

**NIVEL DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL
PERSONAL MÉDICO DEL HOSPITAL MINSA
II-2 TARAPOTO, JULIO-DICIEMBRE 2016.**

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN – TARAPOTO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA – TARAPOTO
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



INFORME FINAL DE TESIS:

**NIVEL DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL
MÉDICO DEL HOSPITAL MINSA II-2 TARAPOTO, JULIO-
DICIEMBRE 2016.**

PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

TESISTA:

HOTH BRAYARS NUÑEZ CULQUI

ASESOR:

Dr. Mg. JORGE HUMBERTO RODRÍGUEZ GÓMEZ

CO-ASESOR:

Dr. Mg. SOFÍA SOLEDAD ALVA VÁSQUEZ

TARAPOTO - PERÚ
2017

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN - TARAPOTO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA - TARAPOTO

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

**NIVEL DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL MÉDICO
DEL HOSPITAL MINSA II-2 TARAPOTO, JULIO-DICIEMBRE 2016.**

COMITÉ DE TESIS:


Dr. Raúl Pablo Alegre Garayar
PRESIDENTE


Mblgo. M.Sc. Heriberto Arévalo Ramírez
SECRETARIO


Med. Fredy Huamán Hidalgo
MIEMBRO


Dr. Jorge Humberto Rodríguez Gómez
ASESOR

TARAPOTO – PERÚ

2017



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN – TARAPOTO

Unidad de Biblioteca Especializada y Biblioteca Central

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN NO EXCLUSIVO PARA PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA EN REPOSITORIO DIGITAL

1. DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombres: NUÑEZ CULQUI HOTH BRAYARS	
DNI: 70837855	
Domicilio: Jr. Lima N° 1560 – Morales	
Teléfono: 930661724	Correo electrónico: brayars@gmail.com

2. DATOS ACADÉMICOS

Facultad	: MEDICINA HUMANA
Escuela Profesional	: MEDICINA HUMANA

3. DATOS DE LA TESIS

Título: NIVEL DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL MÉDICO DEL HOSPITAL MINSA II – 2 TARAPOTO, JULIO – DICIEMBRE 2016.
Año de la publicación: 2017

4. AUTORIZACIÓN DE LA PUBLICACIÓN EN VERSIÓN ELECTRÓNICA

A través de la presente autorizo a la unidad de Biblioteca Especializada y Biblioteca Central – UNSM – T, para que publique, conserve y sin modificar su contenido, pueda convertirse a cualquier formato de fichero, medio o soporte, siempre con fines de seguridad, preservación y difusión de su Repositorio Institucional, su obra a texto completo el citado título (Resolución Rectoral N° 212-2013-UNSM/CU-R).

HOTH BRAYARS NUÑEZ CULQUI
DNI 70837855

Fecha de recepción: ___/___/_____

DEDICATORIA

A mis padres Manuel Guillermo Nuñez Segura y Gabriela Culqui Herrera, por el apoyo incondicional que me brindaron durante mis años de formación, por sus sabios consejos, el amor incondicional, su paciencia, la confianza depositada en mí y apoyarme en cada meta forjada, por ser ejemplo de disciplina y filantropía.

A mis hermanos Miguel Ángel, Guillermo, Jeyson y Vanessa por quiénes me esfuerzo en dar lo mejor de mí y poder demostrarles que todo se puede lograr con dedicación y constancia.

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional de San Martín – Tarapoto, por la oportunidad de formarme profesionalmente, por permitirme ser parte de esta gran familia que en adelante será mi alma máter y como miembro de la primera promoción agradecer la confianza depositada en mi persona.

A los docentes de la Facultad de Medicina Humana, porque no solo fueron mis maestros sino también mis amigos, con los que aprendí mucho más que medicina, aprendí a amar lo que hago y con sus consejos a ser cada vez mejor.

Al personal médico del Hospital II-2 Tarapoto por su apoyo en el desarrollo de este proyecto, ya que, sin ellos no podría haberlo hecho realidad.

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	12
II. OBJETIVOS.....	38
2.1. Objetivo General.....	38
2.2. Objetivos Específicos	38
III. MATERIAL Y MÉTODOS	39
3.1. Tipo de investigación.....	39
3.2. Nivel de investigación.....	39
3.3. Diseño de investigación.....	39
3.4. Cobertura de investigación.....	40
3.4.1 Universo	40
3.4.2 Población.....	40
3.4.3 Muestra.....	40
3.4.4 Tamaño muestral.....	40
3.4.5 Unidad de análisis	41
3.4.6 Criterios de Inclusión	41
3.4.7 Criterios de Exclusión.....	41
3.5. Fuentes, técnicas e instrumentos de investigación	42
3.5.1 Fuente	42
3.5.2 Técnicas	42
3.5.3 Instrumento.....	42
3.5.4 Validación.....	45
3.5.5 Procesamiento y presentación de datos.....	46
3.5.6 Análisis e interpretación de datos.....	46
IV. RESULTADOS.....	47
V. DISCUSIÓN	54
VI. CONCLUSIONES	58
VII. RECOMENDACIONES	59
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	60
IX. ANEXOS	66

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro N° 1. Nivel del Síndrome de Burnout en el personal médico del Hospital MINSA II-2 Tarapoto, Julio-Diciembre 2016.	47
Cuadro N° 2. Nivel del Síndrome de Burnout según la dimensión Agotamiento Emocional en el personal médico del Hospital MINSA II-2 Tarapoto, Julio-Diciembre 2016.	49
Cuadro N° 3. Nivel del Síndrome de Burnout según la dimensión Despersonalización en el personal médico del Hospital MINSA II-2 Tarapoto, Julio-Diciembre 2016.	50
Cuadro N° 4. Nivel del Síndrome de Burnout según la dimensión Realización Personal en el personal médico del Hospital MINSA II-2 Tarapoto, Julio-Diciembre 2016.	52
Cuadro N° 5. Datos demográficos del personal médico del Hospital MINSA II-2 Tarapoto, Julio-Diciembre 2016.	71

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1. Nivel del Síndrome de Burnout en el personal médico del Hospital MINSA II-2 Tarapoto, Julio-Diciembre 2016.....	48
Gráfico N° 2. Nivel del Síndrome de Burnout según la dimensión Agotamiento Emocional en el personal médico del Hospital MINSA II-2 Tarapoto, Julio-Diciembre 2016.	49
Gráfico N° 3. Nivel del Síndrome de Burnout según la dimensión Despersonalización en el personal médico del Hospital MINSA II-2 Tarapoto, Julio-Diciembre 2016	51
Gráfico N° 4. Nivel de Síndrome de Burnout según la dimensión Realización Personal en el personal médico del Hospital MINSA II-2 Tarapoto, Julio-Diciembre 2016.	52

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Puntuación del Síndrome de Burnout.....	44
Tabla 2. Puntuaciones para los niveles del Síndrome de Burnout	45

RESUMEN

Objetivo: Determinar el nivel del Síndrome de Burnout en el personal médico del Hospital MINSA II-2 Tarapoto, Julio-Diciembre 2016.

Material y método: Estudio de tipo descriptivo, prospectivo. La muestra estuvo conformada por 54 médicos. Para la recolección de datos se utilizó el MBI-HSS. Para el análisis de los datos se empleó el programa estadístico SPSS versión 21. Se obtuvo tablas de distribución de frecuencia según escala de clasificación del instrumento (bajo, medio y alto).

Resultados: Fueron completadas 54 encuestas (tasa de respuesta 100%). Se determinó el nivel de Síndrome de Burnout en nivel medio en el 51.9% (n=28) de los profesionales, bajo en el 25.9% (n=14) y alto en el 22.2% (n=12). En la dimensión Agotamiento Emocional el 48.2% (n=26) tuvo nivel medio, 44.4% (n=24) alto y 7.4% (n=4) bajo; la dimensión Despersonalización el 40.7% (n=22) tuvo nivel medio, 38.9% (n=21) bajo y 20.4% (n=11) alto y en la dimensión Realización Personal el 42.6% (n=23) tuvo nivel medio, 40.7% (n=22) bajo y 16.7% (n=9) alto.

Conclusiones: En el Hospital MINSA II-2 Tarapoto más de la mitad de los profesionales médicos presentan Síndrome de Burnout en nivel medio, un porcentaje significativo refiere presentar en nivel medio: sentimientos de estar saturado y cansado emocionalmente por el trabajo, tener una respuesta fría e impersonal hacia sus pacientes y experimentar sentimientos de competencia y eficacia en el trabajo disminuidos.

Palabras Claves: Profesional médico, Síndrome de Burnout, dimensión agotamiento emocional, despersonalización y realización personal.

ABSTRACT

Objective: Determine the level of Burnout Syndrome in medical staff of the MINSA II-2 Tarapoto Hospital, from July to December 2016.

Material and method: it was a descriptive, prospective study. The sample consisted of 54 doctors. The MBI-HSS was used for data collection. SPSS program version 21 was used to analyze the data. Frequency distribution tables were obtained according to the instrument classification scale (low, medium and high).

Results: 54 surveys were completed (100% response rate). The level of Burnout Syndrome in the medium level was determined in 51.9% (n = 28) of professionals, low in 25.9% (n = 14) and high in 22.2% (n = 12). In the Emotional Exhaustion dimension, 48.2% (n = 26) had a medium level, 44.4% (n = 24) high and 7.4% (n = 4) low; the Depersonalization dimension 40.7% (n = 22) had a medium level, 38.9% (n = 21) low and 20.4% (n = 11) high and in the Personal Realization dimension 42.6% had a medium level, 40.7% (n = 22) low and 16.7% (n = 9) high.

Conclusions: In the MINSA II-2 Tarapoto Hospital, more than half of the medical professionals present Burnout Syndrome in the middle level, a significant percentage refers to presenting in the middle level: feelings of being saturated and emotionally tired by work, having a cold and impersonal response to their patients and experiencing diminished feelings of competence and efficacy at work.

Keywords: Medical Professional Burnout Syndrome, Emotional Dimension exhaustion, depersonalization and personal accomplishment.

I. INTRODUCCIÓN

Se atribuye al Síndrome de Burnout (SBO) o de Agotamiento Profesional, como el responsable de la desmotivación que sufren los profesionales sanitarios. En nuestra realidad, poco se ha investigado y escrito sobre el SBO, sin embargo, puede estar presente y en incremento en el personal sanitario, dadas las condiciones socio laborales actuales (1).

Este Síndrome fue descrito por primera vez por Herbert Freudenberger (1974) (2), 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”.

Actualmente la definición operacional más conocida es la propuesta por Maslach y Jackson (3), 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 SBO constituye una entidad multidimensional constituida por los 3 aspectos mencionados.

Son numerosos los índices de ausentismo, la baja productividad en la empresa, los accidentes profesionales y la escasa motivación en el trabajo. Los resultados de una encuesta aplicada a 28 mil trabajadores de 215 organizaciones en los Estados Unidos, reveló una significativa asociación del

estrés ocupacional con deficiente ejecución en el trabajo y problemas de salud agudos y crónicos en los empleados (4).

Así también en el 2010, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) definió al estrés laboral como una “enfermedad peligrosa para las economías industrializadas y en vías de desarrollo, perjudicando a la producción, al afectar la salud física y mental de los trabajadores” (5). Instituciones competentes como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT), vienen insistiendo desde hace más de 8 años en la necesidad de adoptar nuevos enfoques en materia de detección, prevención de riesgos profesionales y atender a “nuevos”, o más bien “emergentes” riesgos, como los denominados “riesgos psicosociales”, un concepto unitario que engloba una pluralidad de situaciones.

Entre estas situaciones de riesgo psicosocial y en el contexto de la salud laboral, se incluye el desarrollo de un nuevo proceso: el Síndrome de Burnout, también conocido como estrés asistencial, por tener una mayor incidencia en determinados colectivos profesionales, en particular, quienes prestan servicios educativos, sanitarios y sociales, los cuales requieren un contacto directo con las personas y una filosofía humanística del trabajo, es decir, necesitan altas dosis de entrega e implicancia. La información epidemiológica refiere, que el estrés en los profesionales de salud, es mayor que en otro tipo de ocupaciones (5).

Por otro lado, es importante que las organizaciones conozcan el SBO, ya que, sin saberlo el padecimiento del mismo en alguno de los miembros que

las integran, podría disminuir notoriamente su productividad. Inicialmente, cuando se empieza a padecer el SBO se puede presentar una disminución del 25% del rendimiento. Cuando este síndrome de desgaste está en su fase media, el rendimiento se ve impactado en un 40% menos y cuando se presenta en su máxima expresión, la disminución del rendimiento puede llegar hasta un 90% menos de productividad (6).

Actualmente en el Hospital MINSA II-2 Tarapoto, existe una deficiente oferta de número de consultas externas, hospitalización y emergencias para la excesiva demanda que presenta, en especial médicos, que atienden tres veces más la cantidad de pacientes, algunos especialistas incluso más, que las establecidas por la OMS y respaldada por la opinión de expertos, que opinan sobre el tiempo mínimo de atención para asegurar una calidad de servicio al paciente, que es entre 20 y 30 minutos (7), llevando al personal asistencial, a mecanizar el trato al paciente para poder “cumplir” dichas demandas, la exigencia administrativa y la falta de recursos para brindar atención se suman a los factores estresores propios del médico, el estrés crónico influye de manera negativa en la calidad de atención, vida personal, familiar y social que a largo plazo puede producir SBO, por otra parte desconocen la enfermedad y las consecuencias, no hay concientización sobre el peligro para la salud sobre las enfermedades mentales producidas por el estrés crónico, no se han realizado investigaciones sobre esta problemática en la región San Martín, por lo cual se desconoce la cantidad de médicos afectados por esta enfermedad, pero la evidencia muestra que al contacto

directo y permanente con personas ya es un factor de riesgo para padecer este síndrome.

Se Definió el problema:

El Síndrome de Burnout ha sufrido cambios en cuanto a su definición, pero la que actualmente se acepta como la definición operacional, 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” (1,3).

De aquí se explican las dimensiones del Síndrome de Burnout que son: Agotamiento emocional: sentimientos de no poder dar más de sí a nivel emocional y disminución de los propios recursos emocionales. Despersonalización: respuesta de distancia negativa, sentimientos y conductas cínicas respecto a otras personas, que son normalmente los usuarios del servicio o del cuidado. Reducida realización personal: disminución en los propios sentimientos de competencia y logro en el trabajo (8).

Para evaluar los niveles de las dimensiones del SBO, se utilizará la encuesta de Maslach (MBI) con su variante MBI-Human Services Survey (MBI-HSS) (9). Aplicable en profesiones asistenciales y de servicios, tiene una composición tridimensional (Agotamiento emocional, Despersonalización y Baja realización personal).

De ello se podrá obtener información acerca de los niveles de SBO en los médicos de manera general y al analizar cada dimensión, también se podrá conocer la probabilidad del riesgo de padecer la enfermedad.

La calidad de la atención de salud está determinada por el: paciente, médico, personal de apoyo y establecimiento. En primer lugar el paciente, porque es el que sufre de manera directa las consecuencias de un mal sistema de salud, haciendo largas colas para ser atendido, largos tiempos de espera, malos tratos por parte del personal asistencial; en segundo lugar el médico, que brinda atención con los sistemas de bioseguridad deteriorados o ausentes, carga laboral excesiva por las exigencias administrativas y propias realizando actividades extrahospitalarias, trabajando incluso más de 12 horas al día, haciendo a un lado las relaciones familiares e interpersonales que al final de la jornada lo dejan exhausto, deteriorando su salud y llevando a una deficiencia en la productividad; por otra parte de manera indirecta e involuntaria perjudicando su trato hacia los pacientes, familiares, entorno social y en el peor de los casos llevándolo al uso y abuso de fármacos o sustancias como alcohol, café, cigarrillo o drogas. En tercer lugar, otro factor que influye en el desarrollo del SBO, el personal de apoyo, el cual no entabla una adecuada comunicación con sus colegas y con los médicos lo que lleva a crear conflictos laborales; por último, el establecimiento que tiene muchas deficiencias y cumple el rol de centro referencial, pero no cumple las condiciones mínimas para tal cometido.

Se realizó la formulación del Problema

¿Cuál es el nivel del Síndrome de Burnout en el personal médico del Hospital MINSA II-2 Tarapoto, Julio-Diciembre 2016?

Justificación e importancia

Siendo el Síndrome de Burnout, catalogado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (10), como “la epidemia mundial”, es importante destacar, la relevancia de que se conozca en todos los niveles jerárquicos de la organización, los síntomas, causas, efectos y consecuencias que trae consigo la presencia de éste síndrome, cuando no se toman los correctivos oportunos o apliquen mecanismos que afronten este mal.

Los profesionales que trabajan en la salud, dentro de ellos los médicos, conforman un grupo de alto riesgo para desarrollar el SBO, debido a las condiciones en las que laboran (11).

Además, lo que más llama la atención de este síndrome, es el alcance de sus síntomas, ya que la manifestación del mismo conlleva consecuencias negativas para el individuo y la organización. Así, los médicos tienen tasas de suicidio, estrés, depresión y ansiedad más altas que la población general y otros profesionales (12).

Por lo cual se debe concientizar a la población sanmartinense, en especial a los médicos que laboran en el Hospital MINSA II-2 Tarapoto, que actualmente es el centro de referencias de las provincias de San Martín,

contribuyendo con la mejora en la calidad de servicios de salud y atención al paciente, siendo este proceso necesario para la acreditación hospitalaria.

Los datos de prevalencia de este fenómeno en población trabajadora son dispares, y ello es debido a que con frecuencia, los numerosos estudios se centran en colectivos específicos, habitualmente en profesiones asistenciales, y no siempre están bien controlados, además de la ausencia de consenso sobre sus criterios diagnósticos, pero los datos que suelen presentar los estudios resultan alarmantes, con elevadas tasas que oscilan entre el 10 y el 50 % en los diversos colectivos estudiados (13,14). En la región San Martín, no se cuenta con datos de estudios realizados en médicos, lo cual es fundamental para poder adoptar las medidas preventivas correspondientes.

Mejorando la salud mental del personal asistencial, no solo se beneficiará al trabajador, sino a toda la población que acude a la prestación de servicios de salud, la cual recibirá un trato más cálido, más humano, la repercusión en el sector salud será notoria cambiando el concepto del paciente en cuanto a su atención, a su vez repercutirá en la conciencia social de prevención.

Se desconoce el grado de salud mental que tienen los médicos asistenciales del Hospital MINSA II-2 Tarapoto, a los que se confía la salud de la población sanmartinense, no hay concientización sobre la importancia de una buena salud mental, ni de las repercusiones a mediano y largo plazo. Por lo general, se incentiva a las personas a invertir en seguros contra accidentes laborales y accidentes de tránsito, mas no toman importancia a la salud mental, que podría tener igual o mayor repercusión sobre la calidad de

vida, ello incluye el ambiente laboral, familiar y social; consecuentemente el médico brinda una mala calidad de atención a la población, repercutiendo de manera directa en la salud social, el gasto nacional en salud y así se forma un círculo vicioso que se debería romper.

Las limitaciones fueron

Las conclusiones solo fueron válidas para el personal médico del Hospital MINSA II-2 Tarapoto.

La participación en la encuesta fue voluntaria, por lo tanto, pudo ser rechazada.

Se realizó la revisión de antecedentes, encontrándose algunos relacionados al tema; así tenemos que:

En el ámbito Internacional

Cherrez, k. (2015) Tesis: ***Síndrome de burnout en el personal médico del Hospital General de Latacunga, Provincia de Cotopaxi, durante el período de marzo - agosto del 2015. Ecuador.*** Con el **Objetivo:** Determinar la prevalencia del Síndrome de Burnout en el personal médico del Hospital Provincial General Latacunga **Metodología:** Es un estudio cuali-cuantitativo, observacional, descriptivo, transversal. La población estuvo constituida por médicos especialistas, Postgradistas y residentes que trabajan en la institución. La técnica utilizada fue la encuesta y la el instrumento para la recolección de datos es el Test de Maslach Burnout Inventory y una guía de entrevista. **Resultados:** Se determinó que la prevalencia del Síndrome de

Burnout en los médicos Especialistas es de 35.3% (12), Postgradistas 71.4% (5), Residentes 41.4% (12) del total de casos positivos de Burnout (29).

Conclusiones: Los factores asociados que influyen mayormente en la presencia de Desgaste Profesional en los médicos del Hospital Provincial General Latacunga están relacionados con el sexo, la jornada semanal, menor antigüedad laboral, servicio que labora y el estado civil. (15)

Raúl, J. (2013) Tesis: “*El sufrimiento mental en el trabajo: Burnout en Médicos de un Hospital de Alta Complejidad, Corrientes*”. Con el **Objetivo:** Determinar la prevalencia de SBO en médicos de un hospital general de alta complejidad de la ciudad de Corrientes; **Materiales y Métodos:** Estudio transversal, observacional, que incluyó a 141 médicos. Se utilizó el Cuestionario Breve de Burnout de Bernardo Moreno. La población fue dividida en cinco grupos según el servicio donde se desempeñan: grupo 1 (quirófano), grupo 2 (perinatología), grupo 3 (clínica), grupo 4 (urgencias) y grupo 5 (varios). **Resultados:** La prevalencia de SBO fue del 44% (n=62). La edad media fue 49.9±9.1 años. El punto de corte de total CBO ≥ 21 , tuvo una sensibilidad del 68% y una especificidad del 84%. Las variables independientes en los análisis multivariados para predecir síndrome de Burnout fueron: CT ($p < 0,0001$), OR ($p < 0,0001$), TE ($p < 0,0001$), total de CBO e índice de CBO ($p < 0,0001$). Por cada incremento de un punto del total de antecedente (total CBO) se incrementa el riesgo de Síndrome de Burnout un 34 %; y si el índice CBO es $\geq a 21$, se incrementa doce veces el riesgo de Síndrome de Burnout. De los médicos que presentaron SBO, el 84%, estuvo críticamente afectado por las consecuencias del SBO. **Conclusiones:** La

utilización del Índice de Consecuencias de Burnout (I CBO) con un fin preventivo, podría evitar o retardar la aparición de SBO y disminuir el efecto del SB sobre la salud de los trabajadores. (16)

Galván, M. Vassallo, C. Rodríguez, S. Otero, P. Montonati, M. Cardigni, G. (2012), realizaron una investigación titulada “**Síndrome de desgaste profesional (burnout) en médicos de unidades de cuidados intensivos pediátricos (UCIP) en la Argentina**”, observacional de corte transversal. Se recolectó la información mediante el MBI de manera electrónica, de forma sistemática, voluntaria y confidencial. **Objetivo:** Analizar la situación del recurso humano en las UCIP de Argentina y medir el grado de agotamiento profesional. **Resultados:** Fueron completadas 162 encuestas (tasa de respuesta 60%). Presentaron alto riesgo de Burnout en Agotamiento Emocional 40 terapistas (25%), en Realización Personal 9 (6%) y en Despersonalización 31 (19%). En forma combinada, 66 profesionales (41%) tuvieron riesgo alto de Burnout en alguna de las dimensiones. **Conclusiones:** Un porcentaje significativo de médicos que trabajan en las UCIP de la Argentina tienen alto riesgo de Burnout (17).

Castañeda, E. García, J. (2010), en un estudio titulado “**Prevalencia del síndrome de agotamiento profesional (burnout) en médicos familiares mexicanos: análisis de factores de riesgo**”, el método utilizado fue observacional, descriptivo-transversal. Mediante el MBI-HSS en forma auto administrada. **Objetivo:** Determinar la prevalencia y los factores de riesgo en los médicos familiares mexicanos. **Resultados:** De un (n=240) se logró el

97,5% de respuesta. Se detectó una frecuencia del síndrome de agotamiento profesional en el 41,6% de los profesionales. En la subescala Agotamiento Emocional el 24% tuvo un nivel bajo, 47% medio y 27% alto; la subescala Despersonalización el 63 % tuvo un nivel bajo, 24% medio y 11% alto y en la escala de Realización Personal el 65% tuvo un nivel bajo, 25% medio y 12% alto. **Conclusiones:** El síndrome de agotamiento profesional es frecuente (41,6%) en los médicos familiares. La afectación del agotamiento emocional se comporta como el síndrome. Se encontró una correlación negativa entre las subescalas agotamiento emocional y despersonalización y positiva entre la falta de realización personal en el trabajo con la presencia del síndrome (18).

En el ámbito nacional

Toledo, E. (2016) Tesis: ***Prevalencia del síndrome de burnout en el personal de salud de la Clínica Maison de Sante de Lima. Objetivos:*** Determinar la prevalencia del síndrome de Burnout en el personal de salud de la Clínica Maison de Santé durante el año 2015. **Diseño:** Estudio descriptivo. **Resultados:** De los 56 encuestados, 48.2% fueron varones y 51.8% mujeres. La edad promedio fue de 38.1 ± 10.05 años. El 44.6% presentó agotamiento emocional alto, 76.7% despersonalización alta y 60.7% baja realización personal. **Conclusiones:** La frecuencia del síndrome de Burnout según los criterios definidos por Maslach fue de 39.2%. La dimensión más afectada fue la despersonalización, encontrándose que el 76.7% mostraron niveles altos. (19)

Silva, O. (2015) tesis: ***Prevalencia y factores asociados al síndrome de Burnout en el personal médico del área crítica del hospital San José de Callao en el período octubre –diciembre 2015.*** **Objetivo:** Determinar la prevalencia y factores asociados al síndrome de Burnout en el personal médico del área crítica del hospital San José del Callao en el período octubre –diciembre del 2015. **Material y métodos:** Se realizó un estudio de tipo observacional, descriptivo, analítico de corte transversal y de fuente de información prospectiva, la población fue la totalidad de personal médico que labora en el área crítica del hospital San José. **Resultados:** Se halló una prevalencia del síndrome de Burnout en el 7.8% del personal estudiado, también que existe un 29.7% de personal con niveles altos de “cansancio emocional”, 39.1% con niveles altos de “despersonalización” y un 37.5% con niveles altos de “realización personal”. Así mismo no se encontró asociación estadísticamente significativa de las variables sociodemográficas sobre el síndrome de Burnout, también se encontró que el personal estudiado del servicio de medicina fue el que presentó el más alto nivel de “cansancio emocional” con 36.8%, “despersonalización” con 36.0% y “realización personal” con 50.0%, así mismo este servicio fue el que presentó los niveles más bajos de “cansancio emocional” con 39.3% y “despersonalización” con 42.9%. Por otro lado el personal estudiado del servicio de cirugía fue el que presentó niveles más altos de despersonalización junto con el de medicina con 36.0%, asimismo presentó los niveles más bajos de realización personal. **Conclusiones:** El personal médico del área crítica del hospital San José presentó una leve prevalencia del síndrome de Burnout, asimismo presentan

un gran porcentaje de “cansancio emocional”, “despersonalización” y realización personal. Además, el personal del servicio de medicina tiene los niveles más altos de “cansancio emocional”, “despersonalización” y “realización personal”, el personal del servicio de cirugía comparte los niveles más altos de “despersonalización” con medicina, y ella sola tiene los niveles más bajos de “realización personal. (20)

Gómez, M. y Ruiz, M. (2014) Tesis: ***Dimensiones del síndrome de burnout en personal asistencial de salud de un Hospital de Chiclayo, Perú 2014.*** A través de la investigación se buscó determinar los niveles de las dimensiones del Síndrome de Burnout en el personal asistencial de salud de un Hospital de Chiclayo; **Resultados:** El 19% del personal evaluado padece el síndrome en sus tres dimensiones. Además, se consiguieron resultados específicos según las variables demográficas: sexo, edad, estado civil, número de hijos, profesión, área de servicio, tiempo realizando labores asistenciales, tiempo de labores en la institución y tipo de contrato. Se detectó que los profesionales divorciados padecían Burnout. (21)

Vásquez, J.; Maruy, A.; 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.*** El personal de salud que atiende población pediátrica está en continuo riesgo de presentar Síndrome de Burnout (SBO). **Objetivos:** Determinar la frecuencia del SBO y los niveles de sus dimensiones en los trabajadores del Servicio de Emergencia Pediátrica del Hospital Nacional Cayetano Heredia. **Materiales y métodos:** Se realizó 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. **Resultados:** Participaron 54 trabajadores entre médicos (25), enfermeras (16) y técnicos de enfermería (13). 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. **Conclusiones:** La falta de trabajo de la cónyuge, sexo, condición laboral y tiempo de trabajo tuvieron relación estadísticamente significativa con las dimensiones de este síndrome (22).

Apaza, E.; Mendoza, E.; Zegarra, R.; Yoshiyama, M. (2010), realizaron un estudio de investigación "***Prevalencia y características sociodemográficas y laborales relacionadas al Síndrome de Burnout en médicos psiquiatras en un Hospital de Salud Mental, Lima, Perú***", para los cuales utilizaron fichas de variables sociodemográficas y el Maslach Burnout Inventory aplicado a 36 psiquiatras. **Objetivo:** Describir la prevalencia del Síndrome de Burnout, las características sociodemográficas y laborales de médicos psiquiatras del hospital Hermilio Valdizán, Lima-Perú. **Resultados:** Se obtuvo una tasa de respuesta de 75%, se halló Burnout grado bajo: Agotamiento Emocional en 69,4%, Despersonalización en 80,6%, y Baja Realización Personal en 75,0% de los encuestados. Burnout medio: Agotamiento Emocional en 16,7%, Despersonalización 11,1% y Baja Realización Personal 13,9%; y un grado alto

de Burnout, con Agotamiento Emocional en 13,9%, Despersonalización en 8.3% y Baja Realización Personal en 11,1% (23).

Definición de términos

Burnout. Síndrome tridimensional caracterizado por: agotamiento emocional, despersonalización, y realización personal reducida, que puede producirse entre individuos que trabajan en contacto directo con clientes o pacientes. El “estar quemado” viene a ser una respuesta a una tensión emocional de índole crónica, originada por el deseo de lidiar exitosamente con otros seres humanos (Maslach y Jackson 1981) (24).

Profesional médico. Médico o médica titulado/a comprometido/a con los principios éticos, deontológicos y los valores de la profesión médica, cuya conducta se ciñe a dichos principios y valores. El médico, por lo tanto, se dedica al ejercicio de la medicina, que está entre las denominadas ciencias de la salud. Este grupo abarca todas las disciplinas encargadas de analizar las enfermedades y la salud y, a un nivel más general, la vida y la muerte. Su objetivo es desarrollar tareas de prevención y ofrecer tratamientos ante los trastornos que alteran el bienestar de los individuos (25).

Agotamiento emocional. Es una situación de agotamiento de la energía o de los recursos emocionales propios, una experiencia de estar emocionalmente agotado debido al contacto diario y sostenido con personas a las que hay que atender como objeto de trabajo. Aparece el desgaste, la fatiga y manifestaciones físicas y psíquicas en representación del vaciamiento

de los recursos emocionales y personales, experimentándose una sensación de que no tener más nada que ofrecer profesionalmente (Maslach 2001) (26).

Despersonalización. Desarrollo de actitudes, cinismo y sentimientos negativos hacia las personas destinatarias. Los sujetos presentan un incremento en la irritabilidad, con pérdida de la motivación, con reacciones de distanciamiento y hostilidad hacia los pacientes y compañeros de trabajo. (Maslach 2001) (26).

Baja Realización Personal. Existe un sentimiento de inadecuación e incompetencia personal, que se traduce en respuestas negativas de estos profesionales en su autoevaluación para trabajar. Afecta la habilidad en la realización del trabajo y la relación con las personas que atiende: hay baja productividad y autoestima e incapacidad para tolerar la presión. Se considera relacionado a una falta de adecuación, de la realidad con las expectativas del sujeto. (Maslach 2001) (26).

Bases teóricas

Determinantes del Síndrome

Se encuentra entre los determinantes más frecuentes al entorno socio-profesional, nivel organizacional, relaciones interpersonales y nivel individual.

1. Entorno socio-profesional

Desde el punto de vista del entorno socio-profesional, en los últimos años, en la profesión de medicina, ha surgido un nuevo marco que reorienta el ejercicio de la profesión, nuevos procedimientos para tareas y funciones,

cambios en los programas de formación de los profesionales, cambios en los perfiles demográficos que requieren redefinir los roles, y aumento en la demanda de servicios de salud por parte de la población. Todo ello ha ocurrido con tanta rapidez, que no ha podido ser asumido por la totalidad de los profesionales (27).

2. Nivel organizacional

En el nivel organizacional, destaca el desarrollo de la actividad en organizaciones estructuradas bajo un esquema de burocracia profesionalizada, que basan su coordinación en la estandarización de las habilidades de sus miembros. Los profesionales, capacitados para el desarrollo de su actividad, gozan de una cierta independencia y control sobre la misma que, en el caso de la medicina, pasa por conjugar de una forma equilibrada, las relaciones con el colectivo asistencial, en lo referente a la gestión de las acciones cuidadoras dependientes y autónomas. Todo ello puede llevar a la ambigüedad, el conflicto y la sobrecarga de rol (28).

Otra variable importante que se da en este contexto, pero también fundamentada en las relaciones interpersonales, es la socialización laboral, a la que se refiere Peiró (1986) como “el proceso mediante el cual el nuevo miembro aprende la escala de valores, las normas y las pautas de conducta exigidas por la organización a la que se incorpora” (29).

3. Relaciones interpersonales

Las relaciones interpersonales, sobre todo con los usuarios y los compañeros de igual o diferente profesión, cuando son tensas, conflictivas y

prolongadas van a aumentar los sentimientos de Burnout, porque se trabaja en un ambiente tenso. Por otro lado, la falta de apoyo en el trabajo por parte de los compañeros y supervisores, o de la dirección, la excesiva identificación con los usuarios, y los conflictos interpersonales con estos y sus familiares, tienen también una importante incidencia en la aparición del síndrome (30).

4. Nivel individual

Las características de la personalidad del individuo, son una variable a considerar con relación a la intensidad y frecuencia de los sentimientos de Burnout. La existencia de sentimientos de altruismo e idealismo, en un amplio segmento de la medicina, les llevan a implicarse excesivamente en los problemas de los usuarios y entienden como un reto personal la solución de los problemas de estos, por lo que se sentirán culpables de los fallos propios y ajenos (31).

Dimensiones o Síntomas del Síndrome de Burnout

Para Maslach, este síndrome se caracteriza por tres dimensiones que son: cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal. Otros autores los consideran síntomas (3).

Agotamiento emocional, es la situación en la que los trabajadores sienten que ya no pueden dar más de sí mismos en el ámbito afectivo. Es, por tanto, un agotamiento de los recursos emocionales propios; es decir, sentirse emocionalmente agotado por el contacto diario y mantenido con personas a las que hay que atender como objeto de trabajo (32).

Para Maslach, el agotamiento emocional, es una reducción de los recursos emocionales y el sentimiento de que no tenemos nada que ofrecer a los demás, acompañados de manifestaciones somáticas y psicológicas como el abatimiento, la ansiedad y la irritabilidad. Constituye la primera fase del proceso, con progresiva pérdida de las energías vitales y una desproporción creciente entre el trabajo realizado y el cansancio experimentado. En esta etapa, las personas se vuelven más irritables, aparece la queja constante por la cantidad de trabajo realizado y se pierde la capacidad de disfrutar de las tareas. Para que pueda ser atribuida al Burnout, este síntoma debe presentar ciertas características. La primera es que ha de adquirirse en el tiempo.

Consecuencia directa del agotamiento emocional es la **despersonalización**, Maslach refiere que implica el desarrollo de actitudes negativas y de insensibilidad hacia los usuarios de servicios, así como también hacia los colegas, que conduce con mucha frecuencia a la idea de que son la verdadera fuente de los problemas. Se asocia con una actitud impersonal, con aislamiento de los demás, con etiquetamientos despectivos para calificar a los otros, con intentos de culpabilizarlos de la frustración y el fracaso propio en el incumplimiento de los compromisos laborales. Es un modo de responder a los sentimientos de impotencia, indefensión y desesperanza personal. En lugar de expresar estos sentimientos y resolver los motivos que lo originan, las personas que padecen el Síndrome de Burnout, muestran una fachada hiperactiva que incrementa su sensación de

agotamiento y en esta fase alternan la depresión y la hostilidad hacia el medio (32).

Las personas afectadas con despersonalización ven a los pacientes de forma deshumanizada. Los pacientes dejan de ser personas con sentimientos para convertirse en “casos clínicos”.

Otra característica del Burnout es la **falta de realización personal** en el trabajo, que se refiere a la percepción de que las posibilidades de logro en el trabajo han desaparecido, junto con vivencias de fracaso y sentimiento de baja autoestima. Es la tercera fase del proceso y consiste en el progresivo retiro de todas las actividades que no sean las laborales vinculadas con las que generaron el estrés crónico (32).

En esta etapa hay pérdida de ideales y, fundamentalmente, un creciente alejamiento de actividades familiares, sociales y recreativas, creándose una especie de autorreclusión. Otros lo definen como la tendencia de esos profesionales a evaluarse negativamente, con especial incidencia en la habilidad para la realización del trabajo y a la relación con las personas a las que atienden.

Según Paine (1982) (13) presenta una taxonomía con cuarenta y siete síntomas circunscrita al plano individual. Este autor establece cinco categorías para distribuir los síntomas.

1. Síntomas físicos que se caracterizan por el aumento de fatiga y agotamiento físico, aumento de molestias y dolores musculares, y aparición

de alteraciones funcionales en casi todos los sistemas del organismo (cardiorrespiratorio, digestivo, reproductor y nervioso).

2. Desarrollo de conductas de exceso, caracterizadas por el aumento en el consumo de barbitúricos, estimulantes, y otros tipos de sustancias (café, tabaco, alcohol), aparición de conductas de riesgo, de conductas hiperactivas y agresivas.

3. Problemas de ajuste emocional, entre los que se encuentran agotamiento emocional, paranoia, depresión, sentirse atrapado, miedo a volverse loco, entre otros.

4. Alteración de las relaciones interpersonales, caracterizadas por el aislamiento del individuo y su negación a comunicarse con los demás, por la aparición de conflictos interpersonales, y por la indiferencia y frialdad con las personas con las que se trabaja.

5. Síntomas actitudinales, cambios en los valores y en las creencias del individuo, donde incluye síntomas como cinismo e ironía hacia los clientes de la organización, o sensación de impotencia, de frustración y de fracaso.

Fases del proceso de Burnout

Integrando los diversos estudios que describen la transición por etapas del SQT, se pueden destacar cinco fases en el desarrollo del síndrome (33).

1. Fase inicial, de entusiasmo. Se experimenta, ante el nuevo puesto de trabajo, entusiasmo, gran energía y se dan expectativas positivas. No importa alargar la jornada laboral.

2. Fase de estancamiento. No se cumplen las expectativas profesionales. Se empiezan a valorar las contraprestaciones del trabajo, percibiendo que la relación entre el esfuerzo y la recompensa no es equilibrada. En esta fase tiene lugar un desequilibrio entre las demandas y los recursos (estrés); por tanto, definitoria de un problema de estrés psicosocial. El profesional se siente incapaz para dar una respuesta eficaz.

3. Fase de frustración. Se puede describir una tercera fase en la que la frustración, desilusión o desmoralización hace presencia en el individuo. El trabajo carece de sentido, cualquier cosa irrita y provoca conflictos en el grupo de trabajo. La salud puede empezar a fallar y aparecer problemas emocionales, fisiológicos y conductuales.

4. Fase de apatía. En la cuarta fase suceden una serie de cambios actitudinales y conductuales (afrontamiento defensivo), como la tendencia a tratar a los clientes de forma distanciada y mecánica, la anteposición cínica de la satisfacción de las propias necesidades, que el mejor servicio al cliente y por un afrontamiento defensivo-evitativo de las tareas estresantes y de retirada personal. Estos son mecanismos de defensa de los individuos.

5. Fase de quemado. Colapso emocional y cognitivo, fundamentalmente, con importantes consecuencias para la salud. Además, puede obligar al trabajador a dejar el empleo y arrastrarle a una vida profesional de frustración e insatisfacción.

Consecuencias del Burnout

Las experiencias de estrés provocan en el individuo respuestas fisiológicas, cognitivo-afectivas y conductuales que, si se mantienen en el tiempo, ocasionan alteraciones en su adaptación. En las consecuencias del estrés asociadas al Burnout podemos diferenciar las que se derivan para el propio individuo y las que se derivan para la organización (34).

1. Consecuencias para el individuo

Desde la perspectiva individual producen un deterioro de la salud de los profesionales y de sus relaciones interpersonales fuera del ámbito laboral. Según Gil-Monte y Peiró (36), las consecuencias a nivel individual se identifican con una sintomatología que integran en cuatro grandes grupos en función de sus manifestaciones, como son: emocionales, actitudinales, conductuales y psicósomáticos. Las emocionales son manifestaciones de los sentimientos; las actitudinales hacen referencia a los posicionamientos que el sujeto toma, como reacción a la influencia del síndrome, que son el sostén cognitivo de las conductas, que se manifiestan en las relaciones interpersonales identificadas en las manifestaciones psicósomáticas.

Estos tres índices enmarcan el aspecto emocional y el cognitivo-conductual que se desprenden de la aparición del síndrome. Por otro lado, el grupo de manifestaciones psicósomáticas es amplio y de persistir la situación estresante, podría desembocar en la instauración de patología somática. En cuanto a las consecuencias sobre las relaciones interpersonales extralaborales, Maslach (1982) señala que las repercusiones del Burnout no

terminan cuando el sujeto deja el trabajo, por el contrario afecta a su vida privada, pues las actitudes cínicas y de desprecio impactan fuertemente sobre su familia y amigos, mostrándose irritable e impaciente pudiendo derivar en conflictos con la pareja e incluso en la separación, además estas personas afectadas desean estar solas incluso se alejan de sus familias.

2. Consecuencias para la organización

Entre las consecuencias más importantes que repercuten en la organización podemos destacar:

1. Disminución de la satisfacción laboral.
2. Elevación del ausentismo laboral.
3. Abandono del puesto y/o la organización.
4. Baja implicación laboral.
5. Bajo interés por las actividades laborales.
6. Deterioro de la calidad del servicio.
7. Incremento de los conflictos interpersonales con los supervisores, compañeros y usuarios.
8. Aumento de la rotación laboral.
9. Incremento de accidentes laborales.

Se ha visto que existe una relación directa entre Burnout y mayor número de errores en el trabajo, conductas más deshumanizadas, recriminaciones y niveles de compromiso organizacional más bajo (34).

Prevención del Síndrome de Burnout

1. Prevención Primaria

La forma más efectiva de combatir el estrés consiste en eliminar su causa. Para ello puede ser necesario rediseñar los puestos de trabajo, mejorar los sistemas de comunicación e interrelación del equipo de trabajo, aumentando la información, modificando las políticas de personal, delegando funciones y creando de esta forma un clima de trabajo adecuado y de apoyo (33).

2. Prevención Secundaria

Las iniciativas se centran en la formación, educación continua y en la adquisición de destrezas para reconocer los síntomas del estrés. Se pueden realizar técnicas de relajación, cursos de aprendizaje en administración del tiempo y en calidad de vida, y reforzamiento de la seguridad en uno mismo. Se deben de realizar revisiones médicas periódicas, dieta sana, ejercicio físico adecuado, es decir, programas de promoción de la salud (33).

3. Prevención Terciaria

Consiste en la detección precoz de los problemas relacionados con la salud mental y el tratamiento adecuado por especialistas.

Los programas de formación dirigidos a la prevención del Burnout deben considerar el entrenamiento en varios niveles.

El nivel organizacional requiere entrenar a los trabajadores en acciones de desarrollo y cambio organizacional.

El nivel interpersonal considera a los grupos de trabajo y la interacción social, por lo que debe incluir programas de formación sobre apoyo social, habilidades sociales, autoeficacia, liderazgo, etc.

El nivel individual debe dar respuesta a las necesidades individuales sobre el afrontamiento del estrés.

Intervención desde el nivel organizacional: Este tipo de intervención es escasa ya que se centran generalmente en el individuo, sin embargo el aprendizaje para manejar el estrés mediante técnicas de relajación, puede ayudar a los individuos a manejar el agotamiento y el desgaste psíquico. También se puede promover reuniones multidisciplinarias, con carácter periódico, la formación de grupos de trabajo, la flexibilidad laboral, etc. (33).

II. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General

Determinar el nivel del Síndrome de Burnout en el personal médico del Hospital MINSA II-2 Tarapoto, Julio-Diciembre 2016.

2.2. Objetivos Específicos

1. Identificar el nivel del Síndrome de Burnout según la dimensión Agotamiento Emocional en el personal médico del Hospital MINSA II-2 Tarapoto, Julio-Diciembre 2016.

2. Identificar el nivel del Síndrome de Burnout según la dimensión Despersonalización en el personal médico del Hospital MINSA II-2 Tarapoto, Julio-Diciembre 2016.

3. Identificar el nivel del Síndrome de Burnout según la dimensión Realización Personal en el personal médico del Hospital MINSA II-2 Tarapoto, Julio-Diciembre 2016.

III. MATERIAL Y MÉTODOS

3.1. Tipo de investigación

El presente estudio de investigación es de tipo básica porque permitió conocer la presencia del SBO en los médicos del Hospital II-2 Tarapoto.

Observacional porque no hubo intervención para modificar o controlar el nivel de SBO en los sujetos investigados. De corte transversal porque implicó la obtención de datos en una sola ocasión específica.

Según el énfasis en la naturaleza de los datos manejados, fue Cuantitativa ya que la preponderancia del estudio de los datos se basa en la cuantificación y cálculo de los mismos.

Según el Tipo de Diseño de Investigación: Descriptiva.

Según su prolongación en el tiempo, fue prospectivo porque se estudiaron los hechos en el futuro.

3.2. Nivel de investigación

El presente estudio fue una investigación descriptiva, por cuanto consiste en la caracterización en la observación de los hechos en pleno acontecimiento sin alterar en lo más mínimo ni el entorno, ni el fenómeno a estudiar.

3.3. Diseño de investigación

Para el logro de los objetivos el diseño de la Investigación se planteó el modelo descriptivo. Se utilizó el siguiente diagrama simbólico:

M → O1

Donde:

M: Médicos del Hospital MINSA II-2 Tarapoto

O1: Síndrome de Burnout

3.4. Cobertura de investigación

3.4.1 Universo

El universo de estudio, estuvo conformado por todos los Médicos del Hospital II – 2 MINSA – Tarapoto.

3.4.2 Población

La población de estudio, estuvo conformado por todos los 89 Médicos asistenciales del Hospital II – 2 MINSA – Tarapoto.

3.4.3 Muestra

La Muestra en la presente investigación fue probabilístico, ya que los elementos de la población tuvieron la misma posibilidad de ser escogidos.

3.4.4 Tamaño muestral

Se obtuvo según la siguiente formula:

$$n = \frac{z^2 pq N}{e^2 (N + 1) + z^2 pq}$$

Donde:

n = Tamaño de la muestra

p = Probabilidad de éxito. (0.9)

q = Probabilidad de fracaso (0.1)

e = Margen de error (0.05)

Z = Valor de “Z” para intervalo de confianza de 95% de confianza. El valor de “Z” es igual a 1.96.

N = 89

Entonces:

$$n = \frac{1.96^2 (0.9 \times 0.1 \times 89)}{0.05^2 (89 + 1) + 1.96^2 (0.9 \times 0.1)}$$

n = 54

3.4.5 Unidad de análisis

Estuvo conformado por 54 Médicos asistenciales del Hospital II-2 MINSA-Tarapoto, Julio-Diciembre 2016.

3.4.6 Criterios de Inclusión

1. Personal médico de ambos sexos.
2. Personal médico sin considerar años de servicio.
3. Personal médico que realice labor asistencial.
4. Personal médico que deseen participar y que firmen el consentimiento informado.

3.4.7 Criterios de Exclusión

1. Personal médico que se encuentren en condiciones de apoyo.
2. Personal médico que realice labor administrativa.
3. Personal médico especializado en técnicas de ayuda al diagnóstico (laboratorio clínico e imagenología).
4. Personal médico que no deseen participar y/o no firmen el consentimiento informado.

3.5. Fuentes, técnicas e instrumentos de investigación

3.5.1 Fuente

La fuente de información fue primaria porque se recolectó directamente de la unidad de análisis.

3.5.2 Técnicas

Técnica de gabinete: Permitió la elaboración del proyecto y la culminación de la investigación mediante el tratamiento de los resultados y la redacción del informe.

Técnica de trabajo de campo - recolección de la información. - Para llevar acabo los objetivos planteados en el estudio se aplicó como técnica la encuesta y el instrumento será el cuestionario (Anexo 3)

3.5.3 Instrumento

Considerando la naturaleza del problema y sus objetivos para la recolección de datos, el investigador optó por utilizar como instrumento de recolección un cuestionario (Anexo 3)

Para la evaluación del Síndrome de Burnout, se utilizó el Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey (MBI-HSS) creado por Maslach y Jackson (Estados Unidos-1996); Pedro R. y Gil Monte, modificaron este cuestionario para adaptarlo a la versión española y lo validaron en 2005 para ser utilizado en profesionales de la Salud y es el cual se utilizó en este proyecto de tesis, en forma autoadministrada. (32)

El MBI-HSS es un instrumento en el que se plantea al sujeto una serie de enunciados sobre los sentimientos y pensamientos con relación a su interacción con el trabajo.

Es el instrumento que ha generado un mayor volumen de estudios e investigaciones, formado por 22 ítems que se valoran en una escala tipo Likert. El sujeto valoró mediante un rango de 7 adjetivos, con qué frecuencia experimenta cada una de las situaciones descritas en los ítems: a) nunca =0, b) pocas veces al año o menos =1, c) una vez al mes o menos =2, d) unas pocas veces al mes o menos =3, e) una vez a la semana =4, f) pocas veces a la semana =5 y g) todos los días =6. (33)

La factorización de los 22 ítems proporciona información sobre las tres dimensiones del Síndrome de Burnout de la siguiente manera:

1. Agotamiento Emocional, situación en que los trabajadores sienten que ya no pueden dar más de sí mismos en el ámbito afectivo, dando muestras de agotamiento de los recursos emocionales propios (9 ítems). A través de los ítems: 1, 2, 3, 6, 8,13, 14, 16 y 20 (33).

2. Despersonalización, implica el desarrollo de sentimientos negativos, de actitudes de cinismo hacia las personas destinatarias del trabajo, siendo vistas como profesionales deshumanizadas debido al endurecimiento afectivo (5 ítems). Mediante los ítems: 5, 10, 11, 15 y 22 (33)

3. Realización Personal; percepción de que las posibilidades de logros en el trabajo han desaparecido, unido a sentimientos de fracaso y baja autoestima (8 ítems). Mediante los ítems: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21 (33)

En el área de agotamiento emocional es posible obtener un puntaje máximo de 54, en el área de despersonalización el puntaje máximo es de 30 y en el área de realización personal el puntaje máximo puede ser 48. Puntuaciones altas en las dos primeras escalas mencionadas junto con puntuaciones bajas en realización personal se relacionan con la presencia del Síndrome de Burnout. (34)

El MBI no cuenta con un puntaje global (Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001). No obstante, en el caso del contexto peruano sí se cuenta con categorías de agrupación y puntos de corte a partir de la adaptación del instrumento elaborada por Tello J. (2010). (33)

Tabla 1. Puntuación del Síndrome de Burnout

Síndrome de Burnout	Puntaje
Alto	70 a 132 puntos
Medio	52 a 69 puntos
Bajo	0 a 51 puntos

Fuente: Tello J. 2010.

Tabla 2. Puntuaciones para los niveles del Síndrome de Burnout

Niveles	Agotamiento o cansancio emocional (CE)	Despersonalización (DP)	Realización personal (RP)
Alto	23 – 54 puntos	13 – 30 puntos	44 – 48 puntos
Medio	7 – 22 puntos	5 – 12 puntos	34 – 43 puntos
Bajo	0 – 6 puntos	0 – 4 puntos	0 – 33 puntos

Fuente: Tello J. 2010.

3.5.4 Validación

Este instrumento ha sido validado según Maslach y Jackson los índices de confiabilidad es de 0.90 para Agotamiento Emocional, 0.71 para Realización Personal y 0.79 en Despersonalización, con una consistencia interna para todos los ítems de 0.80; así mismo, han realizado estudios factoriales en donde se define una estructura tridimensional que apunta a las dimensiones del Síndrome de Burnout, es decir, que el instrumento mide realmente lo que la variable en estudio quiere medir. Este tipo de validez factorial es apoyado por estudios de validez convergente, llevados a cabo por los mismos investigadores (32).

Por otra parte, estudios nacionales analizan el MBI y muestra resultados del coeficiente Alfa de Cronbach de 0.78 para la dimensión de cansancio emocional, 0.71 para la dimensión de despersonalización y 0.76 para la

dimensión de realización personal, con lo cual resulta confiable utilizar el MBI para el presente estudio (33).

3.5.5 Procesamiento y presentación de datos

1. El recojo de la información se llevó a cabo durante la mañana y/o tarde en diferentes horarios, de acuerdo a la disponibilidad de los médicos participantes de la encuesta.

2. Se orientó a los participantes sobre el uso adecuado del instrumento para su correcto llenado y se explicó la importancia del consentimiento informado.

3. La información recolectada se procesó en forma manual con el programa Microsoft Excel, elaborando una tabla Matriz.

4. La presentación de datos se realizó a través de cuadros estadísticos y gráficos.

3.5.6 Análisis e interpretación de datos

Posterior al recojo de la información se confeccionó una base de datos en el programa Excel versión 2013 .

El análisis estadístico se realizó usando el paquete estadístico SPSS IBM versión 21. Los resultados se expresaron en gráfico de frecuencia y porcentaje. Los resultados son mostrados en cuadros y gráficos, analizados a la luz del marco teórico.

IV. RESULTADOS

En el presente se muestran los resultados del estudio de investigación, los cuales están vinculados al objetivo general y objetivos específicos, dichos resultados están descritos según nivel del Síndrome de Burnout en el personal médico del Hospital MINSA II-2 Tarapoto, Julio-Diciembre 2016.

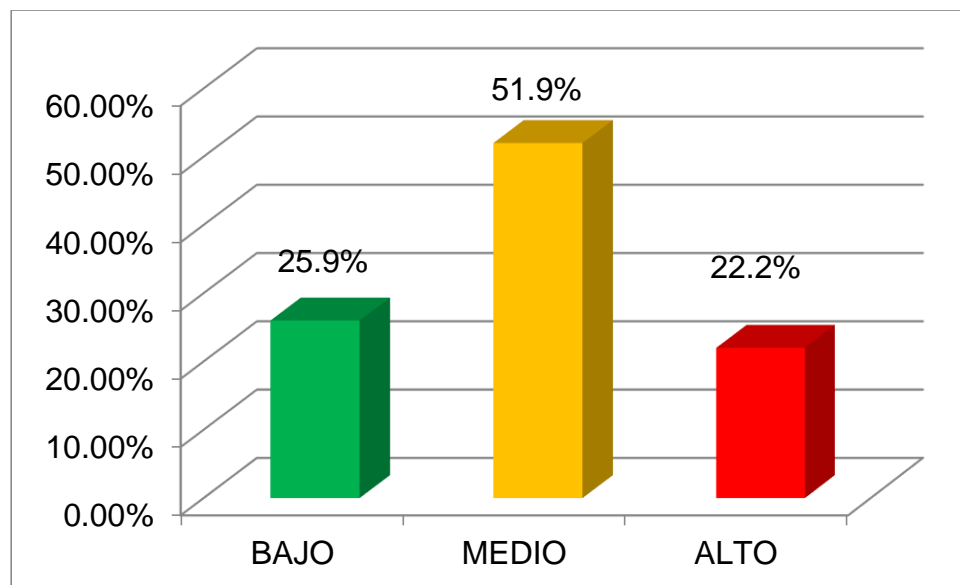
Se aplicaron 54 encuestas, logrando una tasa de respuesta de 100%. En atención al objetivo general de determinar el nivel del Síndrome de Burnout en el personal médico del Hospital MINSA II-2 Tarapoto, Julio-Diciembre 2016. Se presenta los siguientes cuadros y gráficos:

Cuadro N° 1. Nivel del Síndrome de Burnout en el personal médico del Hospital MINSA II-2 Tarapoto, Julio-Diciembre 2016.

NIVEL DEL SÍNDROME DE BURNOUT	Frecuencia	Porcentaje
BAJO	14	25.9%
MEDIO	28	51.9%
ALTO	12	22.2%
TOTAL	54	100.0%

Fuente: Instrumento N° 01

Gráfico N° 1. Nivel del Síndrome de Burnout en el personal médico del Hospital MINSA II-2 Tarapoto, Julio-Diciembre 2016.



Fuente: Instrumento N° 01

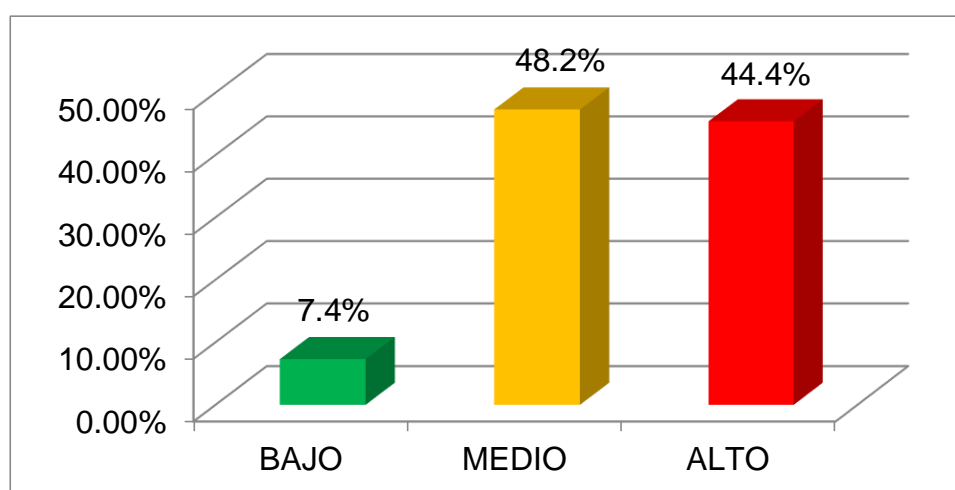
Según el cuadro N° 01 y gráfico N° 01, se observa que el nivel del Síndrome de Burnout de los 54 médicos que participan en el estudio de investigación, tiene un nivel medio (n=28) que constituye el 51.9%, seguido de nivel bajo (n=14) que constituye el 25.9% y nivel alto (n=12) que constituye el 22.2%, en el personal médico del Hospital MINSA II-2 Tarapoto, Julio-Diciembre 2016.

Cuadro N° 2. Nivel del Síndrome de Burnout según la dimensión Agotamiento Emocional en el personal médico del Hospital MINSA II-2 Tarapoto, Julio-Diciembre 2016.

AGOTAMIENTO EMOCIONAL	Frecuencia	Porcentaje
BAJO	4	7.4%
MEDIO	26	48.2%
ALTO	24	44.4%
TOTAL	54	100.0%

Fuente: Instrumento N° 01

Gráfico N° 2. Nivel del Síndrome de Burnout según la dimensión Agotamiento Emocional en el personal médico del Hospital MINSA II-2 Tarapoto, Julio-Diciembre 2016.



Fuente: Instrumento N°1

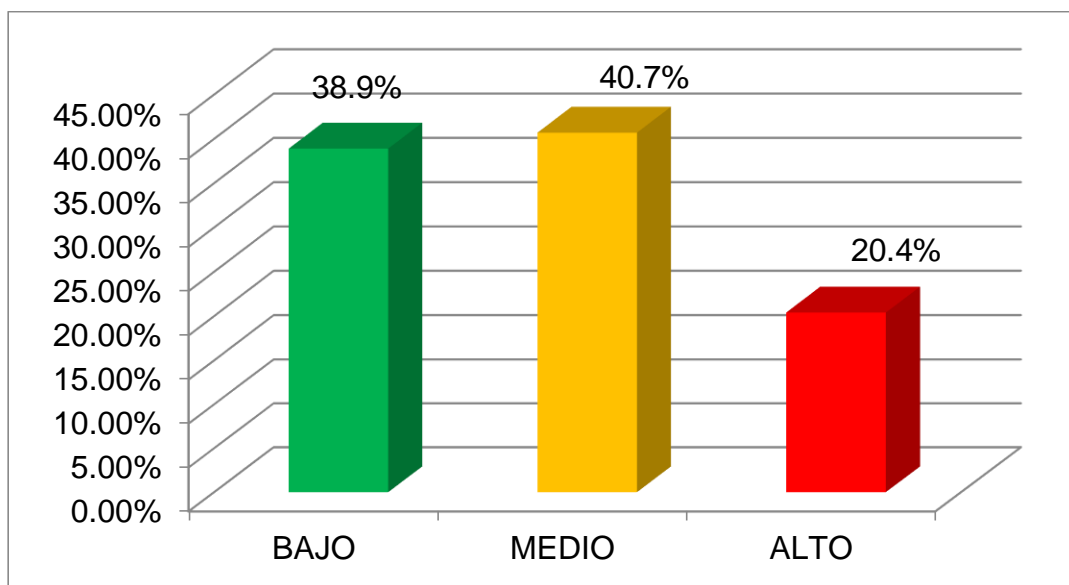
Según el cuadro N° 02 y gráfico N° 02, se observa que el nivel del Síndrome de Burnout según la dimensión Agotamiento Emocional de los 54 médicos que participan en el estudio de investigación, tiene un nivel medio (n=26) que constituye el 48.2% seguido de nivel alto (n=24), que constituye el 44.4% y nivel bajo (n=4), que constituye el 7.4% en el personal médico del Hospital MINSA II-2 Tarapoto, Julio-Diciembre 2016. Lo que indica que los médicos objeto de estudio presentan un nivel medio de Agotamiento Emocional.

Cuadro N° 3. Nivel del Síndrome de Burnout según la dimensión Despersonalización en el personal médico del Hospital MINSA II-2 Tarapoto, Julio-Diciembre 2016.

DESPERSONALIZACIÓN	Frecuencia	Porcentaje
BAJO	21	38.9%
MEDIO	22	40.7%
ALTO	11	20.4%
TOTAL	54	100.0%

Fuente: Instrumento N° 01

Gráfico N° 3. Nivel del Síndrome de Burnout según la dimensión Despersonalización en el personal médico del Hospital MINSA II-2 Tarapoto, Julio-Diciembre 2016



Fuente: Instrumento N° 01

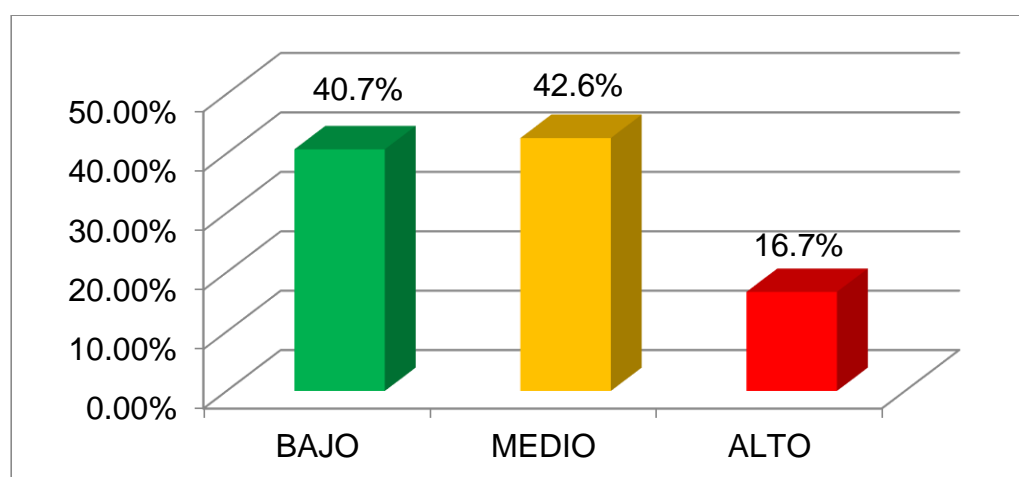
Según el cuadro N° 03 y gráfico N° 03, se observa que el nivel del Síndrome de Burnout según la dimensión Despersonalización de los 54 médicos que participan en el estudio de investigación, tiene un nivel medio (n=22) que constituye el 40.7%, seguido de nivel bajo (n=21), que constituye el 38.9% y nivel alto (n=11), que constituye el 20.4% en el personal médico del Hospital MINSA II-2 Tarapoto, Julio-Diciembre 2016. Lo que indica que los médicos objeto de estudio presentan nivel medio de alteración en la dimensión Despersonalización.

Cuadro N° 4. Nivel del Síndrome de Burnout según la dimensión Realización Personal en el personal médico del Hospital MINSA II-2 Tarapoto, Julio-Diciembre 2016.

REALIZACIÓN PERSONAL	Frecuencia	Porcentaje
BAJO	22	40.7%
MEDIO	23	42.6%
ALTO	9	16.7%
TOTAL	54	100.0%

Fuente: Instrumento N° 01

Gráfico N° 4. Nivel de Síndrome de Burnout según la dimensión Realización Personal en el personal médico del Hospital MINSA II-2 Tarapoto, Julio-Diciembre 2016.



Fuente: Instrumento N° 01

Según el cuadro N° 04 y gráfico N° 04, se observa que el nivel del Síndrome de Burnout según la dimensión Realización Personal de los 54 médicos que participan en el estudio de investigación, tiene un nivel medio (n=23) que constituye el 42.6% seguido de nivel bajo (n=22), que constituye el 40.7% y nivel alto (n=9), que constituye el 16.7% en el personal médico del Hospital MINSA II-2 Tarapoto, Julio-Diciembre 2016. Lo que indica que los médicos objeto de estudio presentan un nivel medio de alteración en la dimensión Realización Personal.

V. DISCUSIÓN

El Síndrome de Burnout es causante de problemas agudos y crónicos en los empleados (4), teniendo una alta incidencia en determinados colectivos profesionales dentro de ellos el sector salud (5); los médicos tienen tasas de suicidio, estrés y depresión más altas que la población general y que otros profesionales (12). En este estudio, se determinó el nivel de Síndrome de Burnout en el grupo estudiado en medio (51.9%), siendo este un hallazgo nuevo para la región San Martín en este grupo de profesionales; este dato indica, que hay un alto riesgo de padecer este síndrome en el personal médico del Hospital MINSA II-2 Tarapoto.

En este estudio se encontró los tres niveles del Síndrome de Burnout (bajo, medio y alto). El nivel medio (51.9%), el que se presenta en la mayoría de los profesionales, seguido por nivel bajo (25.9%) y por último nivel alto (22.2%); de estos resultados, el que se utiliza para identificar la presencia de Síndrome de Burnout y es de ayuda para comparar con otros estudios, es el nivel alto, porque es el que cumple los criterios propuestos por Maslach (26), por lo tanto, en este grupo de estudio hay un 22.2% que padece Síndrome de Burnout, 51.9% que tiene un riesgo alto de padecerlo y 25.9% que no presenta dicha patología.

En comparación con los estudios realizados en médicos: Cherrez (Ecuador-2015) utilizando el MBI encontró (n=29) Síndrome de Burnout en médicos especialistas 35.3%, postgradistas 71.4% y residentes 41.4% (15), Galván *et al.* (Argentina-2012) reportó riesgo de Burnout en 41% de los

médicos de la UCI pediátrica (17), Castañeda Y García (México-2010) mediante el MBI-HSS (n=240) encontró un 41.6% de SBO en médicos familiares (18). En el ámbito nacional: Toledo (Lima-2016) (n=56) informó SBO en el 39.2% del personal de salud de la Clínica Maison de Santé (19), Silva (Callao-2015) encontró 7.8% de Burnout médicos del área crítica del Hospital San Juan (20), Gómez (Chiclayo-2014) reportó 19% de Burnout.

Como vemos los diferentes estudios sobre Síndrome de Burnout muestran datos variables por lo que no es adecuado extrapolar los resultados ya que varían de acuerdo a las condiciones internas y externas de cada individuo, lo cual deja un vacío académico debido a que este estudio proporciona información únicamente sobre la presencia del síndrome; saber cuáles son los factores predisponentes, de qué manera se relacionan, las consecuencias para los individuos y la organización deben ser motivo de nuevas investigaciones.

Al analizar el Síndrome de Burnout en relación a sus dimensiones se obtuvo los siguientes resultados:

Agotamiento emocional 7.4% nivel bajo, 48.2% medio y 44.4% alto, despersonalización 38.9% bajo, 40.7% medio y 20.4% alto, realización personal 40.7% bajo, 42.6% medio y 16.7% alto; se tiene una mayor frecuencia en las tres dimensiones en el nivel medio. El agotamiento emocional es sentimiento que mayor se expresa en la unidad de estudio, estos datos indican que el personal médico del Hospital II-2 Tarapoto se siente

cansado emocionalmente y ha agotado sus recursos emocionales debido al trabajo.

En estudios similares realizados: Galván *et al.* (2012) en médicos de la UCI pediátrica (n=162 tasa de respuesta 60%) encontró agotamiento emocional 25%, despersonalización 19% y realización personal 6% (17), similar a nuestro estudio el sentimiento que predomina es el agotamiento emocional, pero en menor frecuencia. Castañeda y García (2010) en médicos familiares (n=240) reportaron en la subescala agotamiento emocional 24 % bajo, 47% medio y 27% alto, la subescala despersonalización 63% bajo, 24% medio y 11% alto y en la subescala realización personal 65% bajo, 25% medio y 12% alto (18), este resultado difiere de nuestro hallazgo predominando aquí el sentimiento de baja realización personal. En Perú Toledo (2016) halló en la dimensión agotamiento emocional 44% nivel alto, la dimensión despersonalización 76.7% alto y 60.7 % baja realización personal (19), este estudio muestra que la unidad de estudio presenta una mayor despersonalización y el trato impersonal hacia los pacientes. Silva (2015) reportó niveles altos de agotamiento emocional 29.7%, despersonalización 39.1% y baja realización personal 37.5% (20), similar al estudio de Toledo también se muestra la despersonalización como el sentimiento más frecuente en su población de estudio. Apaza *et al.* (2010) encontró en psiquiatras (n=36 tasa de respuesta 75%) Burnout bajo: agotamiento emocional 69.4%, despersonalización 80.6% y baja realización personal 75%, Burnout medio: agotamiento emocional 16.7%, despersonalización 11.1% y baja realización

personal 13.9%, Burnout alto: agotamiento emocional 13.9%, despersonalización 8.3% y baja realización personal 11.1% (23), similar a nuestro hallazgo pero en frecuencia mucho menor presenta el sentimiento predominante el agotamiento emocional.

Para analizar las dimensiones se debe tener presente, que los sentimientos de agotamiento emocional y despersonalización deben estar en niveles altos y realización personal en nivel bajo. Seleccionando estos datos, se puede comparar entre un estudio y otro, para hallar el sentimiento de mayor frecuencia por unidad de estudio y contrastar con nuestro resultado.

En conclusión, el nivel de Síndrome de Burnout en el personal médico es medio 51.9%; el síndrome como tal está en el 22.2% del personal y el sentimiento de mayor frecuencia es el agotamiento emocional. Por otra parte, se sugiere realizar más estudios para determinar las causas y factores asociados para desarrollar Síndrome de Burnout.

VI. CONCLUSIONES

1. Los galenos objeto de estudio presentan un nivel medio de Síndrome de Burnout, lo que indica que más de la mitad (51.9%) tienen un alto riesgo de desarrollar la enfermedad.

2. Los médicos en la dimensión Agotamiento Emocional presentan nivel medio (48.2%), lo que da a entender que el mayor porcentaje de galenos, presentan frecuentemente sentimientos de estar saturados y cansados emocionalmente por el trabajo.

3. Los médicos en la dimensión Despersonalización presentan nivel medio (40.7%), lo que indica que un gran porcentaje de galenos, mayormente tienen una respuesta fría e impersonal hacia sus pacientes.

4. Los médicos respecto a la dimensión Realización Personal presentan nivel medio (42.6%), lo que indica que un gran porcentaje de galenos, ocasionalmente experimentan sentimientos de competencia y eficacia en el trabajo.

5. El sentimiento que mayor experimentan los galenos es el agotamiento emocional (44.4%), es decir, que el mayor porcentaje de galenos se encuentran cursando por la primera dimensión, que es el inicio de la enfermedad.

VII. RECOMENDACIONES

1. Informar y difundir los resultados del presente estudio de investigación, en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto y la Universidad Nacional de San Martín Tarapoto.

2. Realizar talleres de actividades grupales (recreativas y culturales) entre el profesional médicos del Hospital II – 2 MINSA Tarapoto.

3. Fomentar el trabajo en equipo en el profesional médico del Hospital II - 2 MINSA Tarapoto

4. Permitir el desarrollo personal y profesional de los médicos dentro del ámbito para el cual han sido preparados y capacitados, realizando cursos de actualización periódica y mejora de las condiciones laborales.

5. Se deben utilizar medidas preventivas, tales como:

Proceso personal de adaptación de expectativa a la realidad cotidiana.

Formación en las emociones.

Equilibrio de áreas vitales: familia, amigos, aficiones y trabajo.

Fomento de buena atmósfera de equipo.

Minimizar la burocracia, mejorar la capacitación y remuneración.

Formación continuada dentro de la jornada laboral.

6. Se deben realizar estudios que ayuden a complementar esta investigación.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gomero R., Palomino J., Ruiz F. *El Síndrome de Burnout en personal sanitario de los hospitales de la empresa minera de Southern Perú*. Copper Corporation: Estudio Piloto. Rev. Médica. Hered. Lima; 2005: 233-38.
2. Freudenberger H. *Staff Burnout*. *Journal of Social Issues*. Estados Unidos; 1974: 159-65. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com> (fecha de ultimo acceso 10 de abril de 2016)
3. Maslach C. *Burned out*. *Journal of Organizational Behavior*. 1976: 16-22: Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com> (fecha de ultimo acceso 12 de abril de 2016)
4. D'Anello S. *Investigación en Estrés y Síndrome de Desgaste Profesional (Burnout) en Profesionales de la Salud*. Psicología. Facultad de Medicina y Hospital Universitario de la Universidad de los Andes; Venezuela; 2007. Disponible en: <http://www.saber.ula.ve/handle/123456789/14891> (fecha de ultimo acceso 12 de abril de 2016)
5. Organización Internacional del Trabajo OIT. *Estrés laboral una enfermedad peligrosa para la economía mundial*. Departamento de seguridad y salud ocupacional de la OIT; 2010. Disponible en: <http://www.ilo.org/global/lang--es/index.htm> (fecha de ultimo acceso 12 de abril de 2016)
6. Montúfar B., Muñoz J. *Prevalencia del Síndrome de Desgaste por Estrés Laboral en profesionales de la salud de instituciones públicas y privadas*

Psicología. Facultad de Psicología de UAQ y Centro Comunitario de Salud Mental del Estado de Querétaro. México; 2009 Disponible en: www.iztapalapa.uam.mx/amet/congresoqueretaro/ponencias/29_prevalencia.doc (fecha de ultimo acceso 12 de abril de 2016)

7. Outomuro D., Actis A. *Estimación del tiempo de consulta ambulatoria en clínica médica*. Revista Médica. Santiago - Chile. 2013: 361-66.
8. Wilmar B., Schaufeli B., Bakker K., Cas Schaap A. *On the clinical validity of the Maslach Inventory and the Burnout Measure*. Researchgate (Netherlands) 2001; 16(5): 565-82.
9. Moreno B., Bustos R., Matallana A., Millares T. *La evaluación del burnout. Problemas y alternativas*. El CBB como evaluación de los elementos del proceso. Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones. Zaragoza-España; 2011:185-207.
10. Organización Mundial de la Salud. *La organización del trabajo y el estrés, serie de protección a los trabajadores OMS*, 2004 Disponible en: http://www.who.int/occupational_health (fecha de ultimo acceso 14 de abril de 2016)
11. Tenesaca J., Uzhca M., Valarezo D. *Factores asociados al Síndrome de Burnout en Enfermeras Profesionales del Hospital "Homero Castanier Crespo"* Azogues: Repositorio Institucional, Tesis Doctoral. Universidad de Cuenca; 2012.
12. PubMed. Bethesda: *National Library of Medicine*; 2004. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/> (fecha de último acceso 19 de abril de 2016).

13. Monte G. y Peiró J. *El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout): una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Madrid: Pirámide; 2005.
14. Fidalgo M. *Síndrome de estar quemado por el trabajo "Burnout" (I): Definición y proceso de generación*. Nota Técnica de Prevención 704. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo; 2006.
15. Cherrez K. *Síndrome de burnout en el personal médico del Hospital General de Latacunga, Provincia de Cotopaxi, durante el período de marzo – agosto*. Ecuador; 2015. Disponible en: <http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/1013/1/TUAMED062-2015.pdf> (fecha de ultimo acceso 14 de abril de 2016)
16. Raúl J. *El sufrimiento mental en el trabajo: Burnout en Médicos de un Hospital de Alta Complejidad, Corrientes*. Disponible en: http://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/Cialzeta_jorge_raul.pdf (fecha de ultimo acceso 19 de abril de 2016)
17. Galván M, Vassallo C, Rodríguez S, Otero P, Montonati M, Cardigni G. *Síndrome de desgaste profesional (burnout) en médicos de unidades de cuidados intensivos pediátricos (UCIP) en la*, Arch Argent Pediatr. Argentina; 2012: 466-473.
18. Castañeda E, García J. *Prevalencia del síndrome de agotamiento profesional (burnout) en médicos familiares mexicanos: análisis de factores de riesgo*". Revista Colombiana Psiquiatría. México; 2010:67-84.
19. Toledo E. *Prevalencia del síndrome de burnout en el personal de salud de la Clínica Maison de Sante de Lima*, 2016. Disponible en:

http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4649/1/Toledo_ne.pdf (fecha de ultimo acceso 19 de abril de 2016)

20. Silva O. *Prevalencia y factores asociados al síndrome de Burnout en el personal médico del área crítica del hospital San José de Callao en el período octubre –diciembre. Lima; 2015.* Disponible en: http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/471/1/Silva_o.pdf (fecha de ultimo acceso 20 de abril de 2016)
21. Gómez M. y Ruiz M. *Dimensiones del síndrome de burnout en personal asistencial de salud de un Hospital de Chiclayo.* Tesis de Maestría. Perú; 2014. Disponible en: http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/461/1/TL_GomezFranciMaria_RuizLlontopMiriam.pdf (fecha de ultimo acceso 20 de abril de 2016)
22. Vásquez J, Maruy A, Verne E. *Frecuencia del síndrome de Burnout y niveles de sus dimensiones en el personal de salud del servicio de emergencia de pediatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia.* Lima, Perú; 2014 Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v77n3/a05v77n3.pdf> (fecha de ultimo acceso 20 de abril de 2016)
23. Apaza E, Mendoza E, Zegarra R, Yoshiyama M. *Prevalencia y características sociodemográficas y laborales relacionadas al Síndrome de Burnout en médicos psiquiatras en un Hospital de Salud Mental,* Revista de Psiquiatría y Salud Mental. Lima, Perú; 2010: 27-36.

24. Fernando I. *Manual de Riesgos Psicosociales en el trabajo: Teoría y Práctica*. Psicología. Clínica Psicológica V Mars. España; 2010. Disponible en: http://www.psicologia-online.com/ebooks/riesgos/capitulo4_3.shtml (fecha de ultimo acceso 20 de abril de 2016)
25. Juan J y Rodríguez S. *Definición de profesión médica, profesional médico/a y profesionalismo médico*. Scielo; 2010: 65. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/> (fecha de ultimo acceso 20 de abril de 2016)
26. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. En: Fiske ST, Schacter DL, Zahn-Waxler C, eds. *Annual Review of Psychology*. Berkeley: Universidad de California. Estados Unidos; 2001: 397-422.
27. Pearlin L, Schooler C. *The Stress Process*. *Society and Mental Health*. 2015: 67-85. Disponible en: <http://smh.sagepub.com/> (fecha de ultimo acceso 20 de abril de 2016)
28. Peiró J. y Rodríguez Y. *Estrés laboral, liderazgo y salud organizacional* Psicología. Facultad de Psicología y Universidad de Valencia; España; 2008. Disponible en: <http://www.papelesdel psicologo.es/> (fecha de ultimo acceso 20 de abril de 2016)
29. Humgler, B. y Polit, D. *Investigación Científica en Ciencias de la Salud*. México: McGraw-Hill; 2000. disponible en: <http://www.researchgate.net> (fecha de ultimo acceso 20 de mayo del 2016)
30. Quiroz R. y Saco S. *Factores asociados al Síndrome de Burnout en médicos y enfermeras del Hospital Nacional Sur Este de EsSalud del*

Cusco. Repositorio Institucional, Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco; 2003.

31. Matía A. *Prevalencia de Burnout y Variables asociadas en los Médicos de Atención Primaria de Burgos*. Harcourt Brace 2006: 58-60. Disponible en: <http://www.elsevier.es/> (fecha de ultimo acceso 25 de abril de 2016)
32. Medina M. *Evaluación de la calidad asistencial del servicio de ayuda a domicilio*. Universidad de Murcia- España; 2000. Disponible en: <https://books.google.com.pe/books> (fecha de ultimo acceso 20 de abril de 2016)
33. Tello J. Nivel de síndrome de Burnout y estrategias de afrontamiento en enfermeros de los Servicios Críticos del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2009. Universidad Nacional Mayor de San Marcos – Lima; 2010. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/547> (fecha de último acceso 25 de abril de 2016)
34. Gamonal Y., García C., Silva Z. Síndrome de Burnout en el profesional de enfermería que labora en áreas críticas. *Rev. enferm. Herediana* 01 (1), 2008: 33-39.

IX. ANEXOS

ANEXO 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLE	METODOLOGIA
¿Cuál es el nivel del Síndrome de Burnout en el personal médico del Hospital MINSa II-2 Tarapoto, Julio-Diciembre 2016?	Objetivo General Determinar el nivel del Síndrome de Burnout en el personal médico del Hospital MINSa II-2 Tarapoto, Julio-Diciembre 2016	Existe Síndrome de Burnout en el personal médico del Hospital MINSa II-2 Tarapoto,	Nivel de Síndrome de Burnout	Tipo de Investigación: Básico, cuantitativa, descriptivo, prospectivo, transversal
	Primer Objetivo Específico: Identificar el nivel del Síndrome de Burnout según la dimensión Agotamiento Emocional en el personal médico del Hospital MINSa II-2 Tarapoto, Julio-Diciembre 2016	Julio-Diciembre 2016.	Dimensión: Agotamiento emocional Despersonalización Baja Realización Personal	Población: 70 médicos del Hospital II – 2 MINSa Tarapoto. Muestra: 54 médicos del Hospital II – 2 MINSa Tarapoto.
	Segundo Objetivo Específico: Identificar el nivel del Síndrome de Burnout según la dimensión Despersonalización en el personal médico del Hospital MINSa II-2 Tarapoto, Julio-Diciembre 2016			Técnica: Encuesta
	Tercer Objetivo Específico: Identificar el nivel del Síndrome de Burnout según la dimensión Realización Personal en el personal médico del Hospital MINSa II-2 Tarapoto, Julio-Diciembre 2016.			Instrumento: Cuestionario, Escala Maslach

ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO

A través del presente documento expreso mi voluntad de participar en el trabajo de Investigación Titulado: “NIVEL DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL MÉDICO DEL HOSPITAL MINSA II-2 TARAPOTO, JULIO-DICIEMBRE 2016”.

Habiendo sido informado(a) del propósito del mismo, así como de los objetivos y teniendo la confianza plena de que la información que se vierta en el instrumento será solo y exclusivamente para fines de la investigación en mención, además teniendo en cuenta que el investigador utilizará adecuadamente dicha información asegurando la confidencialidad.

FIRMA

ANEXO 3: CUESTIONARIO DE ESCALA MASLACH

Las siguientes son 22 declaraciones que hablan acerca de los sentimientos relacionados al trabajo. Lea cada una cuidadosamente y decida si usted se siente de esa manera acerca de su trabajo. Si nunca ha tenido este sentimiento, escriba un "0" en el espacio provisto. Si usted ha tenido este sentimiento, indique cuán frecuente lo ha sentido escribiendo el número (del 1 al 6) que mejor describa con qué frecuencia se ha sentido así. La escala de frecuencia de los sentimientos es según sigue.

Datos Demográficos:

1. Edad

1.1. De 20 a 30 años ()

1.2. De 31 a 40 años ()

1.3. De 41 a 50 años ()

1.4. De 51 a 60 años ()

1.5. De 61 a más años ()

2. Sexo: 2.1 Masculino () 2.2. Femenino ()

3. Estado civil:

3.1. Soltero ()

3.2. Casado ()

3.3. Conviviente ()

3.4. Divorciado ()

3.5. Viudo ()

4. Servicio:

5. Condición Laboral:

- 5.1. Nombrado ()
- 5.2. Contratado ()
- 5.3. Tercero ()
- 5.4. Otros ()

Frecuencia										
0 Nunca	1 Pocas veces al año o menos	2 Una vez al mes o menos	3 Unas pocas veces al mes o menos	4 Una vez a la semana	5 Pocas veces a la semana	6 Todos los días				
Cuestionario				0	1	2	3	4	5	6
1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.										
2. Cuando termino mi jornada de trabajo me siento agotado.										
3. Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento agotado.										
4. Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes.										
5. Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales.										
6. Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa.										
7. Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes.										
8. Siento que mi trabajo me está desgastando.										
9. Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo.										
10. Siento que me he hecho más duro con la gente.										
11. Me preocupa que este trabajo me éste endureciendo emocionalmente.										
12. Me siento con mucha energía en mi trabajo.										

13. Me siento frustrado por mi trabajo.							
14. Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo.							
15. Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes.							
16. Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa.							
17. Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes.							
18. Me siento estimulado después de haber trabajado directamente con mis pacientes.							
19. Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.							
20. Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades.							
21. Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada.							
22. Me parece que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas.							

Fuente: Gil Monte PR (2005)

ANEXO 4: DATOS DEMOGRÁFICOS

Cuadro N° 5. Datos demográficos del personal médico del Hospital MINSA II-2 Tarapoto, Julio-Diciembre 2016.

EDAD	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
20 A 30 AÑOS	15	27,8	27,8	27,8
31 A 40 AÑOS	13	24,1	24,1	51,9
41 A 50 AÑOS	13	24,1	24,1	75,9
51 A 60 AÑOS	10	18,5	18,5	94,4
61 AÑOS A MAS	3	5,6	5,6	100,0
SEXO	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
FEMENINO	7	13,0	13,0	13,0
MASCULINO	47	87,0	87,0	100,0
ESTADO CIVIL	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
SOLTERO	17	31,5	31,5	31,5
CASADO	28	51,9	51,9	83,3
DIVORCIADO	4	7,4	7,4	90,7
CONVIVIENTE	5	9,3	9,3	100,0
SERVICIO	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
SOP	3	5,6	5,6	5,6
GINECOLOGÍA	3	5,6	5,6	11,1
PEDIATRÍA	3	5,6	5,6	16,7

RESIDENTE	9	16,7	16,7	33,3
EMERGENCIA	12	22,2	22,2	55,6
CIRUGÍA	13	24,1	24,1	79,6
NEONATOLOGÍA	5	9,3	9,3	88,9
MEDICINA	6	11,1	11,1	100,0
TIPO DE CONTRATO	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
CONTRATADO	15	27,8	27,8	27,8
NOMBRADO	29	53,7	53,7	81,5
TERCERO	5	9,3	9,3	90,7
OTRO	5	9,3	9,3	100,0

Análisis: Se evidencia que del total de médicos del Hospital MINSA II-2 Tarapoto, el grupo etario predominante es el de 20–30 años (n= 15) con un porcentaje de 27,8%, y último de 61 a más años (n=3) que constituye el 5,6%. Por lo que se deduce que la mayor parte de la población está conformada por galenos adultos jóvenes. En cuanto al sexo en la población médica del Hospital MINSA II-2 Tarapoto se distribuye de la siguiente manera: Femenino (n=7) con un porcentaje de 13,0%, Masculino (n=47) que compone el 87,0%. Por lo que se puede formular que los varones son mayoría. Del total de médicos objeto de estudio el estado civil sobresaliente es Casado (n=28) que representa el 51,9%, a continuación, Soltero (n=17) con un porcentaje de 31,5%, seguido de Conviviente (n=5) que compone 9,3% y divorciado con 7,4%. se aprecia la distribución del personal médico del Hospital de la siguiente manera: Cirugía (n=13) que constituye el 24,1%, Emergencia (n=12)

con un porcentaje de 22,2%, Residentes (n=9) representa el 16,7 % , a continuación Medicina (n=6) con 11,1%, los servicios de Pediatría, Sala de Operaciones y Ginecología tienen (n=3) galenos cada uno que instituye el 5,6% individualmente y para concluir Neonatología (n=5) que compone el 7.1% de los 54 trabajadores que participaron en el estudio de investigación, 29 trabajadores son nombrados, con un 53,7%, 15 trabajadores están bajo contrato con un 27,8% y 5 trabajadores están bajo el régimen de terceros con un 9,3%.