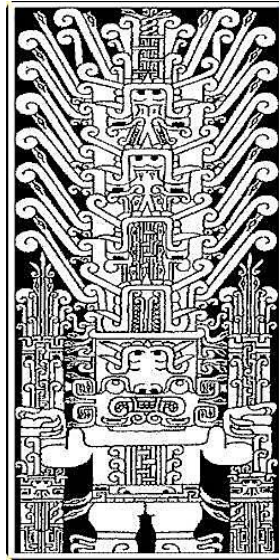


UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO VILLARREAL

FACULTAD DE MEDICINA “HIPOLITO UNANUE”

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA

OFICINA DE GRADOS Y TÍTULOS



**“SINDROME DE BURNOUT EN INTERNOS DE MEDICINA DEL HOSPITAL
NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA”**

“Burnout syndrome in internship students at National Arzobispo Loayza Hospital”

TESIS

Para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

AUTORA

María del Pilar Juscamaita Bartra

ASESOR

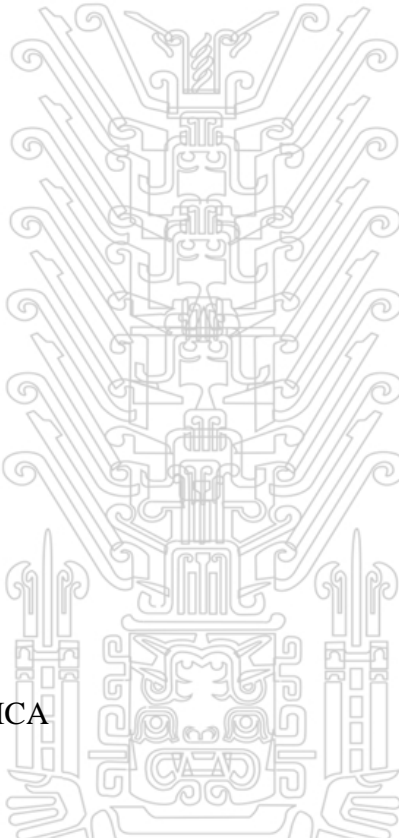
Dr. Wilfredo G. López Gabriel

LIMA- PERÚ

2018

Índice

RESUMEN	I
ABSTRACT	II
INTRODUCCIÓN	5
MÉTODO	20
RESULTADOS	26
DISCUSIÓN	52
CONCLUSIONES	55
RECOMENDACIONES	58
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	59
ANEXOS	63



Resumen

Objetivo: Determinar la prevalencia y factores asociados al Síndrome de Burnout en internos de medicina del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2017. **Métodos:** Estudio descriptivo, correlacional de corte transversal, realizado en los internos de medicina del HNAL, la muestra fue de 102 participantes, que rotaron durante el mes de diciembre en dicha sede. La recolección de datos se realizó mediante dos encuestas, una sobre los factores sociodemográficos y laborales, y otra a través de la escala Maslach Burnout Inventory-HSS validada en español. **Resultados:** Se halló una prevalencia del SBO de 26,5% (n= 27), la dimensión con mayor afectación fue la de realización personal con un 56% (n= 57). Respecto a los factores sociodemográficos y laborales no se encontró asociación para el SBO. Se obtuvo niveles altos en despersonalización(DP) 52% (n=53), baja realización personal(RP) 55,9 % (n=57) y agotamiento emocional(AE) 45,1% (n=46). El no tener una relación sentimental y estudiar menos de 10 horas semanales se asoció con niveles altos de DP, al igual que el no realizar actividades extracurriculares y tener una buena relación con el equipo se asoció con niveles altos de baja RP. **Conclusiones:** La prevalencia del SBO estuvo presente en menos de la mitad de los internos y tampoco se encontró asociación entre los factores y el SBO. Se determinó asociación entre las dimensiones del SBO y aquellos que no tenían una relación sentimental, estudiaban menos de 10 horas semanales, no realizaban actividades extracurriculares y tuvieron buena relación con el equipo.

Palabras claves: Síndrome de Burnout, internos de medicina, agotamiento emocional, despersonalización, realización personal.

Abstract

Objective: To establish the Prevalence of burnout and its associated factors in interns of medicine at the National Arzobispo Loayza hospital, 2017. **Method:** A descriptive, cross-sectional correlational study conducted in the population of HNAL interns of medicine, the sample was 102 participants, who rotated during the month of December in said headquarters. Data collection was carried out through two surveys, one on sociodemographic and labor characteristics, and another through the Maslach Burnout Inventory in its version Human Services Survey validated in Spanish. **Results:** A prevalence of SBO of 26.5% was found (n=27), the dimension with the greatest affectation was that of personal accomplishment with 56% (n=57). Regarding sociodemographic and labor factors, no association was found for the SBO. High levels were obtained in depersonalization (DP) 52% (n = 53), low personal accomplishment (AP) 55.9% (n=57) and emotional exhaustion (EE) 45.1% (n = 46). Not having a romantic relationship and studying less than 10 hours per week was associated with high levels of PD, as well as not doing extracurricular activities and having a good relationship with the team was associated with high levels of low personal accomplishment (PA). **Conclusions:** The prevalence of SBO was present in less than half of the inmates and there was no association between the factors and SBO. An association was determined between the dimensions of SBO and those who did not have a romantic relationship, studied less than 10 hours per week, did not perform extracurricular activities and had a good relationship with the team.

Keywords: Burnout Syndrome, medicine interns, emotional exhaustion, depersonalization, personal accomplishment.

Introducción

El internado médico en el Perú; es la etapa en la cual el estudiante de medicina cursa el último año durante su etapa de pregrado, se lleva a cabo dentro de los hospitales públicos y en algunas clínicas privadas a nivel nacional.

La labor del interno de medicina consiste en participar en rondas médicas, realizar procedimientos médicos y quirúrgicos, elaborar notas de evolución de cada paciente, participar en turnos de guardia diurna y nocturna, a lo que se añaden numerosos trámites administrativos propios de un sistema de salud como el nuestro. Estela et al. (2010, p.2)

Esta transición es la etapa más crítica de la carrera debido a la presión académica, el estrés laboral, la privación del sueño, la inestabilidad financiera, las dolencias y la muerte de los enfermos, para muchos la primera vez que verán morir a sus pacientes y el sufrimiento de los familiares sin saber cómo reaccionar en ese momento, estas situaciones tienen un efecto negativo en la salud mental del estudiante donde se verá incrementada la prevalencia de enfermedades como depresión, ansiedad, psicopatologías, abusos de sustancias como droga, tabaco, alcohol, abandono del internado y en algunos casos llegar al suicidio. Borda y Navarro (2007)

En esta problemática surge el Síndrome de Burnout (SB), Saborío e Hidalgo (2015, p.1) lo definen como “Síndrome de Desgaste Profesional (SDP), Psíquico o del Quemado (SQ), usualmente se describe como una forma inadecuada de poder afrontarlo, cuyos rasgos principales son el agotamiento emocional, la despersonalización y la disminución del desempeño personal”.

Actualmente según Estela et al. (2010, p. 2) “el SBO se define como una entidad patológica compuesta por tres esferas: agotamiento emocional (AE), despersonalización (DP) y falta de realización personal (RP). El AE se refiere a la sensación de cansancio relacionada con el trabajo; la DP, a una respuesta impersonal, insensible, deshumanizada, poco empática o negativa hacia

quienes se atiende o se brinda los servicios; y la RP, a la visión de competencia, logros o éxito en el trabajo”.

Es por todo lo antes mencionado que los profesionales de la salud son más propensos a padecer de SBO, algunos autores refieren que se comienza a cultivar desde la escuela de medicina. Rosales (2012). Según un estudio realizado por Dyrbye et al. (2010) entre los estudiantes de medicina hasta un 49,6% pueden padecer síndrome de sobrecarga emocional. El trabajo de Estela et al. (2010), en internos de medicina de la UPCH donde la prevalencia de SBO fue de 57,2%. O el de Jaime (2014) en internos del hospital nacional dos de mayo se observa que el 35% presentó niveles altos de agotamiento emocional, y 51% niveles altos de despersonalización.

Motivo por el cual surge la necesidad de estar en constante conocimiento del estado de salud mental de nuestros estudiantes de medicina para que las universidades respectivas y hospitales donde se encuentren puedan realizar intervenciones tempranas para mejorar el rendimiento académico, laboral, interpersonal y sobre todo para que puedan brindar una adecuada atención a sus pacientes ya que de ellos depende mucha de las intervenciones que se le realicen para lograr su mejoría. No solo nos enfoquemos en el paciente, sino también en quien brinda la atención. Este trabajo se basa en la prevalencia del Síndrome de burnout en los internos de medicina del Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2017 y los factores sociodemográficos y laborales que influyen en su aparición. Los internos son la futura generación joven de médicos del país y es de importancia conocer el estado de salud mental en el que se encuentran, debido a que la empatía, el buen trato y la preocupación por nuestros pacientes tiene que ser brindada para poder tratar de manera adecuada sus enfermedades y dolencias, pero si no se encuentran en las condiciones adecuadas no podrán realizar su trabajo de forma adecuada.

Antecedentes

Antecedentes internacionales:

Guevara – Henao et al. (2002), realizó la investigación: *Síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes*, en el Hospital Universitario del Valle-Cali, se evaluaron a 150 médicos, 63 practicantes internos y 87 residentes. La investigación llegó a las siguientes conclusiones: el 85.3%, (n=128) presentaron SB de moderado a severo la dimensión más afectada fue la de agotamiento emocional. Aquellos que tuvieron SB, el 90% presentó disfunción familiar. Encontrándose asociación entre el SB y la presencia de disfunción familiar.

Borda – Navarro et al. (2007), según la investigación: *Síndrome de Burnout en estudiantes de internado del Hospital Universidad del Norte*, Colombia, tuvo como objetivo establecer el comportamiento y los factores de riesgo asociados al síndrome de Burnout en estudiantes del último año de medicina en el internado rotatorio I y II; fueron 55 estudiantes a quienes se les realizó las tres encuestas. La conclusión de la investigación fue, que el SBO es fue en los internos. Encontrándose asociación entre las relaciones con el equipo de trabajo y los grados de agotamiento emocional y de realización personal.

Arango – Castaño et al. (2010), realizó la investigación: *Síndrome de Burnout, y factores asociados en estudiantes de I a X semestre de la Facultad de Medicina de la Universidad de Manizales (Colombia), 2009*, Colombia; la muestra estuvo conformada por 234 estudiantes, quienes fueron evaluados mediante tres cuestionarios, la primera sobre características sociodemográficas, la segunda la escala de MBI y por último la escala de riesgo suicida de Plutchick. Llegaron a las siguientes conclusiones: 34% de SBO, en los componentes de

agotamiento emocional alto 42.3%, realización personal alta 39% y bajo despersonalización 35.7%. Se obtuvo también 60.5% de ansiedad, 30.5% de depresión, 11.8% de riesgo suicida. No se obtuvo asociación con género, estado civil y consumo de alcohol.

Eróstegui – Gutierrez et al. (2010), en la siguiente investigación titulada: *Síndrome de Burnout en estudiantes de la Facultad de medicina de la UMSS junio-julio 2009*, Universidad Mayor de San Simón Cochabamba, Bolivia, la muestra fue de 245 estudiantes a quienes se le realizó el cuestionario validado de MBI-HSS. Las conclusiones de la investigación fueron: el SBO estuvo presente el 23% de los estudiantes, siendo el sexo femenino el que presentaba mayor frecuencia, y un 68% presentaba alto agotamiento emocional.

Rosales, Yuri. (2012), en su investigación: *Estudio unidimensional del síndrome de burnout en estudiantes de medicina de Holguín*, Universidad de Ciencias Médicas de Holguín (UCMH), Cuba, de tipo descriptivo transversal en estudiantes de primer año de medicina. La muestra estuvo conformada por 70 estudiantes de primer año, a quienes se les realizó la encuesta de MBI. Se llegó a la conclusión que el sexo femenino fue el más afectado, en comparación con el masculino.

Reyes – Medina et al. (2012), en el estudio titulado *Estudio de síndrome de Burnout, depresión y factores asociados en los practicantes internos del Hospital Escuela*, Honduras. Se aplicó la encuesta del MBI y la Escala de autoevaluación para la depresión de Zung a un total de 201 internos. Llegaron a la conclusión de que tenían una alta prevalencia de síndrome burnout en sus internos.

Antecedentes Nacionales:

Estela – Jiménez et al. (2010), en su trabajo de investigación titulado: *Prevalencia de síndrome de Burnout en alumnos del séptimo año de medicina de una universidad privada de Lima, Perú*; Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima- Perú. Realizado en 117 estudiantes de medicina, a quienes se les proporciono dos encuestas, la primera sobre las características sociodemográficas y laborales y la segunda fue, la escala de MBI-HSS. Las conclusiones fueron: se encontró una prevalencia del SBO de 57.2%, no se logró encontrar asociación entre as variables sociodemográficas y laborales respecto al síndrome de burnout, sin embargo, se encontró asociación en aquellos que tenían una enfermedad mental y no realizaban actividad extracurricular con las dimensiones del SBO.

Jaime (2014), en su siguiente investigación: *Síndrome de Burnout en Internos de Medicina del Hospital Nacional Dos de mayo 2013-2014*, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima-Perú. Quien tuvo como finalidad identificar las diferencias en el nivel de Burnout aplicando la escala de MBI-HSS en los internos de medicina finalizaban el internado respecto a los que comenzaban. Su muestra estuvo conformada por 100 internos del año 2013 y 100 internos del 2014. Se llegó a la siguiente conclusión: Una prevalencia de Síndrome de Burnout medio (183) el 47.3% lo conforman los internos salientes, al igual que el SBO alto la mayor prevalencia se encuentra en los internos que finalizaron, no se halló asociación entre el sexo y el burnout.

Villavicencio (2015), en su estudio titulado: *Asociación entre la depresión y el síndrome de Burnout en médicos residentes e internos de medicina en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en el año 2015*, de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, en Perú. Conformada

por 39 residentes y 81 internos. Donde se concluye: se obtuvo una prevalencia 46.7% del Síndrome de Burnout y este a su vez puede llegar a presentar 83 veces más depresión en personas que la padecen. Encontrándose asociación del burnout con la depresión.

Nakandakari – De la Rosa et al. (2015), realizó la investigación *Síndrome de burnout en estudiantes de medicina pertenecientes a sociedades científicas peruanas: Un estudio multicéntrico*, de la Sociedad Científica Médica Estudiantil Peruana (SOCIMEP) de Lima- Perú, la población estudiada fueron todos los estudiantes de medicina humana pertenecientes a 9 sociedades científicas de diferentes departamentos. Se encuestó en total a 158 estudiantes de medicina humana. Se encontró una prevalencia de 57,6% de SBO, para las dimensiones de halló un 24,1 % de agotamiento emocional alto, un 45,6% de despersonalización, el 25,3% presentó baja realización personal. El 60,8% realizaba un trabajo de investigación y el 49,4% pertenecía a algún cargo en su sociedad científica. Las conclusiones de la investigación fueron: se llegó a identificar una importante frecuencia de SBO en los estudiantes de Medicina pertenecientes a las sociedades científicas estudiadas.

Marco teórico:

El síndrome de Burnout (SB) o también conocido como síndrome de desgaste profesional, síndrome de sobrecarga emocional, síndrome del quemado o síndrome de fatiga en el trabajo fue declarado, en el año 2000, es clásicamente definido como una forma inadecuada de afrontar un estrés emocional crónico, caracterizado por cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal. (Saborío et al., 2015, p.1) A pesar de su reconocimiento como un factor de riesgo laboral por parte de la OMS y su corriente diagnóstico por parte de médicos y profesionales

de la salud mental, no se describe en la Clasificación internacional de enfermedades (CIE-10), ni en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSMIV) (A. P. Association. 2013, pp.9-10), ni se incluyó en la nueva versión del Manual de la Asociación Estadounidense de Psicología (DSM-V) por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Echeburúa, Salaberría y Cruz (2014).

Hernández, Terán, Navarrete y León (2007) describen que el primer caso reportado de síndrome de desgaste profesional en la literatura fue hecho por Graham Greens en 1961, en su artículo “a burnout case”.

Luego, en 1974, el psiquiatra germano estadounidense Herbert J. Freudenberger realizó la primera conceptualización de esta patología, a partir de observaciones que realizó mientras laboraba en una clínica para toxicómanos en New York y notó que muchos de sus compañeros del equipo de trabajo, luego de más de 10 años de trabajar, comenzaban a sufrir pérdida progresiva de la energía, idealismo, empatía con los pacientes, además de agotamiento, ansiedad, depresión y desmotivación con el trabajo. (Borda y Navarro. 2007, p. 45)

En 1982, la psicóloga Cristina Maslach, de la Universidad de Berkeley, California y el psicólogo Michael P. Leiter, de la Universidad de Acadia Scotia crearon el Maslach Burnout Inventory (MBI) -que desde 1986 es el instrumento más importante en el diagnóstico de esta patología (Saborío e Hidalgo. 2015, pp. 2-3). Para Maslach (1997) citado por Saborío e Hidalgo (2015. p, 2) en su descripción del síndrome, limitó el SB a los profesionales que interactúan con personas en su quehacer laboral.

Pines y Aronson (1988) atravesaron las fronteras establecidas por Maslach y plantean que “cualquier tipo de profesional puede padecerlo, aunque no brinde ayuda a otras personas (como los profesionales de la salud)”.

Para Martínez (2012) citado por Jaime (2014, p.11) refiere que “En la actualidad, en general, se admite que el Burnout es un proceso de respuesta a la experiencia cotidiana de ciertos acontecimientos y se desarrolla secuencialmente en cuanto a la aparición de rasgos y síntomas globales”.

Así, existe una variedad de modelos procesuales que tratan de explicar el desarrollo del síndrome de Burnout, aunque ninguno de ellos ha sido absolutamente aceptable y satisfactorio. Algunos de los autores que han intentado una visión global son: Manzano (1998), Gil-Monte, Peiró y Valcarcel (1995), Golembiewski, Sun, Lin y Boudreau (1995), Farber (1991), Leiter y Maslach (1988), Pines y Aronson (1988), Cherniss (1982, 1980), entre otros. (Martínez, 2012, p. 8)

Para Cherniss (1982) citado por citado por Martínez (2012, p.9), postula que: “El Burnout se da como un proceso de adaptación psicológica entre el sujeto estresado y un trabajo estresante, en el cual el principal precursor es la pérdida de compromiso. El proceso lo describe en tres fases: fase de estrés, fase de agotamiento y fase de afrontamiento defensivo. La fase de estrés consiste en un desequilibrio entre las demandas del trabajo y los recursos de los que dispone el individuo para hacer frente a esos acontecimientos. La Fase de agotamiento se produce con la respuesta emocional inmediata del sujeto ante dicho desequilibrio, quien presentará sentimientos de preocupación, tensión, ansiedad y fatiga. La fase de afrontamiento implica cambios en la conducta y en la actitud del trabajador, caracterizándose por un trato impersonal, frío y cínico a los usuarios”.

Según Maslach y Schaufeli (1993) “algunas características del síndrome de burnout:

- ✓ Predominan más los síntomas mentales o conductuales que los físicos. Entre los síntomas disfóricos se señalan, el cansancio mental o emocional, fatiga y depresión; siendo el principal el Cansancio Emocional.

- ✓ Los síntomas se manifiestan en personas que no sufrían ninguna Psicopatología anteriormente.
- ✓ Se lo clasifica como un síndrome clínico-laboral.
- ✓ Se desencadena por una inadecuada adaptación al trabajo, que conlleva a una disminución del rendimiento laboral junto a la sensación de baja autoestima”. (Jaime, 2014, p.12)

El síndrome de burnout se puede explicar por tres dimensiones. Según Jaime (2014, p.13)

- I. **“Cansancio o agotamiento emocional:** Es el aspecto clave y se refiere a la fatiga asociado a pérdida progresiva de energía.
- II. **Despersonalización:** Construcción, por parte del sujeto, de una defensa para protegerse de los sentimientos de impotencia y frustración. Ésta implica actitudes y sentimientos cínicos, negativos sobre los propios usuarios, que se manifiestan por irritabilidad y respuestas impersonales hacia las personas que prestan sus servicios.
- III. **Abandono de la realización personal:** El trabajo pierde el valor que tenía para el sujeto. Es el deterioro del autoconcepto acompañado de sensaciones de inadecuación, de insuficiencia y de desconfianza en sus habilidades”.

Estas dimensiones son respuestas del individuo que se le presenta al estar sometido a diferentes situaciones estresantes, motivo por el cual sujeto manifestará ciertas actitudes como un mecanismo de defensa, por tal no se considera dentro del ámbito de las psicopatologías psiquiátricas, es por eso que tienen que ser explicadas desde el punto de vista psicológico, el no tomarlo de esta manera generaría confusión al cambiar conceptualización del constructo tridimensional del SBO. Jaime (2014, pp.42-43)

Factores de Riesgo:

Identificar los factores de riesgo para la prevalencia del SBO, es necesario para realizar las intervenciones oportunas. Estela et al. (2010). Dyrbye et al. (2008) reportan que 26% de los estudiantes que estuvieron desgastados al inicio de su estudio fueron recuperados dentro del siguiente año lo que evidencia que es reversible. Se debe tener en cuenta que la población de internos tiene menos factores de riesgo para el desarrollo de esta, si consideramos que se relacionada con la vinculación laboral y el desgaste profesional de instauración progresiva durante los años de desempeño exigente y estresante. Arango y Castaño (2009).

En el Perú se han descrito la relación de SBO con algunos factores sociodemográficos: como el sexo, edad, estado civil y factores laborales: condición laboral, la actividad laboral, el cargo laboral y el clima laboral. Aguilar y Gutiérrez (2007). Como es el caso de Estela et. al (2010) refieren “encontrar que hay mayor SBO en los que vivían solos, no realizaban actividades extracurriculares, consumían más de una vez a la semana alcohol, no recibían remuneración, trabajaban más de 8 horas diarias y tenían relaciones regulares con el equipo de trabajo.” En comparación al estudio de Dyrbye et al. (2008) refieren “que características personales, eventos negativos en la vida y el ambiente de trabajo-estudio se relaciona con mayor prevalencia de SBO.”

Borda et al. (2007) refieren “encontrar mayor prevalencia de SBO en las edades más jóvenes, estado civil soltero, el no tener hijos, relaciones regulares con el equipo de trabajo, el tener hijos se asoció a una mayor prevalencia con la dimensión de agotamiento emocional y en el sexo femenino más no se encontró asociación estadística en este.” Otro estudio refiere que el consumo de sustancias como alcohol, tabaco y otras drogas es un factor de riesgo. Arango y Castaño (2010).

Jaime (2014, pp. 13-14) mencionó: “Otro elemento importante como desencadenante de Burnout son las condiciones horarias de trabajo: trabajos a turnos, altas rotaciones, trabajo nocturno, largas jornadas de trabajo o gran cantidad de horas extraordinarias”.

Manifestaciones clínicas:

Debido a que el SBO la mayoría de las consecuencias son de carácter emocional ya que su escala de medición se basa en ese factor, veremos conductas individuales como pérdida de la autoestima, frustración, desconfianza, el autosabotaje, aislamiento social e incluso manifestar desordenes fisiológicos, Jaime (2014, p. 16) mencionó: “cefaleas, dolores musculares, dolores de muelas, náuseas, pitidos aurales, hipertensión, úlceras, pérdida de la voz, pérdida de apetito, disfunciones sexuales y problemas de sueño. En general, pueden aparecer y/o aumentar los trastornos psicosomáticos y la fatiga crónica”.

Aceves (2006) describe que la clínica del síndrome se esquematizó en cuatro niveles:

- ✓ Leve: quejas vagas, cansancio, dificultad para levantarse a la mañana.
- ✓ Moderado: cinismo, aislamiento, suspicacia, negativismo.
- ✓ Grave: enlentecimiento, ausentismo, aversión, abuso de alcohol o drogas.
- ✓ Extremo: aislamiento muy marcado, colapso, cuadros psiquiátricos, suicidios.

Evaluación del Síndrome de burnout:

Fluker (2015, p.32) refiere que “se mide por medio de cuestionario Maslach de 1986 que es el instrumento más utilizado en todo el mundo”, el *Maslach Burnout Inventory*, versión *Human Services Survey* - (MBI-HSS) (Maslach & Jackson, 1981) para medir el síndrome de *burnout* en personas que se desempeñan en actividades asistenciales (Lee & Ashforth, 1996; Maslach,

Jackson, & Leiter, 1996). Este cuestionario que fue traducido a la lengua castellana lo validó Gil Monte, P. en el 2002.

Según Gil Monte (2002), citado por Jaime (2014, p.17): “Esta escala alcanzó valores de fiabilidad de Cronbach aceptables, tiene una alta consistencia interna de 0.80 y la validez convergente y la discriminante han sido adecuadas, con una fiabilidad cercana al 90% para el agotamiento personal, 79% para la despersonalización y 71% para la baja realización personal, es autoadministrado y está constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes”.

Su función es medir el desgaste profesional. El MBI-HSS define el síndrome de *burnout* como un constructo tridimensional que incluye tres específicos aspectos: cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal, con resultados bajo-medio-alto para cada dimensión. Altas puntuaciones en las dos primeras subescalas y bajas en la tercera permiten diagnosticar el trastorno. (Jaime, 2014, p. 17).

Dimensión de agotamiento emocional: Conformada por 9 ítems. Evalúa la actitud de estar cansado emocionalmente por las altas jornadas de trabajo. Máxima puntuación 54 (conformadas por las preguntas: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20).

Dimensión de despersonalización: Consta de 5 ítems. Mide el grado en el que cada individuo evidencia sus actitudes de frialdad y distanciamiento. Máxima puntuación 30 (conformadas por las preguntas: 5, 10, 11, 15, 22).

Dimensión de realización personal: Conformada por 8 ítems. Valora los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo. Máxima puntuación 48 (conformadas por las preguntas: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21).

Problema e hipótesis:

Planteamiento del problema:

¿Cuáles son los principales factores que determinan la aparición del síndrome de burnout en internos de medicina del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el 2017?

Hipótesis 1:

- Hi: Los factores sociodemográficos influyen en la aparición del Síndrome de burnout en internos de medicina del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el 2017.
- Ho: Los factores sociodemográficos no influyen en la aparición del Síndrome de burnout en internos de medicina del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el 2017.

Hipótesis 2:

- Hi: Los factores laborales influyen en la aparición del Síndrome de burnout en internos de medicina del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el 2017.
- Ho: Los factores laborales no influyen en la aparición del Síndrome de burnout en internos de medicina del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el 2017.

Justificación

En los profesionales de la salud a comparación de otras carreras se ha observado que son más susceptibles a poder desarrollar algunos trastornos como psicopatologías, ansiedad, estrés,

adiciones y en algunos casos llegar hasta el suicidio. Estela et al. (2010) Debido al agotamiento emocional continuo en el que se encuentran ya sea por la carga laboral, la fatiga, el poco sueño, los pacientes y el lidiar con sus familiares, afrontar la muerte y verla a diario, el poco tiempo que le puedan dedicar a sus familias, las guardias diurnas y nocturnas y la responsabilidad legal que todo eso conlleva. Arango y Castaño (2010) Lo que sugiere que el origen de esto proviene desde el proceso de formación, los años de pregrado y sobre todo el último año de medicina, llamado aquí en Perú el internado médico, el año en la cual como interno se tiene mayor participación en el sistema de salud adquiriendo responsabilidades no médico-legales pero de mayor carga académica, encargándose de la evolución de los pacientes, asumiendo múltiples guardias intercaladas tanto diurnas y nocturnas en las 4 grandes rotaciones por la que pasará durante esos 12 meses.

En un estudio realizado por Galli, Feijóo, Roig y Romero (2002) en nuestro país entre estudiantes del 4to, 5to y 6to año de la facultad de medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH), reportaron que un 45,6% presenta alguna patología psiquiátrica, mientras que Saavedra et al. (2002) encontró una prevalencia de 24,6% de trastornos psiquiátricos en jóvenes limeños de 18 a 24 años.

En esta problemática se encuentra al Síndrome de Burnout, Luna, Mayor, Taype (2015, p.3) refieren decir que “es una medida de pobre salud mental debido a una forma inadecuada de enfrentar el estrés crónico que surge durante la formación académica y se ve manifestada en aquellas etapas como el internado médico, el residentado o como especialista”. El estudio multicéntrico de Dyrbye et al. (2008) incluyó 4 387 estudiantes de medicina en EE. UU. reportaron una prevalencia de SBO de 49,6%. La prevalencia del SBO varía dependiendo del país o región en donde se encuentre, esto depende de los diferentes sistemas de salud que se manejan en cada

lugar, así como de otros factores organizacionales intrínsecos del hospital y de los profesionales de salud en los que se realice. Motivo por el cual es esta la relevancia del estudio del Síndrome de Burnout entre los profesionales de la salud, al producir consecuencias negativas tanto laborales como personales, la cual obliga a profundizar e interesarse más por este tema. Un estudio realizado por Jaime (2014), en nuestro país con internos de medicina reportan que el 35% presentó niveles altos de agotamiento emocional, y 51% niveles altos de despersonalización. Otro estudio por Villavicencio (2015) entre una población de médicos residentes e internos del HDAC donde buscaban la asociación entre el síndrome de burnout y depresión, reportan la prevalencia global del Síndrome de Burnout fue 46.7% y estos desarrollan 83 veces más depresión en comparación a los que no la padecen. Cabe resaltar que no hay muchos estudios en población de internos de medicina, siendo esta la etapa de transición entre el pregrado y la puerta a ser médico donde se observa una mayor prevalencia de este. Con lo expuesto anteriormente es justificable y de importancia, porque hasta el momento no se han reportado estudios en el HNAL sobre la población de internos y el síndrome de burnout. Esto contribuirá a que se tomen las medidas oportunas para ayudar a la población estudiantil desde los primeros años de formación, para que tengan un mejor rendimiento académico y sobre todo una mejor atención a sus pacientes que es el pilar de esta hermosa carrera.

Objetivos

Objetivo General

- Determinar la prevalencia y los factores asociados al Síndrome de Burnout en internos de medicina del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el 2017.

Objetivos Específicos

- Identificar la dimensión que presenta mayor afectación en el Síndrome de Burnout.
- Identificar la escala que tenga mayor prevalencia por cada dimensión del síndrome de burnout.
- Determinar la asociación entre los factores sociodemográfico con las dimensiones del Síndrome de Burnout y describir las variables con mayor prevalencia por dimensión del SBO en los internos.
- Determinar la asociación entre los factores laborales con las dimensiones del Síndrome de Burnout y describir las variables con mayor prevalencia por dimensión del SBO en los internos.
- Hallar la prevalencia de los factores sociodemográficos que influyen en la aparición del Síndrome de Burnout en internos de medicina del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el 2017.
- Hallar la prevalencia de los factores laborales que influyen en la aparición del Síndrome de Burnout en internos de medicina del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el 2017.

Método

Participantes

Población

La población estudiada estaba constituida por los 125 internos de medicina de las respectivas rotaciones: medicina interna, cirugía general, ginecología y pediatría durante el periodo de enero

a diciembre del 2017 y que se encontraban rotando durante el último mes del internado (diciembre) en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

Criterios de inclusión:

- Internos de medicina del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, que aceptaron participar y firmar el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Internos de medicina que se encontraban realizando alguna rotación externa durante el último mes del internado.
- Internos que durante tres oportunidades no se los encontró en sus servicios respectivos.

Muestra

La muestra estuvo constituida por 102 internos de medicina humana de las 4 diferentes rotaciones del internado, que se encontraban rotando en el HNAL durante el último mes del internado y aceptaron participar mediante la firma de un consentimiento informado, fueron excluidos del estudio 23 internos, 20 se encontraban haciendo rotaciones externas y 3 no fueron encontrados en tres oportunidades en sus respectivos servicios durante la recolección de datos.

Método de muestreo utilizado

Para el presente estudio se utilizó el muestreo no probabilístico, ya que la selección se hará en base al criterio del investigador.

VARIABLES DE ESTUDIO

Variable dependiente:

Síndrome de burnout: Jaime (2014, p. 15) “El término fue conceptualizado por Maslach (1976) como el síndrome de desgaste profesional de las personas que trabajan en diversos sectores de servicios humanos, siempre en contacto directo con los usuarios, especialmente personal sanitario y profesores”.

Variables independientes:

- **Factores sociodemográficos:**

- | | |
|-----------------------|------------------------------|
| -Sexo | -Enfermedad mental |
| -Edad | -Consumo de alcohol |
| -Estado civil | -Consumo de tabaco |
| -Relación sentimental | -Consumo de otras sustancias |
| -Hijos | -Convivencia |

- **Factores laborales:**

- | | |
|----------------------------|-----------------------------|
| -Actividad extracurricular | -Horas de estudio semanales |
| - Remuneración | - Horas de sueño diarias |
| - Horas de trabajo | - Relación con el equipo |

Instrumentos

Materiales

Tipo y diseño de investigación

Estudio observacional, tipo descriptivo correlacional de diseño transversal, porque solo se tomó una medición con las variables.

Técnica e instrumento de recolección de datos

La recolección de datos se obtuvo mediante dos encuestas: Cuestionario ad-hoc que consta de 16 preguntas, donde se tomaron datos para los dos factores del estudio, referente al factor sociodemográfico consta de 10 variables y para los factores laborales consta de 6 variables. (Anexo 2).

Encuesta del Maslach Burnout Inventory en su versión Human Services Survey (MBIHSS) validada en español (Anexo 3), es el instrumento Gold Standard para medir el SBO detecta la presencia del síndrome y cuenta con tres dimensiones, que valora los sentimientos y las actitudes que toma el profesional en su trabajo y con sus pacientes. Este cuestionario consta de 22 ítems que está planteado en una escala tipo Likert, donde se indica la frecuencia con la que experimentaron la situación descrita por el ítem el último mes del internado, dicha escala de frecuencia conformada por siete grados que van de 0 (nunca) a 6 (todos los días), mide también la intensidad por scores para cada dimensión del burnout que son definidos como: bajo, medio y alto usando puntos de corte establecidos, de la siguiente manera:

Dimensión de agotamiento emocional: Compuesta por 9 ítems. Estima la vivencia de estar cansado emocionalmente por las jornadas laborales. (conformadas por las preguntas: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20).

Puntuación: Bajo ≤ 18

Medio 19-26

Alto ≥ 27

Dimensión de despersonalización: Consta de 5 ítems. Evalúa el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. (conformadas por las preguntas: 5, 10, 11, 15, 22).

Puntuación: Bajo ≤ 5

Medio 6-10

Alto ≥ 11

Dimensión de realización personal: Conformada por 8 ítems. Valora los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo (conformadas por las preguntas: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21).

Puntuación: Bajo ≤ 33

Medio 34-39

Alto ≥ 40

Bajas puntuaciones en realización personal y altas puntuaciones en agotamiento emocional y en despersonalización se consideran como diagnóstico de Síndrome de burnout.

Control de Variable

La escala de MBI-HSS validada en español, alcanzó valores de fiabilidad de Cronbach aceptables, tiene una alta consistencia interna de 0.80 y la validez convergente y la discriminante han sido adecuadas, con una fiabilidad cercana al 90% para el agotamiento personal, 79% para la despersonalización y 71% para la baja realización personal.

Operacionalización de variable

Es el proceso a través del cual se estableció los procedimientos empíricos que permitió la obtención de datos de la realidad para verificar los objetivos y solucionar el problema. (Anexo 4)

Procedimiento

Proceso de recolección de datos, procesamiento y análisis de datos:

La base de datos recolectada fue pasada al programa Excel, para posteriormente ser analizado a través del software estadístico SPSS.24.0 (Statistical Package for the Social Science), los datos fueron analizados en tablas de frecuencias y desarrollados a través de la estadística descriptiva, la tendencia a la asociación entre el síndrome de burnout y los factores sociodemográficos y laborales fue analizado por medio del Chi cuadrado y el valor de su probabilidad tuvo un intervalo de confianza del 95% con un nivel de significancia de $p < 0,05$.

Aspectos éticos

En el proceso de la investigación se siguieron los Principios Básicos de Ética y Bioética y se respetó el principio de autonomía. Los participantes fueron ubicados en sus respectivos servicios de rotación durante el mes de diciembre, antes de ser incluidos los participantes recibieron una breve información acerca del propósito de este estudio y se puso a su conocimiento, que los cuestionarios eran anónimos y autoadministrados para evitar sesgos de información y respetar la confidencialidad. Aquellos que aceptaron, firmaron un consentimiento informado (Anexo 1) escrito que dio por válida su participación.

Resultados

Factores sociodemográficos:

Tabla 1
Distribución internos según sexo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Femenino	58	56,9	56,9	56,9
Masculino	44	43,1	43,1	100,0
Total	102	100,0	100,0	

Datos obtenidos (Elaboración propia)

En la tabla 1, se observó que del total de internos encuestados en el estudio que constituyen el 100% (n=102), el 57% (n=58) eran de sexo femenino y el 43% (n=44) del sexo masculino.

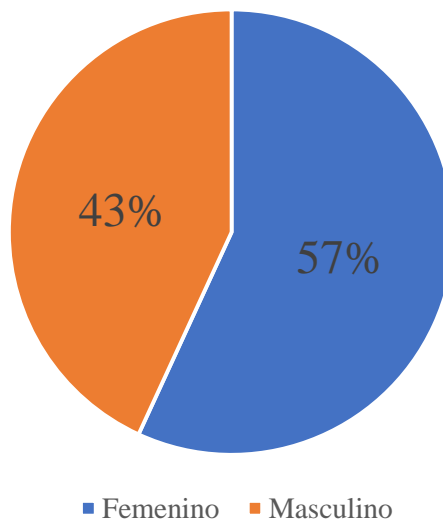


Figura 1. Sexo

Tabla 2
Distribución de internos según rango de edad

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	10	9,8	9,8	9,8
24 a 28 años	86	84,3	84,3	94,1
Más de 28 años	6	5,9	5,9	100,0
Total	102	100,0	100,0	

Datos obtenidos (Elaboración propia)

De la tabla 2, se aprecia que el 84% de los internos encuestados se encontraron entre el rango de edad de 24-28 años, 10% en el rango de edad de menos de 24 años y el 6% restante dentro del rango de más de 28 años.

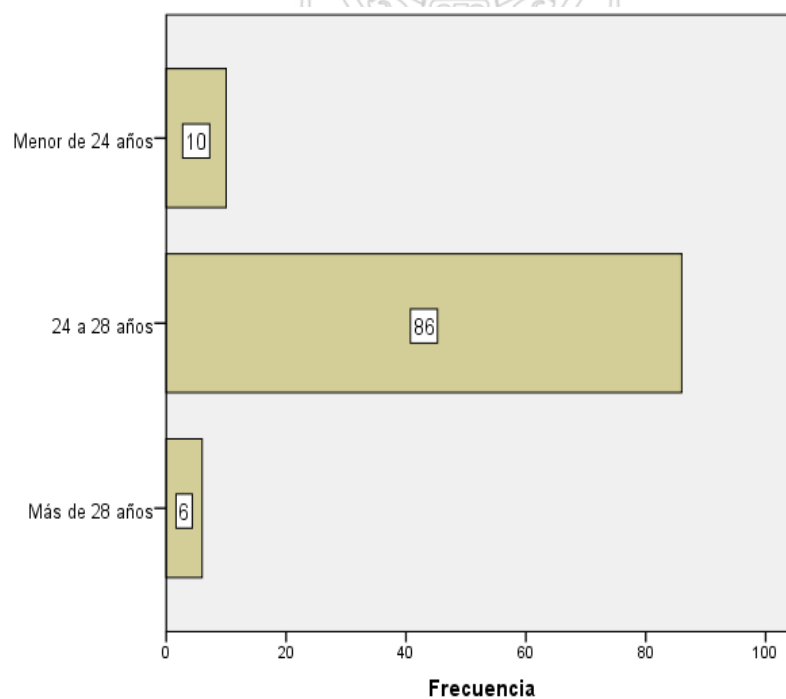


Figura 2. Rango de edades

Tabla 3
Distribución de internos según estado civil

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Soltero/a	94	92,2	92,2	92,2
Casado/a	8	7,8	7,8	100,0
Total	102	100,0	100,0	

Datos obtenidos (Elaboración propia)

De la tabla 3, se puede observar que del total de los internos encuestados 100% (n=102), el 92% (n=94) fueron solteros y el 8% (n=8) se encontraban casados.

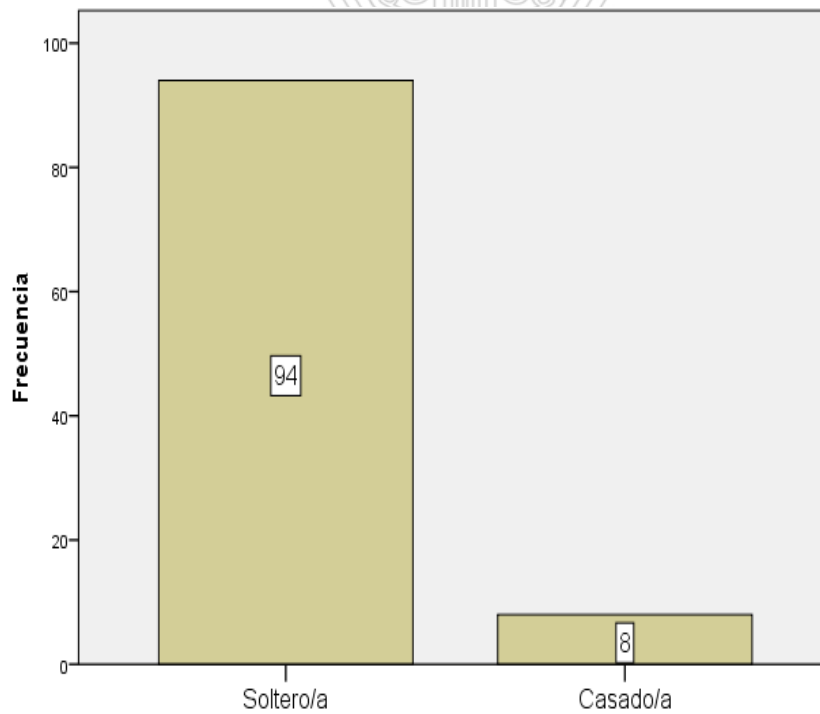


Figura 3. Estado civil

Tabla 4
Distribución de internos según relación sentimental

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	47	46,1	46,1	46,1
No	55	53,9	53,9	100,0
Total	102	100,0	100,0	

Datos obtenidos (Elaboración propia)

En la tabla 4 se muestra que, del total de internos encuestados el 55% eran solteros y el 47% se encontraban en una relación.

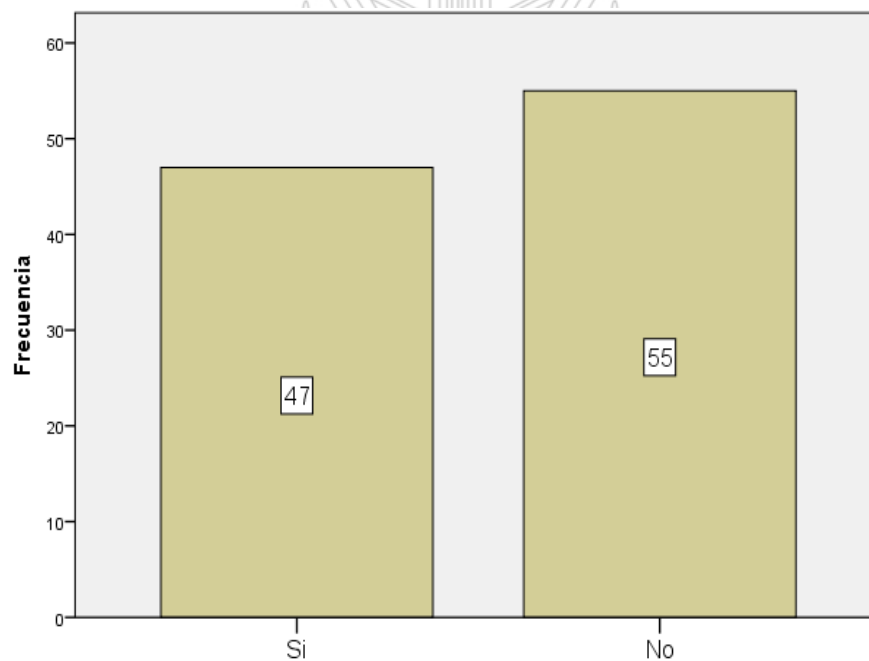


Figura 4. Relación sentimental

Tabla 5
Internos con hijos

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	6	5,9	5,9	5,9
No	96	94,1	94,1	100,0
Total	102	100,0	100,0	

Datos obtenidos (Elaboración propia)

De la tabla 5, se aprecia que el 6% (n=6) del total de internos encuestados tenían hijos en comparación con el 94% que no tenían.

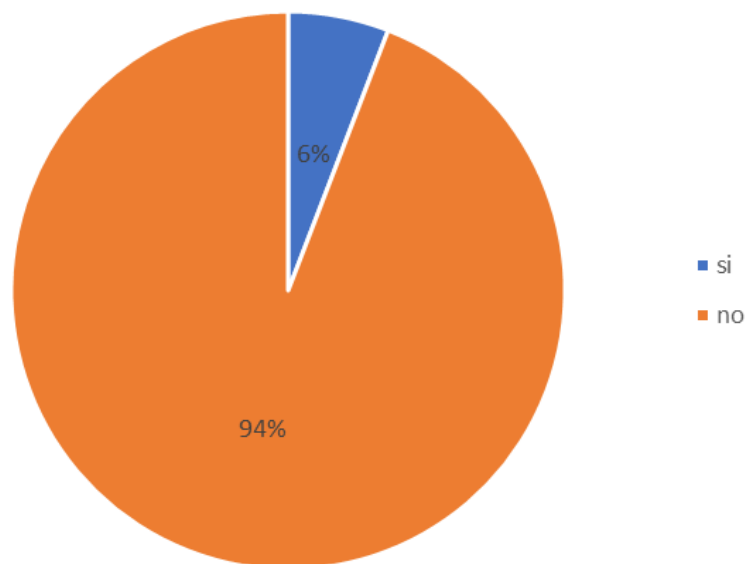


Figura 5. Hijos

Tabla 6
Distribución de internos según convivencia

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Padres/otros	82	80,4	80,4	80,4
Solo	20	19,6	19,6	100,0
Total	102	100,0	100,0	

Datos obtenidos (Elaboración propia)

En la tabla 6, se observa que el 80% del total de internos encuestados vivían con sus padres u otras personas, mientras que el 20% vivían solos.

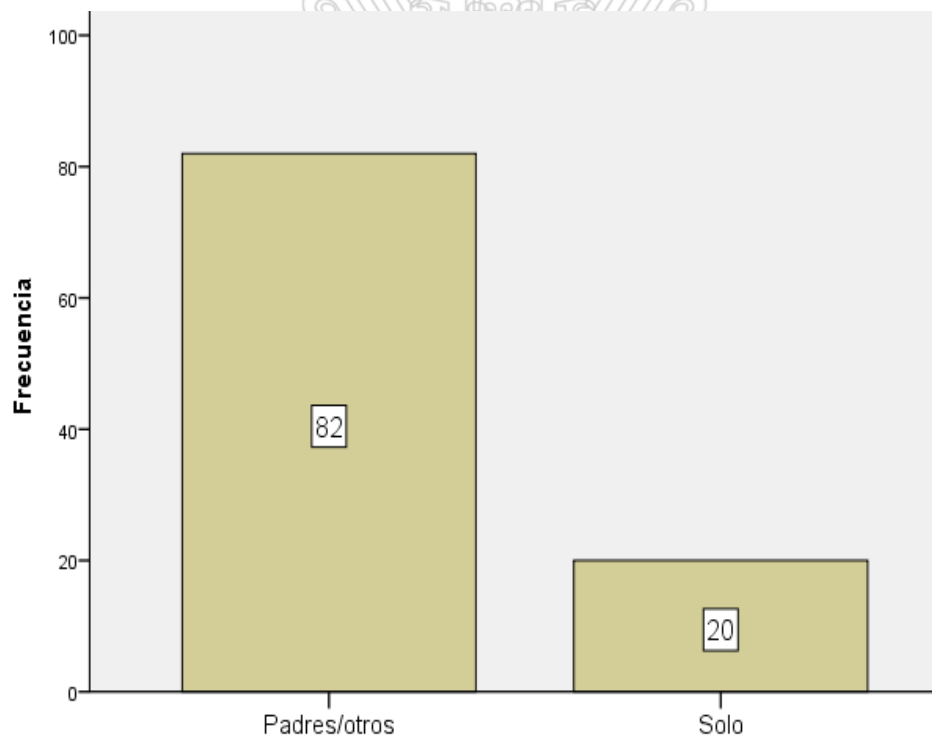


Figura 6. Convivencia en los internos

Tabla 7
Consumo de alcohol en internos

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	60	58,8	58,8	58,8
No	42	41,2	41,2	100,0
Total	102	100,0	100,0	

Datos obtenidos (Elaboración propia)

De la tabla 7, observamos que el 59% (n=60) del total de los encuestados consumía alcohol mientras que el 41% (n=42) no lo consumía.

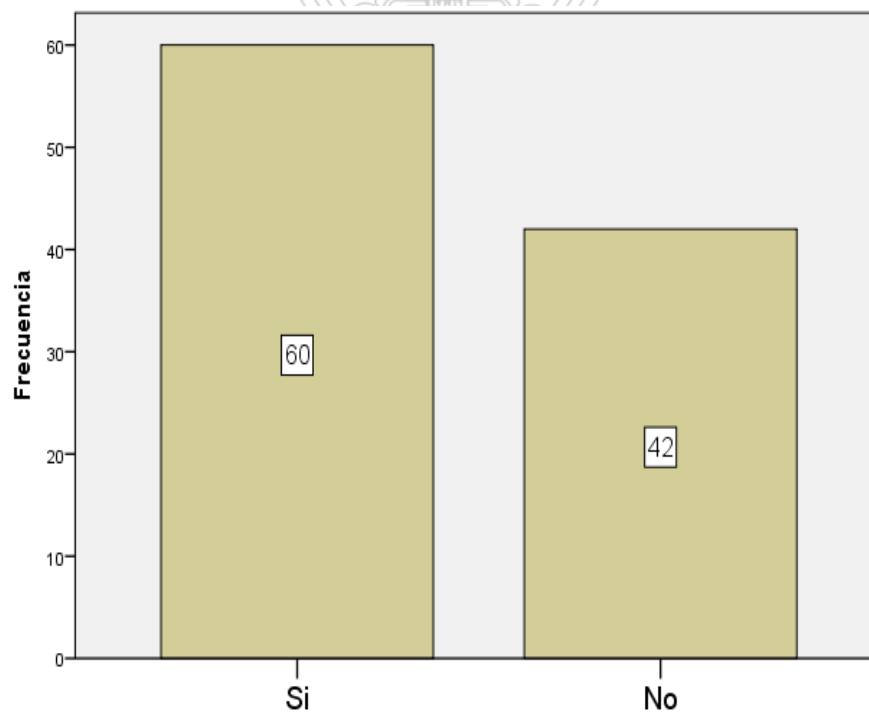


Figura 7. Consumo de alcohol

Tabla 8
Consumo de tabaco en internos

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	32	31,4	31,4	31,4
No	70	68,6	68,6	100,0
Total	102	100,0	100,0	

Datos obtenidos (Elaboración propia)

En la tabla 8 observamos que, del total de internos encuestados solo el 31% consumía tabaco en comparación del 69% que no lo consumía.

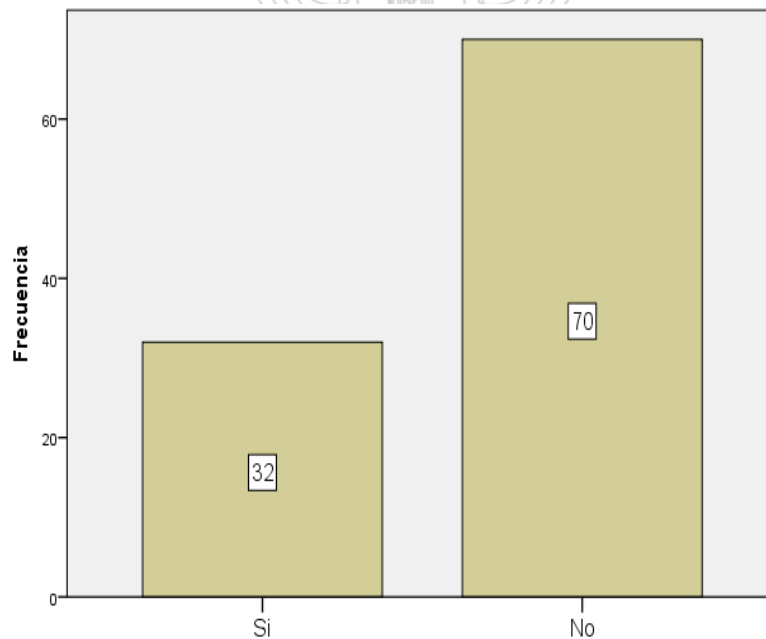


Figura 8. Consumo de tabaco

Tabla 9
Consumo de otras sustancias en internos

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	19	18,6	18,6	18,6
No	83	81,4	81,4	100,0
Total	102	100,0	100,0	

Datos obtenidos (Elaboración propia)

De la tabla 9, se observa que el 81% (n=83) del total de internos encuestados no consumía otras sustancias que no fuera alcohol ni tabaco, pero el 19% si las consumía.

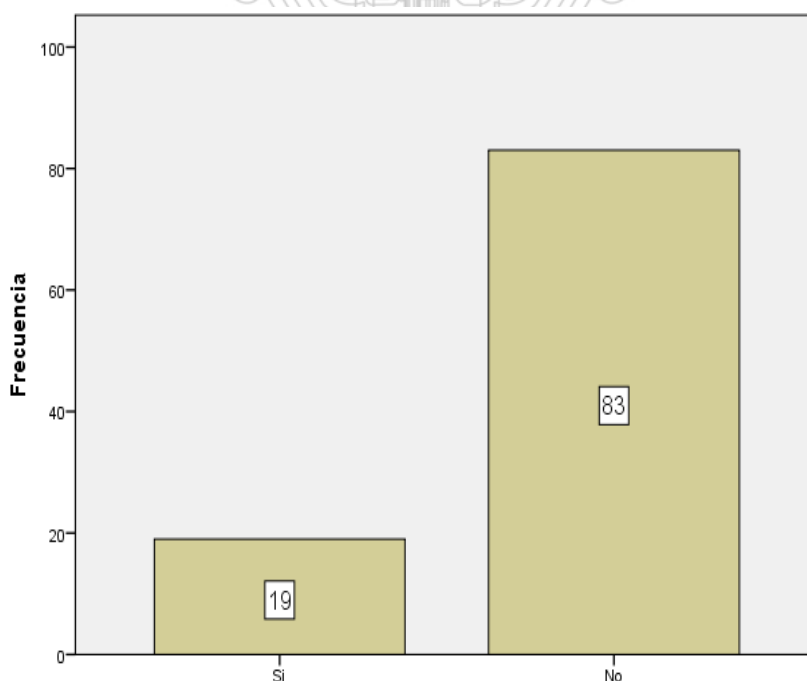


Figura 9. Consumo de otras sustancias

Tabla 10
Enfermedad mental en los internos

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	3	2,9	2,9	2,9
No	99	97,1	97,1	100,0
Total	102	100,0	100,0	

Datos obtenidos (Elaboración propia)

En la tabla 10, se observa que el 3% de la población de internos encuestados presentó alguna enfermedad mental diagnosticada en comparación del 97% que no lo presentó.

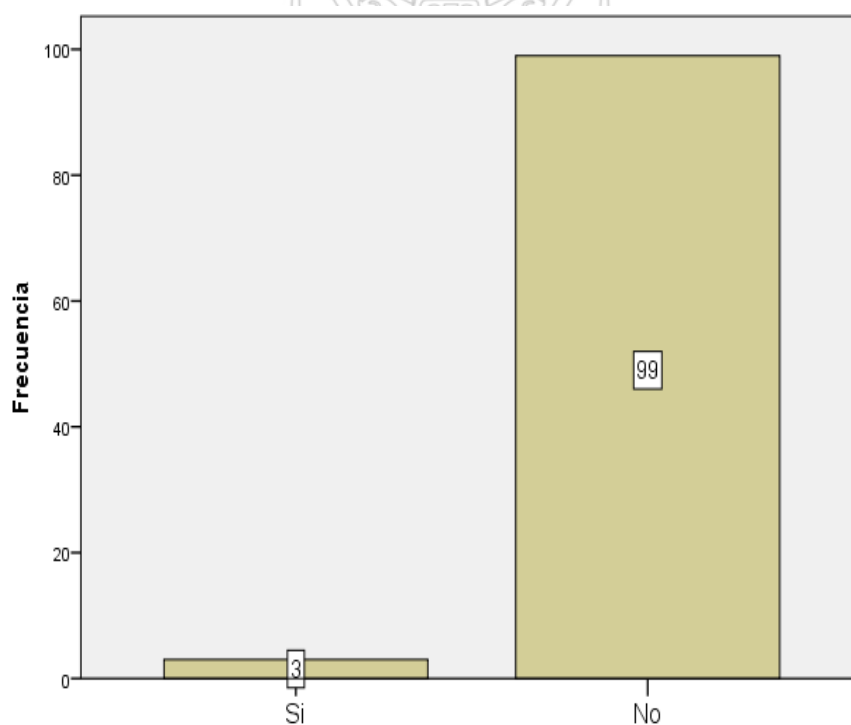


Figura 10. Enfermedad Mental en los internos

Factores laborales:

Tabla 11
Actividades extracurriculares en los internos

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	35	34,3	34,3	34,3
No	67	65,7	65,7	100,0
Total	102	100,0	100,0	

Datos obtenidos (Elaboración propia)

De la tabla 11, se puede apreciar que el 66% de los internos encuestados no realizaba actividades extracurriculares, mientras que el 34% si lo realizaba.

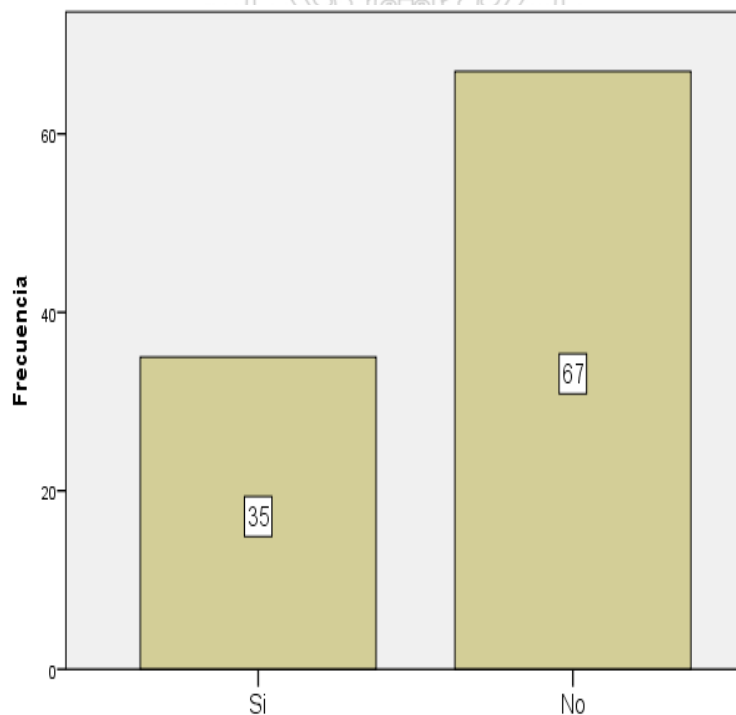


Figura 11. Actividades extracurriculares

Tabla 12
Remuneración salarial en los internos

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	92	90,2	90,2	90,2
No	10	9,8	9,8	100,0
Total	102	100,0	100,0	

Datos obtenidos (Elaboración propia)

De la tabla 12, se obtuvo que el 90% de la población de total de internos encuestados recibía remuneración salarial a comparación del 10% que no recibía.

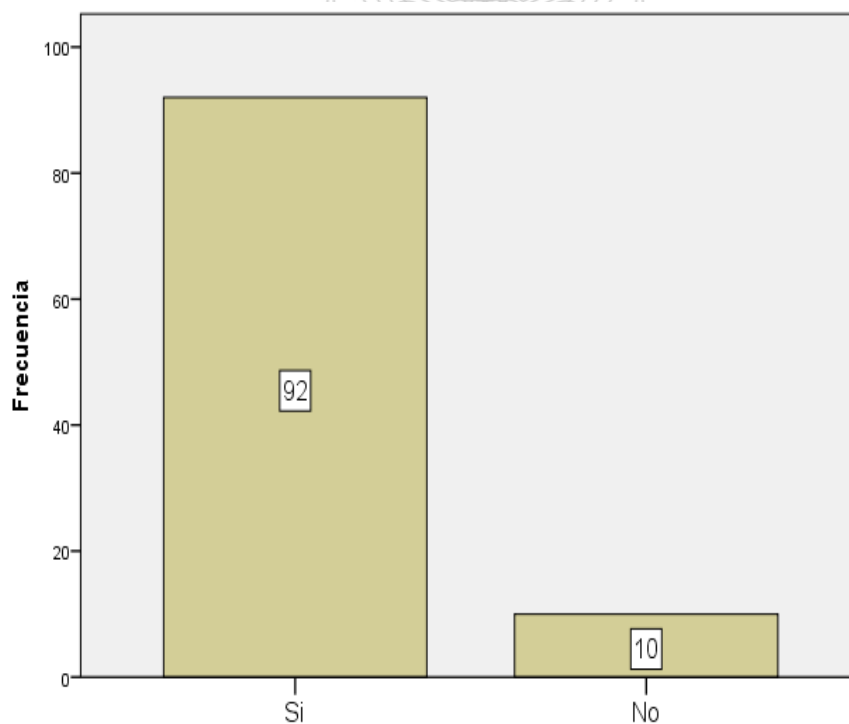


Figura 12. Remuneración Salarial

Tabla 13
Horas de trabajo/ día realizada por los internos

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Hasta 8 horas	2	2,0	2,0	2,0
Más de 8 horas	100	98,0	98,0	100,0
Total	102	100,0	100,0	

Datos obtenidos (Elaboración propia)

En la tabla 13, se observó que 98% (n=100) de internos encuestados realizaba actividades laborales de más de 8 horas por día, mientras que solo en el 2% se observó que laboraban hasta 8 horas /día.

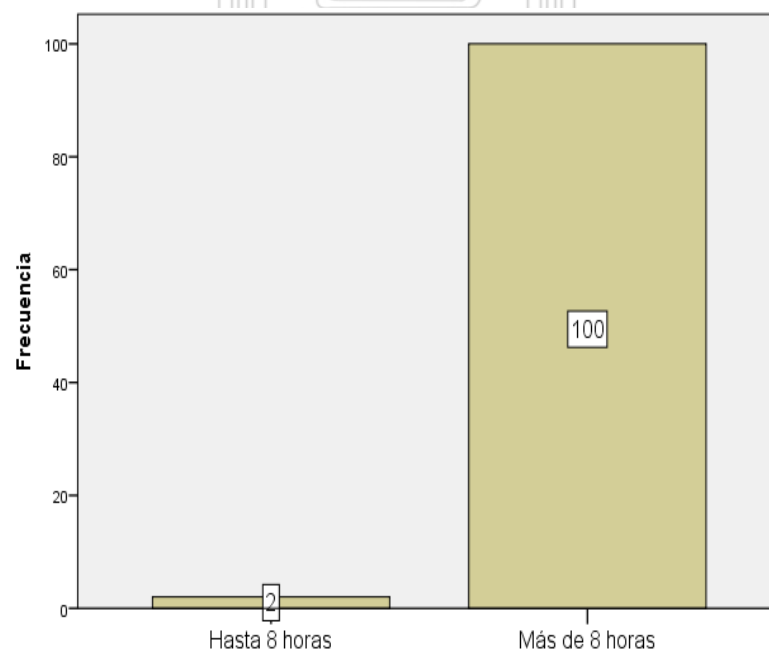


Figura 13. Horas de trabajo diarias

Tabla 14
Horas de estudios semanales en los internos

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido				
Menos de 10 horas	76	74,5	75,2	75,2
De 10 horas a más	25	24,5	24,8	100,0
Total	101	99,0	100,0	
Perdidos				
Sistema	1	1,0		
Total	102	100,0		

Datos obtenidos (Elaboración propia)

De la tabla 14, se observa que del total de internos encuestados (n=102) solo 101 respondieron la pregunta, hubo 1 una encuesta en blanco. Se consideró como válidos sólo 101 (100%) internos para esta variable, de los cuales el 75% de estos estudiaba menos de 10 horas semanales en comparación con el 25% que cumplía con un horario de estudio de 10 horas a más por semana.

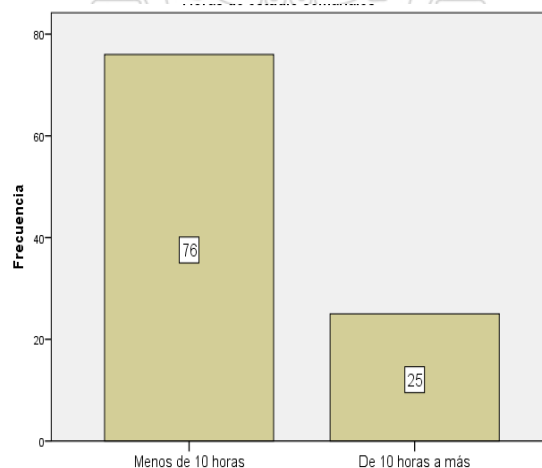


Figura 14. Horas de estudio semanales

Tabla 15
Horas de sueño diarias en los internos

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Menos de 6 horas	85	83,3	83,3	83,3
6 horas a más	17	16,7	16,7	100,0
Total	102	100,0	100,0	

Datos obtenidos (Elaboración propia)

En la tabla 15, se observa que el 83% de los encuestados dormía menos de 6 horas diarias en comparación del 17% que lo hacía por más de 6 horas al día.

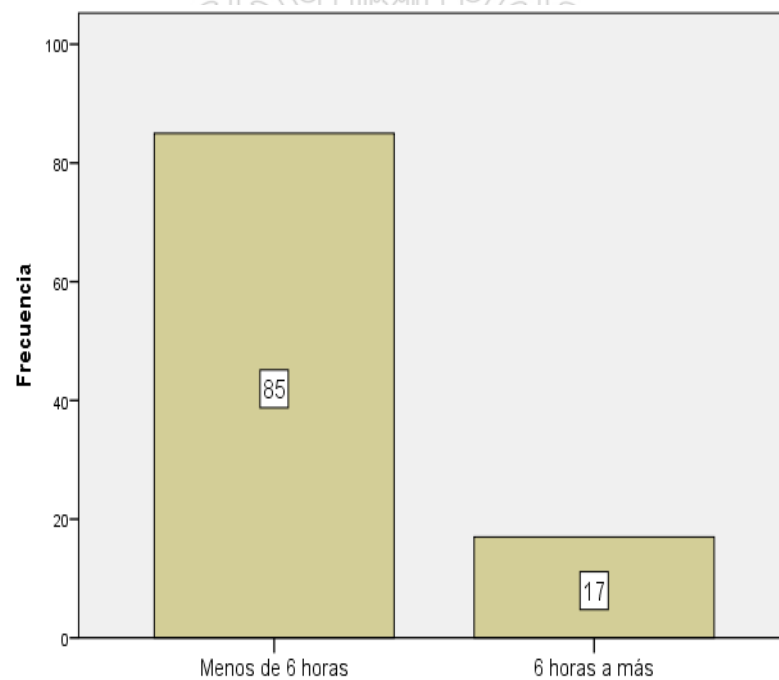


Figura 15. Horas de sueño diarias

Tabla 16
Distribución de internos según la relación con el equipo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Bueno/muy bueno	75	73,5	73,5	73,5
Regular	26	25,5	25,5	99,0
Malo	1	1,0	1,0	100,0
Total	102	100,0	100,0	

Datos obtenidos (Elaboración propia)

De la tabla 16, se aprecia que el 73,5% de los encuestados tuvo una relación buena/ muy buena con el equipo de trabajo, mientras que el 25,5% fue regular y solo el 1% tuvo una mala relación.

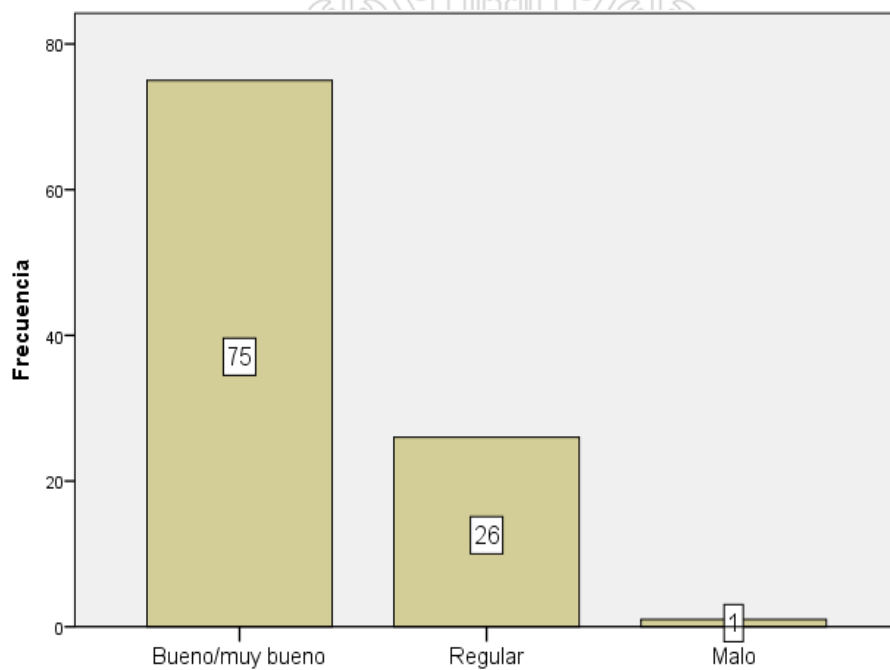


Figura 16. Relación con el equipo de trabajo

Dimensiones del Síndrome Burnout:

Tabla 17

Distribución de la dimensión de Agotamiento emocional: categorización de puntaje del MBI.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Bajo (≤ 18)	29	28,4	28,4	28,4
Medio (19-26)	27	26,5	26,5	54,9
Alto (≥ 27)	46	45,1	45,1	100,0
Total	102	100,0	100,0	

Datos obtenidos (Elaboración propia)

En la tabla 17, observamos que el 45% de los encuestados presentó un puntaje alto, mientras que el 27% tuvo un puntaje medio y el 28% un puntaje bajo.

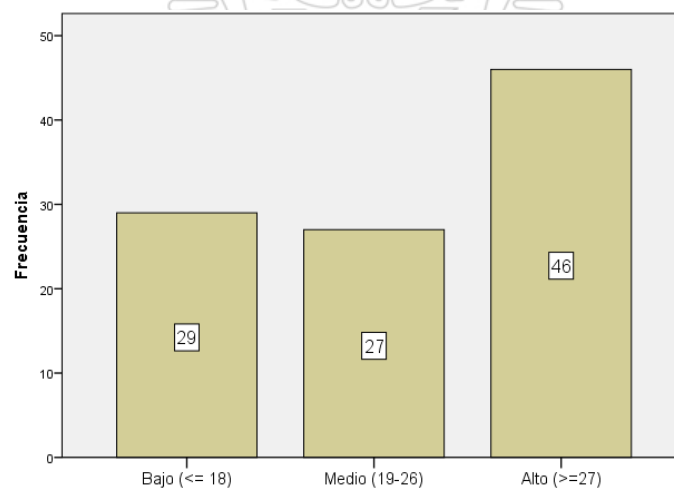


Figura 17. Agotamiento emocional

Tabla 18

Distribución de la dimensión de Despersonalización: categorización de puntaje del MBI.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Bajo (≤ 5)	18	17,6	17,6	17,6
Medio (6-10)	31	30,4	30,4	48,0
Alto (≥ 11)	53	52,0	52,0	100,0
Total	102	100,0	100,0	

Datos obtenidos (Elaboración propia)

De la tabla 18, se aprecia que el 52% de los encuestados obtuvo un puntaje alto en comparación del 30% con un puntaje medio y el 18% con un puntaje bajo.

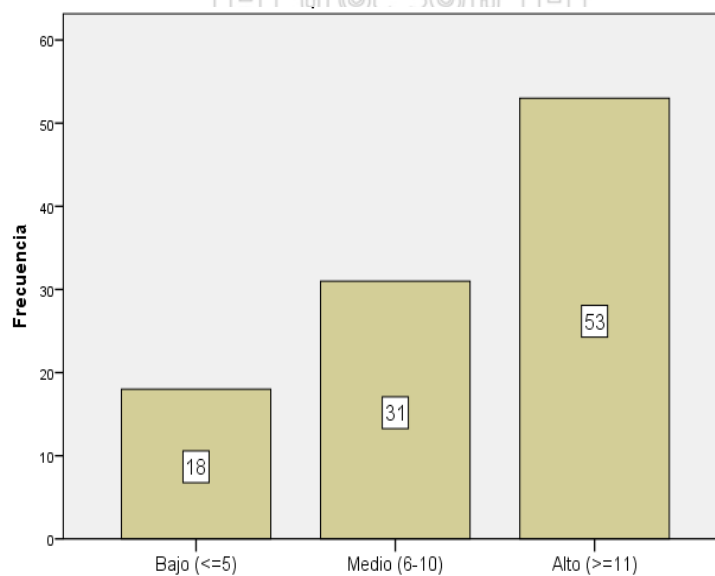


Figura 18. Despersonalización

Tabla 19

Distribución de la dimensión de Realización Personal: categorización de puntaje del MBI.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Bajo (≤ 33)	57	55,9	55,9	55,9
Medio (34-39)	18	17,6	17,6	73,5
Alto (≥ 40)	27	26,5	26,5	100,0
Total	102	100,0	100,0	

Datos obtenidos (Elaboración propia)

De la tabla 19, se observa que el 56% de los encuestados obtuvo un puntaje bajo en comparación del 27% con un puntaje alto y el 18% obtuvieron un puntaje medio.

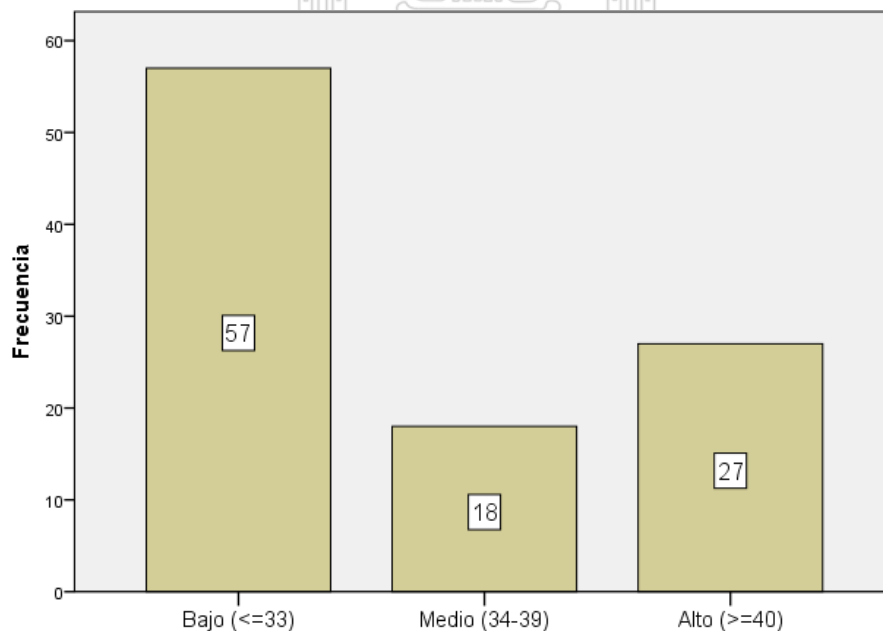


Figura 19. Realización personal

Tabla 20

Asociación de los factores sociodemográficos con las dimensiones del Síndrome de Burnout.

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS		AGOTAMIENTO EMOCIONAL			DESPERSONALIZACIÓN			REALIZACIÓN PERSONAL		
		Bajo (<= 18)	Medio (19-26)	Alto (>=27)	Bajo (<=5)	Medio (6-10)	Alto (>=11)	Bajo (<=33)	Medio (34-39)	Alto (>=40)
Sexo	Femenino	n 19 % 65.5	n 14 % 51.9	n 25 % 54.3	n 11 % 5.2	n 15 % 4.8	n 32 % 60.4	n 28 % 49.1	n 12 % 66.7	n 18 % 66.7
	Masculino	n 10 % 34.5	n 13 % 48.1	n 21 % 45.7	n 7 % 3.8	n 16 % 5.1	n 21 % 39.0	n 29 % 50.9	n 6 % 33.3	n 9 % 33.3
Edad	Menor de 24 años	n 4 % 13.8	n 3 % 11.1	n 3 % 6.5	n 1 % 0.5	n 5 % 1.6	n 4 % 7.5	n 10 % 17.5	n 0 % 0.0	n 0 % 0.0
	24 a 28 años	n 24 % 82.8	n 23 % 85.2	n 39 % 84.8	n 7 % 3.6	n 23 % 74.4	n 46 % 86.3	n 43 % 75.4	n 17 % 94.4	n 26 % 96.5
	Más de 28 años	n 1 % 3.4	n 1 % 3.7	n 4 % 8.7	n 0 % 0.0	n 3 % 9.7	n 3 % 5.7	n 4 % 7.0	n 1 % 5.6	n 1 % 3.7
Estado civil	Soltero/a	n 27 % 93.1	n 23 % 85.2	n 44 % 95.7	n 16 % 8.8	n 27 % 87.1	n 51 % 96.2	n 52 % 91.1	n 17 % 94.4	n 25 % 92.6
	Casado/a	n 2 % 6.9	n 4 % 14.8	n 2 % 4.3	n 6 % 3.1	n 4 % 12.9	n 2 % 3.8	n 7 % 12.5	n 5 % 8.8	n 1 % 5.6
Relación sentimental	Si	n 16 % 55.2	n 11 % 40.7	n 20 % 43.5	n 7 % 3.4	n 20 % 5.5	n 20 % 37.0	n 26 % 45.6	n 8 % 44.4	n 13 % 48.1
	No	n 13 % 44.8	n 16 % 59.3	n 26 % 56.5	n 9 % 4.1	n 11 % 35.5	n 33 % 62.7	n 31 % 54.4	n 10 % 55.6	n 14 % 51.5
Hijos	Si	n 1 % 3.4	n 2 % 7.4	n 3 % 6.5	n 1 % 0.5	n 1 % 3.2	n 4 % 7.5	n 6 % 10.5	n 0 % 0.0	n 0 % 0.0
	No	n 28 % 96.6	n 25 % 92.6	n 43 % 93.5	n 9 % 4.5	n 17 % 54.4	n 30 % 96.8	n 49 % 89.5	n 18 % 100.0	n 27 % 100.0
Convivencia	Padres/otros	n 22 % 75.9	n 20 % 74.1	n 40 % 87.0	n 14 % 6.3	n 24 % 77.4	n 44 % 83.0	n 47 % 82.2	n 15 % 83.3	n 20 % 74.1
	Solo	n 7 % 24.1	n 7 % 25.9	n 6 % 13.0	n 1 % 0.5	n 4 % 12.6	n 7 % 17.5	n 9 % 17.8	n 10 % 17.8	n 3 % 16.7
Enfermedad mental	Si	n 0 % 0.0	n 2 % 7.4	n 1 % 2.2	n 2 % 1.0	n 1 % 3.2	n 2 % 3.8	n 3 % 5.3	n 0 % 0.0	n 0 % 0.0
	No	n 29	n 25	n 45	n 9	n 18	n 30	n 51	n 18	n 27

		%	100.0%	92.6%	97.8%	10.0%	96.8%	96.2%	94.7%	10.0%	10.0%
Consumo de alcohol	Si	n	19	14	27	12	21	27	33	11	16
		%	65.5%	51.9%	58.7%	66.7%	67.7%	50.9%	57.9%	61.1%	59.3%
Consumo de alcohol	No	n	10	13	19	6	10	26	24	7	11
		%	34.5%	48.1%	41.3%	33.3%	32.3%	49.1%	42.1%	38.9%	40.7%
Consumo de tabaco	Si	n	7	11	14	6	7	19	22	5	5
		%	24.1%	40.7%	30.4%	33.3%	22.6%	35.8%	38.6%	27.8%	18.5%
Consumo de tabaco	No	n	22	16	32	12	24	34	35	13	22
		%	75.9%	59.3%	69.6%	66.7%	77.4%	64.1%	61.4%	72.2%	81.5%
Consumo de otras sustancias	Si	n	3	7	9	2	3	14	12	3	4
		%	10.3%	25.9%	19.6%	11.3%	9.7%	26.4%	21.1%	16.7%	14.7%
Consumo de otras sustancias	No	n	26	20	37	16	28	39	45	15	23
		%	89.7%	74.1%	80.4%	88.7%	90.3%	73.6%	78.9%	83.3%	85.3%

Datos obtenidos (Elaboración propia) * $P < 0.05$ existe diferencia significativa

En la tabla 20, se observa que del análisis estadístico para determinar la asociación entre los factores sociodemográficos y las dimensiones del Síndrome de Burnout (agotamiento emocional, despersonalización y realización personal), solo se encontró asociación entre la variable relación sentimental con la dimensión de despersonalización ($p = 0,047 < 0,05$).

Para la dimensión de agotamiento emocional (AE) y despersonalización (DP), se observa en la tabla que se obtuvieron mayor frecuencia de encuestados en la categoría alto en el sexo femenino, rango de edad entre 24-28 años, en aquellos que se encontraban solteros, no tenían una relación sentimental ni hijos, convivían con sus padres/otros, tampoco tenían alguna enfermedad mental diagnosticada y referían consumir alcohol, mas no tabaco ni otras sustancias.

Mientras que la para dimensión realización personal (RP), se observa en la tabla que se obtuvieron mayor frecuencia de encuestados en la categoría bajo en el sexo masculino, rango de edad 24-28 años, solteros, aquellos que no tenían una relación sentimental, los que no tenían hijos, convivían con sus padres/otros, no tenían enfermedad mental, consumían alcohol y no consumían tabaco ni otras sustancias.

Tabla 21

Asociación de los factores laborales con las dimensiones del Síndrome de Burnout.

FACTORES LABORALES		AGOTAMIENTO EMOCIONAL				DESPERSONALIZACIÓN				REALIZACIÓN PERSONAL			
		Ba jo (<=18)	Medi o (19-26)	Alto (>=27)	p (Chi cuadrado)	Ba jo (<=5)	M edio (6-10)	Alto (>=11)	p (Chi cuadrado)	Bajo (<=33)	M edio (34-39)	Alto (>=40)	p (Chi cuadrado)
Actividad extracurricular	Si	n 8 27 .6%	12 44.4 %	15 32.6%	392	4 22 .2%	15 48 .4%	16 30.2%	117	27 47.4 %	3 16 .7%	5 18.5%	008
	No	n 21 72 .4%	15 55.6 %	31 67.4%		14 77 .8%	16 51 .6%	37 69.8%		30 52.6 %	15 83 .3%	22 81.5%	
Remuneración	Si	n 25 86 .2%	27 100. 0%	40 87.0%	135	15 83 .3%	29 93 .5%	48 90.6%	506	52 91.2 %	16 88 .9%	24 88.9%	925
	No	n 4 13 .8%	0 0.0%	6 13.0%		3 16 .7%	2 6. 5%	5 9.4%		5 8.8%	2 11 .1%	3 11.1%	
Horas de trabajo	Hast a 8 horas	n 1 3. 4%	0 0.0%	1 2.2%	643	0 0. 0%	1 3. 2%	1 1.9%	734	2 3.5%	0 0. 0%	0 0.0%	447
	Más de 8 horas	n 28 96 .6%	27 100. 0%	45 97.8%		18 10 0.0%	30 96 .8%	52 98.1%		55 96.5 %	18 10 0.0%	27 100.0%	
Horas de estudio semanales	Men os de 10 horas	n 19 65 .5%	21 80.8 %	36 78.3%	346	13 76 .5%	18 58 .1%	45 84.9%	023	38 67.9 %	16 88 .9%	22 81.5%	135
	De 10 horas a más	n 10 34 .5%	5 19.2 %	10 21.7%		4 23 .5%	13 41 .9%	8 15.1%		18 32.1 %	2 11 .1%	5 18.5%	
Horas de sueño diarias	Men os de 6 horas	n 25 86 .2%	22 81.5 %	38 82.6%	880	17 94 .4%	27 87 .1%	41 77.4%	194	44 77.2 %	15 83 .3%	26 96.3%	090
	6 horas a más	n 4 13 .8%	5 18.5 %	8 17.4%		1 5. 6%	4 12 .9%	12 22.6%		13 22.8 %	3 16 .7%	1 3.7%	
Relación con el equipo	Buen o/muy bueno	n 22 75 .9%	20 74.1 %	33 71.7%	542	14 77 .8%	23 74 .2%	38 71.7%	896	35 61.4 %	16 88 .9%	24 88.9%	042
	Regu lar	n 7 24 .1%	6 22.2 %	13 28.3%		4 22 .2%	8 25 .8%	14 26.4%		21 36.8 %	2 11 .1%	3 11.1%	
	Malo	n 0 0. 0%	1 3.7%	0 0.0%		0 0. 0%	0 0. 0%	1 1.9%		1 1.8%	0 0. 0%	0 0.0%	

Datos obtenidos (Elaboración propia) *P<0.05 existe diferencia significativa.

En la tabla 21, se observa que del análisis estadístico para determinar la asociación entre los factores laborales y las dimensiones del Síndrome de Burnout (agotamiento emocional, despersonalización y realización personal), se encontró asociación entre la variable actividad extracurricular con la dimensión realización personal (p= 0,008<0,05), de la misma manera se

encontró asociación para horas de estudio semanales con la dimensión despersonalización ($p=0,023<0,05$) y también se encontró asociación entre la variable horas de trabajo con realización personal ($p=0,042<0,05$), no se obtuvo ninguna otra asociación entre las variables del factor laboral con las dimensiones del síndrome de burnout.

Para la dimensión de agotamiento emocional (AE), despersonalización (DP) y realización personal (RP), se observa en la tabla que para las dos primeras dimensiones se obtuvieron mayor frecuencia de encuestados en la categoría alto, mientras que en la última la mayor frecuencia de encuestados fue en la categoría bajo, en aquellos encuestados que no realizaban actividad extracurricular, sí recibían remuneración, trabajaban por más de 8 horas al día, estudiaban menos de 10 horas semanales, dormían menos de 6 horas diarias y tuvieron buena/muy buena relación con el equipo.

Prevalencia del Síndrome de burnout:

Tabla 22
Prevalencia Síndrome de Burnout en internos del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No	75	73,5	73,5	73,5
Si	27	26,5	26,5	100,0
Total	102	100,0	100,0	

Datos obtenidos (Elaboración propia)

En la tabla 22, se aprecia que de la población total encuesta (n=102) equivalente al 100%, solo el 26,5% presentó síndrome de burnout en comparación con el 73,5% de internos no tuvo SBO.

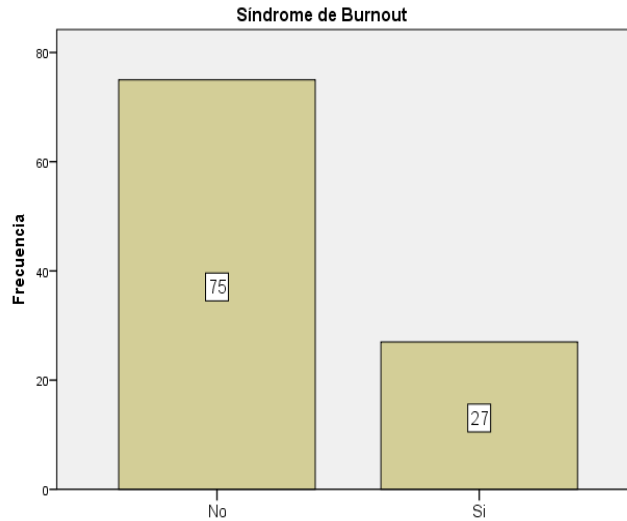


Figura 20. Prevalencia del Síndrome de Burnout

Asociación de factores con el Síndrome de Burnout:

Tabla 23

Asociación de los factores sociodemográficos con la aparición del Síndrome de Burnout

Factores socio-demográficos	Síndrome de Burnout		Total	p (Chi cuadrado)		
	No	Si				
Sexo	Femenino	n	42	16	58	.769
		%	56.0%	59.3%		
	Masculino	n	33	11	44	
		%	44.0%	40.7%	43.1%	
Edad	Menor de 24 años	n	7	3	10	.885
		%	9.3%	11.1%	9.8%	
	24 a 28 años	n	64	22	86	
		%	85.3%	81.5%	84.3%	
	Más de 28 años	n	4	2	6	
		%	5.3%	7.4%	5.9%	
Estado civil	Soltero/a	n	67	27	94	.077
		%	89.3%	100.0%	92.2%	
	Casado/a	n	8	0	8	
		%	10.7%	0.0%	7.8%	

Relación sentimental	Si	n	37	10	47	.272
		%	49.3%	37.0%	46.1%	
	No	n	38	17	55	
		%	50.7%	63.0%	53.9%	
Hijos	Si	n	3	3	6	.178
		%	4.0%	11.1%	5.9%	
	No	n	72	24	96	
		%	96.0%	88.9%	94.1%	
Convivencia	Padres/otros	n	59	23	82	.464
		%	78.7%	85.2%	80.4%	
	Solo	n	16	4	20	
		%	21.3%	14.8%	19.6%	
Enfermedad mental	Si	n	2	1	3	.784
		%	2.7%	3.7%	2.9%	
	No	n	73	26	99	
		%	97.3%	96.3%	97.1%	
Consumo de alcohol	Si	n	46	14	60	.391
		%	61.3%	51.9%	58.8%	
	No	n	29	13	42	
		%	38.7%	48.1%	41.2%	
Consumo de tabaco	Si	n	23	9	32	.798
		%	30.7%	33.3%	31.4%	
	No	n	52	18	70	
		%	69.3%	66.7%	68.6%	
Consumo de otras sustancias	Si	n	12	7	19	.256
		%	16.0%	25.9%	18.6%	
	No	n	63	20	83	
		%	84.0%	74.1%	81.4%	

Datos obtenidos (Elaboración propia) *P<0.05 existe diferencia significativa.

En la tabla 23, se puede observar que no hubo asociación entre las variables del factor sociodemográfico y la aparición del síndrome de burnout, también se aprecia que la aparición de este tuvo mayor prevalencia en las siguientes variables del factor sociodemográfico: el sexo femenino con 59% (n= 16), rango de edad entre 24-28 años con 81.5% (n= 22), en los que estaban solteros 100% (n=27), aquellos que no tenían una relación sentimental 63% (n=17), no tenían hijos 89% (n=24), convivían con sus padres/otros 85% (n=23), no tenían enfermedad mental 96% (n= 26), consumían alcohol 52% (n= 14), no consumían tabaco 67% (n= 18) y tampoco consumían otras sustancias 74% (n= 20).

Tabla 24

Asociación de los factores laborales con la aparición del Síndrome de Burnout

Factores laborales		Síndrome de Burnout		Total	p (Chi cuadrado)
		No	Si		
Actividad extracurricular	Si	N 26 % 34.7%	9 33.3%	35 34.3%	.900
	No	N 49 % 65.3%	18 66.7%	67 65.7%	
Remuneración	Si	N 68 % 90.7%	24 88.9%	92 90.2%	.790
	No	N 7 % 9.3%	3 11.1%	10 9.8%	
Horas de trabajo	Hasta 8 horas	N 1 % 1.3%	1 3.7%	2 2.0%	.446
	Más de 8 horas	N 74 % 98.7%	26 96.3%	100 98.0%	
Horas de estudio semanales	Menos de 10 horas	N 55 % 74.3%	21 77.8%	76 75.2%	.722
	De 10 horas a más	N 19 % 25.7%	6 22.2%	25 24.8%	
Horas de sueño diarias	Menos de 6 horas	N 63 % 84.0%	22 81.5%	85 83.3%	.763
	6 horas a más	N 12 % 16.0%	5 18.5%	17 16.7%	
Relación con el equipo	Bueno/muy bueno	N 59 % 78.7%	16 59.3%	75 73.5%	.094
	Regular	N 15 % 20.0%	11 40.7%	26 25.5%	
	Malo	N 1 % 1.3%	0 0.0%	1 1.0%	

Datos obtenidos (Elaboración propia) *P<0.05 existe diferencia significativa.

En la tabla 24, se puede apreciar que no hubo asociación entre las variables del factor laboral y la aparición del síndrome de burnout, también se aprecia que la aparición de este tuvo mayor prevalencia en las siguientes variables del factor laboral: los que no realizaban actividad extracurricular 67% (n=18), sí recibían remuneración 89% (n= 24), trabajaban más de 8 horas por día 96% (n=26), estudiaban menos de 10 horas semanales 78% (n=21), dormían menos de 6 horas por día 81.5% (n=22) y tenían bueno/ muy bueno relación con el equipo 59% (n= 16).

Discusión

El presente estudio se basa en encontrar la prevalencia del Síndrome de Burnout y los factores que influyen en su aparición en los internos de medicina del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Este tema es controversial ya que se encuentran diferentes estudios, donde se evidencia que según la población en la que se realice varía los resultados, en nuestro caso la prevalencia encontrada en los internos encuestados fue de 26,5% estos resultados son mayores a los que se obtuvo en el estudio de Borda et al (2007) en internos de medicina colombianos 9,1%, sin embargo son menores en comparación con el estudio de Estela et al (2010), donde se evidenció que los internos de la UPCH tenían una prevalencia mayor de SBO con un 57,2%, mientras que, Arango et al (2010) tiene una afectación del 34% de su población, encontramos también a Villavicencio (2016) con un estudio en internos y residentes del Hospital Daniel Alcides Carrión donde se obtuvo que la prevalencia fue 46,7%, esto concluye que dependiendo del país, región, hospital e incluso universidad donde se realice, la prevalencia del SBO tendrá variaciones.

Referente a los factores sociodemográficos y laborales que influyen en el Síndrome de Burnout, son importantes poder determinarlos para tomar las acciones correspondientes en disminuir su aparición, en este estudio no se encontró asociación significativa con ninguna de las variables que lo conforman, esto coincide con lo encontrado por Estela et al (2010), Villavicencio (2006), Guevara (2002) y Borda (2007) donde tampoco se encontró asociación, los resultados de nuestro estudio están en línea de los publicados, en sentido de que las sociodemográficas se correlacionan escasamente con el síndrome de burnout, a diferencia de lo encontrado por Ortega (2004) y

Bustinza (2000) donde si evidenciaron asociación en especial el sexo femenino y estado civil, sin embargo nuestro estudio difiere con lo encontrado por Dyrbye et al (2010), donde menciona que las variables “características personales, eventos negativos en la vida y el ambiente de trabajo/estudio se relacionan independiente con mayor presencia de SBO”.

Respecto a los factores sociodemográficos y laborales en nuestro estudio, se observó que hay una mayor prevalencia del síndrome de burnout en los internos del sexo femenino, que se encontraban en el rango de edad entre 24-28 años, que estaban solteros, no tenían una relación sentimental, ni tenían hijos, que convivían con sus padres/otros, no presentaban alguna enfermedad mental diagnosticada, consumían alcohol, menos tabaco ni otras sustancias, en los que no realizaban alguna actividad extracurricular, sí recibían remuneración, trabajaban más de 8 horas por día, estudiaban menos de 10 horas semanales, dormían menos de 6 horas por día y tenían bueno/ muy bueno relación con el equipo, estos resultados fueron similares a los encontrados en el estudio de Estela et al (2010) y Guevara (2002), la diferencia esta que en este se encontró mayor prevalencia en los que vivían solos, presentaban alguna enfermedad mental diagnosticada, no recibían remuneración, tenían relaciones malas-regulares con el equipo de trabajo. En nuestro estudio se evidencia que hay mayor prevalencia del síndrome de burnout en aquellos que no tienen alguna enfermedad mental, esto podría deberse a que no son diagnosticados al no buscar ayuda psiquiátrica oportuna, esto se evidencia en los estudios de Galli (2002), donde refieren que podría existir una mayor prevalencia en los estudiantes de medicina.

Dentro de las tres dimensiones del síndrome burnout, se identificó que la baja realización personal presentaba mayor prevalencia en nuestro estudio, con un 56%, se encuentra resultados

similares en el estudio de Eróstegui (2010) donde reportan en un 63% de su población falta de realización personal, en contraste, Estela et al (2010) reportaron un 32% de RP en su población. Referente a las variables del factor sociodemográfico no se encontró asociación con la realización personal, mientras que las variables del factor laboral, si se obtuvo asociación en la falta de realizar alguna actividad extracurricular y la mala relación con el equipo, estos resultados son similares a los hallados por Borda (2007). Estos hallazgos pueden deberse a que la mala relación con el equipo no permita desenvolverse adecuadamente en el trabajo.

Se pudo encontrar en nuestra población una prevalencia del 45% en la dimensión alto agotamiento emocional, resultados similares fueron reportados por Dyrbye et al (2008) donde obtuvieron mayor prevalencia en niveles altos de agotamiento emocional 63%; en comparación con el estudio de Jaime (2014) donde informaban que del total de internos que concluían el año, 81,5% presentaban un bajo agotamiento emocional, estos hallazgos puede origen en el propio proceso de formación, ya que algunos estudiantes refieren que deciden estudiar la carrera medica por “tener un interés en poder ayudar a las personas”, pero se ha observado que con el transcurso de los años suele perderse la empatía y humanitarismo llevando a un agotamiento emocional, dependerá mucho de las actitudes del estudiante para que puedan llegar a comprometer su profesionalismo.

En el análisis se encontró una alta despersonalización con una prevalencia de 52%, estos resultados son similares con Estela et al (2010) quien refiere que el nivel alto en DP resulto ser el más prevalente en su estudio con 46,6%, a diferencia de Jaime (2014) donde obtuvo 71,4% en una baja despersonalización en los internos que concluían el año. Esta diferencia podría deberse a las

características del estudiante, las motivaciones que encuentre o estar presentes al finalizar el internado debido a la nostalgia que genera el culminar una etapa, pudiendo ser más empáticos con el paciente. Respecto a las variables del factor sociodemográfico se encontró asociación en aquellos que tenían una relación sentimental con la realización personal, mientras que las variables del factor laboral, se observó que se asociaba con los que estudiaban menos de 10 horas semanales estos resultados son parecidos a los reportados por Estela et al (2010).

Por último, no se pudo obtener asociaciones de los factores con el Síndrome de Burnout, pero se llegó a obtener aquellas variables que se encontraban con mayor prevalencia en el SBO y en sus dimensiones. Estos resultados están en línea con lo encontrado por otros autores. Estos resultados pueden ser reproducibles, dependerá mucho de la población del sector salud en la que se realice.

Conclusiones

- En el estudio, se determinó que del total de los internos encuestados 100% (n=102), la prevalencia del Síndrome de Burnout fue 26,5% (n= 27), respecto a los factores sociodemográficos y laborales no se encontró asociación para la aparición del Síndrome de Burnout en los internos de medicina del Hospital.
- Se encontró en el estudio, que la dimensión agotamiento emocional presentaba un 45% (n=46) de afectación, mientras que la dimensión despersonalización obtuvo un 52% (n=53), sin embargo, quien tuvo la mayor afectación fue la dimensión realización personal con un 56% (n= 57) de total de los internos encuestados.

- Las dimensiones del síndrome de burnout se categorizan por puntajes: Alto, Medio, Bajo, en el estudio se pudo identificar para cada dimensión la escala que presentaba la mayor prevalencia, dimensión Agotamiento emocional: Alto se encontraba en el 45,1 % (n=46) del total de los encuestados, para la dimensión Despersonalización: Alto se identificó en el 52 % (n=53), encontrándose mayor prevalencia en la escala Alto de ambas dimensiones. Mientras que en la dimensión realización personal se encontró que la escala Baja 55,9 % (n=57), presentaba la mayor prevalencia.
- Se determinó en el estudio, que dentro del factor sociodemográfico la única variable donde se encontró asociación estadísticamente significativa con las dimensiones del SBO, fue la relación sentimental con la dimensión de Despersonalización ($p=0,047 < 0,05$). Para la dimensión de agotamiento emocional y despersonalización, se obtuvo que en los internos encuestados fue mayor la prevalencia en la escala de puntuación “Alta” en las siguientes variables: sexo femenino, rango de edad entre 24-28 años, en aquellos que se encontraban solteros, no tenían una relación sentimental, ni hijos, convivían con sus padres/otros, tampoco tenían alguna enfermedad mental, referían consumir alcohol, no consumían tabaco, ni otras sustancias. Mientras que para la dimensión realización personal, se obtuvo una mayor prevalencia en la escala de puntuación “Bajo” en las variables: sexo masculino, rango de edad 24-28 años, solteros, aquellos que no tenían una relación sentimental, los que no tenían hijos, convivían con sus padres/otros, no tenían enfermedad mental, consumían alcohol y no consumían tabaco, ni otras sustancias.

- En el estudio se encontró asociación estadísticamente significativa entre los factores laborales y las dimensiones del Síndrome de Burnout, para las siguientes variables: actividad extracurricular estuvo asociado con la dimensión realización personal ($p=0,008<0,05$), horas de estudio semanales se asoció con la dimensión despersonalización ($p=0,023<0,05$) y por último tener una buena relación con el equipo estuvo asociado con la dimensión realización personal ($p=0,042<0,05$), no se obtuvo ninguna otra asociación entre los factores y las dimensiones del SBO. Para las tres dimensiones se obtuvo mayor prevalencia en las mismas variables del factor laboral fueron: los que no realizaban actividad extracurricular, sí recibían remuneración, trabajaban por más de 8 horas al día, estudiaban menos de 10 horas semanales, dormían menos de 6 horas diarias y tuvieron buena/muy buena relación con el equipo.
- En el estudio se logró hallar, la prevalencia de los factores sociodemográficos que presentaban el síndrome de burnout: el sexo femenino con 59% ($n= 16$), el rango de edad entre 24-28 años con 81.5% ($n= 22$), en los que estaban solteros 100% ($n=27$), aquellos que no tenían una relación sentimental 63% ($n=17$), no tenían hijos 89% ($n=24$), convivían con sus padres/otros 85% ($n=23$), no tenían enfermedad mental 96% ($n= 26$), consumían alcohol 52% ($n= 14$), no consumían tabaco 67% ($n= 18$) y tampoco consumían otras sustancias 74% ($n= 20$).
- Se encontró, la prevalencia de los factores laborales que presentaban el síndrome de burnout: aquellos que no realizaban actividad extracurricular 67% ($n=18$), sí recibían

remuneración 89% (n= 24), trabajaban más de 8 horas por día 96% (n=26), estudiaban menos de 10 horas semanales 78% (n=21), dormían menos de 6 horas por día 81.5% (n=22) y tenían bueno/ muy bueno relación con el equipo 59% (n= 16).

Recomendaciones

Se plantea que se continúen realizando investigaciones referentes a este tema, y de acuerdo con sus resultados se puedan tomar las medidas preventivas, implementando programas de estilo de vida saludable con participación del equipo de trabajo para un mejor clima laboral, disminución del agotamiento emocional y prevención de sus factores de riesgo. Todo esto en favor de una mejor salud mental del personal que labora en beneficio de sus pacientes.

Este estudio es reproducible, ya que se encuentra en línea con los otros trabajos referente al tema, se podría usar estos datos para futuras investigaciones, utilizando una muestra mayor o considerar la opción de que se realice en diferentes sedes hospitalarias, tomando una medición al comienzo y final del internado, no se tienen actualmente trabajos donde se evidencie dicha comparación. Se podría evidenciar la prevalencia sobre cuantos de aquellos que comienzan el internado presentan el síndrome y de estos, si se mantiene, disminuye o aumenta al culminarlo, para poder hacer el seguimiento y poder realizar las intervenciones oportunas en dichos internos de medicina.

Referencia bibliográfica

- A. P. Association. (2013) *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Arlington, USA: Asociación Americana de Psiquiatría
- Maslach, C. Jackson, S. Burnout in health professions: A social psychological analysis. Sanders-Suls (Eds.). 1982. *Social psychology of health and illness*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Aceves, G. A. (2006) *Síndrome de burnout*. México: Archivos de Neurociencias. Vol. 11, No. 4: 305-309.
- Aguilar, A., Gutiérrez, R. (2007) *El fenómeno de Burnout en médicos de dos hospitales de la ciudad de Lima-Perú*. Lima: Revista de psicología Herediana. Vol.2.
- Arango, S., Castaño, J. (2010) *Síndrome de Burnout y factores asociados en estudiantes de I-X semestre de la Facultad de Medicina de la Universidad de Manizales, Colombia 2009*. Colombia: Archivos de Medicina, 10(2). Pag110-126.
- Borda, M., Navarro, E. (2007) *Síndrome de Burnout en estudiantes de internado del Hospital Universidad del Norte*. Barranquilla: Salud Uninorte, 23(1). Pag 43-51.
- Bustanza, A. et al. (2000) *Situación de burnout de los pediatras intensivistas españoles*. España: Anales Españoles de Pediatría; 51: 28-33.
- Caballero, C., Hederich, Ch., Palacio, J. (2010) *El burnout académico: delimitación del síndrome y factores asociados con su aparición*. Bogotá, Colombia: Rev Latinoam Psicol, 42:131-46.
- Cáceres-Mejía, B. et al. (2013) *Análisis factorial del «Cuestionario para la evaluación del síndrome de quemarse por el trabajo» en estudiantes de medicina peruanos*. Perú: Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.).

- Cohen, J. et al (2008) *The happy docs study: a Canadian Association of Internes and Residents well-being survey examining resident physician health and satisfaction within and outside of residency training in Canada*. Canadá: BMC Res Notes, 105, 1.
- Dyrbye et al. (2008) *Burnout and suicidal ideation among U.S. medical students*. Estados Unidos: Ann Intern Med.;149(5):334-41.
- Dyrbye et al. (2010) *Relationship Between Burnout and Professional Conduct and Attitudes Among US Medical Students*. USA: JAMA, 304, 11, 1173-1180.
- Echeburúa, E., Salaberría, K. y Cruz, M. (2014) *Aportaciones y limitaciones del DSM-5 desde la Psicología Clínica*. España: Terapia Psicológica, 32, 1, 65-74.
- Eróstegui, C., Gutierrez, O., Espada, G. (2010) *Síndrome de Burnout en estudiantes de la Facultad de Medicina de la UMSS junio – julio 2009*. Cochabamba, Bolivia: Rev. Med. Cient. 2010; 1(1): 5-8.
- Estela, L. et al. (2010) *Prevalencia de Síndrome de Burnout en alumnos del séptimo año de Medicina de una universidad privada de Lima, Perú*. Perú: RevNeruopsiquiat.; 73(4). Pag143-156.
- Galli, E., Feijóo, L., Roig, I., Romero, S. (2002) *Aplicación del “MINI” como orientación diagnóstica psiquiátrica en estudiantes de medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia: informe preliminar epidemiológico*. Lima, Perú: Rev Med Hered 2002; 13:19-25.
- Guevara, C., Henao, D., Herrera, J. (2004) *Síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes. Hospital Universitario del Valle, Cali, 2002*. Colombia: Colomb Med.; 35: 173-178. XLV
- Guthrie, E. et al. (1998) *Psychological stress and burnout in medical students: a five-year prospective longitudinal study*. UK: J R Soc Med.;91(5):237-43.

- Hernández, T., Terán, O., Navarrete, D., León, A. (2007) *El síndrome de burnout: una aproximación hacia su conceptualización, antecedentes, modelos explicativos y de medición*. Cuba: Rev. Internacional La Nueva Gestión Organizacional; 5:50-68.
- Jaime, C., (2014) *Síndrome de Burnout en Internos de Medicina del Hospital Nacional Dos de mayo 2013-2014*. Tesis para optar el Título profesional de Médico Cirujano. Lima, Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Jamanca, R., Vega, C., Zanabria, D. (2007) *Síndrome de Burnout en personal médico del Hospital Nacional Cayetano Heredia*. Tesis para optar por el grado de Bachiller. Lima, Perú. Universidad Peruana Cayetano Heredia: 26.
- Luna, L., Mayor, A., Taype, A. (2015) *Síndrome de burnout en estudiantes de pregrado de Medicina Humana: un problema escasamente estudiado en el Perú*. Lima, Perú: An Fac med.;76(1):83-4.
- Manso, J. (2006) *Estructura Factorial del Maslach Burnout Inventory - Version Human Services Survey*. Chile: Universidad de Concepción. R. interam. Psicol. 40(1), pp. 115-118.
- Martinez, A. (2012) *El Síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión*. España: Vivat Academia, 112.
- Martinis, Arfken., Balon, R. (2006) *Comparision of Burnout among medical residents before and after the implementation of work hours limits*. Detroit, Michigan: Acad. Psychiatry; 30: 352-355.
- Marucco, M., Gil-Monte, P., Flamenco, E. (2007) *Síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en pediatras de hospitales generales, estudio comparativo de la prevalencia medida con el MBI-HSS y el CESQT*. Buenos Aires, Argentina: Información Psicológica. ;91-92:32-42.

- Niku, K. (2004) *Resident Burnout*. University of Pennsylvania School of Medicine, Philadelphia, USA: JAMA; 292(23). Pag280-289.
- Ortega, C., López, F. (2004) *El Burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas*. Universidad de Almería, España: Int J Clin Health Psicol.; 4(1):137-160.
- Preciado, M., Vázquez, J. (2010) *Perfil de estrés y síndrome de burnout en estudiantes mexicanos de odontología de una universidad pública*. Chile: Rev. chil. neuro-psiquiatr.; 48(1): 11-19.
- Reyes, A. et al (2012) *Estudio de síndrome de Burnout, depresión y factores asociados en los practicantes internos del Hospital Escuela*. Honduras: Rev. Fac. Cienc. Med.; 9(1): 14-20.
- Rosales, Y. (2012) *Estudio unidimensional del síndrome de burnout en estudiantes de medicina de Holguín*. Cuba: Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.; 32(116): 795-803.
- Saavedra, J. (2002) *Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental*. Lima, Perú: Informe general. Anales de Salud Mental; 18 (Supl 1 y 2).
- Saborío, L., Hidalgo, L. (2015) *Síndrome de Burnout*. Costa Rica: Revisión Bibliográfica. Asoc. Costarricense Med. Legal Vol. 32 (1).
- Tenesaca, J., Uzhca, M. (2011) *Factores asociados al Síndrome de Burnout en Enfermeras Profesionales del Hospital "Homero Castanier Crespo"; Azogues-2011*. Ecuador: Tesis para optar Título de Licenciatura en Enfermería.
- Villavicencio, C. (2016) *Asociación entre la depresión y el síndrome de Burnout en médicos residentes e internos de medicina en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en el año 2015*. Tesis para optar el Título profesional de Médico Cirujano. Lima, Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Anexos

ANEXO 1

Título de la Investigación: Síndrome de Burnout en Internos de Medicina del Hospital Nacional Arzobispo

Loayza

CONSENTIMIENTO INFORMADO

¿Quién soy?

Soy investigadora de la Universidad Nacional Federico Villarreal que llevaré a cabo una investigación para encontrar la prevalencia y los factores asociados al Síndrome de Burnout en Internos de Medicina del presente año.

¿Por qué estoy realizando este estudio?

Estoy haciendo un estudio en Internos de Medicina del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. El estudio se hará en el mes de noviembre- diciembre. Estoy tratando de encontrar la prevalencia del síndrome de burnout y los factores asociados a este, para poder lograr posibles intervenciones ya que el estrés emocional y laboral en el personal de salud repercute en la atención de nuestros pacientes.

¿Qué sucedería si usted decide participar en el estudio?

Si usted es interno de medicina del HNAL y decide participar en el estudio, nosotros le haremos algunas preguntas sobre su percepción respecto a su trabajo.

¿Quiénes sabrán que estás cooperando en este estudio?

La encuesta por desarrollar es de carácter anónimo, por tanto, sólo usted y quién le aplique la encuesta sabrán de su participación. Además, una vez concluido el análisis de los datos, las encuestas serán eliminadas para evitar su reutilización posterior.

¿Está obligado a participar en este estudio?

No, no está obligado. Recuerde que usted está en su derecho de no contestar las preguntas que así considere.

¿Tiene preguntas?

Puede preguntar en cualquier momento, ahora o después. No hay preguntas correctas o incorrectas. Usted está en todo derecho de recibir información sobre el estudio.

Firma del encuestador

Firma del participante

ANEXO 3

MBI (INVENTARIO DE BURNOUT DE MASLACH) en su versión Human Services Survey

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.

0= NUNCA. 1= POCAS VECES AL AÑO O MENOS. 2= UNA VEZ AL MES O MENOS.
 3= UNAS POCAS VECES AL MES. 4= UNA VEZ A LA SEMANA. 5= POCAS VECES A LA SEMANA.
 6= TODOS LOS DÍAS.

AE	1	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	
AE	2	Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío	
AE	3	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo de siento fatigado	
RP	4	Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes	
RP	5	Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales	
RP	6	Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa	
RP	7	Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes	
AE	8	Siento que mi trabajo me está desgastando	
RP	9	Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo	
DP	10	Siento que me he hecho más duro con la gente	
DP	11	Me preocupa que esté trabajo me esté endureciendo emocionalmente	
RP	12	Me siento con mucha energía en mi trabajo	
AE	13	Me siento frustrado en mi trabajo	
AE	14	Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo	
DP	15	Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes	
AE	16	Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa	
RP	17	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes	
RP	18	Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes	
RP	19	Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo	
AE	20	Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades	
RP	21	Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada	
DP	22	Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas.	

ANEXO

VARIABLE		DEFINICIÓN	ESCALA	DIMENSIÓN	INDICADOR	INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	
V A R I A B L E S I N D E P E N D I E N T E	F A C T O R E S S O C I O D E M O G R Á F I C O S	SEXO	Condición biológica del sexo de la persona que contesta	Nominal	Personal	Masculino(1) Femenino(2)	Encuesta
		EDAD	Tiempo de vida en años cumplidos	Razón	Personal	Menos de 24 (1) 24-28(2) Más de 29(3)	Encuesta
		ESTADO CIVIL	Situación personal en la que se encuentra una persona en relación a otra.	Nominal	Personal	Soltero(1) Casado(2)	Encuesta
		RELACIÓN SENTIMENTAL	Vínculo sentimental que une a dos personas.	Nominal	Personal	Sí (1) No(2)	Encuesta
		HIJOS	Relación de consanguinidad entre padres e hijos.	Nominal	Personal	Sí (1) No(2)	Encuesta
		CONVIVENCIA	Acción de vivir en compañía de otros	Nominal	Personal	Padres/otros (1) Solo (2)	Encuesta
		ENFERMEDAD MENTAL	Condición anormal, condicionada por los cambios de carácter y emociones.	Nominal	Personal	Sí (1) No(2)	Encuesta
		COSUMO DE ALCOHOL	Bebedor habitual: aquel que refiere consumir por lo menos 1 vez/ss durante el último año	Nominal	Social	Sí (1) No(2)	Encuesta
		CONSUMO DE TABACO	Práctica de fumar o consumir tabaco	Nominal	Social	Sí (1) No(2)	Encuesta
		CONSUMO DE OTRAS SUSTANCIAS	Práctica de fumar, aspirar o tomar otro tipo de sustancia.	Nominal	Social	Sí (1) No(2)	Encuesta

I N D I C E D E P E N D I E N T E	F A C T O R E S L A B O R A L E S	ACTIVIDAD EXTRACURRICULAR	Aquellas que se realizan fuera del horario académico deportivas y/o culturales	Nominal	Deportivas y/o culturales	Sí(1) No(2)	Encuesta
		REMUNERACIÓN	Salario que recibe por su trabajo	Razón	Salario	Sí(1) No(2)	Encuesta
		HORAS DE TRABAJO	Jornada de trabajo durante la cual realizan sus actividades diarias. Considerando en el estado peruano mín. 8 horas diarias.	Razón	Horas/días	Hasta 8 horas(1) Más de 8 horas(2)	Encuesta
		HORAS DE ESTUDIO SEMANALES	Plan u horario adecuado para adquirir y repasar los conocimientos	Razón	Horas/semana	Menos de 10 horas(1) De 10 horas a más(2)	Encuesta
		HORAS DE SUEÑO DIARIAS	Según la OMS recomienda dormir mínimo de 6 horas diarias.	Razón	Horas/días	Menos de 6 horas(1) De 6 horas a más(2)	Encuesta
		RELACIÓN CON EL EQUIPO	Personas que se organizan para alcanzar un objetivo en común.	Nominal	Clima laboral	Bueno/muy bueno(1) Regular(2) Malo(3)	Encuesta
		VARIABLE DEPENDIENTE	SINDROME DE BURNOUT	Respuesta al estrés laboral crónico, afecta en mayor o menor medida a un colectivo profesional importante. Se determina con puntuaciones altas en los dos primeros y baja en el tercero.	N U M É R I C A	Agotamiento (1) emocional	Bajo <=18 (1) Medio 19- 26(2)
			Despersonalización (2)	Bajo <= 5 (1) Medio 6-10(2) Alto >=11(3)			
			Realización personal (3)	Bajo <=33(1) Medio 34-39(2) Alto >=40(3)			

