesionales, sino también en la calidad asistencial lo que origina un deterioro en la relación médico-paciente, todo ello con consecuencias negativas para el trabajador, pacientes e institución.

Las conclusiones que se han obtenido mostrará el escenario actual en el que se desarrolla la labor médica. Podría servir para que los responsables de la formulación de políticas de gestión y administración de EsSalud adopten medidas con el propósito de modificar las condiciones laborales y controlar los factores de riesgo organizacionales. Considerándose que este es un síndrome prevenible se podrá evitar su desarrollo, al mejorar las condiciones para un trabajo de alta calidad en ambientes hospitalarios saludables.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1.1 Antecedentes

En Australia, Arora *et al.* encontraron 60% de prevalencia de burnout en emergenciólogos y 38% en médicos de otras especialidades. Los autores concluyeron que el exceso de trabajo, jornadas prolongadas, años de antigüedad fueron los factores de riesgo más frecuentes en esta patología.¹⁵

Un estudio realizado en Taiwán investigó burnout, satisfacción en el trabajo y mala práctica en 839 médicos. Los resultados mostraron en el 36,8% niveles moderados de agotamiento emocional y en el 13,1%, altos. En la dimensión despersonalización, en el 32,5% niveles moderados y en el 9,3%, altos. En la dimensión baja realización personal, en el 49,9% niveles moderados y en el 0,7%, altos. Este estudio concluyó que los médicos residentes, los de familia, y los que realizaban mala práctica mostraban los niveles más altos en las tres dimensiones del burnout. Los especialistas obtuvieron los niveles más altos en las dimensiones de agotamiento emocional y despersonalización.¹⁶

Una investigación realizada a 300 médicos especialistas españoles (medicina intensiva, medicina interna, traumatología, oncología y radiología), encontró niveles altos de agotamiento emocional y despersonalización en oncólogos (22,4%) y traumatólogos (20,5%) y niveles altos de baja realización personal, en radiólogos (54,8%). Los autores concluyeron que la probabilidad de presentar un nivel alto de agotamiento emocional y despersonalización era mayor en los profesionales que estaban en contacto directo con el sufrimiento y la muerte y

en los que presentaron sobrecarga de trabajo. El riesgo de baja realización personal era mayor en las personas con insatisfacción respecto a las recompensas profesionales.¹⁷

Así mismo, en España un trabajo analítico de cohorte abierta durante los años 2005 y 2007 investigó a 167 médicos de familia. En los dos años de seguimiento, la prevalencia de burnout se incrementó de 67,9% a 68,8%; la dimensión despersonalización de 37% a 41,3%, baja realización profesional de 37% a 41,9%; sin embargo, la proporción de agotamiento emocional disminuyó de 56,8% a 51,3%. La presencia de burnout se asoció a la sobrecarga de trabajo, utilización de medicación crónica especialmente psicofármacos y a la inadecuada coordinación con enfermería.¹⁸

La Sociedad Americana de Oncología Médica condujo una investigación en oncólogos americanos para evaluar la satisfacción laboral y la presencia del síndrome de burnout. Encontró niveles altos de agotamiento emocional en 38,2%; despersonalización en 24,9% y baja realización profesional en 13,2%. Concluyó que los factores de riesgo relacionados con el burnout fueron exceso de pacientes y largas jornadas de trabajo semanales. La gran mayoría estuvieron satisfechos con su especialidad (80,4%).¹⁹

Grau *et al.* estudiaron el síndrome de burnout en 11 530 profesionales sanitarios en nueve países de habla hispana. La prevalencia de burnout en España fue 14,9%, en Argentina 14,4%, en Uruguay 7,9%. México, Ecuador, Perú, Guatemala y el Salvador presentaron prevalencias entre 2,5% y 5,9%, por profesiones. Los médicos presentaron una prevalencia mayor (12,1%) que las otras profesiones: enfermería (7,2%), odontología, psicología y nutrición (6%).

Fueron variables protectoras la satisfacción profesional, los hijos, antigüedad laboral, el optimismo y la percepción de sentirse valorado.²⁰

Sánchez-Cruz *et al.* Encontraron síndrome de burnout en 45% de los médicos de familia. Mostraron mayor prevalencia los que realizaban turnos extras o trabajos extrainstitucionales.²¹

Un estudio mejicano reportó síndrome de burnout en 41,6% de los médicos de familia. Los autores señalaron como factores de riesgo: género femenino, mayor de 40 años, con hijos y antigüedad laboral mayor de 10 años.¹⁴

Tironi *et al.* estudiaron el síndrome de burnout en 297 médicos intensivistas. Reportaron niveles altos de agotamiento emocional (47,6%), despersonalización (24,7%) y baja realización personal (28,4%). Concluyeron que la elevada carga laboral, el poco control sobre ella y las jornadas de trabajo prolongadas eran los factores de riesgo más importantes.²²

Un estudio colombiano sobre burnout en médicos generales y especialistas en 2010 reportó 17,6% de prevalencia. Los autores encontraron que los médicos con disfunción familiar y aquellos con actividad extrainstitucional tuvieron mayor tendencia a presentar este síndrome.²

En 2010 una investigación en 146 anestesiólogos del Paraguay identificó una prevalencia global de síndrome de burnout en 72,6%. La dimensión más frecuente fue agotamiento emocional (60,9%), seguido de despersonalización (50,7%) y baja realización personal (25,3%). Los factores de riesgo fueron juventud, falta de pareja estable y sobrecarga laboral.²³

En Argentina, un estudio realizado a 162 pediatras intensivistas concluyó riesgo alto de Burnout en 41%. Los médicos sin pareja y que trabajaban más de 36 horas semanales fueron más propensos.²⁴

En Perú, un estudio sobre coexistencia de síndrome de burnout y síntomas depresivos en 84 médicos residentes reportó Burnout en 54,9%; depresión en 38,6% y depresión más Burnout en 32,9%. Los autores encontraron asociación entre burnout y depresión. Los médicos con ambos trastornos fueron de primer o segundo año, sin pasatiempo, inconformes con la residencia y realizaban más guardias al mes que el grupo sin burnout.²⁵

De igual modo una investigación en psiquiatras peruanos encontró niveles altos de agotamiento emocional en el 13,9%; despersonalización en 8,3% y baja realización personal en el trabajo en 11,1%.²⁶

1.2 Bases teóricas

Bases clínicas de burnout

En 1974 el psiquiatra Freudenberg observó que al cabo de un periodo, entre uno y tres años, la mayoría de trabajadores de una clínica para toxicómanos presentaba una progresiva pérdida de energía, desmotivación y falta de interés por el paciente, hasta llegar al agotamiento asociado a síntomas de ansiedad y depresión. El tipo de trabajo que estas personas realizaban se caracterizaba por carecer de horario fijo y tener un salario muy escaso en un contexto social muy exigente.

Se mostraban insensibles, poco comprensivas, agresivas, con un trato distanciado y cínico. Con tendencia a culpar al paciente de los propios problemas que padecían.

Freudenberger utilizó por primera vez el término “burnout” para describir este patrón conductual y lo definió como “fallar, agotarse, o llegar a desgastarse debido a un exceso de fuerza, demandas elevadas de energía o de recursos”. Tomó la definición literalmente del diccionario, con lo que incorporó un término coloquial al lenguaje científico.²⁷

Posteriormente, Maslach y Jackson (1979-1981) definen el síndrome de burnout como un estado de agotamiento físico, emocional y de cinismo que ocurre con frecuencia en los trabajadores de servicios de salud. Lo configuran como un síndrome tridimensional y elaboran el *Maslach Burnout Inventory (MBI)* para evaluar los niveles de Burnout.²⁸

Según estos autores, los aspectos centrales del burnout son: 1) Agotamiento emocional, caracterizado por cansancio físico y emocional progresivo. El profesional percibe que da más de lo que recibe y siente que sus expectativas se ven repetidamente frustradas. 2) Despersonalización, referida al desarrollo de actitudes negativas. Se desvaloriza la relación médico-paciente y se sustituye por el distanciamiento emocional. Esto propicia que el afectado responda con irritabilidad y cinismo ante la demanda de los pacientes y de la organización sanitaria. Expresa conductas de rechazo hacia los usuarios del servicio, a los que culpa de su situación actual. 3) Baja realización personal, es la tendencia del trabajador a evaluarse negativamente a sí mismo y hacia el trabajo, presenta pérdida de interés, baja autoestima, aislamiento, sensación de incompetencia personal, y reducida satisfacción con los logros laborales.²⁸

Pines *et al.* definen el síndrome de burnout como un estado de agotamiento emocional, físico y mental, resultado de implicarse con personas en situaciones

que son emocionalmente demandantes. El agotamiento emocional predispone a la persona a sentirse exhausta, desilusionada, triste y resentida, por la imposibilidad de explicar las situaciones y por la indiferencia hacia la solución de los problemas. El agotamiento físico se manifiesta en forma de cansancio y fatiga crónica que no disminuye con el sueño; por el contrario acaba generando problemas de sueño y otras manifestaciones psicósomáticas. El agotamiento mental se manifiesta por sentimientos de fallo personal y desarrollo de actitudes negativas hacia el contexto social de trabajo.²⁹

Gil Monte y Peiró proponen que el burnout podría ser entendido como una respuesta al estrés laboral cuando fallan las estrategias funcionales de afrontamiento usadas por el sujeto, comportándose como variable mediadora en la relación estrés percibido y consecuencias. Estos autores plantean la necesidad de diferenciarlo de otros estados con los que suele confundirse, como estrés general, fatiga física, depresión, tedio, insatisfacción laboral, acoso laboral (*moobing*) o crisis de la edad media de la vida. Señalan que más que un estado, el burnout es una particular respuesta a corto y mediano plazo al estrés crónico en el trabajo.³⁰

Schaufeli, Maslach y Leiter (2008) delimitan el burnout como una respuesta prolongada a estresores crónicos relacionados con las características del trabajo, que incluye alto volumen de pacientes, conflicto, pérdida de control, falta de participación y experiencia de injusticia, que afectan a nivel personal y laboral.¹⁰

En la actualidad, se acepta que el síndrome de burnout también afecta a otros grupos de profesionales como directivos, trabajadores en los ámbitos sociales,

voluntarios y amas de casa. Existe un acuerdo general respecto a que el burnout es una respuesta al estrés laboral crónico, con consecuencias negativas para el trabajador y la organización, se presenta particularmente en determinadas ocupaciones que proporcionan un servicio y cuando hay relación directa con clientes o usuarios.³¹

En la génesis del síndrome de burnout, se han propuesto varios modelos psicosociales. Gil-Monte y Peiró (1999) los han clasificado en cuatro grupos: teoría socio-cognitiva del yo, del intercambio social, organizacional y estructural.³⁰

Teoría socio-cognitiva del yo: Las cogniciones de los individuos influyen en lo que estos perciben y, a su vez, estas se ven modificadas por los efectos de sus acciones y por la acumulación de las consecuencias observadas en los demás. La creencia o grado de seguridad por parte de un sujeto en sus propias capacidades para conseguir sus objetivos y la facilidad o dificultad en conseguirlos también definirá ciertas reacciones emocionales, como la depresión o estrés, que acompañan a la acción. La mayoría de las personas que empiezan a trabajar en profesiones de servicios está altamente motivada para ayudar a los demás y posee 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 el logro de las metas, disminuyen los sentimientos de autoeficacia y finalmente producen el síndrome de Burnout.³⁰

Teoría del intercambio social: Propone que el síndrome de burnout se origina en las percepciones de falta de equidad o de ganancia que presentan los sujetos

como resultado del proceso de comparación social cuando se establecen relaciones interpersonales. Los profesionales de los servicios de ayuda establecen relaciones de intercambio (ayuda, aprecio, gratitud, y reconocimiento) con los receptores de su trabajo, compañeros, supervisores y organización. En esas relaciones las expectativas de equidad o ganancia sobre los intercambios juegan un papel importante. Cuando de manera continuada los sujetos perciben que aportan más de lo que reciben a cambio de su implicación personal y de su esfuerzo, se desarrolla el síndrome de Burnout.³⁰

Teoría organizacional: Enfatiza la importancia de los estresores de la organización (disfunciones del rol, la estructura, la cultura y el clima organizacional) y de las estrategias de afrontamiento empleadas ante la experiencia de quemarse.³⁰

Teoría estructural: Plantea que el síndrome de burnout es una respuesta al estrés laboral que surge tras un proceso de reevaluación cognitiva, cuando las estrategias de afrontamiento empleadas por los profesionales no son eficaces para reducir ese estrés laboral percibido. Esta respuesta supone una variable mediadora entre el estrés percibido y sus consecuencias; se inicia con el desarrollo conjunto de baja realización personal en el trabajo con altos sentimientos de agotamiento emocional y, finalmente, actitudes de despersonalización. Esta perspectiva integra el papel de las cogniciones y emociones como variables mediadoras en la relación entre el estrés laboral percibido y las respuestas actitudinales y conductuales.³⁰

El síndrome de burnout produce deterioro en la salud física, psicológica y laboral de los individuos.

En el aspecto físico: hipertensión arterial, enfermedad coronaria, fatiga crónica, cefalea, dolor abdominal, colon irritable, úlcera duodenal, asma, insomnio, disfunción sexual y dolores musculares o articulares

Las manifestaciones que inciden en la salud psicológica son ansiedad, depresión, irritabilidad, disforia, baja autoestima, falta de motivación, reducida satisfacción laboral, dificultades de concentración, distanciamiento emocional, sentimientos de frustración profesional y deseos de abandonar el trabajo

En el ámbito laboral: absentismo, abuso de drogas, aumento de conductas violentas, disminución de la productividad, falta de competencia y deterioro en la calidad de servicio.

Finalmente, hay aspectos del síndrome que lo hacen especialmente peligroso. El burnout es contagioso. La pérdida de autoestima profesional y el cuestionamiento de las propias tareas propician la formación de grupos con similares características que son en sí mismos un factor de precipitación y aceleramiento de un burnout generalizado en el ambiente laboral. La pérdida de la ilusión personal puede llevar fácilmente al cinismo colectivo y actitudes más o menos claras de sabotaje organizacional en el sentido de declinar iniciativas de mejora de cambio, produciéndose entonces un clima social de desvinculación y una moral grupal de derrotismo y abandono.⁵

Bases clínicas de los factores de riesgo

Los factores organizacionales son las condiciones presentes en una situación laboral directamente relacionadas con la organización del trabajo, con el contenido del puesto, con la realización de la tarea e incluso con el entorno.³²

Gil-Monte y Schaufeli *et al.*, sugieren que el entorno laboral y las condiciones de trabajo son factores influyentes en el desarrollo del burnout. Proponen cinco factores de riesgo organizacionales.^{1, 10}

1. Carga del trabajo: definida como la cantidad de trabajo que se realiza en un momento dado, esto es, el volumen de trabajo asequible ofrece la oportunidad de disfrutar con la tarea, para conseguir los objetivos laborales. El exceso de trabajo no se conceptualizaría simplemente como un desfase o exceso en los requisitos para conseguir un nuevo reto, sino ir más allá de los límites humanos. Los niveles altos de carga laboral objetiva y la presión horaria disminuyen el rendimiento cognitivo, incrementan el malestar afectivo y la reactividad fisiológica.

2. El control: Se define como la oportunidad de hacer elecciones y tomar decisiones, resolver problemas y contribuir al cumplimiento de las responsabilidades. Se produce discrepancia cuando las personas carecen de control suficiente para cumplir con las tareas asignadas.

3. Recompensa: incluye el reconocimiento económico y social del trabajo, indicadores claros de lo que valora la organización, la falta de reconocimiento devalúa tanto el trabajo como a ellos mismos.

4. Clima laboral: se define como la calidad del entorno social de una organización relacionado con el apoyo social, la colaboración y los sentimientos positivos. Los desajustes se producen cuando no existe una conexión positiva con los demás en el trabajo.

5. Equidad o justicia: considera que la organización tiene normas coherentes y justas para todos. Un elemento importante en este factor es el grado en que

los recursos se asignan de acuerdo a procedimientos comprensibles y consistentes. La justicia o equidad transmite respeto por los miembros de la comunidad. La injusticia indica confusión en los valores de una organización y en sus relaciones con las personas.

1.3 Definición de términos

1.3.1 Burnout: Se denomina también síndrome de quemarse por el trabajo, es una respuesta inadecuada al estrés laboral crónico y se caracteriza por tener tres dimensiones: cansancio o agotamiento emocional, despersonalización o deshumanización y baja realización personal en el trabajo.¹⁰

1.3.2 Factores de riesgo: Son las condiciones presentes en una situación laboral directamente relacionadas con la organización del trabajo, con el entorno y/o con la realización de la tarea que tienen la capacidad de afectar el desarrollo laboral y la salud de los trabajadores.³²

CAPÍTULO II HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.1 Formulación de la hipótesis

Hipótesis general

Los factores de riesgo relacionados al síndrome de burnout, en médicos del hospital Guillermo Almenara EsSalud de Lima, en el año 2015, son sobrecarga laboral, pérdida de control, bajo reconocimiento por el trabajo desempeñado, carencia de cordialidad en el ambiente laboral e injusticia.

Hipótesis específicas

1. Se presenta alta prevalencia del síndrome de burnout en médicos especialistas de un hospital nacional.
2. El agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal son las dimensiones del síndrome de burnout en médicos de un hospital nacional.
3. Existen variables sociodemográficas y organizacionales de riesgo de burnout en médicos de un hospital nacional.

2.2 Operacionalización de las variables

Tabla 1. Operacionalización de la variable burnout

Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Instrumentos	Indicador
<p>Respuesta al estrés crónico laboral.</p> <p>Caracterizado por: agotamiento, insensibilidad hacia las personas que se atiende falta de valorización de la propia profesión¹⁰</p>	Variable cualitativa	<p>1 Cansancio emocional</p> <p>2 Despersonalización</p> <p>3. Baja realización personal</p>	<p><i>Maslach Burnout Inventory:</i></p> <p>1. Cansancio emocional, conformado por nueve reactivos, que describen el agotamiento</p> <p>2. Despersonalización, constituida por cinco reactivos que describen la insensibilidad</p> <p>3. Baja realización personal, conformado por ocho preguntas que describen la desmotivación</p>	<p>Alto: > 27</p> <p>Medio: 17-26</p> <p>Bajo: 0 a 16</p> <p>Alto > 14</p> <p>Medio: 9-13</p> <p>Bajo 0 a 8</p> <p>Alto: < 30</p> <p>Medio: 31-36</p> <p>Bajo: 37-49</p>

Tabla 2. Operacionalización de la variable factores de riesgo laboral

Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Instrumento	Indicador
Los factores de riesgo laboral son condiciones presentes en una situación laboral directamente relacionadas con la organización del trabajo, con el entorno, con la realización de la tarea que tienen la capacidad de afectar al desarrollo del trabajo y a la salud de las personas trabajadoras. ³²	Variable cualitativa	<p>1. Sobrecarga de trabajo</p> <p>2. Pérdida de control sobre lo que se realiza</p> <p>3. Falta de reconocimiento por el trabajo desempeñado</p> <p>4. Pérdida de la cordialidad en el ambiente laboral</p> <p>5. Injusticia</p>	<p>Cuestionario de Factores de riesgo laboral:</p> <p>1. Sobrecarga de trabajo: (04 reactivos)</p> <p>2. Pérdida de control: (03 reactivos)</p> <p>3. Falta de reconocimiento: (05 reactivos)</p> <p>4. Pérdida de la cordialidad en el ambiente laboral (02 reactivos)</p> <p>5. Injusticia: (04 reactivos)</p>	<p>1. Si existe sobrecarga laboral= 2 a 4</p> <p>2. No existe sobrecarga laboral= 0 a 1</p> <p>1. Si pérdida de control= 1 a 3</p> <p>2. No pérdida de control= 0</p> <p>1. Falta de reconocimiento= 2 a 5</p> <p>2. No falta de reconocimiento= 0 a 1</p> <p>1. Buen ambiente laboral= 0</p> <p>2. Mal ambiente laboral= 1 a 2</p> <p>1. Existe injusticia= 2 a 4</p> <p>2. No existe injusticia</p>

Tabla 3. Operacionalización de variables sociodemográficas

Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Instrumentos	Indicador
Edad	Número de años de la persona	N/A	N/A	Igual o mayor de 25 años
Sexo	Cualitativa nominal dicotómica	N/A	N/A	Varón Mujer
Estado civil	Cualitativa nominal	N/A	N/A	Sin pareja Con pareja
Hijos	Cuantitativa Discreta	N/A	N/A	Sin hijos Con hijos
Especialidad	Variable cualitativa	N/A	N/A	Clínica Quirúrgica
Años de ejercicio profesional	Número de años en la labor desde que se tituló de especialista	N/A	N/A	Menos de 10 años Más de 10 años
Horario laboral: Grado en el cual un médico se reporta a trabajar a la hora en que está programado	Número de horas por semana que el médico labora	N/A	N/A	36 horas semanales Más de 36 horas semanales

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1 Diseño

Investigación cuantitativa, transversal, descriptiva, prospectiva, no experimental de estadística inferencial.

3.2 Diseño muestral: Población, tamaño de muestra, selección de la muestra

Población de estudio:

450 médicos especialistas del hospital nacional Guillermo Almenara que trabajaron en 2015.

Muestra:

270 médicos especialistas del hospital nacional Guillermo Almenara que trabajaron en 2015

Selección de la muestra:

Criterios de inclusión: Médicos especialistas, mayores de 25 años.

Criterios de exclusión: Médicos residentes, rotantes, con licencia, de vacaciones, con cargos administrativos y los que no desearon participar en el estudio. Se eliminaron las encuestas que no se llenaron correctamente

3.3 Procedimientos de recolección de datos

La recolección de los datos se realizó a través de una encuesta. Se aplicaron dos instrumentos a cada participante: 1) Inventario de Burnout de Maslach y 2)

Cuestionario de factores de riesgo laboral. Se aprovechó la parte final de las reuniones clínicas que se realizan en cada servicio para llevar a cabo la encuesta. Previo a la entrega de los cuestionarios, se solicitó la colaboración a los médicos presentes para participar en una investigación que tuvo como objetivo el estudio del síndrome de burnout y su relación con los factores de riesgo laboral en los médicos del hospital. La participación fue voluntaria, garantizándose la confidencialidad de las respuestas. Se les proporcionó los cuestionarios y cada profesional contestó en forma individual. Se les explicó que había instrucciones específicas para poder completar los cuestionarios.

Instrumentos

Inventario Burnout de Maslach en español (MBI)

El cuestionario incluyó 22 preguntas con respuestas cerradas en una escala de Lickert de siete opciones, respecto a la frecuencia en que se experimentan ciertas sensaciones relacionadas con el trabajo. Con una puntuación posible de 0 (nunca) a 6 (diariamente) para cada ítem. Se evaluaron las siguientes variables: Agotamiento Emocional (AE), Despersonalización (DP) y Baja Realización Personal (BRP)

Las puntuaciones de cada subescala se obtuvieron al sumar los valores de los ítems, lo cual permitió evaluar los niveles del síndrome que tuvo cada encuestado. Las tres variables establecidas por el cuestionario de MBI fueron identificadas de la siguiente manera: a) AE (preguntas 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, y 20); b) DP (preguntas 5, 10, 11, 15 y 22) y c) BRP (preguntas 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21).

Se puntualizaron y categorizaron las tres subescalas en niveles bajo, moderado y alto: AE: nivel alto mayor de 27, moderado de 19 a 26 y bajo menor de 18. DP: nivel alto mayor de 10, moderado de 6 a 9 y bajo menor de 6 y, en contrapartida, la baja realización profesional (BRP) funciona en sentido opuesto a las anteriores: nivel alto menor de 33, moderado de 34-39 y nivel bajo mayor de 40. Así, la puntuación baja indicaría altos niveles de baja realización, la intermedia mostraría moderada realización y la puntuación alta evidenciaría sensación de logro.

De acuerdo a las recomendaciones de las autoras del MBI se consideró caso de burnout cuando la persona participante expresaba un alto nivel de AE y DP y un bajo nivel de realización personal o un alto nivel de BRP.

Cuestionario de factores de riesgo laboral

Constituido por cinco dimensiones: 1) Falta de reconocimiento por el trabajo desempeñado: conformado por cinco reactivos, con una puntuación de 2 a 5. 2) Sobrecarga de trabajo: compuesto por cuatro reactivos, con puntuación de 2 a 4. 3) Pérdida de control sobre lo que se realiza: incluye tres reactivos, con puntuación de 1 a 3. 4) Injusticia: conformada por cuatro reactivos, con puntuación de 2 a 4 y 5) Pérdida de la cordialidad en el ambiente laboral: incluye dos reactivos, con puntuación de 1 a 2.

3.4 Procesamiento y análisis de los datos

Para el análisis de los datos se utilizaron la estadística descriptiva y la inferencial. El análisis descriptivo incluyó frecuencias y porcentajes de cada una de las variables sociodemográficas, profesionales y organizacionales, así como de la

escala de Maslach, este último con el propósito de obtener las prevalencias del burnout en general y de cada una de las dimensiones.

El análisis inferencial se usó para obtener las asociaciones entre las variables sociodemográficas, laborales y organizacionales con el síndrome de burnout. Se calculó el chi-cuadrado (X^2), considerando significativa si la $p < 0,005$.

Los resultados se expresaron mediante la odds ratio (OR) y sus intervalos de confianza al 95%. La OR cruda representa la asociación individual de la variable independiente con la dependiente. La OR ajustada incluye en el modelo a todas las demás variables estudiadas.

La base de datos se realizó mediante el programa Excel 2010 y el análisis mediante el programa STATA

3.5 Aspectos éticos

La participación en la encuesta fue anónima y voluntaria, los resultados se registraron con códigos, se mantuvo la confidencialidad de los mismos y no se produjo daño a ninguna persona. Se respetó los principios éticos en la investigación.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

De 450 encuestas distribuidas a los médicos, no desearon participar 120 (27%).

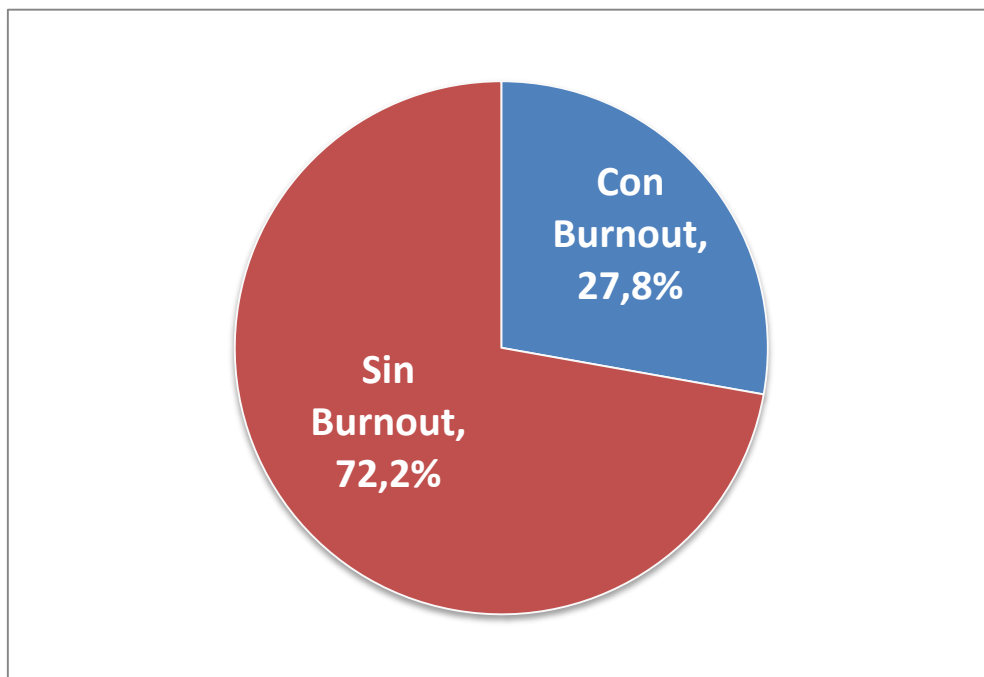
De los 330 encuestados completaron correctamente los cuestionarios 270 (82%).

La edad promedio de los participantes fue de $47 \pm 2,5$ años. El 71% con pareja y el número promedio de hijos fue dos. La antigüedad laboral promedio fue de $15 \pm 5,5$ años.

El 57% laboraban en el área quirúrgica y el 43%, en el área clínica. El 44% realizaban más de un turno por día.

De los 270 médicos encuestados, se identificaron 75 casos con síndrome de burnout y una prevalencia estimada de 27,8%.

Gráfico 1. Prevalencia del Síndrome de Burnout en médicos. Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen 2015



Al considerar por separado las manifestaciones de las subescalas de burnout, la despersonalización fue la manifestación de mayor prevalencia en nivel alto, seguido del síntoma de agotamiento emocional y de baja realización personal en el trabajo. Al considerar todos los niveles de afectación de las dimensiones (moderado y alto) el agotamiento emocional alcanzó el 65%; la despersonalización, 62% y la baja realización personal, 61%.

Gráfico 2. Distribución porcentual por niveles de las dimensiones del síndrome de Burnout en médicos. Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. 2015

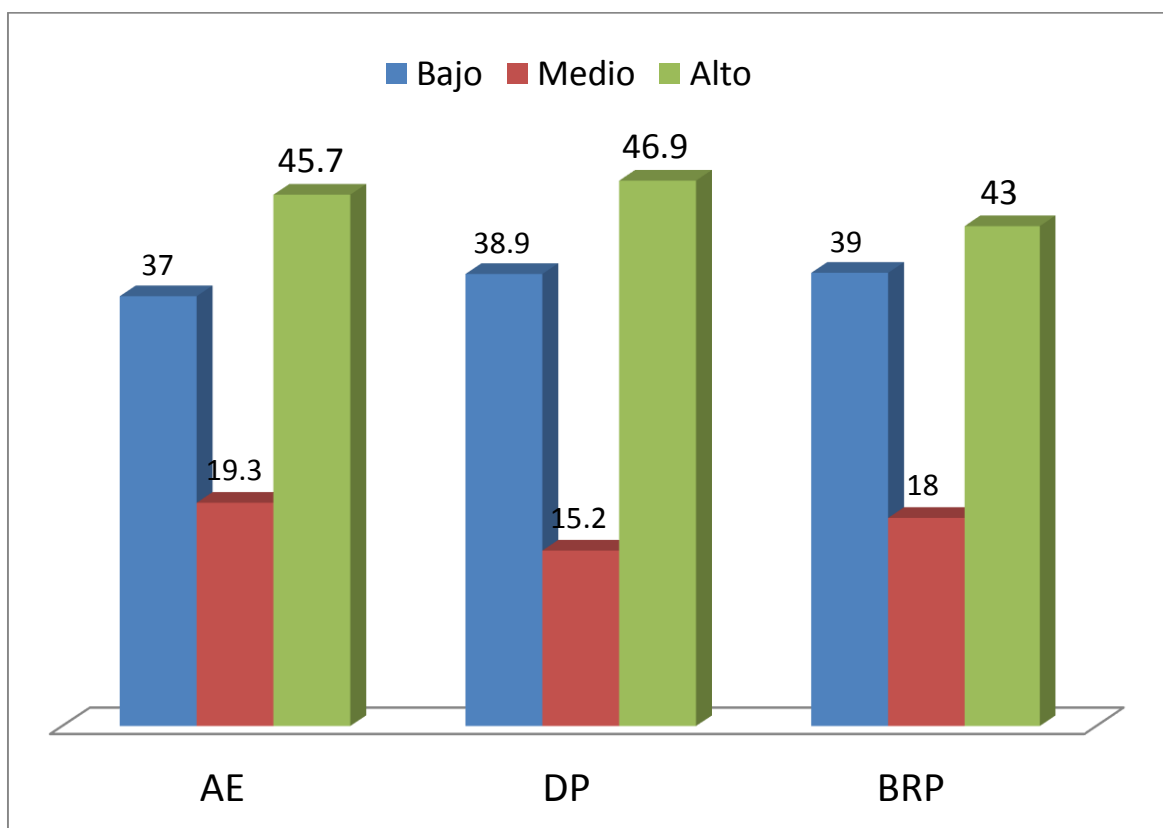


Tabla 1. Variables sociodemográficas y síndrome de burnout en médicos. Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. 2015

Variables Sociodemográficas y profesionales	Burnout				P	OR
	SI n = 75		NO n = 195			
	N°	%	N°	%		
Género						
Masculino	40	53	147	75	0,001	0,37
Femenino	35	47	48	25		
Hijos						
Sin hijos	23	31	35	18	0,024	0,49
Con hijos	52	69	160	82		
Turno laboral						
Un turno	35	47	117	60	0,049	1,71
Más de un turno	40	53	78	40		

En la tabla 1, se muestran las variables sociodemográficas relacionadas a síndrome de burnout. Ser varón ($X^2 = 12,37$; $p = 0,001$) y tener hijos ($X^2 = 5,19$; $p = 0,024$) son factores protectores en un 51%. Realizar más de un turno ($X^2 = 3,91$; $p = 0,049$) aumenta el riesgo en un 71%.

Gráfico 3. Síndrome de burnout en médicos en relación a género. Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. 2015

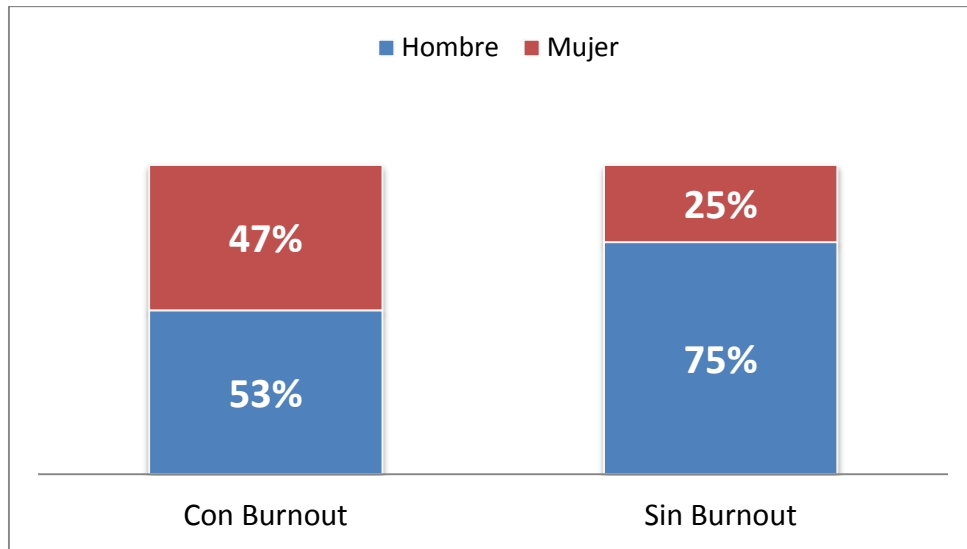


Gráfico 4. Variable hijos y su relación con el síndrome de burnout en médicos. Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. 2015

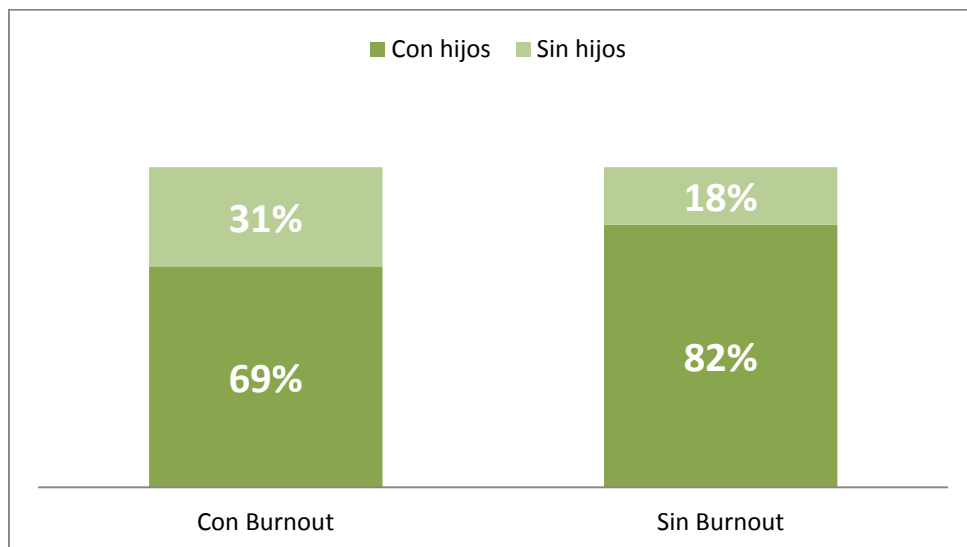
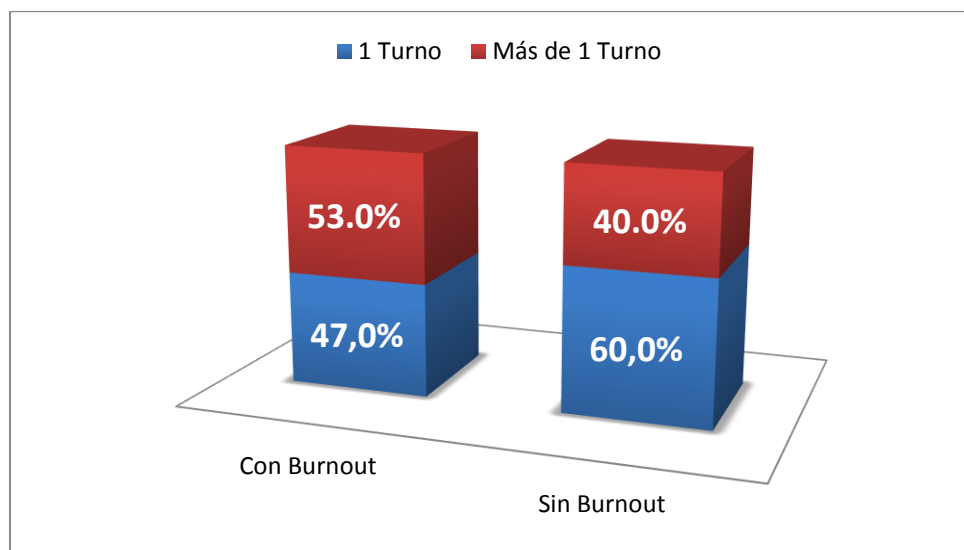


Gráfico 5. Turno laboral y su asociación con el síndrome de burnout en médicos. Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. 2015



En relación a las variables organizacionales, se obtuvieron los siguientes resultados: Para sobrecarga de trabajo, en el grupo de casos 98,7% y en el grupo sin burnout 31,8%; se indicó exceso de trabajo. Para pérdida de control sobre lo que se realiza, en el grupo de casos 98,7% y en el de control 39,5%. Para la variable falta de reconocimiento por el trabajo desempeñado, en el grupo de casos 97,3% y en el de control 43,6%, se señaló que no existía reconocimiento. Para pérdida de cordialidad en el ambiente laboral, en el grupo de casos 94,7% y en el de control 94,7%; se indicó que existe un mal ambiente laboral. Para la variable de injusticia, en el grupo de casos 98,7% y en el de control 33,8%.

En el análisis de regresión logística se apreció que las cinco variables organizacionales se relacionan con el síndrome de burnout. (Tabla 2).

Tabla 2. Asociaciones de variables organizacionales del síndrome de Burnout.
Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. 2015

Variables Organizacionales	Burnout				p	OR crudo	OR ajustado	Intervalo de confianza al 95%
	SI		NO					
	n = 75		n = 195					
	N°	(%)	N°	(%)				
Sobrecarga laboral	74	98,7	62	31,8	<0,0001	158,7	118,4	14,5 - 966,4
Pérdida de control sobre lo que se realiza	74	98,7	77	39,5	<0,0001	113,4	21,0	2,2 - 196,9
Falta de reconocimiento por el trabajo desempeñado	73	97,3	85	43,6	<0,0001	47,2	8,0	1,3 – 48,6
Pérdida de cordialidad en el ambiente laboral	71	94,7	54	27,7	<0,0001	46,3	10,2	2,6 – 39,0
Injusticia	74	98,7	105	53,8	<0,0001	63,4	22,0	2,3 – 203,6

Gráfico 7. Sobrecarga laboral y su relación con el Síndrome de Burnout. Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. 2015

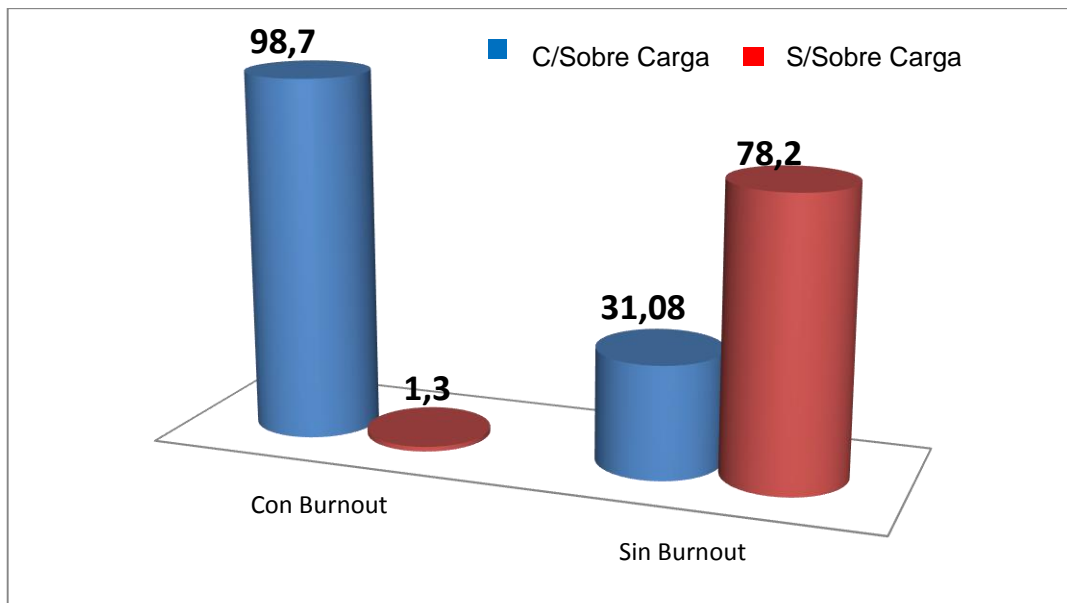


Gráfico 8. Pérdida de control sobre lo que realiza y su relación con el Síndrome de Burnout. Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. 2015

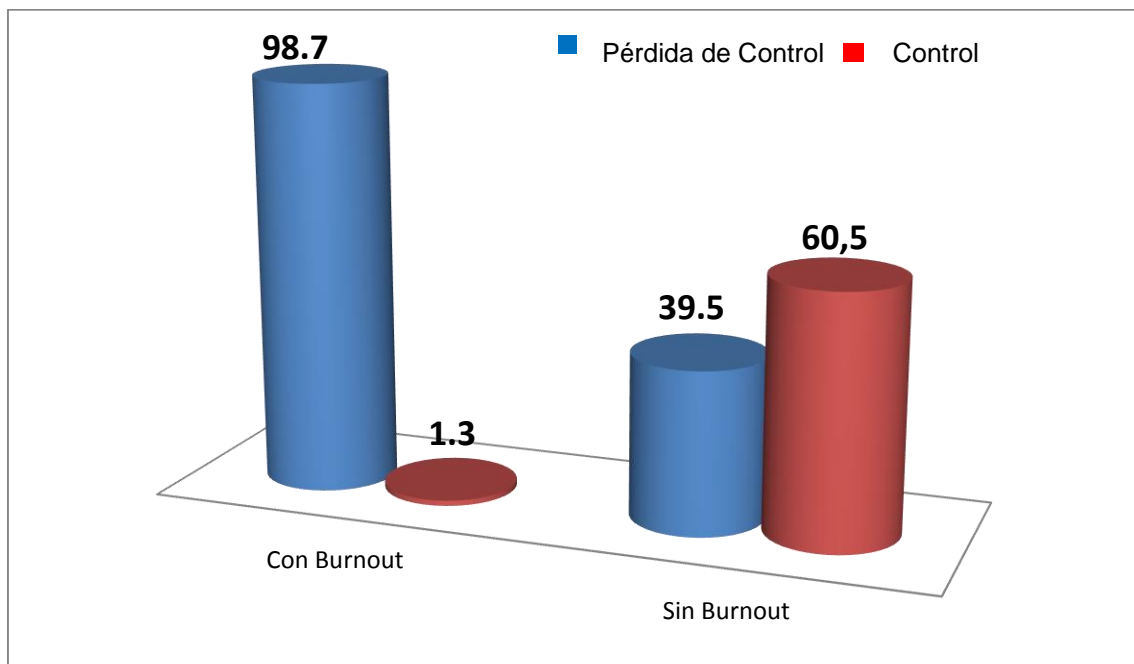


Gráfico 9. Falta de reconocimiento por el trabajo desempeñado y su relación con el síndrome de burnout. Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. 2015

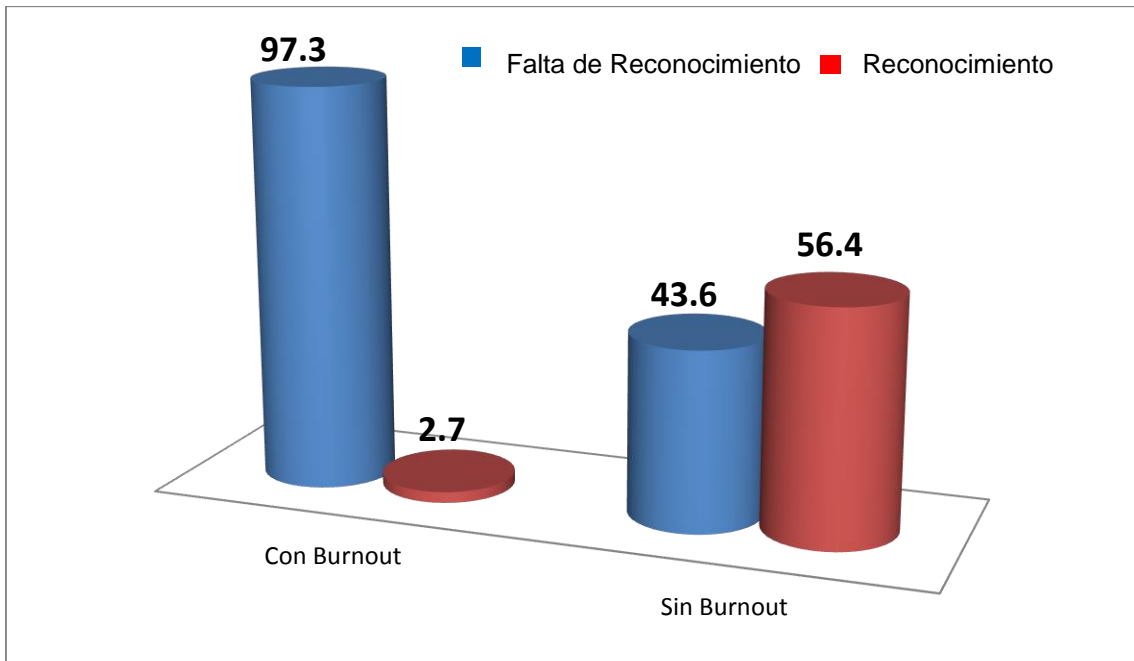


Gráfico 10. Pérdida de cordialidad en el ambiente laboral y su relación con el síndrome de Burnout. Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. 2015

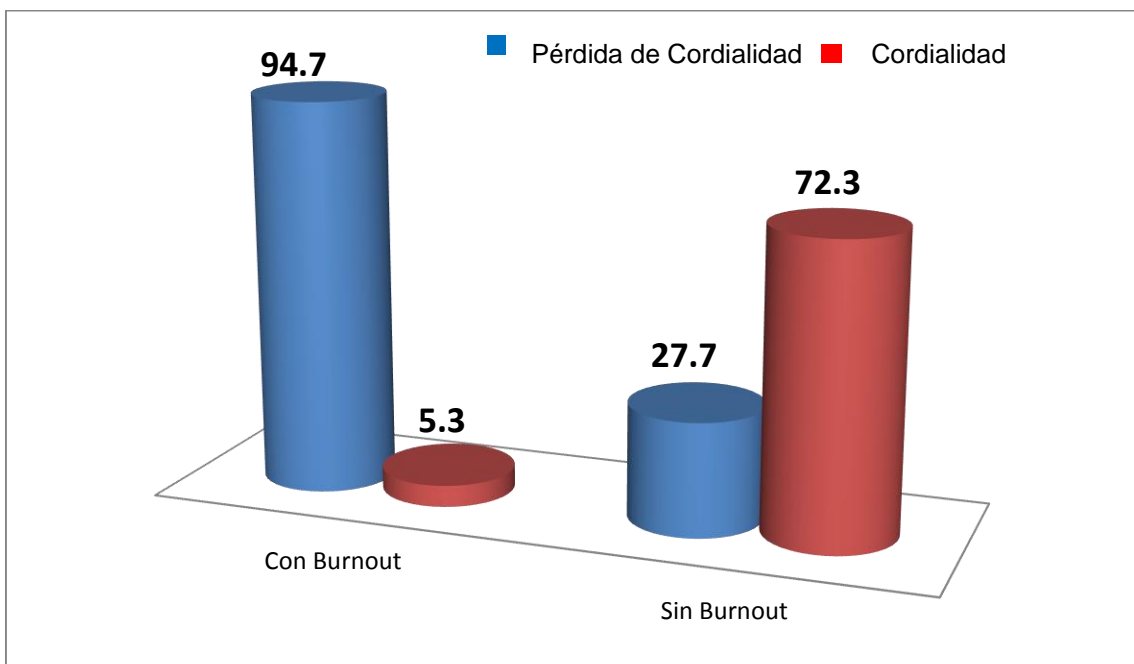
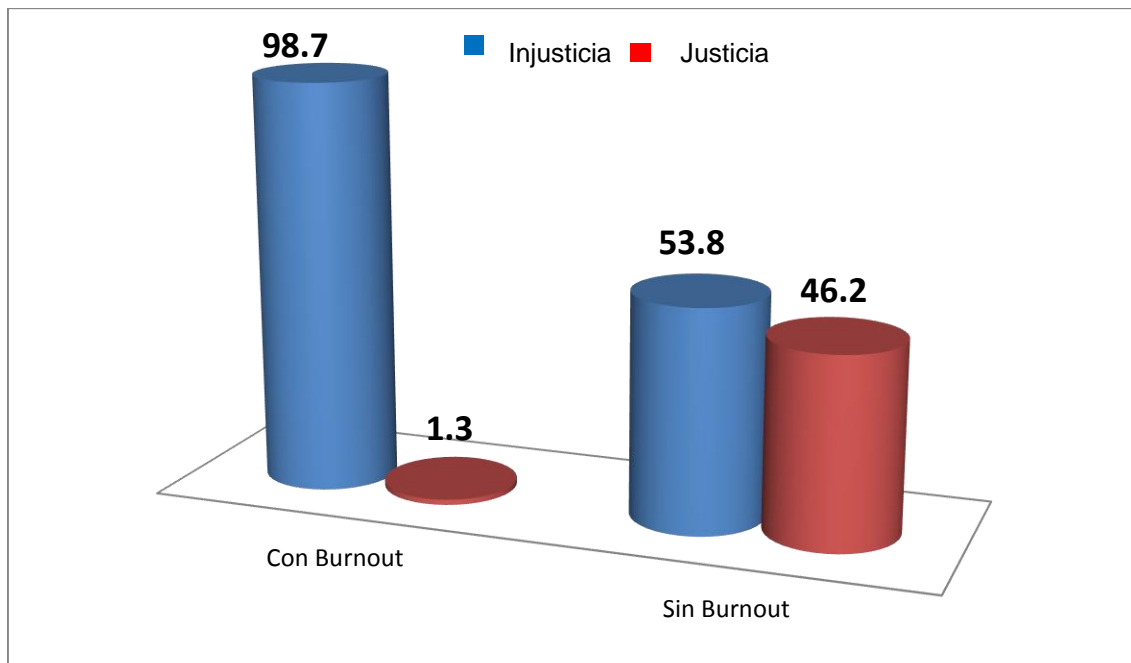


Gráfico 11. Injusticia y su relación con el síndrome de burnout. Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. 2015



CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

Este es el mayor estudio sobre burnout y factores de riesgo en médicos en un hospital nacional de EsSalud que conocemos en nuestro medio. El perfil del médico investigado reflejó un profesional de predominio masculino, con experiencia laboral, de edad media, especialista y con largas jornadas diarias de trabajo.

Los resultados mostraron que el síndrome de burnout está presente en el hospital Guillermo Almenara. El 27,8% de los encuestados presentaron esta patología, lo cual implica un diagnóstico de situación preocupante.

Comparar estas cifras con otros autores resulta difícil, porque no existe un criterio consensuado por las variaciones metodológicas usadas. En nuestro estudio se ha considerado las puntuaciones situadas en los niveles altos de agotamiento emocional (>27), despersonalización (>14) y baja realización personal en el trabajo (<30). Hemos combinado las tres subescalas en una variable: burnout. Otros autores incluyen los niveles medios y altos, que resulta en una sobredimensión de la prevalencia de este síndrome.

La presencia de un alto nivel de burnout entre los médicos participantes resultó mayor a la encontrada por otros autores que han usado los mismos criterios de medición.^{2, 20, 22, 26, 33, 34, 35, 36} Sin embargo, el nivel de burnout se mostró disminuido y se alejó notoriamente de resultados obtenidos en otras investigaciones, los cuales fluctuaron desde 41%²⁴, 45,6%³⁷, 51,3%³⁸, 54,9%²⁵ hasta 72,6%²³ y que consideraron como burnout los niveles altos y medios de las dimensiones.

Se comprobó que el agotamiento emocional, la despersonalización y la baja realización personal incluidos en la categoría de altos, evidenciaron valores superiores a los registrados en médicos de otros estudios.^{18, 24}

Los elevados porcentajes de cada una de las dimensiones características del síndrome demuestra la salud emocional y laboral de los médicos evaluados. Se podría atribuir a las condiciones de trabajo como generadoras del elevado cansancio emocional, acompañado de agotamiento físico y mental. Continúa con la despersonalización que se ofrece como única salida a la situación creada.

La alta despersonalización reflejaría que el médico deja de involucrarse con el paciente, como un mecanismo de defensa frente al estrés, entendiéndose este como un proceso complejo en el que de forma real o distorsionada la persona tiene la percepción de no ser capaz de hacer frente a las demandas y exigencias del entorno y reacciona con estrategias disfuncionales para defenderse de estas percepciones. Las consecuencias de utilizar ese poder son el deterioro de la calidad del servicio y el malestar del profesional que le genera su comportamiento. Al final, el trabajador también se siente desamparado e indefenso y deriva hacia una situación de hundimiento psicológico, físico y social.^{22, 39}

Las nuevas tecnologías son una fuente adicional de estrés para los médicos. Con frecuencia originan sobrecarga y cansancio, pues los profesionales se sienten desbordados por la rapidez de los cambios y por el volumen de información que deben procesar para poder adaptarse. Así mismo, el uso continuado de instrumentos tecnológicos puede afectar el sistema emocional de

los profesionales lo que aumenta sus sentimientos de agotamiento emocional. Esto es relevante cuando los médicos, por ejemplo, tienen que decidir repetidamente si desconectar o no una máquina a la que un paciente está conectado durante largo tiempo y poner fin a su vida.¹

La tecnificación de las relaciones interpersonales cliente profesional también favorece las actitudes de despersonalización en la atención, pues propicia un trato de frialdad e indiferencia hacia los clientes de la organización. El inadecuado uso de la tecnología hace que los médicos estén convencidos que la medicina pasa solo por su columna científica y dejan de lado el factor humano, que se está abandonando.^{1, 40}

La actividad médica implica un compromiso personal, una interacción directa y prolongada con los problemas de los pacientes y sus familiares, cargados de diversos sentimientos, preocupaciones, desesperanzas y prejuicios como la falta de educación sanitaria. Este déficit favorece una demanda abusiva que enrarece la relación con el paciente. La población ha sobredimensionado a la medicina moderna y atribuye al profesional poderes milagrosos. Cree que el médico debe saberlo todo y con ayuda de la tecnología tiene que solucionar cualquier problema, incluso los sociales.¹

El respeto de la sociedad hacia la labor del médico en general ha disminuido, la relación médico-paciente se ha modificado. De ser personal y algo paternalista, ha pasado a otra en la que el paciente a menudo ve al médico como un empleado representante de la entidad gestora.¹

Los estudios realizados en distintos hospitales refieren que la probabilidad de elevado cansancio emocional y despersonalización es mayor en los

profesionales expuestos a un alto nivel de contacto con el sufrimiento y la muerte.¹³

Algunos autores postulan que las tres dimensiones del síndrome de burnout aparecen de forma secuencial. La secuencia sería una situación de estrés con desajustes entre las demandas y los recursos del trabajador; así surge primero el cansancio emocional, ante el intento de afrontarlo aparece la despersonalización y, por último, disminuye la capacidad de resistir las demandas del trabajo lo cual produce una reducción en los sentimientos de realización personal.^{10, 20, 24, 41, 42}

Estas manifestaciones adoptan un comportamiento dinámico en el tiempo, demostrado en un estudio de 167 médicos en España, desde el 2005 al 2007 en los que la dimensión agotamiento emocional disminuyó de 56,8% a 51,3% y aumentó la despersonalización de 37,0% a 41,3% y baja realización personal de 37,0% a 41,9%.¹⁸

Al analizar los factores sociodemográficos relacionados con el síndrome de burnout como el género, la edad, estado civil e hijos, especialidad, antigüedad en el trabajo, y turno laboral, se encontraron resultados diversos e incluso contradictorios con otros estudios.^{7, 14, 20, 34-38, 42-44}

En este estudio las mujeres han presentado un porcentaje global de burnout mayor que los hombres, con valores superiores en la dimensión agotamiento emocional, pero con menores niveles de despersonalización, resultados similares a otros. Este hecho podría explicarse porque en países de habla hispana como el nuestro las mujeres tienen mayores exigencias domésticas, así como menor reconocimiento laboral y social.^{14, 20, 45}

Thomas, en una muestra representativa de cinco mil médicos de atención primaria, mostró que las mujeres (60%) tenían más probabilidad desarrollar burnout que los varones.⁴⁶

Los estudios sobre los efectos de la edad en el síndrome de burnout han dado resultados no concluyentes. Inicialmente se describía en profesionales mayores de 40 años y como factor interviniente en el desarrollo de algunas enfermedades metabólicas, cardiovasculares y músculo esqueléticas. Actualmente cada vez son mayores los indicadores de burnout entre los médicos jóvenes.^{23, 26, 31, 35, 39, 43, 44} Se considera que existe un período de mayor vulnerabilidad en los primeros años de carrera profesional. En esta etapa, se produce la transición de las expectativas idealistas hacia la práctica cotidiana y se evidencia que las recompensas personales, profesionales y económicas no son las prometidas ni las esperadas.^{35, 47} En este estudio la edad no fue un factor asociado al burnout.

Atance reportó que el personal médico del género femenino, solteras, mayores de 44 años, sin hijos, con un tiempo prolongado en el desarrollo de su puesto laboral y con una dedicación igualmente intensa de horas de trabajo semanal muestran una propensión a desarrollar burnout.⁴⁷

Las personas que carecen de una pareja y del apoyo de una estructura socio-familiar se han descrito como población de mayor riesgo. En cambio una vida en pareja y con hijos funcionaría como un factor protector^{23, 24, 35, 36, 39} e incluso podrían ser más resistentes al burnout. Parece que el soporte familiar les brinda mayor capacidad para afrontar problemas personales y conflictos laborales.³⁶

De manera específica, en esta investigación, el ser varón y con hijos funcionaron como factores protectores del síndrome de burnout

En general, los mayores índices del síndrome de burnout se han relacionado con especialidades clínicas como medicina interna, emergencia y atención primaria. Se han planteado diversas razones, entre ellas que los pacientes son evaluados inicialmente por estos especialistas y, de otro lado, influiría la aparición del fenómeno denominado trabajo emocional, originado cuando los clientes y los gestores de las organizaciones exigen a los profesionales que se impliquen emocionalmente en la atención y definido como la gestión de los sentimientos para crear una expresión facial y corporal observable públicamente que se realiza a cambio de un salario y tiene un valor de intercambio. Se refiere a la conducta más que al estado interno, por lo que el trabajador puede fingir emociones.^{1, 20}

El trabajo emocional es una fuente de disonancia para el trabajador, pues vive un conflicto entre lo que siente y la obligación de suprimir o expresar emociones en sí mismo y en las personas a las que atiende o con las que interactúa para el desempeño de su trabajo, incluyendo a los otros miembros de la organización. Este conflicto entre lo que uno siente y lo que la organización le obliga a realizar es fuente de agotamiento emocional.¹

Dentro del área clínica se incluye la medicina intensiva, una especialidad particularmente estresante por el cuidado del paciente crítico, al cual se le define como aquel que presenta una alteración grave en la función de uno o varios órganos o sistemas, situación que puede comprometer su supervivencia en algún momento de su evolución por lo que la muerte es una alternativa. Esta situación genera un conflicto con la misión de curar por el cual los médicos han sido entrenados.

Los médicos que trabajan en las Unidades de Cuidados intensivos presentan el problema adicional de la comunicación con los pacientes, por su condición de salud. Este sería un condicionante importante al influir en forma negativa sobre la construcción de la relación médico-paciente.^{22, 35, 48}

La oncología es una especialidad médica en la que el sufrimiento y la muerte son características frecuentes. En cuanto a la relación médico-paciente oncológico, un aspecto clave es la cantidad y el grado de contacto mantenido con los pacientes, este puede ser muy gratificante, pero exigir grandes demandas emocionales, por lo que los médicos son más proclives a desarrollar el burnout¹⁹

En especialidades quirúrgicas, se han reportado prevalencias de burnout que va desde el 30%⁴⁹ al 72%.²³ Se menciona al estrés como un componente importante mientras se realiza la anestesia y la intervención quirúrgica, ya que estos especialistas son responsables de la vida del paciente durante las cirugías y muchas veces operan sin los instrumentos o la infraestructura adecuada. Además, es frecuente que trabajen en diferentes lugares, con largas jornadas semanales. Los cirujanos jóvenes tienen más susceptibilidad de desarrollar el burnout y reportan mayores errores médicos y abuso de alcohol.⁷

Otros estudios reportan mayor presencia de burnout en especialidades clínicas como emergencia, medicina interna, y en especialidades quirúrgicas como ortopedia²⁰ En España, un estudio comparativo entre internistas, intensivistas, traumatólogos, oncólogos y radiólogos encontró mayor probabilidad de presentar agotamiento emocional entre los oncólogos, internistas e intensivistas, alta despersonalización en los traumatólogos y baja realización personal en radiólogos¹⁷

Trabajar más de un turno y/o más de 36 horas semanales se asoció significativamente con el desarrollo de burnout. Este resultado es similar al reportado por otros.^{7, 21, 24}

Las largas jornadas de trabajo, servicios de guardia nocturnas y la rotación de turnos, son características de la práctica médica hospitalaria, lo cual afecta la salud del trabajador y trae consigo consecuencias negativas a distintos niveles, tanto de productividad, atención al paciente, así como aumento del ausentismo.

El turno nocturno es factor de riesgo para la enfermedad cardiovascular, aumenta la tasa de latidos ventriculares prematuros, eleva la presión arterial, produce alteraciones gastrointestinales, incrementa el consumo de medicación para dormir o el uso de tranquilizantes y se reporta que entre las tres y cinco de la mañana se encuentran niveles bajos de rendimiento.⁵⁰

Las guardias nocturnas también afectan el ritmo circadiano, lo cual provoca una discrepancia entre el reloj biológico y el real descanso físico. La consecuencia más grave de la desincronización del sueño es la disminución en cantidad y calidad del mismo, ya que los ruidos y perturbaciones no permiten el descanso mientras se duerme de día, además el sueño diurno presenta menos periodos REM. En algunas especialidades, se evidencia mayor el efecto, por ejemplo en los pediatras se afecta más la habilidad motora fina, en los internistas se desarrolla deterioro intelectual significativo, los cirujanos cometen más errores y los anestesiólogos pautan peor.⁵⁰

En relación a la antigüedad laboral los resultados son contradictorios. Diversos estudios reportan que se ven afectados los profesionales que llevan más de 20 años de desarrollo profesional, con más de 10 años en el mismo centro de

trabajo, especialmente si se trata de centros con gran número de profesionales del ámbito de la atención especializada y dedicados la mayor parte del tiempo de su jornada laboral a la atención directa de un número elevado de pacientes^{39, 47}. Sin embargo, otros autores reportan que a menor tiempo de experiencia laboral mayor riesgo de burnout. Otros no encuentran diferencias significativas en tiempo de trabajo⁵¹

El hospital es una organización en la que los trabajadores encuentran un espacio para trabajar, siendo este un pilar fundamental en la vida de las personas; sin embargo, las condiciones en que se realiza pueden ser generadoras de estrés. Desde los primeros momentos de la formulación del burnout, se asoció su aparición a las condiciones de trabajo, principalmente a los factores organizacionales²⁸

Este estudio hizo hincapié en la importancia de los factores organizacionales en el desarrollo del burnout. Los principales hallazgos mostraron una diferencia altamente significativa en cuanto a sobrecarga laboral, escaso control de la labor realizada, falta de reconocimiento, ambiente laboral hostil e injusticia. Estas variables estuvieron presentes en más del 94% ($p < 0,0001$) de los casos, lo que coincide con otros estudios^{4, 18, 31, 39, 45, 52-54}

La sobrecarga laboral se refiere a un exceso en la demanda (exceso de actividades, complejidad y dificultad en las actividades) que debe efectuarse en un determinado tiempo. Ocurre cuando el trabajador percibe que las demandas de trabajo exceden sus habilidades y recursos para cumplir con sus obligaciones laborales de manera exitosa y en un periodo establecido.⁴⁵ Los profesionales se ven en la necesidad de trabajar más de un turno al día en el hospital, bajo la

modalidad de horas extras, o en otras instituciones de salud privadas (53% de los participantes con burnout), de tal manera que trabajan entre 40 y 50 horas semanales. Estos resultados coinciden con otros estudios.^{19, 38, 55} Esto es excesivo, más aún si se trata de actividades que implican tanta responsabilidad como es la asistencia a pacientes, labor a la que se dedican todos los participantes en el estudio.

Otra fuente de sobrecarga laboral, es la vinculada a la escasez de recursos, en la que se produce un desequilibrio entre la actividad para la que los profesionales han sido formados y la que se les pide que realicen. Los profesionales de la salud perciben que tras años de estudio sobre temas de técnicas y procedimiento de diagnóstico y de tratamiento de la enfermedad dedican más tiempo a otras actividades que a tareas propias de los contenidos de su formación.¹

La sobrecarga de trabajo produce diversos efectos en los trabajadores, destacan, por ejemplo, el estrés, la tensión física y psicológica, la baja motivación laboral, trastornos fisiológicos y psicosomáticos, el agotamiento físico y emocional, la tendencia a abandonar el empleo, la adicción al alcohol y el incremento en el consumo de tabaco, e incluso existe un mayor riesgo de enfermedades coronarias. Desde el punto de vista psicológico, la sobrecarga cuantitativa está asociada a la insatisfacción laboral, la tensión y baja opinión de sí mismo, y la sobrecarga cualitativa está asociada con la depresión, la irritación, la insatisfacción laboral y los trastornos psicosomáticos⁴⁵. La sobrecarga se ha identificado como factor antecedente del agotamiento emocional, y es el factor organizacional que más afecta a la población que presenta el síndrome de burnout.⁴

Si analizamos el trabajo médico, este presenta continuas reorganizaciones, y se ve condicionado por el exceso de ingresos por la vía no programada: “urgente”, lo que lleva a la máxima ocupación de turnos y a la saturación del sistema. Esto motiva falta de control sobre el contenido y planificación del trabajo, a lo que se suma las restricciones presupuestarias con escasez de personal y recursos, reflejado en situaciones como limitar el número de exámenes solicitados a los pacientes, manejar programas que implican la atención a poblaciones especiales sin contar con la infraestructura para ello, solo por ser una orden; tener que utilizar medicamentos que no son los más apropiados para los pacientes, al ser más económicos o estar en la lista de los autorizados en el petitorio farmacológico.¹ Se presenta escasa decisión frente a las demandas que enfrentan, lo cual tiene implicaciones incluso en su autonomía profesional.

Otra situación en la que el médico muchas veces no tiene control es la referida a la organización de los horarios de trabajo. Esto puede ofrecer desventajas, como que las horas de trabajo no coincidan con el ritmo de trabajo preferido, no permite cumplir con otros compromisos e incluso no tener momentos de descanso dentro de la jornada laboral. La pérdida de control lleva a conflictos entre los valores individuales y los del lugar de trabajo.

EsSalud es una organización altamente reglamentada y jerarquizada, los cambios son frecuentes y exige una rápida adaptación del personal para enfrentar las demandas laborales sin la información o los recursos necesarios. Determinadas características de la institución como la incertidumbre, la centralización en la toma de decisiones, la baja formalización, la existencia de muchos niveles jerárquicos, la carencia de recursos favorecen la injusticia y la falta de equidad entre los trabajadores.¹ Esta institución en lugar de

comprometerse con el bienestar, el cuidado y la satisfacción de las necesidades de los ciudadanos, aparece conformada por complejas burocracias y en las que el trabajo lo realizan funcionarios rígidos y distantes a los problemas de los pacientes y del personal sanitario.

Existe una falta de diferenciación entre los roles de mando que le corresponden a las diferentes personas que trabajan con los médicos. Es decir, diariamente deben responder a múltiples exigencias y órdenes impartidas por diferentes integrantes de la institución.

Este tipo de sistema produce frustración en los médicos, pues les impide atender según las normas y valores de su rol profesional, les niega los recursos que necesitan para realizar un trabajo de calidad y les desborda con un exceso de normas y procedimientos establecidos.

Otra característica de la organización que induce a padecer el síndrome de burnout está referida al ambiente laboral. Se ha observado que la integración, apoyo y buenas relaciones interpersonales mitigan el efecto de estresores cotidianos. De otro lado, un jefe autocrático y autoritario suele generar climas organizacionales proclives a fomentar el surgimiento de factores de riesgo psicosocial y afectar la salud de los miembros de la organización; en estos estilos de liderazgo, la escasa autonomía y la falta de información para desempeñar las actividades puede predisponer al síndrome de Burnout.⁵⁶

Las buenas relaciones entre los miembros del grupo de trabajo es una variable clave para la salud de los trabajadores y de la organización; mientras que las relaciones desconfiadas, sin apoyo, poco cooperativas y predominantemente destructivas, pueden producir elevados niveles de tensión y estrés entre los

miembros de una organización. El trato desconsiderado y los favoritismos de los superiores, una supervisión estrecha y un seguimiento demasiado rígido de la forma de hacer las cosas son fuente de conflicto interpersonal en las organizaciones, al igual que la rivalidad entre compañeros por conseguir condiciones o situaciones más ventajosas. Las relaciones interpersonales y el trabajo en grupo son uno de los elementos más valorados del trabajo y, por ello, en los casos en que no cumplen funciones que el individuo espera y desea pueden llegar a ser una fuente de estrés de primera magnitud⁵⁷

La percepción de falta de apoyo del grupo de trabajo y la falta de confianza en los compañeros aparece en las declaraciones de los entrevistados del grupo de burnout. En cambio, en el grupo de médicos sin burnout, el trabajo colectivo en equipo se destaca como punto de apoyo para la resolución de problemas y generadora de satisfacción en el trabajo. El apoyo social supone aportaciones emocionales ante el éxito y fracaso de la actividad laboral, como ayuda instrumental en el desarrollo del ejercicio profesional. Actúa también como un factor motivacional y una forma de compartir valores y contextos justificativos de tipo cognitivo ante la propia tarea.⁴ Un clima laboral saludable, permitiría mantener calidad de vida a pesar de las exigencias del trabajo diario.³³

En las últimas décadas ha ocurrido un cambio en la cultura de la población que accede a los servicios de salud, exigen mayor calidad en el trato que reciben de los profesionales. En muchos casos, esas exigencias se realizan ajenas a normas mínimas de educación y cortesía y de manera desmedida amparándose en sus derechos de ciudadano.¹

Maslach, en un estudio publicado en 1978 comenta la importancia que el rol del cliente tiene en la aparición del síndrome de burnout, debido a que en las organizaciones de servicios las relaciones con los clientes son frecuentemente tensas y conflictivas. Entre las variables vinculadas a los clientes que influyen en la aparición del burnout, la autora cita: a) el trato con clientes que presentan problemas (enfermedades) y que origina que la interacción profesional-cliente se desarrolle en un contexto emocional negativo; b) la identificación del profesional con el cliente y con sus problemas; c) la existencia de reglas formales de la organización que regulan la relación y el trato de los profesionales con los clientes; d) la relación de dependencia y de poder que se establece entre ambos, y e) las reacciones y comentarios de los clientes que pueden ser fuente de frustración, desilusión, baja satisfacción laboral y sufrimiento para los profesionales.⁵⁸

Es importante que los profesionales de la salud perciban la existencia de justicia en su lugar de trabajo, referida a la imparcialidad en cuanto a la igualdad en el reparto de las tareas y en cuanto a las evaluaciones y promociones.

Cuando las personas perciben ausencia de reciprocidad en los intercambios sociales y/o falta de equidad pueden actuar con agresividad. Este estresor está presente en los miembros de la organización que trabajan hacia personas. Los trabajadores perciben que ellos cuidan a los clientes, les dan apoyo social, procuran que se sientan bien, y con relativa frecuencia reciben quejas y falta de cooperación. Además ellos contribuyen para que la organización sea eficaz; para ello se implican en el ejercicio de su rol. A cambio de los riesgos que asumen, del tiempo y de las energías que dedican a la realización de su trabajo, perciben

que tanto los clientes como la organización no les recompensa de manera proporcional a lo que ellos aportan.^{1, 39}

Las personas sin burnout describen dos formas de reconocimiento: la primera de ellas se deriva de la relación médico-paciente, como lo es el agradecimiento de aquellos que son atendidos; el sentir que se pudo prestar una ayuda efectiva y el recibir de sus superiores lo que creen merecer; así como recibir en sus trabajos el apoyo necesario en situaciones difíciles.⁴

En los últimos años los médicos han perdido su status de profesionales liberales que ostentaban reconocimiento social y han pasado a ser trabajadores subordinados a un régimen dependiente de una organización que les exige una eficiencia y eficacia a veces no compensada adecuadamente. Estos profesionales se perciben sometidos a una población que demanda una excelencia casi inhumana. La falta de reconocimiento profesional por parte de los pacientes y las exigencias poco razonables que éstos realizan se han identificado como predictores de burnout en médicos.¹

La falta de recompensas que mencionan los entrevistados en nuestro estudio incluyen: la escasa correspondencia entre su tipo de trabajo y sus expectativas, la imposibilidad de desarrollo profesional, la ingratitud de los pacientes, la falta de reconocimiento de los jefes. En el aspecto económico, refieren un salario bajo que no adecuado a su responsabilidad. Los médicos perciben un desbalance entre los esfuerzos invertidos y las recompensas recibidas.

La satisfacción laboral, definida como “actitudes laborales positivas”, las cuales sugieren “sentimientos de satisfacción cuando se piensa o habla del propio

puesto de trabajo” se ha vinculado a un grupo de variables como la formación continua, equidad de los premios, buenas relaciones interpersonales.^{6, 13}

En este estudio, entre los médicos con burnout se identifican expresiones de insatisfacción por el escaso nivel de reconocimiento de su labor asistencial, al igual que un alto nivel de incomodidad e insatisfacción con la gestión de las autoridades de la institución

La insatisfacción en la práctica médica se produce además ante la persistente frustración por las mayores expectativas y exigencias de los pacientes que motiva una discrepancia entre lo que el paciente pide y lo que el médico puede hacer. La frustración representa un grave problema, ya que significa la pérdida de uno de los pilares de la profesión médica, la motivación, que es lo que lleva a los médicos a estar interesados en el paciente y sentir la gran satisfacción de ayudarlo. La frustración no permite realizar las acciones que como profesionales idealizan y por lo tanto pierden las metas, tanto científicas como humanísticas, por lo cual la atención de los pacientes no es óptima. Es por eso que ante esta situación se dice que hay dos víctimas: los médicos y los pacientes.^{31, 40, 59}

CONCLUSIONES

El burnout es un proceso dinámico, que se origina como respuesta al estrés laboral crónico con consecuencias negativas a nivel personal y organizacional.

La prevalencia de burnout en los médicos especialistas es de 27,8%.

El agotamiento emocional, en los niveles moderados y alto es la dimensión observada con mayor frecuencia. Se identifica en un 65% % de los profesionales.

La despersonalización y la baja realización personal en un 62 % y 61% respectivamente.

La secuencia sería una fase de agotamiento hasta llegar a la etapa de despersonalización, caracterizada por una tendencia al distanciamiento con los clientes y la adopción de conductas de robotización y finalmente, los sentimientos de baja realización profesional.

Aparecen como factores protectores ser varón y tener hijos.

El burnout es un síndrome en el que el médico tiene un exceso de demandas y presiones en el trabajo y que va asociado con un ambiente laboral de bajo reconocimiento.

Variables como la falta de control sobre el trabajo, la disminución de oportunidades de realización personal y ausencia de equidad también operan como factores de riesgo en el desarrollo de los síntomas de burnout.

RECOMENDACIONES

El ambiente laboral y las condiciones de trabajo son factores detonantes en la aparición del síndrome de burnout. Por lo tanto, los gestores de la Institución deben implementar medidas para mejorar la situación laboral a nivel individual, interpersonal y organizacional.

1. A nivel individual: capacitar a los trabajadores sobre estrategias de solución de problemas con usuarios, afrontamiento del estrés
2. A nivel interpersonal: programas de apoyo social, formación de liderazgo, talleres de desarrollo de habilidades sociales
3. A nivel organizacional: establecer objetivos claros para los roles profesionales, mejorar el sistema de comunicación con participación de los médicos en la toma de decisiones, promoción de profesionales con criterios justos

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Gil- Monte P. El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Madrid: Ediciones Pirámide; 2005
2. Agudelo C, Castaño J, Arango C, Durango L, Muñoz V, Ospina A *et al.* Prevalencia y factores psicosociales asociados al síndrome de burnout en médicos que laboran en instituciones de la ciudad de Manizales y la Virginia (Colombia) 2011. Arch. Med 2011;11(2):91-100
3. EsSalud. Oficina de Estadística. Población asegurada activa 2015. Disponible en: <http://www.essalud.gob.pe/estadistica-institucion>
4. Palmer Y, Gómez A, Cabrera C, Prince R, Searcy R. Factores de riesgo organizacionales asociados al síndrome de burnout en médicos anesthesiólogos. Salud Mental 2005;2(1): 83-91
5. Moreno-Jiménez B, González J, Garrosa E. Desgaste profesional (burnout). Personalidad y Salud percibida. En: Buendía J y Ramos F. (Eds). Empleo, estrés y salud. Madrid: Pirámide; 2001. p. 59-83
6. Hernández M, Jiménez A, Llergo Re M, Mazzoni L, Perandrés A. Síndrome de burnout y satisfacción laboral en el personal sanitario de España y Argentina. Reidocrea 2014;3(8):60-68
7. Kuan-Yu Ch, Che-Ming Y, Che-Hui L, Hung-Yi Ch, Mau-Roung L, Hui-Ru Ch *et al.* Burnout, Job Satisfaction, and Medical Malpractice among physicians. Int J Med Sci 2013;10(11):1471-1478
8. Romani M, Ashkar K. Burnout among physicians. Libyan J Med.[Revista on-line] 2014 [consultado 06 diciembre 2015]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3402/ljm.v9.23556>

9. Quiceno J, Vinaccia S. Burnout: "Síndrome de quemarse en el trabajo (SQT). Acta Colombiana de Psicología. 2007;10(2):117-25
10. Schaufeli W, Leiter M, Maslach Ch. Burnout: 35 years of research and practice. 2008 [consultado 02 noviembre 2015]. Disponible en: www.emeraldinsight.com/1362-0436.htm
11. Capilla P. El síndrome de burnout o desgaste profesional. Revista Fundación. 2000;58:1334
12. Aceves G. Síndrome de burnout. Archivos de Neurociencias. 2006; 11(4):305-309
13. Carrillo R, Gómez K, Espinoza de los Monteros I. Síndrome de burnout en la práctica médica. Med Int Mex 2012;28(6):579-584
14. Castañeda E, García deAlba J. Prevalencia del síndrome de agotamiento profesional (burnout) en médicos familiares mexicanos: análisis de factores de riesgo. Rev Colom Psiquiat 2010; 39(1):67-83
15. Arora M, Asha S, Chinnappad J, Dwan A. Review article: burnout in emergency physicians. Emer Med Australas 2013[consultado 09 diciembre 2015]; 25(6). Disponible en: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24118838
16. Chen K, Yang C, Lien Ch, Chiu H, Lin M, Chang H *et al.* Burnout, job satisfaction, and medical malpractice among physicians. Int J Med Sci. 2013;10(11):1471-1478
17. Escribá Agür 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):300-308

18. Matía A, Cordero J, Mediavilla J, Pereda M, González M, González A. Evolución del burnout y variables asociadas en los médicos de atención primaria. *Aten Primaria* 2012;44(9):532-539
19. Shanafelt T, Gradishar W, Kosty M, Satele D, Chew H, Hom L *et al.* Burnout and career satisfaction among US oncologists. *J Clin Oncol*. 2014;32(7):678-686
20. Grau A, Flichtentrei D, Suñer R, Prats M, Braga F. Influencia de 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
21. Sánchez J, Mugártegui Sh. Síndrome de agotamiento profesional en los médicos familiares. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2013;51(4):428-31
22. Staffa M, Lopez Nascimento C, De Souza D, Farias E, Silva Marquez E, Almeida A *et al.* Professional Burnout Syndrome Among Intensive Care Physicians In Salvador, Brazil. *Rev Assoc Med Bras* 2010;56(6):656-62
23. Delgado Maidana W, Vega Carduz E, Sanabria L, Figueredo Th. Prevalencia del síndrome de burnout en médicos anesestesiólogos del Paraguay durante el año 2010. *Mem Inst Investig Cienc Salud* 2011; 9(1):13-20
24. Galván M, Vassallo J, Rodríguez S, Otero P, Montonati M, Cardignit G *et al.* Síndrome de desgaste profesional (burnout) en médicos de unidades de cuidados intensivos pediátricos en la Argentina. *Arch Argent Pediatr* 2012;110(6):466-473
25. Mariños A, Otero M, Tomateo J, Málaga G. Coexistencia de síndrome de burnout y síntomas depresivos en médicos residentes. Estudio descriptivo

- transversal en un hospital nacional de Lima. Rev Med Hered 2011;22(4):162-167
26. 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, Perú. 2009. Revista de Psiquiatría y Salud Mental "Hermilio Valdizan" 2011; XII(2): 27-36
27. Carlín M, Garcés de los Fayos E. El síndrome de burnout: Evolución histórica desde el contexto laboral al ámbito deportivo. Anales de psicología 2010;26(1):169-180
28. Maslach C, y Jackson S. Maslach Burnout Inventory. Manual. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press. 1981
29. Pines A, Aronson E. Perspectiva clínica del síndrome de burnout. En: Gil-Monte P. El síndrome de quemarse por el trabajo. 1ª ed. Madrid: Ediciones Pirámide; 2005. 54-55 pp
30. Gil-Monte P, Peiró J. Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. Anales de psicología 1999;15(2):261-268
31. Martínez A. El síndrome de burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. Vivat Academia. 2010 [citado 12 Octubre 2015]; 112. Disponible en: <http://www.ucm.es/info/vivataca/numeros/n112/DATOS.htm>
32. Gil-Monte P. Algunas razones para considerar los riesgos psicosociales en el trabajo y sus consecuencias en la salud pública. Rev Esp Salud Pública 2009;83:169-173

33. Vásquez-Manrique J, Maruy A, Verne E. Frecuencia del síndrome de burnout y niveles de sus dimensiones en el personal de salud del servicio de emergencia de pediatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia en el año 2014. Lima, Perú. Rev Neuropsiquiat 2014;77(3):168-174
34. Joffre V, Peinado J, Barrientos M, Lino D, Vázquez F, Llanes A. Síndrome de burnout en médicos de un hospital general en el noreste de Mexico. Revista electrónica Medicina, Salud y Sociedad. 2010 [citado 22 diciembre 2015]; 1(1). Disponible en: <http://cienciasdelasaluduv.com/site/images/stories/>
35. Zazzetti F, Carricaburu M, Ceballos J, Miloc E. Prevalencia de síndrome de burnout en médicos y enfermeros de unidades de terapia intensiva privadas en Argentina. Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica 2011;17(2):120-128
36. Morín V. Desgaste profesional en médicos pediatras. Biomedicina 2014;9(1):6-15
37. Castillo I, Orozco J, Alvis E. Síndrome de burnout en el personal médico de una institución prestadora de servicios de salud de Cartagena de Indias. Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud 2015[citado 16 diciembre 2015]; 47(2). Disponible en: <http://www.redalcy.org/articulo.oa?id=343839278010>
38. Aranda C, Zárate B, Pando M, Sahún J. Síndrome de Burnout, variable sociodemográficas del hospital Valentín Gómez Farias, México. Revista Colombiana de Salud Ocupacional 2011;1(1):13-17
39. Miret C, Martínez A. El profesional en urgencias y emergencias: agresividad y burnout. An Sist Sanit Navar 2010; 33(1):193-201

40. Ceriani J. Los cambios en el ejercicio de la medicina, la dignidad de la profesión médica y el cuidado de la salud de la población. Arch Arg Pediatr 1998;96:210-213
41. Gómez R. El estrés laboral del médico: Burnout y trabajo en equipo. Rev Asoc Esp Neuropsiq. 2004 [citado 08 noviembre 2015]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s0211-57352004000200004>
42. Pistelli Y, Perochena J, Moscoloni N, Tarrés M. Síndrome de desgaste profesional en médicos pediatras. Análisis bivariado y multivariado. Arch Argent pediatr 2011;109(2):129-134
43. Aranda C, Pando M, Salazar J, Torres T, Aldrete M. Factores de riesgo psicosociales laborales incidentes en la salud de los médicos de familia en Guadalajara, México. Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología 2012;5(1):45-54
44. Radman S, Gopal K. Prevalence and associated factors of burnout among doctors in Yemen. J Occup Health 2010;52:58-65
45. Patlán J. Efecto del burnout y la sobrecarga en la calidad de vida en el trabajo. Estudios Gerenciales 2013;29:445-455
46. Thomas N. Resident Burnout. JAMA 2004;292(23):2880-2889
47. Atance J. Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. Rev Esp Salud Pública 1997;71:293-303
48. Marrero M, Grau J. Síndrome de burnout en médicos que trabajan en unidades de cuidados intensivos neonatales. Psicología y Salud 2005;15(1):25-32
49. Balch Ch, Freischlag J, Shanafelt T. Stress and burnout among surgeons. Arch Surg 2009;144(4):371-37

50. Deschamps A, Olivares S, De la Rosa K, Asunsolo A. Influencia de los turnos de trabajo y las guardias nocturnas en la aparición del síndrome de burnout en médicos y enfermeras. *Med Segur Trab* 2011;57(224):224-241
51. Sagripanti O, Gonzalez M, Messi I, Romero J, Khlie Y. El efecto del burnout en la antigüedad en el puesto de trabajo: Análisis mediacional de la ansiedad 2012. [citado 11 noviembre 2015]. Disponible en: <http://www.urg.es/local/miguelgr/ReiDoCrea-Vol.1-Art.1-Sagripanti-Gonzalez-Martin-Messi-Romero-Khile.pdf>
52. Evans Sh, Huxley P, Gately C, Weber M, Mears A, Pajak S *et al.* Mental health, burnout and job satisfaction among mental health social workers in England and Wales. *British Journal of Psychiatry* 2006;188:75-80
53. Tejada P, Gómez V. Factores psicosociales y laborales asociados al burnout de psiquiatras en Colombia. *Rev Colomb Psiquiat* 2009;38(3):488-510
54. Grau A, Suñer R, García M. Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales. *Gac Sanit* 2005;19(6):463-470
55. Silva D, Gutiérrez A, Pando M, Tuesca R. Relación entre factores psicosociales negativos y el síndrome de burnout en el personal sanitario de Florencia (Caquetá, Colombia)
56. Cuadra A, Veloso C. Grado de supervisión como variable moderadora entre liderazgo y satisfacción, motivación y clima organizacional. *Revista Chilena de Ingeniería* 2010;18(1):15-25
57. Contreras F, Espinal L, Pachón A, González J. Burnout, liderazgo y satisfacción laboral en el personal asistencial de un hospital de tercer

nivel en Bogotá. Diversitas: Perspectivas en Psicología. 2013 [citado 24 noviembre 2015]. Disponible en:

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67926246009>

58. Maslach C. El rol del cliente en la aparición del burnout. En: Gil-Monte P. El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) 1ª ed. Madrid. Ediciones Pirámide; 2005.p.83
59. Albaladejo R, Villanueva R, Ortega P, Astasio P, Calle ME, Dominguez V. Síndrome de burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. Rev Esp Salud Pública 2004;78:505-516

ANEXOS

Anexo 1

Ficha de recolección de datos:

1. CUESTIONARIO DE FACTORES DE RIESGO LABORAL

Lea cuidadosamente las siguientes preguntas y conteste marcando una X en el espacio adecuado o anotando a un lado la respuesta, según sea el caso

1. Edad cumplida en años:
2. Sexo: Femenino..... Masculino.....
3. ¿Padece usted de diabetes mellitus? Sí.....No.....¿Controlada?.....
4. ¿Padece usted de alguna colagenopatía? Sí.....No.....¿Cuál?.....
5. ¿Padece usted de alguna enfermedad cardiovascular? Sí.....No....Cuál.....
6. Estado civil. Casado.....Viudo.....Divorciado.....Soltero.....
7. ¿Tiene hijos? Ninguno.....1.....2.....3.....4.....Más de 4
8. Años ejerciendo la especialidad.....
9. Además de trabajar en el hospital, labora en otro hospital de la institución: Si.....No
10. Turno principal de actividad laboral. Matutino.....Vespertino.....Nocturno.....
11. ¿Tiene actividad laboral privada? Sí.....No
12. ¿Cuántos procedimientos de su especialidad realiza durante una jornada laboral de 6 horas?
13. ¿Cuántas horas trabaja en una semana?
14. En algún momento de su actividad laboral ¿ha pensado en dejar de ejercer como médico especialista?
15. Si contestó afirmativo a la pregunta 14, en ¿cuánto tiempo?
16. ¿Cómo calificaría usted el ambiente laboral donde se desempeña?
Bueno () Regular () Malo () Muy malo ()
17. ¿Ha pensado continuar trabajando en su especialidad después de su jubilación?
Sí.....No.....
18. ¿Piensa usted que al estar ejerciendo su especialidad se estresa?
Poco.....Regular.....Mucho.....
19. ¿Siente usted que las normas institucionales le limitan en las tomas de decisión en relación a su trabajo? Sí.....No.....
20. ¿cómo calificaría usted el control de su trabajo?
Hay control total del trabajo () control parcial () pérdida total de control del trabajo ()
21. ¿En qué situaciones siente usted que pierde el control?
 - a) Exceso de pacientes
 - b) Falta de material
 - c) Falta de apoyo del equipo de trabajo
22. ¿Siente usted que se le reconoce su trabajo mediante estímulos institucionales a su desempeño? Sí..... No.....
23. Considera que el ambiente de trabajo en su desempeño es:Bueno.....
Regular..... Malo..... Muy mal

24. Siente usted que sus directivos aprecian sus decisiones en el trabajo en forma:
justa..... injusta.....
25. ¿ Se ha visto usted frecuentemente en la necesidad de aceptar un procedimiento
en contra de su opinión personal? Sí..... No.....
26. ¿Cómo calificaría usted la relación entre sus decisiones de trabajo y las políticas
de la institución? Congruentes..... Regularmente congruentes.....
Discrepantes..... Muy discrepantes

Anexo 2

Inventario de Maslach

Escala de frecuencia de los sentimientos:

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

conteste a las frases indicando la frecuencia con que usted ha experimentado ese sentimiento:

1.	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	
2.	Me siento cansado al final de la jornada de trabajo	
3.	Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme con otro día de trabajo	
4.	Fácilmente comprendo cómo se sienten las personas	
5.	Creo que trato a algunas personas como si fuesen objetos impersonales	
6.	Trabajar todo el día con personas es un esfuerzo	
7.	Trato muy eficazmente los problemas de las personas	
8.	Me siento desgastado por mi trabajo	
9.	Creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en las vidas de los demás	
10.	Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión	
11.	Me preocupa el hecho de que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente	
12.	Me siento muy activo	
13.	Me siento frustrado en mi trabajo	
14.	Creo que estoy trabajando demasiado	
15.	No me preocupa realmente lo que le ocurre a algunas personas a las que doy el servicio	
16.	Trabajar directamente con personas me produce estrés	
17.	Fácilmente puedo crear una atmosfera relajada con las personas a las que doy servicio	
18.	Me siento estimulado después de trabajar en contacto con personas	
19.	He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión	
20.	Me siento acabado	
21.	En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma	
22.	Creo que las personas que trato me culpan de alguno de sus problemas	

Anexo 3

Baremo del Inventario de Maslach

1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo

- a) Nunca (0)
- b) Pocas veces al año o menos (1)
- c) Una vez al mes o menos (2)
- d) Unas pocas veces al mes (3)
- e) Una vez a la semana (4)
- f) Pocas veces a la semana (5)
- g) Todos los días (6)

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

- a) Nunca (0)
- b) Pocas veces al año o menos (1)
- c) Una vez al mes o menos (2)
- d) Unas pocas veces al mes (3)
- e) Una vez a la semana (4)
- f) Pocas veces a la semana (5)
- g) Todos los días (6)

3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme con otro día de trabajo

- a) Nunca (0)
- b) Pocas veces al año o menos (1)
- c) Una vez al mes o menos (2)
- d) Unas pocas veces al mes (3)
- e) Una vez a la semana (4)
- f) Pocas veces a la semana (5)
- g) Todos los días (6)

4. Facilmente comprendo cómo se sienten las personas.

- a) Nunca (0)
- b) Pocas veces al año o menos (1)
- c) Una vez al mes o menos (2)
- d) Unas pocas veces al mes (3)
- e) Una vez a la semana (4)
- f) Pocas veces a la semana (5)
- g) Todos los días (6)

5. creo que trato a algunas personas como si fuesen objetos.

- a) Nunca (0)
- b) Pocas veces al año o menos (1)
- c) Una vez al mes o menos (2)
- d) Unas pocas veces al mes (3)
- e) Una vez a la semana (4)
- f) Pocas veces a la semana (5)
- g) Todos los días (6)

6. Trabajar todo el día con personas es un esfuerzo.

- a) Nunca (0)
- b) Pocas veces al año o menos (1)
- c) Una vez al mes o menos (2)
- d) Unas pocas veces al mes (3)
- e) Una vez a la semana (4)
- f) Pocas veces a la semana (5)
- g) Todos los días (6)

7. Trato muy eficazmente los problemas de las personas.

- a) Nunca (0)
- b) Pocas veces al año o menos (1)
- c) Una vez al mes o menos (2)
- d) Unas pocas veces al mes (3)
- e) Una vez a la semana (4)
- f) Pocas veces a la semana (5)
- g) Todos los días (6)

8. Me siento desgastado por mi trabajo

- a) Nunca (0)
- b) Pocas veces al año o menos (1)
- c) Una vez al mes o menos (2)
- d) Unas pocas veces al mes (3)
- e) Una vez a la semana (4)
- f) Pocas veces a la semana (5)
- g) Todos los días (6)

9. Creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en la vida de los demás.

- a) Nunca (0)
- b) Pocas veces al año o menos (1)
- c) Una vez al mes o menos (2)
- d) Unas pocas veces al mes (3)
- e) Una vez a la semana (4)
- f) Pocas veces a la semana (5)
- g) Todos los días (6)

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

- a) Nunca (0)
- b) Pocas veces al año o menos (1)
- c) Una vez al mes o menos (2)
- d) Unas pocas veces al mes (3)
- e) Una vez a la semana (4)
- f) Pocas veces a la semana (5)
- g) Todos los días (6)

13. Me siento muy frustrado en mi trabajo

- a) Nunca (0)
- b) Pocas veces al año o menos (1)
- c) Una vez al mes o menos (2)
- d) Unas pocas veces al mes (3)
- e) Una vez a la semana (4)
- f) Pocas veces a la semana (5)
- g) Todos los días (6)

15. No me preocupa realmente lo que le ocurre a las personas que doy servicio.

- a) Nunca (0)
- b) Pocas veces al año o menos (1)
- c) Una vez al mes o menos (2)
- d) Unas pocas veces al mes (3)
- e) Una vez a la semana (4)
- f) Pocas veces a la semana (5)
- g) Todos los días (6)

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

- a) Nunca (0)
- b) Pocas veces al año o menos (1)
- c) Una vez al mes o menos (2)
- d) Unas pocas veces al mes (3)
- e) Una vez a la semana (4)
- f) Pocas veces a la semana (5)
- g) Todos los días (6)

12. Me siento muy activo en mi trabajo

- a) Nunca (0)
- b) Pocas veces al año o menos (1)
- c) Una vez al mes o menos (2)
- d) Unas pocas veces al mes (3)
- e) Una vez a la semana (4)
- f) Pocas veces a la semana (5)
- g) Todos los días (6)

14. Creo que estoy trabajando demasiado.

- a) Nunca (0)
- b) Pocas veces al año o menos (1)
- c) Una vez al mes o menos (2)
- d) Unas pocas veces al mes (3)
- e) Una vez a la semana (4)
- f) Pocas veces a la semana (5)
- g) Todos los días (6)

16. Trabajar directamente con persona me produce estrés.

- a) Nunca (0)
- b) Pocas veces al año o menos (1)
- c) Una vez al mes o menos (2)
- d) Unas pocas veces al mes (3)
- e) Una vez a la semana (4)
- f) Pocas veces a la semana (5)
- g) Todos los días (6)

17. Fácilmente puedo crear atmósfera relajada con las personas a las que doy servicio.

- a) Nunca (0)
- b) Pocas veces al año o menos (1)
- c) Una vez al mes o menos (2)
- d) Unas pocas veces al mes (3)
- e) Una vez a la semana (4)
- f) Pocas veces a la semana (5)
- g) Todos los días (6)

18. Me siento estimulado después de trabajar en contacto con personas.

- a) Nunca (0)
- b) Pocas veces al año o menos (1)
- c) Una vez al mes o menos (2)
- d) Unas pocas veces al mes (3)
- e) Una vez a la semana (4)
- f) Pocas veces a la semana (5)
- g) Todos los días (6)

19. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión.

- a) Nunca (0)
- b) Pocas veces al año o menos (1)
- c) Una vez al mes o menos (2)
- d) Unas pocas veces al mes (3)
- e) Una vez a la semana (4)
- f) Pocas veces a la semana (5)
- g) Todos los días (6)

20. Me siento acabado

- a) Nunca (0)
- b) Pocas veces al año o menos (1)
- c) Una vez al mes o menos (2)
- d) Unas pocas veces al mes (3)
- e) Una vez a la semana (4)
- f) Pocas veces a la semana (5)
- g) Todos los días (6)

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

- a) Nunca (0)
- b) Pocas veces al año o menos (1)
- c) Una vez al mes o menos (2)
- d) Unas pocas veces al mes (3)
- e) Una vez a la semana (4)
- f) Pocas veces a la semana (5)
- g) Todos los días (6)

22. Creo que las personas que trato me culpan de alguno de sus problemas.

- a) Nunca (0)
- b) Pocas veces al año o menos (1)
- c) Una vez al mes o menos (2)
- d) Unas pocas veces al mes (3)
- e) Una vez a la semana (4)
- f) Pocas veces a la semana (5)
- g) Todos los días (6)

Cansancio Emocional:

Bajo = 0 - 16
Medio = 17 - 26
Alto = > 27

Despersonalización:

Bajo = 0 - 8
Medio = 9 - 26
Alto = > 14

Falta de realización personal:

Bajo = 37 - 49
Medio = 31 - 36
Alto = > 30