

GOMERO CUADRA, Raúl; PALOMINO BALDEÓN, Juan; RUIZ GUTIÉRREZ, Fermín; LLAPYESÁN, Carlos
El Síndrome de Burnout en personal sanitario de los hospitales de la empresa minera de Southern Perú
Copper Corporation: Estudio Piloto.
Revista Médica Herediana, vol. 16, núm. 4, 2005, pp. 233-238
Universidad Peruana Cayetano Heredia
San Martín de Porres, Perú

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=338029549002>



Revista Médica Herediana,
ISSN (Versión impresa): 1018-130X
juan.miyahira@upch.pe
Universidad Peruana Cayetano Heredia
Perú

El Síndrome de Burnout en personal sanitario de los hospitales de la empresa minera de Southern Perú Copper Corporation: Estudio Piloto.

Burnout Syndrome in Health workers at the Southern Perú Copper Corporation Mining company Hospitals.

GOMERO CUADRA Raúl ¹, PALOMINO BALDEÓN Juan ², RUIZ GUTIÉRREZ Fermín², LLAPYESÁN Carlos ³

SUMMARY

We know that the Burnout's Syndrome is a main cause of unfaithful in health professionals. Little has investigated in our country, however, we believe that it is present and in increase. *Objective:* Identify health workers with Burnout's Syndrome and contribute with epidemiological characteristics of it. *Material and methods:* We gave the Maslach Burnout Inventory (MBI) to the health workers of the hospitals of an industrial mining from Peru. *Results:* We received 82 (63%) questionnaires, of which, 26 were medical doctors, 35 nurses and 21 auxiliary nursing. Only a physician presented high values in emotional weariness and depersonalization and low in low personal accomplishment. *Conclusions:* We found a doctor with Burnout's Syndrome diagnosis, who was characterized by the early development of the syndrome and not associated with work shifts. In addition, we conclude that should investigate Burnout in public health institution (*Rev Med Hered 2005;16:233-238*).

KEY WORD: Burnout, work stress, surveillance health.

RESUMEN

Se atribuye al Síndrome de Burnout o de Agotamiento Profesional, como el responsable de la desmotivación que sufren los profesionales sanitarios. En nuestra realidad, poco se ha investigado y escrito sobre el Síndrome de Burnout, sin embargo, creemos que su presencia en el personal sanitario está presente y en incremento. *Objetivo:* El presente estudio pretende identificar los trabajadores sanitarios con Síndrome de Burnout en nuestro centro de labor y aportar las características epidemiológicas que permitan una aproximación del perfil de riesgo en el personal sanitario. *Materiales y métodos:* Se entregó el Maslach Burnout Inventory al personal sanitario de los hospitales de una empresa minera del sur de Perú, previa explicación del estudio. *Resultados:* Se recibieron 82 (63%) cuestionarios debidamente llenados de los 130 entregados, de los cuales 26 fueron médico(a)s, 35 enfermero(a)s y 21 auxiliares de enfermería. Solo un médico presentó puntaje alto para cansancio emocional (CE) y depersonalización (DP) y bajo para baja realización personal (BRP). *Conclusiones:* En la población estudiada encontramos un médico con diagnóstico de Síndrome de Burnout, quien se caracterizó por el desarrollo temprano del síndrome y no asociado a la realización de turnos. Además concluimos en la necesidad de repetir el estudio en instituciones de salud públicas. (*Rev Med Hered 2005;16:233-238*).

PALABRAS CLAVE: Burnout, estrés laboral, vigilancia de la salud.

¹ Médico Ocupacional y del Medio Ambiente, Jefe de Salud Ocupacional del Hospital Toquepala
² Residente de Medicina Ocupacional y del Medio Ambiente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia
³ Médico del Trabajo, Jefe de Salud Ocupacional del Hospital Cuajone.

INTRODUCCIÓN

Se atribuye al síndrome de Burnout o de Agotamiento Profesional, como el responsable de la desmotivación que sufren los profesionales sanitarios (1,2). En nuestra realidad, poco se ha investigado y escrito sobre el síndrome de Burnout, sin embargo, creemos que está presente y en incremento en el personal sanitario, dadas las condiciones socio laborales actuales (3).

El síndrome de Burnout se presenta como un trastorno adaptativo crónico, asociado a las demandas psicosociales del trabajo directo con personas a través de una relación de interdependencia mutua (4,5,6), como consecuencia de un desbalance prolongado (más de 6 meses) entre demandas y recursos de afrontamiento (6).

La dificultad para su diagnóstico es que no existe una definición aceptada universalmente para el síndrome de Burnout, pero la gran mayoría de investigadores coinciden en que se trata de un estado de estrés laboral crónico (4). Éste fue descrito por primera vez en 1974, por Hebert Freudenberger, psiquiatra de la Clínica Libre de Nueva York para toxicómanos (4,7), quien la describió como la *“sensación de fracaso y una existencia agotada o gastada que resultaba de una sobrecarga por exigencias de energías recursos personales o fuerza espiritual del trabajador”* (8,9). Actualmente la definición operacional más conocida es la propuesta por Maslach y Jackson en 1986, quienes la definieron como *“un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir en individuos que trabajan con personas”* (10,11), esto es, que el Síndrome de Burnout constituye una entidad multidimensional constituida por los 3 aspectos mencionados (12).

Con relación a las manifestaciones psicopatológicas y físicas están son variadas y han sido establecidas como manifestaciones emocionales (distanciamiento, soledad, ansiedad, impotencia y omnipotencia); actitudinales (cinismo, apatía, hostilidad y suspicacia); conductuales (agresividad, aislamiento, labilidad e irritabilidad); y somáticos (dolor precordial, palpitaciones, broncoespasmo, alteración en la esfera sexual, síntomas digestivos, insomnio, depresión, problemas musculares, etc) (13). Las consecuencias para quien padece este síndrome pueden ser graves, pero además, trasciende hacia sus familiares y a su empresa (14,15,16).

No existe un perfil del profesional propenso a desarrollar el síndrome de Burnout. Múltiples variables han sido investigadas sin aporte definitivo alguno. Tanto

la edad cronológica, el estado civil, el trabajo en turnos y el horario laboral ni la antigüedad profesional han demostrado relación causal con el mencionado síndrome (9,13,17).

El presente estudio pretende identificar a los trabajadores sanitarios con el Síndrome de Burnout en nuestro centro de labor y aportar características a las variables epidemiológicas que permitan una aproximación del perfil de riesgo en el personal sanitario.

MATERIALES Y MÉTODOS

El estudio se realizó en el periodo entre enero y marzo del 2003, en los hospitales de Cuajone, Ilo y Toquepala de la empresa minera Southern Perú Copper Corporation (SPCC), en la zona sur del Perú.

La principal característica de nuestra población es su labor para una empresa minera privada que les garantiza un ingreso económico estable y puntual. Además, la empresa brinda vivienda a todos los trabajadores, así como atención de salud gratuita, lo que permite afirmar que gozan de una homogeneidad desde el aspecto socioeconómico. También debemos mencionar que si bien son 3 complejos hospitalarios, éstos comparten los mismos procesos administrativos y operacionales sanitarios.

Se incluyó a todo el personal sanitario de los hospitales (SPCC) que estaba constituido por 130 trabajadores, de los cuales, 42 (32,3 %) eran médicos, 51 (39,23 %) enfermeras y 37 (28,46 %) auxiliares de enfermería. Todos son evaluados anualmente dentro del programa de vigilancia de la salud de los trabajadores, de acuerdo a la reglamentación legal para centros mineros de Gran Minería en el Perú (18).

Se excluyeron del estudio a las personas que manifestaron su inconformidad con el estudio, así como los cuestionarios incompletos o llenados indebidamente y a las personas que no devolvieron la encuesta. Asimismo, se excluyó al personal médico residente debido a su corto periodo en los centros de salud. Ninguno de los encuestados tenía un trastorno mental, de lo contrario no se encontrarían trabajando.

El estudio inició con la entrega personal del cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI) en forma anónima y voluntaria a los 130 trabajadores sanitarios. Este cuestionario fue complementado con preguntas referidas a su edad, profesión, hospital en el que labora, año en el que finalizó sus estudios y año en el que ingresó a trabajar en la empresa. Se aceptó un

plazo de 3 días para su devolución. Adicionalmente a la explicación individual se realizaron charlas de sensibilización a la mayoría del personal sanitario de los hospitales previo a iniciar el estudio.

El Maslach Burnout Inventory (MBI) es una herramienta validada para poblaciones españolas y mexicanas, no reportándose diferencias significativas con el cuestionario original (17). No se encontró un estudio de validación en nuestro país. La versión aplicada consta de 22 ítems diferentes que exploran cada uno de los tres componentes del síndrome de Burnout o Agotamiento Profesional: cansancio emocional (CE), despersonalización (DP) y baja realización personal (BRP). La subescala de CE está formada por 9 ítems, la DP por 5 ítems y la BRP por 8 ítems. Cada ítem consta de 6 alternativas con una puntuación del 0 al 6 con una puntuación establecida (11,16,19).

Para el presente estudio se consideró (12):

1. Cansancio o Agotamiento Profesional: Sensación de sobre-esfuerzo físico y hastío emocional que se producen como consecuencia de las continuas interacciones que los trabajadores deben mantener entre ellos, así como con los clientes.
2. Despersonalización: Desarrollo de actitudes y respuestas cínicas hacia las personas a quienes los trabajadores prestan su servicio.
3. Baja Realización Personal: Pérdida de confianza en la realización personal y la presencia de un negativo autoconcepto como resultado de las situaciones ingratas.

Para diagnosticar al trabajador con Síndrome de Burnout, debía tener un valor alto en el componente de CE y DP, mientras que el de BRP debía ser bajo respecto a la distribución de frecuencias (11,16). Los sujetos por encima del percentil 95 se incluyeron en la categoría “alto”, entre el percentil 95 y 5 en la categoría de “medio” y por debajo del percentil 5 en la categoría “bajo”.

Según el cronograma del estudio se solicitaron las autorizaciones necesarias a las Direcciones de los hospitales, previa exposición de los objetivos y de la condición anónima de las encuestas. Posteriormente, se desarrolló charlas al personal de las 3 áreas sobre el síndrome: epidemiología, clínica y diagnóstico. Además, las personas que aceptaron el cuestionario firmaron una hoja de recepción y devolución de los mismos.

Para el análisis de los datos se usó el programa Excel y el programa estadístico SPSS versión 11. Se usó la prueba de chi cuadrado para determinar la distribución de las variables, luego por cada pregunta del MBI se obtuvo el promedio y 2 desviaciones estándar, con ello obtuvimos un nivel de confianza de 95%.

RESULTADOS

De todo el personal al que se entregó el cuestionario, fueron devueltos 82 debidamente llenados, de los cuales 26 (61,9%) fueron médico(a)s, 35 (68,63%) enfermero(a)s y 21 (56,76%) auxiliares de enfermería, que significan el 63% de la población sanitaria de los hospitales SPCC (Tabla N°1).

La distribución de la población estudiada según el grupo etareo fue 38 (46,34%) trabajadores entre 40 y 49 años, 27 (32,93%) entre 50 y 59 años, 11 (13,41%) entre 30 y 39 años; 4 (4,8%) mayores de 60 años (4,8) y 2 (2,44%) entre 20 y 29 años. En relación al estado civil fue 62 (75,61%) casado(a)s, 12 (14,63%) soltero(a)s, 3 (3,66%) convivientes, 3 (3,66%) divorciado(a)s y 2 (2,44%) viudo(a)s.

En la distribución de acuerdo a los años en que finalizó su profesión tuvimos 39 (48,75%) trabajadores que finalizaron entre 21 y 30 años, 18 (22,5%) entre 11 y 20 años y 31 y 40 años, y 5 (6,25%) entre 1 y 10 años. Con relación al periodo de inicio de trabajo en SPCC encontramos 32 (40%) entre 21 y 30 años de labor, 28 (35%) entre 11 y 20 años, 14 (17,5%) entre 1 y 10 años, y 6 (7,5%) entre 31 y 40 años.

Tabla N°1. Características de la población.

Profesional	Número (%)	Edad promedio (DE)	Area			Años de finalización de estudios (DE)	Años de labor en el hospital (DE)	Turnos	
			Toquepala (%)	Cuajone (%)	Ilo (%)			Si (%)	No (%)
Médico(a)	26 (31,7)	49,35 +8,63	7 (26,92)	12 (46,15)	7 (26,92)	21,04 +8,58	13,44 +8,7	0	26 (100)
Enfermero(a)	35 (42,68)	48,66 +6,64	10 (28,57)	10 (28,57)	15 (42,86)	26,11 +7,57	19,61 +8,55	33 (94,29)	2 (5,71)
Auxiliar de enfermería	21 (25,61)	42,38 +7,89	9 (42,86)	6 (28,57)	6 (28,57)	22,55 +7,5	18,57 +8,74	3 (14,29)	18 (85,71)

En la distribución según turnos de trabajo, 56 (68,29%) trabajadores realizaban turnos de 8 horas y 26 (31,71%) no realizaba turnos.

De acuerdo al grupo etareo, se documentó 2 trabajadores con CE alto y DP alto en el grupo etareo comprendido entre 40 y 49 años; mientras que solo uno en el grupo entre 50 y 59.

Según la ocupación, se encontró en el grupo médico que uno presentó CE alto, DP alto y BRP bajo y otro solo CE alto y DP alto mientras que en las enfermeras un(a) tuvo CE alto y DP alto. En el grupo de auxiliares de enfermería no presentaron tales hallazgos.

Según el estado civil, el grupo casado(a)s mostró tres personas con CE alto y DP alto, mientras que en el de las solteras, convivientes, divorciadas y viudas no hubo ninguno.

En la distribución de respuestas de los hospitales obtuvimos que en el hospital de Ilo hubieron 2 personas con CE alto y DP alto, mientras que en el hospital de Cuajone hubo 1 y ninguno en el hospital de Toquepala.

Con relación a los años de finalización de estudios, encontramos 3 trabajadores con CE alto y DP alto en aquellos que tenían entre 11 y 20 años de egresados de las instituciones formadoras; mientras que en los años que llevaban laborando en los hospitales SPCC, documentamos la presencia de un trabajador con CE alto, DP alto y BRP bajo en el lapso de los primeros 10 años de trabajo y uno con solo CE alto y DP alto en los periodos entre 11 y 20 años y 21 y 30 años. En los años laborando en la empresa obtuvimos que 1 persona entre 1 y 10 años presentó CE alto, DP alto y BRP bajo.

También evaluamos el trabajo en turnos, documentando la presencia de un trabajador con CE alto, DP alto y BRP bajo en aquellos que no realizaban turnos. Con relación a trabajadores con CE alto y DP alto encontramos un trabajador tanto en aquellos que realizaban turnos como los que no lo realizaban.

DISCUSIÓN

Uno de cada tres médicos y enfermeros de Atención Primaria sufre el Síndrome de Burnout o estar quemado, debido a la “fuerte carga de trabajo, las carencias técnicas y de medios asistenciales y el desbordamiento de los servicios sanitarios”, entre otros factores, según apuntó el facultativo Manuel Ortega Marlasco, miembro de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y

Comunitaria (Samfyc). Entre el 10% y el 20% del personal sanitario español sufre desgaste profesional, según han señalado en Barcelona los participantes en unas jornadas sobre el llamado Síndrome de Burnout organizadas por la Fundación Prevent.

Se reconoce que la atención al paciente provoca una satisfacción laboral, sin embargo, también constituye la primera causa de estrés en el personal sanitario. El sufrimiento o estrés interpersonal del profesional se origina por la identificación con la angustia del enfermo y de sus familiares, por la reactivación de sus conflictos propios y la frustración de sus perspectivas diagnóstico-terapéuticas con respecto al padecimiento del enfermo (14), constituyendo una característica vulnerable propia del personal de salud para desarrollar el Síndrome de Burnout.

El Síndrome de Burnout puede evolucionar insidiosamente o súbitamente, pero en ambos casos, las causas han tenido que actuar a lo largo de mucho tiempo (13), lo cual explica la exclusión de los médicos residentes en nuestro estudio. El proceso siempre es evolutivo y tradicionalmente se desarrolla por etapas, constituyendo el cansancio emocional, como la primera de ellas y necesaria. Algunos investigadores sugieren que el Síndrome de Burnout está estrechamente relacionado con este primer componente, debido a que ésta variable está más relacionada a demandas de trabajo que los otros dos componentes (19). Para nuestro estudio no consideramos el análisis independiente de cada componente del Síndrome de Burnout, debido a que no fue objeto de nuestro estudio y no existe evidencia metodológica que nos indique que el MBI puede medirlo, ya que fue diseñado para medir el Síndrome de Burnout en forma integral (19).

En el curso clínico del Síndrome de Burnout existe aun controversia sobre la progresión de las etapas, siendo la más aceptada la de cansancio emocional seguido de despersonalización y, luego, la baja realización personal (12). Este concepto teórico puede ser aplicado al momento de realizar una vigilancia de salud para determinar un diagnóstico precoz del síndrome.

Siguiendo la definición del Síndrome de Burnout diagnosticamos un médico en el grupo de profesionales de la salud, el mismo que se encontraba dentro de los primeros 10 años de su contratación en la empresa. Los investigadores refieren que existen dos grupos de médicos vulnerables al Síndrome de Burnout, aquellos que están iniciando su labor profesional y los que tienen mucho tiempo en ella. La expectativa de la reciente

actividad profesional puede diferir marcadamente de la concebida en las aulas, lo cual puede predisponer a los profesionales a desarrollar el Síndrome de Burnout. Dentro del grupo profesional de médicos encontramos una prevalencia de 3,85%.

Con relación al estado civil, los investigadores encuentran resultados variados, predominando la vulnerabilidad en soltero(a)s o aquellos que no tienen pareja estable. Asimismo, la literatura señala la falta de consenso con relación a la antigüedad profesional. En nuestro estudio no obtuvimos resultados significativos para estas variables (1,13).

Tampoco existe unanimidad sobre el trabajo en turnos como factor para precipitar el Síndrome de Burnout (13), sin embargo, en nuestra población encontramos un médico no relacionado a turnos que presentó el Síndrome de Burnout. Debemos mencionar que en el caso de nuestro trabajador afectado, si bien no realiza turnos, desarrolla un sistema de guardias semanales que podría explicar el hallazgo.

La baja prevalencia del Síndrome de Burnout en nuestro personal puede atribuirse a las ventajas asociadas a un sistema privado de atención de salud, como por ejemplo el mejor nivel de ingresos económico del personal, así como el de contar con un ambiente de trabajo donde el uso de materiales, equipos y herramientas no es una limitante. Además, el sistema privado de nuestra empresa permite una continua capacitación de nuestro personal en temas como la atención de pacientes que puede minimizar los riesgos psicosociales inherentes a nuestra actividad.

En conclusión, en la población sanitaria estudiada encontramos un médico (3,85%) con diagnóstico de Síndrome de Burnout, quien se caracterizó por el desarrollo del síndrome en los primeros diez años y no asociado a la realización de turnos.

Las limitaciones principales son las propias de un estudio basado en encuestas, sin embargo, como la literatura lo menciona (12,13,19), son sesgos que deben asumirse hasta encontrar un instrumento más objetivo para determinar el Síndrome de Burnout. A la fecha el MBI sigue siendo el instrumento más recomendado (1,12,17,19). El MBI sería una herramienta más fiable si no lo llenará el interesado, sino el entrevistador, sin embargo, esto también generaría una gran subjetividad y otro sesgo que dificultaría comparaciones con estudios similares realizadas por otros investigadores. En el Perú no existen MBI validados, lo cual constituye a nuestro trabajo como un estudio piloto.

Otra limitación inherente al estudio es que las personas que padecen el Síndrome de Burnout, sobretudo en personal de salud, tienden a ocultar la verdad cuando responden las preguntas que afectan a su dolencia. Además el personal médico conoce el estereotipo de “médico” lo cual dificulta el análisis.

El número de nuestra muestra no permite extrapolar los resultados al resto de la población sanitaria y, tampoco a otra población vinculada al área de Servicios.

RECOMENDACIONES

Se recomienda que la vigilancia de la salud del personal sanitario debe incluir necesariamente la búsqueda del Síndrome de Burnout, debido a las consecuencias incapacitantes que están descritos en la literatura.

Correspondencia:

Raúl Gomero Cuadra

Teléfono: 052766258 anexo 2814 – 2875

Correo electrónico: rgomero@southernperu.com.pe

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Atance J. El Síndrome de Burnout en los profesionales sanitarios: Area de Guadalajara. Madrid: CUSP; 1996.
2. Takahashi S, Mizoue T, Kubota S, Mishima M, Nagaa S. Relationship between burnout and communication skill training among Japanese hospital nurses: A pilot study. *J Occup Health* 2003; 45: 185-190.
3. McCue J. The effect of stress on physicians and their practice. *N Eng J Med* 1982; 306: 58-463.
4. Oliver C. La problemática del estrés en profesionales asistenciales: el Burnout como síndrome específico. Tesis Doctoral. Madrid. Universidad Autónoma de Madrid, 1993.
5. Freudenberger H. Staff burn-out. *Journal of Social Issues* 1974; 30: 159-165.
6. Sánchez A, García N, García M, Sánchez C, Jiménez J, Bustinza A. Estrés Laboral en el profesional de un servicio de emergencias prehospitalario. *Emergencias* 2001; 13: 170-175.
7. Mingote J, Pérez F. El estrés del médico: manual de autoayuda. Madrid. Ediciones Díaz de los Santos, 1999.
8. Manzano G, Fernández N. Síndrome de Burnout: sus efectos y prevención en las organizaciones. *Revista Capital Humano* 2002; 151: 50-57.
9. Alvarez E, Fernández L. El Síndrome de Burnout o desgaste (I). Revisión de Estudios. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatric* 1991; 11: 257-265.
10. Mingote J. Síndrome de Burnout o síndrome de desgaste profesional. *Formación Médica Continuada*, 1998; 5(8): 493-509.
11. Maslach C, Jackson S. Maslach Burnout Inventory:

- Manual research. University of California. Palo Alto CA: Consulting Psychologist Press; 1986.
12. Llaneza J. Ergonomía y Psicosociología aplicada. Manual para la formación del especialista. 3 ra Edición, Editorial Lex Nova; 2003: 493-516.
 13. Mediano L, Fernández G. El Burnout y los médicos: Un peligro desconocido. Ricardo Prats y Asociados; 2001:11-93.
 14. Rocha J. Síndrome de Burnout ¿El médico de urgencias incansable?. Rev Mex Med Urg 2002; 1(2): 48-56.
 15. Sos P, Sobrequés J, Segura J, Manzano E, Rodríguez C, García M. Desgaste profesional en los médicos de la atención primaria de Barcelona. Medifam 2002; 12 (10): 613-619.
 16. Garza J, Schneider K, Promecene P, Monga M. Burnout in residency: A statewide study. South Med J 2004; 97 (12): 1171-1173.
 17. Grajales T. Estudio de validación factorial del Maslach Burnout Inventory versión española en una población de profesionales mexicanos. Línea de Investigación: Instrumentos de medición, México DF: Memorias 2000 del CIE;2000.
 18. Ministerio de Energía y Minas del Perú. Reglamento de seguridad e higiene minera del Perú 046.Lima; 2001.
 19. Brenninkmeijer V, Van Yperen N. How to conduct research on burnout: advantages and disadvantages of a unidimensional approach in burnout research. Occup Environ Med 2003; 60 (S1):16-20.

<p>Recibido: 10/03/05 Aceptado para publicación: 10/06/05</p>
