



USMP
UNIVERSIDAD DE
SAN MARTÍN DE PORRES

INSTITUTO DE
GOBIERNO Y DE GESTIÓN PÚBLICA

INSTITUTO DE GOBIERNO Y DE GESTIÓN PÚBLICA

**EL SÍNDROME DE BURNOUT, EL HUMANISMO MÉDICO, Y SU RELACIÓN CON LA
GESTIÓN PÚBLICA DE LOS MÉDICOS,
EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD LIMA-PERÚ, 2015**

TESIS PARA OPTAR

EL GRADO ACADEMICO DE DOCTOR EN GOBIERNO Y POLÍTICA PÚBLICA

PRESENTADA POR:

Dr. GUSTAVO EFRAIN BEAUMONT CALLIRGOS

ASESOR: Dr. ARMANDO EDGARDO FIGUEROA SÁNCHEZ

LIMA, PERÚ

2015

**“EL SÍNDROME DE BURNOUT, EL HUMANISMO MÉDICO, Y SU RELACIÓN CON LA
GESTIÓN PÚBLICA DE LOS MÉDICOS, EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD LIMA-PERÚ,
2015”**

PRESIDENTE Y MIEMBROS DEL JURADO

PRESIDENTE DEL JURADO:

Dr. Hildebrando Iván Hidalgo Romero

MIEMBROS DEL JURADO:

Dr. Armando Edgardo Figueroa Sánchez

Dr. Glenn Alberto Lozano Zanelly

DEDICATORIA

A la eterna memoria de mi madre:

Por sus invaluables consejos y orientaciones en todos los aspectos de mi vida.

AGRADECIMIENTO

Al Dr. Alan García Pérez, por haberme brindado la oportunidad de culminar un nuevo Doctorado, que servirá para aplicarlo en la transformación necesaria que requiere nuestro país.

Al Dr. Iván Hidalgo Romero, por sus constantes orientaciones académicas en mi formación doctoral.

Al Dr. Armando Figueroa Sánchez, asesor de mi tesis, por su orientación y apoyo permanente para el desarrollo de la presente investigación.

ÍNDICE GENERAL

PORTADA.....	i
ASESOR Y MIEMBROS DEL JURADO.....	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
ÍNDICE GENERAL.....	vi
ÍNDICE DE CUADROS	x
ÍNDICE DE FIGURAS	xi
ÍNDICE DE TABLAS ESTADÍSTICAS	xii
ÍNDICE DE GRÁFICOS ESTADÍSTICOS	xiv
RESUMEN	xvi
ABSTRACT	xvii
RESUMO	xviii
INTRODUCCION	19
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	21
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA.....	21
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	24
1.2.1 PROBLEMA GENERAL.....	24
1.2.2 PROBLEMAS ESPECÍFICOS	25
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	26
1.3.1 OBJETIVO GENERAL.....	26
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	26
1.4 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	27
1.4.1 JUSTIFICACIÓN TEÓRICA.....	27
1.4.2 JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA	27
1.4.3 JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA.....	28
1.5 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	28
1.6 VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN.....	28

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	29
2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	29
2.2 BASES TEÓRICAS	44
2.2.1 TEORIA DEL SINDROME DE BURNOUT.....	44
2.2.1.1 TEORIAS QUE EXPLICAN EL SINDROME DEL BURNOUT	46
2.2.1.2 MANIFESTACIONES DEL SINDROME DEL BURNOUT.....	49
2.2.1.3. CONSECUENCIAS DEL SINDROME DEL BURNOUT.....	50
2.2.2 TEORÍA SOBRE EL HUMANISMO MÉDICO	53
2.2.2.1 LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE Y LA PRÁCTICA DE LA MEDICINA	55
2.2.2.2 EL MÉDICO HUMANISTA.....	57
2.2.3 TEORIAS SOBRE DILIGENCIA MÉDICA.....	59
2.3 DEFINICIONES CONCEPTUALES	65
2.4 FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS	68
2.4.1 Hipótesis General	69
2.4.2 Hipótesis Específicas.....	69
CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO.....	70
3.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	70
3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	70
3.2.1 POBLACIÓN.....	70
3.2.2 MUESTRA	70
3.2.2.1 TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	70
3.2.2.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	71
3.2.2.3 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	71
3.3 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	72
3.4 TÉCNICAS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS	74

3.5 INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS	74
3.6 TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS.....	75
3.7 ASPECTOS ÉTICOS	77
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	77
4.1 Análisis descriptivo del comportamiento del síndrome de burnout en los gestores de pacientes.....	78
4.1.1.- Análisis descriptivo o del síndrome de burnout por cada componente	78
4.1.1.1. Análisis descriptivo del cansancio emocional por tipo de gestión de paciente.	79
4.1.1.2. Análisis descriptivo de Despersonalización o deshumanización por tipo de gestión de paciente.	82
4.1.1.3. Análisis descriptivo de la realización personal por tipo de gestión de paciente.	84
4.1.2.- Análisis descriptivo de los promedios categorizados por cada componente del Síndrome de Burnout.....	86
4.1.3.- Análisis descriptivo de los promedios categorizados por cada componente del Síndrome de Burnout y por tipo de gestión de pacientes.....	88
4.2.- Análisis inferencial de las variables estudiadas.....	91
4.2.1.- Análisis inferencial de asociación entre los niveles de cansancio emocional y el tipo de gestión de pacientes.....	92
4.2.2.- Análisis inferencial de asociación entre la despersonalización y el tipo de gestión de pacientes	94
4.2.3.- Análisis inferencial de asociación entre la realización personal y el tipo de gestión de pacientes	98
4.3. Análisis descriptivo de la ausencia, tendencia y	101

presencia del síndrome de burnout por tipo de gestión de	101
pacientes	101
4.4. Análisis inferencial de asociación entre las categorías según la ausencia, tendencia y presencia del síndrome de burnout, y el tipo de gestión de pacientes	103
4.5. Análisis inferencial de la asociación entre la deshumanización , la aparición del síndrome de burnout y el tipo de gestión de pacientes	107
CAPÍTULO V: DISCUSION, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	111
5.1. DISCUSIÓN.....	111
5.2. CONCLUSIONES	113
5.3. RECOMENDACIONES.....	116
PROPUESTA.....	117
FUENTES DE INFORMACION	120
ANEXOS	124
ANEXO nº 1 : MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	125
ANEXO nº 2: INTRODUCCIÓN PARA LA APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO.....	126
ANEXO nº 3: CUESTIONARIO DE MASLACH BURNOUT INVENTORY ...	126
ANEXO nº 4 BASE DE DATOS UTILIZADA EN EL PROCESAMIENTO DE INFORMACION	128

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro nº1: Secuencia de aparición del Burnout según los autores

Cuadro nº2: Operacionalización de las variables

Cuadro nº 3: Niveles de los componentes del syndrome de Burnout según el
puntaje obtenido por cada unidad muestral

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura nº1: Dimensiones de la relación médico-paciente desde sendas perspectivas.

Figura nº2: Humanismo médico

Figura nº3: Deshumanismo médico

Figura nº4: Determinación de la ausencia, tendencia y presencia según los niveles del Síndrome de Burnout de acuerdo a Maslach y Moreno-Jiménez.

ÍNDICE DE TABLAS ESTADÍSTICAS

Tabla n° 1: Cansancio emocional por tipo de gestión de paciente

Tabla n° 2: Despersonalización o deshumanización por tipo de gestión de paciente

Tabla n° 3: Realización personal por tipo de gestión de paciente

Tabla n° 4: Promedios de los componentes del síndrome de burnout

Tabla n° 5: Promedios categorizados por cada componente del Síndrome de Burnout y por tipo de gestión de pacientes

Tabla n° 6: Resultados de la prueba chi cuadrado entre los niveles de cansancio emocional y el tipo de gestión de pacientes.

Tabla n° 7 Resultados de la prueba chi cuadrado entre los niveles de despersonalización y el tipo de gestión de pacientes.

Tabla n° 8 Resultados de la prueba chi cuadrado entre los niveles de realización personal y el tipo de gestión de pacientes.

Tabla nº 9 Analisis descriptivo de la ausencia, tendencia y presencia del Síndrome de Burnout según tipo de gestión de pacientes.

Tabla nº 10 Resultados de la prueba chi cuadrado entre las categorías según la ausencia, tendencia y presencia del Síndrome de Burnout y el tipo de gestión de pacientes.

Tabla nº 11 Promedios de despersonalización o deshumanización según la aparición del Síndrome de burnout y el tipo de gestión de pacientes

ÍNDICE DE GRÁFICOS ESTADÍSTICOS

Gráfico nº 1: Cansancio emocional por tipo de gestión de paciente

Gráfico nº 2: Despersonalización o deshumanización por tipo de gestión de paciente.

Gráfico nº 3: Realización personal por tipo de gestión de paciente.

Gráfico nº 4: Promedios de los componentes del síndrome de burnout

Gráfico nº 5: Promedios categorizados por cada componente del Síndrome de Burnout y por tipo de gestión de pacientes

Gráfico nº 6: Asociación de los niveles de cansancio emocional con el tipo de gestión de pacientes, de los médicos

Gráfico nº 7: Asociación de los niveles de despersonalización con el tipo de gestión de pacientes, de los médicos

Gráfico nº 8: Asociación de los niveles de realización personal con el tipo de gestión de pacientes, de los médicos.

Gráfico nº 9: Análisis descriptivo de la ausencia, tendencia y presencia del Síndrome de Burnout según tipo de gestión de pacientes.

Gráfico nº 10: Resultado del análisis de asociación entre las categorías según la ausencia, tendencia y presencia del Síndrome de Burnout, con el tipo de gestión de pacientes.

Gráfico nº 11: Promedios de deshumanización según sea la ausencia, tendencia y presencia del Síndrome de Burnout y el tipo de gestión de pacientes.

RESUMEN

La presente investigación se desarrolló con la finalidad de determinar la relación entre el síndrome de burnout, el humanismo médico y la gestión pública de los médicos, en las instituciones públicas de salud Lima-Perú, 2015. El tipo de estudio es el no experimental, el diseño de estudio es correlacional de corte transversal y el método de investigación aplicada fue el inductivo- deductivo. Se trabajó con una muestra de 100 médicos; se utilizó un cuestionario confiable y debidamente validado para la recolección de datos, para las variables en estudio y se procesó la información a través del software de estadística para ciencias sociales SPSS v23. Los resultados son presentados en tablas y gráficos estadísticos. El resultado obtenido de la relación entre el nivel de cansancio emocional, despersonalización o deshumanización, realización personal y gestión de los pacientes por parte de los médicos, es muy significativo, al 95 % de confianza, por haberse obtenido la significancia $p\text{-valor}=0.00$ de la prueba chi-cuadrado de Pearson, lo que significa que, entre las tres variables, existe una relación significativa. Es decir, mientras el nivel de cansancio emocional, el nivel de despersonalización o deshumanización, son altos, la gestión negligente de los pacientes por parte de los médicos es alta; mientras que a mayor nivel de realización personal, la gestión de pacientes por parte de los médicos es diligente. Resalta la necesidad de mejorar la gestión de los

pacientes por parte de los médicos, con una mejor cultura organizacional y personal desarrollando programas de motivación y agendas de trabajo.

Palabras Claves: Síndrome de Burnout, Humanismo médico, Gestión de pacientes.

ABSTRACT

This research is conducted in order to determine the relationship between burnout syndrome, the medical humanism and governance of doctors in public health institutions Lima-Peru, 2015. The type of study is not experimental, the study design is cross-sectional and correlational research method was applied inductive deductive. We worked with a sample of 100 doctors; a reliable questionnaire was used and duly validated for data collection for the variables under study and the information was processed through statistical software for social sciences SPSS v23. The results are presented in tables and statistical graphs. The result of the relationship between the level of emotional exhaustion, depersonalization and dehumanization, personal fulfillment and management of patients by doctors, is very significant, at 95% confidence, have been obtained by the significance p -value = 0.00 the Pearson chi-square test, which means that among the three variables, there is a significant relationship. That is, while the level of emotional exhaustion, depersonalization and dehumanization level, are high, the negligent management of patients by doctors is high; while a higher level of personal fulfillment, patient management by physicians are diligent. Highlights the need to improve the management of patients by doctors, with better organizational culture and developing staff motivation programs and agendas.

Keywords: Burnout syndrome, Doctor Humanism, Patient Management

RESUMO

Esta pesquisa é realizada, a fim de determinar a relação entre a síndrome de burnout, o humanismo médico e governança de médicos em instituições de saúde pública Lima-Peru, 2015. O tipo de estudo não é experimental, o desenho do estudo é método de pesquisa transversal e correlacional foi aplicado dedutivo indutivo. Nós trabalhamos com uma amostra de 100 médicos; um questionário confiável foi utilizado e devidamente validado pela recolha de dados para as variáveis em estudo e as informações foram processadas através de software estatístico para ciências sociais SPSS v23. Os resultados são apresentados em tabelas e gráficos estatísticos. O resultado da relação entre o nível de exaustão emocional, despersonalização e desumanização, realização e gestão de pacientes por médicos pessoal, é muito significativo, com 95% de confiança, foram obtidos pelo valor de $p = 0,00$ significância o teste do qui-quadrado de Pearson, o que significa que entre as três variáveis, existe uma relação significativa. Ou seja, enquanto o nível de exaustão emocional, despersonalização e desumanização nível, são elevados, a gestão negligente de pacientes pelos médicos é alta; enquanto um maior nível de realização pessoal, a gestão de pacientes por médicos são diligentes. Destaca a necessidade de melhorar a gestão dos pacientes por médicos, com melhor cultura organizacional e desenvolvimento de programas de motivação e agendas.

Palavras-chave: síndrome de Burnout, médico Humanismo, Gestão de Pacientes.

INTRODUCCION

La presente investigación aporta conocimientos científicos sobre el síndrome de burnout, el humanismo médico y su relación con la gestión de pacientes en Lima, Perú, en el año 2015, para lo cual se utilizó las dimensiones descritas en la Teoría del síndrome de burnout, que son: el cansancio emocional, la despersonalización o deshumanización y la realización personal, así como la gestión de pacientes efectuada por los médicos, evidenciada en forma diligente o negligente.

Los resultados de la presente investigación podrían servir a los gestores de pacientes, así como a las autoridades hospitalarias u otras organizaciones similares, para conocer el comportamiento de las variables estudiadas y su relación entre ellas.

El desarrollo de la presente investigación se llevó a cabo a través de la aplicación de un cuestionario denominado cuestionario de Maslach Burnout Inventory referentes a las dimensiones del síndrome de burnout, y las formas de gestión de pacientes por parte de los médicos.

El planteamiento del problema científico, así como los objetivos, la justificación de la investigación, limitaciones y viabilidad de la investigación se presenta en el capítulo I

Los antecedentes de investigación, bases teóricas, definiciones conceptuales y formulación de hipótesis se presenta en el Capítulo II.

El diseño de la investigación, población y muestra, operacionalización de variables, técnicas e instrumentos para la recolección de datos, y técnicas para el

procesamiento de datos, así como los aspectos éticos se presentan en el capítulo III.

Finalmente los resultados, discusión de los mismos, conclusiones y recomendaciones se presentan en el Capítulo IV.

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se desarrolla la descripción de la realidad la formulación del problema, los objetivos y su justificación.

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA.

Bloomberg (Gestión, 27/7/2015) publicó que, Julie Moss, vicepresidenta de HBO, tenía turno para un chequeo. Pero en vez de llamar un taxi y esperar en el consultorio del médico, hizo que el médico fuera a verla. En realidad, una enfermera de atención primaria. Instaló un puesto de primeros auxilios improvisado en la oficina de Moss en Nueva York, disponiendo una venda, agujas, y otros artilugios propios de los médicos sobre una hoja descartable en la mesa junto al sillón. Comenzó con un pinchazo en el dedo para medir el colesterol.

Sonó el teléfono. Moss, ahora con una venda sobre su dedo índice, se levantó a atenderlo. Era su jefe. Mientras charlaban y programaban algunas reuniones, la enfermera de atención primaria pasó la muestra de sangre por un lector. Después de la llamada, midió la presión arterial, la temperatura y otros signos vitales de Moss. La cita llevó menos de media hora y habría costado US\$ 75, si no hubiera sido por la promoción vigente gracias a la cual era gratis.

“Usted tiene un problema, una infección, una lesión leve, siente dolor, siente estrés –oprime un botón y en una hora el médico estará con usted”, dijo Gaspard de Dreuzy, el máximo responsable de Pager, de 39 años. Es decir Muy pronto, no necesitaremos volver a abandonar el trabajo (Bloomberg, 2015).

En el Perú no es común asistir a estos eventos similares, de atención a los pacientes, ni aún en los mismos centros hospitalarios o clínicas, es decir no se aprecia en su dimensión real la gestión de los médicos.

Incluso los Centros de salud con las salas de espera abarrotadas de pacientes esperando ser atendidos en las consultas médicas.

Centros de salud constituidos por personal sanitario no medico casi en su totalidad veteranos, en contraste con médicos solo excepcionalmente mayores de 60 años.

Chaos, A, (15/9/2015) en el diario Excelsior de México, sostiene que los médicos están obligados a dar un trato humanista a los pacientes y a sus familiares; sin embargo, generalmente no lo hacen. Para lo cual se hace las siguientes preguntas: ¿Ha esperado horas a que lo atiendan en un consultorio médico a pesar de haber adiado la cita con anterioridad? ¿Ha soportado dolores infames durante tiempos largos encontrándose en un hospital? ¿Le han cancelado súbitamente citas ya programadas? ¿Se ha visto alargada su permanencia dentro de un sanatorio debido a que su intervención quirúrgica fue postergada? ¿Ha recibido recetas con nombres comerciales de medicamentos caros en vez de las sustancias que los conforman, impidiéndole comprar los genéricos? ¿Le han realizado estudios cerebrales innecesarios cuando sólo se ha roto un dedo, porque dispone de un seguro médico? ¿Ha sufrido el síndrome de Robinson Crusoe en los pasillos de un nosocomio? Si somos mortales, seguramente nos habremos respondido, que sí a varias de las preguntas anteriores. Además, sabremos con exactitud cuál es la justificación única para todas ellas: una emergencia azarosa.¿Por qué carecen de humanismo? (Chaos, 2015).

Como observamos de las dos publicaciones anteriores de reciente actualidad, de bloomberg y chaos, en la primera se comenta sobre la atención más rápida y eficaz que podría obtenerse, evitando la sobrecarga laboral de médicos y de la segunda se enfatiza en el humanismo médico. Es decir la sobrecarga laboral que se desencadena en cansancio emocional y el humanismo médico que mal practicado se desencadena en inadecuada atención a los pacientes, con desinterés y cinismo. Hay muchas referencias en blogs médicos que describen la realidad diaria de la denominada "atención primaria" en España y otros países, y más en concreto de las consultas médicas. Y todas ellas coinciden en retratar una misma realidad: ausencia de tiempo para atender al paciente y la sobrecarga burocrática y asistencial sobre el médico, lo que podría constituir un motivo para la aparición de síndrome de burnout en contraste con la situación laboral del resto de personal sanitario y no sanitario

En definitiva: observamos el retrato de todo un sistema montado en el que se aprecia la explotación del médico y en consecuencia maltrato del paciente.

La medicina, como cualquier ciencia, busca eliminar la fe, la autoridad, el error y el yo dentro de su actividad y cuerpo teórico. Los médicos están obligados a dar un trato humanista a los pacientes y a sus familiares; sin embargo, generalmente no lo hacen.

Por otro lado la exposición a diversos factores estresantes crónicos por parte de un individuo está relacionada con el deterioro de su salud y hoy en día, los profesionales de la salud están sometidos a múltiples factores sociales, tecnológicos y económicos causantes de estrés. La gran sobrecarga asistencial por

parte de unos pacientes cada vez más exigentes y críticos, una creciente burocracia que apenas deja tiempo para desempeñar una labor asistencial de calidad y la incompreensión de los gestores sanitarios y políticos. Todo lo anterior obliga a que cada vez se exija mayor rendimiento a los profesionales sanitarios sin que casi nunca se piense en su calidad de vida profesional.

Al mismo tiempo existe una búsqueda de autorrealización personal y profesional, por lo cual cuando se da una divergencia entre estas se presenta un deterioro en la trascendencia personal y profesional, desarrollando sentimientos negativos hacia las personas con las que trabaja y hacia su papel de médico, apatía, estrés laboral, agotamiento físico, y emocional, ausentismo laboral, desencadenándose así el Síndrome de Burnout.

En concreto, padecen del síndrome de burnout personas altamente calificadas y comprometidas, en las que los intereses profesionales predominan sobre los intereses personales. Las relaciones personales o matrimoniales padecen las consecuencias, y terminan por romperse.

Esta realidad no se aparta de la vivida por los médicos en cualquier especialidad clínica o quirúrgica, en los cuales, se aprecia una tendencia a mayores niveles de burnout, que podría estar influyendo en la diligencia médica en el Perú.

Por todo lo anteriormente expuesto, se plantea el siguiente problema científico:

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Se presenta un problema general y 5 problemas específicos.

1.2.1 PROBLEMA GENERAL

¿Están asociados el síndrome de burnout, y el humanismo médico, al tipo de gestión pública de pacientes, efectuado por los médicos de las instituciones de salud públicas de Lima-Perú, año 2015?.

1.2.2 PROBLEMAS ESPECÍFICOS

PE1: ¿Están asociados los niveles de cansancio emocional, al tipo de gestión de pacientes, efectuado por los médicos de las instituciones de salud públicas de Lima-Perú, año 2015?.

PE2: ¿Están asociados los niveles de despersonalización o deshumanización, al tipo de gestión de pacientes, efectuado por los médicos de las instituciones de salud públicas de Lima-Perú, año 2015?.

PE3: ¿Están asociados los niveles de realización personal, al tipo de gestión de pacientes, efectuado por los médicos de las instituciones de salud públicas de Lima-Perú, año 2015?.

PE4: ¿La ausencia, tendencia y presencia del Síndrome de Burnout, están asociados al tipo de gestión de pacientes efectuado por los médicos de las instituciones de salud públicas de Lima-Perú, año 2015?.

PE5: ¿La deshumanización, y la aparición del Síndrome de Burnout, influye en la gestión de pacientes, efectuado por los médicos de las instituciones de salud públicas de Lima-Perú, año 2015?.

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Se presenta el objetivo general y 5 objetivos específicos

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar si el síndrome de burnout, y el humanismo médico, se asocian al tipo de gestión de pacientes, efectuado por los médicos de las instituciones de salud públicas de Lima-Perú, año 2015.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

OE1: Determinar si los niveles de cansancio emocional, se asocian al tipo de gestión de pacientes, efectuado por los médicos de las instituciones de salud públicas de Lima-Perú, año 2015.

OE2: Determinar si los niveles de despersonalización o deshumanización, se asocian al tipo de gestión de pacientes, efectuado por los médicos de las instituciones de salud públicas de Lima-Perú, año 2015.

OE3: Determinar si los niveles de realización personal, se asocian al tipo de gestión de pacientes, efectuado por los médicos de las instituciones de salud públicas de Lima-Perú, año 2015.

OE4: Determinar si la ausencia, tendencia y presencia del Síndrome de Burnout, están asociados al tipo de gestión de pacientes efectuado por los médicos de las instituciones de salud públicas de Lima-Perú, año 2015

OE5: Determinar si la deshumanización, y la aparición del Síndrome de Burnout, influye en la gestión de pacientes, efectuado por los médicos de las instituciones de salud públicas de Lima-Perú, año 2015

1.4 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Se presenta la justificación teórica, metodológica y práctica

1.4.1 JUSTIFICACIÓN TEÓRICA

La presente investigación buscó establecer como se evidencia el síndrome de burnout, humanismo médico, y su relación con la gestión de los médicos de las instituciones de salud públicas del Perú. Lo que permitió también determinar las relaciones existentes entre las dimensiones de cada de una de las tres variables de estudio, por cuanto no está claro cuáles son los efectos específicos que tienen las variables, síndrome de burnout y el humanismo médico, sobre la gestión de los médicos, en las instituciones públicas de salud.

1.4.2 JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA

Las razones que sustentan un aporte de la presente investigación, en la metodología, están dadas por la búsqueda de establecer relaciones multifactoriales.

Por lo que se constituyó en una metodología de carácter mixto sui-generis, con el uso de instrumentos de, adaptados a la realidad a estudiar, con la correspondiente validación y midiendo apropiadamente la confiabilidad de su aplicación, propias de la investigación científica.

1.4.3 JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA

La presente investigación permitió obtener los siguientes impactos:

El impacto social que se obtuvo con la presente investigación, es que, a partir de los resultados, permitiría adoptar medidas administrativas, y de modernización de los recursos humanos médicos, en las instituciones de salud pública.

El beneficio final estaría en obtener mejoras de capacidades de los médicos, para optimizar la gestión médica de los pacientes, logrando mejores índices de desarrollo en el binomio médico-paciente.

1.5 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

No existieron limitaciones que impida la viabilidad de la investigación.

1.6 VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

Viabilidad técnica.- La presente investigación fué viable técnicamente por cuanto se realizó recolectando información de personal médico que laboran en instituciones de salud pública.

Viabilidad Administrativa.- La Dirección General de salud de las personas del Ministerio de Salud, viene orientado e impulsando estudios relacionados con los recursos humanos médicos, en aras de modernización y profesionalización en la administración del Estado, a través de sus entidades públicas. Por lo que administrativamente fué viable la realización de la presente investigación.

Viabilidad financiera.- Fue autofinanciado, por haber cubierto por parte del investigador, los gastos que requería invertirse en la presente investigación.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

A continuación se presenta los antecedentes de investigaciones previas, el marco teórico y las definiciones conceptuales.

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

A continuación se presenta investigaciones previas relacionadas con el problema en estudio.

OCHOA, P (2012) en su tesis doctoral “Significado del trabajo en la profesión médica” de la Universidad autónoma de Barcelona, presenta un estudio empírico, cuyo diseño combina un doble abordaje metodológico cualitativo y cuantitativo. Su herramienta principal de recogida de información es un amplio cuestionario, que incluye una colección de escalas de evaluación de condiciones de trabajo y de bienestar laboral y también una serie de preguntas abiertas entre las que destaca la que invita a los profesionales encuestados a definir su actual experiencia laboral mediante 4 palabras clave. La organización de las respuestas a esta pregunta constituye uno de los ejes centrales del estudio, en el que participaron unos tres centenares de profesionales de la medicina empleados en hospitales y centros de salud de Brasil, Chile, Colombia, Venezuela y España. Asimismo se recurrió a las técnicas de análisis de contenido, análisis de correspondencias y a la técnica específica del análisis documental, especialmente útil para el estudio de cómo la medicina se ha ido pensando a sí misma como disciplina y como profesión.

Los resultados obtenidos pusieron de manifiesto que, en un contexto de transformación histórica como el que actualmente atraviesa el

sector de la salud, predomina un alto grado de incertidumbre sobre el presente y el futuro de la praxis médica, que funciona como fuente inagotable de preguntas sobre lo que significa en las presentes circunstancias trabajar en el seno de la profesión médica (Ochoa, 2012).

A nivel teórico, la información recogida refuerza la teoría de que los cambios en las condiciones de trabajo influyen en los significados y sentidos de la experiencia laboral y profesional, aportando evidencia de que el nuevo entorno sanitario es la matriz de procesos de resignificación del trabajo médico y de revisión de la manera como los profesionales de la medicina significan, valoran y dan sentido a su actividad.

Al mismo tiempo, pone de manifiesto que estos procesos suelen estar impregnados de tensiones, conflictos y contradicciones entre los imperativos funcionales del sistema en construcción y los valores, normas, creencias, roles y patrones morales de comportamiento característicos del orden preexistente, con el que suele acabar fundiéndose en una nueva síntesis. Mientras dos tercios de los participantes en la investigación piensan y sienten su trabajo en términos positivos, una tercera parte los vive y relata en términos negativos. La sobredemanda de trabajo y la precarización de las condiciones contractuales aparecen como factores relevantes del

sesgo negativo que este segmento del personal encuestado da al significado de su trabajo y al sentido de su profesión.

Asimismo, numerosos profesionales encuestados se declaran atrapados en un conflicto entre dos culturas que tienen interiorizadas -la de servicio público y la de negocio privado-. Esta ambivalencia y tensión interna en búsqueda permanente del equilibrio entre contrarios emerge, a su vez, como un nuevo y potente factor de estrés psicosocial, que en el plano teórico urge prever y que en el práctico cabe prevenir.

GONZÁLEZ, M y SOTO, C (2010), en su tesis “Niveles del síndrome de burnout en reanimadores y técnicos paramédicos del samu metropolitano de chile”, estudio no experimental, transversal y descriptivo, correspondió a 147 sujetos, de los cuales no se logró reclutar a 33, equivalente a un 22,44%, 3 no consintieron y decidieron voluntariamente no participar de la realización de los cuestionarios (2,04%) y 9 test fueron invalidados (6,12%), resultando una población estudiada de 102 individuos, correspondiente a 70 hombres y 32 mujeres con edades entre 22 y 65 años, de los cuales el 47,1% eran profesionales de la salud y el 52,9% fueron Técnicos Paramédicos, con no más de 16 años de antigüedad laboral en el SAMU. La prevalencia del Síndrome de Burnout fue de 0%, sin embargo la

tendencia a padecerlo fue de un 47 %. La investigación mostró que de la totalidad de indicadores sociodemográficos, los que presentaron mayor diferencia porcentual en relación al nivel de Burnout fueron los referentes a la actividad laboral, sobretodo la conformidad con el sueldo, ya que las personas que no se encuentran conformes con su sueldo presentaron mayor número de casos con tendencia al Síndrome de burnout (Gonzalez, M y Soto, C, 2010).

BERDEJO H, (2014), en su tesis “Síndrome de desgaste laboral (burnout) en los médicos residentes de especialidades medico quirurgicas de la universidad nacional de colombia, sede bogota” cuyo objetivo fue Establecer la prevalencia del síndrome de desgaste laboral (burnout) en los médicos residentes de especialidades médico quirúrgicas de la Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá. Así como identificar los factores de riesgo asociados a la aparición del síndrome de desgaste laboral (burnout) de acuerdo con las variables: número de pacientes a cargo, relación interpersonal con el equipo de trabajo, año académico actual, horas de trabajo, turnos nocturnos, años de ejercicio profesional, especialidad médico quirúrgica a la que pertenece, en los pacientes objeto de estudio. En este estudio descriptivo, transversal, de 133 residentes, a los cuales se les aplicó (MBI-HSS) para detectar la presencia del síndrome y sus categorías y se empleó formato de recolección de

datos con variables sociodemográficas, organizacionales y ambientales considerados factores de riesgo para su desarrollo (Berdejo, 2014).

En esta población, se encontró que, el comportamiento de los 3 componentes del síndrome fue: 78,9% agotamiento emocional, 60.8% Despersonalización o deshumanización y 76,6% alta realización personal. Se encontró asociación estadística entre relaciones interpersonales y burnout; agotamiento emocional y número de pacientes atendidos; despersonalización y año académico actual y género masculino con realización personal.

Este estudio demostró alta prevalencia del síndrome, siendo el agotamiento emocional la escala más afectada. Sin embargo, se encontraron niveles bajos de baja realización personal, con asociación estadística entre relaciones interpersonales, número de pacientes atendidos y año académico actual, lo cual sugiere la necesidad de realizar intervenciones de salud ocupacional para mejorar las relaciones de trabajo de los residentes, disminuir el número de pacientes a cargo diariamente lo que generaría adecuado manejo de las horas laborales y turnos nocturnos.

HERNÁNDEZ, C; DICKINSON, M; Y FERNÁNDEZ, M (2008), en su artículo “El síndrome de desgaste profesional Burnout en médicos mexicanos”, sostiene que: El síndrome de desgaste (Burnout) es un

problema que se está presentando en profesionales que trabajan con personas, en especial en los médicos, por ser una profesión en la que influyen factores externos e internos que pueden desencadenar dicho padecimiento; por externos entendemos cuestiones institucionales e internos como la personalidad del trabajador. El propósito de su investigación fue, dar un panorama general del síndrome de desgaste, considerando sus principales signos y síntomas para que los médicos identifiquen esta problemática en ellos y/o en sus compañeros de trabajo. Por otro lado, describir qué es lo que se ha estudiado referente a los médicos, que a su vez pueden generar alternativas del estudio en nuestro país. Se propone que se continúe con el estudio en médicos, retomando los aciertos y errores de los estudios realizados para contribuir a dar evidencias empíricas y así implementar estrategias de prevención e intervención en esta población de riesgo, (HERNÁNDEZ, C; DICKINSON, M; Y FERNÁNDEZ, M, 2008).

CÁCERES, G; ECHEVARRÍA, M (2010) en su artículo “Síndrome de burn-out en médicos residentes del nea: ¿cuánto afecta a nuestros futuros especialistas?” sustenta que, los médicos residentes pueden desarrollar estrés laboral producido por el resultado del continuo trabajo en urgencias, la inexperiencia clínica, las graves patologías que se atienden, la sobresaturación de los servicios hospitalarios, las dudas diagnósticas y las denuncias, entre otros. En las últimas décadas el estrés ha sido muy estudiado, en diversas poblaciones, haciéndolo

responsable de múltiples patologías. Pero su estudio es escaso en la población sanitaria argentina; y casi inexistente entre los médicos especialistas, específicamente sobre todo en los que están en formación. El objetivo de su investigación fué: Diagnosticar la situación de estrés en residentes de diferentes especialidades y su comparación con las demás especialidades. Material y método: Se realizó una encuesta a través de un formulario de autollenado anónimo adaptado del “Malsach Burnout Inventory Manual de 1996”, con datos personales y preguntas que enfocaron el sufrimiento en el ejercicio de su profesión, la repercusión de éstos en su familia, colaboradores y el propio enfermo, además de la suspensión de sus actividades por estrés y su satisfacción con respecto al trabajo, bajo el sistema de una escala de Likert, clasificando el estrés en leve, moderado, manifiesto y grave. El mismo fue entregado personalmente a 190 residentes de 13 especialidades de 1ª a 4ª año de los Hospitales de Resistencia y Corrientes (capital), entre los meses de septiembre 2008 a mayo de 2009. Resultados: Se obtuvo en forma global; estrés leve 53 residentes (27,36%), moderado 87 residentes (45,78%), manifiesto 33 residentes (17,36%) y grave 17 residentes (8,94%). En la evaluación subjetiva de variables relacionadas con situaciones de estrés, en su gran mayoría respondieron creer haber tratado de adaptarse al régimen e incluso lograrlo, pero mencionaron haber sufrido cambios de peso corporal, empeorado sus relaciones afectivas con sus parejas y familiares y

haberse enfermado, entre otros. Conclusión: El estrés es una realidad entre los médicos residentes que no debe subestimarse; más aún en los de tocoginecología donde existe la mayor cantidad de casos graves, como que de 1ª a 4ª año el estrés leve va en descenso (45,45% a 18,18%) y el grave se incrementa (de 0% a 27,27%), además que más de un cuarto de la población de estos sufre entre estrés manifiesto a grave, situación superior a otras especialidades (Cáceres & Echevarría, 2010).

ARIAS, P; Y CASTRO, M (2013), en su tesis “Prevalencia del síndrome de Burnout y factores sociodemográficos y laborales asociados en enfermeros (as) profesionales del Hospital Nacional de Niños durante el mes de Setiembre 2012” señala que, las tendencias actuales en las condiciones de contratación pueden menoscabar en los niveles de satisfacción laboral y dañar directamente la salud física y mental de los empleados (Kenny et al, 2000). El síndrome de Burnout se define como la respuesta a los estresores laborales crónicos emocionales e interpersonales, que se produce por haber permanecido durante periodos constantes de extensa duración y de alta implicación con personas, en situaciones de alta demanda social y compuesto por tres dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal. Para determinar la presencia del síndrome en un individuo se han desarrollado varias escalas de evaluación; de ellas, la más utilizada a nivel mundial es la que se conoce con el nombre de

Inventario para Burnout de Maslach, reconocida por sus siglas “IBM” o “BMI” en inglés (Maslach et al 1996). La necesidad de estudiar el síndrome de Burnout viene unida a la necesidad de estudiar los procesos de estrés laboral dado que afectan la calidad de vida laboral de sus empleados, su autopercepción y ésta tiene repercusiones importantes sobre la organización (v.g., absentismo, rotación, disminución de la productividad, disminución de la calidad, etc.). Asimismo, dado que la mayor incidencia del Síndrome de Burnout se da en profesionales de servicios que prestan una función asistencial o social, el deterioro de su calidad de vida laboral tiene repercusiones sobre la sociedad en general. (Gil & Peiró, 1999). Ya desde los inicios de estas descripciones se asocia que los profesionales de las organizaciones que trabajan en contacto con las personas, son los más proclives a desarrollarlo (Calíbrese, 2006); se dice que la morbilidad psiquiátrica es uno de los mayores riesgos ocupacionales para los profesionales de la salud. La incidencia de suicidio, abuso del alcohol y drogas y divorcio son más altas que las de la población general (Anon, 1994), así como el desarrollo del síndrome de Burnout, una de las formas de estrés laboral crónico; este es un trastorno muy frecuente en el medio hospitalario y que hoy en día es cada vez más conocido y diagnosticado. Ha tomado tanta importancia que la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo ha catalogado como un riesgo laboral (Gutiérrez et al, 2006).

En su Tesis, concluye que: La prevalencia de síndrome de Burnout en los y las enfermeros (as) del Hospital Nacional de Niños en el mes de setiembre del 2012 es de 1,4%. Asimismo hay un 30,3% de la población estudiada que se encuentra en mediano riesgo de Burnout o son portadores del mismo, este es casi un tercio de la población de enfermeros entrevistada. Es necesario, llevar a cabo acciones de prevención enfocadas en esta población, con la finalidad de que estas personas que se encuentran en riesgo puedan hacer introspección hacia sus emociones y su labor, esto podría evitar el ausentismo o los días incapacidad del servicio (Arias, P; y Castro, M, 2012).

GUTIÉRREZ, N; PEDRAZA, C (2010), en la Unidad de Investigación en Enfermería oncológica, publicó su artículo “Síndrome de Desgaste Profesional en el Personal de Enfermería del Instituto Nacional de Cancerología, Ciudad de México” donde señala que, EL SÍNDROME DE DESGASTE profesional o síndrome de Burnout, es una respuesta al estrés laboral que afecta fundamentalmente a los profesionales de la salud. El personal de enfermería que labora con pacientes oncológicos, en el Instituto Nacional de Cancerología (INCan), requiere de control mental y emocional, además de una alta concentración y responsabilidad, pues comparten con el enfermo y su familia la ansiedad, depresión, sufrimiento espiritual (por mencionar solo algunas condiciones) relacionados al diagnóstico oncológico. Esta situación exige de los profesionales en cuestión un alto nivel de eficacia laboral y

compromiso personal que, a su vez, provocan desgaste físico y mental afectando sus emociones y necesidades (Gutiérrez, N; y Pedraza, C, 2010).

Grau, A; Flichtentrei, D; Suñer, R; Font, S; Prats, M; y Braga, F (2009) en su investigación realizada “El Síndrome Burnout en médicos hispanoamericanos” describen lo siguiente: La aparición del síndrome de burnout se relaciona con factores ambientales, culturales y personales. Los objetivos de este estudio son comparar la prevalencia de burnout entre profesionales sanitarios de países de habla hispana y explorar su asociación con las características sociodemográficas y profesionales de los trabajadores y con sus percepciones.

Métodos: Se ha estudiado el síndrome de burnout en **11.530 profesionales** de la salud de habla hispana (51% varones, edad media de 41,7 años). Se utilizó el **Maslach Burnout Inventory** y un cuestionario de elaboración propia vía online desde el portal sanitario Intramed El período de estudio fue desde diciembre del 2006 hasta septiembre del 2007. Las asociaciones entre variables se estudiaron mediante pruebas de regresión logística.

Entre los resultados obtenidos se tuvo: La prevalencia de burnout en los profesionales residentes en **España** fue de **14,9%**, del **14,4% en Argentina**, y del **7,9% en Uruguay**. Los profesionales de **México, Ecuador, Perú, Colombia, Guatemala y El Salvador** presentaron prevalencias entre **2,5% y 5,9%**. Por profesiones, Medicina tuvo una

prevalencia del 12,1%, Enfermería del 7,2%, y Odontología, Psicología y Nutrición tuvieron cifras inferiores al 6%. Entre las más importantes conclusiones fueron: La prevalencia del burnout es mayor en España y Argentina y los profesionales que más lo padecen son los médicos. La edad, tener hijos, la percepción de sentirse valorado, el optimismo, la satisfacción laboral y la valoración económica, son variables protectoras de burnout. (Grau, A; Flichtentrei, D; Suñer, R; Font, S; Prats, M; y Braga, F, 2009).

VÁSQUEZ, J; MARUY, A; Y VERNE, E. (2014), en su artículo “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”, determinó que el personal de salud que atiende población pediátrica está en continuo riesgo de presentar Síndrome de Burnout (SBO). El objetivo de su investigación fue, determinar la frecuencia del SBO y los niveles de sus dimensiones en los trabajadores del Servicio de Emergencia Pediátrica del Hospital Nacional Cayetano Heredia. Fué un estudio descriptivo, transversal, en todos los trabajadores del Servicio de Emergencia de Pediatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia durante los meses de febrero y marzo del año 2014. Se utilizó el instrumento Maslach Burnout Inventory-HS traducido y validado al español. Participaron 54 trabajadores entre médicos (25), enfermeras (16) y técnicos de

enfermería (13). Los resultados fueron: La frecuencia de SBO fue de 3,76% (n = 2), el 12,97% (n = 7) de los participantes presentó un nivel alto de cansancio emocional, el 11,12% (n = 6) presentó un nivel alto de despersonalización, y el 14,81% (n = 8) presentó un bajo nivel de realización personal. Se concluyó: La falta de trabajo de la cónyuge, sexo, condición laboral y tiempo de trabajo tuvieron relación estadísticamente significativa con las dimensiones de este síndrome (Vásquez, J; Maruy, A; y Verne, E., 2014).

Quiroz, R; y Saco, S (1999), en su artículo “Factores asociados al síndrome burnout en médicos y enfermeras del hospital nacional sur este de salud del cusco” informó que, durante los meses de Octubre de 1998 a Febrero de 1999, se realizó un estudio de prevalencia del Síndrome Burnout y los factores asociados al mismo en 64 médicos y 73 enfermeras del Hospital nacional Sur Este de ESSALUD del Cusco, que corresponde al 83.1 % de médicos y al 81 % de enfermeras que trabajaban en esos meses en dicho hospital. Los objetivos del estudio fueron determinar la prevalencia del Síndrome Burnout y determinar si existe asociación entre el síndrome Burnout y los factores siguientes: variables sociodemográficas, problemas familiares, motivación para el trabajo, satisfacción laboral, insatisfacción laboral, autopercepción del desempeño laboral . Se utilizaron como instrumentos de investigación cuestionarios estructurados especialmente confeccionados para el presente estudio, los cuales fueron previamente validados antes de

aplicarlos a los sujetos de estudio. Se obtuvieron los siguientes resultados: La prevalencia del Síndrome Burnout se encuentra en grado bajo en el 79.7 % de médicos y 89 % de enfermeras; en grado medio en el 10.9 % de médicos y 1.4 % de enfermeras. No se encontró Síndrome Burnout en alto grado. Existe asociación estadísticamente significativa con las siguientes variables : sexo masculino, la profesión de médico, tiempo de servicio mayor de 12 años, baja motivación laboral, baja satisfacción laboral y alta insatisfacción laboral. Existe baja asociación estadística con el trabajo mayor a 40 horas semanales , menos de 6 horas de esparcimiento semanal y otros trabajos fuera del hospital. Existe correlación inversa con situación laboral, motivación para el trabajo, autopercepción laboral, satisfacción laboral e insatisfacción laboral. No se encuentra asociación estadísticamente significativa con el número de horas de trabajo diario, ni con quien vive. (Quiroz, R; y Saco, S, 1999).

Díaz, S (2012), en su tesis “Satisfacción laboral y síndrome de burnout entre el personal de un policlínico y en el de una comunidad local de administración de salud, distrito la victoria, Chiclayo – 2012”, pone de manifiesto que, su investigación tuvo como finalidad determinar si existe diferencia en el nivel de satisfacción laboral y de síndrome de burnout entre el personal de un Policlínico y en el de una Comunidad Local de Administración de Salud, distrito La Victoria, Chiclayo – 2012, además, se complementó el estudio indicando el nivel en que se halló al

personal, respecto a cada variable. Para ello, se aplicaron dos instrumentos a 92 trabajadores, la Escala de Satisfacción Laboral de Palma y el Inventario Burnout de Maslach, simultáneamente una encuesta y un consentimiento informado. La investigación arrojó que no existe diferencia entre el personal de ambas instituciones de salud en relación a ambas variables, hallándose niveles regulares de satisfacción laboral en las dos poblaciones y niveles bajos de síndrome de burnout. (Díaz, 2012).

2.2 BASES TEÓRICAS

2.2.1 TEORIA DEL SINDROME DE BURNOUT

El término Burnout hace referencia a un tipo de estrés laboral e institucional generado en profesionales que mantienen una relación constante y directa con otras personas. Cuando la profesión es catalogada de ayuda (médicos, enfermeros, profesores), es considerado como un trastorno adaptativo crónico asociado con el inadecuado afrontamiento de las demandas psicológicas del trabajo, que altera la calidad de vida de la persona que lo padece y produce un efecto negativo en la calidad de prestación de los servicios médicos asistenciales.

Para **PINES, A. y ARONSON, E. (1988)**, el síndrome Burnout no solo está restringido a profesionales de ayuda ya que lo consideran un estado de agotamiento mental, físico y emocional producido por involucrarse crónicamente en el trabajo en situaciones emocionales demandantes. Por tal razón, este síndrome ha sido ampliamente estudiado en diversas profesiones, como personas con cargos administrativos, deportistas, monitores de educación especial, vigilantes de instituciones penitenciarias y otros, (Pines, A y Aronson, E, 1988). Sin embargo, la gran mayoría de investigaciones hace referencia primordialmente a las profesiones vinculadas a labores asistenciales o de servicios, tales como auxiliares de clínica, cuidadores de pacientes geriátricos, médicos de atención especializada y primaria, psicólogos; por último, en el área de enfermería, la cual por sus características organizacionales y laborales ha recibido una mayor atención por parte de los investigadores.

En la literatura especializada, se puede encontrar el Burnout con diferente terminología, como síndrome de estar quemado (una aproximación a su traducción del término anglosajón), síndrome de quemazón, desgaste profesional, desgaste psíquico, síndrome de Thomas.

Para **Leiter, M. P., & Maslach, C. (1988)**, existe una creciente atención del fenómeno de burnout, especialmente, en profesiones de servicios humanos. Se considera un proceso continuo y de aparición gradual, insidiosa y oscilante: inicialmente el individuo experimenta un estrés

debido a que las demandas del trabajo exceden sus recursos físicos o emocionales; más tarde se manifiesta el nerviosismo con síntomas de tensión, fatiga e irritabilidad y finalmente, aparece el aislamiento emocional y social, el cinismo y la rigidez en el trato con los pacientes y compañeros de trabajo, etapa en la que ya es clara la expresión del desgaste. En el estudio realizado por los autores ofrecen un análisis más completo de adaptación, de los trabajadores a un entorno de trabajo y proporciona orientación para el desarrollo de un modelo integral de burnout al comportamiento organizacional (Leiter, M. P., & Maslach, C, 1988).

Asimismo **Ortega, C y López F (2003)**, sostienen que el personal sanitario se enfrenta frecuentemente a situaciones de vida y muerte. Su trabajo puede ser física y emocionalmente agotador. El estrés que se deriva de este contexto implica el desarrollo de problemas conductuales como burnout y otros problemas de salud y psicológicos (ansiedad, depresión, etc.).

Por otro lado esta situación afecta a la moral y bienestar psicológico de los trabajadores, a la calidad y tratamiento que se proporciona a los pacientes y, por último, puede tener una influencia fuerte en el funcionamiento administrativo de los servicios sanitarios. (Ortega, C y López, F, 2004)

2.2.1.1 TEORIAS QUE EXPLICAN EL SINDROME DEL BURNOUT

Existen varias teorías que intentan explicar el síndrome de burnout como constructor psicológico. Teniendo en cuenta los planteamientos de **Gil-Monte, P y Peiró, J (1999)**, en **Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo** se clasifican en tres los modelos Psicosociales:

Teoría psicocognitiva del yo: Se centra en las variables del auto (autoeficacia, autoconcepto, autoconfianza); consideran que los conocimientos que tenga una persona determinan lo que ésta percibe y hace, estas cogniciones se ven modificadas, entre otras cosas, por el grado de seguridad en sus propias capacidades, las cuales condicionarán el empeño que el sujeto pondrá para conseguir sus objetivos y cuan fácil o difícil será esto.

La mayoría de los individuos que empiezan a trabajar en profesiones de servicios está altamente motivada para ayudar a los demás y tiene un sentimiento elevado de altruismo. A esta motivación le pueden surgir factores barrera, como: sobrecarga laboral, conflictos interpersonales, ausencia de recursos, disfunciones de rol que dificultan la consecución de los objetivos, disminuyen los sentimientos de autoeficacia y terminan originando el síndrome de burnout.

Teoría del intercambio del yo: Proponen que el síndrome de burnout tiene su etiología en las percepciones de falta de equidad o falta de ganancia que desarrollan los individuos como resultado del proceso de comparación social cuando establecen relaciones interpersonales. Los

profesionales asistenciales establecen relaciones de intercambio (ayuda, aprecio, gratitud, reconocimiento) con los receptores de su trabajo, compañeros y la organización. Cuando, de manera continua, perciben que con su implicación personal y esfuerzo aportan más de lo que reciben; y son incapaces de resolver y adaptarse a esta situación,

AUTORES	SECUENCIA DE APARICIÓN DEL BURNOUT		
Golembiewski y cols (1988)	Despersonalización o deshumanización	Baja realización personal	Agotamiento emocional
Gold (1984)	Baja realización personal	Agotamiento emocional	Despersonalización o deshumanización
Maslach-Jackson (1986)	Agotamiento emocional	Despersonalización	Baja realización personal
Leiter y Maslach (1988)	Agotamiento emocional	Despersonalización	Baja realización personal
Farber (1991)	Despersonalización	Agotamiento emocional	Baja realización personal
Gil-Monte y Peiró (1995)	Baja realización personal	Agotamiento emocional	Despersonalización

desarrollan sentimientos de quemarse por el trabajo.

Teoría organizacional: Incluyen como antecedentes del síndrome las disfunciones del rol, la falta de salud y estructura organizacional y el clima laboral. (Gil-Monte, P y Peiró, J, 1999). Diversos autores han propuesto secuencias de aparición de este síndrome, como se muestra en el cuadro n°1

Cuadro n°1 Secuencia de aparición del Burnout según los autores

2.2.1.2 MANIFESTACIONES DEL SINDROME DEL BURNOUT

Entre las manifestaciones clínicas las más frecuentes son:

Psicosomáticos: fatiga crónica, frecuentes dolores de cabeza, problemas de sueño, úlceras y otros desórdenes gastrointestinales, pérdida de peso, dolores musculares, entre otros.

Conductuales: absentismo laboral, abuso de drogas (café, tabaco, alcohol, fármacos, entre otros.), incapacidad para vivir de forma relajada, superficialidad en el contacto con los demás, comportamientos de alto riesgo, aumento de conductas violentas.

Emocionales: distanciamiento afectivo como forma de protección del yo, aburrimiento y actitud cínica, impaciencia e irritabilidad, sentimiento de omnipotencia, desorientación, incapacidad de concentración, sentimientos depresivos.

En ambiente laboral: deterioro de la capacidad de trabajo, deterioro de la calidad de los servicios que se presta a los clientes, aumento de interacciones hostiles, comunicaciones deficientes.

Si bien, el burnout debe ser enfocado como un todo, se compone de tres dimensiones que siguen una secuencia de aparición, sin haberse establecido de forma concreta el orden estricto de las mismas.

Debido a su importancia, algunos autores han realizado estudios para determinar una escala evaluativa que permita además de reconocer el problema, establecer un puntaje alusivo a este problema. Muchos autores han estudiado y escrito al respecto y se han planteado varios modelos siendo el más aceptado el propuesto por Maslach-Jackson (1986) y Maslach-Leiter (1988): 1) Agotamiento emocional 2) Despersonalización y 3) Baja realización personal

- **Agotamiento o cansancio emocional:** se define como una disminución y pérdida de los recursos emocionales, acompañado de cansancio y fatiga, los cuales pueden manifestarse física, psíquicamente o como una combinación de ambos. Es la sensación de no poder dar más de sí mismo a los demás.

- **Despersonalización o deshumanización:** caracterizado por el desarrollo de actitudes negativas de insensibilidad hacia los receptores del servicio prestado. El profesional despersonalizado trata de distanciarse no sólo de las personas destinatarias de su trabajo; sino también, de los miembros de su equipo de trabajo, mostrándose cínico, irritable, irónico e incluso utilizando etiquetas despectivas, al mismo tiempo que les atribuye la culpabilidad de sus frustraciones y de su descenso del rendimiento laboral.

- **Falta de realización personal y/o profesional:** esta dimensión del síndrome, surge cuando el profesional verifica que las demandas que se le hacen, exceden su capacidad para atenderlas de forma competente. Esto a su vez, induce una percepción del trabajo en forma negativa; los afectados se reprochan no haber alcanzado los objetivos propuestos, experimentan sentimientos de fracaso personal y profesional (falta de competencia, de esfuerzos o de conocimientos), desarrollando una baja autoestima, insatisfacción generalizada, carencia de expectativas laborales y una dolorosa desilusión e impotencia para dar sentido a su trabajo

2.2.1.3. CONSECUENCIAS DEL SINDROME DEL BURNOUT

Es posible diferenciar tres aspectos de las consecuencias del síndrome de Burnout, que son:

Consecuencias que inciden directamente en la salud

física:

- Alteraciones cardiovasculares (hipertensión, enfermedad coronaria)
- Fatiga crónica
- Cefaleas y migrañas
- Alteraciones gastrointestinales (dolor abdominal, colon irritable, úlcera duodenal)
- Alteraciones respiratorias (asma)
- Alteraciones del sueño
- Alteraciones dermatológicas.
- Alteraciones menstruales.
- Disfunciones sexuales.
- Dolores musculares o articulatorios.

Consecuencias que inciden en la salud psicológica:

- Ansiedad.
- Depresión.
- Irritabilidad.
- Disforia.
- Baja autoestima.

- Falta de motivación.
- Baja satisfacción laboral.
- Dificultades de concentración.
- Distanciamiento emocional.
- Sentimientos de frustración profesional.
- Deseos de abandonar el trabajo.
- Síntomas defensivos:
 - Negación de sus emociones para defenderse contra una necesidad que le es desagradable.
 - Evitación de la experiencia negativa con supresión constante de la información.
 - Desplazamiento de sentimientos hacia otras situaciones o cosas.
 - Evitar contacto con sus propios pacientes.
 - Abandono del ejercicio de sus tareas asignadas incluso sus propias metas profesionales.

Consecuencias relacionadas con el ámbito laboral:

- Ausentismo laboral.
- Abuso de drogas.
- Aumento de conductas violentas.
- Conductas de elevado riesgo.
- Alteraciones de la conducta alimentaria.
- Disminución de productividad.

- Falta de competencia.
- Deterioro de la calidad de servicio de la organización

Con relación al síndrome de burnout, de todas las teorías descritas para el presente estudio se adopta la teoría de Maslach-Jackson (1986) y Maslach-Leiter (1988:), siendo el más aceptado y consta de tres dimensiones: 1) Agotamiento emocional 2) Despersonalización o deshumanización y 3) Baja realización personal , que podrían influir en los médicos en la gestión de pacientes

2.2.2 TEORÍA SOBRE EL HUMANISMO MÉDICO

Karchmer S, (2010), sostiene que el humanismo no es un lujo ni un refinamiento de estudiosos que tienen tiempo para gastarlo en frivolidades disfrazadas de “satisfacciones espirituales”. Humanismo quiere decir: cultura, comprensión del hombre, en sus aspiraciones y miserias; valoración de lo que es bello y lo que es justo en la vida; fijación de las normas que rigen nuestro mundo interior; afán de superación que nos lleva, como en la frase del filósofo a “igualar con la vida el pensamiento”. Esa es la acción del humanismo, al hacernos cultos. La ciencia es otra cosa, nos hace fuertes, pero no nos hace mejores, por eso el médico, mientras más sabio, más culto (Karchmer, 2010).

También Martín Nizama-Valladoid en Humanismo Médico (2015), sostiene que: Durante los últimos 50 años, gran parte de los profesionales de la medicina, progresivamente han perdido la imagen humanista que los identificó con el modelo hipocrático durante *milenios*, para ser considerados como simples técnicos, ávidos de reconocimiento económico y profesional, adheridos al modelo racional científicista y divorciado de la sensibilidad humana, consustancial al ejercicio de la medicina clásica, cuyo humanismo sustentaron para la posteridad médica los más calificados cultores del pensamiento ecuménico, tales como Hipócrates, Aristóteles, Platón o Gracián. Ellos aportaron los conceptos esenciales que definen la espiritualidad humana.

Asimismo, humanistas y personalidades paradigmáticas como Honorio Delgado, entre otros, han enfatizado con esclarecida sapiencia que la esencia del humanismo es el amor al prójimo, razón de ser del acto médico a través de los tiempos "En la esperanza de que su lectura despierte dormidas inquietudes ", es necesario apoyar el propósito de contribuir a reencender la antorcha del humanismo activo en el gremio médico nacional, cuya entraña espiritual nunca debe dejar de nutrirse de las fuentes del saber hipocrático.

El ejercicio de la medicina moderna adolece actualmente de proceso de humanización en la sociedad globalizada; principalmente, en las sociedades desarrolladas en las cuales prevalecen los estilos de vida

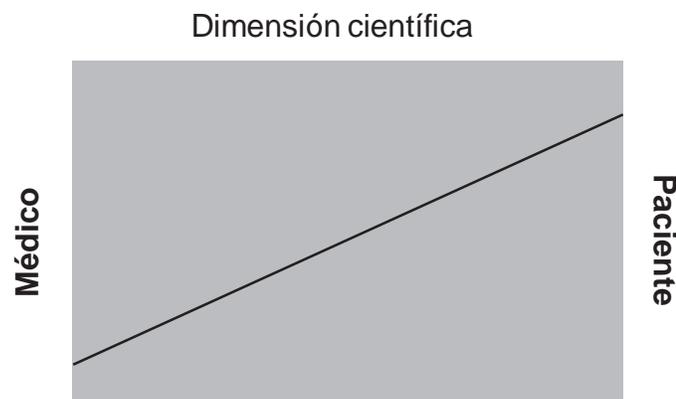
materialista, el hedonismo, el vacío espiritual y la cultura de la banalidad. En este contexto, la salud ha sido convertida en una costosa mercancía por un mercado perverso que ha hecho de la codicia lucrativa su lei motiv (Nizama-Valladolid, 2015)

2.2.2.1 LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE Y LA PRÁCTICA DE LA MEDICINA

Cortés, G (2012) en su artículo Ciencias humanistas en medicina, sostiene que hemos de reconocer que en esta relación y práctica, se distinguen al menos dos dimensiones, para las cuales los intereses del médico y los del paciente tienen perspectivas diferentes y están representadas en la figura 1.

FIGURA N°1.

Dimensiones de la relación médico-paciente desde sendas perspectivas. Para el médico predomina la dimensión científica, en tanto que para el paciente, la humanista.



Dimensión humanista

Para el médico, el interés fundamental consiste en la aplicación de los conocimientos científicos y técnicos para lograr la preservación o la recuperación de la salud de la persona, sana o enferma. En la contraparte del paciente, su preocupación total es lo que le pasa en ella, como persona, lo que pasa en su cuerpo, en su mente y en su espíritu. No significa que el médico no esté interesado en los aspectos personales del enfermo, ni que el enfermo no esté preocupado por la recuperación de su salud, sólo representa las prioridades que cada elemento de esta relación tiene.

Desde el siglo pasado y hasta el actual, el desarrollo científico y tecnológico de la medicina, así como la institucionalización de la práctica de la misma, han favorecido cambios en la relación entre médicos y pacientes. Javier Gafo se refería a dos problemas: la deshumanización o la despersonalización. La primera como la “cosificación” del paciente al reducirlo a un número de expediente o de cama, o bien, a una enfermedad “el de la apendicitis” o a un procedimiento “el de la diálisis peritoneal”. La segunda, como la

intervención de más de un personaje para la provisión de los servicios de salud; baste hacer consciencia de cuántas personas entran en contacto con el enfermo o con su información cuando éste es internado en un hospital para estudio o tratamiento: cinco turnos de médicos y enfermeras, estudiantes de medicina y de enfermería (cuando se trata de una institución que colabora en actividades educativas), químicos, laboratoristas, auxiliares administrativos, etc., se ha mencionado que pueden ser hasta setenta personas, con lo que la regla de la confidencialidad o el secreto profesional resulta difícil de aplicar.

Parecería con esto último, que la vertiente de deshumanización o despersonalización se da únicamente del médico hacia el paciente. Por otro lado, el médico debe tratar con los familiares, otros médicos de confianza de los mismos y con los abogados (Cortés, 2012).

2.2.2.2 EL MÉDICO HUMANISTA

Asimismo (Cortés, 2012), señala que se han establecido algunas características del médico humanista, las cuales se han definido conforme a la Real Academia Española, éstas son:

- a) Empatía: identificación mental y afectiva de un sujeto con el estado de ánimo de otro.

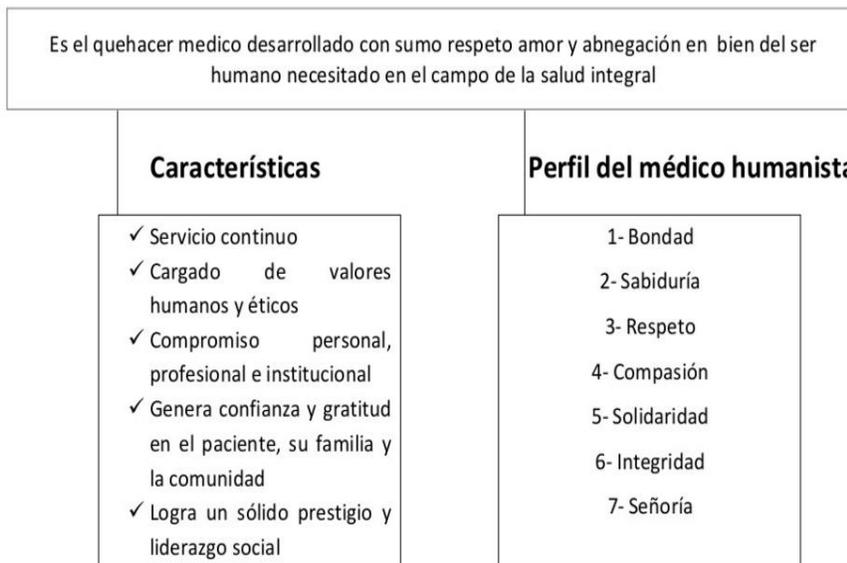
- b) Autenticidad: honradez y fidelidad a sus orígenes y convicciones.
- c) Compasión: conmiseración hacia quienes sufren penalidades o desgracias.
- d) Fidelidad: lealtad, observancia de la fe que alguien debe a otra persona.
- e) Integridad: rectitud, probidad, conducta intachable.
- f) Respeto: miramiento, consideración, deferencia.
- g) Espiritualidad: alta sensibilidad y poco interés por lo material.
- h) Virtud: Integridad de ánimo y bondad de vida.

La ausencia de estas características en el personal de salud ha favorecido la deshumanización en la relación médico-paciente (Cortés, 2012).

Algunos autores como (Nizama-Valladolid, 2015) y (Ginocchio, 2008), definen al humanismo médico y el deshumanismo médico, tal como se aprecia en la figura n°2 y en la figura n° 3 respectivamente.

Figura n° 2

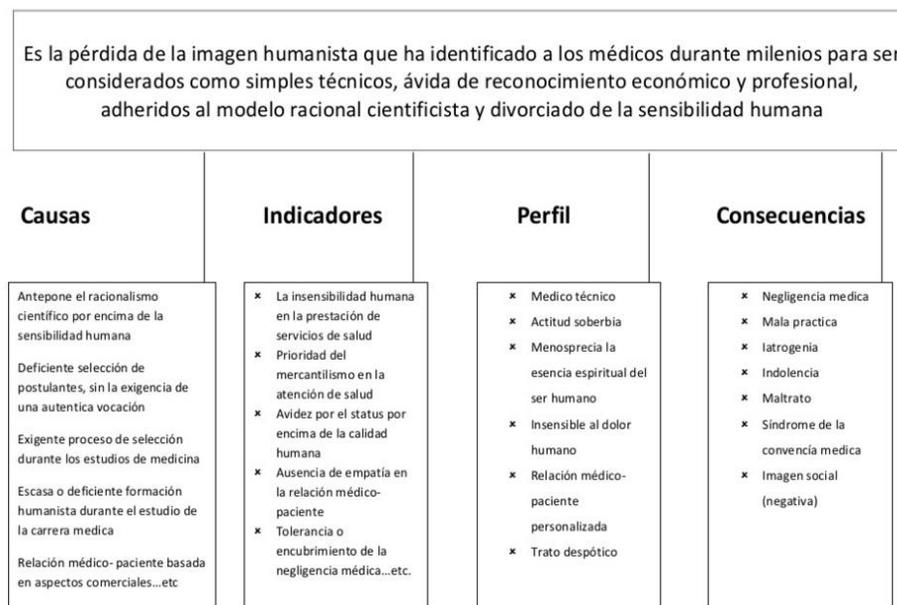
Humanismo medico



"Trata a tu paciente como quisieras que te traten a ti"

Figura n°3

Deshumanismo medico



2.2.3 TEORIAS SOBRE DILIGENCIA MÉDICA

Ginocchio, L (2008), sostiene que, el hombre debido a su imperfección es susceptible en errar, por ejemplo los profesionales de la construcción al edificar bienes inmuebles sin los conocimientos así como careciendo de experiencia adecuada, estos muy certeramente ocasionaran pérdidas humanas y materiales lamentables sancionadas por ley. Esto ocurre en toda actividad humana en el caso que nos ocupa el médico por un actuar o dejar de actuar, ya sea en las formas de negligencia, imprudencia y/o impericia puede ocasionar graves consecuencias en la vida, cuerpo o la salud de las personas.

Hechos lamentables sancionados por la sociedad han venido siendo tratados a lo largo de nuestra historia con la finalidad de darle solución a los mismos, ante ello diferentes Decisiones encontradas pretendieron darle solución primero desde una posición causalista, luego finalista, después desde el funcionalismo, para luego desde una teoría moderna pretender dar solución a los problemas sociales que como consecuencia de ellos lesionan o ponen en peligro bienes jurídicos fundamentales (Ginocchio, 2008).

En sus antecedentes históricos, respecto a la negligencia médica, (Ginocchio, 2008), continúa describiendo que, desde los tiempos primitivos el origen de las enfermedades no era atribuido a causas físicas y orgánicas. Los males aún del cuerpo eran producidos por el castigo de los dioses, razón por la cual quienes desempeñaban el

papel de médico eran los sacerdotes, hacían de mediadores entre el divino y lo terrenal, intercediendo por la salud de sus semejantes. Si el sacerdote no lograba restablecer los quebrantos de su paciente, "no se le podía imputar ninguna responsabilidad".

Según (Ginocchio, 2008), quien referencia a Hernandez Cardona, señala que si el enfermo después de un tratamiento continuaba afectado de sus dolencias o sufría complicaciones graves o no sanaba, lo tomaba como una maldición de los seres vivos, entendían que los dioses no querían realizar la curación y por lo tanto ese enfermo tenía que soportar el abandono, y el cumplimiento de esa voluntad superior. El concepto de responsabilidad, médica aparece ya en los años 2392 a.c., cuando el código del rey Hammurabi dedicaba al menos nueve artículos de los 282 de que constaba, a las faltas y castigos para los médicos, y así entre otros preceptos establecía: "*si un médico abre a alguien una gran herida con el cuchillo de bronce y lo mata, o vacía a alguien una cavidad con el cuchillo de bronce y le deja sin ojo, se le deberán cortar las manos*", también en este código se encuentra el concepto más primitivo de contrato o pacto entre médico y enfermo, donde a cambio de la prestación del servicio de uno, el otro quedaba obligado a pagar en monedas o especies.

Estas eran las drásticas sanciones de la pena, el médico no solo era susceptible de sanción - amputación de las manos- , sino que también

estaba obligado al resarcimiento por el daño resultante de la actividad profesional por lo que debía de reemplazar con otro esclavo.

En la época antigua de los egipcios, reglamentaron una forma más drástica el ejercicio médico — *pena de muerte*.

En la época de Alejandro Magno *estableció la pena de crucifixión para el médico que abandonase libre y voluntariamente a un paciente*.

En todos los tiempos y en las distintas civilizaciones hubo médicos que, aunque con distintas metodologías o creencias, debieron responder de su bien hacer, ya fuese ante el pueblo, el Juez o el Jefe del Tribu y lo que van a lo largo de los tiempos fueron los conceptos de culpa y pena. Ya el derecho romano establecía la culpabilidad del médico aun cuando habiendo procedido, bien los resultados fuesen negativos debido a cierto abandono, lo que podría considerarse negligencia. En el fuero Judicial la condena podía quedar en manos de los familiares del enfermo perjudicado. a Quienes se les entregaba en ocasiones al médico para que hiciese justicia. por su parte el código del Rey Hammurabi diferenciaba ya lo que hoy denominamos responsabilidad civil y penal, de manera que los fallos no dolosos ni graves estaban castigados con sanciones económicas o indemnizaciones a los perjudicados por los médicos, mientras que ante fallos con resultados graves el médico podía perder una o ambas manos si era cirujano, con la única finalidad de evitar que siguiese operando.

Hoy en día, son sin duda los Estados Unidos de América los que encabezan el número de denuncias por imprudencias médicas. Sin embargo allí la responsabilidad penal es excepcional, frente a la civil que es la habitual, además las compañías de seguro llegan frecuentemente a acuerdos entre las parte que evitan muchos juicios.

RESPONSABILIDAD Y MALA PRAXIS MÉDICA

De la misma forma, (Ginocchio, 2008), sobre mala praxis, análisis y contenido del concepto, y la evolución de los estudios sobre responsabilidad, sostiene lo siguiente:

a. Mala Praxis:

Existirá mala praxis en el área de la salud, cuando se provoque un daño en el cuerpo o en la salud de la persona humana, sea este daño parcial o total, limitado en el tiempo o permanente, como consecuencias de un accionar profesional con imprudencia o negligencia, impericia en su profesión o arte de curar o por inobservancia de los reglamentos o deberes a su cargo con apartamiento de la normativa legal aplicable.

b. Análisis y contenido del concepto:

En primer lugar debe existir un daño constatable en el cuerpo, entendido como organismo, o en la salud, extendiéndose el concepto tanto a la salud física como a la mental, siendo ésta comprensiva de todas las afecciones y trastornos de orden psiquiátrico, psicológico, laborales, Individuales y de relación, con incidencia en la demás personas. La amplitud del concepto, abarca no solo el daño directo al individuo, sino que por extensión, se proyecta inclusive sobre Prácticamente la totalidad de las actividades del afectado.

En segundo lugar, el daño causado debe necesariamente originarse en un acto imprudente o negligente o fruto de la impericia o por el apartamiento de las normas y deberes a cargo del causante del daño o apartamiento de la normativa vigente aplicable

EVOLUCIÓN DE LOS ESTUDIOS SOBRE RESPONSABILIDAD

Los estudios sobre responsabilidad civil profesional y sobre responsabilidad en el ejercicio de las profesiones médicos en particular quedan rápidamente superados. Es relativamente reciente la toma de conciencia sobre la responsabilidad civil profesional y por consiguiente la irrupción del derecho indemnizatorio en este campo, pero a continuación hay que advertir que el fenómeno ha sido imparable y que las reclamaciones de indemnización de daños y perjuicios por daños a la salud han crecido en proporciones ya alarmantes para los profesionales.

2.3 DEFINICIONES CONCEPTUALES

Adaptación: proceso por el cual el individuo es capaz de soportar situaciones de estrés, resolver problemas y tomar decisiones. Tiene dos componentes, cognitivo y no cognitivo. El componente cognitivo lo constituyen todos aquellos pensamientos y aprendizajes necesarios para identificar la procedencia del estrés que aparecen en forma automática con el fin de aliviar el malestar. Los mecanismos no cognitivos, aunque pueden ser útiles, muchas veces no evitan el estrés bien porque la respuesta no sea apropiada o produzcan un efecto perjudicial, bien porque al reemplazar a los mecanismos cognitivos, impiden que el individuo conozca la causa del problema y busque una solución adecuada al mismo.

Agotamiento emocional: pérdida de la capacidad de expresión de las emociones acompañada de cansancio físico o psíquico.

Baja realización personal: percepción de una persona de no haber alcanzado sus metas personales y profesionales con el desarrollo de un autoestima bajo, insatisfacción generalizada e incapacidad para dar sentido a su trabajo y su vida.

Despersonalización o deshumanización, consistente en el desarrollo de actitudes negativas, de insensibilidad y de cinismo hacia los receptores de servicio prestado.

Diagnóstico: identificación de una enfermedad o trastorno mediante la evaluación científica de sus signos físicos, síntomas, historia clínica, los resultados de las pruebas analíticas y otros procedimientos.

Efecto iceberg: conocimiento o registro de una parte muy pequeña de una situación o problema.

Estrés: cualquier agresión emocional, física, social, económica o de otro tipo que exija una respuesta o un cambio por parte del individuo.

Fisiopatológico: estudio de los procesos patológicos , físicos y químicos que tienen lugar en los organismos vivos durante la realización de sus funciones vitales.

Incidencia: número de casos nuevos en una población y en un tiempo determinado.

Médico: profesional de medicina en especialidades médico quirúrgicas.

Metodología: sistema de principios o métodos empleados en cualquier disciplina.

Morbilidad: proporción de personas que enferman en un sitio o tiempo.

Mortalidad: cantidad de individuos de una población que mueren por unidad de tiempo.

Prevalencia: número de casos nuevos y viejos existentes en determinada población.

Síndrome: complejo de signos y síntomas resultantes de una causa común o que aparece en combinación como expresión del cuadro clínico de una enfermedad.

Síndrome de burnout: estado de agotamiento físico, mental y emocional, producido por estar involucrado permanentemente en el trabajo en situaciones emocionalmente demandantes.

Diligencia: Un deber de cuidado o diligencia, implica una obligación que una persona en una función específica tiene que asegurarse de que otros y el público, según sea necesario, sea atendido. Se trata de la atención, de mirar hacia fuera para cualquier cosa que pueda ir a la prevención del mal, y tomar decisiones sabias acerca de las medidas adoptadas en un papel. Con frecuencia, si el deber de cuidar que no se cumple en un papel que se requiere, entonces la persona responsable puede ser considerada responsable de la negligencia que permite que el hecho se produzca. Esta situación a continuación, proporciona la base para una demanda en el ámbito legal.

Negligencia médica. La negligencia médica es un acto mal realizado por parte de un proveedor de asistencia sanitaria que se desvía de los estándares aceptados en la comunidad médica y que causa alguna lesión al paciente. Es haber realizado actos no apropiados o, por no haber tenido la diligencia requerida para el caso particular. Es decir, no haber cumplido con los parámetros mínimos y estándares de conducta para enfrentar el caso, y no haber cumplido con las normas técnicas de la profesión médica. Constituye, junto a la impericia e imprudencia médica, una vulneración a la "Lex Artis Ad Hoc". También recae en el equipo de salud en el caso.

La "lex artis ad hoc" es otro de los conceptos esenciales para el Derecho Sanitario definido por la **Comisión Nacional de Arbitraje Médico-CONAMED**

(2015), quien sostiene que, “en él descansa la definición del marco general de actuación del profesional, técnico y auxiliar de las disciplinas para la salud. Sobre el particular se han aportado diversas definiciones, entre ellas destaca la de Luis Martínez Calcerrada que desde el ámbito español ha trascendido al común del derecho sanitario y ha servido para establecer el contexto generalmente aceptado: El criterio valorativo de la corrección del concreto acto médico ejecutado por el profesional de la medicina que tiene en cuenta las especiales características de su autor, de la profesión, de la complejidad y trascendencia vital del acto, y en su caso, de la influencia de otros factores endógenos -estado e intervención del enfermo, de sus familiares o de la misma organización sanitaria -, para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida" (Médico-CONAMED, 2015).

Las negligencias médicas se producen cuando el médico actúa sin cumplir con las normas que rigen su profesión. Se producen por un descuido en la forma de actuar del profesional médico. Es decir, se produce una omisión consciente en el que se deja de cumplir un acto que el deber funcional exige, por lo que si se produce un daño, es totalmente punible judicialmente en el caso que suceda y se detecte.

2.4 FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS

Para la Formulación de las hipótesis, se tuvo en cuenta el síndrome de burnout, el humanismo médico, y el tipo de gestión de pacientes, que efectúan los médicos en las instituciones de salud públicas..

2.4.1 Hipótesis General

El síndrome de burnout, el humanismo médico, están asociados al tipo de gestión de pacientes, efectuado por los médicos de las instituciones de salud públicas de Lima-Perú, año 2015.

2.4.2 Hipótesis Específicas

Se han planteado las siguientes hipótesis específicas:

HE1: Los niveles de cansancio emocional, están asociados al tipo de gestión de pacientes, efectuado por los médicos de las instituciones de salud públicas de Lima-Perú, año 2015.

HE2: Los niveles de despersonalización o deshumanización, están asociados al tipo de gestión de pacientes, efectuado por los médicos de las instituciones de salud públicas de Lima-Perú, año 2015.

HE3: Los niveles de realización personal están asociados al tipo de gestión de pacientes,. efectuado por los médicos de las instituciones de salud públicas de Lima-Perú, año 2015.

HE4: Las categorías según la ausencia, tendencia y presencia del Síndrome de Burnout, están asociados al tipo de gestión de pacientes,

efectuado por los médicos de las instituciones de salud públicas de Lima-Perú, año 2015.

HE5: Los promedios de deshumanización o despersonalización difieren según sea la aparición del Síndrome de Burnout y el tipo de gestión de pacientes, efectuado por los médicos de las instituciones de salud públicas de Lima-Perú, año 2015.

CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación es de tipo no experimental, transeccional, de diseño descriptivo correlacional, que busca describir las relaciones entre las variables síndrome de burnout, humanismo médico y gestión de los médicos.

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1 POBLACIÓN

Está conformada por los médicos con gestión diligente y médicos con gestión negligente de Lima

Se presentan los criterios de selección, tamaño de muestra, criterios de inclusión y exclusión.

3.2.2 MUESTRA

3.2.2.1 TAMAÑO DE LA MUESTRA

El tamaño de la muestra, que se selecciona en la presente investigación se ha definido considerando el número de casos de negligencia encontrados en el colegio médico de lima. Para lo cual se considera un número de 50 médicos que han incurrido en negligencia médica, cantidad que podría ser considerada como representativa, de la población.

En este sentido también se seleccionará 50 médicos que no han incurrido en negligencia médica, es decir actúan de manera diligente, ante los cuidados de los pacientes, de las instituciones de salud públicas.

3.2.2.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Se definen los criterios siguientes:

- a) Médicos con Gestión diligente
- b) Médicos con Gestión negligente
- c) Médicos de instituciones de salud públicas.
- d) Laborar en una institución pública de la ciudad de Lima
- e) Pertenecer al rango de edad entre 30 y 70 años.

3.2.2.3 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Son los siguientes:

- a) Médicos que laboran en instituciones de salud privadas**
- b) Médicos menores de 30 y mayores de 70 años.**

3.3 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

A continuación se presenta el cuadro nº2, de operacionalización de las variables de estudio en el que se expresa las dimensiones, los indicadores y las escalas de medición de las variables empíricas.

Cuadro nº2, de operacionalización de las variables de estudio

DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
SINDROME DE BURNOUT: Proceso continuo: inicialmente experimenta un estrés por trabajo, exceden sus recursos físicos o emocionales; con el nerviosismo, tensión, fatiga e irritabilidad y finalmente, aparece el aislamiento, el cinismo y la rigidez con pacientes y compañeros de trabajo, en la que ya es claro el desgaste.	Proceso continuo de agotamiento o cansancio emocional, Despersonalización o deshumanización y realización personal	Agotamiento o Cansancio emocional	Agotamiento Cansancio, Frustración, Estrés	ESCALA DE LIKERT
		Despersonalización o deshumanización	Importancia al paciente	
		Realización personal y/o profesional	Entendimiento Soluciona problemas Animado Crea buen	
HUMANISMO MÉDICO; El humanismo médico es, en primer lugar, un afectuoso interés del médico por curar o aliviar los problemas de salud que le presentan los pacientes, pero no considerados como cuerpos humanos, sino como personas	Son actitudes y acciones del médico de interés y respeto por su paciente, relacionados a los aspectos espirituales, psicológicos y sociales siendo su preocupación esencial,	Interés e importancia por el paciente	Indicadores de la despersonalización	ESCALA DE LIKERT
GESTION DE MEDICOS Gestión pública que ejercen los médicos en las instituciones públicas de salud	Gestión pública que ejercen los médicos, de manera diligente o negligente en las instituciones públicas de salud	Gestión Diligente Gestión Negligente	NO=0 SI=1	NOMINAL

3.4 TÉCNICAS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica que se utilizó es la técnica de encuesta, técnica que se aplicó:

A Médicos con gestión diligente

A Médicos con gestión negligente

3.5 INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

El instrumento que se utilizó para la recolección de datos es el cuestionario de

: Maslach Burnout Inventory

El cuestionario evalúa las 3 dimensiones del síndrome:

1. *El cansancio emocional*: consta de 9 ítems (1 al 9)
2. *La Despersonalización o deshumanización*: está formada por 5 ítems (10 al 14)
3. *La realización profesional*: se compone de 8 ítems (15 al 22).

En este instrumento se utilizó la escala de Lickert del 1 al 6, siendo los grados de intensidad los siguientes:

1. Nunca
2. Pocas veces al año o menos

3. Una vez al mes o menos;
4. Unas pocas veces al mes o menos
5. Una vez a la semana
6. Pocas veces a la semana y todos los días.

3.6 TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS.

Se utilizó Técnicas de análisis estadístico descriptivo para describir el comportamiento de las variables síndrome de burnout, humanismo médico y gestión de los médicos.

Asimismo se utilizó técnicas de análisis estadístico inferencial para establecer la relación entre variables, síndrome de burnout y gestión de los médicos; para establecer la relación entre las variables humanismo médico y gestión de los médicos.

Se utilizó el software IBM SPSS Statistics versión 23, tanto para el análisis descriptivo, como para el análisis inferencial:

“IBM® SPSS® Statistics is the world’s leading statistical software used to solve business and research problems by means of ad-hoc analysis, hypothesis testing, and predictive analytics. Organizations use IBM SPSS Statistics to understand data, analyze trends, forecast and plan to validate assumptions and drive accurate conclusions.”

Para la sistematización de los datos se procedió estableciendo las categorías o niveles de cada una de las dimensiones, adecuando a cada una de ellas los niveles que se presentan en el cuadro nº 3

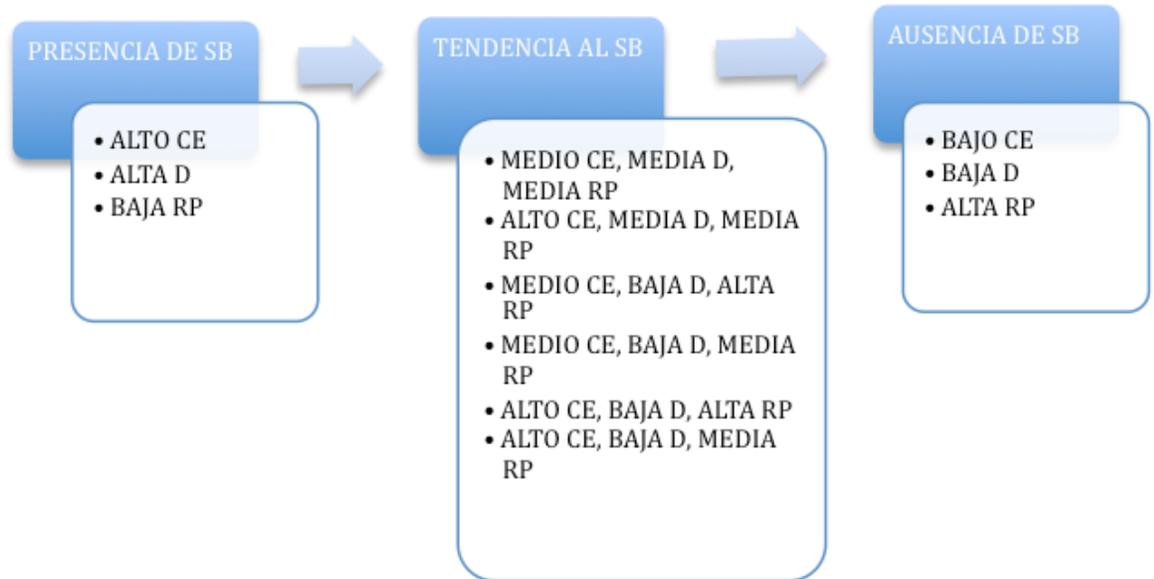
Cuadro nº 3

Niveles de los componentes del syndrome de Burnout según el puntaje obtenido por cada unidad muestral

COMPONENTE	BAJO	INTERMEDIO	ALTO
Cansancio emocional	< 19	19-26	≥ 27
Despersonalización	< 6	6-9	≥ 10
Realización Personal	0-33	34-39	≥ 40

Asimismo se procedió a establecer la ausencia, tendencia y presencia del Síndrome de Burnout según los niveles precedentemente establecidos, mostrándose en la figura nº4

Figura nº4: Determinación de la ausencia, tendencia y presencia según los niveles del Síndrome de Burnout de acuerdo a Maslach y Moreno-Jiménez.



3.7 ASPECTOS ÉTICOS

Se guardó la reserva y confidencialidad, con conocimiento informado y consentimiento de las unidades muestrales.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

4.1 Análisis descriptivo del comportamiento del síndrome de burnout en los gestores de pacientes

Del cuestionario del Síndrome de Burnout aplicado a 100 médicos de los cuales 50 no han presentado casos de negligencia médica y los otros 50 si presentaron casos de negligencia médica se obtuvo los resultados correspondientes a las dimensiones cansancio emocional, Despersonalización o deshumanización y realización personal por tipo de gestión de pacientes.

Del mismo modo se realizó un análisis de los promedios categorizados por cada componente del Síndrome de Burnout, así como también se efectuó un análisis de los promedios categorizados por cada componente del Síndrome de Burnout, por tipo de gestión de pacientes.

Los análisis descriptivos anteriormente señalados se presentan a continuación:

4.1.1.- Análisis descriptivo o del síndrome de burnout por cada componente

Para cada uno de los componentes ó dimensiones del Síndrome de Burnout, se realizó un análisis descriptivo, para conocer cuales son las características con las cuales se presentan los niveles de cansancio emocional, despersonalización o deshumanización, y de realización personal en los gestores de pacientes.

4.1.1.1. Análisis descriptivo del cansancio emocional por tipo de gestión de paciente.

En la tabla n° 1 se observa que el cansancio emocional por gestión de pacientes es bajo en un 94% e intermedio en un 6%, mientras que la gestión de pacientes de tipo negligente es alto en 100%, este mismo resultado puede observarse en el gráfico n° 1.

Asimismo se puede apreciar del total de las 100 unidades de investigación e 47 % presenta cansancio emocional de nivel bajo, 3 % de nivel intermedio y el 50 % de nivel alto.

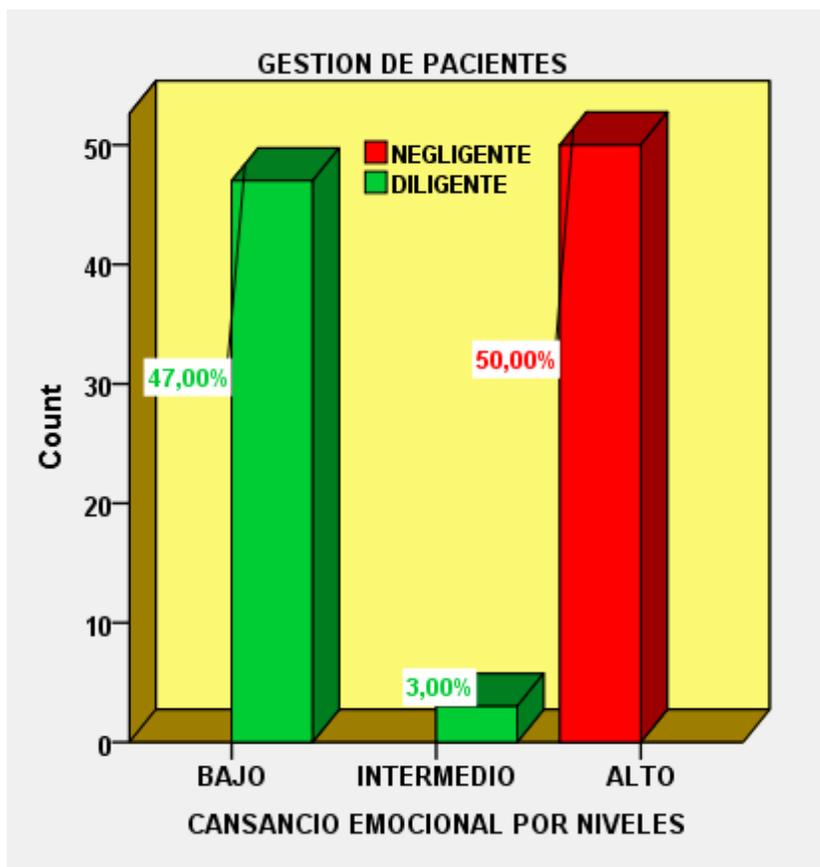
Tabla n° 1
Cansancio emocional por tipo de gestión de paciente.

			GESTION DE PACIENTES		
			NEGLIGENTE	DILIGENTE	Total
CANSANCIO EMOCIONAL POR NIVELES	BAJO	Count	0	47	47
		% within GESTION DE PACIENTES	0,0%	94,0%	47,0%
	INTERMEDIO	Count	0	3	3
		% within GESTION DE PACIENTES	0,0%	6,0%	3,0%
	ALTO	Count	50	0	50
		% within GESTION DE PACIENTES	100,0%	0,0%	50,0%
Total	Count	50	50	100	
	% within GESTION DE PACIENTES	100,0%	100,0%	100,0%	

Fuente: Cuestionarios aplicados a 100 médicos

Elaboración Propia

Gráfico n° 1
Cansancio emocional por tipo de gestión de paciente



Fuente: Cuestionarios aplicados a 100 médicos

Elaboración Propia

4.1.1.2. Análisis descriptivo de Despersonalización o deshumanización por tipo de gestión de paciente.

En la tabla n° 2 se puede observar que la Despersonalización o deshumanización se presenta con un 16% en un nivel bajo y un 64% un nivel intermedio, por gestión diligente de pacientes, mientras que la Despersonalización o deshumanización se presenta en un 100% de nivel alto en la gestión de pacientes negligentes, estos mismos resultados se presentan en los gráficos n° 2.

Asimismo se puede apreciar que el 8 de la muestra total presenta un nivel bajo de Despersonalización o deshumanización el 32 presenta un nivel intermedio y 60 presenta un nivel alto de Despersonalización o deshumanización.

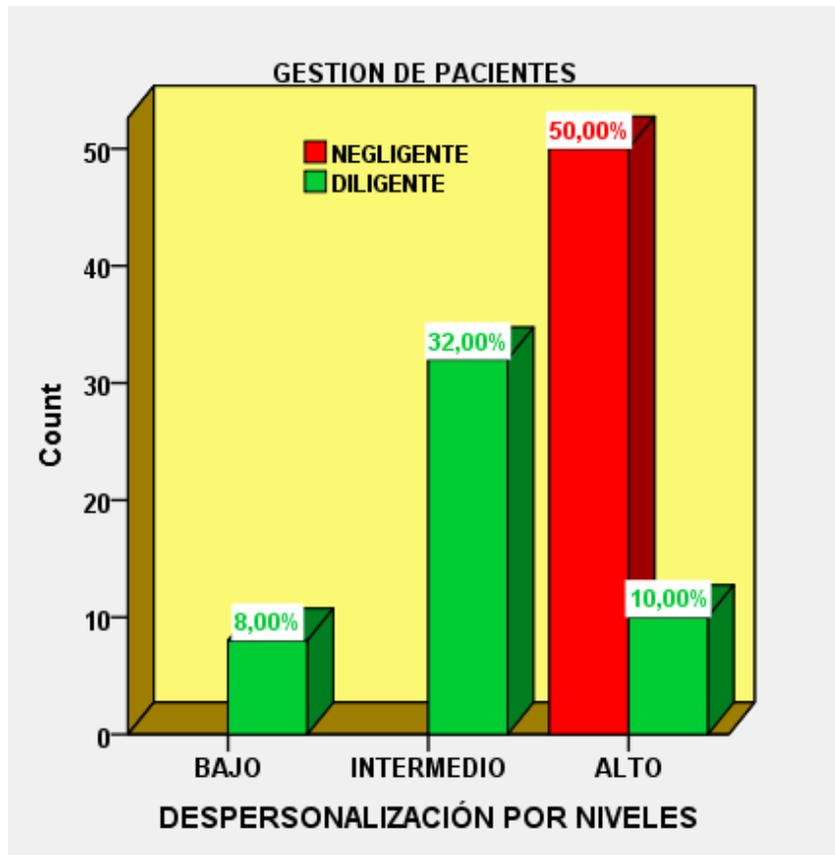
Tabla n° 2
Despersonalización o deshumanización por tipo de gestión de paciente.

		<u>GESTION DE PACIENTES</u>			
			NEGLIGENTE	DILIGENTE	Total
DESPERSONALIZACIÓN O DESHUMANIZACIÓN POR NIVELES	BAJO	Count	0	8	8
		% within	0,0%	16,0%	8,0%
			<u>GESTION DE PACIENTES</u>		
	INTERMEDIO	Count	0	32	32
		% within	0,0%	64,0%	32,0%
			<u>GESTION DE PACIENTES</u>		
ALTO	Count	50	10	60	
	% within	100,0%	20,0%	60,0%	
		<u>GESTION DE PACIENTES</u>			
Total	Count	50	50	100	
	% within	100,0%	100,0%	100,0%	
		<u>GESTION DE PACIENTES</u>			

Fuente: Cuestionarios aplicados a 100 médicos

Elaboración Propia

Gráfico n° 2
Despersonalización o deshumanización por tipo de gestión de paciente.



Fuente: Cuestionarios aplicados a 100 médicos

Elaboración Propia

4.1.1.3. Análisis descriptivo de la realización personal por tipo de gestión de paciente.

En la tabla n° 3 se puede observar que el nivel de realización personal del nivel bajo es de 24%, de nivel intermedio es 62% y de nivel alto es solo el 64% en las unidades de estudio del tipo de gestión negligente, mientras que el nivel de relación personal intermedio es de 36%, y alto de 64% en las unidades de estudio del tipo de gestión negligente. Del total de las 100 unidades de investigación el 12 corresponde a la realización personal del nivel bajo, el 49 al nivel intermedio y al 39 al nivel alto.

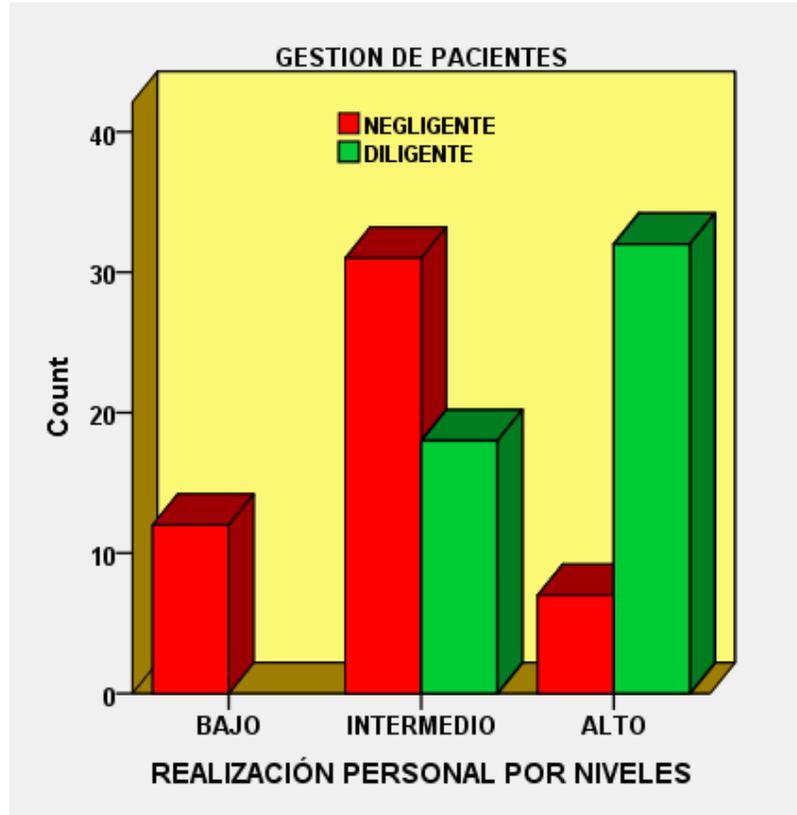
Tabla n° 3
Realización personal por tipo de gestión de paciente.

		<u>GESTION DE PACIENTES</u>			
			NEGLIGENTE	DILIGENTE	Total
REALIZACIÓN PERSONAL POR NIVELES	BAJO	Count	12	0	12
		% within GESTION DE PACIENTES	24,0%	0,0%	12,0%
	INTERMEDIO	Count	31	18	49
		% within GESTION DE PACIENTES	62,0%	36,0%	49,0%
	ALTO	Count	7	32	39
		% within GESTION DE PACIENTES	14,0%	64,0%	39,0%
Total	Count	50	50	100	
	% within GESTION DE PACIENTES	100,0%	100,0%	100,0%	

Fuente: Cuestionarios aplicados a 100 médicos

Elaboración Propia

Gráfico n° 3
Realización personal por tipo de gestión de paciente.



Fuente: Cuestionarios aplicados a 100 médicos

Elaboración Propia

4.1.2.- Análisis descriptivo de los promedios categorizados por cada componente del Síndrome de Burnout.

En la tabla n° 4, el promedio del cansancio emocional de las de las 100 unidades muestrales fue de 27, lo que equivale a un nivel alto de cansancio emocional.

Asimismo el promedio de la Despersonalización o deshumanización de todas las unidades de investigación fue de 15 lo que equivale a un nivel alto de Despersonalización o deshumanización.

Finalmente el promedio de realización personal de todas las unidades muestrales fue de 38, lo que equivale a un nivel intermedio de realización personal Para una mejor visualización de los resultados se presentan estos resultados en el Gráfico n° 4.

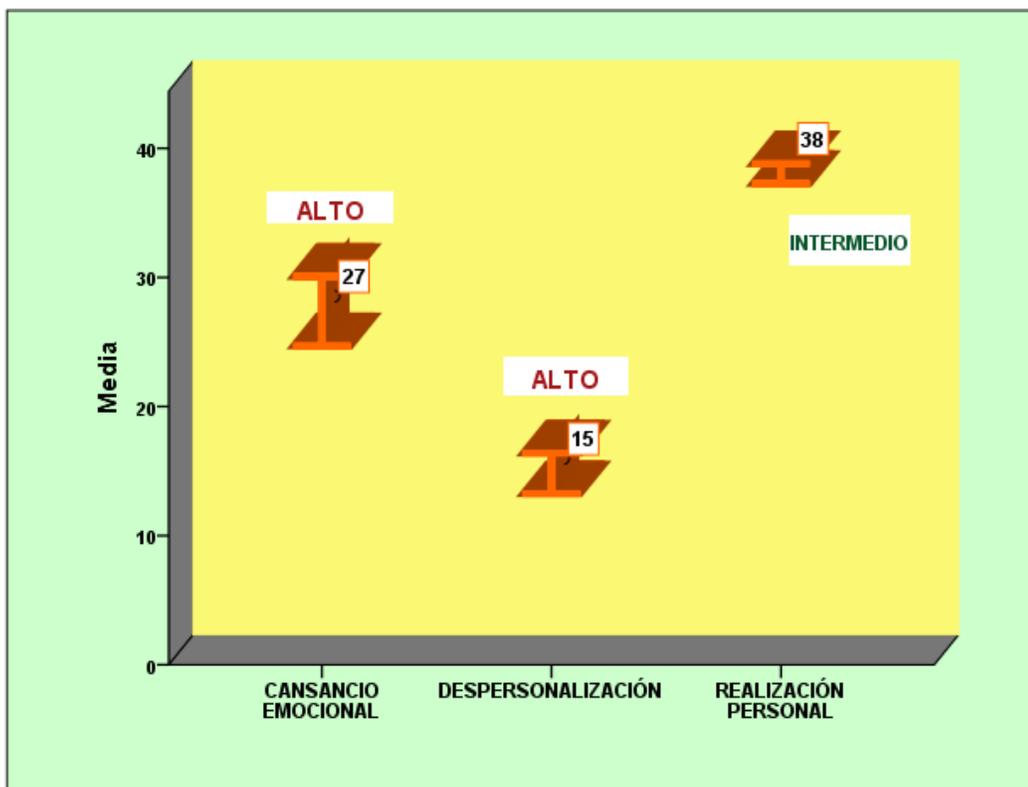
Tabla n° 4
Promedios de los componentes del síndrome de burnout

	N	Minimum	Maximum	Mean		Std. Deviation	
				Statistic	Std. Error		
CANSANCIO EMOCIONAL	100	8	52	27,38	Alto	1,356	13,559
DESPERSONALIZACIÓN O DESHUMANIZACIÓN	100	1	28	14,81	Alto	,792	7,917
REALIZACIÓN PERSONAL	100	24	47	38,04	Intermedio	,387	3,866

Fuente: Cuestionarios aplicados a 100 médicos

Elaboración Propia

Gráfico n° 4
Promedios de los componentes del síndrome de burnout



Barras de error: 95% CI

Fuente: Cuestionarios aplicados a 100 médicos

Elaboración Propia

4.1.3.- Análisis descriptivo de los promedios categorizados por cada componente del Síndrome de Burnout y por tipo de gestión de pacientes

De acuerdo a los resultados obtenidos en las tablas anteriores y considerando la Evaluación de los promedios de cada componente del Síndrome de Burnout por tipo de gestión de paciente en la tabla nº 5 se presentan los promedios en los que se puede apreciar que el cansancio emocional y la Despersonalización o deshumanización son altos en el tipo negligente, de gestión de pacientes, y su realización personal es intermedia.

En la misma tabla nº 5, se puede observar que para el tipo diligente de gestión de paciente el cansancio emocional fue de promedio de 14 equivalente al nivel bajo, la despersonalización es de nivel intermedio y la realización personal es de nivel alto. Esta misma información se puede visualizar en el gráfico nº 5.

Tabla n° 5

**Promedios categorizados por cada componente del Síndrome de Burnout
y por tipo de gestión de pacientes**

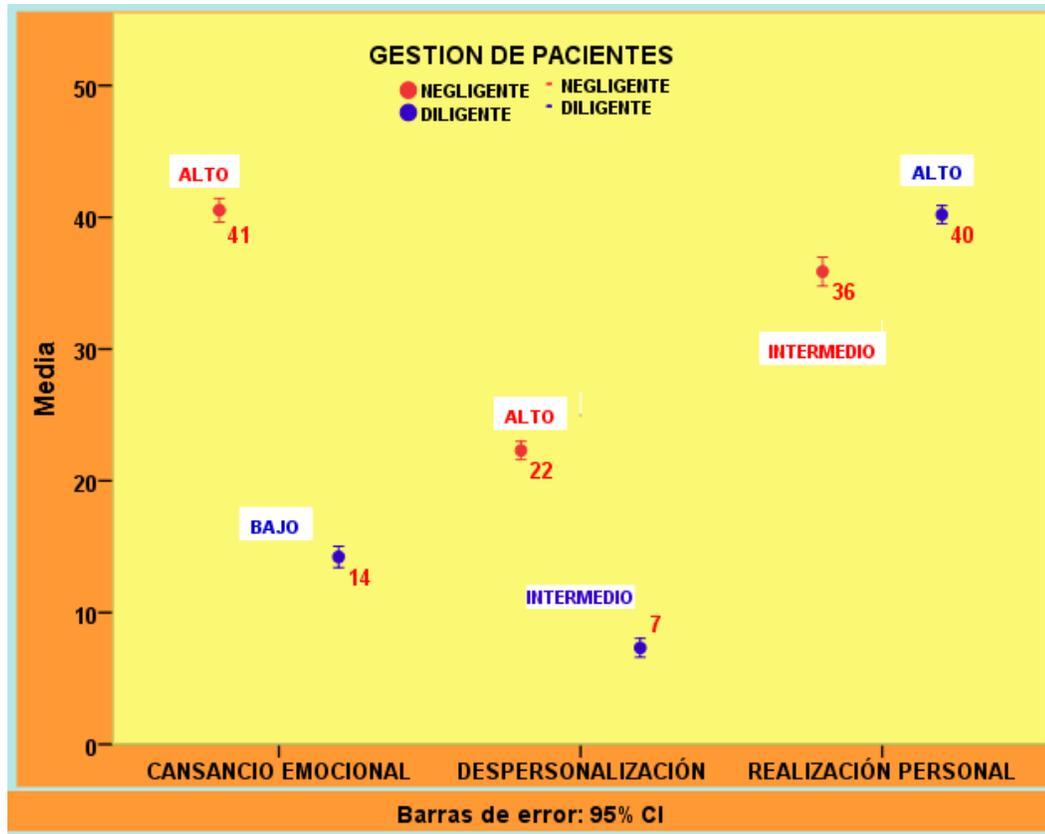
Componente del Síndrome de Burnout	Tipo de gestion	
	Gestion diligente	Gestión Negligente
Cansancio Emocional		
Promedio	14	41
Nivel	Bajo	Alto
Despersonalización		
Promedio	7	22
Nivel	Intermedio	Alto
Realización Personal		
Promedio	40	36
Nivel	Nivel alto	Intermedio

Fuente: Cuestionarios aplicados a 100 médicos

Elaboración Propia

Gráfico n° 5

Promedios categorizados por cada componente del Síndrome de Burnout y por tipo de gestión de pacientes



Fuente: Cuestionarios aplicados a 100 médicos

Elaboración Propia

4.2.- Análisis inferencial de las variables estudiadas

A continuación se presentan los análisis inferenciales de asociación entre los componentes del Síndrome de Burnout y el tipo de gestión de pacientes:

4.2.1.- Análisis inferencial de asociación entre los niveles de cansancio emocional y el tipo de gestión de pacientes

Para el análisis de asociación entre los niveles de cansancio emocional y el tipo de gestión de pacientes, se planteó la siguiente hipótesis:

Primera hipótesis específica

H_0 : Los niveles de cansancio emocional no están asociados al tipo de gestión de pacientes.

H_1 : Los niveles de cansancio emocional están asociados al tipo de gestión de pacientes.

Para contrastar la primera hipótesis estadística se utilizó el nivel de significancia $\alpha=0.05$, el mismo que se comparó con el valor de significancia que resultó del análisis de la prueba de hipótesis.

Prueba de la primera hipótesis específica:

Para la prueba de la primera hipótesis específica se utilizó el estadístico chi cuadrado, para determinar la asociación entre los niveles de cansancio emocional y el tipo de gestión de pacientes que realizan los 100 médicos que constituyeron la muestra de investigación.

El resultado del cálculo del estadístico de prueba, así como el valor p de la significancia estadística se presenta en la tabla nº6

Tabla nº 6

Resultados de la prueba chi cuadrado entre los niveles de cansancio emocional y el tipo de gestión de pacientes.

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)
Pearson Chi-Square	100,000 ^a	2	,000
Likelihood Ratio	138,629	2	,000
Linear-by-Linear Association	96,119	1	,000
N of Valid Cases	100		

a. 2 cells (33.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.50.

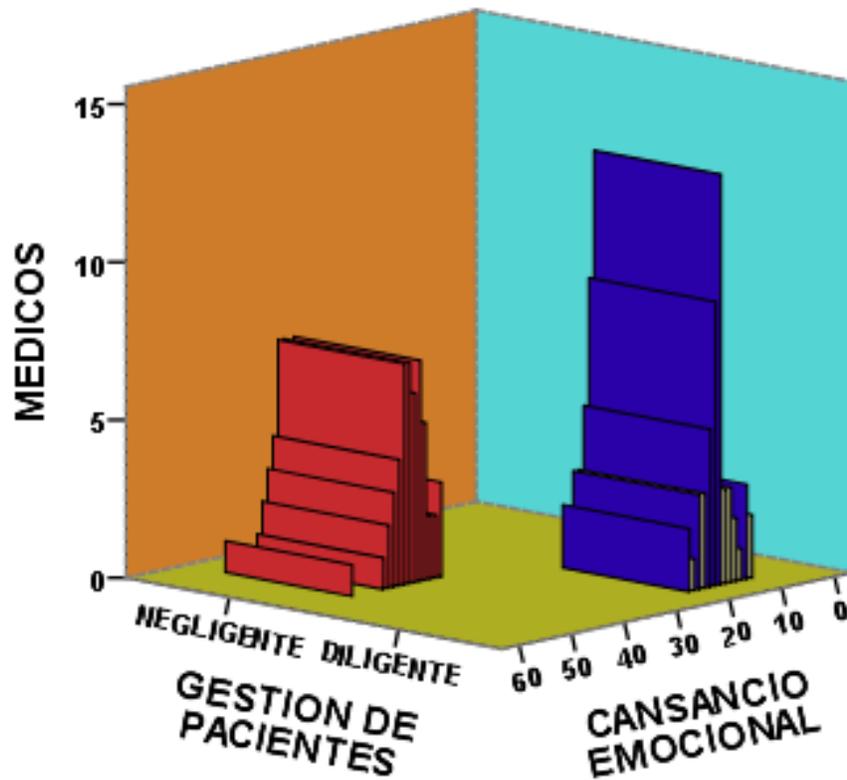
Como se puede apreciar en la tabla nº6 el valor de p fue de $0.00 < \alpha=0.05$, por lo que se rechazó la hipótesis nula H_0 : Los niveles de cansancio emocional no están asociados al tipo de gestión de pacientes.

En consecuencia se aceptó la primera hipótesis específica de la investigación H_1 : Los niveles de cansancio emocional están asociados al tipo de gestión de pacientes.

Este resultado se puede también apreciar en el gráfico nº 6.

Gráfico n° 6

Asociación de los niveles de cansancio emocional con el tipo de gestión de pacientes, de los médicos



Interpretación: Los niveles de cansancio emocional de los médicos influyen en la gestión diligente o negligente de los pacientes, al 95% de confianza.

4.2.2.- Análisis inferencial de asociación entre la despersonalización y el tipo de gestión de pacientes

Para el análisis de asociación entre los niveles de despersonalización y el tipo de gestión de pacientes, se planteó la siguiente hipótesis:

Segunda hipótesis específica

H_0 : Los niveles de despersonalización no están asociados al tipo de gestión de pacientes.

H_1 : Los niveles de despersonalización están asociados al tipo de gestión de pacientes.

Para contrastar la segunda hipótesis estadística se utilizó el nivel de significancia $\alpha=0.05$, el mismo que se comparó con el valor de significancia que resultó del análisis de la prueba de hipótesis.

Prueba de la segunda hipótesis específica:

Para la prueba de la segunda hipótesis específica se utilizó el estadístico chi cuadrado, para determinar la asociación entre los niveles de despersonalización y el tipo de gestión de pacientes que realizan los 100 médicos que constituyeron la muestra de investigación.

El resultado del cálculo del estadístico de prueba, así como el valor p de la significancia estadística se presenta en la tabla n°7

Tabla n° 7

Resultados de la prueba chi cuadrado entre los niveles de despersonalización y el tipo de gestión de pacientes.

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	66,667 ^a	2	,000
Likelihood Ratio	84,562	2	,000
Linear-by-Linear Association	55,688	1	,000
N of Valid Cases	100		

a. 2 cells (33.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.00.

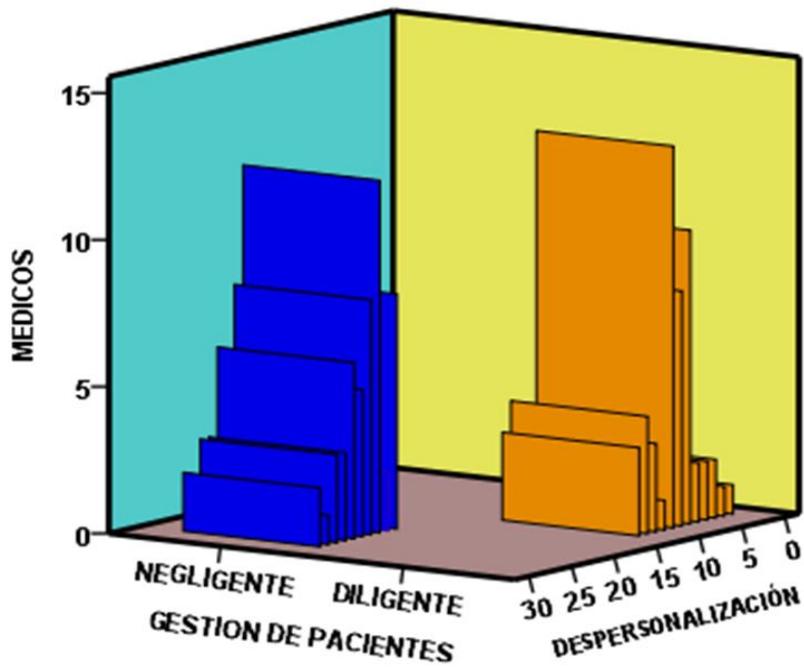
Como se puede apreciar en la tabla n° 7 el valor de p fue de 0.00 < $\alpha=0.05$, por lo que se rechazó la hipótesis nula H_0 : Los niveles de despersonalización no están asociados al tipo de gestión de pacientes.

En consecuencia se aceptó la segunda hipótesis específica de la investigación H_1 : Los niveles de despersonalización o deshumanización, están asociados al tipo de gestión de pacientes.

Este resultado se puede también apreciar en el gráfico n° 7

Gráfico nº 7

Asociación de los niveles de despersonalización con el tipo de gestión de pacientes, de los médicos



Interpretación: Los niveles de despersonalización de los médicos influyen en la gestión diligente o negligente de los pacientes, al 95% de confianza.

4.2.3.- Análisis inferencial de asociación entre la realización personal y el tipo de gestión de pacientes

Para el análisis de asociación entre los niveles de realización personal y el tipo de gestión de pacientes, se planteó la siguiente hipótesis:

Tercera hipótesis específica

H_0 : Los niveles de realización personal no están asociados al tipo de gestión de pacientes.

H_1 : Los niveles de realización personal están asociados al tipo de gestión de pacientes.

Para contrastar la tercera hipótesis específica se utilizó el nivel de significancia $\alpha=0.05$, el mismo que se comparó con el valor de significancia que resultó del análisis de la prueba de hipótesis.

Prueba de la tercera hipótesis específica:

Para la prueba de la tercera hipótesis específica se utilizó el estadístico chi cuadrado, para determinar la asociación entre los niveles de realización personal y el tipo de gestión de pacientes que realizan los 100 médicos que constituyeron la muestra de investigación.

El resultado del cálculo del estadístico de prueba, así como el valor p de la significancia estadística se presenta en la tabla nº 8

Tabla n° 8
Resultados de la prueba chi cuadrado entre los niveles de realización personal y el tipo de gestión de pacientes

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	31,475 ^a	2	,000
Likelihood Ratio	37,484	2	,000
Linear-by-Linear Association	31,007	1	,000
N of Valid Cases	100		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6.00.

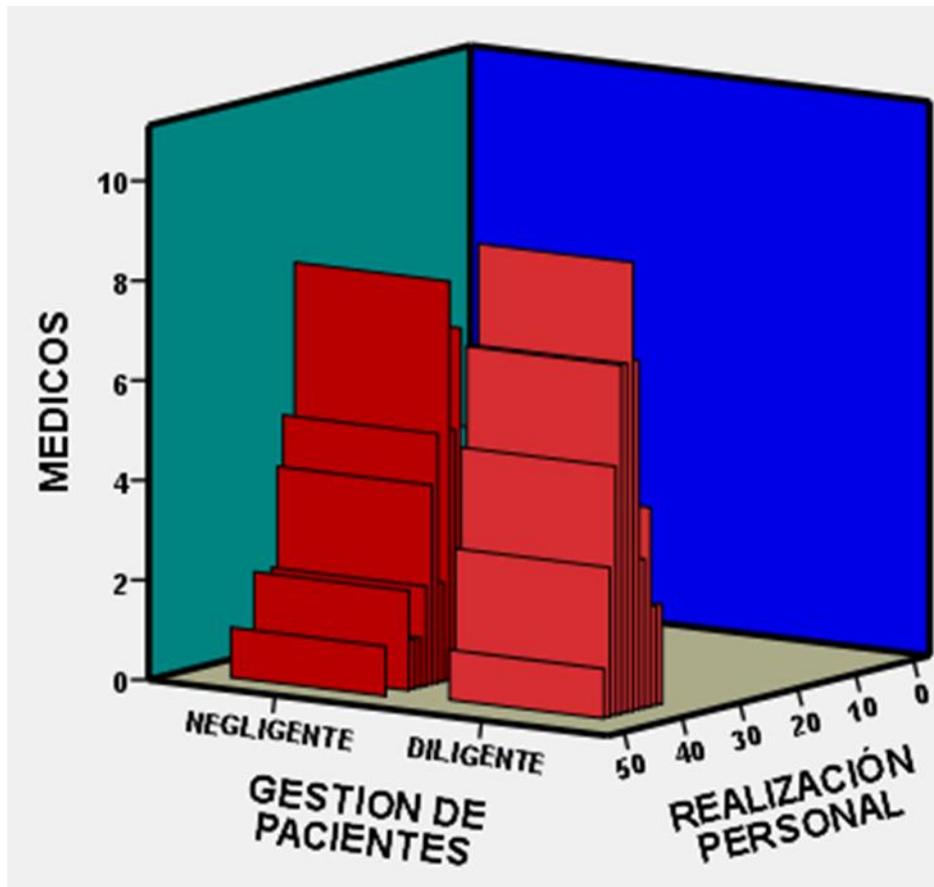
Como se puede apreciar en la tabla n° 8 el valor de p fue de $0.00 < \alpha = 0.05$, por lo que se rechazó la hipótesis nula H_0 : Los niveles de realización personal no están asociados al tipo de gestión de pacientes.

En consecuencia se aceptó la tercera hipótesis específica de la investigación H_1 : Los niveles de realización personal están asociados al tipo de gestión de pacientes.

Este resultado se puede también apreciar en el gráfico n° 8

Gráfico nº 8

Asociación de los niveles de realización personal con el tipo de gestión de pacientes, de los médicos



Interpretación: Los niveles de realización personal de los médicos influyen en la gestión diligente o negligente de los pacientes, al 95% de confianza.

4.3. Análisis descriptivo de la ausencia, tendencia y presencia del síndrome de burnout por tipo de gestión de pacientes

A continuación se presenta los resultados descriptivos, según la ausencia, tendencia y presencia del Síndrome de Burnout, de acuerdo a la determinación de cada una de estas categorías presentado en la figura nº 4 del acápite 3.6, referido a las técnicas para el procesamiento y análisis de datos.

En la tabla nº 9, se puede observar que la ausencia del Síndrome de Burnout en la muestra de los 100 médicos estudiados, representa el 17%, la tendencia al Síndrome de Burnout representa un 70% y, el 12% de los entrevistados presentan el Síndrome de Burnout.

Asimismo entre los tipos de gestión de pacientes, negligente y diligente, el 24% de los médicos que realizaron alguna vez una gestión negligente, presentan el Síndrome de Burnout, mientras que el 0% de los gestores diligentes de pacientes no presentan el Síndrome de Burnout.

Tabla nº 9

Análisis descriptivo de la ausencia, tendencia y presencia del Síndrome de Burnout según tipo de gestión de pacientes

		GESTION DE PACIENTES			
			NEGLIGENTE	DILIGENTE	Total
SINDROME DE BURNOUT	AUSENCIA	Count	7	10	17
		% within GESTION DE PACIENTES	14,0%	20,0%	17,0%
	TENDENCIA	Count	31	40	71
		% within GESTION DE PACIENTES	62,0%	80,0%	71,0%
	PRESENCIA	Count	12	0	12
		% within GESTION DE PACIENTES	24,0%	0,0%	12,0%
Total	Count	50	50	100	
	% within GESTION DE PACIENTES	100,0%	100,0%	100,0%	

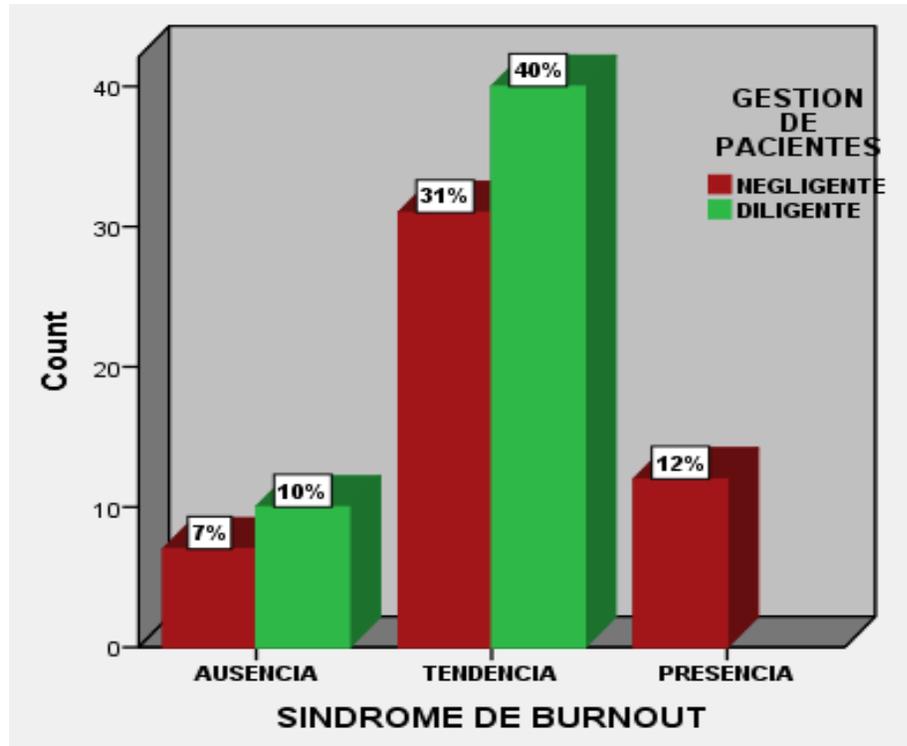
Fuente: Cuestionarios aplicados a 100 médicos

Elaboración Propia

Estos mismos resultados se pueden observar en el gráfico nº 9

Grafico n° 9

Analisis descriptivo de la ausencia, tendencia y presencia del Síndrome de Burnout según tipo de gestión de pacientes



4.4. Análisis inferencial de asociación entre las categorías según la ausencia, tendencia y presencia del síndrome de burnout, y el tipo de gestión de pacientes

Para el análisis de asociación entre las categorías según la ausencia, tendencia y presencia del Síndrome de Burnout, y el tipo de gestión de pacientes, se planteó la siguiente hipótesis:

Cuarta hipótesis específica

H_0 : Las categorías según la ausencia, tendencia y presencia del Síndrome de Burnout, no están asociados al tipo de gestión de pacientes.

H_1 : Las categorías según la ausencia, tendencia y presencia del Síndrome de Burnout, están asociados al tipo de gestión de pacientes.

Para contrastar la cuarta hipótesis específica se utilizó el nivel de significancia $\alpha=0.05$, el mismo que se comparó con el valor de significancia que resultó del análisis de la prueba de hipótesis.

Prueba de la cuarta hipótesis específica:

Para la prueba de la cuarta hipótesis específica se utilizó el estadístico chi cuadrado, para determinar la asociación entre las categorías según la ausencia, tendencia y presencia del Síndrome de Burnout y el tipo de gestión de pacientes que realizan los 100 médicos que constituyeron la muestra de investigación.

El resultado del cálculo del estadístico de prueba, así como el valor p de la significancia estadística se presenta en la tabla nº 10.

Tabla n° 10

Resultados de la prueba chi cuadrado entre las categorías según la ausencia, tendencia y presencia del Síndrome de Burnout y el tipo de gestión de pacientes

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	13,670 ^a	2	,001
Likelihood Ratio	18,312	2	,000
Linear-by-Linear Association	7,748	1	,005
N of Valid Cases	100		

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,00.

Como se puede apreciar en la tabla n° 10 el valor de p fue $0.00 < \alpha=0.05$, por lo que se rechazó la hipótesis nula H_0 .

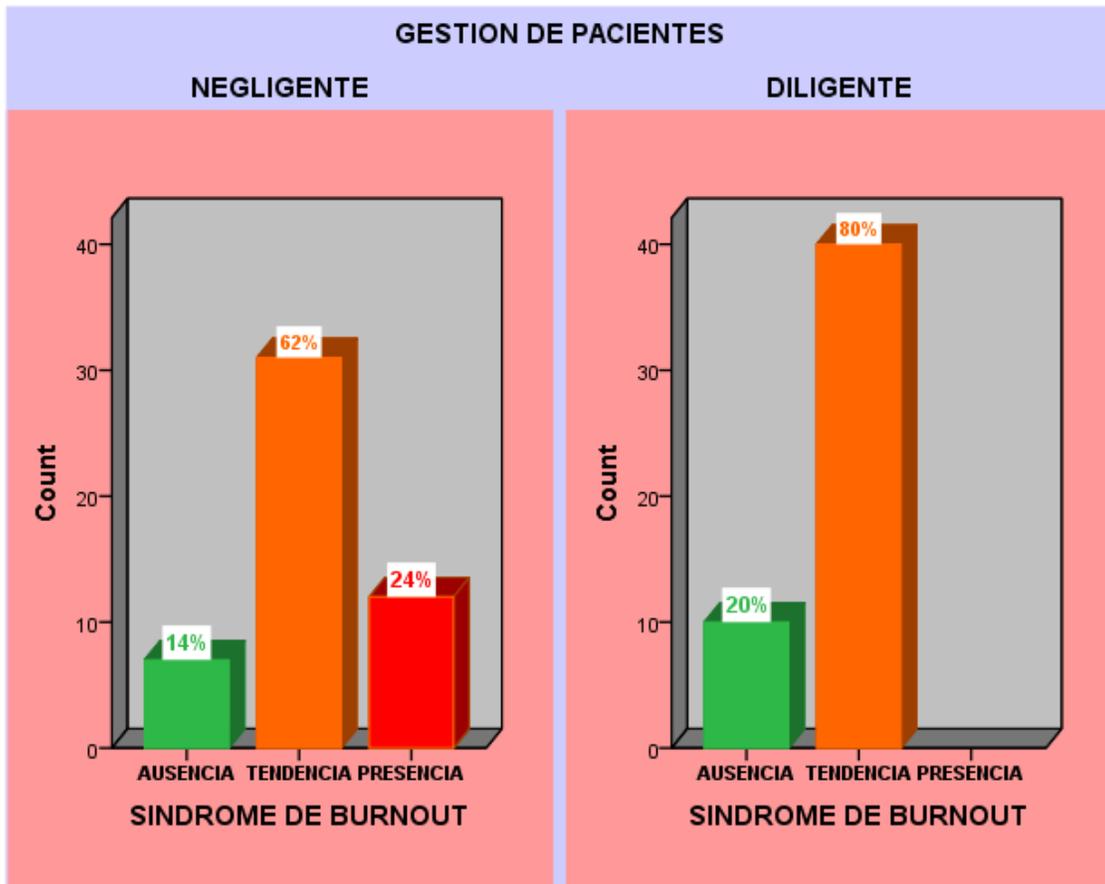
En consecuencia se aceptó la cuarta hipótesis específica de la investigación H_1 :

Las categorías según la ausencia, tendencia y presencia del Síndrome de Burnout, están asociados al tipo de gestión de pacientes.

Este resultado se puede también apreciar en el gráfico n° 10

Gráfico nº 10

Resultado del análisis de asociación entre las categorías según la ausencia, tendencia y presencia del Síndrome de Burnout, con el tipo de gestión de pacientes.



4.5. Análisis inferencial de la asociación entre la deshumanización , la aparición del síndrome de burnout y el tipo de gestión de pacientes

Para este análisis se calculo los promedios de las puntuaciones de despersonalización de los médicos materia de estudio por categoría de aparición del Síndrome de Burnout y el tipo de gestión de pacientes, habiendose obtenido los resultados de estos promedios en la tabla nº 11

Tabla nº 11

**PROMEDIOS DE DESPERSONALIZACIÓN O DESHUMANIZACIÓN
SEGÚN LA APARICIÓN DEL S`NDROME DE BURNOUT Y EL TIPO DE
GESTIÓN DE PACIENTES**

GESTION DE PACIENTES	SINDROME DE BURNOUT	Mean N
NEGLIGENTE	AUSENCIA	22,43 7
	TENDENCIA	22,39 31
	PRESENCIA	22,00 12
	Total	22,30 50
DILIGENTE	AUSENCIA	8,90 10
	TENDENCIA	6,93 40
	Total	7,32 50
Total	AUSENCIA	14,47 17
	TENDENCIA	13,68 71
	PRESENCIA	22,00 12
	Total	14,81 100

Fuente: Cuestionarios aplicados a 100 médicos

Elaboración Propia

Como se puede observar en la tabla nº 11 los promedios de las puntuaciones de deshumanización de la muestra estudiada tiene una diferencia numerica en función de la aparición del Síndrome de Burnout y el tipo de gestión de pacientes.

Esta diferencia numerica nos lleva a formular una quinta hipótesis específica:

Quinta hipótesis específica:

H_0 : Los promedios de deshumanización o despersonalización no difieren según sea la aparición del Síndrome de Burnout y el tipo de gestión de pacientes.

H_1 : Los promedios de deshumanización o despersonalización difieren según sea la aparición del Síndrome de Burnout y el tipo de gestión de pacientes.

Para contrastar la quinta hipótesis específica se utilizó el nivel de significancia $\alpha=0.05$, el mismo que se comparó con el valor de significancia que resultó del análisis de la prueba de hipótesis.

Prueba de la quinta hipótesis específica:

Para la prueba de la quinta hipótesis específica se utilizó el estadístico F de Fisher, para determinar las diferencias significativas entre los promedios de despersonalización de la muestra estudiada, según sea la ausencia, tendencia y presencia del Síndrome de Burnout y el tipo de gestión de pacientes que realizan los 100 médicos que constituyeron la muestra de investigación.

El resultado del cálculo del estadístico de prueba, así como el valor p de la significancia estadística se presenta en la tabla nº 11.

Tabla n° 11

Resultados de la prueba F de Fisher (ANOVA) de promedios según sea la ausencia, tendencia y presencia del Síndrome de Burnout y el tipo de gestión de pacientes

		Sum of	Mean			
		Squares	df	Square	F	Sig.
DESPERSONALIZACIÓN * GESTION DE PACIENTES	Between (Combined) Groups	5610,010	1	5610,010	923,412	,000
	Within Groups	595,380	98	6,075		
	Total	6205,390	99			

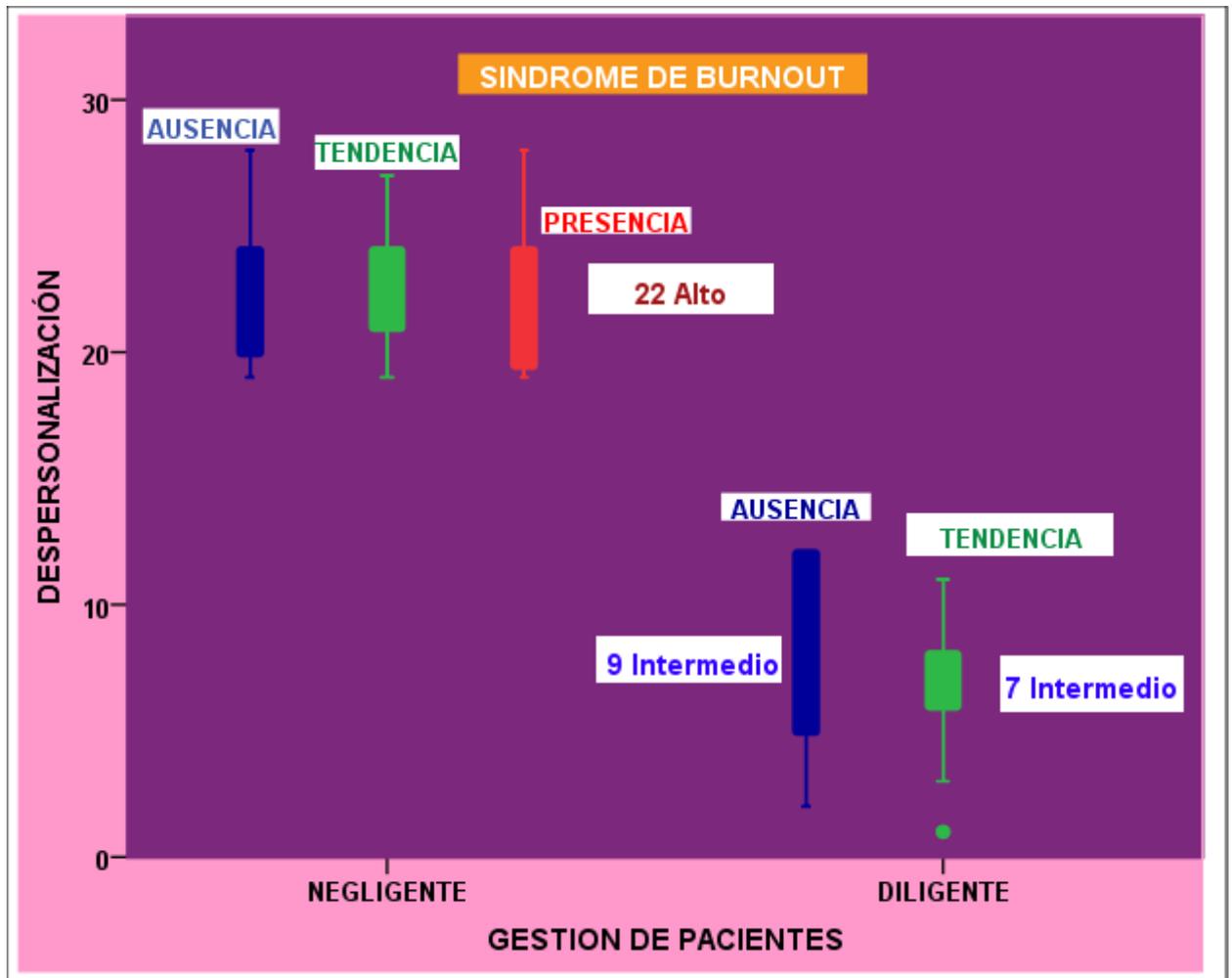
Como se puede apreciar en la tabla n° 11 el valor de p fue $0.00 < \alpha=0.05$, por lo que se rechazó la hipótesis nula H_0 .

En consecuencia se aceptó la quinta hipótesis específica de la investigación H_1 : Los promedios de deshumanización o despersonalización difieren según sea la aparición del Síndrome de Burnout y el tipo de gestión de pacientes.

Este resultado se puede también apreciar en el gráfico n° 11

Gráfico nº 11

Promedios de deshumanización según sea la ausencia, tendencia y presencia del Síndrome de Burnout y el tipo de gestión de pacientes



CAPÍTULO V: DISCUSION, CONCLUSIONES Y

RECOMENDACIONES

5.1. DISCUSIÓN

De los resultados obtenidos en la presente investigación, es posible confirmar lo obtenido por (Ochoa, 2012), quien realizó un estudio empírico de abordaje cuantitativo y cualitativo, encontrando que las condiciones de trabajo influyen en el centro laboral en los roles y patrones morales de los médicos, y asimismo encontró que los profesionales entrevistados se encontraban atrapados en un conflicto entre dos culturas que tienen servicio público – negocio privado. Esta ambivalencia y tensión interna en búsqueda permanente del equilibrio entre contrarios emerge a su vez, como un nuevo potente factor psicosocial. Lo precedentemente expuesto por (Ochoa, 2012), se confirma en la presente investigación por haberse encontrado que el cansancio emocional influye en la aparición de la gestión negligente de pacientes.

Asimismo, los resultados obtenidos en la presente investigación se condicen con los resultados obtenidos por (Berdejo, 2014), quien encontró que el comportamiento de los tres componentes del síndrome de burnout estuvieron asociados estadísticamente, por el número de pacientes atendidos.

En la presente investigación también se encontró asociatividad entre los componentes del síndrome de burnout y el tipo de gestión sea diligente o negligente de los pacientes aun 95% de confianza.

Otro aspecto muy importante y relevante, como consecuencia de la presente investigación, y que es menester mencionar, es que (Grau, A; Flichtentrei, D; Suñer, R; Font, S; Prats, M; y Braga, F, 2009), en la investigación “El Síndrome Burnout en médicos hispanoamericanos” realizada a Médicos Ibaroamericanos, encontraron que, los resultados por prevalencia del síndrome de burnout por profesiones, Medicina tuvo una prevalencia del 12,1%, valor que se confirmó en la presente investigación y se puede observar en la tabla n° 9, de los resultados, en la que se puede visualizar que la prevalencia del síndrome de burnout en la muestra estudiada fue de 12 %.

Por otro lado (Pines, A y Aronson, E, 1988), sostienen que el síndrome de burnout no solo está restringido a profesionales de ayuda por involucrarse crónicamente en el trabajo en situaciones emocionales demandante. Sin embargo, sigue sosteniendo que la gran mayoría de investigaciones acerca del síndrome de burnout hacen referencia primordialmente a profesiones de labores asistenciales como auxiliares de clínica, cuidadores de pacientes, enfermeros, y considera que el síndrome de burnout es de síndrome continuo y gradual por demandas de trabajo que excede sus recursos físicos emocionales, manifestándose luego el nerviosismo para luego aparecer el aislamiento, el cinismo, y la rigidez en el trato con los compañeros de trabajo. Esta definición de (Pines, A y Aronson, E, 1988), confirma el resultado de la presente investigación

5.2. CONCLUSIONES

De los resultados obtenidos en la presente investigación se llega a las siguientes conclusiones:

- 5.2.1.** El cansancio emocional de los gestores de pacientes en general de las instituciones públicas es alto en un 50%, es de un nivel intermedio 3% y en un nivel bajo 47%.
- 5.2.2.** El cansancio emocional de los gestores de pacientes diligentes, es bajo en un 94%, mientras que el nivel de cansancio emocional de los gestores negligentes de pacientes, es alto en un 100%.
- 5.2.3.** La despersonalización o deshumanización en general de la muestra estudiada, es el 60% del nivel alto, el 32% del nivel intermedio y el 8% de nivel bajo.
- 5.2.4.** La despersonalización o deshumanización de los gestores de la gestión de pacientes de manera negligentes es de nivel alto, presentándose este nivel, en el 100% de los gestores que cayeron en negligencia, mientras que sólo el 20% de los gestores diligentes, tienen ese mismo nivel alto
- 5.2.5.** La realización personal de los gestores de pacientes en general, es de un nivel intermedio en un 49%, mientras que el nivel alto sólo alcanza 39% y el nivel bajo el 12%.
- 5.2.6.** La realización personal de los gestores diligentes de pacientes, el 64% alcanza el nivel alto, mientras que los gestores negligentes de pacientes sólo alcanza el 14%.

- 5.2.7.** En promedio el nivel de cansancio emocional es alto y el de despersonalización o deshumanización es alto, mientras que el nivel de realización personal el nivel es intermedio.
- 5.2.8.** El promedio de cansancio emocional de los gestores diligentes es bajo mientras que el promedio de gestores negligentes es alto.
- 5.2.9** El promedio de despersonalización o deshumanización es de nivel intermedio, mientras que del nivel de gestores es alto.
- 5.2.10.** La realización personal de los gestores diligentes es alto, mientras que de los gestores negligentes es intermedio.
- 5.2.11.** Los niveles de cansancio emocional están asociados al tipo de gestión de pacientes, influyendo en la negligencia de los gestores de pacientes, con un 95% de confianza por haberse encontrado que el valor $p=0.00 < \alpha 0.00$. Con lo que se confirma la primera hipótesis específica.
- 5.2.12.** Los niveles de despersonalización o deshumanización están asociados al tipo de gestión de pacientes, influyendo negativamente en la aparición de negligencia médica, con un nivel de confianza en un 95%, por haberse encontrado que el valor $p=0.00 < \alpha 0.00$. Por lo que se confirma la segunda hipótesis específica.
- 5.2.13.** La realización personal están relacionados al tipo de gestión de pacientes, consecuentemente influye en la aparición de la negligencia médica, con un nivel de confianza del 95%, por haberse encontrado que el valor $p=0.00 < \alpha 0.00$. Por lo que se confirma la tercera hipótesis específica.

5.2.14. El 24% de los médicos que realizaron alguna vez una gestión negligente, presentan el Síndrome de Burnout, mientras que el 0% de los gestores diligentes de pacientes no presentan el Síndrome de Burnout.

5.2.15 Las categorías según la ausencia, tendencia y presencia del Síndrome de Burnout, están asociados al tipo de gestión de pacientes, al 95 % de confianza. por haberse encontrado que el valor $p=0.00 < \alpha 0.00$. Por lo que se confirma la cuarta hipótesis específica. En otras palabras la ausencia, tendencia o presencia del Síndrome de Burnout, influye en la gestión de pacientes de de los médicos.

5.2.16 Los promedios de deshumanización o despersonalización difieren según sea la aparición del Síndrome de Burnout y el tipo de gestión de pacientes, al 95 % de confianza. por haberse encontrado que el valor $p=0.00 < \alpha 0.00$. Por lo que se confirma la quinta hipótesis específica. En otras palabras la deshumanización, y la aparición del Síndrome de Burnout, influye en la gestión de pacientes de los médicos.

5.3. RECOMENDACIONES

- ✓ Planificar, racionalizando la cantidad de pacientes por atender, es decir la atención de pacientes debe efectuarse de acuerdo a los estándares internacionales de calidad, con un promedio de 15 minutos por paciente, a fin de reducir el cansancio emocional y consecuentemente la despersonalización, con lo que se disminuiría la aparición del síndrome de burnout, evitando la negligencia médica.
- ✓ Mejorar la dirección de los servicios de salud, con mayores recursos en infraestructura y equipamiento, a través de un presupuesto y financiamiento, requeridos y adecuados a la realidad, para disminuir los niveles de despersonalización, elevando la realización personal, y disminuir consecuentemente la tendencia a la aparición del síndrome de burnout en los profesionales médicos.
- ✓ Reorganizar los servicios de salud, capacitando a los médicos y procurando mayores estímulos económicos, con lo que se elevaría el nivel de realización personal de los profesionales médicos.
- ✓ Efectuar control y evaluación permanente de los servicios de salud, para dar una mejor atención a los pacientes, a fin de mejorar los niveles de despersonalización y realización personal de los profesionales médicos.

PROPUESTA

En concordancia con los resultados de la presente investigación, se propone el uso de estrategias, así como también se presenta una propuesta para la formación en prevención del Síndrome de Burnout, tanto a nivel individual como a nivel interpersonal y grupal, que a continuación se indican:

✚ PROPUESTA DE USO DE ESTRATEGIAS A NIVEL PERSONAL PARA PREVENIR LA APARICIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT

- La carga laboral debe ser limitada formando parte de las tareas cotidianas, sin cargar más tareas a las cotidianas.
- Informar de las preocupaciones que nos inquietan a través del departamento de recursos humanos, o al jefe inmediato.
- Compartir nuestras inquietudes con personas a quien se pueda confiar, y que puedan influir en la solución de las angustias.
- Solicitar asesoramiento en temas relacionados con el desarrollo de su tarea, y en la temática personal.
- Compartir con personas que se encuentran en la misma situación y conocer de ellas cómo resolvieron.

- Solicitar que se organicen reuniones periódicas para dar su opinión respecto al trabajo realizado, estableciendo responsabilidades en cada uno y limitando las tareas sin extralimitarse.
- Cultivar el control de las emociones: sobre todo cuando se siente o percibe situaciones injustas.
- Exponer las quejas basadas en la realidad, proponiendo soluciones objetivas. Dejando en claro que se afecta a todo el equipo.
- Cultivar el trabajo en equipo, manteniendo buenas relaciones con sus pares.
- Cuando se solicite cumplir con una tarea para la cual no está preparado, solicitar la inducción antes de comenzar, o solicitar capacitación para el mejor cumplimiento.
- Solicitar se cuente con los recursos personales y materiales que permitan cumplir con las tareas asignadas. La ausencia o escasez de recursos contribuye a la desmotivación y la escasa realización personal.
- Adoptar hábitos de alimentación equilibrada y sana, sin estimulantes, con horas de sueño necesario, con ejercicios diarios..

✚ PROPUESTA DE USO DE ESTRATEGIAS A NIVEL INSTITUCIONAL PARA PREVENIR LA APARICIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT.

- Evitar la cultura de exceso de control del superior sobre el subordinado, con lo que se disminuiría la aparición del síndrome de burnout.
- Elevar la cultura organizacional, mejorando la comunicación, con política de puertas abiertas.
- Estimular el desarrollo profesional médico, a través del reconocimiento por los resultados obtenidos.

FUENTES DE INFORMACION

Arias, P; y Castro, M. (2012). *“Prevalencia del síndrome de Burnout y factores sociodemográficos y laborales asociados en enfermeros (as) profesionales del Hospital Nacional de Niños durante el mes de Setiembre 2012”*. San José Costa Rica: Unidad de Posgrado en Psiquiatría Hospital Nacional Psiquiátrico. Obtenido de <http://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/textos/tesis38.pdf>

Berdejo, H. (2014). Síndrome de desgaste laboral (burnout) en los médicos residentes de especialidades medico quirúrgicas de la Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá. Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia.

Bloomberg. (27 de Julio de 2015). Médicos atienden ahora en las oficinas ¿será una buena idea? *Gestión*, pág. Tendencias. Obtenido de <http://gestion.pe/tendencias/medicos-atienden-ahora-oficinas-buena-idea-2138247>

Cáceres, G., & Echevarría, M. (Junio de 2010). Síndrome de burn-out en médicos residentes del nea: ¿cuanto afecta a nuestros futuros especialistas? *Revista de posgrado de la Vía Cátedra de Medicina*. Obtenido de http://med.unne.edu.ar/revista/revista201/3_201.pdf

Chaos, A. (15 de setiembre de 2015). El humanismo médico. *Excelsior*, pág. Así es la nuez. Recuperado el Noviembre de 2015, de <http://www.excelsior.com.mx/opinion/alvaro-chaos/2015/09/15/1045771>

- Cortés, G. (2012). Ciencias Humanistas en Medicina. *Cirujano General*, 34(2), 120-123. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2012/cgs122k.pdf>
- Díaz, S. (2012). *Satisfacción laboral y síndrome de burnout entre el personal de un policlínico y en el de una comunidad local de administración de salud, distrito la victoria, Chiclayo – 2012*. Chiclayo, Perú: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Obtenido de http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/328/1/TL_D%C3%ADaz_Ruiz_StephanyMedalit.pdf
- Gil-Monte, P y Peiró, J. (1999). Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del. *Anales de Psicología*, 15(2), 261-268. Obtenido de http://www.um.es/analesps/v15/v15_2pdf/12v98_05Llag2.PDF
- Ginocchio, L. (3 de Enero de 2008). *Negligencia Médica*. Obtenido de monografias.com: <http://www.monografias.com/trabajos55/negligencia-de-los-medicos/negligencia-de-los-medicos.shtml>
- Gonzalez, M y Soto, C. (2010). Niveles del síndrome de burnout en reanimadores y técnicos paramédicos del samu metropolitano de chile”. Facultad de Medicina. Chile: Universidad de Chile.
- Grau, A; Flichtentrei, D; Suñer, R; Font, S; Prats, M; y Braga, F. (Marzo-Abril de 2009). Síndrome de Burnout en Médicos Hispanoamericanos. *Rev Esp Salud Pública*, 83(2), 215-230. Obtenido de <http://www.intramed.net/contenido/ver.asp?contenidoID=52702>

- Gutiérrez, N; y Pedraza, C. (2010). *Síndrome de Desgaste Profesional en el Personal de Enfermería del Instituto Nacional de Cancerología, Ciudad de México*. México: Instituto Nacional de Cancerología. Obtenido de <http://www.incan.org.mx/revistaincan/elementos/documentosPortada/1294868497.pdf>
- HERNÁNDEZ, C; DICKINSON, M; Y FERNÁNDEZ, M. (Enero de 2008). El síndrome de desgaste profesional Burnout en médicos mexicanos. *Medigraphic Artemisa*, 51(1). Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2008/un081c.pdf>
- Karchmer, S. (8 de 02 de 2010). El humanismo médico. Falacia o realidad... *ACTA MÉDICA GRUPO ÁNGELES*, 8(1). Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2010/am101a.pdf>
- Leiter, M. P., & Maslach, C. (1988). The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. *Journal of Organizational Behavior*, 9, 297-308.
- Médico-CONAMED, C. N. (10 de octubre de 2015). *¿Qué es la Lex artis ad hoc?* Obtenido de www.conamed.gob.mx: http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/lex_artis.pdf
- Nizama-Valladolid, M. (15 de Octubre de 2015). *Humanismo médico*. Obtenido de http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/spmi/v15n1/humanis_medico.htm
- Ochoa, P. (2012). Significado del trabajo en la profesión médica, Tesis Doctoral. Barcelona, España: Universidad Autónoma de Barcelona.

- Ortega, C y López, F. (7 de julio de 2004). El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(1), 137-160.
- Pines, A y Aronson, E. (1988). Carrer burnout: causes and cures. *The Free Press*. New York, USA.
- Quiroz, R; y Saco, S. (1999). Factores asociados al síndrome burnout en médicos y enfermeras del hospital nacional sur este de Essalud del cusco. *SITUA Revista Semestral de la Facultad de Medicina Humana-UNSAAC*. Obtenido de <http://www.bvsde.ops-oms.org/bvsacd/cd49/a04.pdf>
- Vásquez, J; Maruy, A; y Verne, E. (2014). 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. *Neuropsiquiatría*, 77(3). Obtenido de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v77n3/a05v77n3.pdf>

ANEXOS

Lima-Perú, 2015.

PROBLEMA	OBJETIVO	MARCO TEÓRICO	HIPÓTESIS	VARIABLE	METODOLOGÍA
<p>PROBLEMA GENERAL</p> <p>¿Están asociados el síndrome de burnout, y el humanismo médico, al tipo de gestión de pacientes, efectuado por los médicos de las instituciones de salud públicas de Lima-Perú, año 2015?</p> <p>P. ESPECÍFICOS:</p> <p>PE1 ¿Están asociados los niveles de cansancio emocional, al tipo de gestión de pacientes, efectuado por los médicos de las instituciones de salud públicas de Lima-Perú, año 2015?</p> <p>PE2. ¿Están asociados los niveles de despersonalización o deshumanización, al tipo de gestión de pacientes, efectuado por los médicos de las instituciones de salud públicas de Lima-Perú, año 2015?</p> <p>PE3¿Están asociados los niveles de realización personal, al tipo de gestión de pacientes, efectuado por los médicos de las instituciones de salud públicas de Lima-Perú, año 2015?</p> <p>PE4: ¿La ausencia, tendencia y presencia del Síndrome de Burnout, están asociados al tipo de gestión de pacientes efectuado por los médicos de las instituciones de salud públicas de Lima-Perú, año 2015?</p> <p>PE5: ¿La deshumanización, y la aparición del Síndrome de Burnout, influye en la gestión de pacientes, efectuado por los médicos de las instituciones de salud públicas de Lima-Perú, año 2015?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Determinar si el síndrome de burnout, y el humanismo médico, se asocian al tipo de gestión de pacientes, efectuado por los médicos de las instituciones de salud públicas de Lima-Perú, año 2015.</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</p> <p>OE1: Determinar si los niveles de cansancio emocional, se asocian al tipo de gestión de pacientes, efectuado por los médicos de las instituciones de salud públicas de Lima-Perú, año 2015.</p> <p>OE2: Determinar si los niveles de despersonalización o deshumanización, se asocian al tipo de gestión de pacientes, efectuado por los médicos de las instituciones de salud públicas de Lima-Perú, año 2015.</p> <p>OE3: Determinar si los niveles de realización personal, se asocian al tipo de gestión de pacientes, efectuado por los médicos de las instituciones de salud públicas de Lima-Perú, año 2015.</p> <p>OE4: Determinar si la ausencia, tendencia y presencia del Síndrome de Burnout, están asociados al tipo de gestión de pacientes efectuado por los médicos de las instituciones de salud públicas de Lima-Perú, año 2015</p> <p>OE5: Determinar si la deshumanización, y la aparición del Síndrome de Burnout, influye en la gestión de pacientes, efectuado por los médicos de las instituciones de salud públicas de Lima-Perú, año 2015</p>	<p>Con relación al síndrome de burnout, de todas las teorías descritas para el presente estudio se adopta la teoría de Maslach-Jackson (1986) y Maslach-Leiter (1988):), siendo el más aceptado y consta de tres dimensiones: 1) Agotamiento emocional 2) Despersonalización o deshumanización y 3) Baja realización personal , que podrían influir en los médicos en la gestión de pacientes</p> <p>Sobre el humanismo Karchmer S, (2010), sostiene que El humanismo no es un lujo ni un refinamiento de estudiosos que tienen tiempo para gastarlo en frivolidades disfrazadas de “satisfacciones espirituales”. Humanismo quiere decir: cultura, comprensión del hombre, en sus aspiraciones y miserias; valoración de lo que es bello y lo que es justo en la vida; fijación de las normas que rigen nuestro mundo interior</p> <p>Referente a la gestión de los médicos y sus formas, trataremos de la gestión diligente, y gestión negligente, las funciones que se cumplen, las cuales están respaldadas por la normatividad del Perú y del Colegio Médico de Lima.</p>	<p>HIPÓTESIS GENERAL</p> <p>- El síndrome de burnout, el humanismo médico, están asociados al tipo de gestión de pacientes, efectuado por los médicos de las instituciones de salud públicas de Lima-Perú, año 2015.</p> <p>HIPÓTESIS ESPECÍFICAS:</p> <p>HE1: Los niveles de cansancio emocional, están asociados al tipo de gestión de pacientes, efectuado por los médicos de las instituciones de salud públicas de Lima-Perú, año 2015.</p> <p>HE2: Los niveles de despersonalización o deshumanización, están asociados al tipo de gestión de pacientes, efectuado por los médicos de las instituciones de salud públicas de Lima-Perú, año 2015.</p> <p>HE3: Los niveles de realización personal están asociados al tipo de gestión de pacientes, efectuado por los médicos de las instituciones de salud públicas de Lima-Perú, año 2015.</p> <p>HE4: Las categorías según la ausencia, tendencia y presencia del Síndrome de Burnout, están asociados al tipo de gestión de pacientes, efectuado por los médicos de las instituciones de salud públicas de Lima-Perú, año 2015.</p> <p>HE5: Los promedios de deshumanización o despersonalización difieren según sea la aparición del Síndrome de Burnout y el tipo de gestión de pacientes, efectuado por los médicos de las instituciones de salud públicas de Lima-Perú, año 2015.</p>	<p>VARIABLE 1:</p> <p>EL SÍNDROME DE BURNOUT</p> <p>Dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Agotamiento o cansancio emocional - Despersonalización o deshumanización - Realización personal y/o profesional <p>VARIABLE 2:</p> <p>DESHUMANIZACIÓN O DESPERSONALIZACIÓN</p> <p>VARIABLE 3:</p> <p>LA GESTIÓN DE LOS MÉDICOS:</p> <p>Dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gestión Diligente. - Gestión Negligente. 	<p>TIPO: No experimental</p> <p>DISEÑO: Correlacional</p> <p>POBLACIÓN Y MUESTRA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - POBLACIÓN: Está conformada por los médicos con gestión diligente y médicos con gestión negligente de Lima - MUESTRA: Estará conformada por 50 médicos con gestión diligente y 50 médicos con gestión negligente de Lima. <p>TÉCNICAS: - Encuesta</p> <p>INSTRUMENTOS:</p> <p>TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO DE DATOS</p> <p>Los datos cuantitativos serán sistematizados y procesados mediante el programa estadístico SPSS V23.</p>

ANEXO n° 1 : MATRIZ DE CONSISTENCIA

ANEXO n° 2: INTRODUCCIÓN PARA LA APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO

Este estudio tiene como objetivo establecer la prevalencia y los factores de riesgo asociados al síndrome de burnout en médicos de instituciones públicas de Lima.

Esta información es manejada en forma anónima.

Marcar con una x la respuesta en la casilla correspondiente. Si debe adicionar algo más al cuestionario, por favor colóquelo en observaciones.

Consideraciones Generales

- Se aplicarán los cuestionarios a médicos en ejercicio profesional.
- La aplicación del cuestionario lleva 15 minutos.

Aplicación del cuestionario

- Lo primero que se debe hacer es presentarse e identificarse con el grupo de médicos en ejercicio profesional.
- Se informa a la muestra objeto de estudio el propósito del cuestionario, que su participación es voluntaria y que la información que nos proporcione será confidencial.
- Se diligencia el consentimiento informado. ANEXO n° 3:

CUESTIONARIO DE MASLACH BURNOUT INVENTORY

ESCALA MBI

A continuación encontrará una serie de enunciados acerca de sus actividades laborales y sus sentimientos en él. Dispone de un tiempo de 15 minutos para responder a cada uno de ellos, indicando la frecuencia con que Ud. ha experimentado ese sentimiento, teniendo en cuenta la siguiente escala de respuestas:

0	1	2	3	4	5	6
<i>Nunca</i>	<i>Pocas veces al</i>	<i>Una vez al mes o</i>	<i>Unas pocas veces al</i>	<i>Una vez a la semana</i>	<i>Pocas veces a la</i>	<i>Todos los días</i>
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 lo que sienten mis pacientes.						
5. Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos.						
6. Trabajar todo el día con pacientes es una tensión para mí.						
7. Enfrento de manera eficaz los problemas que me presentan mis pacientes.						
8. Me siento extenuado por mi trabajo.						
9. Siento que con mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros.						
10. Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago este trabajo.						
11. Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.						
12. Me encuentro con mucha vitalidad.						
13. Me siento frustrado por mi trabajo.						
14. Siento que estoy trabajando demasiado.						
15. Realmente no me importa lo que les ocurrirá a algunos de los pacientes a los que tengo que atender.						
16. Trabajar en contacto directo con los pacientes me produce bastante estrés.						
17. Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada con mis pacientes.						
18. Me encuentro animado después de trabajar junto con los pacientes.						
19. He realizado muchas cosas que valen la pena en este trabajo.						
20. En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades.						
21. Siento que sé tratar de forma adecuada los problemas emocionales en el trabajo.						
22. Siento que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas.						

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

ANEXO n° 4 BASE DE DATOS UTILIZADA EN EL PROCESAMIENTO DE INFORMACION

*BURNOUT_HUMANISMO_GESTION.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Ventana Ayuda

24 : GESTION_PACIEN... 0

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21	P22	AE	DP	RP	TOT AL	GESTI ON_PA Cl...	CEP N1	DPP N1	RPP N1	SB		
1	4	6	4	4	3	5	6	4	4	5	3	5	6	6	3	2	4	3	4	2	3	3	40	25	24	118	0	3	3	1	2		
2	4	3	3	6	3	5	6	4	4	5	4	3	3	6	4	3	3	3	3	5	3	6	38	21	30	119	0	3	3	1	2		
3	6	6	3	5	3	4	6	4	3	4	5	6	4	3	6	4	5	5	6	3	3	3	40	22	35	115	0	3	3	2	1		
4	6	3	5	3	3	4	3	3	6	5	5	3	3	3	6	6	6	5	6	6	3	4	36	19	42	119	0	3	3	3	0		
5	6	6	3	6	5	6	3	5	3	5	3	4	3	4	3	6	5	4	4	3	3	5	43	19	33	112	0	3	3	1	2		
6	3	5	4	4	5	5	4	5	4	4	3	3	6	3	5	5	3	4	3	6	3	5	39	19	34	114	0	3	3	2	1		
7	4	4	5	6	3	3	4	6	6	3	4	5	5	4	6	6	5	3	6	6	6	5	41	21	43	118	0	3	3	3	0		
8	4	3	6	3	4	6	3	6	3	4	4	5	3	5	4	6	5	5	5	4	6	4	38	21	39	122	0	3	3	2	1		
9	6	6	6	6	4	6	6	6	6	4	5	4	6	6	5	6	5	6	3	4	5	4	52	25	38	112	0	3	3	2	1		
10	4	5	4	4	6	6	6	5	6	5	3	4	5	4	6	6	3	3	6	4	3	3	46	21	34	111	0	3	3	2	1		
11	4	4	6	5	4	3	5	5	4	4	4	6	4	5	6	4	4	3	4	3	6	3	40	23	33	108	0	3	3	1	2		
12	5	3	3	5	4	3	3	6	6	4	6	3	4	5	3	6	4	4	3	3	4	4	38	22	31	110	0	3	3	1	2		
13	5	4	6	4	4	5	4	3	6	6	6	3	4	3	5	5	6	4	5	5	3	4	41	22	37	115	0	3	3	2	1		
14	6	5	5	3	3	6	6	6	5	3	3	5	4	6	3	6	5	3	6	4	4	5	45	21	36	113	0	3	3	2	1		
15	5	4	6	6	5	5	5	3	6	6	4	5	3	3	4	5	4	4	4	4	6	5	45	21	36	119	0	3	3	2	1		
16	3	3	6	5	6	3	3	6	3	3	4	3	5	4	6	6	6	4	5	6	4	5	6	4	38	19	43	110	0	3	3	3	0
17	4	5	3	6	3	6	5	5	5	3	3	4	4	5	6	3	3	6	3	3	6	3	42	19	33	120	0	3	3	1	2		
18	6	3	6	5	3	4	3	6	6	3	6	4	6	5	5	4	6	6	6	4	5	5	42	24	41	120	0	3	3	3	0		
19	5	6	5	4	3	6	4	6	4	6	3	6	5	3	4	4	3	5	6	4	4	4	43	23	34	115	0	3	3	2	1		
20	6	4	3	5	5	4	4	6	4	6	6	5	5	5	5	3	6	3	5	5	3	6	41	27	36	118	0	3	3	2	1		
21	4	5	5	5	4	3	4	6	6	3	6	6	6	5	6	5	6	5	5	3	5	3	42	26	38	114	0	3	3	2	1		
22	6	5	5	3	3	5	5	3	6	6	6	6	6	4	3	4	6	5	6	4	6	6	41	28	40	112	0	3	3	3	0		
23	3	4	6	6	3	3	3	5	6	5	3	3	4	6	5	6	6	4	3	4	3	5	39	21	36	113	0	3	3	2	1		

Vista de datos Vista de variables

*BURNOUT_HUMANISMO_GESTION.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Ventana Ayuda

25 :

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21	P22	AE	DP	RP	TOT AL	GESTI ON_PA CI...	CEP N1	DPP N1	RPP N1	SB
24	4	3	6	3	5	3	5	5	5	5	3	5	5	5	5	3	3	4	6	5	3	6	39	23	35	110	0	3	3	2	1
25	4	3	4	4	4	6	3	4	3	4	5	3	3	5	3	4	4	3	4	3	6	5	35	20	32	116	0	3	3	1	2
26	4	4	3	4	6	5	5	5	4	4	6	4	4	3	5	3	5	3	3	5	5	4	40	21	33	113	0	3	3	1	2
27	5	4	6	4	6	5	4	3	4	3	4	6	5	3	5	4	3	3	4	4	6	4	41	21	33	113	0	3	3	1	2
28	3	4	5	5	3	6	6	5	4	3	3	4	6	6	3	6	5	5	6	4	4	5	41	22	38	116	0	3	3	2	1
29	4	6	3	5	3	3	6	5	4	5	3	5	3	6	4	5	5	4	5	6	5	4	39	22	38	113	0	3	3	2	1
30	3	5	4	5	3	3	5	6	5	3	5	4	5	4	5	6	5	3	5	3	3	6	39	21	36	114	0	3	3	2	1
31	6	6	4	5	3	3	4	6	6	4	4	4	6	4	4	4	4	6	4	4	5	6	43	22	37	118	0	3	3	2	1
32	5	5	6	3	6	4	3	6	6	3	5	4	6	5	3	6	4	4	6	3	5	3	44	23	34	121	0	3	3	2	1
33	5	4	3	3	5	6	4	6	4	4	6	6	3	3	4	6	4	6	6	4	4	6	40	22	40	121	0	3	3	3	0
34	3	3	5	5	3	6	6	3	5	3	6	3	4	5	5	3	5	5	3	4	6	5	39	21	36	123	0	3	3	2	1
35	6	5	5	3	6	4	5	4	4	6	5	5	5	5	5	3	4	3	5	5	3	3	42	26	31	113	0	3	3	1	2
36	3	5	4	5	3	3	6	6	6	5	6	5	5	3	5	4	5	5	5	6	5	4	41	24	39	120	0	3	3	2	1
37	4	5	5	4	4	3	3	5	5	6	5	6	5	6	4	4	3	6	4	3	3	5	38	28	32	118	0	3	3	1	2
38	4	3	5	5	5	4	6	4	4	6	5	3	4	5	6	6	4	4	6	6	3	4	40	23	39	112	0	3	3	2	1
39	4	4	3	3	5	5	3	5	3	3	5	4	4	3	4	4	3	6	3	4	6	4	35	19	34	114	0	3	3	2	1
40	6	4	3	5	6	6	3	6	5	3	5	4	6	6	3	5	6	4	5	6	5	4	44	24	38	122	0	3	3	2	1
41	4	4	4	5	5	6	5	6	5	6	5	4	5	6	5	3	5	4	6	5	5	6	44	26	39	116	0	3	3	2	1
42	3	4	6	4	4	6	3	6	6	5	5	4	5	6	6	5	5	6	3	3	3	5	42	25	36	120	0	3	3	2	1
43	3	5	3	5	5	3	4	6	5	3	5	5	4	5	5	4	6	3	3	5	5	4	39	22	35	112	0	3	3	2	1
44	6	5	4	3	3	6	4	3	3	5	4	3	6	3	3	5	5	5	5	4	4	3	37	21	34	121	0	3	3	2	1
45	6	5	4	3	5	6	5	5	3	3	3	3	5	5	4	4	3	5	4	5	3	4	42	19	32	115	0	3	3	1	2
46	3	3	5	4	4	4	5	3	4	6	5	4	6	3	4	3	6	5	5	4	5	3	35	24	35	110	0	3	3	2	1

Vista de datos Vista de variables

*BURNOUT_HUMANISMO_GESTION.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Ventana Ayuda

25 :

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21	P22	AE	DP	RP	TOT AL	GESTI ON_PA CI...	CEP N1	DPP N1	RPP N1	SB
47	5	5	4	4	3	4	4	5	3	5	3	6	5	5	3	5	5	4	6	3	5	5	37	24	36	119	0	3	3	2	1
48	4	4	5	5	6	4	4	5	6	4	4	3	6	3	5	4	5	3	4	4	6	4	43	20	35	120	0	3	3	2	1
49	3	3	4	3	3	5	3	6	6	3	4	3	6	3	6	5	4	4	5	3	3	4	36	19	34	112	0	3	3	2	1
50	5	5	3	4	5	3	5	6	6	5	6	5	4	4	6	5	6	6	6	6	6	6	42	24	47	122	0	3	3	3	0
51	0	3	1	1	1	0	3	0	1	1	0	0	2	3	4	4	5	6	4	4	6	4	10	6	37	11	1	1	2	2	1
52	3	0	0	2	1	0	0	1	1	3	0	0	3	2	4	5	6	6	4	5	4	6	8	8	40	8	1	1	2	3	1
53	1	3	3	2	2	2	3	2	2	0	3	3	1	1	6	6	4	6	4	5	6	4	20	8	41	8	1	2	2	3	1
54	1	2	2	1	2	3	2	1	0	3	3	0	3	3	4	6	6	4	6	6	4	6	14	12	42	12	1	1	3	3	0
55	3	0	2	0	3	0	3	1	0	1	1	3	3	3	5	4	4	5	5	5	6	6	12	11	40	14	1	1	3	3	0
56	2	3	2	0	0	0	3	1	3	0	3	1	2	0	6	6	6	6	5	4	5	6	14	6	44	17	1	1	2	3	1
57	0	2	2	1	3	2	3	1	0	0	3	3	1	4	5	4	5	5	6	4	6	14	7	39	25	1	1	2	2	1	
58	3	3	3	0	1	0	3	1	0	2	3	2	3	1	5	6	4	5	4	5	6	4	14	11	39	27	1	1	3	2	1
59	0	3	0	2	2	3	3	1	3	1	0	1	2	3	4	5	5	5	4	5	5	4	17	7	37	9	1	1	2	2	1
60	1	1	1	3	2	3	1	0	1	2	3	0	3	0	4	4	6	4	4	5	4	6	13	8	37	9	1	1	2	2	1
61	1	3	2	1	2	0	3	3	1	0	2	1	2	1	5	4	5	6	5	4	4	5	16	6	38	19	1	1	2	2	1
62	1	3	2	2	3	3	2	1	3	0	0	3	2	3	4	6	6	5	4	5	4	6	20	8	40	13	1	2	2	3	1
63	1	3	3	0	0	3	3	1	1	0	2	2	2	1	5	4	6	5	6	5	4	4	15	7	39	13	1	1	2	2	1
64	2	0	1	2	3	3	2	2	2	3	0	2	3	2	5	5	5	4	5	4	5	17	10	38	22	1	1	3	2	1	
65	3	2	3	3	0	2	2	1	3	1	2	0	3	0	5	6	5	6	4	6	4	6	19	6	42	13	1	2	2	3	1
66	2	0	1	3	2	2	2	0	1	2	1	2	0	3	6	5	6	5	4	6	6	5	13	8	43	18	1	1	2	3	1
67	0	2	3	3	1	0	3	3	3	1	1	0	0	3	5	4	4	4	5	4	4	5	18	5	35	12	1	1	1	2	1
68	0	0	1	2	0	3	0	3	3	2	2	3	3	2	6	6	5	4	5	6	5	6	12	12	43	13	1	1	3	3	0
69	0	0	1	3	3	3	0	1	3	1	1	2	1	0	4	4	5	4	6	5	6	6	14	5	40	19	1	1	1	3	0

Vista de datos Vista de variables

*BURNOUT_HUMANISMO_GESTION.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Ventana Ayuda

74:

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21	P22	AE	DP	RP	TOT AL	GESTI ON_PA Cl...	CEP N1	DPP N1	RPP N1	SB	v
70	3	2	3	2	1	1	3	2	1	0	0	0	1	0	5	4	5	4	4	4	4	4	5	18	1	35	4	1	1	1	2	1
71	2	3	3	2	0	0	1	3	1	3	2	1	0	1	4	4	6	4	4	5	5	4	15	7	36	24	1	1	2	2	1	
72	1	2	3	1	1	1	1	0	1	0	1	2	1	2	4	4	5	6	5	6	5	5	11	6	40	16	1	1	2	3	1	
73	2	0	2	3	0	1	3	0	3	1	1	2	3	1	6	4	6	4	5	5	6	5	14	8	41	14	1	1	2	3	1	
74	2	0	3	1	2	0	3	3	2	1	0	3	2	2	4	4	5	6	6	5	5	6	16	8	41	19	1	1	2	3	1	
75	2	2	3	1	2	0	2	3	0	1	2	1	2	0	6	6	6	5	6	5	5	4	15	6	43	7	1	1	2	3	1	
76	2	3	3	3	2	2	3	0	0	0	1	2	0	0	5	5	5	4	5	5	4	6	18	3	39	18	1	1	1	2	1	
77	2	0	1	0	1	3	0	0	1	2	3	1	1	1	4	6	6	4	4	4	6	6	8	8	40	12	1	1	2	3	1	
78	1	1	0	0	0	3	1	0	3	3	2	2	1	0	6	5	5	4	5	5	4	6	9	8	40	18	1	1	2	3	1	
79	0	2	3	3	1	0	2	1	3	2	1	1	3	2	5	5	4	6	6	4	6	4	15	9	40	8	1	1	2	3	1	
80	2	0	1	3	3	0	3	2	1	0	0	1	1	0	6	6	4	5	6	5	5	5	15	2	42	20	1	1	1	3	0	
81	0	1	1	3	1	2	3	3	1	1	1	0	2	3	6	4	4	4	4	4	6	6	15	7	38	7	1	1	2	2	1	
82	2	3	0	2	3	0	2	2	2	2	1	0	0	0	6	6	6	5	6	6	5	5	16	3	45	15	1	1	1	3	0	
83	2	1	3	3	1	0	2	1	1	0	1	3	0	2	4	6	5	6	6	5	6	6	14	6	44	6	1	1	2	3	1	
84	1	0	1	2	3	0	1	0	1	2	1	2	2	3	4	4	5	4	4	6	5	4	9	10	36	5	1	1	3	2	1	
85	3	0	2	3	2	2	2	0	2	1	2	3	3	3	6	4	6	4	6	6	5	6	16	12	43	8	1	1	3	3	0	
86	2	1	1	1	1	1	1	3	3	0	2	1	3	2	6	6	4	5	6	5	4	5	14	8	41	5	1	1	2	3	1	
87	0	0	3	3	3	2	0	1	0	1	1	1	3	2	4	4	6	6	6	6	6	4	12	8	42	21	1	1	2	3	1	
88	1	0	2	1	2	3	2	1	3	2	1	3	0	0	4	6	6	4	5	6	6	6	15	6	43	17	1	1	2	3	1	
89	0	1	3	2	2	3	2	0	1	2	0	1	1	0	4	4	6	4	4	5	6	4	14	4	37	6	1	1	1	2	1	
90	2	0	2	1	2	2	2	2	0	0	1	0	3	5	5	4	5	5	5	5	6	4	15	4	39	7	1	1	1	2	1	
91	3	1	1	1	0	3	0	2	3	3	3	1	3	1	4	5	6	5	5	5	5	6	14	11	41	19	1	1	3	3	0	
92	2	0	2	3	0	1	2	2	1	3	1	2	3	2	5	6	6	5	6	5	5	6	13	11	44	8	1	1	3	3	0	

1

Vista de datos Vista de variables

*BURNOUT_HUMANISMO_GESTION.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Ventana Ayuda

100 :

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21	P22	AE	DP	RP	TOT AL	GESTI ON_PA CI...	CEP N1	DPP N1	RPP N1	SB		
93	2	3	0	2	1	3	3	0	0	0	2	3	1	0	5	5	6	6	6	4	4	5	14	6	41	6	1	1	2	3	1		
94	1	0	2	1	0	1	3	3	3	2	1	2	1	1	6	5	5	6	6	4	4	6	14	7	42	14	1	1	2	3	1		
95	3	2	1	0	3	3	0	3	0	0	3	2	0	3	4	6	5	4	5	6	5	4	15	8	39	8	1	1	2	2	1		
96	2	3	0	3	3	2	2	0	2	1	3	3	0	0	4	5	4	6	4	6	4	6	17	7	39	6	1	1	2	2	1		
97	1	1	0	2	3	3	3	0	1	1	3	3	1	2	4	4	5	6	5	6	6	6	14	10	42	5	1	1	3	3	0		
98	3	2	0	1	2	2	1	3	2	2	1	1	3	1	4	6	5	6	4	6	6	4	16	8	41	10	1	1	2	3	1		
99	2	3	0	2	0	1	0	0	1	1	0	2	2	1	6	6	6	4	4	5	5	6	9	6	42	17	1	1	2	3	1		
100	1	0	1	3	3	1	0	0	2	2	2	2	1	0	5	6	4	4	5	5	5	6	11	7	40	11	1	1	2	3	1		
101																																	
102																																	
103																																	
104																																	