



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

Síndrome de *burnout* en ginecólogos y obstetras del Hospital San José, 2013

**TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO PROFESIONAL
DE LICENCIADA EN OBSTETRICIA**

Presentada por

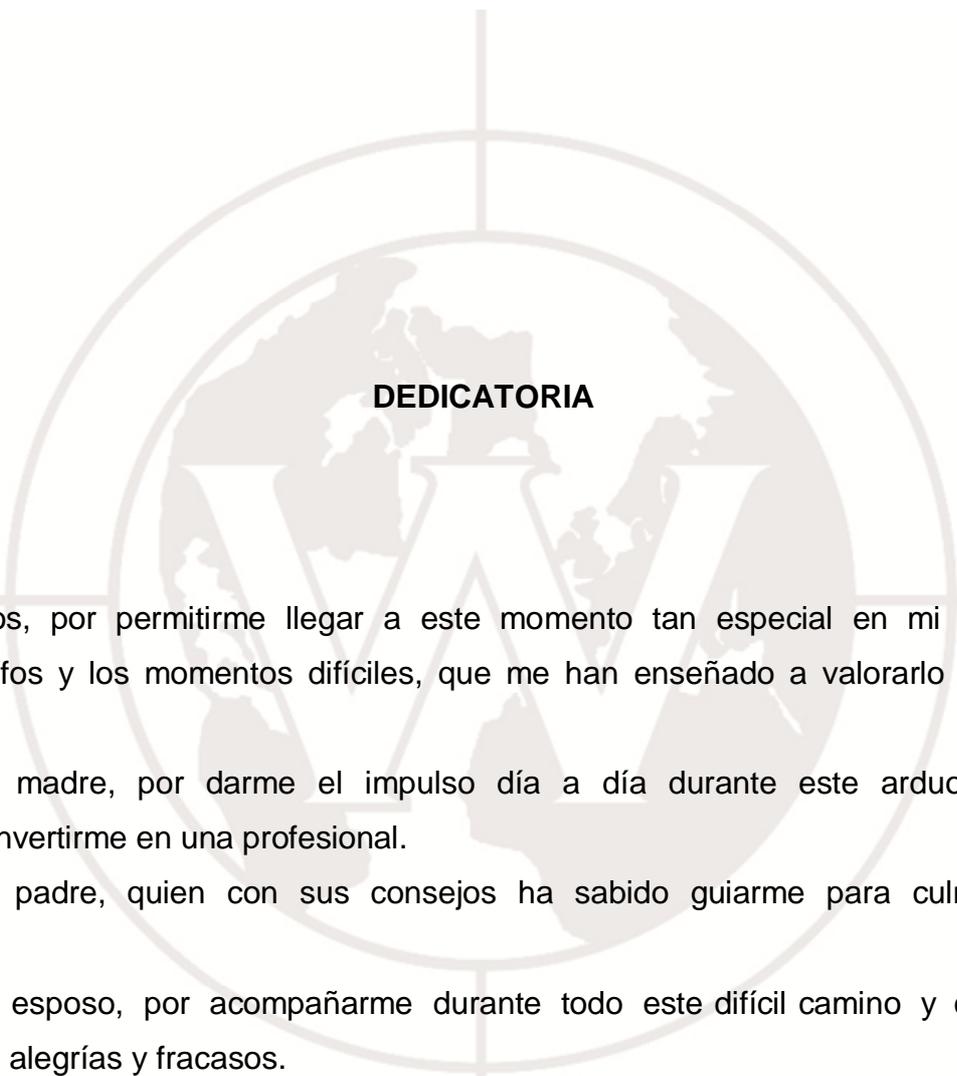
Sifuentes Valenzuela, Silvana Greta

Asesora

Dra. Claudia Milagros Arispe Alburqueque

Lima-Perú

2013



DEDICATORIA

A Dios, por permitirme llegar a este momento tan especial en mi vida; por los triunfos y los momentos difíciles, que me han enseñado a valorarlo cada día más.

A mi madre, por darme el impulso día a día durante este arduo camino para convertirme en una profesional.

A mi padre, quien con sus consejos ha sabido guiarme para culminar mi carrera.

A mi esposo, por acompañarme durante todo este difícil camino y compartir conmigo alegrías y fracasos.

Y a este ser que está creciendo día a día dentro de mí, quien es mi motivo de lucha y perseverancia para poder alcanzar todas mis metas.

AGRADECIMIENTOS

Ha sido un año lleno de esfuerzos y sacrificios. Cerrada esta etapa, me queda agradecer principalmente a Dios, por permitirme llegar a esta instancia del camino, en donde me vuelvo toda una profesional.

A mis padres, por ser los coautores de todo este proceso y por hacer realidad mi sueño de estudiar Obstetricia, una carrera que me llena de orgullo y que refleja lo que tiene mi corazón.

A mi asesora, la doctora Claudia Arispe, por aceptar realizar esta tesis bajo su dirección. Su apoyo y confianza en mi trabajo y su capacidad para guiar mis ideas han sido un aporte invaluable, no solamente en el desarrollo de esta tesis, sino también en mi formación como investigadora.

Gracias a todas y cada una de las personas que participaron en la investigación realizada, ya que invirtieron su tiempo y conocimientos para ayudarme a completar mi proyecto de tesis.

JURADO

Presidente: Mg. Ronald Ayala Mendivil
Secretario: Mg. Miriam Villanueva Campos
Vocal: Lic. Ana Alcántara Chávez

ÍNDICE

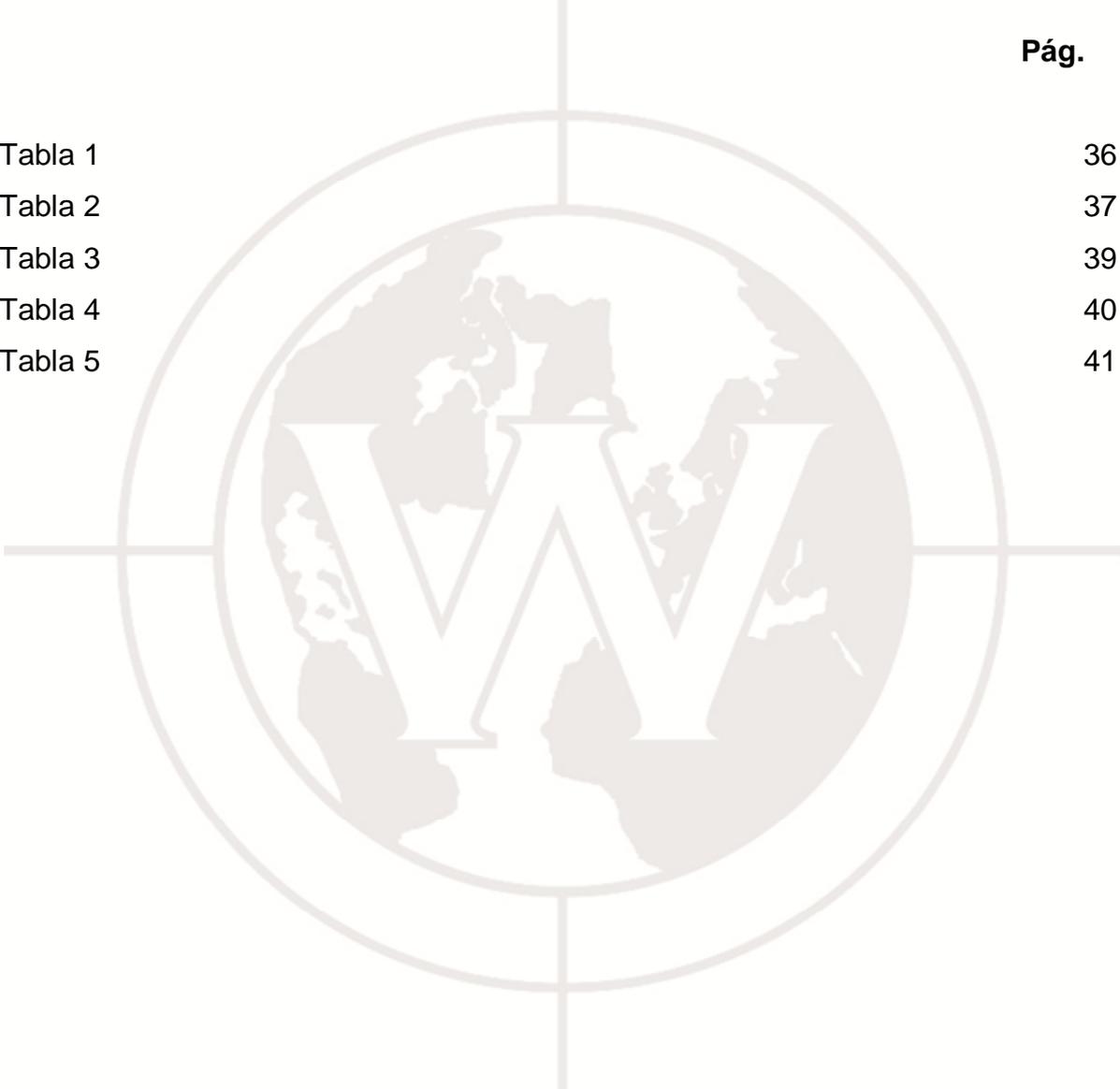
	Pág.
I. El problema	11
1.1. Planteamiento del problema	11
1.2. Formulación del problema	12
1.3. Justificación	12
1.4. Objetivos	13
1.4.1. Objetivo general	13
1.4.2. Objetivos específicos	13
II. Marco teórico	14
2.1. Antecedentes	14
2.2. Base teórica	18
2.3. Terminología básica	30
2.4. Hipótesis	31
2.5. Variables	31
III. Diseño metodológico	32
3.1. Tipo y nivel de investigación	32
3.2. Población y muestra	32
3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	33
3.4. Procesamiento de datos y análisis estadísticos	34
3.5. Aspectos éticos	35
IV. Resultados y discusión	36
4.1. Resultados	36
4.2. Discusión	42

V. Conclusiones y recomendaciones	47
5.1. Conclusiones	47
5.2. Recomendaciones	48
Referencias bibliográficas	49
Anexos	52



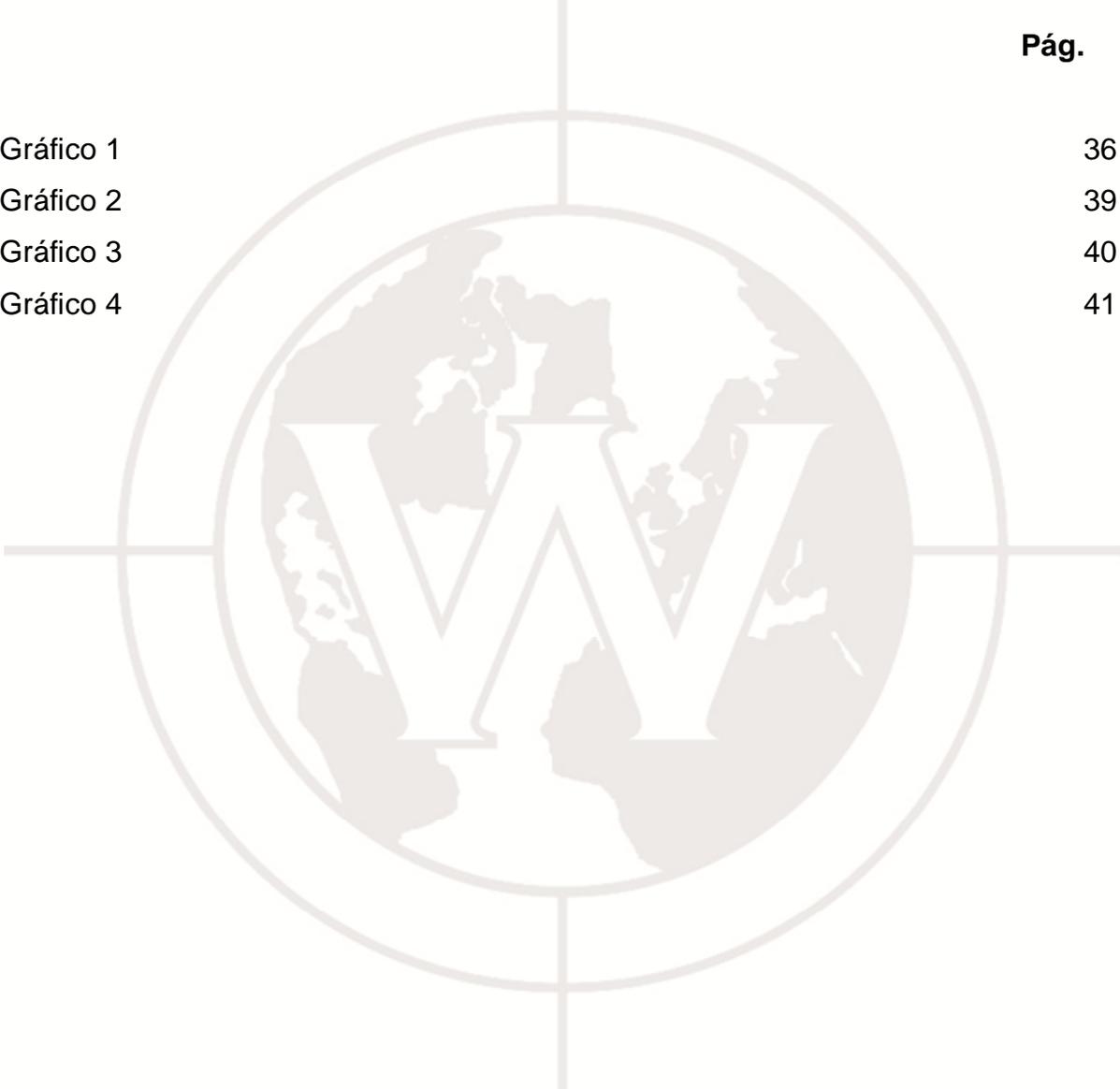
ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1	36
Tabla 2	37
Tabla 3	39
Tabla 4	40
Tabla 5	41



ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1	36
Gráfico 2	39
Gráfico 3	40
Gráfico 4	41



RESUMEN

Objetivo: determinar la prevalencia y los factores sociodemográficos del síndrome de *burnout* en ginecólogos y obstetras del Hospital San José, 2013.

Diseño metodológico: investigación observacional, descriptiva y transversal. La población estuvo constituida por un total de 51 profesionales. Entre las principales variables estuvieron sexo, edad, estado civil, agotamiento emocional, despersonalización, realización personal y presencia de *burnout*.

Resultados: los ginecólogos que presentan el síndrome fueron 33 %, y los obstetras que lo poseen fueron 24 %. Con relación a la dimensión de agotamiento emocional, los ginecólogos alcanzaron un nivel alto (50 %), medio (27,77 %) y bajo (22,22 %); y los obstetras niveles alto (33,33 %), medio (21,21 %) y bajo (45,45 %). En cuanto a la dimensión de despersonalización, los ginecólogos presentaron nivel alto (55,55 %), medio (38,88 %) y bajo (5,55 %); y los obstetras, alto (51,51 %), medio (15,15 %) y bajo (33,33 %). La dimensión de realización personal mostró, en ginecólogos, niveles alto (33,33 %), medio (27,77 %) y bajo (38,88 %); y en obstetras, 33,33 % en sus tres niveles.

Conclusiones: la presencia del síndrome en ginecólogos fue de 33 %; y en obstetras, de 24 %. En la dimensión de agotamiento emocional, los ginecólogos fueron quienes alcanzaron el nivel más alto. En la dimensión de despersonalización tanto los ginecólogos como los obstetras mostraron niveles altos. En la dimensión de realización personal, los ginecólogos llegaron a un nivel bajo, y los obstetras alcanzaron similares resultados en los tres niveles.

Palabras claves: síndrome de *burnout*, ginecólogos, obstetras.

ABSTRACT

Objective: To determine the prevalence and socio-demographic factors of the *burnout* syndrome Gynecologists and Obstetricians of San Jose, 2013 Hospital.

Methodological Design: Observational, descriptive and transversal study. The population consisted of a total of 51 professionals. The main variables are: sex, age, marital status, etc. Emotional exhaustion, depersonalization, personal accomplishment, presence of *burnout*.

Results: Gynecologists if present syndrome were 33% and Obstetricians who do develop the syndrome were 24%. Regarding the emotional exhaustion dimension reached a high level in gynecologists 50%, 27.77% average and 22.22% low, and a high level obstetricians reached 33.33%, 21.21% and on average 45.45%. Regarding the depersonalization dimension reached a high level in gynecologists 55.55%, 38.88% and on average 5.55% and a high level obstetricians reached 51.51%, 15.15% and on average 33.33%. In relation to personal fulfillment dimension reached a high level in gynecologists 33.33%, 27.77% and on average 38.88% and obstetricians at three levels similar results were achieved 33.33%.

Conclusions: The presence of the syndrome was 33% at gynecologists and obstetricians was 24%. In the Emotional Exhaustion dimension gynecologists were those who achieved a high level. In dimension depersonalization both gynecologists and obstetricians reached high levels. In the personal accomplishment dimension reached gynecologists and obstetricians low reached similar results in all three levels.

Keywords: *burnout* Syndrome, Gynecologists, Obstetricians.

I. EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

El concepto de estrés asistencial o síndrome de *burnout* fue introducido por el psiquiatra psicoanalista norteamericano Freudenberger en 1974. Este autor expresaba que “[...] el estrés asistencial es el resultado de la relación que se establece entre el individuo y su trabajo” (Chacón, 2012).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce que el *burnout* es un “[...] síndrome que se ha transformado en un grave problema enfrentado por los que cuidan la salud de las personas afectadas por enfermedades crónicas, que incide tanto en el *staff* como en los miembros de una familia” (Olivar, González y Martínez, citado por Cabrera, 2006).

En 1986, las psicólogas sociales Maslach y Jackson definieron el síndrome de *burnout* como “[...] el proceso de pérdida gradual de responsabilidad y desinterés entre los compañeros de trabajo en su campo de formación”. Una de las definiciones más aceptadas entre los investigadores del tema es la que aportan estas autoras, que lo precisaron como “[...] el cansancio emocional que lleva una pérdida de motivación y que suele progresar hacia sentimientos de inadecuación y fracaso” (Borda, 2007). Ciertos estudios relacionados con el estrés en los profesionales de la salud han revelado cómo sus consecuencias se revierten en un desempeño profesional inadecuado en relación con las personas que reciben sus cuidados (Cabrera, 2006). Richardsen y Burke encontraron en médicos canadienses que el estrés elevado se relacionaba con menos satisfacción en la práctica médica y con actitudes negativas hacia el cuidado de la salud de los pacientes (Mira, Vitaller y Buil, citado por Cabrera, 2006).

El estrés laboral crónico es una de las principales fuentes de riesgos psicosociales en cualquier tipo de organización laboral, y en el sector de servicios una de las formas más habituales de desarrollarse es el síndrome de quemarse en el trabajo (SQT) o *burnout*, como lo describe Gil-Monte (2006). Se considera como síndrome por la comunidad científica la agrupación de síntomas y signos recurrentes que pueden indicar una patología (Quiceno, 2007).

Existe una clara relación entre el estrés y el *burnout*, esto es, en muchos casos las personas afectadas por este síndrome han tenido síntomas de estrés, aunque también es válido decir que no siempre ocurre esto. El estrés es un proceso psicofisiológico que se desencadena por una situación determinada que provoca un desequilibrio significativo entre la demanda que experimenta un sujeto y los recursos adaptativos de que dispone (Hernández, 2007).

El problema se tiende a negar, y habitualmente los compañeros de trabajo son quienes primero lo notan. Existe una fase irreversible que siempre será conveniente tratar de evitar, y puede darse hasta en el 5-10 % de los casos, lo que es grave, ya que favorece el abandono de las actividades laborales (Joffre, 2010).

En base en lo anterior, se puede plantear la siguiente formulación.

1.2. Formulación del problema

¿Cuáles son la prevalencia y los factores sociodemográficos del síndrome de *burnout* en ginecólogos y obstetras del Hospital San José, 2013?

1.3. Justificación

El síndrome de *burnout*, propiamente dicho, es un problema de salud pública que va en aumento y que no solo repercute en la salud de los profesionales de la salud, sino también en la calidad asistencial, deteriorando la relación médico-paciente y suponiendo un alto coste, tanto social como económico. Estudios recientes ponen de manifiesto la alta prevalencia de este síndrome en profesionales de la salud, tanto en el Perú como en otros países, lo cual tiene

consecuencias negativas no solo para el trabajador sino también para la institución en la que este trabaja (Cáceres, 2006). Dado que este síndrome es prevenible, es muy importante disponer de datos sobre su prevalencia en los profesionales de la salud en estudio para poder elaborar planes de prevención (Cáceres, 2006).

El síndrome de *burnout* se considera como la fase avanzada del estrés laboral, como consecuencia del estrés laboral crónico. El *burnout* se produce especialmente en organizaciones de servicios y afecta a profesionales con trato a pacientes o usuarios. No cabe duda de que el estrés se ha convertido en una patología que acompaña a gran parte de la población trabajadora (Arce, 2006).

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo general

Determinar la prevalencia y los factores sociodemográficos del síndrome de *burnout* en ginecólogos y obstetras del Hospital San José, 2013.

1.4.2. Objetivos específicos

- Conocer la prevalencia del síndrome de *burnout* en ginecólogos y obstetras del estudio.
- Identificar los factores sociodemográficos de la población de estudio asociados a la aparición de este síndrome.
- Identificar las dimensiones que conforman el síndrome de *burnout* con el tipo de profesión.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

Antecedentes nacionales

Yslado R. (2009), en su investigación *Diagnóstico y programa de intervención para el síndrome de burnout en profesores de educación primaria de los distritos de Huaraz e Independencia, Huaraz*, tuvo como objetivo determinar las características del síndrome de *burnout* en profesores de primaria con experiencia laboral igual o mayor de cinco años, de instituciones educativas públicas de los distritos de Huaraz e Independencia. Diseño de investigación: estudio preexperimental con pre- y postest, con un solo grupo. Población: 133 profesores, se seleccionaron ocho profesoras mujeres. Principales resultados: la mayoría (78,2 %) de los profesores de educación primaria presentan bajo nivel de síndrome de *burnout* (fase inicial); el 2,3 % de ellos son proclives de presentar *burnout*, por encontrarse en la fase intermedia, y menos de la cuarta parte de la muestra investigada (19,5 %) presenta nivel alto de *burnout* (fase final). Se concluye que los docentes de primaria, con experiencia laboral igual o mayor de cinco años, presentan síndrome de *burnout* confirmado. Asimismo, los docentes evidencian *burnout* en niveles diferentes: en la fase inicial se encuentra el 78,2 %; intermedia, el 2,3 %; y final, 9,5 %.

Apaza E. *et al.* (2009), en su investigación *Prevalencia y características sociodemográficas y laborales relacionadas al síndrome de burnout en médicos psiquiatras en un hospital de salud mental, Lima, Perú, 2009*, tuvieron como objetivo describir la prevalencia del síndrome de *burnout* y las características sociodemográficas y laborales de médicos psiquiatras en el Hospital Hermilio Valdizán, Lima, Perú. La muestra estuvo conformada por 36 médicos psiquiatras. Se aplicó el cuestionario de Maslach *burnout* Inventory. Principales resultados: se obtuvo una tasa de respuesta de 75 %; se halló *burnout* en grado bajo: agotamiento emocional en 69,4 %, despersonalización en 80,6 % y baja realización personal en 75 % de los encuestados. Se concluye que la mayoría de los profesionales presentaban bajos niveles de *burnout*. Las características sociodemográficas y laborales de los médicos psiquiatras no establecieron relación significativa con la aparición del síndrome.

Fernández M. (2008), en su investigación *burnout, autoeficacia y estrés en maestros peruanos: tres estudios fácticos-Lima*, tuvo como objetivo describir la influencia de la autoeficacia percibida en el *burnout* en el desempeño docente y establecer la relación existente entre el desempeño docente y las variables asociadas al estrés y al aprendizaje. Diseño de investigación: el primer estudio es explicativo *ex post facto*, en tanto que el segundo y el tercero son correlacionales. Población: este trabajo resume tres estudios realizados en 929 profesores (617 mujeres y 312 hombres) de escuelas primarias y secundarias de Lima, Perú. Principales resultados: se evidencia un elevado nivel de *burnout* en los profesores, que fue más alto en los de escuela primaria que en los de secundaria. Se concluye que los elevados niveles de autoeficacia percibida tiene una influencia significativa en los bajos niveles de *burnout* y altos niveles de percepción del desempeño docente.

Antecedentes internacionales

Domínguez J. (2010), en su investigación *Estrés laboral por acoso moral en el trabajo y síndrome de burnout, y su relación con el autoconcepto, la adaptación de conducta y la personalidad, en trabajadores de atención a la Salud-España*, tuvo como objetivo determinar los tipos, niveles y relaciones existentes entre el estrés laboral por el síndrome de *burnout* y por el acoso laboral con respecto a la personalidad, el autoconcepto y la adaptación de conducta en trabajadores de atención a la salud. Diseño de investigación: no experimental. Población: fue de 200 trabajadores. Principales resultados: el estrés, en general, afecta a las 5 escalas de medida definidas: desgaste, acoso, personalidad, autoconcepto y adaptación de conducta. Los efectos más claros, tanto en su fuerza como en su significación, se producen para las dos primeras escalas, desgaste y acoso. Se concluye que existe relación significativa entre el puesto de trabajo y el estrés laboral estándar, probablemente relacionado con el mayor número de encuestados que se incluyen en el estrés laboral estricto.

Abreu Francisco (2011), en su investigación *Síndrome de agotamiento emocional en profesionales de la unidad de cuidados intensivos-Venezuela*, tuvo como objetivo evaluar la presencia del síndrome de agotamiento emocional en el personal de Enfermería y Medicina que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Dr. Rafael Calles Sierra, municipio de Carirubana, Edo. Falcón. El diseño de investigación fue descriptivo y epidemiológico, y transcurrió entre mayo de 2008 y marzo de 2009, con un corte transversal para las observaciones pertinentes. Población: las unidades participantes fueron 25 personas: 20 profesionales de enfermería que laboran en la UCI del Hospital Dr. Rafael Calles Sierra y 5 profesionales de medicina especialistas en cuidados intensivos de la misma institución. Los principales resultados fueron los siguientes: el 72 % de la muestra estudiada presenta un nivel bajo de síndrome de agotamiento emocional; 24 % de la muestra presentó un nivel medio y solo una de las participantes presentó un nivel alto. Se concluye que existe un nivel bajo del síndrome de *burnout* en la población de estudio.

Palmer Y. (2007), en su investigación *Factores relacionados con el síndrome de burnout en ginecólogos-México*, tuvo como objetivo determinar los factores de riesgo asociados con el síndrome de *burnout* en los ginecólogos del Hospital de Ginecopediatría con Medicina Familiar número 31 del IMSS, en Mexicali, B.C. Diseño de investigación: descriptivo e inferencial. Población: estudio seccional cruzado efectuado a 27 ginecólogos. Principales resultados: se estudiaron 20 hombres y 7 mujeres. Quienes padecieron el síndrome tuvieron $44,81 \pm 6,11$ años; antigüedad laboral: $15,56 \pm 7,11$ años; estado civil: un divorciado, con desgaste, y el resto casados, con 62,5 % de prevalencia ($p > 0,05$). Prevalencia general: 59,2 %. La intensidad fue de grado bajo en 87,5 %, medio, en 6,2 %; y alto, en 6,2 %. Sin vínculos estadísticos entre factores organizacionales y el síndrome. Se concluye que la prevalencia entre ginecólogos tiende a ser más elevada que entre anestesiólogos del mismo hospital, aunque la diferencia no es estadísticamente significativa; en los análisis univariable y multivariados ningún factor fue significativo.

Borda M. (2007), en su investigación *Síndrome de burnout en estudiantes de internado del Hospital Universidad del Norte-Barranquilla*, tuvo como objetivo establecer el comportamiento y los factores de riesgo asociados al síndrome de *burnout* en estudiantes de último año de medicina en el internado rotatorio I y II, en el Hospital Universidad del Norte, en 2006. Diseño de investigación: estudio descriptivo. Población: 55 estudiantes de último año en internado rotatorio I y II de ambos sexos. Principales resultados: la prevalencia global del síndrome de *burnout* es de 9,1 %. La distribución según dimensiones del síndrome de *burnout* fue la siguiente: agotamiento emocional, 41,8 %; despersonalización, 30,9 %; realización personal baja, 12,7 %. Se concluye que el síndrome de *burnout* es bajo en los internos. Se encontró tendencia a la asociación entre las relaciones con el equipo de trabajo y los grados de agotamiento emocional y de realización personal.

2.2. Base teórica

2.2.1. Historia del síndrome de *burnout*

El término *burnout* se empezó a utilizar a partir de 1977, tras la exposición de Maslach ante una convención de la Asociación Americana de Psicólogos, en la que conceptualizó el síndrome como el 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. El síndrome sería la respuesta extrema al estrés crónico originado en el contexto laboral y tendría repercusiones de índole individual, pero también afectaría a aspectos organizacionales y sociales. Desde los años ochenta, los estudios sobre el *burnout* no han dejado de proliferar, pero es a fines de la década de los noventa cuando se logran acuerdos básicos sobre la conceptualización, análisis, técnicas e incluso programas de prevención (Martínez Pérez A, 2010).

Aunque no existe una definición unánimemente aceptada sobre *burnout*, sí parece haber consenso en que se trata de una respuesta al estrés laboral crónico. Desde una perspectiva psicosocial, la mayoría de sus adeptos aceptan la definición de *burnout* elaborada por Maslach y Jackson (1986), quienes lo consideran como una respuesta principalmente emocional, situando los factores laborales y organizacionales como condicionantes y antecedentes. Los estudios de Maslach y Jackson (1981, 1985, 1986) defienden que el *burnout* es un síndrome tridimensional que se desarrolla en profesionales cuyo objeto de trabajo son personas (usuarios) y añaden tres dimensiones características (Cabrera Julio, 2006).

Por tanto, estas autoras describieron las tres dimensiones del *burnout*: cansancio emocional, en el sentido de desgaste, pérdida de energía, agotamiento y fatiga; despersonalización o deshumanización, que consiste en el desarrollo de aptitudes negativas hacia otras personas, sobre todo con las que se trabaja, junto a la irritabilidad y a la pérdida de motivación; y, por último, falta de realización personal, es decir, actitud negativa hacia sí mismo y hacia su trabajo, con baja moral, baja productividad laboral, poca autoestima e incapacidad para soportar

el estrés. Para Maslach, estas tres dimensiones aparecen sobre todo en las profesiones de ayuda, como los sanitarios y educadores, que prestan servicios al público. Además, estas autoras elaboraron un instrumento de medida, el Maslach Burnout Inventory (MBI), “[...] basado en la necesidad de un instrumento para evaluar el *burnout* experimentado por una amplia gama de trabajadores de servicios humanos. Así, su inclusión en futuros estudios de investigación permitirá alcanzar un mejor conocimiento de distintas variables sociales e institucionales que permitirán reducir la presencia de *burnout*”. Se trata de un cuestionario autoadministrado constituido por 22 ítems referentes a sentimientos personales y actitudes del profesional hacia las personas a las que ofrece su servicio y hacia su trabajo (Cáceres Gloria, 2006).

2.2.2. Conceptualización del síndrome de *burnout*

La palabra *burnout* se desprende del inglés y se traduce en español como “estar quemado”. El primero en describir este síndrome fue Freudenberger en 1974, al establecerlo como una patología psiquiátrica que experimentaban algunos profesionales que trabajan en algún tipo de institución cuyo objeto de trabajo son personas, formado por un conjunto de síntomas médico-biológicos y psicosociales que se desarrollan en la actividad laboral como resultado de una demanda excesiva de energía. El *burnout* se define como síndrome por distrés interpersonal crónico en el ejercicio laboral, y está caracterizado por sentimientos de autoeficacia reducida, desánimo, despersonalización y fatiga, vinculado a situaciones crónicas de demandas tanto vividas como excesivas en el ámbito laboral. El *burnout* es un proceso en el cual las actitudes y el comportamiento del profesional cambian de manera negativa en respuesta a la tensión del trabajo (Hernández, Terán, Navarrete, 2007).

Según este autor, el síndrome de *burnout* así descrito se manifestaría clínicamente por signos físicos y conductuales. Entre los primeros destacarían el agotamiento y la fatiga, la aparición de cefaleas, así como alteraciones gastrointestinales, insomnio y dificultad respiratoria.

En cuanto a las alteraciones de la conducta, sería frecuente la aparición de sentimientos de frustración, así como signos de irritación ante la más mínima presión en el trabajo. También puede aparecer un estado paranoide, que puede conducir a un sentimiento de prepotencia hacia otras personas. Y todo esto puede conllevar a un consumo excesivo de tranquilizantes y barbitúricos. Freudenberger describe cómo la persona con *burnout* se vuelve “[...] rígida, obstinada e inflexible, no se puede razonar con él, bloquea el progreso y el cambio constructivo, porque eso significa otra adaptación y su agotamiento le impide experimentar más cambios. Estas personas aparecen deprimidas, y todos estos cambios son percibidos por sus familiares”. Además de describir el síndrome, Freudenberger propone una serie de medidas para prevenirlo: realización de programas de adiestramiento o entrenamiento a los trabajadores, rotación en las actividades laborales, limitación del tiempo de trabajo, importancia del trabajo en grupo y apoyo al trabajador “quemado” (Cáceres G., 2006).

2.2.3. Variables que influyen en el desarrollo del *burnout*

El *burnout* es un síndrome que resulta básicamente de la interacción del trabajador con el ambiente laboral o también producto de las relaciones interpersonales entre el trabajador y las personas para las que trabaja. Así, el desarrollo de este síndrome dependerá, básicamente, de tres tipos de variables: individuales, sociales y organizacionales (Breso E., 2007).

Variables individuales

Según Edelwich y Brodsky (1980), el *burnout* aparece cuando el deseo del sujeto de marcar una diferencia en la vida del otro se ve frustrado, ya que las razones por las que las personas se dedican a ayudar a los demás tienen por objeto confirmar su sentido de poder.

También señalan que el tener muy alto entusiasmo inicial, baja remuneración económica independientemente del nivel jerárquico y de la educación, no tener apoyo ni refuerzo en la institución, el uso inadecuado de los recursos, y ser empleado joven, son variables que aumentan la probabilidad de desarrollar el síndrome de *burnout*; así pues, la relevancia de las variables personales implican que exista un “estilo de conducta ante el estrés” (Martínez Pérez A., 2010).

Variables sociales

En general, se considera que las relaciones sociales dentro y fuera del lugar de trabajo pueden amortiguar el efecto de los estresores o pueden ser fuentes potenciales de estrés. Los efectos positivos de las relaciones sociales sobre el trabajador han sido clasificados en emocionales, informativos e instrumentales. En cualquier caso, es básico que exista un apoyo social, que redunde en la integración social, la percepción de la disponibilidad de otros para informar o comprender y la prestación de ayuda y asistencia material (Martínez Pérez A., 2010).

Variables organizacionales

Son todas aquellas variables relacionadas con el ambiente físico del lugar de trabajo y con los contenidos específicos de cada puesto. Son de considerar el nivel de ruidos, las condiciones de higiene y temperatura, la oportunidad de utilizar las capacidades que el trabajador posee, la cantidad de tareas asignadas, etc. (Savio, 2008).

2.2.4. Sintomatología del síndrome de *burnout*

Según Piñeiro y Nereyda (2006), en cuanto a los síntomas, diversos autores (Maslach y Pines, 1977; Cherniss, 1980 y Maslach, 1982) revelan que se pueden agrupar en cuatro áreas sintomatológicas:

Psicosomáticos. Alteraciones cardiovasculares: hipertensión, enfermedad coronaria, fatiga crónica, cefaleas y migraña. Alteraciones gastrointestinales: dolor abdominal, colon irritable, úlcera duodenal, dolores musculares. Alteraciones respiratorias: asma, alteraciones del sueño. Alteraciones dermatológicas: urticaria, alteraciones menstruales, disfunciones sexuales, entre otros.

Conductuales. Destacan aquellas de las conductas alimentarias, abuso de drogas, fármacos y alcohol, ausentismo laboral, conductas de elevado riesgo, tabaquismo, incapacidad de relajarse, etc.

Emocionales. Distanciamiento afectivo que el profesional manifiesta a las personas a las que atiende, impaciencia, deseos de abandonar el trabajo e irritabilidad, dificultad para concentrarse debido a la ansiedad experimentada, depresión, irritabilidad, baja autoestima, falta de motivación, dificultad de concentración, distanciamiento emocional, sentimientos de frustración profesional, etc.

Defensivos. Se trata de un mecanismo que utiliza el profesional para sobrellevar sus sentimientos, negando las emociones anteriormente descritas, cuyas formas más habituales son las siguientes: negación de las emociones, ironía, atención selectiva y desplazamiento de sentimientos hacia otras actuaciones o cosas, intelectualización (la atención parcial hacia lo que le resulta menos desagradable), desarrollo excesivo de *hobbies* (que llenan la mente de la persona, incluso en horas de trabajo), dedicación creciente al estudio para liberarse de la rutina con disminución de la atención a los casos "poco interesantes", pseudoausentismo laboral con el desarrollo de actividades, cuyo objetivo es limitar el número de horas reales en el centro de trabajo (actividades sindicales, formación continua).

2.2.5. Dimensiones del síndrome de *burnout*

De lo que no parece haber dudas es de que el síndrome de *burnout* comprende una serie de alternativas físicas, comportamientos mentales y emocionales que tienen su origen en factores individuales, laborales y sociales. (Piñeiro, 2006). Este proceso incluye tres dimensiones (Savio, 2008):

Agotamiento emocional, el trabajador siente que sus recursos afectivos han sido superados por el estrés producido por el contacto diario con las personas que reciben directamente su servicio.

Despersonalización, el trabajador desarrolla sentimientos negativos hacia las personas con quienes trabaja, que se traducen en comportamientos y actitudes acordes con esos sentimientos.

Baja autoestima laboral: el trabajador evalúa de forma negativa su labor, lo cual afecta su autoconcepto, su autoestima y las relaciones con los demás.

2.2.6 Causas del síndrome de *burnout*

Según Cáceres (2006), las causas del *burnout* en los profesionales de la salud se pueden dividir en tres grandes grupos: factores de la personalidad, características sociodemográficas y causas laborales.

Las características de la personalidad que se han asociado con el síndrome de desgaste profesional en los profesionales de la salud han sido fundamentalmente la personalidad neurótica (que incluye ansiedad, hostilidad, depresión y vulnerabilidad), el locus de control externo, el patrón de conducta tipo A, la extraversión, la rigidez, la dureza, independencia, afabilidad, estabilidad, autosuficiencia, perfeccionismo, tensión, etc.

Las características sociodemográficas que influyen en la aparición del *burnout* en los profesionales de la salud podrían ser el sexo, la edad, el estado civil y la presencia de hijos. Además, existen trabajos que ponen de manifiesto la escasa asociación entre estos factores clásicos y el *burnout*, dando más importancia a las características propias del entorno laboral.

Los factores laborales que influyen en la aparición del síndrome de *burnout* en personal sanitario se diferencian en varios grupos:

– **La sobrecarga laboral**, como causa de *burnout* que se relaciona fundamentalmente con la dimensión de cansancio emocional. En nuestro medio, la sobrecarga laboral en los profesionales de la salud es considerada un factor de riesgo psicosocial importante, posiblemente sea debida a la masificación y a la fuerte presión asistencial para reducir las listas de espera, y puede estar causada por una mala organización de los servicios sanitarios, generalmente con falta de personal tanto sanitario como no sanitario. Por tanto, existe falta de tiempo para el desarrollo de las actividades clínicas, lo que se hace especialmente patente cuando se trata de compatibilizar la actividad asistencial con otras de gestión, docencia e investigación.

– **El trato con los pacientes y familiares**, como una causa importante de *burnout* en profesionales de la salud. En estos profesionales, el contacto con el sufrimiento y con la muerte de los pacientes constituye otro factor de riesgo psicosocial de gran importancia, que, además, es considerado por los facultativos de una forma diversa. Así, una gran parte de los mismos considera que el trabajar con el sufrimiento físico es algo inherente a su profesión, aunque no por ello deje de afectarles.

2.2.7. Consecuencias del síndrome de *burnout*

Según Borda (2007), las consecuencias que puede producir este síndrome son las siguientes:

a) Referidas al trabajo

Disminución de la calidad del propio trabajo con los pacientes, ausentismo, cambio de trabajo frecuente, tardanzas, abandono antes de hora, poca creatividad, desmotivación con la superación, etc.

b) Empeoramiento de las relaciones interpersonales

Malas relaciones con sus compañeros de trabajo, con pacientes, familiares, poco comunicativos, dificultades con el trabajo en equipo.

c) Salud del trabajador

Fatiga crónica, dolores de cabeza, problemas del sueño, desórdenes gastrointestinales, recrudecimiento de desórdenes médicos preexistentes: diabetes, asma, dolor muscular, incremento del consumo de cafeína, alcohol, drogas y otros.

2.2.8. El Maslach Burnout Inventory (MBI)

Según Bresó (2007), fue a partir de la publicación en el año 1981 del Maslach Burnout Inventory (MBI) por Maslach y Jackson cuando se establecen unos criterios de evaluación de dicho síndrome y se extiende el uso de un instrumento de medida estandarizado para la evaluación del mismo. No obstante, desde esta primera época hasta la actualidad, el estudio del *burnout* ha pasado por distintas etapas.

Mientras en un principio tan solo los profesionales dedicados a trabajos "de contacto" con personas (sector sanitario, educación, servicios, etc.) eran considerados susceptibles de sufrir *burnout*, hoy en día se sabe que también pueden sufrir *burnout* otro tipo de profesionales que no trabajan con "clientes", sino con "objetos" (por ejemplo, operarios de producción de una industria, etc.).

El MBI se construyó para medir *burnout* en educadores y personal del sector salud (personal de enfermería, asistentes sociales, etc.). La escala evaluaba tres dimensiones por medio de tres subescalas. Debido al hecho de que el cuestionario podía aplicarse de una forma rápida y sencilla, ha sido muy utilizado, facilitando así que la definición de *burnout* implícita en el MBI se convirtiese en la más aceptada.

La investigación reciente sobre el síndrome del *burnout* (estar "quemado" por el trabajo) con sus tres dimensiones: agotamiento profesional, despersonalización y baja autoestima laboral, ha puesto de manifiesto la tendencia en el estudio tradicional del concepto a la ampliación a todo tipo de profesiones e incluso a estudiantes universitarios.

2.2.9. Tratamiento

El tratamiento del síndrome de *burnout* se establece, sobre todo, en función de las molestias concretas que presenta el paciente y de su intensidad. Por tanto, el tratamiento debe adaptarse individualmente al estado del paciente. El inicio temprano del tratamiento favorece el efecto sobre la evolución del trastorno (Rodelgo, 2012).

Debido al elevado número de consecuencias, tanto personales y familiares como sociales y laborales que producen el síndrome de *burnout*, el estudio de su tratamiento o prevención es un aspecto fundamental en la literatura científica sobre el tema.

Según Piñeiro (2006), existen estrategias de intervención a nivel individual, grupal y organizacional.

a. Estrategias de intervención individuales

Bajo el nombre de *técnicas paliativas* se encuentran aquellas que se centran en reducir la experiencia emocional del síndrome causado por diversos factores que se tienen en cuenta, actuando sobre ellos. Las más utilizadas en el ámbito educativo son las de corte cognitivo-conductual, aunque también existen técnicas psicodinámicas y las centradas en el ejercicio físico. Las técnicas conductuales se centran en enseñar a desconectar del trabajo y separar la vida personal y familiar de la laboral, utilizando técnicas para mejorar la ejecución del trabajo, intentando llegar a la mayor efectividad en el mínimo tiempo posible. Algunos autores proponen entrenamientos basados en la retirada de la atención, programas de refuerzos, *time out*, control de contingencia, autoreforzamiento y evitación o utilización de contingencia adecuada, análisis de tareas, reforzamiento progresivo y control de problemas en clases.

Dentro de las técnicas psicológicas de orientación cognitivo-conductual, la desensibilización sistemática ha sido una de las técnicas más utilizadas junto al *counseling* y el asesoramiento técnico, el entrenamiento en asertividad, la relajación, práctica de simulación con técnicas de aprendizajes de destreza sociales para la formación de profesores de secundaria, habilidades relacionales y comunicacionales, habilidades de *doping*, trabajo en equipo y reconstrucción de pensamiento e ideas sobre la enseñanza y los programas de evitación y afrontamiento ante la depresión.

b. Estrategias de intervención grupal

Centradas principalmente en la búsqueda de apoyo social, ya sea a nivel familiar, amigos o compañeros, los grupos de apoyo, la escucha el apoyo técnico y emocional influyen en gran medida, en la prevención y tratamiento del *burnout*. De esta forma, exponer los problemas de un profesor a un grupo de compañeros de profesión resultaba una experiencia reconfortante, se sentían comprendidos, intercambiaban opiniones y se daban consejos.

Los docentes observaban que su problema era experimentado también por otras personas, incrementándose el compañerismo y la fuerza suficiente para afrontar situaciones y enfrentarse a los problemas diarios en el aula. Las estrategias de intervención grupal no dejan de ser las mismas técnicas presentadas en el apartado anterior, solo que aplicadas en grupos a un conjunto de profesores.

Esta forma de trabajo adopta el formato de pequeños seminarios ofertados principalmente por las propias instituciones educativas. Su problema fundamental es que se trata de actuaciones puntuales en las que no se suele hacer un seguimiento al profesor ni hablar de aspectos específicos que afecten de forma individual al docente. Tan solo se suelen enseñar técnicas como relajación, resolución de problemas, debates en grupo sobre los principales problemas, entre otros.

c. Estrategias organizacionales

Bajo esta denominación se encuentran todas aquellas estrategias que desde la administración educativa se pueden desarrollar para paliar algunas de las fuentes de estrés. Son medidas generales cuya implantación minimizaría los efectos del *burnout* y actuaría como prevención del mismo. Una de ellas es aumentar la formación de los profesionales. Es evidente que si un profesional, antes de incorporarse a su función, tuviera una formación adecuada sobre estrategias y comportamientos que le puedan ayudar a enfrentarse con la multitud de problemáticas que puede sobrevenir en un día normal de trabajo, su respuesta ante situaciones problemáticas o generadoras del síndrome aumentaría.

2.2.10 Prevención

Según Castro (2012), las estrategias de la prevención del síndrome podrían ser las siguientes:

a. Estrategias a nivel individual

- Detectar el cansancio emocional a tiempo y pedir ayuda.
- Adaptarse a los cambios constantes dentro de un sistema.
- Equilibrar la vida de manera integral, es decir, balancear los diferentes roles o papeles en la vida como ser humano, físico, psíquico, espiritual y social.
- Adecuado manejo del tiempo.
- Asertividad, y manejo de resolución de problemas de manera rápida y efectiva.
- Una vida sana en cuanto a horarios, alimentación, ejercicio y sueño.
- Trazarse metas y objetivos reales y posibles a mediano y largo plazo.
- Técnicas para la psicorrelajación.
- Adecuado autoconocimiento para saber limitaciones, y detectar a tiempo cualquier problema de agotamiento relacionado con el trabajo.
- Distracciones bien reguladas

b. Estrategias a nivel empresarial

- Mantener bien especificados los cargos y las jerarquías, y bien delimitadas las funciones.
- Mantener un buen clima laboral.
- Evitar el choque de expectativas irreales.
- Adecuada comunicación gerencial.
- Reestructuraciones conscientes.
- Equiparar las metas de la empresa con la de los colaboradores.
- Adecuado nivel de autonomía por grupos.

- Elaborar programas de prevención para el estrés
- Diseñar programas de socialización aplicables.

2.3. Terminología básica

Síndrome de *burnout*: síndrome comportamental debido a un estresor interpersonal, que ocurre dentro del contexto laboral, caracterizado por presentar síntomas de agotamiento emocional, con sentimientos de cinismo hacia las personas que atiende y una sensación de ineffectividad y carencia de logros (Maslash, Schaufeli y Leiter, 2001).

Ginecólogos: médicos que se especializan en el cuidado general de la mujer, el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades del sistema reproductivo femenino, y el cuidado de las mujeres embarazadas. Médico que se especializa en afecciones a los órganos reproductivos de la mujer.

Obstetra: es un ciudadano que, habiendo concluido sus estudios en una universidad del país o del extranjero, de acuerdo a la Ley Universitaria 23733, opta el título y, previa colegiación, se encuentra legalmente apto para prestar atención a mujer, familia y comunidad. Desarrolla, además, funciones administrativas, asistenciales, docentes y de investigación en el sector público, en los organismos no gubernamentales y en el ejercicio privado.

Agotamiento emocional: agotamiento (físico y mental) que se manifiesta con excesivo cansancio, fatiga mental y física. Frases como estas resuenan diariamente: “No doy más”, “Estoy quemado, no tengo ganas de nada”, y se pierde el interés por cosas que antes atraían (Consejo, 2010).

Despersonalización: se manifiesta con actitudes o reacciones negativas hacia los demás. Las personas que ya están “quemadas” notan que han perdido la paciencia, sienten fastidio hacia los demás y responden de modos alterados, descolocando al interlocutor (Consejo, 2010).

Baja autoestima laboral: la persona siente baja realización personal, sensación de fracaso, falta de iniciativa y motivación, abatimiento para poder pensar y producir, y nada le despierta el interés suficiente como para generar ideas y producir (Consejo, 2010).

2.4. Hipótesis

Los estudios descriptivos no necesitan hipótesis.

2.5. Variables e indicadores

Variables descriptivas

a) Prevalencia del síndrome de *burnout*

b) Dimensiones del síndrome de *burnout*

- Agotamiento emocional.
- Despersonalización.
- Baja realización personal.

c) Factores sociodemográficos

- Género.
- Edad.
- Estado civil.
- Realización de guardias.
- Profesión.
- Tipo de contrato laboral.
- Servicio en que trabaja.
- Años de profesión.
- Años de profesión en su actual centro de trabajo.

III. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Tipo y nivel de investigación

El estudio fue de tipo observacional, descriptivo y de corte transversal.

3.2. Población y muestra

La población de estudio estuvo constituida por todos los profesionales de salud ginecólogos y obstetras que trabajaban en el Hospital San José entre los meses de marzo y abril de 2013, con un total de 51, clasificados de la siguiente manera:

Profesional de salud	Nombrado	Contratado
Obstetra	16	17
Ginecólogo	13	5

Muestra: Se trabajó con el universo de la población.

3.2.1. Criterios de inclusión

- Profesional de salud: ginecólogo.
- Profesional de salud: obstetra.
- Profesional que acepte participar de la encuesta.

3.2.2. Criterios de exclusión

- Profesional que este de vacaciones
- Profesional que esté de licencia.
- Profesional que no asistió el día de la toma de la encuesta.
- Profesional que se negó a participar de la encuesta.
- Profesional con algún proceso administrativo.

3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Técnica

- Para la recolección de datos se utilizó la técnica de la encuesta y, como instrumento, el cuestionario.
- Para la aplicación del cuestionario se pidió permiso a la directora del hospital.
- Asimismo, se obtuvieron los permisos para su realización por parte de las direcciones de cada jefatura del servicio, tanto de los ginecólogos como de los obstetras.
- Una vez obtenidos los permisos respectivos, se revisaron los roles de turno de los profesionales mencionados, a fin de ubicarlos en su lugar de trabajo (consultorios externos, sala de hospitalización o emergencia) y se procedió a la ejecución, previo consentimiento oral.
- Luego, se aplicó el instrumento, con una duración de 15 minutos.

Instrumento

Consta de dos partes:

Parte I: aspectos sociodemográficos, confeccionada por el autor teniendo en cuenta las principales variables sociodemográficas que fueron estudiadas (anexo 1).

Parte II: inventario Maslach Burnout Inventory (MBI). El MBI fue validado por Maslach y Jackson, y su versión definitiva apareció en 1986.

Se utilizó la versión traducida y validada de la original al español, que ya se ha empleado en numerosos estudios realizados en España (anexo 1). Este instrumento consta de 22 ítems o afirmaciones con 7 opciones de respuesta según frecuencia (escala Likert de 0 a 6), mediante las cuales se evalúa cada una de las tres dimensiones que conforman el síndrome (ver sistema de evaluación en operacionalización de las variables). Las dimensiones son las siguientes:

Cansancio emocional (CE): sentimiento del sujeto respectode encontrarse saturado emocionalmente por el trabajo.

Despersonalización (DP): respuesta fría e impersonal hacia los pacientes.

Realización Personal (RP): sentimientos de competencia y eficacia en la realización del trabajo.

3.4. Procesamiento de datos y análisis estadístico

- Para el procesamiento de los datos se procedió a construir el plan de tabulación de datos en el programa de Excel.
- Para el análisis descriptivo se consideraron gráficos de barra, para mostrar los resultados de las variables, verificando la distribución porcentual de los datos.
- Para la mejor visualización de los resultados se utilizaron los programas Excel y Power Point, para su presentación final.

3.5. Aspectos éticos

- Proteger la privacidad de la información personal obtenida, relación encuestador.
- Profesional ginecólogo y obstetra.
- Se cumple con la norma de veracidad respetando el principio de autonomía de los profesionales de ginecología y obstetricia.
- Consentimiento informado debe reunir tres requisitos principales: voluntariedad, información y comprensión. Tanto el consentimiento escrito para el director del hospital como el consentimiento oral para los profesionales de la salud.

IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

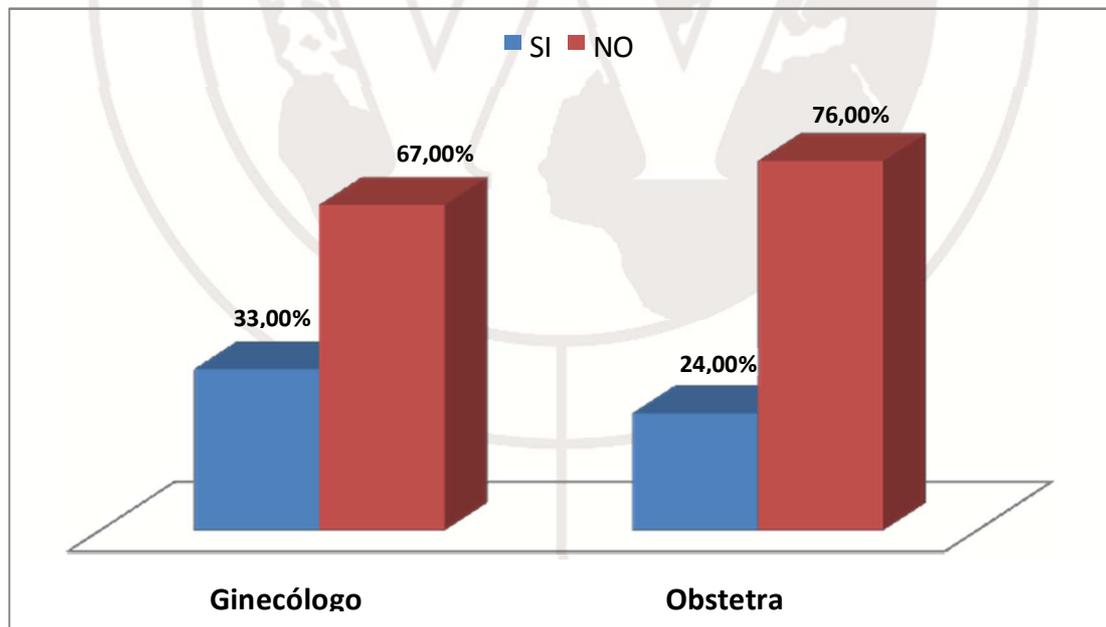
4.1. Resultados

Tabla 1. Prevalencia del síndrome de burnout

Profesionales de Salud	SI		NO	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Ginecólogos	6	33%	12	67%
Obstetras	8	24%	25	76%

Fuente: Propio de investigador

Gráfico 1. Prevalencia del síndrome de burnout



Interpretación: con relación a la prevalencia del síndrome de *burnout*, tanto el 24 %, de 33 de los obstetras como el 33 % de 18 de los ginecólogos presentan el síndrome.

Tabla 2. Factores sociodemográficos de los ginecólogos y obstetras

Item	Indicador	Ginecólogos		Obstetras		
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
1. Edad	Válidos	30 a 35		7	21.21%	
		36 a 40	6	33%	14	42.42%
		41 a 45	5	28%	7	21.21%
		46 a 50	5	28%	4	12.12%
		50 a más	2	11%		
	Total	18	100%	33	100%	
2. Sexo	Válidos	Masculino	11	61.11%	1	3.03%
		Femenino	7	38.88%	32	96.96%
	Total	18	100%	33	100%	
3. Estado civil	Válidos	Soltero	7	38.88%	5	15.15%
		Casado	10	55.55%	28	84.84%
		Conviviente				
	Total	18	100%	33	100%	
4. ¿Hace guardias?	Válidos	SI	17	94.44%	22	66.66%
		NO			10	30.30%
	Total	18	100%	33	100%	
5. Profesión	Válidos		18	100%	32	96.96%
		Total	18	100%	33	100%
6. Tipo de contrato laboral	Válidos	Nombrado	13	72%	16	48.48%
		contratado	5	28%	17	51.51%
		Total	18	100%	33	100%
7. ¿En qué servicio trabaja?	Válidos	Emergencia	4	22.22%	6	18.18%
		SOP	1	5.5%	3	9.09%
		Consultorios	2	11%	9	27.27%
		Hospitalizaci	7	38.88%	14	42.42%
		Oficina	2	11%		
		Total	18	100%	33	100%
8. Años de profesión	Válidos	1 a 5			14	42.42%
		6 a 10	7	38.88%	12	36.36%
		11 a 15	10	55.55%	5	15.15%
		16 a 20	1	5.5%	2	6.06%
		21 a 25				
		26 a más				
	Total	18	100%	33	100%	
9. Años en su actual centro de trabajo	Válidos	1 a 5	11	61.11%	21	63.63%
		6 a 10	4	22.22%	5	15.15%
		11 a 15	3	16.66%	5	15.15%
		16 a 20			2	6.06%
		21 a 25				
		26 a más				
	Total	18	100%	33	100%	

Fuente: Propio de Investigador

Interpretación

Variables sociodemográficas. En la variable de edad, el grupo etario de mayor prevalencia en ambos grupos poblacionales fue de 36 a 40 años, correspondiendo 33 % a los ginecólogos y 42,42 % a los obstetras. En cuanto a la variable de sexo, el masculino alcanzó 61,11 % en los ginecólogos; y el femenino, 96,96 % en los obstetras.

Con relación a la variable de estado civil, en ambos grupos profesionales de ginecólogos y obstetras predominó el estado civil casado, con 55,55 % y 84,84 %, respectivamente.

Asimismo, con relación a la realización de guardias, el personal de salud que sí realiza guardias en ginecólogos fue de 94,44 %; y en obstetras fue de 66,66 %.

Con relación a la profesión, los ginecólogos fueron 18 (de 100 %) y los obstetras, 33 (de 100 %).

En cuanto al tipo de contrato laboral, en ginecólogos, 72 % son nombrados y 28 % son contratados; y en los obstetras, 48,48 % son nombrados y 51,51 % son contratados.

Asimismo, con relación al servicio donde trabajan, tanto los profesionales ginecólogos como los obstetras trabajan más en el área de Hospitalización, con 38,88 % y 42,42 %, respectivamente.

Con relación a la variable de años de profesión, entre 11 y 15 años alcanzó el 55,55 %, correspondiendo a los ginecólogos; en el caso de los obstetras, de 6 a 10 años, con 42,42 %.

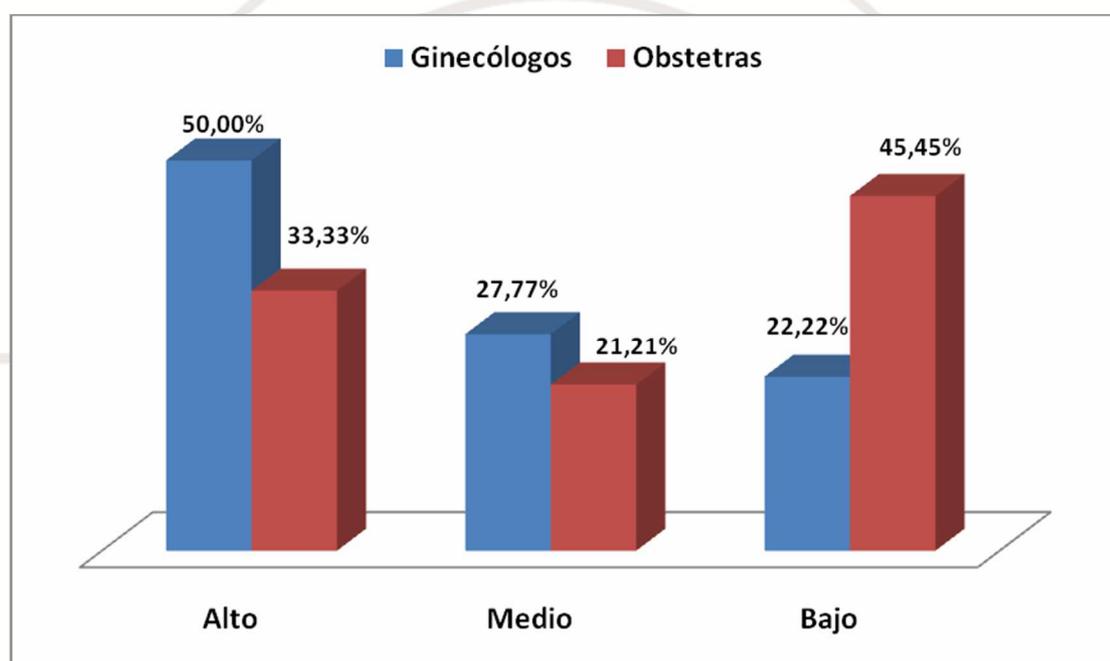
Con relación a los años en su actual centro de trabajo, tanto los ginecólogos como los obstetras están entre 1 y 5 años, con 61,11 % y 63,63 %, respectivamente.

Tabla 3. Distribución de los niveles de calificación de la dimensión de agotamiento emocional según tipo de profesión

Nivel de Calificación	Alto		Medio		Bajo	
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)
Ginecólogos	9	50%	5	27.77%	4	22.22%
Obstetras	11	33.33%	7	21.21%	15	45.45%

Fuente: Propio de investigador

Gráfico 2. Distribución de los niveles de calificación de la dimensión agotamiento emocional según tipo de profesión



Interpretación

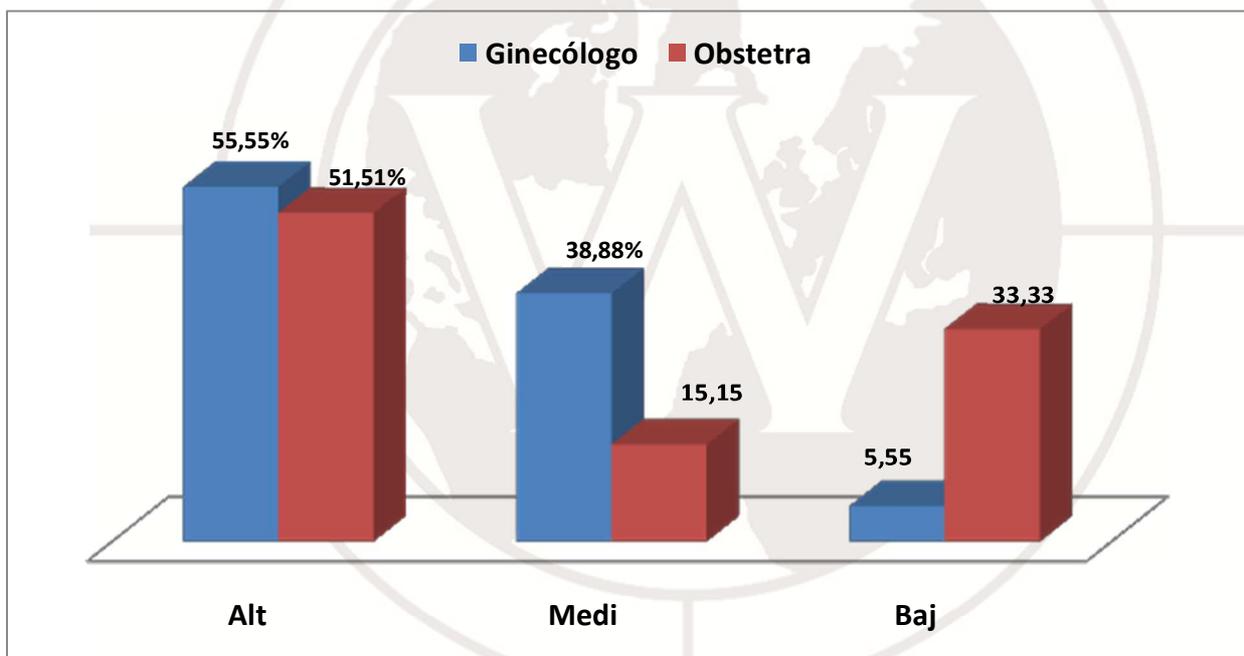
Con relación a la dimensión de agotamiento emocional, el grupo profesional de ginecólogos tiene un nivel alto, correspondiendo a 50 %; y los obstetras, un nivel bajo, de 45,45 %.

Tabla 4. Distribución de los niveles de calificación de la dimensión de despersonalización según tipo de profesión

Nivel de Calificación	Alto		Medio		Bajo	
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)
Ginecólogos	10	55.55%	7	38.88%	1	5.55%
Obstetras	17	51.51%	5	15.15%	11	33.33%

Fuente: Propio de investigador

Gráfico 3. Distribución de los niveles de calificación de la dimensión despersonalización según tipo de profesión



Interpretación

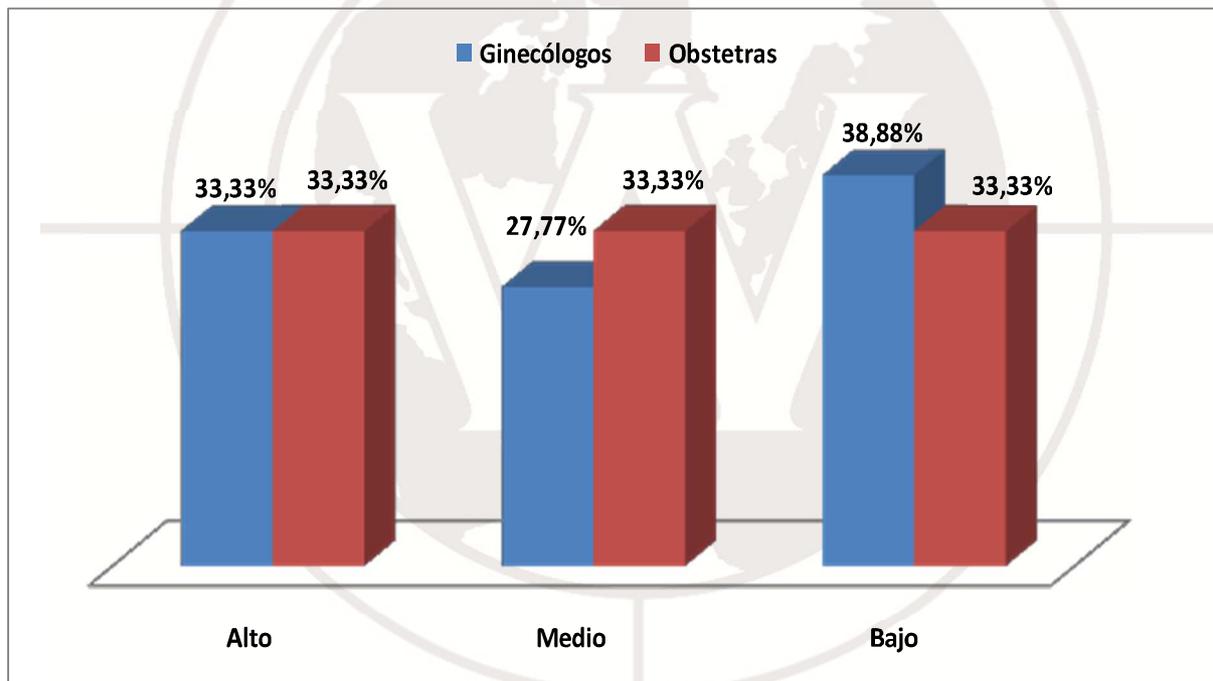
Con relación a la dimensión de despersonalización, ambos grupos profesionales (ginecólogos y obstetras) tienen un nivel alto, con 55,55 % y 51,51 %, respectivamente.

Tabla 5. Distribución de los niveles de calificación de la dimensión de realización personal según tipo de profesión

Nivel de Calificación	Alto		Medio		Bajo	
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)
Ginecólogos	6	33.33%	5	27.77%	7	38.88%
Obstetras	11	33.33%	11	33.33%	11	33.33%

Fuente: Propio de investigador

Gráfico 4. Distribución de los niveles de calificación de la dimensión realización personal según tipo de profesión



Interpretación

Con relación a la dimensión de realización personal, el grupo profesional de ginecólogos obtuvo un nivel bajo, con 38,88 %; y el de obstetras, 33,33 % en los tres niveles.

4.2. Discusión

Con relación a la prevalencia del síndrome de *burnout*, se encontró que los ginecólogos que presentan el síndrome fueron 33 %; y los obstetras, 24 %. Por lo tanto, los profesionales ginecólogos con *burnout* en el presente estudio se encuentran afectados con un nivel de intensidad elevado en su totalidad. Se considera que la presencia de este síndrome en los profesionales obstetras por encima de un 20 % es una cifra importante. Ello concuerda con el estudio de Cabrera R. (2006) titulado *El síndrome de burnout en trabajadores de la salud de la atención primaria*, quien considera que la presencia de este síndrome por encima de un 20 % es una cifra importante, no solamente porque infiere una probabilidad de un poco más de uno de cada cinco de los profesionales de la salud a padecer el síndrome, sino porque los ajustes determinados para ubicar a un trabajador como portador de *burnout*, fueron mucho mayores que los seleccionados por la mayoría de las investigaciones.

Respecto de la edad, en ginecólogos y obstetras predominó el grupo etario de 36 a 40 años, con 33 % y 42,2 %, respectivamente; resultados similares se confirman en otras investigaciones, como la de Cáceres G. (2006), titulada *Prevalencia del síndrome de burnout en personal sanitario militar*, quien refiere que el desgaste profesional disminuye a medida que aumenta la edad. Y con relación a la edad y el *burnout*, hay que tener en cuenta la posibilidad de que los individuos quemados abandonen de forma prematura la organización donde trabajan, y, por tanto, los “supervivientes” de mayor edad, tengan menores niveles de desgaste profesional.

La existencia de *burnout* para el sexo masculino en profesionales ginecólogos fue de 61,11 %; sobre el femenino, de 38,88 %. Mientras que en los profesionales obstetras hubo un mayor alcance del sexo femenino, con 96,96 % sobre el sexo masculino, con 3,03 %, los que concuerda con el estudio de Quiceno J. y Vinaccia S. (2007), titulado *Burnout: "síndrome de quemarse en el trabajo (SQT)*, donde refieren que la mayoría de muestras tuvieron un gran agrupamiento en el género femenino; por lo tanto, indican que las mujeres podrían ser más vulnerables a desarrollar el síndrome de *burnout*.

En cuanto a la presencia de *burnout* según su estado civil, tanto en ginecólogos como en obstetras, predominó el estado civil de casado, con 55,55 % y 84,84 %, respectivamente, lo que no coincide con lo encontrado por Arce G. (2006), en su estudio titulado *Síndrome de burnout en profesionales de enfermería de la unidad de cuidados críticos del hospital Guillermo Almenara Irigoyen*, quien refiere que las enfermeras con tendencia a *burnout* son solteras y sin hijos, continuando con las casadas con hijos.

Respecto de la realización de guardias, los ginecólogos tuvieron un alcance de 94,44 %; y los profesionales obstetras, de 66,66 %. Por lo tanto, se obtuvo que casi la mayoría de profesionales, tanto ginecólogos como obstetras, realizan guardias de manera rutinaria; por lo tanto, tienen más riesgo de sufrir este síndrome, debido a la sobrecarga de trabajo, lo que no concuerda con lo encontrado por Borda M., Navarro E. y Aun E. (2007) en su investigación titulada *Síndrome de burnout en estudiantes de internado del Hospital Universidad del Norte*, quienes refieren que la realización de guardias en el mes no marcó la diferencia, ya que es la misma para todos los internos del Hospital Universidad del Norte, independientemente del servicio por el que se encuentren rotando.

Respecto al tipo de profesión, se encontraron profesionales ginecólogos en el presente estudio en 100 % (de 18); mientras que los profesionales obstetras ocuparon un 96,96 % (de 32).

Esta es considerada una de las variables sociodemográficas más importantes en el estudio del *burnout*, ya que más profesionales ginecólogos padecen de este síndrome por su mayoría en cuanto a los profesionales, mientras que los obstetras también lo padecen, pero con un menor alcance. Por lo tanto, se encuentra una relación entre la profesión y la aparición del síndrome, ya que algunos estudios han señalado que otras profesiones vinculadas con la asistencia de salud (no solamente ginecólogos y obstetras) están expuestos a estrés de origen asistencial, lo que concuerda con el estudio de Quiceno J. y Vinaccia S. (2007) titulado *Burnout: síndrome de quemarse en el trabajo (SQT)*, quienes refieren que prácticamente no existe profesión u oficio que no haya sido investigada exhaustivamente con este síndrome.

Respecto del tipo de contrato laboral, los profesionales ginecólogos nombrados alcanzaron un 72 %, mientras que los ginecólogos contratados, un 28 %. Los profesionales obstetras nombrados obtuvieron un 48,48 %, mientras que los contratados un 51,51%, lo que concuerda con el estudio de Yslado R. (2009) titulado *Diagnóstico y programa de intervención para el síndrome de burnout en profesores de educación primaria de los distritos de Huaraz e Independencia*, quienes refieren que de la variable condición laboral, los niveles altos de los docentes nombrados indicarían que ellos experimentan mayores sentimientos de distanciamiento en su quehacer pedagógico con sus alumnos y colegas por la rutina a lo largo de los años laborados, más que por la condición de tener estabilidad laboral.

Respecto al servicio en donde trabajan, los profesionales ginecólogos y obstetras en su mayoría trabajan en el servicio de hospitalización, con 38,88 % y 42,42 %, respectivamente. Por lo tanto, la presencia del síndrome se comportó de manera similar en ambos grupos de profesionales, lo que no concuerda con el estudio de Cáceres G. (2006) titulado *Prevalencia del síndrome de burnout en personal sanitario militar*, donde refiere que el personal realiza sobre todo atención especializada (94,7 %), el 4,1 % solo se dedica a labores de dirección, asesoramiento, administración o docencia, y el 1,2 % realiza atención primaria.

Respecto de los años de profesión, predominó el *burnout* en los profesionales ginecólogos que tenían de 11 a 15 años de ejercicio laboral (55,55 %); solamente un 5,5 % de los profesionales que tenían de 16 a 20 años de ejercicio profesional sufrieron *burnout*, mientras que en los profesionales obstetras que tenían de 6 a 10 años de ejercicio laboral tuvieron un 42,42 %. Solamente el 6,06 % de los profesionales que tenían de 21 a 25 años de ejercicio profesional sufrieron *burnout*, lo que concuerda con el estudio de Cabrera R. (2006) titulado *El síndrome de burnout en trabajadores de la Salud de la atención primaria*, quien plantea que el síndrome de *burnout* es más frecuente tras los primeros años de ejercer la profesión; y con el estudio de Cherniss y Maslach, quienes opinan que a medida que los años avanzan, el sujeto va ganando en seguridad y experiencia en las tareas laborales y muestra una menor vulnerabilidad a la tensión laboral.

Respecto a los años en su actual centro de trabajo, predominó el *burnout* tanto en los profesionales ginecólogos y obstetras que tenían de 1 a 5 años, con 61,11 % y 63,63 %, respectivamente. Por lo tanto, la presencia del síndrome se comportó de manera similar en cuanto a los años de trabajo en la institución; es decir, los profesionales con más años en su centro de trabajo son los que menos experimentan el *burnout*, lo que concuerda con el estudio de Joffre V. (2010) titulado *Síndrome de burnout en médicos de un hospital general en el noreste de México*, quien destaca que los médicos, en 17,86 %, han trabajado más de 5 años; y el 63,1 %, más de 10 años.

Respecto de la dimensión de agotamiento emocional, se obtuvieron valores altos de esta dimensión en los ginecólogos (50 %), mientras que en los obstetras predominó un nivel bajo (45,45 %). Por lo tanto, los ginecólogos tienen altos niveles de agotamiento emocional, mientras que los obstetras representan un nivel más bajo, lo que no concuerda con Abreu F. (2011), quien, en su estudio *Síndrome de agotamiento emocional en profesionales de la unidad de cuidados intensivos* refiere que, de acuerdo a la dimensión agotamiento emocional, los profesionales de medicina y enfermería ocupan un 72 % de nivel bajo, el 24 % un nivel medio de esta dimensión y solo una de las participantes un nivel alto.

Respecto de la dimensión de despersonalización, ambas profesiones tuvieron una mayor presencia de calificaciones altas en esta dimensión. Así, los ginecólogos, con 55,55 %; y los obstetras, con 51,51 %, lo que concuerda con Hernández G. (2007), en su investigación titulada *El síndrome de burnout: una aproximación hacia su conceptualización, antecedentes, modelos explicativos y de medición*, quien refiere que el área más afectada en la mayor parte de las variables fue despersonalización, en 25 %, seguida por cansancio emocional, en 16,2 % y, finalmente, en realización profesional, en 7,5 %.

Respecto de la dimensión de realización personal, los ginecólogos se encuentran en el nivel bajo, con 38,8 %; y para los obstetras, los resultados respecto de esta dimensión son similares en los tres niveles, lo que concuerda con Palmer Y., Prince R. y Searcy R. (2007), en su investigación titulada *Factores relacionados con el síndrome de burnout en ginecólogos*, donde refieren que los médicos ginecoobstetras ocupan niveles bajos en su dimensión de realización personal, con 7,4 % (alto), 11,1 % (medio) y 7,4 % (bajo).

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- La presencia del síndrome abarcó la tercera parte en profesionales ginecólogos, con 33 %; mientras que en los obstetras fue de 24 %.
- Las variables sociodemográficas más importante fueron el sexo femenino, el estado civil de casados, la realización de guardias, el servicio donde trabajan (hospitalización) y los años de trabajo con relación al tipo de profesión.
- En la dimensión de agotamiento emocional, los ginecólogos alcanzaron un nivel alto y los obstetras un nivel bajo.
- En la dimensión de despersonalización, tanto los ginecólogos como los obstetras alcanzaron niveles altos.
- En la dimensión de realización personal, los ginecólogos alcanzaron un nivel bajo; y los obstetras, similares resultados en los tres niveles de la dimensión.

5.2. Recomendaciones

- Realizar intervenciones educativas y terapéuticas (entrenamiento en habilidades sociales y de comunicación, entrenamiento en relajación, psicoterapia) mediante talleres o grupos focales, evaluando posteriormente su efectividad.
- Realizar programas de orientación, apoyo psicosocial e información a los profesionales que pudieran tener factores de riesgo para el desarrollo de este problema.
- Continuar realizando investigación sobre el tema; de acuerdo con los resultados, diseñar e implantar programas de promoción de estilos de vida saludable, de manera que contribuyan al mejoramiento del bienestar y de la calidad de vida de los profesionales de la salud.
- Promover que se sigan realizando investigaciones sobre el síndrome de *burnout* y que sean estudios analíticos y comparativos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Apaza E. (2011). "Prevalencia y características sociodemográficas y laborales relacionadas al síndrome de *burnout* en médicos psiquiatras en un hospital de salud mental, Lima, Perú, 2009". *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizán*; 12(2): 27-36.
2. Chacón G. (2012). *Análisis de la relación de la incidencia del síndrome de burnout en la prestación de servicios de la consulta externa de los funcionarios del área de Salud de Oreamuno durante el mes de marzo del año 2012 y su impacto en la satisfacción del cliente externo*. Costa Rica.
3. Cabrera R. (2006). *El síndrome de burnout en trabajadores de la salud de la atención primaria*. [Monografía en Internet]. Cuba: Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana.
4. Borda M., Navarro E. y Aun E. (2007). *Síndrome de burnout en estudiantes de internado del Hospital Universidad del Norte*. Colombia; pp. 43- 51.
5. Quiceno J. y Vinaccia S. (2007). "Burnout: síndrome de quemarse en el trabajo (SQT)". *Acta Colombiana de Psicología*; 10(2):117-125.
6. Hernández T., Terán O. y Navarrete D. (2007). *El síndrome de burnout: una aproximación hacia su conceptualización, antecedentes, modelos explicativos y medición*.
7. Joffre V. "Síndrome de *burnout* en médicos de un hospital general en el noreste de Mexico". *Revista Electrónica* (Internet). Medicina, Salud y Sociedad; 1(1). México. Disponible en www.medicinasaludysociedad.com
7. Cáceres G. (2006). *Prevalencia del síndrome de burnout en personal sanitario militar*. [Tesis doctoral]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.

8. Arce G. (2006). "Síndrome de *burnout* en profesionales de enfermería de la Unidad de Cuidados Críticos del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen". *Rev. de Ciencias de la Salud*; 1(1). Lima.
9. Yslado R. (2009). *Diagnóstico y programa de intervención para el síndrome de burnout en profesores de educación primaria de distritos de Huaraz e Independencia*. Perú; pp. 151-162.
10. Fernández M. (2008). "Burnout, autoeficacia y estrés en maestros peruanos: tres estudios fácticos". *Ciencia y Trabajo*. Perú; 10(30):120-125.
11. Domínguez F. (2010). *Estrés laboral por acoso moral en el trabajo y síndrome de burnout, y su relación con el autoconcepto, la adaptación de conducta y la personalidad, en trabajadores de atención a la salud*.
12. Abreu F. (2011). "Síndrome de agotamiento emocional en profesionales de la unidad de cuidados intensivos". *Multiciencias*; 11(4), octubre-diciembre, 2011; pp. 370-377. Venezuela: Universidad de Zulia.
13. Palmer Y., Prince R. y Searcy R. (2007). "Factores relacionados con el síndrome de *burnout* en ginecólogos". *Ginecol Obstet Méx*; 75(7):379-83.
14. Martínez Pérez A. (2010). "El síndrome de *burnout*. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión". *Vivat Academia* N.º 112, setiembre 2010. España.
15. Hernández G. (2007). "*El síndrome de burnout: una aproximación hacia su conceptualización, antecedentes, modelos explicativos y de medición*".
16. Bresó E., Salanova M. y Schaufeli W. (2008). *Síndrome de estar quemado por el trabajo: burnout (III): Instrumento de Medición*.
17. Savio S. (2008). *El síndrome de burnout: un proceso de estrés laboral crónico*; 1(8):121-138. Argentina: Facultad de Ciencias Sociales, Universidad Nacional de Lomas Zamora.
18. Piñeiro N. (2006). *Estudio sobre la presencia del síndrome de burnout en los profesores de la Secundaria Básica José Martí del Municipio Cotorro*.
19. Rodelgo T. (2012). "*Burnout (síndrome)*". *Rev. Médica*. (Internet). Disponible en www.onmeda.es

20. Castro R. (2012). *Estrés laboral: síndrome de burnout o desgaste profesional*.
21. Maslach C. y Jackson S. E. (1982). "Burnout in health professions. A social psychological analysis". En G. S. Sander y J. Suls, editores. *Social psychology of health and illness*. Hillsdale, Estados Unidos: LEA.
22. Consejo. (2010). *Síndrome de burnout cuando la cabeza quema*. Sociedad Síndrome de *burnout*. Disponible en <http://consejo.org.ar/>



ANEXOS

Anexo 1. Encuesta

Presencia del Síndrome de *Burnout* en Obstetras y Ginecólogos del Hospital San

José

La presente investigación tiene por objetivo conocer como se desarrolla el Síndrome de *Burnout* en los profesionales de la salud: ginecólogos y obstetras del Hospital San José. Desde ya agradeceremos responder todas las preguntas con sinceridad, pues esta encuesta es anónima.

PARTE I: Aspectos Sociodemográficos

1. Edad: años
2. Sexo: Hombre Mujer
3. ¿Cuál es su estado civil o de convivencia?:
 - 1. Casado/a o vive con su pareja
 - 2. Soltero/a y no vive en pareja
 - 3. Separado/a o divorciado/a y no vive en pareja
 - 4. Viudo/a y no vive en pareja
4. Hace guardias: Sí No
5. Profesión:
 - Obstetra Ginecólogo
6. Tipo de contrato laboral:
 - Nombrado Contratado
7. En qué servicio trabaja:
 - Emergencia SOP Consultorios Hospitalización Clínica
8. Años de profesión:
9. Años en su actual centro de trabajo:

PARTE II: Cuestionario Maslach Burnout Inventory (adaptado al español)

Coloque con los siguientes números la frecuencia con que le suceden cada una de las siguientes afirmaciones en relación a su trabajo. Píense bien y sea completamente sincero.

- (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.

Items	0	1	2	3	4	5	6
1. Me siento emocionalmente defraudado 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 fatigado.							
4. Siento que puedo entender fácilmente a las personas que tengo que atender.							
5. Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fuesen objetos impersonales.							
6. Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa.							
7. Siento que trato con mucha efectividad los problemas de las personas que tengo que atender.							
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 esté 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 le ocurra a quienes tengo que atender profesionalmente.							
16. Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa.							
17. Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable en mi trabajo.							
18. Me siento estimulado después de haber trabajado íntimamente con quienes tengo que atender.							
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 en forma adecuada.							
22. Me parece que los beneficiarios de mi trabajo me culpan de alguno de sus problemas.							

Anexo 2.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Tipo de variable	Escala de medición	Indicadores	Instrumento de medición
Variable : Síndrome de Burnout					
Síndrome de Burnout.	Síndrome comportamental debido a un estresor interpersonal.	Cualitativa	Nominal	Presentarán Burnout aquellos con 3 dimensiones altamente afectadas o al menos 2 dimensiones con nivel alto y una con nivel medio.	Encuesta
Variables: Dimensiones del Síndrome de Burnout					
Agotamiento emocional.	Disminución y pérdida de recursos emocionales. Según puntuación obtenida al sumar los ítems 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16,20 del cuestionario #2.	Cualitativa	Nominal.	≥27 Alto 19-26 Medio <19 Bajo	Encuesta
Despersonalización.	Desarrollo de actitudes negativas de insensibilidad hacia los receptores del servicio prestado. Según puntuación obtenida al sumar los ítems 5, 10, 11, 15,22 del cuestionario #2.	Cualitativa.	Nominal.	>10 Alta 6-9 Media <6 Baja	Encuesta
Realización personal.	Tendencia a evaluar el propio trabajo de forma negativa, con vivencias de insuficiencia profesional y baja autoestima personal. Según puntuación obtenida al sumar los ítems 4,7,9,12,17,18,19,21 del cuestionario #2.	Cualitativa	Nominal.	>40 Alta 34-39 Media <33 Baja	Encuesta
Variable : Factores sociodemográficos					
Sexo	División del género humano en dos grupos: mujer o hombre	Cualitativa	Nominal	Masculino Femenino	Encuesta
Edad	Tiempo que una persona, ha vivido desde que nació. Cada uno de los períodos en que se considera dividida la vida humana.	Cuantitativa	Discontinua	Expresada en años.	Encuesta
Estado Civil	Condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo o de su mismo sexo.	Cualitativa	Nominal	Soltero Casado Conviviente.	Encuesta
Realización de guardias	Turnos diurnos y nocturnos que el profesional realiza en su trabajo.	Cualitativa	Nominal	Si No	Encuesta
Profesión	Empieo que alguien ejerce y por el que recibe una retribución económica.	Cualitativa	Nominal	Ginecólogos Obstetras	Encuesta
Tipo de contrato laboral	Es un vínculo o acuerdo escrito entre el empleador y el empleado.	Cualitativa	Nominal	Nombrado Contratado	Encuesta
Servicio en que trabaja	Ambiente en que trabaja dentro del Hospital el profesional de Salud.	Cualitativa	Nominal	Consultorios Emergencia Hospitalización SOP Oficina	Encuesta
Años de profesión	Según años de ejercicio después de graduado.	Cuantitativas	Discontinua	Expresada en años.	Encuesta
Años en su actual centro de trabajo	Según años de ejercicio en su centro de trabajo.	Cuantitativas	Discontinua	Expresada en años.	Encuesta