

**UNIVERSIDAD NACIONAL
"SAN LUIS GONZAGA" DE ICA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
"DR. DANIEL ALCIDES CARRIÓN GARCÍA"**



**FACTORES ASOCIADOS A SÍNDROME DE BURNOUT EN EL
PERSONAL DE SALUD
HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO
ICA, 2013**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE:
MÉDICO CIRUJANO**

PRESENTADO POR:

**ARTEAGA ROMANI, ATENAS MARÍA DEL ROSARIO
JUNES GONZALES, WENDY CAROLINA
NAVARRETE SARAVIA, ADRIÁN JESÚS**

**ICA - PERÚ
2014**

**FACTORES ASOCIADOS A SÍNDROME DE
BURNOUT EN EL PERSONAL DE SALUD
HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO.**

ICA, 2013

Asesor:

Dra. Carmen Rosa Alvares Chinchay

Médico pediatra

Miembros del jurado:

Dr. Flores Martínez, Leonidas (Presidente)

Dr. Orellana Paitán, Vicente (Miembro)

Dr. Franco Soto, Mario Luis (Miembro)

Dr. Salinas Bejarano, Pedro Pablo (Suplente)

DEDICATORIA

Dedicamos este trabajo principalmente a Dios, por habernos dado la vida y permitirnos el haber llegado hasta este momento tan importante de nuestra formación profesional. A nuestros padres, por ser el pilar más importante y por demostrarnos siempre su cariño y apoyo incondicional sin importar nuestras diferencias de opiniones. Y a todas las personas que nos brindaron su ayuda, emocional, material y espiritual, en el transcurso de este camino hacia nuestras metas y sueños.

Atenas Arteaga, Wendy Junes y Adrián Navarrete

AGRADECIMIENTO

En primer lugar damos infinitamente gracias a Dios, por habernos dado fuerzas y valor para culminar esta etapa de nuestra vida.

Agradecemos también la confianza y el apoyo brindado por parte de nuestros padres, que sin duda alguna en el trayecto de nuestra vida nos han demostrado su amor, corrigiendo nuestras faltas y celebrando nuestros triunfos.

A nuestros docentes y maestros, por compartir sus conocimientos, y contribuir a la formación intelectual y humanística de los profesionales que somos actualmente.

Finalmente agradecemos a las demás personas que contribuyeron con su ayuda en la elaboración y culminación de esta tesis.

Atenas Arteaga, Wendy Junes y Adrián Navarrete

ÍNDICE

CONT.	PAG.
ÍNDICE	5
RESUMEN	7
ABSTRACT	8
INTRODUCCIÓN	9
MATERIAL Y MÉTODOS	22
RESULTADOS	25
DISCUSIÓN	41
CONCLUSIONES	43
RECOMENDACIONES	44
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	45
ANEXOS	50

RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores asociados a síndrome de burnout en el personal de salud del Hospital Santa María del Socorro de Ica durante el año 2013.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo y prospectivo en una muestra de 238 trabajadores seleccionados por muestreo aleatorio simple, que laboraban en el establecimiento de salud y que aceptaron participar en el estudio mediante consentimiento informado. Se usó la Escala de Burnout de Maslash.

Resultados: La prevalencia de síndrome de burnout es 3,78% (9 casos) y 229 (96,22%) se encuentran en riesgo de tener este problema.

Se halló diferencia estadísticamente significativa entre los puntajes promedio en relación con la ingesta de medicamentos ($p=0,045$). No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los promedios obtenidos en la puntuación total según sexo ($p=0,815$), morbilidad crónica ($p=0,167$), estado civil ($p=0,773$), grado de instrucción ($p=0,174$), profesión ($p=0,406$), grupo ocupacional ($p=0,063$), condición laboral ($p=0,595$), las diferentes áreas de trabajo ($p>0,05$) ni la percepción del ambiente laboral por parte del personal del nosocomio ($p=0,155$).

Conclusiones: Existe baja prevalencia de síndrome de burnout en el personal; sin embargo, la mayoría está en riesgo de padecerlo. La ingesta de medicamentos se asocia a la presencia de este síndrome. Palabras clave: SINDROME – BURNOUT – SALUD - TRABAJADOR

ABSTRACT

Objective: To determine the factors associated with burnout syndrome in health personnel of the Santa Maria del Socorro Hospital from Ica in 2013. *Materials and methods:* An observational, descriptive and prospective study was conducted on a sample of 238 workers selected by simple random sampling, who worked in the facility and agreed to participate in the study through informed consent. Maslach Burnout Inventory was used. *Results:* The prevalence of burnout syndrome is 3.78% (9 cases) and 229 (96.22%) are at risk for this problem. Statistically significant difference between the mean scores in relation to drug intake ($p=0.045$) was found. No statistically significant differences between the averages for the total score by sex ($p=0.815$), chronic morbidity ($p=0.167$), marital status ($p=0.773$), education level ($p=0.174$), occupation was found ($p=0.406$) occupational group ($p=0.063$), employment status ($p=0.595$), the different work areas ($p>0.05$) or the perception of the work environment by the staff of the hospital ($p=0.155$). *Conclusions:* There is low prevalence of burnout syndrome in staff; however, most of them are at risk of suffering it. Medication intake is associated with the presence of this syndrome. *Keywords:* SYNDROME - BURNOUT - HEALTH - WORKER

INTRODUCCIÓN

Las instituciones internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y Organización Internacional del trabajo (OIT), en los últimos años vienen insistiendo en la necesidad de adoptar nuevos enfoques en materia de prevención de riesgos profesionales y atender a nuevos, o más bien “emergentes” riesgos psicosociales, responsables de consecuencias físicas (cefaleas, dolores musculares, fatiga, etc.), psicológicas (frustración, ansiedad, baja autoestima, desmotivación, etc.) y para la organización laboral (absentismo, accidentes, pérdida de la calidad de servicio)¹. En salud ocupacional, muchas de estas lesiones podrían estar relacionadas con la sobrecarga laboral por el deterioro de las condiciones de trabajo que conducen a un nuevo proceso relacionado con la salud mental del trabajador llamado el síndrome de burnout, el mismo que está relacionado al estrés laboral².

Cuando se afirma que una persona padece de estrés, en términos generales de lo que se habla es de un exceso o sobreesfuerzo del organismo al sobreponerse al nivel de resistencia experimentado por éste o bien cuando en el organismo se produce un incremento de activación que pone en riesgo su capacidad para mantener parámetros óptimos de homeostasis con el fin de lograr un máximo rendimiento psicológico y conductual³. La palabra “burnout” es un término anglosajón que significa estar quemado, desgastado, exhausto y perder la ilusión por el trabajo⁴. De esta forma, al síndrome de burnout se le han dado también varias denominaciones, aunque la literatura ofrece alrededor de diecisiete en castellano, algunas de ellas son: “quemarse por el trabajo”, “quemazón profesional”, “síndrome del estrés laboral asistencial o síndrome de estrés

asistencial”, “síndrome del desgaste profesional”, “estar quemado profesionalmente” y “desgaste psíquico”, entre otras⁵.

En los médicos, el síndrome de burnout va desde un 12%, 21,6% y 41,6% en médicos de atención primaria^{6,7,8}. Así mismo se dan a conocer cifras del síndrome en profesionales de la salud que van desde el 31% hasta un 42,2%^{9,10}. Uno de cada tres médicos y enfermeros de atención primaria sufre el síndrome de burnout, debido a la "fuerte carga de trabajo, las carencias técnicas y de medios asistenciales y el desbordamiento de los servicios sanitarios". En España, entre 10% y 20% del personal sanitario sufre desgaste profesional¹¹.

En Latinoamérica se han publicado menos estudios comparables y representativos que en España, por ejemplo. En Colombia la prevalencia de burnout en enfermeras fue 1,9% y en México 6,8%^{12,13,14}. En un estudio en personal sanitario de Argentina, México, Ecuador, Perú, Colombia, Uruguay, Guatemala y España arrojó que el 36,3% tenía la percepción de “estar quemado” o con burnout. Asimismo, en esta población el burnout percibido se encuentra muy relacionado con el cansancio emocional y es independiente de la despersonalización. El burnout percibido se asocia a la sensación de deterioro personal y familiar por las condiciones laborales y al planteamiento de abandono de la profesión⁹. En Colombia existen estudios que indican que afectaría entre el 17,5% y el 28,1% de la población trabajadora de salud¹⁵.

En personal de enfermería, varían los valores; sin embargo destaca la baja prevalencia de estos profesionales con niveles altos de agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal (alrededor de 6,8, 13,6% y 6,8% respectivamente)¹⁶.

La ausencia de un criterio consensuado de "caso de burnout" y las numerosas variaciones metodológicas hacen imposible comparar correctamente prevalencias de burnout. A pesar de ello, lo más usado es la comparación de las medias de las dimensiones del Maslach Burnout Inventory^{17,18}.

A nivel internacional, Grau y col (España, 2009)¹⁷, hallaron que la prevalencia del burnout es mayor en España y Argentina, en el que influye el contexto social como modulador de la situación laboral y personal en que está inmerso el trabajador. Hallaron también que los profesionales que más lo padecen son los médicos, siendo la edad, tener hijos, la percepción de sentirse valorado, el optimismo, la satisfacción laboral y la valoración económica, las variables protectoras de burnout. En otro estudio, Grau y col. (España, 2008)⁹, observó que la percepción de estar afectado por burnout se relaciona fundamentalmente con el valor de cansancio emocional y parece ser independiente de la despersonalización. Sandoval y col. (Chile, 2006)¹⁹, encontró que el perfil sociodemográfico más cercano al diagnóstico de tendencia a tener Burnout fue: sexo femenino, edad entre 24-40 años, soltero y ejercicio profesional menor a 10 años. Aranda (México, 2006)⁴ observó una prevalencia de 41,8%, siendo la dimensión "agotamiento emocional" la más vulnerable en ambos sexos. De los 92 médicos familiares con síndrome de burnout, 17 mujeres de 28 (77,3%) y 23 hombres de 54 (57,5%) presentaron alguna molestia y/o enfermedad en los últimos seis meses. Parada y col. (Venezuela, 2005)²⁰, encontraron que en los trabajadores de enfermería el nivel de burnout es bajo, aunque hay un riesgo epidemiológico alto; existe un nivel moderado de satisfacción, dado principalmente por factores intrínsecos al trabajo; asimismo, las variables sociodemográficas tienen un bajo efecto en las dimensiones del síndrome.

En nuestro país, Guzmán y col. (Perú, 2010)², concluyen que existe alta asociación con: la profesión de enfermera, tiempo de servicio mayor de 12 años, estado civil, edad, situación laboral de contratado y baja motivación laboral, baja satisfacción laboral y alta insatisfacción laboral; y baja asociación estadística con el trabajo mayor a 40 horas semanales. Aguilar y col. (Perú, 2007)²¹, en un estudio realizado en médicos generales, concluyen que existe una mayor presencia de agotamiento emocional y despersonalización en hombres que en mujeres, en solteros y en contratados de los hospitales y que el clima laboral existente en los hospitales donde la muestra seleccionada trabajaba los protegió del agotamiento emocional, la despersonalización y favoreció la realización personal. Gomero y col. (Perú, 2005)¹¹, hallaron una baja prevalencia atribuida a las ventajas asociadas a un sistema privado de atención de salud, como por ejemplo el mejor nivel de ingresos económico del personal, así como el de contar con un ambiente de trabajo donde el uso de materiales, equipos y herramientas no es una limitante. Además, señalan que el sistema privado de la empresa permite la continua capacitación del personal en temas como la atención de pacientes que puede minimizar los riesgos psicosociales.

La experiencia de estrés es particular, puede darse por diferentes situaciones o contextos donde estén inmersas las personas. Es bien conocido que los ambientes laborales pueden ocasionar altos niveles de estrés en unas personas más que en otras, sobre todo cuando fallan las estrategias de afrontamiento que suele emplear el sujeto o cuando hay un desequilibrio entre las demandas y las capacidades para hacer frente a dichas demandas, presentándose entonces lo que se denomina estrés laboral crónico de carácter interpersonal y emocional que aparece como resultado de un proceso continuo,

es decir, por la exposición prolongada en el tiempo ante eventos estresantes y desde las primeras conceptualizaciones se consideraba que los profesionales de las organizaciones de servicios que trabajan en contacto con los clientes o usuarios de la organización eran los más proclives a desarrollarlo^{4, 5, 22}.

El estrés laboral crónico es una de las principales fuentes de riesgos psicosociales en cualquier tipo de organización laboral, y en el sector servicios una de las formas más habituales de desarrollarse el estrés laboral es el Síndrome de Quemarse en el Trabajo (SQT)³.

Sin embargo, es necesario hacer una diferenciación del estrés y el burnout, en el sentido que el burnout no se identifica sólo con la sobrecarga de trabajo, ya que el exceso de trabajo de la misma manera que un trabajo no estresante pero desmotivador puede llevar al burnout. Desde esta perspectiva el burnout no es un proceso asociado a la fatiga, sino a la desmotivación emocional y cognitiva que sigue al abandono de intereses que en un determinado momento fueron importantes para el sujeto^{23,24}. En otras palabras, el estrés está relacionado con un sinnúmero de situaciones que pertenecen a la vida cotidiana y el burnout es sólo una de las formas que tiene de progresar el estrés laboral²³.

El burnout surge por la percepción del sujeto de una discrepancia entre los esfuerzos realizados y lo conseguido. Sucede con frecuencia en los profesionales que trabajan cara a cara con clientes necesitados o problemáticos. Se caracteriza por un agotamiento emocional, falta de energía, distanciamiento y cinismo hacia los destinatarios, sentimientos de incompetencia, deterioro del auto concepto profesional, actitudes de rechazo hacia el trabajo y por otros diversos síntomas psicológicos como irritabilidad, ansiedad, tristeza y baja autoestima^{3,21}.

Fue descrito por primera vez en 1974, por Hebert Freudenberger, psiquiatra de la Clínica Libre de Nueva York para toxicómanos, quien la describió como la "sensación de fracaso y una existencia agotada o gastada que resultaba de una sobrecarga por exigencias de energías recursos personales o fuerza espiritual del trabajador^{11,21}. Otra concepción lo entiende como una reacción a la tensión emocional creada por el contacto continuo e intenso con otros seres humanos en situación de necesidad o dependencia. En otras palabras "es el precio de ayudar a los demás²¹.

Actualmente la definición operacional más conocida es la propuesta por Maslach y Jackson en 1986, quienes la definieron como "un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir en individuos que trabajan con personas", esto es, que el Síndrome de Burnout constituye una entidad multidimensional constituida por los 3 aspectos mencionados^{11,20,25}. En una de ellas, el cansancio emocional o pérdida de recursos emocionales para enfrentarse al trabajo, se observa el incremento de los sentimientos de agotamiento emocional, cansancio, hasta el grado de sentir que ya no puede y/o no quiere ver más pacientes, y desarrolla sentimientos de que ya no es capaz de ofrecer nada de sí mismo al usuario, ni a compañeros, familia ni con él mismo. Hasta llegar a sentirse insatisfechos e infelices con sus logros profesionales y manifiestan una marcada tendencia hacia los sentimientos de inadecuación, fracaso profesional y pérdida de la autoestima. Otra dimensión es la despersonalización o desarrollo de actitudes negativas y de cinismo hacia los pacientes. Se desarrollan actitudes pesimistas y sentimientos negativos ante los propios usuarios, apareciendo un déficit gradual de todo sentimiento y emoción por el usuario o por su padecimiento, a los que incluso se puede llegar a tratar en

forma deshumanizada, fría, no hay contacto visual y mucho menos hay relación interpersonal con el paciente, su actitud es de cinismo. La tercera dimensión es la disminución de la autorrealización personal o tendencia a evaluar negativamente el propio trabajo con apreciaciones de baja autoestima profesional. Cuando se da una relación de ayuda, como en el caso del médico-paciente, generalmente se enfoca a un problema, situación o crisis que el usuario está viviendo. El usuario busca una solución a su problema; por lo tanto esta relación está cargada de un sinfín de sentimientos entremezclados: esperanza de conseguir solución a su problema, sorpresa, dolor, rabia, frustración, miedo, desesperación, desesperanza o tristeza por lo que está viviendo, ante esta situación del usuario, si el que presta la ayuda (profesional de salud) no acierta a dar una respuesta satisfactoria o suficiente, a las expectativas generadas por el usuario, se genera una situación de frustración tanto para el usuario como para el profesional de salud; esta última, la mayoría de las veces, no es percibida por el usuario, pero, en cambio el profesional que trabaja continuamente bajo estas circunstancias va acumulando esta frustración y se transforma con el tiempo en una sensación de pesimismo y escepticismo en el ejercicio de su profesión. Por lo tanto cuando estas u otras situaciones se dan de manera repetida, existe en el médico una pérdida paulatina de la motivación, progresando hasta sentimientos de inadecuación y fracaso profesional donde se cuestiona su competencia profesional^{23,26}.

Existe dificultad para su diagnóstico debido a que no existe una definición aceptada universalmente, pero la gran mayoría de investigadores coinciden en que se trata de una respuesta al estrés laboral crónico²⁷, que parece afectar en mayor o menor medida al colectivo profesional. La desmotivación, el desinterés, el malestar interno o insatisfacción laboral son algunas de las características del

síndrome¹⁹. La dificultad para conceptualizarlo se debe a que es un proceso complejo, además de su similitud con el concepto de estrés, aplicado a las organizaciones (estrés laboral), lo que ha supuesto cuestionar continuamente el constructo²¹.

El síndrome burnout se manifiesta por una sintomatología multidimensional en el ámbito cognitivo, somático y emocional. Las manifestaciones clínicas más frecuentes son los síntomas emocionales. A nivel general los síntomas más insidiosos que han sido reportados a nivel general por la literatura desde la aparición del concepto de Burnout son: a nivel somático: fatiga crónica, cansancio, frecuentes dolores de cabeza, espalda, cuello y musculares, insomnio, alteraciones respiratorias, alteraciones gastrointestinales, hipertensión, dolor muscular, hasta dolor precordial, etc²⁸. A nivel conductual: comportamiento suspicaz y paranoide, inflexibilidad y rigidez, incapacidad para estar relajado, superficialidad en el contacto con los demás, aislamiento, actitud cínica, incapacidad de poder concentrarse en el trabajo, quejas constantes, comportamientos de alto riesgo como conductas agresivas hacia los clientes, absentismo, consumo de sustancias psicoactivas, tranquilizantes y barbitúricos. A nivel emocional: agotamiento emocional, expresiones de hostilidad, irritabilidad y odio, dificultad para controlar y expresar emociones, aburrimiento, impaciencia e irritabilidad, ansiedad, desorientación, sentimientos depresivos. A nivel cognitivo: cogniciones asociadas a baja autoestima, baja realización personal en el trabajo, impotencia para el desempeño del rol profesional, fracaso profesional, etc. Todos estos síntomas se toman en cuadro clínico y las características de personalidad (factores interno-intrínsecos) como la personalidad resistente o no, los recursos internos, el estilo cognitivo, los determinantes biológicos, la edad, el género, la

historia de aprendizaje, la presencia de síntomas psicopatológicos, los estilos de afrontamiento, entre otros, pueden ser o no un factor protector ante la manifestación del síndrome burnout^{3,11,21,23,29}. También son frecuentes las *actitudes negativas, sarcásticas y poco colaboradoras*, que dificultan y enturbian la dinámica de grupo normal en el trabajo en equipo. Esta actitud es sufrida por el paciente, que percibe la apatía del médico, cerrándose así un círculo muy difícil de romper²¹.

Esté síndrome también se presenta en diferentes grados. En el primer grado podemos observar signos y síntomas de agotamiento ocasionales y de corta duración que desaparecen a través de distracciones o hobbies. En el segundo grado los síntomas son más constantes, duran más y cuesta más trabajo sobreponerse a ellos. La preocupación por la efectividad se vuelve central, al mismo tiempo la persona se vuelve negativa y fría con sus compañeros y pacientes. Finalmente, en el tercer grado, los síntomas son continuos, con problemas psicológicos y físicos llegando incluso a la depresión, sin explicación a lo que pasa. La persona se aísla con nulas o pocas relaciones interpersonales. Aquí se intensifican los problemas familiares^{23,29}.

De la misma forma, un punto que ha tomado mucha importancia es explicar porque algunas personas son más susceptibles a este síndrome que otras, esto se explica con un factor individual, que expresa la forma de dar cara a las situaciones estresantes, y es el uso de técnicas de afrontamiento. Se dice que, en realidad, no hay situaciones estresantes en sí mismas, sino que dependen de la interpretación o evaluación que el individuo haga de ellas. Si los eventos o situaciones se perciben como amenazantes o peligrosos para el propio bienestar, entonces se desencadena el estrés y frente a éste, el individuo debe responder de

alguna manera. De esta forma, se introdujeron la consideración de modos de afrontamiento, que hacen referencia a cómo las personas responden a determinadas situaciones cuando no disponen de los recursos para ello; así *distinguen entre modos de afrontamiento dirigidos al problema*, que buscan definir el problema y encontrar soluciones alternativas, y modos centrados en la emoción, que intentan regular la respuesta emocional que surge como consecuencia de la situación³⁰.

En el desarrollo del síndrome de burnout intervienen factores ambientales, culturales y personales^{19,31}.

La situación social y económica que rodea al profesional sanitario según su *lugar de origen*, influye en la génesis de este síndrome. Así, los países con menor desarrollo económico según el producto interior bruto, con menor acceso a la sanidad, mayor tasa de mortalidad infantil y menor esperanza de vida, tienen en este estudio prevalencias inferiores de burnout respecto a los países con más desarrollo económico y sanitario, y mayor sensibilización de los derechos laborales. Una explicación para las diferencias transnacionales apoyan la influencia del contexto social en la génesis del burnout como modulador de la situación laboral y personal en que se halla inmerso el trabajador. Así, condiciones laborales y personales que podrían considerarse más “duras” pueden ser percibidas como menos estresantes en los países con unos niveles de bienestar inferiores y, en todo caso, manifestarse por trastornos físicos y mentales diferentes al burnout, al ser atribuidos al contexto macrosocial más que al laboral. La relación con los usuarios también es diferente, ya que los miembros de las sociedades con menor bienestar y protección social suelen tener menos expectativas y ser menos demandantes¹⁷.

A pesar que siempre se ha considerado que los profesionales que laboran en instituciones públicas tienen mayor carga de trabajo y mayor probabilidad de desarrollar el síndrome, a diferencia de los médicos que laboran en forma privada, *existen estudios que indican lo contrario*²³.

Diferentes autores mencionan que este síndrome tendría mayor presencia en toda profesión que mantenga un trato y relación directa con personas, es decir aquellas profesiones que requieran una atención personalizada; que necesitan altas dosis de entrega e implicación directa, como personal de enfermería, médicos, servicio social, docentes, policías, psicólogos, entre otros profesionales^{2,11}, debido a las demandas psicosociales del trabajo directo con personas en una relación de interdependencia mutua¹¹.

Los factores de riesgo del burnout en el personal sanitario están ligados, en mayor medida, con el ambiente psicosocial del trabajo (sobrecarga de trabajo, presión de tiempo, insatisfacción laboral, etc.) que con los factores personales (carácter, estrategias de afrontamiento, etc.)^{26,32}. Asimismo, se han identificado numerosos factores estresantes crónicos del entorno laboral implicados en su producción, como: la sobrecarga de trabajo, pacientes difíciles, poco tiempo por paciente, salario, calidad de las relaciones en equipo¹⁹.

Un factor externo que puede ser desencadenante de desgaste, es que en las instituciones en que laboran no existen los materiales adecuados para desempeñar su trabajo. Además de que existan demandas legales que afectan considerablemente al médico y también puede ser una causa para que se presente agotamiento emocional, despersonalización y cinismo²³.

El turno y el horario laboral pueden conllevar, para algunos investigadores, a la presencia del síndrome, aunque tampoco existe unanimidad en este criterio.

Sin embargo, en enfermería esta influencia es mayor. Por su parte, el salario ha sido invocado como otro factor que afectaría al desarrollo de este problema, aunque no queda claro en la literatura²¹. Existe un mayor riesgo en médicos que *trabajan en más de una clínica, pero con mayor severidad los que trabajan en clínica y además en algún hospital*. Esto es una cuestión de resaltar, porque los médicos en nuestro país, en su mayoría, tienen más de un trabajo, además de contar con la consulta privada²³.

Con relación al tiempo laboral, los investigadores coinciden en que existen dos periodos de tiempo que se relacionan positivamente con el síndrome de burnout: los dos primeros años de carrera profesional y tener más de 10 años de experiencia³³.

La edad parece no influir en la aparición del síndrome, aunque puede existir un periodo de sensibilización debido a que habría unos años en los que el profesional sería especialmente vulnerable, se trataría de los primeros años de la carrera profesional dado que sería el período en el que se produce la transición de las expectativas idealistas hacia la práctica cotidiana²⁵.

Con relación al sexo, serían principalmente las mujeres, el grupo más vulnerable, quizá por la doble carga de trabajo que conlleva la práctica profesional y la tarea familiar, así como la elección de determinadas especialidades profesionales que prolongarían el rol de la mujer^{2,21,23}. Mientras que otros estudios indican que los varones tienen más riesgos, por la resistencia de la mujer a situaciones de estrés¹⁷. Pero una visión más global, indica que la diferencia está en las dimensiones: el componente más afectado es la despersonalización en el caso de los hombres y el agotamiento emocional en las mujeres^{25,26}.

El consumo de psicofármacos puede indicar una asociación con la presencia de ansiedad y depresión, entidades clínicas que también se han relacionado con el síndrome de burnout³⁴.

Entre los factores individuales encontramos: perfeccionismo, supresión de sentimientos, dificultades para decir "no" ante la demanda excesiva, sentimiento de ser poco responsable e ineficaz, dificultades para tomar vacaciones, baja autoestima, incapacidad para manifestar problemas personales, inadecuadas habilidades sociales².

Muchas veces, la salud mental es minimizada ya que los síntomas físicos son mucho menores, sin embargo, la capacidad adaptativa del individuo se ve sumamente mermada. En otros casos, se confunde con síntomas físicos y en la mayoría de las veces son pasados por alto. Por ello, el presente estudio busca aportar al conocimiento de este síndrome y determinar su frecuencia en el personal de salud hospitalario, con el objetivo de establecer acciones que reduzcan su presencia, minimicen su impacto en el quehacer profesional y, por consiguiente, mejoren la calidad de atención al paciente. Teniendo en consideración este contexto, planteamos el presente estudio, con el objetivo de determinar los factores asociados a síndrome de burnout en el personal de salud del Hospital Santa María del Socorro de Ica durante el año 2013.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y prospectivo en una población constituida por 540 trabajadores que laboran en el Hospital Santa María del Socorro de Ica durante el año 2013. La muestra se determinó con nivel de confianza de 95%, margen de error de 5%, valor $p=0,2$ y $q=0,8$, que arrojó 238 trabajadores seleccionados por muestreo aleatorio simple, incluyen a aquellos que laboraban en el establecimiento de salud y que aceptaron participar en el estudio mediante consentimiento informado. Asimismo, se excluyeron a aquellos que decidían no continuar en el estudio, a los que no asistieron a trabajar en el establecimiento de salud por más de un mes y a lo que no firmaron el consentimiento informado.

Los datos se recolectaron a través de una ficha de recolección (Anexo 1) aplicada mediante una entrevista realizada al trabajador. La duración aproximada de la entrevista fue de 20 minutos en promedio y se realizó en un periodo de 30 días.

En la ficha de recolección de datos se consignaron las variables de estudio. Además, se utilizó la escala de valoración de Maslach Burnout Inventory (MBI) (Anexo 2). Este cuestionario fue validado por Maslach y Jackson apareciendo su versión definitiva en 1986 y está compuesto por 22 ítems con 5 opciones de respuesta (escala de likert de 1 a 5), desde nunca a diariamente. Las puntuaciones se obtuvieron al sumar los valores de los 22 ítems. Como punto de corte no hay un acuerdo general entre los autores, sin embargo en la mayoría se ha utilizado el punto corte dividiendo el puntaje total en tres tercios, siendo el tercio superior para diagnóstico de burnout (>72 puntos), tercio medio tendencia a burnout (37-72 puntos) y tercio inferior sin riesgo de padecer burnout (≤ 36

puntos). La escala está dividida en subescalas que contienen preguntas que denotan: Cansancio Emocional, Despersonalización y Realización Personal¹.

El entrevistador verificó que todas las preguntas estén respondidas. No obstante, al finalizar la aplicación de la ficha de recolección de datos se realizó el control de calidad previo a la digitación, para identificar posibles errores o vacíos.

Los datos obtenidos fueron ingresados a una base de datos utilizando el software IBM SPSS® (Statistical Package of the Social Science) en su versión 19.0. El procesamiento y análisis de los datos se realizó mediante este programa estadístico.

Se usó la estadística descriptiva a través de: la determinación de proporciones de las variables categóricas, así como las medidas de distribución y tendencia central para las variables numéricas. El análisis bivariado se realizó usando las pruebas: T de Student y ANOVA para evaluar las diferencias entre dos y tres o más medias, cuando sean variables numéricas; asimismo, se usó la prueba estadística de Chi² para asociar proporciones con respecto a las variables categóricas.

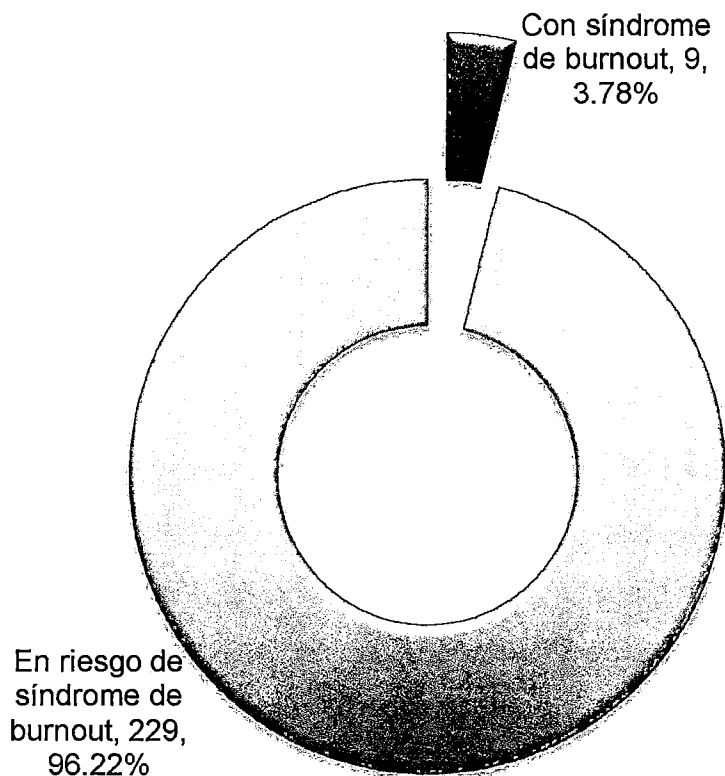
Se preservó el anonimato de los participantes. Asimismo, en concordancia con la declaración de Helsinki y al reporte de Belmont, se solicitó el consentimiento informado a cada uno de ellos (Anexo 3) y se mantuvo la confidencialidad sobre los datos conforme a lo dispuesto en la pauta 18 del CIOMS³⁵. Así mismo se cumplió las normas de buenas prácticas y la Ley General de Salud, al respetar el anonimato del sujeto en estudio, otorgando un código que defina su identidad y que solo fue conocida por los investigadores, limitando el acceso a los datos. Además, se respetó la veracidad de la información.

Para el acceso al personal de salud del hospital se solicitó el permiso de la Dirección con la correspondiente aprobación del Comité de Ética del mismo.

RESULTADOS

Gráfico 1

PREVALENCIA DE SINDROME DE BURNOUT EN PERSONAL DEL HOSPITAL "SANTA MARÍA DE SOCORRO" DE ICA, 2013



La prevalencia de síndrome de burnout en el personal que labora en el Hospital Santa María del Socorro es 3,78% (9 casos). Sin embargo, 229 (96,22%) trabajadores de este nosocomio se encuentran en riesgo de tener este problema.

Tabla 1

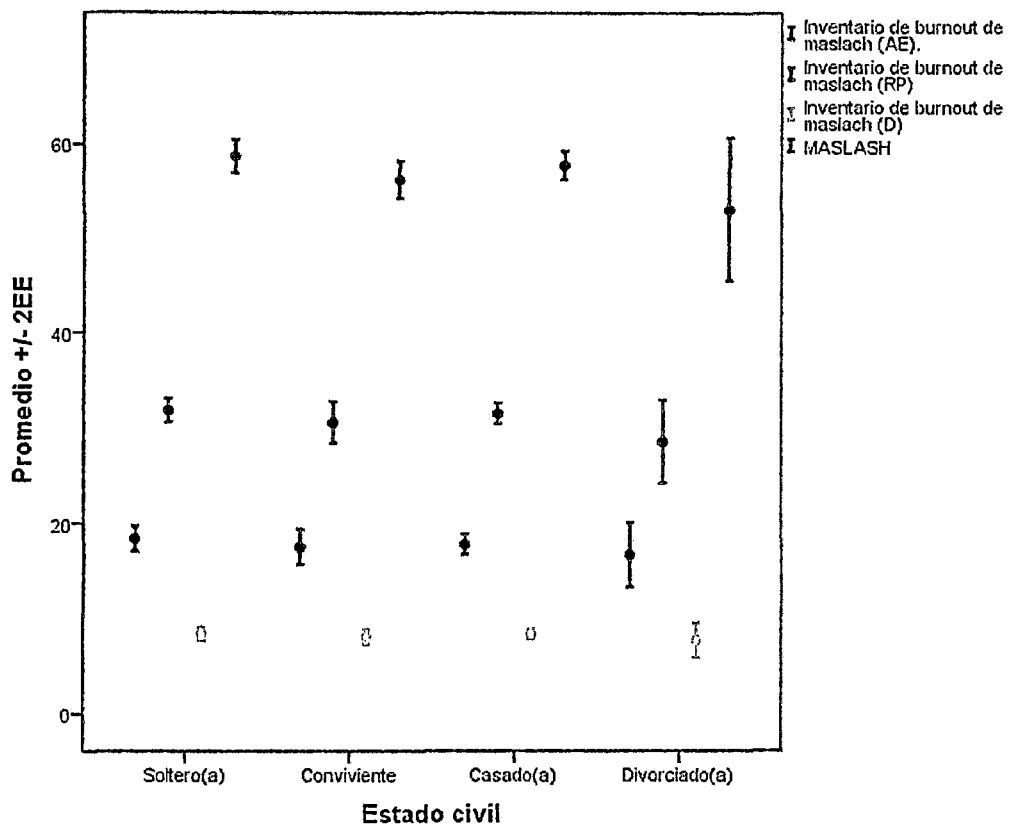
SINDROME DE BURNOUT Y SUS DIMENSIONES MEDIANTE LA ESCALA DE BURNOUT DE MASLASH SEGÚN SEXO EN PERSONAL DEL HOSPITAL "SANTA MARÍA DE SOCORRO" DE ICA, 2013

Dimensiones de la Escala de Burnout de Maslash	Sexo						p
	Masculino			Femenino			
	n	Media	E.E	n	Media	E.E	
Cansancio emocional	85	18,60	0,69	153	17,56	0,41	0,197
Realización personal	85	30,48	0,66	153	31,89	0,45	0,072
Despersonalización	85	8,38	0,37	153	8,25	0,21	0,760
Total (MBI)	85	57,46	0,92	153	57,71	0,60	0,815

En relación al sexo, se observó que los varones obtuvieron un puntaje promedio total de $57,46 \pm 0,92$, mientras que en las mujeres fue $57,71 \pm 0,60$ ($p=0,815$). En la dimensión cansancio emocional, los varones alcanzaron $18,60 \pm 0,69$ puntos en promedio, mientras que las mujeres lograron $17,56 \pm 0,41$ puntos ($p=0,197$). En la realización personal, los varones en promedio obtuvieron $30,48 \pm 0,66$ puntos, mientras que las mujeres alcanzaron $31,89 \pm 0,45$ puntos ($p=0,072$). En la dimensión despersonalización los varones obtuvieron $8,38 \pm 0,37$ puntos y las mujeres $8,25 \pm 0,21$ puntos en promedio ($p=0,760$).

Gráfico 2

SINDROME DE BURNOUT Y SUS DIMENSIONES MEDIANTE LA ESCALA DE BURNOUT DE MASLASH SEGÚN ESTADO CIVIL DEL PERSONAL DEL HOSPITAL "SANTA MARÍA DE SOCORRO" DE ICA, 2013



Al evaluar la presencia del síndrome comparando el estado civil del personal del nosocomio, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los promedios obtenidos en la puntuación total ($p=0,773$) ni las dimensiones cansancio emocional ($p=0,398$), realización personal ($p=0,896$) y despersonalización ($p=0,163$) entre los diferentes estados civiles mencionados.

Tabla 2

SINDROME DE BURNOUT Y SUS DIMENSIONES MEDIANTE LA ESCALA DE BURNOUT DE MASLASH SEGÚN MORBILIDAD CRÓNICA EN PERSONAL DEL HOSPITAL “SANTA MARÍA DE SOCORRO” DE ICA, 2013

Dimensiones de la Escala de Burnout de Maslash	Morbilidad crónica						p
	No			Sí			
	n	Media	E.E	n	Media	E.E	
Cansancio emocional	192	17,63	0,39	46	19,20	0,88	0,088
Realización personal	192	31,64	0,40	46	30,33	0,94	0,166
Despersonalización	192	8,01	0,18	46	9,52	0,59	0,018
Total (MBI)	192	57,28	0,55	46	59,04	1,27	0,167

En relación a la morbilidad crónica, se observó que aquellos que no tenían morbilidad crónica obtuvieron un puntaje promedio total de $57,28 \pm 0,55$, mientras que en aquellos que si tenían morbilidad crónica fue $59,04 \pm 1,27$ ($p=0,167$). En la dimensión cansancio emocional, aquellos que no tenían morbilidad crónica alcanzaron $17,63 \pm 0,39$ puntos en promedio, mientras que aquellos que si tenían morbilidad crónica lograron $19,20 \pm 0,88$ puntos ($p=0,088$). En la realización personal, aquellos que no tenían morbilidad crónica en promedio obtuvieron $31,64 \pm 0,40$ puntos, mientras que aquellos que si tenían morbilidad crónica alcanzaron $30,33 \pm 0,94$ puntos ($p=0,166$). En la dimensión despersonalización aquellos que no tenían morbilidad crónica obtuvieron $8,01 \pm 0,18$ puntos y aquellos que si tenían morbilidad crónica $9,52 \pm 0,59$ puntos en promedio ($p=0,018$).

Tabla 3

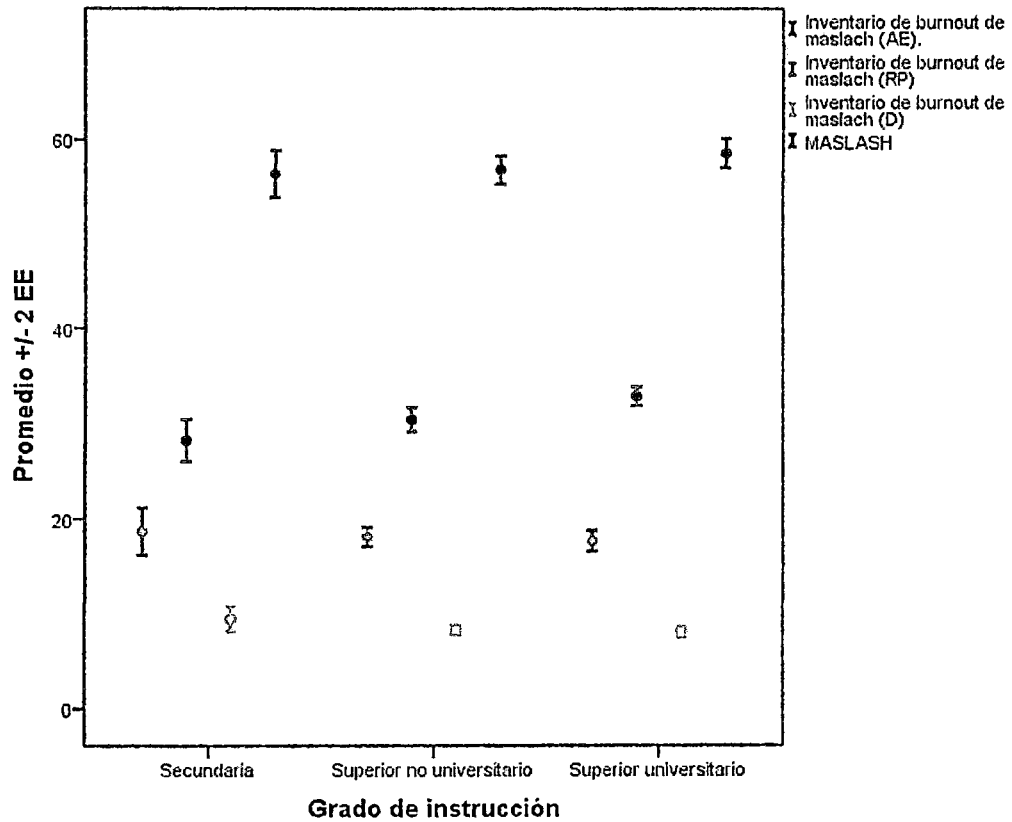
SINDROME DE BURNOUT Y SUS DIMENSIONES MEDIANTE LA ESCALA DE BURNOUT DE MASLASH SEGÚN INGESTA DE MEDICAMENTOS EN PERSONAL DEL HOSPITAL “SANTA MARÍA DE SOCORRO” DE ICA, 2013

Dimensiones de la Escala de Burnout de Maslash	Ingesta de medicamentos						p
	No			Si			
	n	Media	E.E	n	Media	E.E	
Cansancio emocional	193	17,56	0,39	45	19,53	0,91	0,033
Realización personal	193	31,61	0,41	45	30,44	0,90	0,225
Despersonalización	193	7,96	0,18	45	9,73	0,60	0,007
Total (MBI)	193	57,13	0,53	45	59,71	1,34	0,045

En relación a la ingesta de medicamentos, se observó que aquellos que no ingerían algún medicamento obtuvieron un puntaje promedio total de $57,13 \pm 0,53$, mientras que en aquellos que si lo hacían fue $59,71 \pm 1,34$ ($p=0,045$). En la dimensión cansancio emocional, aquellos que no ingerían algún medicamento alcanzaron $17,56 \pm 0,39$ puntos en promedio, mientras que aquellos que si lo hacían lograron $19,53 \pm 0,91$ puntos ($p=0,033$). En la realización personal, aquellos que no ingerían algún medicamento en promedio obtuvieron $31,61 \pm 0,41$ puntos, mientras que aquellos que si lo hacían alcanzaron $30,44 \pm 0,90$ puntos ($p=0,225$). En la dimensión despersonalización aquellos que no ingerían algún medicamento obtuvieron $7,96 \pm 0,18$ puntos y aquellos que si lo hacían $9,73 \pm 0,60$ puntos en promedio ($p=0,007$).

Gráfico 3

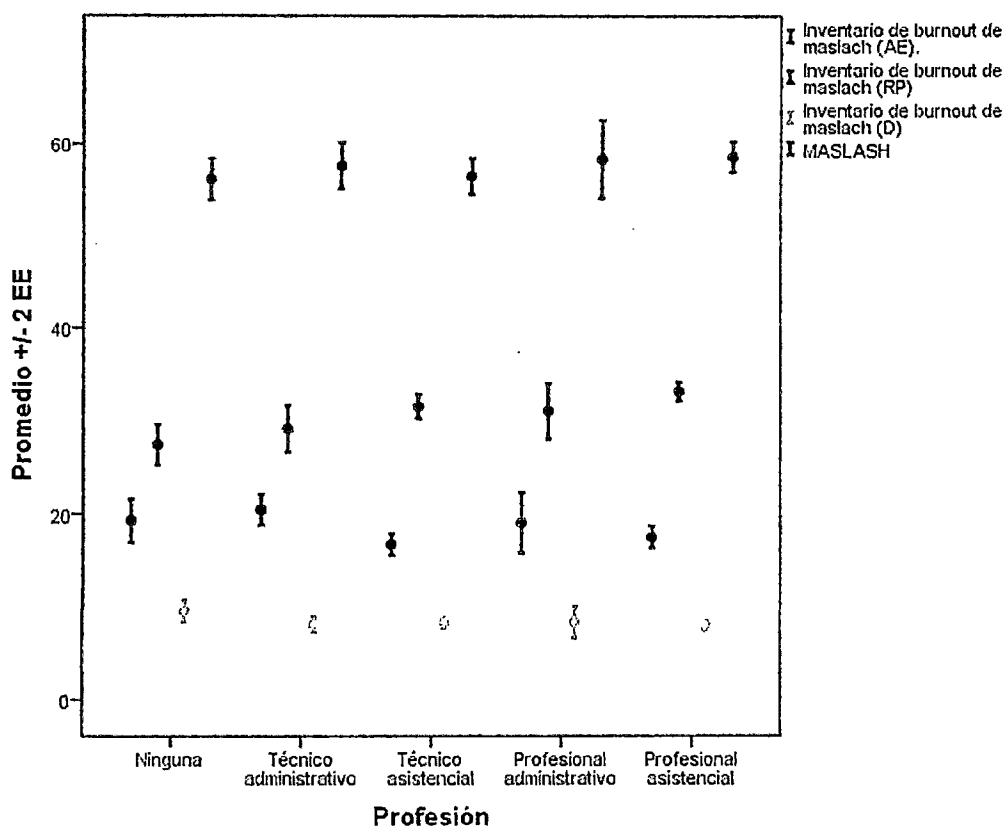
SINDROME DE BURNOUT Y SUS DIMENSIONES MEDIANTE LA ESCALA DE BURNOUT DE MASLASH SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN DEL PERSONAL DEL HOSPITAL "SANTA MARÍA DE SOCORRO" DE ICA, 2013



Al evaluar la presencia del síndrome comparando el grado de instrucción del personal del nosocomio, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los promedios obtenidos en la puntuación total ($p=0,174$) ni las dimensiones cansancio emocional ($p=0,659$) o despersonalización ($p=0,082$). Sin embargo, en la realización personal ($p=0,000$) si se observaron diferencias estadísticamente significativas.

Gráfico 4

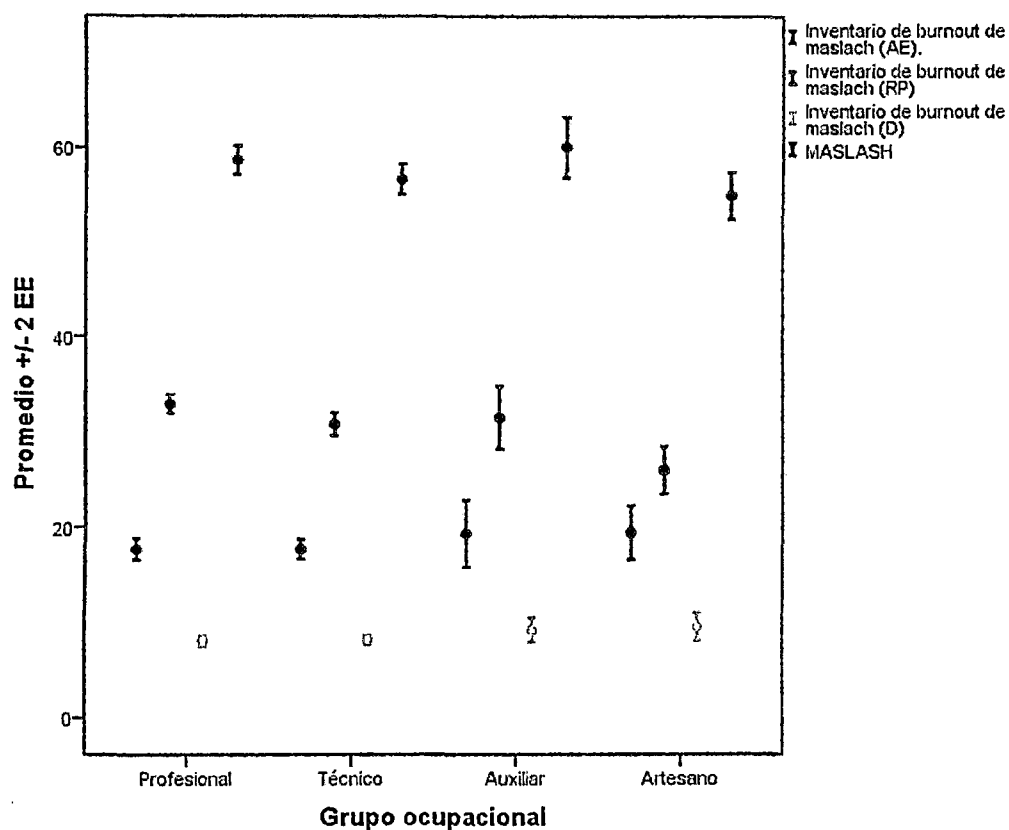
SINDROME DE BURNOUT Y SUS DIMENSIONES MEDIANTE LA ESCALA DE BURNOUT DE MASLASH SEGÚN PROFESIÓN DEL PERSONAL DEL HOSPITAL "SANTA MARÍA DE SOCORRO" DE ICA, 2013



Al evaluar la presencia del síndrome comparando las profesiones del personal del nosocomio, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los promedios obtenidos en la puntuación total ($p=0,406$) ni la dimensión despersonalización ($p=0,167$) entre las diferentes carreras profesionales o técnicas reportadas. Sin embargo, si se observaron diferencias estadísticamente significativas para el cansancio emocional ($p=0,021$), y realización personal ($p=0,000$)

Gráfico 5

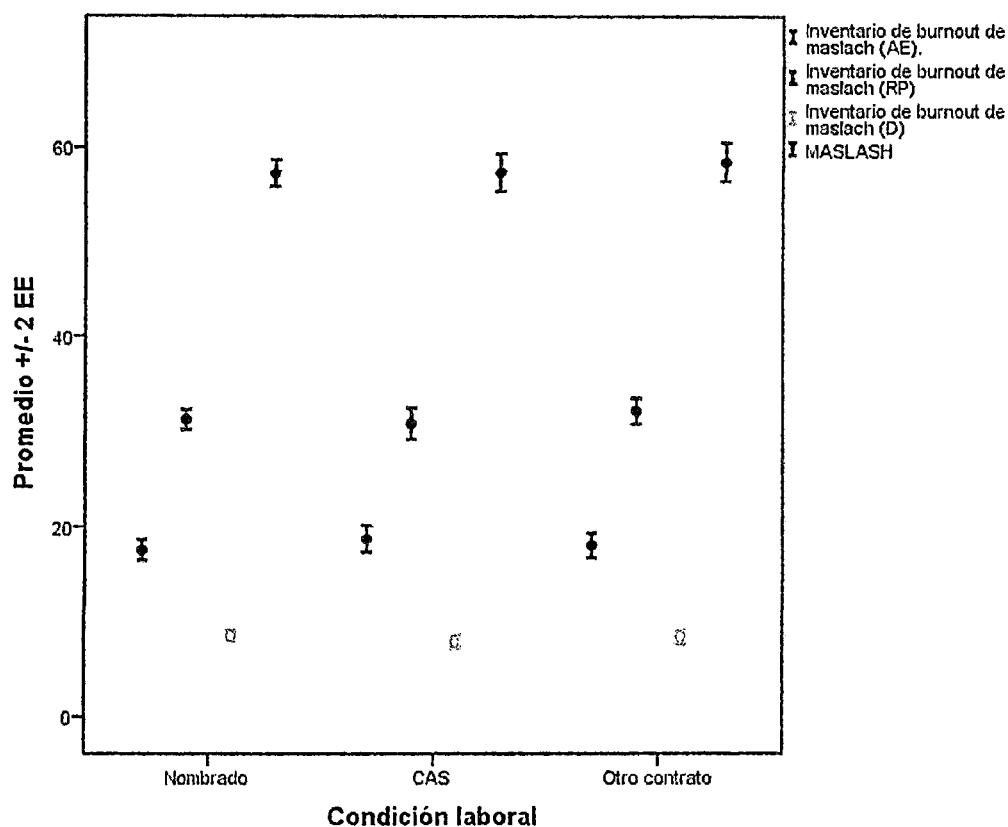
SINDROME DE BURNOUT Y SUS DIMENSIONES MEDIANTE LA ESCALA DE BURNOUT DE MASLASH SEGÚN GRUPO OCUPACIONAL DEL PERSONAL DEL HOSPITAL "SANTA MARÍA DE SOCORRO" DE ICA, 2013



Al evaluar la presencia del síndrome comparando el grupo ocupacional del personal del nosocomio, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los promedios obtenidos en la puntuación total ($p=0,063$) ni las dimensiones cansancio emocional ($p=0,484$) o despersonalización ($p=0,109$). Sin embargo, en la realización personal ($p=0,000$) si se observaron diferencias estadísticamente significativas.

Gráfico 6

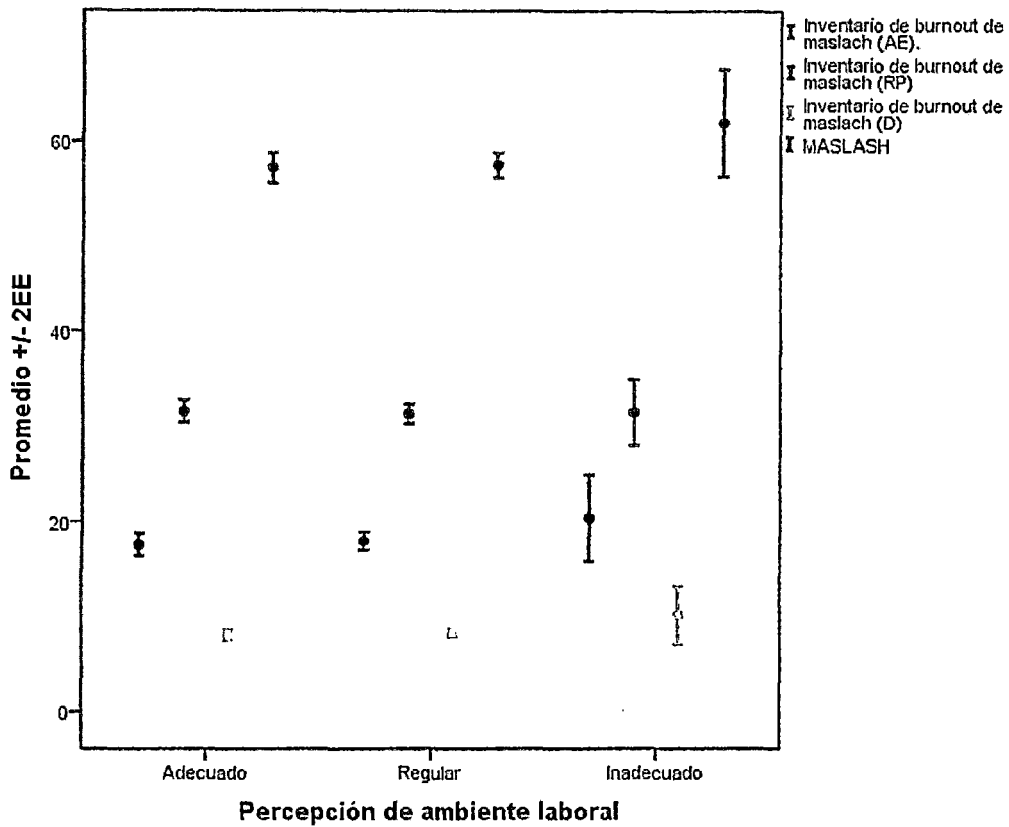
SINDROME DE BURNOUT Y SUS DIMENSIONES MEDIANTE LA ESCALA DE BURNOUT DE MASLASH SEGÚN CONDICIÓN LABORAL DEL PERSONAL DEL HOSPITAL “SANTA MARÍA DE SOCORRO” DE ICA, 2013



Al evaluar la presencia del síndrome comparando la condición laboral del personal del nosocomio, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los promedios obtenidos en la puntuación total ($p=0,595$) ni las dimensiones cansancio emocional ($p=0,459$), realización personal ($p=0,425$) o despersonalización ($p=0,442$).

Gráfico 7

SINDROME DE BURNOUT Y SUS DIMENSIONES MEDIANTE LA ESCALA DE BURNOUT DE MASLASH SEGÚN PERCEPCIÓN DEL AMBIENTE LAORAL DEL PERSONAL DEL HOSPITAL "SANTA MARÍA DE SOCORRO" DE ICA, 2013



Al evaluar la presencia del síndrome comparando la percepción del ambiente laboral por parte del personal del nosocomio, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los promedios obtenidos en la puntuación total ($p=0,155$) ni las dimensiones cansancio emocional ($p=0,084$), realización personal ($p=0,941$) o despersonalización ($p=0,084$).

Tabla 4

SINDROME DE BURNOUT Y SUS DIMENSIONES MEDIANTE LA ESCALA DE BURNOUT DE MASLASH SEGÚN AREA DE TRABAJO OFICINA EN PERSONAL DEL HOSPITAL “SANTA MARÍA DE SOCORRO” DE ICA, 2013

Dimensiones de la Escala de Burnout de Maslash	Area de trabajo oficina						
	No			Sí			p
	n	Media	E.E	n	Media	E.E	
Cansancio emocional	190	17,45	0,40	48	19,85	0,82	0,007
Realización personal	190	31,94	0,40	48	29,21	0,91	0,003
Despersonalización	190	8,20	0,20	48	8,69	0,50	0,305
Total (MBI)	190	57,58	0,54	48	57,75	1,29	0,895

Al evaluar la presencia del síndrome comparando el área de trabajo en oficina con las demás áreas, se observó que aquellos que no laboraban en oficina obtuvieron un puntaje promedio total de $57,58 \pm 0,54$, mientras que en aquellos que si lo hacían fue $57,75 \pm 1,29$ ($p=0,895$). En la dimensión cansancio emocional, aquellos que no laboraban en oficina alcanzaron $17,45 \pm 0,40$ puntos en promedio, mientras que aquellos que si lo hacían lograron $19,85 \pm 0,82$ puntos ($p=0,007$). En la realización personal, aquellos que no laboraban en oficina en promedio obtuvieron $31,94 \pm 0,40$ puntos, mientras que aquellos que si lo hacían alcanzaron $29,21 \pm 0,91$ puntos ($p=0,003$). En la dimensión despersonalización aquellos que no laboraban en oficina obtuvieron $8,20 \pm 0,20$ puntos y aquellos que si lo hacían $8,69 \pm 0,50$ puntos en promedio ($p=0,305$).

Tabla 5

SINDROME DE BURNOUT Y SUS DIMENSIONES MEDIANTE LA ESCALA DE BURNOUT DE MASLASH SEGÚN AREA DE TRABAJO CONSULTORIO EXTERNO EN PERSONAL DEL HOSPITAL “SANTA MARÍA DE SOCORRO” DE ICA, 2013

Dimensiones de la Escala de Burnout de Maslash	Area de trabajo consultorio externo							p
	No			Sí				
	n	Media	E.E	n	Media	E.E		
Cansancio emocional	182	18,12	0,42	56	17,34	0,71	0,364	
Realización personal	182	31,07	0,43	56	32,41	0,73	0,129	
Despersonalización	182	8,44	0,22	56	7,84	0,38	0,181	
Total (MBI)	182	57,63	0,59	56	57,59	0,95	0,975	

Al evaluar la presencia del síndrome comparando el área de trabajo en consultorio externo con las demás áreas, se observó que aquellos que no laboraban en consultorio externo obtuvieron un puntaje promedio total de $57,63 \pm 0,59$, mientras que en aquellos que si lo hacían fue $57,59 \pm 0,95$ ($p=0,975$). En la dimensión cansancio emocional, aquellos que no laboraban en consultorio externo alcanzaron $18,12 \pm 0,42$ puntos en promedio, mientras que aquellos que si lo hacían lograron $19,85 \pm 0,82$ puntos ($p=0,007$). En la realización personal, aquellos que no laboraban en consultorio externo en promedio obtuvieron $31,07 \pm 0,43$ puntos, mientras que aquellos que si lo hacían alcanzaron $32,41 \pm 0,73$ puntos ($p=0,129$). En la dimensión despersonalización aquellos que no laboraban en consultorio externo obtuvieron $8,44 \pm 0,22$ puntos y aquellos que si lo hacían $7,84 \pm 0,38$ puntos en promedio ($p=0,181$).

Tabla 6

**SINDROME DE BURNOUT Y SUS DIMENSIONES MEDIANTE LA ESCALA
DE BURNOUT DE MASLASH SEGÚN AREA DE TRABAJO
HOSPITALIZACIÓN EN PERSONAL DEL HOSPITAL “SANTA MARÍA DE
SOCORRO” DE ICA, 2013**

Cansancio emocional	Area de trabajo hospitalización								p
	No				Sí				
	n	Media	D.E	E.E	n	Media	D.E	E.E	
Cansancio emocional	165	17,85	5,51	0,43	73	18,11	5,78	0,68	0,746
Realización personal	165	30,95	5,93	0,46	73	32,37	5,32	0,62	0,081
Despersonalización	165	8,23	2,86	0,22	73	8,45	3,11	0,36	0,592
Total (MBI)	165	57,04	6,97	0,54	73	58,93	9,28	1,09	0,083

Al evaluar la presencia del síndrome comparando el área de trabajo en hospitalización con las demás áreas, se observó que aquellos que no laboraban en hospitalización obtuvieron un puntaje promedio total de $57,04 \pm 6,97$, mientras que en aquellos que si lo hacían fue $58,98 \pm 9,28$ ($p=0,083$). En la dimensión cansancio emocional, aquellos que no laboraban en hospitalización alcanzaron $17,85 \pm 5,51$ puntos en promedio, mientras que aquellos que si lo hacían lograron $18,11 \pm 5,78$ puntos ($p=0,746$). En la realización personal, aquellos que no laboraban en hospitalización en promedio obtuvieron $30,95 \pm 5,93$ puntos, mientras que aquellos que si lo hacían alcanzaron $32,37 \pm 5,32$ puntos ($p=0,081$). En la dimensión despersonalización aquellos que no laboraban en hospitalización obtuvieron $8,23 \pm 2,86$ puntos y aquellos que si lo hacían $8,45 \pm 3,11$ puntos en promedio ($p=0,592$).

Tabla 7

SINDROME DE BURNOUT Y SUS DIMENSIONES MEDIANTE LA ESCALA DE BURNOUT DE MASLASH SEGÚN AREA DE TRABAJO EMERGENCIA EN PERSONAL DEL HOSPITAL “SANTA MARÍA DE SOCORRO” DE ICA, 2013

Dimensiones de la Escala de Burnout de Maslash	Area de trabajo emergencia							p
	No			Sí				
	n	Media	E.E	n	Media	E.E		
Cansancio emocional	192	17,80	0,38	46	18,48	0,97	0,462	
Realización personal	192	31,27	0,43	46	31,89	0,76	0,510	
Despersonalización	192	8,29	0,21	46	8,35	0,45	0,899	
Total (MBI)	192	57,35	0,52	46	58,72	1,48	0,389	

Al evaluar la presencia del síndrome comparando el área de trabajo en emergencia con las demás áreas, se observó que aquellos que no laboraban en emergencia obtuvieron un puntaje promedio total de $57,35 \pm 7,14$, mientras que en aquellos que si lo hacían fue $58,72 \pm 10,05$ ($p=0,389$). En la dimensión cansancio emocional, aquellos que no laboraban en emergencia alcanzaron $17,80 \pm 5,32$ puntos en promedio, mientras que aquellos que si lo hacían lograron $18,48 \pm 6,61$ puntos ($p=0,462$). En la realización personal, aquellos que no laboraban en emergencia en promedio obtuvieron $31,27 \pm 5,91$ puntos, mientras que aquellos que si lo hacían alcanzaron $31,89 \pm 5,18$ puntos ($p=0,510$). En la dimensión despersonalización aquellos que no laboraban en emergencia obtuvieron $8,29 \pm 2,92$ puntos y aquellos que si lo hacían $8,35 \pm 3,05$ puntos en promedio ($p=0,389$).

Tabla 8

SINDROME DE BURNOUT Y SUS DIMENSIONES MEDIANTE LA ESCALA DE BURNOUT DE MASLASH SEGÚN AREA DE TRABAJO UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EN PERSONAL DEL HOSPITAL “SANTA MARÍA DE SOCORRO” DE ICA, 2013

Dimensiones de la Escala de Burnout de Maslash	Area de trabajo UCI						
	No			Sí			p
	n	Media	E.E	n	Media	E.E	
Cansancio emocional	229	17,94	0,37	9	17,78	1,81	0,933
Realización personal	229	31,38	0,38	9	31,56	1,73	0,929
Despersonalización	229	8,33	0,20	9	7,44	0,69	0,375
Total (MBI)	229	57,65	0,52	9	56,78	2,45	0,742

Al evaluar la presencia del síndrome comparando el área de trabajo en unidad de cuidados intensivos con las demás áreas, se observó que aquellos que no laboraban en unidad de cuidados intensivos obtuvieron un puntaje promedio total de $57,65 \pm 0,52$, mientras que en aquellos que si lo hacían fue $56,78 \pm 2,45$ ($p=0,742$). En la dimensión cansancio emocional, aquellos que no laboraban en unidad de cuidados intensivos alcanzaron $17,94 \pm 0,37$ puntos en promedio, mientras que aquellos que si lo hacían lograron $17,78 \pm 1,81$ puntos ($p=0,933$). En la realización personal, aquellos que no laboraban en unidad de cuidados intensivos en promedio obtuvieron $31,38 \pm 0,38$ puntos, mientras que aquellos que si lo hacían alcanzaron $31,56 \pm 1,73$ puntos ($p=0,929$). En la dimensión despersonalización aquellos que no laboraban en unidad de cuidados intensivos obtuvieron $8,33 \pm 0,20$ puntos y aquellos que si lo hacían $7,44 \pm 0,69$ puntos en promedio ($p=0,375$).

Tabla 9

SINDROME DE BURNOUT Y SUS DIMENSIONES MEDIANTE LA ESCALA DE BURNOUT DE MASLASH SEGÚN AREA DE TRABAJO SALA DE OPERACIONES EN PERSONAL DEL HOSPITAL “SANTA MARÍA DE SOCORRO” DE ICA, 2013

Dimensiones de la Escala de Burnout de Maslash	Area de trabajo SOP						
	No			Sí			p
	n	Media	E.E	n	Media	E.E	
Cansancio emocional	216	17,87	0,39	22	18,55	0,98	0,590
Realización personal	216	31,29	0,40	22	32,36	0,96	0,406
Despersonalización	216	8,33	0,21	22	8,00	0,44	0,618
Total (MBI)	216	57,49	0,54	22	58,91	1,32	0,415

Al evaluar la presencia del síndrome comparando el área de trabajo en sala de operaciones con las demás áreas, se observó que aquellos que no laboraban en sala de operaciones obtuvieron un puntaje promedio total de $57,49 \pm 0,54$, mientras que en aquellos que si lo hacían fue $58,91 \pm 1,32$ ($p=0,415$). En la dimensión cansancio emocional, aquellos que no laboraban en sala de operaciones alcanzaron $17,87 \pm 0,39$ puntos en promedio, mientras que aquellos que si lo hacían lograron $18,55 \pm 0,98$ puntos ($p=0,590$). En la realización personal, aquellos que no laboraban en sala de operaciones en promedio obtuvieron $31,29 \pm 0,40$ puntos, mientras que aquellos que si lo hacían alcanzaron $32,36 \pm 0,96$ puntos ($p=0,406$). En la dimensión despersonalización aquellos que no laboraban en sala de operaciones obtuvieron $8,33 \pm 0,21$ puntos y aquellos que si lo hacían $8,00 \pm 0,44$ puntos en promedio ($p=0,375$).

DISCUSIÓN

La prevalencia de síndrome de burnout encontrada en este estudio es baja. Nuestros resultados difieren con la mayoría de estudios internacionales publicados^{6,7,8,9,10,11,15}, que mencionan que este problema se presenta en no menos del 10% de trabajadores de salud, llegando inclusive hasta más de 40%. Sin embargo, nuestros hallazgos denotan que la mayoría de trabajadores está en riesgo de padecerlo. La ausencia de uniformidad en la definición de “caso de burnout”, inclusive usando el Maslach Burnout Inventory y las diferentes metodologías empleadas dificultan la comparación de las prevalencias. Por ello, hemos comparado los puntajes promedio obtenidos en la escala y en cada una de las dimensiones^{17,18}.

Mediante esta comparación de los puntajes promedio, observamos que este síndrome está asociado a la presencia de tratamiento farmacológico (ingesta de medicamentos) en el trabajador, pues aquellos que ingieren medicamentos, es decir, reciben tratamiento farmacológico presentan mayor puntaje promedio en la escala, además de tener mayores promedios en las dimensiones cansancio emocional y despersonalización.

No se hallaron diferencias entre los puntajes promedio según presencia de morbilidad crónica en el trabajador, pero se observa que aquellos que tienen alguna morbilidad crónica tienen mayor puntuación en la dimensión despersonalización.

De igual forma ocurre con el grado de instrucción, pues los puntajes promedio totales tampoco varían significativamente en presencia de esta variable. No obstante, cuando se evaluó la realización personal, observamos que aquellos que tienen mayor puntaje promedio son los que ostentan instrucción superior

universitaria. Adicionalmente a este hallazgo, se observa que la profesión tampoco influyó en los puntajes promedio totales obtenidos; sin embargo, se halló que los técnicos administrativos presentan mayor puntuación para el cansancio emocional, mientras que los profesionales asistenciales tienen mayores promedios para la realización personal, al igual que aquellos que pertenecen al grupo ocupacional profesional. La insatisfacción laboral y la escasez de oportunidades para el desarrollo profesional al interior del nosocomio podrían ser factores que estarían influyendo en el personal, exponiéndolo a mayor riesgo de sufrir este síndrome^{26,32}. En cambio, la sobrecarga de trabajo, podría ser uno de los estresantes crónicos además de los factores personales que estarían influyendo en para la presencia de cansancio emocional^{19,26,32}. Hay evidencia de que la satisfacción laboral es el factor predictor de mayor importancia en la manifestación del cansancio o agotamiento emocional, despersonalización y baja realización profesional, lo cual quiere decir, que en la medida que el profesional se encuentre más satisfecho existirá mayor integración en su desempeño profesional y de esta manera una mejor relación con el usuario^{2,11,27}.

En relación al área de trabajo, se evaluó en forma independiente cada una de ellas. Ninguna de ellas influyó en el puntaje promedio total de la escala de Maslach, pero se observó que aquellos que trabajaban en oficina presentaban mayor puntaje promedio para el cansancio emocional, mientras que los que no laboraban en estas áreas, tuvieron mayores promedios para la realización personal.

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los promedios de la puntuación total ni en sus dimensiones según sexo, estado civil, condición laboral o percepción del ambiente laboral.

CONCLUSIONES

- La prevalencia de síndrome de burnout es baja; sin embargo, la mayoría de trabajadores está en riesgo de padecerlo.
- Este síndrome está asociado a la presencia de tratamiento farmacológico (ingesta de medicamentos) en el trabajador.
- El cansancio emocional se asocia a la presencia de tratamiento farmacológico (ingesta de medicamentos), a la carrera profesional o técnica, especialmente ser técnico administrativo, y trabajar en el área de oficina.
- La afectación de la dimensión de realización personal se asocia a al grado de instrucción, preferentemente superior universitario, y grupo ocupacional, en especial profesional asistencial.
- La despersonalización se asocia a la presencia de morbilidad crónica y tratamiento farmacológico (ingesta de medicamentos) en el trabajador.
- No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los promedios obtenidos en la puntuación total de la escala de Maslash según sexo, morbilidad crónica, estado civil, grado de instrucción, profesión, grupo ocupacional, condición laboral, área de trabajo ni percepción del ambiente laboral por parte del personal del nosocomio.

RECOMENDACIONES

- Profundizar el estudio de este síndrome y su asociación con los estados ansiosos y o depresivos, que podrían estar presentes en el personal con riesgo de cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal.
- Incluir un conjunto amplio de estrategias en los esquemas de tratamiento y prevención que incidan sobre todas las variables asociadas al burnout, desarrollando acciones de entrenamiento y asistencia personal en la institución.
- Prevenir el síndrome no sólo con medidas individuales, sino que es muy importante la prevención a nivel de las organizaciones, aprovechando los recursos profesionales de que disponen y las estructuras existentes, contribuyendo de forma activa al desarrollo profesional de sus trabajadores.
- Analizar las demandas del mercado laboral para definir los perfiles profesionales necesarios y diseñar la formación adecuada, que debería adaptarse al avance tecnológico, la renovación de conocimientos y los cambios organizativos de las profesiones y carreras técnicas relacionadas a los servicios sanitarios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Comisión Ejecutiva Confederal de Unión General de Trabajadores (UGT). Guía sobre el síndrome de quemado (Burnout). 1era ed. Madrid 2006.
2. Guzman L, Guzman M. Factores asociados al síndrome de Burnout en el personal de enfermería del Hospital Militar Central. Revista científica de la Universidad Peruana de Integración Global. 2010; 1(1): 32-27.
3. Quiceno J, Vinaccia S. Burnout: síndrome de quemarse en el trabajo (SQT). Acta Colombiana de Psicología (internet). 2007 (acceso 22 enero 2013); 10117-125. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=7981021>.
4. Aranda C. Diferencias por sexo, Síndrome de burnout y manifestaciones clínicas, en los médicos familiares de dos instituciones de salud, Guadalajara, México. Revista Costarricense de Salud Pública. 2006; 15: 1-7.
5. Gil-Monte, P. El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout): una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. Madrid, España: Pirámide. 2005.
6. Castañeda A, García G. Prevalencia del síndrome de agotamiento profesional (burnout) en médicos familiares mexicanos: análisis de factores de riesgo. Rev. Colomb. Psiquiatr. 2010; 39 (1): 67-84.
7. Dickinson B, González S, Fernández O, Palomeque R, González Q, Hernández V. Burnout Syndrome among Mexican Primary Care Physicians. Archivos en Medicina Familiar. 2007; 9 (2): 75-79.

8. Matía C, Cordero G, Mediavilla B, Pereda R. Prevalencia de burnout y variables asociadas en los médicos de atención primaria de Burgos. *Atención Primaria*. 2006; 38(1): 58-59.
9. Grau A, Flichtentrei D, Suñer R, Font S, Prats M, Braga, F. El burnout percibido o sensación de estar quemado en profesionales sanitarios: prevalencia y factores asociados. *Información psicológica*. 2008; (91-92): 64-79.
10. Corredor P, Monroy F. Descripción y comparación de patrones de conducta, estrés laboral y burnout en personal sanitario. *Hacia promoci. Salud*, 14 (1): 109-123.
11. Gomero R, Palomino J, Ruiz F, y Llap C. El Síndrome de Burnout en personal sanitario de los hospitales de la empresa minera Southern Perú Copper Corporation: Estudio piloto. *Revista Médica Herediana*. 2005; 16 (4): 233-238.
12. Tuesca R, Iguarán M, Suárez M, Vargas G, Vergara D. Síndrome de Desgaste Profesional en enfermeras/os del área metropolitana de Barranquilla. *Salud Uninorte*. 2006; 22 (2): 84-91.
13. Palmer Y, Prince R, Searcy R, Compean B. Prevalencia del síndrome de burnout en el personal de enfermería de 2 hospitales mexicanos. *Enferm Clín*. 2007; 17 (5): 256-260.
14. Aranda C, Pando M, Torres T, Salazar J, Franco S. Factores psicosociales y síndrome de burnout en médicos de familia. México. *An Fac Med*. 2005; 66 (3): 225-231.

15. Illera D. Síndrome de Burnout, aproximaciones teóricas. Resultado de algunos estudios en Popayán. *Revista De La Facultad Ciencias De La Salud*. 2006; 8(9): 25-30.
16. López C, Zegarra A y Cuba V. Factores asociados al Síndrome de Burnout en Enfermeras de emergencia del hospital nacional Guillermo Almenara Irigoyen. *Rev. de Ciencias de la Salud*. 2006; 1(1): 53-61.
17. Grau A, Flichtentrei D, Suñer R, Prats M, Braga F. Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español. *Rev. Esp. Salud Publica [Internet]*. Abril 2009 (acceso 22 enero de 2013); 83(2): 215-230. Disponible en:
http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272009000200006&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1135-57272009000200006>.
18. Esteva M, Larraz, Jiménez F. La salud mental en los médicos de familia: efectos de la satisfacción y el estrés en el trabajo. *Rev Clin Esp*. 2006; 206: 77-83.
19. Sandoval C, González P, Sanhueza I, Borjas R y Odgers C. Síndrome de Burnout en el personal profesional del Hospital de Yumbel. *Cuadernos Médicos Sociales*. 2006; 46: 268-273.
20. Parada M, Moreno B, Mejías M, Rivas F, Rivas F, Cerrada J et al. Satisfacción laboral y síndrome de burnout en el personal de enfermería del Instituto Autónomo Hospital Universitario Los Andes (IAHULA), Mérida, Venezuela, 2005. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública [Internet]*. 2005 [acceso 22 de enero 2013]; 23(1): 33-45. Disponible en:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2005000100004&lng=en.

21. Aguilar A y Gutiérrez R. El fenómeno de Burnout en médicos de dos hospitales de la ciudad de Lima-Perú. *Rev. Psicol. Herediana*. 2007; 2(1): 1-13.
22. Calíbrese G. Impacto del estrés laboral en el anestesiólogo. *Revista Colombiana de Anestesiología*. 2006; 34: 233-240.
23. Hernández C, Dickinson M, Fernández M. El síndrome de desgaste profesional Burnout en médicos mexicanos. *Rev Fac Med UNAM* 2008;51:1.
24. Moriana E, Juan A, Herruzco J. El síndrome de burnout como predictor de bajas laborales de tipo psiquiátrico. *Clínica y Salud*. 2007; 16 (2): 161-172.
25. Borritz, M., Rugulies, R., Bjorner, Jb., Villadsen, E., Mikkelsen, O. & Kristensen, Ts. *Burnout among employees in human service work: design and baseline findings of the PUMA study*. *Scand J Public Health*. 2006; 34(1): 49-58.
26. Escribà-Agüir V, Artazcoz L, Pérez-Hoyos S. Efecto del ambiente psicosocial y de la satisfacción laboral sobre el síndrome de burnout en médicos especialistas. *Gac Sanit*. 2008; 22 (4): 300-308.
27. Gutiérrez O. Prevalencia del síndrome de burnout y factores laborales asociados en el personal de enfermería del Servicio de emergencia del Hospital Militar Central. Tesis de post grado para optar grado académico de Magister en Enfermería. Lima: Hospital Militar Central 2006.
28. Aranda B, Pando M, Torres L, Salazar E, Aldrete R. Síndrome de burnout y manifestaciones clínicas en los médicos familiares que laboran en una

- institución de salud para los trabajadores del Estado. *Psicología y Salud*. 2006b; 16 (1): 15-21.
29. Vanessa M, Ayala E, Sphan M, Stortti M. Etiología y prevención del síndrome de burnout en los trabajadores de la salud. *Revista de posgrado de la V la Cátedra de Medicina*. 2006; 53:18-21.
 30. Popp M. Estudio preliminar sobre el síndrome de burnout y estrategias de afrontamiento en enfermeras de Unidades de Terapia Intensiva (UTI) Interdisciplinaria. 2008; 25 (1): 5-27
 31. Grau A, Suñer R, García MM. Desgaste profesional en personal sanitario y su relación con factores personales y ambientales. *Gac Sanit*. 2005; 19: 463-470.
 32. Escribà V, Martín D, Pérez S. Psychosocial work environment and burnout among emergency medical and nursing staff. *Int Arch Occup Environ Health*. 2006.
 33. Apiquian A. El síndrome del burnout en las empresas. Escuela de Psicología de la Universidad de Anáhuac (internet) 2007 (acceso 22 enero 2013). Disponible en: <http://www.anahuac.mx/psicologia/>
 34. Haro J, Palacín C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I et al. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina Clínica*, 2006; 126: 445-51.
 35. Ferrer M. Pautas CIOMS 2009 para estudios epidemiológicos: La extensión del paradigma biomédico. *CIOMS Guidelines for Epidemiological Research 2009. The extension of biomedical paradigm*. Disponible en: http://www.unesco.org/uy/ci/fileadmin/shs/redbioetica/Revista_4/Ferrer-RBioetica4-p26.pdf.

Anexo 1

FACTORES ASOCIADOS A SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL DE SALUD

HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO DE ICA, 2013

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Fecha de encuesta: ____/____/____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: _____ Años cumplidos

Sexo: (0) Masculino (1) Femenino

Profesión: (0) Ninguna (1) Técnico administrativo (2) Técnico asistencial
(3) Profesional administrativo (4) Profesional asistencial

Grado de instrucción: _____ Años aprobados

Estado civil: (0) Soltero (1) Conviviente (2) Casado (3) Divorciado

Grupo ocupacional: (0) Profesional (1) Técnico (2) Auxiliar

Profesional: (0) Médico (1) Enfermero/a (2) Odontólogo/a

(3) Q. farmacéutico (4) Obstetra/obstetrix (5) Otro

Antigüedad laboral: ____ Años Contratado: ____ Años Nombrado: ____ Años

Condición laboral: (0) Nombrado (1) CAS (2) Otro contrato

Número de trabajos: _____ Horas de trabajo mensual: ____ horas

Número de dependientes económicos: _____

Ingreso familiar mensual: _____ nuevos soles

Acceso a capacitación por el establecimiento: (0) Sí (1) No

Ingesta de medicamentos: (0) No (1) Sí

Medicamento:

(0) Ninguno (1) Antihipertensivo (2) Ansiolítico (3) Antidepresivo (4) Otro

Morbilidad crónica: (0) No (1) Sí

Descanso vacacional en el último año: ____ número de días

Percepción del ambiente laboral: (0) Adecuado (1) Regular (2) Inadecuado

Área de trabajo: (0) Oficina (1) Consultorio externo (2) Hospitalización

(3) Emergencia (4) UCI (5) SOP (6) Otros _____

Anexo 2

MBI (INVENTARIO DE BURNOUT DE MASLACH)	
<p>A continuación encontrará una serie de enunciados acerca de su trabajo y de sus sentimientos en él. Le pedimos su colaboración respondiendo a ellos como lo siente. No existen respuestas mejores o peores, la respuesta correcta es aquella que expresa verídicamente su propia existencia. Los resultados de este cuestionario son estrictamente confidenciales y en ningún caso accesibles a otras personas. Su objeto es contribuir al conocimiento de las condiciones de su trabajo y mejorar su nivel de satisfacción.</p>	
<p>A cada una de las frases debe responder expresando la frecuencia con que tiene ese sentimiento de la siguiente forma:</p>	
Nunca:..... 1	Algunas veces al año:..... 2
Algunas veces al mes:..... 3	Algunas veces a la semana:..... 4
Diariamente:..... 5	
<p>Por favor, señale el número que considere más adecuado:</p>	
1. AE Me siento emocionalmente defraudado en mi trabajo.	
2. AE Cuando termino mi jornada de trabajo me siento agotado.	
3. AE Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento agotado.	
4. RP Siento que puedo entender fácilmente a las personas que tengo que atender.	
5. D Siento que estoy tratando a algunos beneficiados de mí como si fuesen objetos impersonales.	
6. AE Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa.	
7. RP Siento que trato con mucha efectividad los problemas de las personas a las que tengo que atender.	
8. AE Siento que mi trabajo me está desgastando.	
9. RP Siento que estoy influyendo positivamente en las vidas de otras personas a través de mi trabajo.	
10. D Siento que me he hecho más duro con la gente.	
11. D Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.	
12. RP Me siento muy enérgico en mi trabajo.	
13. AE Me siento frustrado por el trabajo.	
14. AE Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo.	
15. D Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a las personas a las que tengo que atender profesionalmente.	
16. AE Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa.	
17. RP Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable en mi trabajo.	
18. RP Me siento estimulado después de haber trabajado íntimamente con quienes tengo que atender.	
19. RP Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.	
20. AE Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades.	
21. RP Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada.	
22. D Me parece que los beneficiarios de mi trabajo me culpan de algunos de sus problemas.	

Anexo 3

Consentimiento Informado

Al firmar este documento, doy mi consentimiento para que los autores de la investigación **FACTORES ASOCIADOS A SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL DE SALUD. HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO. ICA, 2013**, me entreviste. Comprendo que seré parte de un estudio de investigación que busca determinar los factores asociados a este síndrome. Este estudio financiado por los investigadores, proporcionará información a los profesionales de la salud sobre factores que condicionan el desgaste profesional.

La entrevista durará aproximadamente media hora. Comprendo que seré entrevistado(a) a una hora adecuada en mi centro laboral. Se me preguntará sobre aspectos personales y familiares, así como aspectos psicológicos evaluados a través de test. También entiendo que el encuestador me pedirá información que puedo negarme a contestar.

Esta entrevista fue otorgada en forma libre, sé que es voluntaria y que, aún después que la inicie, yo puedo rehusarme a responder preguntas específicas o decidir terminarla en cualquier punto.

Sé que mis respuestas a las preguntas no se proporcionarán a nadie más y no seré identificado(a) de alguna manera en cualquier reporte de esta investigación.

También he sido informado(a) que si participo o no, mi negativa a responder no afectará los servicios que yo o cualquier miembro de mi familia puedan recibir de los proveedores de servicios de salud o sociales, inclusive de la Universidad San Luis Gonzaga de Ica. Sin embargo, yo no recibiré beneficios directos como resultado de mi participación, pero se me brindará información sobre medidas de prevención del estrés laboral.

Comprendo que el resultado de esta investigación me será dado si lo solicito y que puedo localizar a los investigadores en caso de tener cualquier pregunta sobre el estudio o mis derechos como participante del estudio.

Ica, ____ de _____ del 2013.

FIRMA: _____

NOMBRE: _____

D.N.I. N°: _____