



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO

FACTORES ASOCIADOS AL SÍNDROME DE BURNOUT EN
MÉDICOS DE UN CENTRO DE SALUD PRIVADO DE LIMA

PRESENTADA POR
ROCÍO RICARDINA MIRANDA MESÍAS

TESIS PARA OPTAR GRADO DE MAESTRO EN GERENCIA DE
SERVICIOS DE SALUD

LIMA – PERÚ

2014



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada
CC BY-NC-ND**

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

SECCIÓN DE POSGRADO

FACTORES ASOCIADOS AL SÍNDROME DE BURNOUT EN
MÉDICOS DE UN CENTRO DE SALUD PRIVADO DE LIMA

TESIS

PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRA EN GERENCIA DE SERVICIOS DE

SALUD

PRESENTADO POR

ROCÍO RICARDINA MIRANDA MESÍAS

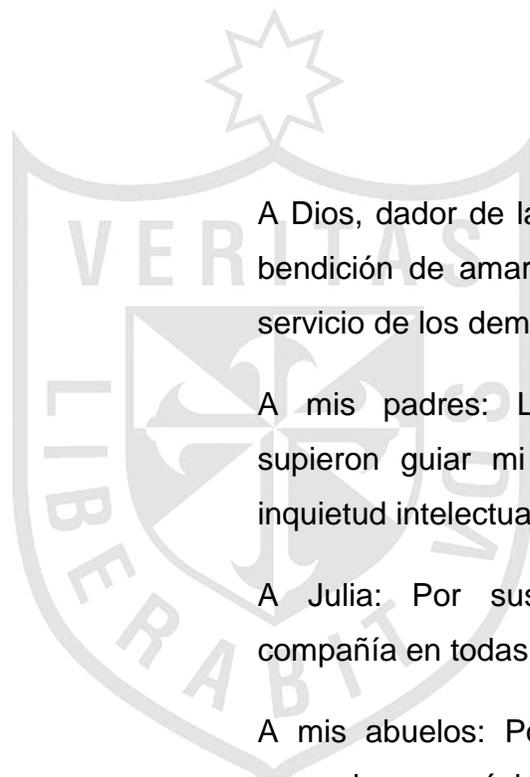
LIMA – PERÚ

2014



FACTORES ASOCIADOS AL SÍNDROME DE BURNOUT EN
MÉDICOS DE UN CENTRO DE SALUD PRIVADO DE LIMA

DICIEMBRE 2012



A Dios, dador de la vida, quien nos dio la bendición de amar y ser profesionales al servicio de los demás.

A mis padres: Luis y Ketty, quienes supieron guiar mi vida por caminos de inquietud intelectual.

A Julia: Por sus cuidados, apoyo y compañía en todas las etapas de mi vida.

A mis abuelos: Porque son los ángeles que velan por mí desde el cielo.

A mi familia: Que siempre me brinda su cariño y aliento para alcanzar todas las metas de mi vida.

A todos ellos mi profundo agradecimiento.

ÍNDICE

| | Pág. |
|----------------------------|------|
| RESUMEN | |
| ABSTRACT | |
| INTRODUCCIÓN | 1 |
| MATERIAL Y MÉTODOS | 8 |
| RESULTADOS | 12 |
| DISCUSIÓN | 20 |
| CONCLUSIONES | 27 |
| RECOMENDACIONES | 28 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 30 |
| ANEXOS | 37 |



ÍNDICE DE TABLAS

| | Pág. |
|--|------|
| TABLA 1: | |
| Niveles de cansancio emocional, despersonalización y realización profesional | 13 |
| TABLA 2: | |
| Relación entre cansancio emocional y posibles factores asociados | 14 |
| TABLA 3: | |
| Relación entre despersonalización y posibles factores asociados | 16 |
| TABLA 4: | |
| Relación entre realización profesional y posibles factores asociados | 18 |

RESUMEN

Objetivo: Identificar los factores asociados al Síndrome de burnout, en sus tres dimensiones (cansancio emocional, despersonalización y realización profesional), en un centro de salud privado de la ciudad de Lima, Perú durante el mes de diciembre del 2012.

Material y métodos: Se contó con la participación de 37 médicos, a quienes se les aplicó una encuesta sociodemográfica y el Maslach Burnout Inventory (prueba de elección para el diagnóstico de Síndrome de burnout). Los datos cuantitativos fueron resumidos mediante media aritmética y desviación estándar. Para la comparación de dos grupos respecto a las variables cuantitativas, se utilizó la prueba "t" de Student. Para la determinación de asociación entre dos variables cualitativas se utilizó la prueba chi - cuadrado. Para las pruebas de significación estadística se utilizó el nivel $\alpha = 0,05$; es decir, toda vez que el valor de P resultó menor que 0,05, se consideró el resultado como estadísticamente significativo.

Resultados: Se encontraron altos niveles de cansancio emocional y de despersonalización. La variable realización profesional no mostró niveles bajos. Para cansancio emocional las variables con asociación estadísticamente significativa fueron: relaciones interpersonales regulares en el trabajo, insatisfacción con el sueldo, falta de reconocimiento, menor tiempo dedicado al ocio, ausencia de deporte y la percepción de que la vida laboral interfiere con la personal. Para la variable despersonalización: tiempo de ejercicio profesional menor a 10 años y para la variable realización profesional: tiempo en el centro de

salud, la presencia de ambientes de trabajo adecuados y el mayor tiempo dedicado al ocio.

Conclusiones: El 70,3 % de los médicos presenta un alto nivel de cansancio emocional, el 35,1 % un nivel alto de despersonalización y el 18,9 % bajo nivel de realización profesional.



ABSTRACT

Objective: To identify factors associated with the burnout Syndrome in three dimensions (emotional exhaustion, depersonalization and professional achievement) in a private clinic in the city of Lima – Perú, during the month of December 2012.

Material and methods: We included 37 physicians, who responded a demographic survey and the Maslach Burnout Inventory, considered the standard for the diagnosis of burnout Syndrome. Quantitative data were summarized using arithmetic mean and standard deviation. For comparison of two groups for quantitative variables, we used the "t" test of Student and chi square for determination of association between two qualitative variables. For tests of statistical significance was used $\alpha = 0.05$ level. Whenever the P value was less than 0.05 was considered as statistically significant result.

Results: We found high levels of emotional exhaustion and depersonalization. Professional achievement did not show low levels. For emotional exhaustion, the statistically significant variables were: regular interpersonal relationships at work, dissatisfaction with pay, lack of recognition, less leisure time, lack of sports and the perception that work interferes with personal life. For the variable depersonalization: practice time less than 10 years and for professional achievement variable: time in the health center, the presence of suitable work environments and increased leisure time.

Conclusions: 70.3 % of physicians have a high level of emotional exhaustion, 35.1% high level of depersonalization and 18.9% had low level of professional achievement.



INTRODUCCIÓN

El término burnout significa estar o sentirse agotado, sobrecargado o exhausto. Es utilizado para referirse al desgaste profesional o desgaste psíquico en el trabajo y presenta tres componentes esenciales: agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización profesional. Suele afectar a personas con gran intervención social y profesiones de ayuda a los demás. ^(1 - 3)

Es motivo de preocupación, por las repercusiones personales, familiares y organizacionales que implica, manifestadas por ausentismo, disminución del grado de satisfacción de los usuarios y pérdida de productividad. Sus efectos, si no se detectan a tiempo, conducen al agotamiento físico, cognitivo y emocional. ^(4 - 6)

Fue descrito por primera vez en 1974 por Herbert Freudenberg, un psiquiatra que trabajaba en una clínica para toxicómanos de Nueva York, quien observó que al año de trabajar, la mayoría de los voluntarios sufría una progresiva pérdida de energía, hasta llegar al agotamiento, síntomas de ansiedad y depresión, así como desmotivación laboral y agresividad con los pacientes. ^(7 - 10)

La Organización Mundial de la Salud considera a los trabajadores de la salud como profesionales altamente estresados. Las labores que realizan producen satisfacciones, pero al mismo tiempo pueden ocasionar diversos problemas que suelen manifestarse en trastornos y factores de riesgo asociados a una sobrecarga de pacientes, infraestructura de trabajo inadecuada, preocupaciones

salariales constantes, tensiones familiares y del hogar, competencia entre miembros de la misma y/o de otras profesiones, entre otros. ⁽¹¹⁾

Su desarrollo se relaciona con las características e intensidad del trabajo, los recursos laborales, las exigencias excesivas, las expectativas del empleador, el clima organizacional y las propias características del profesional y su capacidad de ajuste a las situaciones estresantes. Si a esta situación se le añade las presiones de los usuarios, familia y ambiente social, político y económico, se tendrá mayores condicionantes que los afecten. Las malas políticas, el contexto institucional, la cantidad excesiva de pacientes, el escaso presupuesto que deriva en falta de elementos de trabajo y el pobre salario de los profesionales llevan a un contexto de sobrecarga para los equipos de salud, que devienen en la aparición de esta enfermedad. ^(12 - 14)

En 1981, las doctoras Christina Maslach y Susan Jackson dimensionan tres grandes aspectos: el cansancio emocional, la despersonalización y la falta de realización profesional. El primero de ellos caracterizado por la pérdida progresiva de energía, desgaste y agotamiento; el segundo caracterizado por actitudes negativas con distanciamiento hacia los demás, llegando a considerarlos como objetos; y el tercero caracterizado por respuestas negativas hacia sí mismos y hacia el trabajo, con manifestaciones pseudodepresivas, con tendencia a la huida, una moral baja y un descenso en la productividad, lo que lleva a una escasa o nula realización profesional.

La condición para desarrollarlo está relacionada fundamentalmente con las características de las organizaciones más que con las personales. ^(15 - 17)

Las manifestaciones clínicas más frecuentes son los síntomas emocionales, con ansiedad y ánimo depresivo, expresados como desánimo y hastío. Pueden producirse en ocasiones alteraciones de conducta (ausentismo laboral, abuso de alcohol, consumo de otros tóxicos, etc.). También se han descrito síntomas psicósomáticos, como cefalea, insomnio y trastornos gastrointestinales. Asimismo, son frecuentes las actitudes negativas, sarcásticas y poco colaboradoras, que dificultan y enturbian la dinámica de grupo normal en el trabajo. Esta actitud es sufrida por el usuario, que percibe la apatía del médico, con la formación de un círculo muy difícil de romper. Se pueden presentar también, sentimientos de vacío, agotamiento, fracaso, impotencia, baja autoestima y pobre realización personal. ^(17 -19)

El Maslach Burnout Inventory, en adelante MBI, es considerado el test de elección para determinar la presencia del síndrome y fue validado en diversos estudios para su aplicación en personas que trabajan en servicios asistenciales de salud. Si bien esta adaptación presenta debilidades, los resultados apoyan la estructura trifactorial de la escala. Algunas de estas debilidades son propias del instrumento, no específicas de la adaptación. Por tanto, la adaptación al castellano reúne los suficientes requisitos de validez factorial y consistencia interna como para ser empleada en la estimación del síndrome de burnout. ^(20, 21)

En cuanto a los antecedentes, Belloch *at al.*, encontraron asociación estadísticamente significativa con el estado civil soltero, estar insatisfecho con el trabajo y el pobre reconocimiento por parte de los pacientes y jefes sin estar asociado a factores económicos. ⁽²²⁾ Hughes refiere que ante la presencia de síntomas de burnout, cambiar de trabajo sería el método más lógico de escape, sin embargo las personas tienden a permanecer en sus posiciones originando efectos negativos en el proceso organizacional por lo que afecta el desempeño en la forma de ausentismo, intención de renuncia o abandono. ⁽²³⁾ Zapf encontró que las emociones negativas en el trabajo, combinadas con los problemas organizacionales estaban asociadas con altos niveles de estrés laboral. ⁽²⁴⁾

Molina *at al.*, encontraron en un elevado porcentaje que la presión del trabajo disminuyó la calidad de la asistencia prestada con precipitación de errores médicos. ⁽²⁵⁾

Wright y Hobfoll encontraron asociación significativa entre alteración del bienestar psicológico y agotamiento emocional, realización personal disminuida y bajo compromiso organizacional. Concluyeron que la presencia del síndrome afecta el compromiso con la organización, la salud físico mental y las relaciones familiares. ⁽²⁶⁾

Thomaé *at al.*, encontraron como desencadenantes de estrés laboral: exceso de trabajo, falta de energía y de recursos personales para responder a las demandas laborales, falta de equidad o justicia organizacional, relaciones conflictivas con los usuarios de la organización, impedimentos por parte de la dirección para el

desarrollo del trabajo, falta de participación en la toma de decisiones e imposibilidad de ascenso. ⁽²⁷⁾

Grau *at al.*, realizaron un estudio transnacional en personal sanitario hispanoamericano y español. Encontraron mayor predominio del síndrome en médicos de urgencias e internistas, mientras que anestesistas y dermatólogos tuvieron las prevalencias más bajas. Fueron variables protectoras la mayor edad, tener hijos, la percepción de sentirse valorado, el optimismo, la satisfacción profesional y la valoración económica. Otras variables negativas asociadas fueron: hacer guardias, haber estado de baja laboral o tener una enfermedad crónica, las percepciones de menor valoración laboral y menor satisfacción económica y profesional. ⁽²⁸⁾

Rojero *at al.*, mostraron el siguiente perfil: hombre, médico especialista donde los puestos administrativos son factores condicionantes de la presencia del síndrome por las exigencias y el uso de nuevas tecnologías, la mala relación con los compañeros del trabajo y superiores, el trabajo en otra institución, y las posturas incómodas que se tienen en el desarrollo de su trabajo. La despersonalización se presentó en la mujer en edad de 25 a 34 años. Y la baja realización se caracterizó en personal casado, o en unión libre, que tienen excelentes relaciones con compañeros de cualquier categoría laboral. ⁽²⁹⁾

En el ámbito nacional, Quiroz y Saco encontraron asociación estadísticamente significativa con las variables: sexo masculino, la profesión de médico, tiempo de servicio mayor de 12 años, baja motivación laboral, baja satisfacción laboral y alta

insatisfacción laboral. ⁽³⁰⁾ Aguilar y Gutiérrez reportaron una mayor presencia de agotamiento emocional y despersonalización en hombres solteros contratados y que el clima laboral existente los protegió del agotamiento emocional y la despersonalización, cuando hay adecuada comunicación con los jefes o los colegas de trabajo, ambiente de confianza, buena práctica de valores y respeto a las normas. ⁽³¹⁾

Loli y Arias encontraron que el estrés aparece asociado al ingreso neto mensual debido a que los que respondieron tener alto nivel de estrés fueron los que menos ingresos mensuales percibieron. ⁽³²⁾ Robles *at al.*, encontraron asociaciones estadísticamente significativas con las variables sexo femenino y presencia de problemas de salud. ⁽³³⁾ El estudio realizado en la Universidad Cayetano Heredia sobre la prevalencia de este síndrome en internos, encontró que más de la mitad de ellos, presentaba altos grados de agotamiento emocional, sobre todo asociados a la ausencia de actividades extracurriculares. ⁽³⁴⁾

El personal del centro de salud donde se realizó el estudio no se escapa de la realidad. El síndrome de burnout podría ser la causa de errores en la atención médica y en la disminución de la calidad de vida del profesional, con deterioro en la prestación de los servicios y como consecuencia aumento en el número de reclamos, faltas laborales, pérdida de tiempo durante las horas de trabajo y mala utilización de los recursos. Por ello, el objetivo de la investigación fue identificar los factores asociados al síndrome de burnout en médicos de un centro de salud privado, así como establecer los niveles de cansancio emocional, de

despersonalización y de realización profesional, y determinar la relación entre cada uno de ellos con factores asociados.

La importancia radica en la detección de los estresantes laborales cuyos efectos tienen dimensiones que nos deben llamar la atención para pautar una visión estratégica de intervención para su solución, que repercuta en la calidad de vida tanto del trabajador como del usuario, con el consecuente incremento de la efectividad de la organización.



MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio fue descriptivo, observacional, transversal y prospectivo, realizado durante el mes de diciembre del 2012 en el Centro de Salud Pacífico Tezza de la ciudad de Lima, que brinda atención al usuario mediante consulta externa, en donde de los 40 médicos trabajadores de la institución, 37 se mostraron dispuestos a participar.

Se emplearon dos encuestas, la sociodemográfica y el Maslach Burnout Inventory (MBI), el instrumento más utilizado en el mundo para evaluación del Síndrome de burnout.

La encuesta sociodemográfica estuvo constituida por 23 preguntas (ver anexo 1), donde se incluyeron variables como sexo, edad, estado civil, presencia de hijos, número de personas con las que vive, años de ejercicio de la profesión, total de horas semanales dentro del centro de salud, tiempo de desplazamiento, relaciones interpersonales, satisfacción con el sueldo, reconocimiento en el trabajo, ambientes adecuados, trabajos fuera del centro de salud, número de guardias nocturnas, realización de actividades en los momentos de ocio y sensación de interferencia de la vida laboral con la personal.

El MBI está constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los usuarios (ver anexo 2). La descripción detallada es la siguiente:

1. **Subescala de agotamiento emocional.** Consta de nueve afirmaciones (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20). Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Puntuación máxima: 54.
2. **Subescala de despersonalización.** Formada por cinco afirmaciones (5, 10, 11, 15, 22). Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Puntuación máxima: 30.
3. **Subescala de realización personal.** Se compone de ocho afirmaciones (4, 7,9, 12, 17,18, 19, 21). Evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo. Puntuación máxima 48.

Los grados de intensidad fueron:

0 = nunca

1 = pocas veces al año o menos

2 = una vez al mes o menos

3 = unas pocas veces al mes o menos

4 = una vez a la semana

5 = pocas veces a la semana

6 = todos los días.

Se sumaron las puntuaciones y se categorizó de la siguiente forma:

Para cansancio emocional:

- Más de 27 puntos: grado alto de cansancio emocional.
- De 19 a 26 puntos: grado intermedio de cansancio emocional.
- Menos de 19 puntos: grado bajo de cansancio emocional.

Para despensalización:

- Más de 10 puntos: grado alto de despensalización.
- De 6 a 9 puntos: grado intermedio de despensalización.
- Menos de 6 puntos: grado bajo de despensalización.

Para realización profesional:

- De 0 a 33 puntos: baja realización profesional.
- De 34 a 39 puntos: intermedia realización profesional.
- Más de 40 puntos: alta sensación de realización profesional.

Altas puntuaciones en las escalas de cansancio emocional y despensalización y bajas en realización profesional definen al síndrome.

Para la recolección de datos se realizó una visita a cada consultorio médico, con una duración aproximada de 20 a 25 minutos, sin personas intermediarias en la recolección de la información. Este proceso se repitió hasta completar el número total de médicos participantes en la investigación.

Todos recibieron información previa sobre los objetivos y las características metodológicas del estudio y mostraron su acuerdo con el contenido del

consentimiento informado, respetándose siempre las normas del Código de Ética del Colegio Médico del Perú.

Una vez obtenida la información se elaboró la base de datos mediante el paquete estadístico SPSS versión 19, este mismo programa se utilizó para el análisis de datos.

Se elaboraron tablas bivariadas con frecuencias absolutas y porcentajes. Los datos cuantitativos fueron resumidos mediante media aritmética y desviación estándar. Para la comparación de dos grupos respecto a las variables cuantitativas, se utilizó la prueba estadística “t” de Student para dos poblaciones independientes, previa determinación de los supuestos de normalidad y homogeneidad de varianzas, con las pruebas de Shapiro - Wilk y Levene, respectivamente.

Se utilizó la prueba chi cuadrado para la determinación de asociación entre dos variables cualitativas.

Para las pruebas de significación estadística se utilizó el nivel $\alpha = 0,05$; es decir, toda vez que el valor de p resultó menor que 0,05, se consideró el resultado como estadísticamente significativo.

RESULTADOS

Desde el punto de vista sociodemográfico, el 56,8 % de los encuestados pertenece al sexo masculino. La media de edades fue de $43,8 \pm 8,4$ años. El 64,9 % era casado o conviviente, el 27 % soltero y el 8,1 % divorciado.

En actividad profesional, el 56,8 % estuvo en el rango de 10 a 20 años, el 27 % en más de 20 años y el 16,2 % en menos de 10 años. La media del total de horas semanales dentro del centro de salud fue de $15 \pm 9,4$ horas y la media del total de horas semanales fuera de este de $34,5 \pm 18,1$. El tiempo para llegar al trabajo fue de 30 a 60 minutos en el 43,2 %, menos de 30 minutos en el 29,7 % y más de 60 minutos en el 27 %.

El 59,5 % manifestó tener buenas relaciones interpersonales, el 32,4 % regulares y el 8,1% muy buenas. A la pregunta de si estaba satisfecho con su sueldo, el 97,3 % respondió no estarlo y el 81,1 % sintió que su trabajo no es reconocido.

Además, el 70,3 % refiere que su vida profesional interfiere con la personal. El 24,3 % considera también que los ambientes del centro de salud no son adecuados para el trabajo. El 83,8 % tiene otro trabajo. 45,9 % tiene 2 y 40,5 % más de dos. Finalmente, el número de horas dedicadas al ocio en la semana es de $7,7 \pm 4,9$ horas y el 59,5 % no realiza ningún tipo de deporte.

Tabla 1. Niveles de cansancio emocional, despersonalización y realización profesional

| | Cansancio emocional | | Despersonalización | | Realización profesional | |
|--------------|---------------------|------|--------------------|------|-------------------------|------|
| | n | % | n | % | n | % |
| Bajo | 10 | 27 | 19 | 51,4 | 7 | 18,9 |
| Medio | 1 | 2,7 | 5 | 13,5 | 10 | 27 |
| Alto | 26 | 70,3 | 13 | 35,1 | 20 | 54,1 |
| Total | 37 | 100 | 37 | 100 | 37 | 100 |

En la tabla 1, se muestra que del total de médicos encuestados, el 70,3 % tuvo un alto nivel de cansancio emocional, el 35,1 % un alto nivel de despersonalización y el 18,9 % un bajo nivel de realización profesional.

Tabla 2. Relación entre cansancio emocional y posibles factores asociados

| Factores | | Cansancio emocional | | | Total | Valor de p |
|--|--------------------|---------------------|-----------|----------------|----------|------------|
| | | Bajo | Medio | Alto | | |
| Sexo** | Masculino | 4 (40) | 1 (100) | 16 (61,5) | 21(56,8) | 0,342 |
| | Femenino | 6 (60) | 0 (0) | 10 (38,5) | 16(43,2) | |
| Edad* | | 10 (43,7±7,5) | 1 (40 ±0) | 26 (44±9,2) | | 0,904 |
| Estado civil** | Soltero | 4 (40) | 0 (0) | 6 (23,1) | 10(27,0) | 0,776 |
| | Casado/Conviviente | 5 (50) | 1 (100) | 18 (69,2) | 24(64,9) | |
| | Divorciado | 1 (10) | 0 (0) | 2 (7,7) | 3 (8,1) | |
| Años de profesión** | < 10 | 2 (20) | 0 (0) | 4 (15,4) | 6 (16,2) | 0,693 |
| | 10-20 | 4 (40) | 1 (100) | 16 (61,5) | 21(56,8) | |
| | > 20 | 4 (40) | 0 (0) | 6 (23,1) | 10(27,0) | |
| Número de personas con las que vive* | | 10 (3,9± 1,4) | 1 (3±0) | 26 (3,5±1,2) | | 0,610 |
| Total de horas semanales en el centro de salud* | | 10 (12,4±9,5) | 1 (8±0) | 26 (16,3±9,6) | | 0,426 |
| Horas semanales de trabajo fuera del Centro de Salud* | | 10 (29,8±22,2) | 1 (42±0) | 26 (36,1±17,2) | | 0,614 |
| Tiempo de desplazamiento al Centro de Salud** | <30' | 5 (50) | 0 (0) | 6 (23,1) | 11(29,7) | 0,315 |
| | 30 - 60 | 4 (40) | 1 (100) | 11 (42,3) | 16(43,2) | |
| | >60' | 1 (10) | 0 (0) | 9 (34,6) | 10(27,0) | |
| Relaciones interpersonales en el trabajo** | Regular | 2 (20) | 0 (0) | 10 (38,5) | 12(32,4) | 0,047 |
| | Buena | 5 (50) | 1 (100) | 16 (61,5) | 22(59,5) | |
| | Muy buena | 3 (30) | 0 (0) | 0 (0) | 3 (8,1) | |
| Satisfecho con el sueldo** | Sí | 0 (0) | 1 (100) | 0 (0) | 1 (2,7) | 0,000 |
| | No | 10 (100) | 0 (0) | 26 (100) | 36(97,3) | |
| Siente que su trabajo es reconocido** | Sí | 5 (50) | 1 (100) | 1 (3,8) | 7 (18,9) | 0,001 |
| | No | 5 (50) | 0 (0) | 25 (96,2) | 30(81,1) | |
| Ambientes de trabajo adecuados** | Sí | 10 (100) | 10 (100) | 17 (65,4) | 28(75,7) | 0,081 |
| | No | 0 (0) | 0 (0) | 9 (34,6) | 9 (24,3) | |
| Tiene otro (s) trabajo (s) fuera del Centro de Salud** | Sí | 7 (70) | 1 (100) | 23 (88,5) | 31(83,8) | 0,366 |
| | No | 3 (30) | 0 (0) | 3 (11,5) | 6 (16,2) | |
| Número de trabajos** | 1 | 2 (20) | 0 (0) | 3 (11,5) | 5 (13,5) | 0,652 |
| | 2 | 3 (30) | 1 (100) | 13 (50) | 17(45,9) | |
| | Más 2 | 5 (50) | 0 (0) | 10 (38,5) | 15(40,5) | |
| Número de guardias semanales* | | 10 (0,5±0,7) | 1 (0±0) | 26 (0,8±0,9) | | 0,447 |
| Número de horas dedicadas al ocio en la semana* | | 10 (11,9±3,5) | 1 (12±0) | 26 (6,0±4,6) | | 0,002 |
| Frecuencia deporte (por semana)** | Sí | 7 (70,0) | 1 (100,0) | 7 (26,9) | 15(40,5) | 0,029 |
| | No | 3 (30,0) | 0 (0) | 19 (73,1) | 22(59,5) | |
| Vida profesional interfiere con lo personal** | Sí | 4 (40,0) | 0 (0,0) | 22 (84,6) | 26(70,3) | 0,010 |
| | No | 6 (60,0) | 1 (100) | 4 (15,4) | 11(29,7) | |

* n ($\bar{x}\pm s$) = (promedio \pm desviación estándar) ** n (%)

En la tabla 2, se muestra la relación entre diversos factores y el nivel de cansancio emocional. De los factores analizados, existe asociación significativa entre cansancio emocional y la presencia de relaciones regulares interpersonales en el trabajo ($p = 0,047$), la insatisfacción con el sueldo ($p = 0,000$), la falta de reconocimiento en el trabajo ($p = 0,001$), el menor tiempo dedicado al ocio ($p = 0,002$), la ausencia de deporte ($p = 0,029$) y la percepción que la vida laboral interfiere con lo personal ($p = 0,010$). Los demás factores incluidos en el estudio no mostraron asociaciones significativas con cansancio emocional.



Tabla 3. Relación entre despersonalización y posibles factores asociados

| Factores | | Despersonalización | | | Total | Valor de p |
|--|--------------------|--------------------|---------------|----------------|-----------|------------|
| | | Bajo | Medio | Alto | | |
| Sexo** | Masculino | 11 (57,9) | 2 (40) | 8 (61,5) | 21 (56,8) | 0,704 |
| | Femenino | 8 (42,1) | 3 (60) | 5 (38,5) | 16 (43,2) | |
| Edad* | | 19 (43,1±5,0) | 5 (49,6±9,3) | 13 (42,6±11,7) | | 0,271 |
| Estado civil** | Soltero | 4 (21,1) | 1 (20,0) | 5 (38,5) | 10 (27,0) | 0,741 |
| | Casado/Conviviente | 13 (68,4) | 4 (80,0) | 7 (53,8) | 24 (64,9) | |
| | Divorciado | 2 (10,5) | 0 (0) | 1 (7,7) | 3 (8,1) | |
| Años de profesión** | < 10 | 1 (5,3) | 0 (0) | 5 (38,5) | 6 (16,2) | 0,013 |
| | 10-20 | 15 (78,9) | 2 (40) | 4 (30,8) | 21 (56,8) | |
| | > 20 | 3 (15,8) | 3 (60,0) | 4 (30,8) | 10 (27,0) | |
| Número de personas con las que vive* | | 19 (3,6±1,3) | 5 (3,8±0,9) | 13 (3,6±1,3) | | 0,921 |
| Total de horas semanales en el centro de salud* | | 19 (14,3±8,8) | 5 (16,2±8,8) | 13 (15,6±11,4) | | 0,897 |
| Total de horas semanales de trabajo fuera del centro de salud* | | 19 (37,0±19,8) | 5 (31,2±21,4) | 13 (32,2±16,0) | | 0,709 |
| Relaciones interpersonales en el trabajo** | Regular | 6 (31,6) | 2 (40) | 4 (30,8) | 12 (32,4) | 0,820 |
| | Buena | 12 (63,2) | 2 (40) | 8 (61,5) | 22 (59,5) | |
| | Muy buena | 1 (5,3) | 1 (20) | 1 (7,7) | 3 (8,1) | |
| Satisfecho con el salario** | Sí | 1 (5,3) | 0 (0,0) | 0 (0) | 1 (2,7) | 0,615 |
| | No | 18 (94,7) | 5 (100,0) | 13 (100) | 36 (97,3) | |
| Siente que su trabajo es reconocido** | Sí | 4 (21,1) | 2 (40,0) | 1 (7,7) | 7 (18,9) | 0,276 |
| | No | 15 (78,9) | 3 (60,0) | 12 (92,3) | 30 (81,1) | |
| Ambientes de trabajo adecuados** | Sí | 16 (84,2) | 4 (80,0) | 8 (61,5) | 28 (75,7) | 0,331 |
| | No | 3 (15,8) | 1 (20,0) | 5 (38,5) | 9 (24,3) | |
| Tiene otro (s) trabajo (s) fuera del Centro de Salud** | Sí | 16 (84,2) | 4 (80,0) | 11 (84,6) | 31 (83,8) | 0,970 |
| | No | 2 (15,8) | 1 (20,0) | 3 (15,4) | 6 (16,2) | |
| Tiempo de desplazamiento al Centro de Salud** | <30' | 3 (15,8) | 4 (80,0) | 4 (30,8) | 11 (29,7) | 0,078 |
| | 30 - 60 | 10 (52,6) | 0 (0,0) | 6 (46,2) | 16 (43,2) | |
| | >60' | 6 (31,6) | 1 (20,0) | 3 (23,1) | 10 (27,0) | |
| Número de trabajos** | 1 | 2 (10,5) | 1 (20,0) | 2 (15,4) | 5 (13,5) | 0,983 |
| | 2 | 9 (47,4) | 2 (40,0) | 6 (46,2) | 17 (45,9) | |
| | Más 2 | 8 (42,1) | 2 (40,0) | 5 (38,5) | 15 (40,5) | |
| Número de guardias semanales* | | 19 (0,9±0,9) | 5 (0,2±0,4) | 13 (0,5±0,7) | | 0,146 |
| Número de horas dedicadas al ocio* | | 19 (8,9±4,9) | 5 (7,6±4,6) | 13 (6,1±5,1) | | 0,287 |
| Frecuencia deporte (por semana)** | Sí | 10 (52,6) | 1 (20,0) | 4 (30,8) | 15 (40,5) | 0,280 |
| | No | 9 (47,4) | 4 (80,0) | 9 (69,2) | 22 (59,5) | |
| Vida profesional interfiere con personal** | Sí | 13 (68,4) | 2 (40,0) | 11 (84,6) | 26 (70,3) | 0,173 |
| | No | 6 (31,6) | 3 (60,0) | 2 (15,4) | 11 (29,7) | |

* n ($\bar{x} \pm s$) = (promedio \pm desviación estándar) ** n (%)

En la tabla 3, se muestra la relación entre diversos factores y nivel de despersonalización. De los factores analizados, se aprecia que cuando el nivel es alto, el 38,5 % tiene menos de 10 años de ejercicio de la profesión, esta asociación es estadísticamente significativa ($p = 0,013$). Los demás factores incluidos en el estudio no mostraron asociaciones significativas con despersonalización.



Tabla 4. Relación entre realización profesional y posibles factores asociados

| Factores | | Realización profesional | | | Total | Valor de p |
|--|--------------------|--------------------------|----------------------|----------------------|------------------|--------------|
| | | Bajo | Medio | Alto | | |
| Sexo** | Masculino | 5 (71,4) | 6 (60,0) | 10 (50,0) | 21 (56,8) | 0,598 |
| | Femenino | 2 (28,6) | 4 (40,0) | 10 (50,0) | 16 (43,2) | |
| Edad* | | 7 (42,7±12,5) | 10 (41,9±10,0) | 20 (45,2±6,1) | | 0,590 |
| Estado civil** | Soltero | 2 (28,6) | 3 (30,0) | 5 (25,0) | 10 (27,0) | 0,930 |
| | Casado/Conviviente | 4 (57,1) | 6 (60,0) | 14 (70,0) | 24 (64,9) | |
| | Divorciado | 1 (14,3) | 1 (10,0) | 1 (5,0) | 3 (8,1) | |
| Años de profesión** | < 10 | 2 (28,6) | 2 (20,0) | 2 (10,0) | 6 (16,2) | 0,763 |
| | 10-20 | 3 (42,9) | 5 (50,0) | 13 (65,0) | 21 (56,8) | |
| | > 20 | 2 (28,6) | 3 (30,0) | 5 (25,0) | 10 (27,0) | |
| Número de personas con las que vive* | | 7 (3,6±0,9) | 10 (2,9±1,2) | 20 (3,9±1,1) | | 0,079 |
| Total de horas semanales en el centro de salud* | | 7 (20,3±12,6) | 10 (18,6±8,0) | 20 (11,4±7,8) | | 0,036 |
| Total de horas semanales de trabajo fuera del centro de salud* | | 7 (30,2±15,7) | 10 (35,4±20,4) | 20 (35,7±18,9) | | 0,788 |
| Relaciones interpersonales en el trabajo** | Regular | 4 (57,1) | 2 (20,0) | 6 (30,0) | 12 (32,4) | 0,241 |
| | Buena | 3 (42,9) | 8 (80,0) | 11 (55,0) | 22 (59,5) | |
| | Muy buena | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 3 (15,0) | 3 (8,1) | |
| Satisfecho con el salario** | Sí | 0 (0,0) | 1 (10,0) | 0 (0,0) | 1 (2,7) | 0,250 |
| | No | 7 (100,0) | 9 (90,0) | 20 (100,0) | 36 (97,3) | |
| Siente que su trabajo es reconocido** | Sí | 0 (0,0) | 1 (10,0) | 6 (30,0) | 7 (18,9) | 0,153 |
| | No | 7 (100,0) | 9 (90,0) | 14 (70,0) | 30 (81,1) | |
| Ambientes de trabajo adecuados** | Sí | 3 (42,9) | 6 (60,0) | 19 (95,0) | 28 (75,7) | 0,009 |
| | No | 4 (57,1) | 4 (40,0) | 1 (5,0) | 9 (24,3) | |
| Tiene otro (s) trabajo (s) fuera del Centro de Salud** | Sí | 6 (85,7) | 8 (80,0) | 17 (85,0) | 31 (83,8) | 0,929 |
| | No | 1 (14,3) | 2 (20,0) | 3 (15,0) | 6 (16,2) | |
| Tiempo de desplazamiento al Centro de Salud** | <30' | 1 (14,3) | 3 (30,0) | 7 (35,0) | 11 (29,7) | 0,877 |
| | 30 - 60' | 4 (57,1) | 4 (40,0) | 8 (40,0) | 16 (43,2) | |
| | >60' | 2 (28,6) | 3 (30,0) | 5 (25,0) | 10 (27,0) | |
| Número de trabajos** | 1 | 1 (14,3) | 2 (20,0) | 2 (10,0) | 5 (13,5) | 0,629 |
| | 2 | 3 (42,9) | 6 (60,0) | 8 (40,0) | 17 (45,9) | |
| | Más 2 | 3 (42,9) | 2 (20,0) | 10 (50,0) | 15 (40,5) | |
| Número de guardias semanales* | | 7 (0,8±0,9) | 10 (0,5±0,7) | 20 (0,8±0,9) | | 0,659 |
| Número de horas dedicadas al ocio en la semana* | | 7 (3,7±2,3) | 10 (7,5±5,6) | 20 (9,4±4,7) | | 0,034 |
| Frecuencia deporte (por semana)** | Sí | 2 (28,6) | 3 (30,0) | 10 (50,0) | 15 (40,5) | 0,445 |
| | No | 5 (71,4) | 7 (70,0) | 10 (50,0) | 22 (59,5) | |
| Vida profesional interfiere con personal** | Sí | 6 (85,7) | 7 (70,0) | 13 (65,0) | 26 (70,3) | 0,587 |
| | No | 1 (14,3) | 3 (30,0) | 7 (35,0) | 11 (29,7) | |

* n (x±s) = (promedio ± desviación estándar) ** n (%)

En la tabla 4, existe asociación significativa entre realización profesional y el tiempo en el centro de salud ($p = 0,036$), la presencia de ambientes de trabajo adecuados ($p = 0,009$) y el mayor tiempo dedicado al ocio ($p = 0,034$). Los demás factores incluidos en el estudio no mostraron asociaciones significativas con realización profesional.



DISCUSIÓN

Se realizó este estudio en médicos del Centro de Salud Pacífico Tezza, que atiende a los usuarios bajo la forma de consulta externa, y se trató de evaluar los posibles factores asociados al síndrome de burnout que fue estudiado en sus tres dimensiones: cansancio emocional, despersonalización y realización profesional.

En la primera tabla se puede apreciar que el 70,3 % de los médicos manifestaron niveles altos de cansancio emocional. Las prevalencias varían según los distintos escenarios y países, sin embargo, la categoría cansancio emocional es la que concentra el mayor porcentaje de personal afectado coincidiendo con lo encontrado con Álvarez *at al*⁽³⁵⁾, Grau *at al*⁽²⁸⁾, y Rojero *at al.*⁽²⁹⁾

A pesar de que más de la mitad de los médicos presenta un bajo nivel de despersonalización, es de resaltar que un 35,1 % manifiesta niveles altos de incidencia. En el estudio de Rojero *at al.*, la prevalencia fue de 13 %;⁽²⁹⁾ en el de Belloch, 17,8 %;⁽²²⁾ y en el de Rodríguez *at al.*, de 16,8 %.⁽²³⁾ Nuevamente las prevalencias son variables, sin embargo, en el presente estudio podemos apreciar que es mayor que en el resto de países, tal vez por la distinta situación social y económica que rodea al personal de salud. El burnout además de ser un fenómeno extendido mundial, es específico; tiene manifestaciones peculiares en las diferentes poblaciones, por lo que no se podría realizar un perfil y generalizarlo a todos los ámbitos.⁽³⁷⁾

En la dimensión realización personal, solo un 18,9 % de los médicos presentó niveles bajos, lo cual se asemeja a lo encontrado por Rodríguez *at al.* ⁽³⁶⁾, es un resultado esperable por tratarse de un grupo que se siente realizado en lo profesional porque logró alcanzar sus metas de ser médico. Esto difiere de lo encontrado por Mercado y Dávalos, quienes estudiaron el síndrome de burnout en enfermeras de dos hospitales de Lima y encontraron que la variable más afectada en este grupo profesional fue la realización personal. ^(38, 39)

Como podemos apreciar, de los tres aspectos que engloba el síndrome de burnout, en esta población, lo que predomina es el cansancio emocional, seguido por la despersonalización.

En la segunda tabla, al estudiar la relación entre el cansancio emocional y sus posibles factores asociados, las variables con significación estadística obtenidas fueron: relaciones interpersonales regulares en el trabajo, insatisfacción con el sueldo, falta de reconocimiento en el trabajo, menor tiempo dedicado al ocio, ausencia de deporte y percepción de que la vida laboral interfiere con la personal.

El 97 % de los médicos manifestó que se encuentra insatisfecho con el sueldo que recibe, el 81 % siente que su trabajo no es reconocido y el 70 % además manifiesta que su vida profesional interfiere con la personal, esto debido a que dedican poco o casi nulo tiempo para el ocio o el deporte como se pudo apreciar también.

La mayoría labora cada día por lo menos en dos instituciones de salud, por lo que esa carga laboral les deja poco espacio para actividades de ocio y/o tiempo libre necesarios para reponer el desgaste físico y emocional.

El agotamiento ocasiona diversas secuelas negativas en el desempeño laboral, las cuales se manifiestan en ausentismo, intención de renunciar o abandono del empleo. Si por alguna razón las personas no pueden dejar el trabajo, entonces se presenta menor productividad y efectividad. Además, se detectan otras consecuencias como la falta de compromiso y el menor involucramiento con la organización y la profesión, lo cual conduce a su vez a menor desempeño. Asimismo, Hughes refiere que ante la presencia de síntomas de burnout las personas tienden a permanecer en sus puestos de trabajo con efectos negativos en el proceso organizacional. ⁽²²⁾

La relación que existe entre una baja remuneración salarial, pobre reconocimiento en el trabajo y realización personal son factores predisponentes para la presentación del burnout. Así, por ejemplo, los factores desencadenantes del síndrome publicados por Thomaé *at al.*, fueron las relaciones tensas y conflictivas con los usuarios de la organización y los colegas de trabajo, la imposibilidad de poder progresar y ascender así como la falta de participación en la toma de decisiones. ⁽²⁷⁾ Belloch *at al.*, encontraron asociación estadística a estar insatisfecho con el trabajo y al pobre reconocimiento por parte de los pacientes y sus jefes. ⁽²²⁾

Por otro lado, Román encontró que el bajo reconocimiento profesional se asocia a respuestas de estrés y de burnout. ⁽⁴⁰⁾ A su vez, Grau *at al.*, encontraron como variables asociadas a burnout la percepción de menor valoración laboral, menor satisfacción económica y profesional, y como variables protectoras la percepción de sentirse valorado (OR=0,53), la satisfacción profesional (OR=0,80) y la valoración económica (OR=0,91). ⁽²⁸⁾

Aguilar y Gutiérrez, concluyeron además que el clima laboral existente los protegió del agotamiento emocional (cuando hay adecuada comunicación con los jefes o los colegas de trabajo, ambiente de confianza, buena práctica de valores y respeto a las normas). ⁽³¹⁾

Por último, Loli y Arias encontraron una asociación negativa entre el estrés y la satisfacción con el salario, la relación con los pacientes, el medio ambiente físico y la salud. Igualmente hallaron una asociación negativa entre vida familiar y estrés, satisfacción con el trabajo y estrés, horario y estrés, satisfacción con la vida y estrés, y suficiencia de materiales y estrés. El estrés aparece asociado al ingreso neto mensual de los profesionales de salud. Los que respondieron tener alto nivel de estrés fueron los que menos ingresos mensuales percibieron. ⁽³²⁾

En la tercera tabla, sobre el estudio de la despersonalización y sus factores asociados, la única variable con significación estadística encontrada fue la de años de profesión, donde el 38,5 % de los que tiene menos de 10 años de ejercicio

tiene los niveles más altos de despersonalización. Mientras que niveles bajos se encuentran entre los que tienen entre 10 y 20 años de servicio.

Estos resultados concuerdan con el estudio realizado por Álvarez y col, quienes encontraron asociación significativa a la edad comprendida entre los 25 y 34 años y al tiempo de servicio menor a 10 años, ⁽³⁵⁾ sin embargo difieren con el estudio de Quiroz y Saco, que encontraron asociación con el tiempo de ejercicio de la profesión mayor a 12 años. ⁽³⁰⁾

Como vemos, sobre la antigüedad profesional no existe un acuerdo. Podría existir un período de sensibilización debido a que habría unos años en los que el profesional sería especialmente vulnerable al síndrome de burnout y correspondería a los primeros años de carrera profesional dado que sería el período en el que se produce la transición de las expectativas idealistas hacia la práctica cotidiana en donde las recompensas personales, profesionales y económicas, no son ni las prometidas ni las esperadas.

En la cuarta tabla, sobre la dimensión realización profesional y factores asociados, existe asociación significativa entre realización profesional y tiempo en el centro de salud, la presencia de ambientes de trabajo adecuados y el mayor tiempo dedicado al ocio.

Los que mostraron niveles bajos de realización profesional, laboran en promedio siete horas a la semana en el centro de salud, es decir, solo tienen un contrato

que los vincula con la institución para trabajar un turno o dos por semana, por lo que están en el grupo con dos o más de dos trabajos en otras entidades. Este resultado concuerda con lo encontrado por Rojero y col., quienes también notaron asociación entre burnout y el trabajo en otra institución de salud. ⁽²⁹⁾

El 95 % de los que refieren sentirse altamente realizados, consideran que los ambientes del centro de salud son adecuados. Tal como estudiaron Escribá y Pérez en su trabajo sobre el ambiente como factor asociado al síndrome de burnout, uno institucional que favorece la motivación tendrá como resultado mayor productividad en los trabajadores. ⁽⁴¹⁾

De igual forma, los que mostraron niveles altos de realización profesional le dedican en promedio nueve horas a la semana a las actividades de ocio y han logrado un balance entre su vida personal y profesional. Si resaltamos el componente psicológico de la salud, nos encontramos con que la actividad deportiva se utiliza en ocasiones como elemento de apoyo en terapias contra la depresión o el estrés, o como una estrategia preventiva.

En todos los casos, la práctica de actividad física puede ser un factor de calidad de vida en la medida que se cumplan algunas condiciones: que se realice como una actividad de ocio y tiempo libre; que mejore o mantenga la salud; que sus beneficios socioeconómicos sean mayores que sus costos y que se experimenten emociones placenteras en su práctica. ⁽⁴²⁾

CONCLUSIONES

- El 70,3 % de los médicos presenta un nivel alto de la dimensión cansancio emocional, el 35,1 % un nivel alto de la dimensión despersonalización y el 18,9 % niveles bajos de realización profesional.
- El cansancio emocional presenta asociación significativa con las variables relaciones regulares interpersonales en el trabajo ($p = 0,047$), la insatisfacción con el salario ($p = 0,000$), la falta de reconocimiento en el trabajo ($p = 0,001$), el menor tiempo dedicado al ocio ($p = 0,002$), la ausencia de deporte ($p = 0,029$) y la percepción de que la vida laboral interfiere con lo personal ($p = 0,010$).
- La despersonalización se presenta en niveles altos en el 38,5 % de los que tienen menos de 10 años de ejercicio de la profesión, esta asociación es estadísticamente significativa ($p = 0,013$).
- La realización profesional tiene asociación significativa con el tiempo en el centro de salud ($p = 0,036$), la presencia de ambientes de trabajo adecuados ($p = 0,009$) y el mayor tiempo dedicado al ocio ($p = 0,034$).

RECOMENDACIONES

- Los resultados nos permiten identificar al personal del centro de salud con manifestaciones del síndrome de burnout, para promover en ellos actitudes de mejora personal con la consecuente mejora en la atención de calidad a los usuarios, brindar información sobre la realidad laboral antes de la incorporación al trabajo, capacitar según las exigencias laborales, promover el trabajo en equipo y definir responsabilidades.
- Resaltan, además, la importancia de políticas de atención en salud y estrategias organizacionales mucho más conscientes que estén dirigidas a evitar la sobrecarga laboral y mejorar la satisfacción de los usuarios externos e internos. Es importante enfatizar la necesidad del tiempo dedicado a actividades de esparcimiento, a fortalecer el amor por el trabajo y las relaciones interpersonales, así como compartir con la familia, ya que esto favorece los estilos de vida saludables y constituyen factores protectores para el desarrollo del síndrome de burnout.
- En cualquier profesión, y más en el área de salud, es trascendental equilibrar nuestras áreas vitales evitando a toda costa, que la profesión absorba esta cadena. La familia, los amigos, los hobbies y el descanso son grandes protectores contra el burnout.

- Por todo esto, es de vital importancia fomentar una buena atmósfera de trabajo facilitando espacios comunes dentro de la jornada laboral, la colaboración y no la competitividad, grupos de reflexión de lo emocional, tanto de las relaciones médico-paciente, como de los aspectos emocionales de las relaciones interpersonales dentro del equipo y diálogo con las autoridades. Si empezamos con la potencialización del principal recurso de toda institución, es decir el humano, promoviendo en ellos toda clase de mejoras tanto personales como profesionales, lograremos el objetivo de llevar la calidad de atención al usuario al máximo nivel posible.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gil – Monte P., Peiró J. Desgaste psíquico en el trabajo. El síndrome de quemarse. Editorial Síntesis. 1997; 1: 13 – 120.
2. Pérez M. El síndrome de burnout en los profesionales de la salud. Publicación virtual de la Facultad de Psicología y Psicopedagogía de la USAL. 2002.
3. Quinceno J. Burnout: síndrome de quemarse en el trabajo. Acta Colombiana de Psicología. 2007; 10: 117 – 125.
4. Caballero M., Bermejo F., Nieto R. Prevalencia y factores asociados al burnout en un área de salud. Atención primaria. 2001; 27: 313 – 317.
5. Olivar C, González S, Martínez M. Factores relacionados con la satisfacción laboral y el desgaste profesional en los médicos de atención primaria de Asturias. Atención Primaria. 1999; 24: 352- 359.
6. Pérez Jáuregui M. El síndrome de burnout en los profesionales de la salud. Publicación virtual de la Facultad de Psicología y Psicopedagogía de la USAL. 2002.

7. Freudenberger, H. Staff burnout. *Journal of Social Issues*. 1974; 1: 159 - 165.
8. Alpi S. Síndrome de burnout. *Acta Colombiana de Psicología*. 2008; 12: 117 – 125.
9. Maslach C, Jackson S. The measurement of experienced burnout. *Journal of occupational behavior*. 1981; 2: 99-113.
10. Grau A, Suñer R, García M. Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales. *Gaceta Sanitaria Barcelona*. 2005; 19: 463 - 470.
11. Leka, S. La organización del trabajo y el estrés: estrategias sistemáticas de solución de problemas para empleadores, personal directivo y representantes sindicales. *Protección de la salud de los trabajadores*. OMS. 2004.
12. Araquistain L., Damis H. Lo insalubre de trabajar en salud: Síndrome de burnout. *Boletín de asociación de médicos municipales de la ciudad de Buenos Aires* 2001; 26: 1- 8.
13. Zaldúa G, Lodieu MT, Koloditzky D. El síndrome de burnout en hospitales públicos. *Revista Médica del Hospital J. Ramos Mejía*. 2000; 7 (1): 13- 17.
14. Auger S. Salud pública y guardias hospitalarias. *Boletín de asociación de médicos municipales de la ciudad de Buenos Aires*. 2003; 89: 1.

15. Maslach C., Jackson S. The truth about burnout: how organizations cause personal stress and what to do about it. 1997.
16. Maslach C., Schaufeli W., Leiter M. Job Burnout. *Ann. Rev. Psychol.* 2001; 52:397-422.
17. Da Silva R. El Síndrome de burnout. *Drogas, ética y trasgresión. Psicolibros*; 2001; 1: 57–77.
18. Madrigal M. Burnout en médicos: aproximaciones teóricas y algunos diagnósticos diferenciales. *Medicina legal de Costa Rica.* 2006; 23: 137 – 153.
19. Cebria J., Segura J., Corbella S. Rasgos de personalidad y burnout en médicos de familia. *Atención primaria.* 2001; 27: 459- 468.
20. Gil - Monte P. Validez Factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory General Survey. *Salud Pública de México.* 2002; 44: 33 - 40.
21. Pino Manso J. Estructura Factorial del Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey. *Revista Interamericana del Psicología.* 2006; 40: 115-118.
22. Belloch S., Renovell V., Calabuig J. The professional burnout syndrome in resident physicians in hospital medical specialities. *Anales de Medicina Interna.* 2000; 7: 118 – 122.

23. Hughes R. Deciding to leave but staying: teacher burnout, precursors and turnover. *International Journal of Human Resource Management*. 2001; 12: 288 - 298.
24. Zapf, D. Emotion work and psychological wellbeing - A review of the literature and some conceptual considerations. *Human Resource Management Review*. 2002; 12: 237 - 268.
25. Molina A., García M., Alonso M. Prevalencia de desgaste profesional y psicomorbilidad en médicos de atención primaria de un área sanitaria de Madrid. *Atención primaria*. 2003; 31: 564 – 571.
26. Wright T., Hobfoll S. Commitment, psychological well - being and job performance: an examination of conservation of resources (COR) theory and job burnout. *Journal of business and management*. 2004; 9: 389 - 405.
27. Thomaé M., Adrian E., Sphan M. Etiología y prevención del síndrome de burnout en los trabajadores de la salud. *Revista de Posgrado de la Cátedra de Medicina*. 2006; 153: 22 – 27.

28. Grau A., Flichtentrei D., Suñer R. Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español. *Revista Española de Salud Pública*. 2009; 83: 215 – 230.
29. Rojero M., Ruiz D., Pando M. Presencia del síndrome de burnout en médicos y enfermeras del hospital general ISSSTE Zacatecas y factores que lo asocian. *Estrés y salud mental en el trabajo*. 2010.
30. Quiroz R., Saco S. Factores asociados al síndrome de burnout en médicos y enfermeras del Hospital Nacional Sur Este de Essalud del Cusco. *Revista Semestral de la Facultad de Medicina Humana – UNSAAC*. 2003; 12: 11 – 22.
31. Aguilar A., Gutiérrez V. El fenómeno de burnout en médicos de dos hospitales de Lima. *Revista de Psicología Herediana*. 2007.
32. Loli A., Arias F. Agotamiento laboral en profesionales de la salud de Lima Metropolitana. *Facultad de Psicología Universidad Nacional Mayor de San Marcos*. 2008: 30; 93 – 119.

33. Robles R., Cáceres L. Síndrome burnout en cirujanos dentistas de hospitales de Lima Metropolitana. *Odontología Sanmarquina*. 2010; 13: 7 – 10.
34. Estela - Villa L., Jiménez - Román C., Landeo J. Prevalencia del síndrome de burnout en alumnos del séptimo año de medicina de una universidad privada de Lima, Perú. *Revista de Neuropsiquiatría*. 2010; 73: 147 – 156.
35. Álvarez A., Arce M., Barrios A. Síndrome de burnout en médicos de hospitales públicos de la ciudad de Corrientes. *Revista de Postgrado de la Cátedra de Medicina*. 2005; 141: 27 – 30.
36. Rodríguez M., Rodríguez R., Riveros A. Síndrome de burnout y factores asociados en personal de salud de tres instituciones de Bogotá. *Universidad del Rosario*. 2011.
37. Bambula F., Barrios I. La investigación sobre el síndrome de burnout en países latinoamericanos. *Universidad del Valle - Cali*. 2012.
38. Mercado G. Nivel de estrés laboral en enfermeras en el Hospital Nacional Dos de Mayo. *Universidad Nacional Mayor de San Marcos*. 2006.

39. Dávalos H. Nivel de estrés laboral en enfermeras del Hospital Nacional de Emergencias José Casimiro Ulloa. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2005.
40. Román J. Estrés y burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención. Revista Cubana de Salud Pública. 2003; 29: 103 - 110.
41. Escribá L., Pérez S. Efecto del ambiente psicosocial y de la satisfacción laboral en el síndrome de burnout en médicos especialistas. Gaceta Sanitaria. 2008; 22: 300 – 308.
42. Cantón E. Deporte, salud, bienestar y calidad de vida. Cuadernos de psicología del deporte. 2001; 1: 27 – 38.

ANEXOS

ANEXO N°1

Datos sociodemográficos

Marcar con un aspa (x) la alternativa correspondiente a su respuesta:

1. Sexo: Masculino () Femenino ()
2. Edad: _____ (años)
3. Estado civil: Soltero () Casado/Conviviente () Divorciado () Viudo ()
4. Hijos: Sí () NO () Cuántos _____
5. Número total de personas con las que vive: _____
6. Años de ejercicio de la profesión: Menos de 10 años () 10 a 20 años () Más de 20 años ()
7. Total de horas semanales dentro del Centro de Salud: _____
8. Tiempo de desplazamiento al Centro de Salud (en minutos): Menos de 30 minutos () De 30 a 60 minutos () Más de 60 minutos ()
9. Siente que sus relaciones interpersonales en el trabajo son: Malas () Regulares () Buenas () Muy buenas ()
10. ¿Se encuentra satisfecho con el salario que recibe?: Sí () NO ()
11. ¿Siente que su trabajo es reconocido?: Sí () NO ()
12. ¿Considera que los ambientes de trabajo son adecuados?: Sí () NO ()
13. Tiene otro (s) trabajo (s) fuera del Centro de Salud: Sí () NO ()
14. Número de trabajos: 1 () 2 () Más de 2 ()

15. Total de horas semanales de trabajo fuera del Centro de Salud: _____

16. Número de guardias nocturnas a la semana: _____

17. Número de horas dedicadas al ocio en la semana: _____

18. ¿Qué tipo de actividades realiza en sus ratos de ocio?:

19. ¿Practica algún deporte?: SÍ () NO ()

20. ¿De qué tipo?: _____ ¿Con qué frecuencia?: _____

21. ¿Hace cuánto tiempo tuvo sus últimas vacaciones? : _____

22. ¿Cuántas horas duerme al día?: _____

23. ¿Siente que su vida profesional interfiere en la personal?: SÍ () NO ()



ANEXO N°2

Cuestionario Maslach Burnout Inventory

Responder las siguientes preguntas respecto a lo experimentado en su trabajo, de acuerdo a las siguientes opciones: Nunca (0 puntos), Pocas veces al año (1 punto), Una vez al mes o menos (2 puntos), Unas pocas veces al mes o menos (3 puntos), Una vez por semana (4 puntos), Pocas veces a la semana (5 puntos) o Todos los días (6 puntos).

| | Nunca | Pocas veces al año | Una vez al mes o menos | Unas pocas veces al mes o menos | Una vez por semana | Pocas veces a la semana | Todos los días |
|--|-------|--------------------|------------------------|---------------------------------|--------------------|-------------------------|----------------|
| 1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo. | | | | | | | |
| 2. Me siento agotado al final de la jornada de trabajo. | | | | | | | |
| 3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar. | | | | | | | |
| 4. Comprendo fácilmente cómo se sienten los pacientes. | | | | | | | |
| 5. Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales. | | | | | | | |
| 6. Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo. | | | | | | | |
| 7. Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes. | | | | | | | |
| 8. Mi trabajo me deja exhausto. | | | | | | | |
| 9. Creo que influyo positivamente con mi | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|
| trabajo en la vida de las personas. | | | | | | | |
| 10. Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión. | | | | | | | |
| 11. Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente. | | | | | | | |
| 12. Me siento muy activo. | | | | | | | |
| 13. Me siento frustrado en mi trabajo. | | | | | | | |
| 14. Creo que estoy trabajando demasiado. | | | | | | | |
| 15. Realmente no me preocupa lo que le ocurre a mis pacientes. | | | | | | | |
| 16. Trabajar directamente con personas me produce estrés. | | | | | | | |
| 17. Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes. | | | | | | | |
| 18. Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes. | | | | | | | |
| 19. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión. | | | | | | | |
| 20. Siento que llegué a mi límite. | | | | | | | |
| 21. En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma | | | | | | | |
| 22. Siento que los pacientes me culpan por algunos de sus problemas. | | | | | | | |

ANEXO N°3

Consentimiento informado

Por el presente documento, confirmo mi deseo de participar en el proyecto de tesis titulado: “Factores asociados al Síndrome de Burnout en un Centro de Salud Privado”, realizado por la investigadora: Dra. Rocío Miranda Mesías, cuyo objetivo es obtener información directa sobre la presencia o no de este fenómeno en médicos de esta institución, lo que permitirá abordar con mejor perspectiva y precisión la problemática del desgaste laboral en nuestra realidad.

Además, se podrá establecer reglas específicas que regulen y promuevan una mejor calidad de la atención y en consecuencia, el bienestar de servidores y usuarios.

Resolverlo tomará aproximadamente unos 15 minutos y los resultados que se obtengan serán utilizados únicamente con fines de estudio.

Yo:

Acepto participar en el estudio, sabiendo que no se pondrá en riesgo en ningún momento mi salud ni se usará la información encontrada con otros fines adicionales.

Firma: