



**Universidad Nacional Mayor de San Marcos**

**Universidad del Perú. Decana de América**

Dirección General de Estudios de Posgrado

Facultad de Medicina

Unidad de Posgrado

**Síndrome de Burnout y actitudes sobre el  
comportamiento suicida de profesionales de salud del  
Departamento de Emergencias del Hospital Nacional  
Hipólito Unanue, 2019**

**TESIS**

Para optar el Grado Académico de Magíster en Gerencia de  
Servicios de Salud

**AUTOR**

Diana María YUNCAR FAJARDO

**ASESOR**

Dr. Juan Pedro MATZUMURA KASANO

Lima, Perú

2023



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

## Referencia bibliográfica

---

Yuncar D. Síndrome de Burnout y actitudes sobre el comportamiento suicida de profesionales de salud del Departamento de Emergencias del Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2019 [Tesis de maestría]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2023.

---

## Metadatos complementarios

<b>Datos de autor</b>	
Nombres y apellidos	Diana María Yuncar Fajardo
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	42822556
URL de ORCID	<a href="https://orcid.org/0000-0003-0635-7142">https://orcid.org/0000-0003-0635-7142</a>
<b>Datos de asesor</b>	
Nombres y apellidos	Juan Pedro Matzumura Kasano
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	09165800
URL de ORCID	<a href="https://orcid.org/0000-0002-1464-550X">https://orcid.org/0000-0002-1464-550X</a>
<b>Datos del jurado</b>	
<b>Presidente del jurado</b>	
Nombres y apellidos	Pedro Jesús Mendoza Arana
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	08284946
<b>Miembro del jurado 1</b>	
Nombres y apellidos	Hugo Florencio Gutiérrez Crespo
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	21886222
<b>Miembro del jurado 2</b>	
Nombres y apellidos	Consuelo Elsa Cornejo Carrasco
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	25831920
<b>Datos de investigación</b>	

Línea de investigación	Ciencias de la Salud
Grupo de investigación	UNMSM
Agencia de financiamiento	Financiamiento personal
Ubicación geográfica de la investigación	El Agustino, Lima
Año o rango de años en que se realizó la investigación	2019-2020
URL de disciplinas OCDE	<a href="http://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.24">http://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.24</a>



Universidad Nacional Mayor de San Marcos  
Universidad del Perú. Decana de América



## FACULTAD DE MEDICINA

Vicedecanato de Investigación y Postgrado  
Sección Maestría

# ACTA DE GRADO DE MAGÍSTER

En la ciudad de Lima, a los 15 días del mes de marzo del año dos mil veintitrés siendo las 12:00 m, bajo la presidencia del Dr. Pedro Jesús Mendoza Arana, con la asistencia de los Profesores: Mg. Hugo Florencio Gutiérrez Crespo (Miembro), Dra. Consuelo Elsa Cornejo Carrasco (Miembro), y el Dr. Juan Pedro Matzumura Kasano (Asesor); la postulante al Grado de Magíster en Gerencia de Servicios de Salud, Bachiller en Medicina Humana, procedió a hacer la exposición y defensa pública de su tesis Titulada: **“Síndrome de Burnout y actitudes sobre el comportamiento suicida de profesionales de salud del Departamento de Emergencias del Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2019”**, con el fin de optar el Grado Académico de Magíster en Gerencia de Servicios de Salud. Concluida la exposición, se procedió a la evaluación correspondiente, habiendo obtenido la siguiente calificación **B MUY BUENO (18)** A continuación el Presidente del Jurado recomienda a la Facultad de Medicina se le otorgue el Grado Académico de **MAGÍSTER EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD** a la postulante **Diana María Yuncar Fajardo**.

Se extiende la presente Acta en tres originales y siendo la 13:00 hr. se da por concluido el acto académico de sustentación.

Dr. Pedro Jesús Mendoza Arana  
Profesor Principal  
Presidente

Mg. Hugo Florencio Gutiérrez Crespo  
Profesor Asociado  
Miembro

Dra. Consuelo Elsa Cornejo Carrasco  
Profesor Auxiliar  
Miembro



Dr. Juan Pedro Matzumura Kasano  
Profesor Principal  
Asesor



# Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú, Decana de América

Facultad de Medicina

Unidad de Posgrado



## INFORME DE EVALUACIÓN DE ORIGINALIDAD N° 014

El Vicedecano de Investigación y Posgrado y Director de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, deja constancia que:

La tesis ( X ) Proyecto de investigación ( ) o trabajo de investigación ( )

Titulada/o: **Síndrome de Burnout y actitudes sobre el comportamiento suicida de profesionales de salud del Departamento de Emergencias del Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2019**

Presentada/o por **DIANA MARIA YUNCAR FAJARDO**

Para optar el

Grado de Doctor ( ) en .....

Grado de Magister ( X ) en **GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD**

Título de Segunda Especialidad ( ) en .....

Diplomado ( ) en .....

Ha sido sometida/o a evaluación de originalidad, con el programa informático de similitudes Software TURNITIN con **Identificador de la entrega N° 1998648801**

En la configuración del detector se excluyeron:

- Textos entrecomillados
- Bibliografía
- Cadenas menores de 40 palabras
- Anexos

**El resultado final de similitudes fue del 10%**

Por lo tanto, el documento arriba señalado \* **CUMPLE** con los criterios de originalidad requeridos.

\*cumple o no cumple

Operador del software: **DR. CARLOS ALBERTO DELGADO SILVA**

Lima, 24 de enero de 2023.



Firmado digitalmente por IZAGUIRRE  
SOTOMAYOR Manuel Hernan FAU  
20148092282 soft  
Motivo: Soy el autor del documento  
Fecha: 20.03.2023 11:44:34 -05:00

.....  
**Dr. MANUEL HERNAN IZAGUIRRE SOTOMAYOR**

Director de la Unidad de Posgrado

## **AGRADECIMIENTOS**

En memoria del Dr. Juan Denegri Arce, quien confió en mi tema de Tesis y me incentivó a seguir perseverando. Además deseo agradecer a mi asesor, el Dr. Juan Matzumura Kasano, quien me brindó sus conocimientos y experiencia para hacer posible esta meta profesional.

## **DEDICATORIA**

A todos los profesionales de salud que participaron del presente estudio, quienes tienen una admirable labor en el área de emergencias.



## ÍNDICE GENERAL

<b>CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>1</b>
1.1 Situación problemática .....	1
1.2 Formulación de problema .....	3
1.3 Justificación teórica .....	3
1.4 Justificación práctica .....	4
1.5 Objetivos .....	4
1.5.1 Objetivo General .....	5
1.5.2 Objetivos específicos .....	6
<b>CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>7</b>
2.1 Marco filosófico o epistemológico de la investigación .....	7
2.2 Antecedentes de investigación .....	8
2.2.1 A nivel internacional .....	8
2.2.2 A nivel nacional .....	13
2.3 Bases teóricas .....	17
2.3.1 Síndrome de Burnout .....	17
2.3.2 Intento de suicidio y comportamiento suicida .....	19
2.3.2.1 Creencias y actitud frente al suicidio .....	22
<b>CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA .....</b>	<b>26</b>
3.1 Tipo y diseño de investigación .....	26
3.2 Unidad de análisis .....	26
3.3 Población de estudio .....	26
3.4 Tamaño y muestra .....	26

3.5	Selección de muestra .....	27
3.6	Técnicas de recolección de datos .....	27
3.6.1	Instrumento 1 : Inventario de Burnout de Maslach (MBI) ....	27
3.6.2	Instrumento 2 : Cuestionario de creencias actitudinales sobre la conducta suicida (CCCS-18).....	30
3.7	Aspectos éticos .....	31
3.8	Análisis e interpretación de la información .....	32
<b>CAPÍTULO 4: RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....</b>		<b>34</b>
4.1	Presentación de resultados.....	34
4.2	Discusión .....	47
<b>CONCLUSIONES .....</b>		<b>52</b>
<b>RECOMENDACIONES .....</b>		<b>53</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>		<b>54</b>
<b>ANEXOS .....</b>		<b>59</b>

## LISTA DE CUADROS

Cuadro 1	VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PARTICIPANTES .....	34
Cuadro 2	Características del área laboral y profesional de los participantes ...	35
Cuadro 3	Análisis de resultados por dimensiones del Síndrome de Burnout...	36
Cuadro 4	Análisis de los puntajes Síndrome de Burnout .....	37
Cuadro 5	Resultados del Síndrome de Burnout por niveles y puntaje total ....	38
Cuadro 6	Respuestas sobre las creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida por dimensiones .....	40
Cuadro 7	Análisis de puntajes de creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida .....	41
Cuadro 8	Análisis comparativo de creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida .....	43

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Análisis comparativo del Síndrome de Burnout por dimensiones ...	38
Figura 2	Análisis comparativo de las creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida por dimensiones .....	42
Figura 3	Valoración de las creencias actitudinales sobre la conducta suicida expresado en percentiles .....	44
Figura 4	Análisis de correlación del Síndrome de Burnout y creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida por dimensiones y factores .....	45
Figura 5	Análisis de correlación entre el Síndrome de Burnout y creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida .....	46

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar la relación entre el Síndrome de Burnout y las creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida de los profesionales de salud del Departamento de emergencias del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2019.

**Metodología:** Investigación de diseño no experimental, enfoque cuantitativo, correlacional de corte transversal. La población estudio estuvo conformada por 93 profesionales de salud. Se utilizaron los cuestionarios de Maslach Burnout Inventory (MBI) y Creencias actitudinales sobre la conducta suicida (CCCS-18).

**Resultados:** 17.2% (16) de profesionales presentaron nivel bajo; 76.3% (71), nivel medio y 6.5% (6) profesionales nivel alto para Burnout. 23.7% (22) de los participantes tienen una actitud de rechazo hacia la conducta suicida; 51.6% (48) una actitud indiferente o neutral y 24.7% (23) tienen una actitud a la aceptación o favor de la conducta suicida. Por otro lado, se determinó que los grupos de médicos y de otros profesionales de salud, no mostraron diferencias significativas frente a la conducta suicida ( $p > 0.05$ ). La correlación de Pearson para el Síndrome de Burnout y creencias actitudinales sobre la conducta suicida fue de 0.54 que indica relación positiva moderada. Ser médico ( $p = 0.001$ ), baja satisfacción laboral ( $p = 0.049$ ) y la experiencia en atención a pacientes suicidas ( $p = 0.007$ ) se relacionan con aumento de riesgo del Síndrome de Burnout. El estado civil casado y conviviente tiene un valor significativo ( $p = 0.019$ ) para menor riesgo de actitud suicida por otro lado, tener trabajos adicionales ( $p = 0.025$ ) aumenta su riesgo.

**Conclusiones:** La legitimación del suicidio y despersonalización tienen una correlación positiva. El ser médico, tener baja satisfacción laboral y brindar atención a pacientes suicidas se asociaron a mayor disposición a desarrollar Síndrome de Burnout. En los factores legitimación del suicidio y el propio suicidio mostraron rechazo mientras que en el factor suicidio en enfermos terminales obtuvo tendencia a la aceptación.

**Palabras clave:** Actitud, Burnout, Suicidio, Personal de salud, (Fuente DeCs BIREME)

## **ABSTRACT**

**Objective.** To determine the relationship between Burnout Syndrome and attitudinal beliefs about suicidal behavior of health professionals of the Emergency Department of the Hospital Nacional Hipólito Unanue during the year 2019.

**Methodology.** Non-experimental research design, quantitative, cross-sectional correlational approach. The study population consisted of 93 health professionals. The Maslach Burnout Inventory (MBI) and Attitudinal beliefs about suicidal behavior (CCCS-18) questionnaires were used.

**Results.** 17.2% (16) of professionals presented low level; 76.3% (71), medium level and 6.5% (6) professionals high level for Burnout. 23.7% (22) of the participants have an attitude of rejection towards suicidal behavior; 51.6% (48) have an indifferent or neutral attitude and 24.7% (23) have an attitude of acceptance or favor of suicidal behavior. On the other hand, it was determined that the groups of physicians and other health professionals did not show significant differences with respect to suicidal behavior ( $p > 0.05$ ). The Pearson correlation for Burnout Syndrome and attitudinal beliefs about suicidal behavior was 0.54, indicating a moderate positive relationship. Being a physician ( $p = 0.001$ ), low job satisfaction ( $p = 0.049$ ) and experience in caring for suicidal patients ( $p = 0.007$ ) were related to increased risk of Burnout Syndrome. Married and cohabiting marital status has a significant value ( $p = 0.019$ ) for lower risk of suicidal attitude on the other hand, having additional jobs ( $p = 0.025$ ) increases its risk.

**Conclusions.** Suicide legitimization and depersonalization have a positive correlation. Being a physician, having low job satisfaction and providing care to suicidal patients were associated with a greater disposition to develop Burnout Syndrome. The factors legitimization of suicide and suicide itself showed rejection, while the factor suicide in terminally ill patients showed a tendency to acceptance.

**Key words.** Attitude, Burnout, Suicide, Health personnel, (Source: DeCs BIREME).

## CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN

### 1.1 Situación problemática:

El Síndrome de Burnout es una condición ampliamente conocida como prevalente sobre todo en personal de salud, más aún existente en las áreas de emergencias. Consiste en un estado de agotamiento emocional, despersonalización y sensación reducida de realización personal. (West, Dyrbye, & Shanafelt, 2018). Está asociado con efectos adversos sobre los pacientes y el mismo desempeño laboral, son frecuentes los ausentismos, clima laboral adverso, entre otros aspectos organizacionales. (West, Dyrbye, & Shanafelt, 2018) . Es sabido que el personal de salud de emergencias debe lidiar con diversas circunstancias y condiciones laborales los cuales están asociados a una carga elevada de estrés, ya que trabajan con personas que presentan dolor tanto físico como psíquico y lo pueden demostrar con distintas emociones y actitudes que pueden ser de difícil tolerancia y manejo.

Los trabajadores de salud suelen experimentar síntomas inespecíficos entre ellos, ansiedad, frustración, somatizaciones dolorosas entre otras manifestaciones físicas y psicológicas; previo al inicio del turno en emergencias comúnmente reportadas. Aquellas manifestaciones pueden ser parte de “Síndrome del Quemado por el trabajo” o “Síndrome de Burnout”. (Alqahtani, Awadalla, Alsaleem, Alsmghan & Alsaleem, 2019) (Alqahtani, Awadalla, Alsaleem, Alsamghan, & Alsaleem, 2019)

El agotamiento laboral en personal médico aumenta el riesgo de depresión, además del aumento del 25% de posibilidad de padecer abuso o dependencia a alcohol. (West, Dyrbye, & Shanafelt, 2018).

El suicidio y los comportamientos suicidas, comprenden importantes problemas de salud pública por sus crecientes prevalencias, consecuencias sociales, familiares y personales. El suicidio representa entre las principales causas de años de vida perdidos y altos costos para los servicios de salud a nivel mundial. (Ayuso-

Mateosa, y otros, 2012). Según informe de la Organización Mundial de Salud (2014), estima que un suicidio ocurre cada 40 segundos. Es por ello por lo que la problemática del suicidio se convierte hasta hoy en día una prioridad en el sector salud.

El grupo profesional de profesionales de salud son considerados como factor de riesgo alto para suicidio, en comparación con la población general (Bailey, Robinson, & McGorry, 2018), debido a algunos factores individuales como alta carga laboral, turnos largos, privación de sueño, exposición a situaciones de estrés y accesibilidad a elementos letales que faciliten el suicidio. (Dutheil, y otros, 2019);(Duarte, y otros, 2020)

En el Hospital Nacional Hipólito Unanue, en el área de emergencias se reciben diariamente pacientes sobrevivientes de intento de suicidio; quienes son atendidos en un primer momento por los profesionales de salud de emergencias y posteriormente por el de Salud mental. Por ejemplo, entre los meses de enero a mayo del 2018, la atención de 123 personas por intoxicación por diversas sustancias, con fines autolesivos y suicidas. (Oficina de Estadística, Hospital Hipólito Unanue, 2018). Durante el año 2019, se hospitalizaron desde el área de emergencias a 129 pacientes con diagnósticos establecidos por el Servicio de Psiquiatría como lesiones autoinfligidas intencionalmente, bajo los códigos CIE 10 del X60 al X84. (Jefatura de Oficina de Estadística, Hospital Hipólito Unanue, 2020). Sin embargo, existe aún subregistro de prevalencia de casos, ya que en algunas oportunidades los pacientes solicitan su alta voluntaria desde sala de emergencias o debido a otras causas en torno a la correcta codificación diagnóstica CIE 10.

Si bien es cierto, el nivel de conocimiento por parte de los profesionales de atención primaria y de otras especialidades sobre de las principales enfermedades del campo de salud mental, tales como trastornos de ansiedad, depresión mayor e intento de suicidio como fenómeno grave, identificado como la primera de muerte a consecuencia de éste; son pocos difundidos en nuestro medio a pesar de la alta prevalencia. Se desconoce la opinión y conocimientos sobre la conducta suicida, en los profesionales de salud.



Es de interés de este estudio, identificar la existencia del Síndrome de Burnout; determinar si existe relación con las creencias y actitudes sobre la conducta suicida; en la población de profesionales de salud de emergencias; las cuales suelen en la mayoría a ser desfavorables y de rechazo hacia el comportamiento suicida. Por otro lado, se podría identificar si existe mayor aceptación al suicidio lo cual se relaciona con mayor propensión a este.

## **1.2 Formulación del problema**

¿Qué relación existe entre el Síndrome de Burnout y las creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida, en los profesionales de salud del Departamento de emergencias del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante 2019?

## **1.3 Justificación teórica:**

El Síndrome de Burnout es considerado desde mayo 2019, una importante enfermedad asociada al empleo, que tomará mayor relevancia pues será incluida como enfermedad en la 11ª Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud, CIE 11. (World Health Organization , 2019). Por otra parte, el intento de suicidio y conducta autolesivas son importantes problemas de salud pública en nuestro medio. Las investigaciones sobre el suicidio y conducta autolesiva son prioritarias para identificar los principales factores de riesgo y es de especial interés la población adolescente; ya que el suicidio es una de las principales causas de muerte en la población entre los 15 y 19 años. (Salvo, Melipillán y Castro, 2009, Citado por Desuque y col. 2010).

Existen diversos estudios que relacionan la calidad de atención, satisfacción por parte del trabajador de salud y Síndrome de Burnout quienes padecen altos indicadores de desgaste laboral presentan menor satisfacción con respecto a su trabajo y expectativas. Sin embargo, no hay suficientes estudios nacionales sobre la realidad del profesional de salud de emergencias en torno a la interacción con los pacientes con intento de suicidio y su asociación con sus creencias y actitudes. Entre

los principales errores por parte del personal de salud es minimizar el intento de suicidio, juzgando la conducta y considerándola como manipuladora.

Un aspecto importante para indagar en esta población de profesionales de salud de hospitales generales es identificar la presencia de Síndrome de Burnout. Los estudios acerca este síndrome psicológico asociado al trabajo han cobrado mayor relevancia los últimos años ya que es cada vez más prevalente, West C.P. et al. (2018) consideran que es un problema de salud pública, con potenciales efectos negativos para el para el personal médico, paciente y sistema organizacional.

#### **1.4 Justificación práctica**

Los profesionales de emergencia, shock trauma, cirugía, son el primer equipo de soporte que atiende de manera rutinaria a los pacientes sobrevivientes de intento de suicidio; autolesiones y personas con ideación suicida activa; antes que sean evaluados por el médico psiquiatra del establecimiento de salud. Por la naturaleza de las labores asistenciales, el personal de emergencias está expuesto a grandes demandas y estrés tanto físico como psicológico. En ellos predominan las actitudes negativas, minimización de necesidad de atención médica, rechazo, estigmatización y en algunas oportunidades temor hacia el paciente.

No hay registros suficientes de los incidentes o experiencias sobre la calidad de atención recibida en estos pacientes, ya que la mayor parte de quejas son verbales, al momento de entrevista a ellos o a sus familiares.

Con los aportes de este estudio se pueden determinar las posibles acciones de mejora sobre la calidad de atención hacia este grupo de pacientes, así como formar parte activa frente a la prevención del suicidio; la cual se inicia conociendo sobre el tema, eliminando los mitos culturales, estigma y autoestima acerca del suicidio que se encuentra incluso en el propio personal de salud. Debido a que tratan tantos pacientes con intento de suicidio como los propios psiquiatras, razón por la cual ameritan capacitación en el tema de suicidio y evaluación de riesgo suicida. (I., Vohringer C., & Ornstein L., 2010). Al conocer la tendencia hacia la aceptación o al rechazo frente a la conducta suicida en los factores de legitimación frente al suicidio,

aspectos morales y derecho al suicidio en pacientes terminales; se podría comprender su asociación a la actitud frente al paciente suicida.

El estigma sobre la salud mental y el percibido por el paciente suicida, puede repercutir negativamente en su intervención, tratamiento, así como en el pronóstico, si las conductas suicidas son recurrentes. (Rimkeviciene, Hawgood, O’Gorman, & De Leo, 2015). Muchos pacientes suicidas son vulnerables y susceptibles de percibir rechazo (Norheim, Grimholt, & Ekeber, 2013), estigmatización y minimización en cuanto a las prioridades de su atención al momento de ingreso a emergencias. Estos factores pueden influir negativamente en la adherencia a la continuidad de tratamiento y seguimiento ambulatorio de estos pacientes.

Por otro lado, proporcionaría información para mantener el bienestar del trabajador de salud y mejorar su calidad de vida laboral. Es importante además de identificar medidas de prevención ante el desarrollo del Síndrome de Burnout en el trabajador de salud y la repercusión sobre la calidad de atención hacia los pacientes. Hablar del tema del suicidio, promover una actitud de búsqueda de ayuda en salud mental, ayuda a minimizar el estigma hacia la conducta suicida de los pacientes y a presentar menores tasas de suicidio. (Reynders, Kerkhof, Molenberghs, & Van Audenhove, 2013)

## **1.5 Objetivos**

### **1.5.1 Objetivo general:**

Determinar la relación entre el Síndrome de Burnout y las actitudes sobre el comportamiento suicida de los profesionales de salud del Departamento de emergencias del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2019.

### **1.5.2 Objetivos específicos:**

- a) Identificar los niveles de Síndrome de Burnout en los profesionales de salud del Departamento de emergencias del Hospital Nacional Hipólito Unanue, durante el año 2019.
  
- b) Describir las actitudes sobre el comportamiento suicida en sus dimensiones; legitimación del suicidio, suicidio en enfermos terminales, moral del suicidio y el propio suicidio, en los profesionales de salud del Departamento de emergencias del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2019.

## **CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO**

### **2.1 Marco filosófico o epistemológico de la investigación**

El fenómeno del Síndrome de Burnout fue introducido por el psiquiatra Herbert Freudenberger en 1974, quien describía la sensación de insatisfacción causada por estrés asociado al trabajo, falta de motivación y compromiso que experimentaron él y sus colegas, etiquetando con el término “quemado” asociado a los efectos del abuso crónico de drogas, refiriéndose al agotamiento. (Maslach et al, 2001). En este síndrome, surgen actitudes y sentimientos negativos hacia el entorno laboral y el usuario del servicio (Maslach & Leiter, 1996). Se hizo más conocido este grupo de síntomas emocionales y comportamentales, desde los trabajos de Christina Maslach, en 1976, quien detecta que este síndrome se da más en trabajadores de servicios de salud, quienes mostraban desgaste físico y psicológico. (Carrillo et. al 2012).

Existen varias definiciones para el Síndrome de Burnout.; Farber (1993) [Citado por (Quiceno & Alpi, 2007) mencionan “surge por la percepción del sujeto de una discrepancia entre los esfuerzos realizados y lo conseguido...”. Shiron (1989) consideraba al Burnout como cansancio cognitivo. Gil & Pieró (1997) lo definen como “una respuesta al estrés laboral crónico, asociado a experiencia subjetiva de sentimientos, emociones y actitudes que provocan alteraciones psico-fisiológicas en la persona y consecuencias negativas para las instituciones laborales”. (Schooley, Hikmet, Tarcan, & Yorgancioglu, 2016) p. 121.

El Síndrome de Burnout es una forma distinta al concepto relacionado con insatisfacción laboral, fatiga, estrés ocupacional y trastorno depresivo. (West, Dyrbye, & Shanafelt, 2018). Este síndrome, particularmente en médicos, está asociado a la calidad de atención que brindan. Los potenciales efectos de presencia del Síndrome Burnout están relacionados con mayor riesgo de errores médicos, tiempo de recuperación más prolongada del paciente, disminución de la calidad de

servicios y percepción de insatisfacción por parte del paciente. Newman (2012), Citado por Menderes Tarcan, 2017).

El suicidio es un proceso complejo que varía desde la estructuración de la idea suicida y la consumación del acto suicida. (I., Vohringer C., & Ornstein L., 2010) . Según la Real Academia de la Lengua, Suicidio se denomina a la “Acción y efecto de suicidarse”, “Acción o conducta que perjudica o puede perjudicar muy gravemente a quien la realiza”. OMS (1986) Define al Suicidio como “un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados”. Con respecto a término Suicidarse, se define como “Quitarse voluntariamente la vida”. (I., Vohringer C., & Ornstein L., 2010).

Los factores de riesgo asociados a suicidio son múltiples y multidimensionales ya que es un fenómeno complejo que implica las interacciones entre factores psicológicos, ambientales y culturales. (Harmer, Lee, Duong, & Saadabadi, 2022). Mann (1999) (Mann, Waternaux, Hass, & Malone, 1999) afirma que uno de los modelos psicológicos del suicidio es el de diátesis-estrés establece que sugiere que el riesgo de suicidio se origina por la combinación e interacción de los riesgos biológicos y/o psicológicos, los mismos que determinan una vulnerabilidad en la persona quien expuesto a determinado estrés, puede expresar ideación suicida y éste puede magnificarse por la impulsividad o agresión, lo cual significa en una mayor probabilidad de accionar sobre la ideación suicida. Dentro de las profesiones con mayor riesgo suicida están los médicos y otros profesionales de salud como veterinarios, enfermeros además de personal militar policial y militar. (Duarte et. al., 2020; Dutheill et. al., 2019; Fazel & Runenson, 2020).

## **2.2 Antecedentes de la investigación:**

### **2.2.1 A nivel internacional:**

Gonzáles y colaboradores (2020) (Gonzáles Aristizabal, y otros, 2020), publicaron: “Factores actitudinales sobre creencias del comportamiento suicida en estudiantes de psicología y medicina”, donde identifican los factores actitudinales sobre la conducta suicida, aplicando el cuestionario CCCS-18 :

*Objetivos: Identificar los factores actitudinales sobre creencias del comportamiento suicida en estudiantes de Psicología y Medicina del departamento del Cesar.*

*Materiales y métodos: Estudio cuantitativo de alcance descriptivo, corte transversal. La muestra estuvo conformada por 300 estudiantes de los programas de Psicología y Medicina, de los cuales el 43% se encontraban en edades comprendidas entre los 18 a 20 años, y el 41% de 21 a 27 años. El instrumento aplicado fue el cuestionario de creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida (CCCS-18). El análisis de datos se realizó a través del SPSS, que contribuyó a organizar la información en tablas de frecuencia para diferenciar categorías y la información encontrada, otorgando un análisis para la comprensión de la información obtenida.*

*Resultados: Los estudiantes de Psicología tienen mayor rechazo moral (17,0) pero también mayor aceptación del propio suicidio (9,3). En cambio, los estudiantes de medicina tienen mayor actitud hacia legitimación del suicidio (12,1) y mayor actitud hacia la justificación de éste en enfermos terminales (13,0).*

*Conclusiones: Los estudiantes tienen mayor propensión hacia la aceptación del suicidio en enfermos terminales, consideran el suicidio como un acto justificable y la moral interviene para tomar la decisión. (González et al., 2020, p.274).*

En el estudio de (Schooley, Hikmet, Tarcan, & Yorgancioglu, 2016). en Turquía, publicaron la investigación titulada: “*Comparing Burnout Across Emergency Physicians, Nurses, Technicians, and Health Information Technicians Working for the Same Organization*”. [Comparación de Burnout entre médicos, enfermeras, técnicos y técnicos de información en salud, trabajando para la misma organización] :

*Objetivo: Evaluar las diferencias del Síndrome Burnout entre tipos de profesionales de emergencia. Población de estudio fueron 250 profesionales en 2 hospitales urbanos en Turquía*

*donde fueron encuestados con Maslach Burnout Inventory además de datos demográficos socio laborales. Fue utilizada estadística descriptiva, ANOVA y test post hoc fueron computarizados. Resultados: Los puntajes de las dimensiones agotamiento emocional [AE] y despersonalización [DP] fueron altos entre los grupos ocupacionales, mientras que la dimensión disminución del sentido de realización personal [RP], fue menor. La diferencia fue estadísticamente significativa entre enfermeros y técnicos médicos ( $P < 0.05$ ) para AE; entre médicos y ambos enfermeros y técnicos enfermeros para RP; mientras que no hubieron diferencias para la dimensión DP. Síndrome de Burnout muestra niveles altos en los grupos ocupaciones de emergencias. Se muestran diferencias significativas entre los diferentes grupos socio demográficos entre los grupos ocupacionales. Sin embargo, las diferencias entre los grupos ocupacionales no pudieron ser bien explicados por los factores socio demográficos estudiados. Se requieren más estudios que requieren asociar factores institucionales, culturales, organizacionales que incluyan diferencias entre las tareas encomendadas a cada grupo de personal de emergencias. (Schooley et al., 2016, p.1)*

Una investigación (Osafo, Akotia, Boakye, & Dickon, 2018) denominada: *“Between Moral Infraction and Existential crisis: Exploring Physicians and Nurses' attitudes to suicide and the suicidal patient in Ghana”*. [Entre la infracción moral y crisis existencial: explorando las actitudes de médicos y enfermeros en Ghana], indica:

*Objetivo: Explorar las actitudes hacia el suicidio, de los médicos y enfermeras frente al paciente con intento de suicidio. Resultados: “la mayoría de los médicos consideraron el suicidio como una crisis existencial, la mayoría de las enfermeras lo vieron como una infracción moral. Se observaron tres actitudes clave hacia el suicidio y el paciente suicida: estable, disonante y de transición. Los*



*resultados se discuten en tres temas principales: Contextos, Teorización del suicidio y Sombras de actitudes”. Se sugiere como conclusión, mejorar la competencia y actitudes del personal de enfermería hacia los pacientes suicidas, como parte además de la prevención del suicidio en el país. (Osafo et al., 2018, p.2)*

En el estudio realizado por (Carmona Navarro & Pichardo Martinez, 2012). “Actitudes del profesional de enfermería hacia el comportamiento suicida: influencia de la inteligencia emocional”, en Servicio Andaluz de Salud, mencionan:

*Objetivo: Conocer la actitud del personal de enfermería ante el paciente con conducta suicida, en dos grupos profesionales: enfermeros de urgencias y de salud mental de la provincia de Granada. El estudio fue descriptivo y transversal. Participaron fueron 81 (31,8%), de los que 52 pertenecen a servicios de urgencias y 29 a servicios de salud mental. El cuestionario utilizado fue Cuestionario de Creencias Actitudinales sobre el Comportamiento Suicida o CCCS-18, el cual posee una estructura interna de cuatro factores y una escala de respuesta tipo Likert de 7 niveles. También se incluye el Cuestionario TMMS-24 (Trait Meta-Mood Scale), que mide la Inteligencia Emocional Percibida o la capacidad para reconocer, comprender y regular las emociones propias y las de los demás. Además, usan una escala para medir deseabilidad social o necesidad de obtener aprobación por parte de los sujetos. Resultados: tendencia de actitud desfavorable hacia el comportamiento suicida, en general para el personal de enfermería (M = 65,31). Se halla que también que el personal de salud mental (M = 70,58) que en el personal de urgencias (M= 62,43). El factor “dimensión moral del suicidio”, obtiene puntuaciones medias las cuales reflejan rechazo por parte del personal de enfermería hacia el concepto de inmoralidad del suicidio. Los profesionales con más formación en salud mental*

*mostraban más disconformidad con las afirmaciones negativas frente al suicidio. (Carmona & Pichardo, 2012, pantalla 1)*

En la revisión sistemática (Saunders, Hawton, Fortune, & Suhanthini, 2011), titulada: “*Attitudes and knowledge of clinical staff regarding people who self-harm: A systematic review*”.:[Actitudes y conocimiento del personal con respecto a las personas que se autolesionan: Un estudio sistemático]. Reportan:

*Antecedentes: las actitudes del personal clínico hacia las personas que se autolesionan, junto a sus conocimientos sobre la autolesión, es probable influya sobre su práctica clínica y por lo tanto en la experiencia y resultados de los pacientes. Métodos y hallazgos: búsqueda de estudios relevantes en seis bases de datos. Un total de 74 estudios en inglés se incluyeron. Las actitudes del staff especialmente doctores de hospitales generales fue en gran medida negativa, particularmente hacia individuos con autolesiones repetidas, quienes fueron vistos más negativamente que a otros pacientes, excepto aquellos que abusan de alcohol o drogas. Staff psiquiatra en entorno de comunidad y hospital, mostró más actitudes positivas que el personal de hospital general. Las actitudes negativas fueron más comunes entre doctores que enfermeros, aunque esta realidad sólo en el staff de hospital general. Un entrenamiento activo mostró mejorar consistentes en la actitud y conocimientos frente a estos pacientes en todos los grupos. Conclusiones: las actitudes del staff de hospital general frente a pacientes con autolesiones son frecuentemente negativas, afectando la experiencia del usuario del servicio. Intervenciones pueden mejorar la calidad de atención del paciente y producir un impacto positivo. (Saunders et al. 2011, p. 205)*

### 2.2.2 A nivel nacional :

(Chilquillo-Vega, Lama Valdivia, & De la Cruz Vargas, 2018). En el estudio de “Síndrome de Burnout en médicos asistentes del Hospital Nacional Hipólito Unanue de Lima-Perú, 2018”, señalan:

*Objetivos: Identificar la prevalencia y los factores asociados con el Síndrome de Burnout (SBO) en médicos asistentes del Hospital Nacional Hipólito Unanue de Lima-Perú, en el año 2018. Material y métodos: Estudio observacional, transversal y analítico. La población inicial estuvo constituida por 252 médicos. Se seleccionó una muestra con la técnica del muestreo aleatorio estratificado. Se registraron diferentes variables socio demográficas y laborales por medio de una encuesta anónima. Para el diagnóstico de SBO se empleó el Maslach Burnout Inventory. Se determinaron las variables asociadas con el SBO mediante un modelo de regresión logística. Se consideró un valor de  $p < 0,05$  como significativo.*

*Resultados: De 150 médicos encuestados, 23 (15,3%) mostraron resultados compatibles con SBO. 65 (43,3%) de los encuestados tuvieron un nivel alto de cansancio emocional, 69 (46%) un nivel alto de despersonalización y 61 (41,7%) un nivel bajo de realización personal ( $p < 0,05$ ). Las variables asociadas con el SBO fueron sexo masculino (OR = 6,12; IC95 %, 1,43 – 26,13,  $p = 0,01$ ) como factor de riesgo y tener un trabajo adicional (OR = 0,15; IC95 %: 0,04 – 0,49,  $p = 0,002$ ), mostró ser un posible factor de protección.*

*Conclusiones: Se encontró una baja prevalencia de SBO entre médicos asistentes, aunque un subgrupo significativo mostró altos niveles de cansancio emocional y despersonalización con bajos niveles de realización personal. El sexo masculino se asoció al SBO, en tanto que tener un trabajo adicional, a un efecto protector. (Chilquillo et al., 2018, p. 110)*

(López Tuesta & Barrera Barreto, 2018) Realizaron el estudio: “Factores Relacionados al Síndrome de Burnout en el Personal de Salud del Hospital Regional Huánuco”, donde indican:

*Introducción: El objetivo del estudio fue determinar la relación entre los factores con el Síndrome de Burnout en el personal de salud del Hospital Regional Hermilio Valdizán, 2014. Métodos: Estudio observacional. Las variables fueron Síndrome de Burnout, profesión, tiempo de labor en la institución y carga laboral semanal. No se obtuvo muestra. Se tomó a toda la población de médicos y enfermeras, conformada por 130, de los cuales 110 aceptaron participar. Para el diagnóstico del Síndrome de Burnout se utilizó la encuesta de Maslach. Se encontró que de los 110 encuestados, 3 (2,7%) presentaron Síndrome de Burnout. El 7,3% presentó un alto grado de agotamiento emocional (AE), el 20% un mediano grado de AE y el 72,7% un bajo grado de AE. El 20% evidenció un alto grado de despersonalización (DP), el 29,1% un mediano grado de despersonalización y el 50,9% un bajo grado de despersonalización. El 29,1% mostró un bajo grado de realización personal (RP), el 28,2% un mediano grado de RP y el 42,7% un alto grado de RP. El análisis bivariado ninguna variable estuvo asociada con el Síndrome de Burnout. Para profesión ( $p=0,991$ ), tiempo de labor en el hospital ( $p=0,550$ ) y horas de trabajo semanal ( $p=0,912$ ). Conclusiones: No se encontró relación de algún factor con el síndrome de Burnout. Se encuentra evidencia importante en una o dos dimensiones alteradas para el síndrome, lo cual indicaría que estos estarían en riesgo de desarrollarla en un futuro. (López & Barrera, 2018, p.56)*

En el estudio (Solís-Cóndor, Tantalean-del Águila, Burgos-Aliaga, & Chambi-Torres, 2017): “Agotamiento profesional: prevalencia y factores asociados en médicos y enfermeras en siete regiones del Perú”. Mencionan:

*Objetivo: Determinar la prevalencia y factores asociados al agotamiento profesional en médicos y enfermeras en siete departamentos del Perú. Diseño: Estudio transversal. Lugar: Departamentos de Apurímac, Ayacucho, Huancavelica, Lima-Callao, Loreto, Piura y San Martín. Participantes: 958 médicos y 840 enfermeras. Intervenciones: Se aplicó encuesta de creación propia que incluía variables socio demográficas y laborales y la auto aplicación de la prueba de Maslach. El muestreo fue probabilístico, complejo, estratificado y bietápico. El análisis descriptivo usó medidas de tendencia central y porcentajes, mientras que para la asociación se usó las pruebas de  $\chi^2$ , Fisher, Anova y Kruskal-Wallis. El nivel de significancia fue  $\leq 0,05$ . Principales medidas de resultados: Prevalencia de agotamiento profesional. Resultados: La prevalencia de agotamiento profesional fue 5,5%. El 18,7% de participantes tenía un riesgo alto de despersonalización, el 10% cansancio emocional y 32,1% pobre realización personal. Los factores asociados fueron la profesión; médico (OR= 2,829), sexo masculino (OR= 2,474), separación familiar (OR= 1,697), insatisfacción con el horario de trabajo (OR= 2,609), enfermedad agravada o causada por el trabajo (OR= 3,120), trabajar en establecimientos nivel II (OR= 2,421) o nivel III (OR= 3,363). Conclusiones: Se encontró asociación entre el agotamiento profesional y la actividad laboral en establecimientos de mayor complejidad, donde la carga emocional por la atención de casos complejos sería mayor; además, la separación familiar o la morbilidad agravada o causada laboralmente son factores estresantes y se encontrarían asociados al mismo. (Solís et al., 2017, p. 270).*

En el trabajo de investigación realizado por (Chite Huayhua, 2015) . Tesis de licenciatura en Medicina titulada: “Creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida en adolescentes del cuarto y quinto año de secundaria de la I.E. Santa Rosa de Lima, Arequipa, 2015”, estudia:

*Objetivo: Conocer las creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida en sus dimensiones: legitimación del suicidio, suicidio en enfermos terminales, dimensión moral del suicidio y el propio suicidio, relacionadas al sexo, edad y convivencia familiar en adolescentes del cuarto y quinto año de secundaria de la I.E. Santa Rosa de Lima, Arequipa, 2015. Material y métodos: según Altman el trabajo fue observacional, prospectivo y transversal. La población se compuso de 114 estudiantes, 53 del sexo masculino y 61 del femenino, con edades de 14, 15 y 16 años. Para identificar la presencia de creencias favorables hacia el comportamiento suicida se utilizó el cuestionario CCCS-18 y las variables sexo, edad y convivencia familiar fueron identificadas con una encuesta.*

*Conclusiones: la presencia en general de creencias favorables hacia el comportamiento suicida fue del 65,8%, siendo mayor en el sexo femenino (53,3%). En relación con la edad, los adolescentes de 15 años mostraron creencias favorables en una mayor frecuencia (56%) que los de 14 años (24%) y 16 años (20%). Respecto a las dimensiones del suicidio, sólo se halló dependencia en el caso de creencias favorables hacia el propio suicidio relacionadas al sexo y edad ( $\chi^2=3,92$  y  $6,88$ ;  $p$ . (Chite & Fernando, 2015, p. 6)*

## **2.3 Bases teóricas:**

### **2.3.1 Síndrome de Burnout**

El Síndrome de Burnout o “Síndrome del Quemado por el trabajo”, es un grupo de síntomas que se caracterizan por sentimientos de cansancio emocional, despersonalización y sentido de reducción de logro personal asociado con sensación de haber quedado sin recursos emocionales de afronte. (West, Dyrbye, & Shanafelt, 2018).

Se presenta con más frecuencia en las personas que trabajan solucionando problemas de otros, en los cuales la interacción entre proveedor y cliente es constante, tal como el área de salud, donde el objetivo del servicio es brindar soluciones a los problemas ya sean físicos, psicológicos, sociales de manera inmediata y bajo presión, surgen sentimientos de ira, miedo, vergüenza y hasta desesperación. (Inventory, 1996; Maslach & Leiter, 1996). Estas circunstancias que mantienen de forma crónica y pueden provocar un desabastecimiento de los recursos de afronte que inicialmente puede tener el trabajador y éste puede cambiar de actitudes frente al trabajo. Al fallar las estrategias de afrontamiento o al haber un desequilibrio entre las demandas y capacidades para enfrentar dichas demandas, se presenta el estrés laboral crónico asociado a un proceso continuo de exposición a estrés.

Entre los factores asociados al alto estrés y Burnout en las áreas de emergencias están las fuentes de incertidumbre, alta afluencia de pacientes con necesidades de atención médica rápidas y toma de decisiones relevantes y críticas, para enfermedades complejas, con los recursos de información del paciente muchas veces incompleta que implican responsabilidades legales, esto en un entorno de recursos logísticos limitados de muchos establecimientos de salud. Además, se trata de trabajos bajo presión, horarios complejos y largos, alta rotación; exposición a situaciones de extremo estrés, visualización de muertes, sufrimiento del paciente, familiares y otros posibles eventos estresantes. Estos factores influyen en el performance, calidad de atención, resultados en el paciente en su seguridad. (Benjamin Schooley, 2016.)

### 2.3.1.1 Síntomas del Síndrome de Burnout :

Schooley (2016) describe entre las manifestaciones más frecuentes la Falta de energía, falta de motivación, actitud negativa hacia otros, estrés emocional, tendencia al aislamiento de sus compañeros de trabajo, enfermedad física.

(West, Dyrbye, & Shanafelt, 2018) Señala:

*La despersonalización incluye sentimientos de tratar al paciente como objeto más que como ser humano, insensibilidad cada vez mayor hacia el paciente. El sentido de reducción de logro personal incluye sentimiento de ineficacia para ayudar al paciente con sus problemas y la falta de valor de los resultados de la actividad relacionada con el cuidado del paciente o logro profesional. (p. 516)*

Desde el punto de vista institucional y organizacional, se presenta ausentismo laboral, alta rotación de personal, pobre desempeño del trabajo, y actitudes negativas en general. Se evidencian tasas más altas de cuadros ansiosos, depresivos, insatisfacción. Gokcen et al. (2013), Citado por (Tarcan, Hikmet, Schooley, Mehmet, & Tarcan, 2017).

La desensibilización o incluso percepción de deshumanización de otros puede generar que el trabajador sienta que los clientes de alguna manera merezcan sus molestias. Ryan, (1971) Citado por (Inventory, 1996; Maslach & Leiter, 1996).

(Maslach et al., 2001) Las tres dimensiones del Burnout, descritas por Maslach, son las más aceptadas. EL agotamiento o cansancio emocional (AE) es la manifestación más importante y la más frecuentemente presente en las personas que padecen Burnout. Los tres indicadores deben ser evaluados de manera independiente. (Benjamin Schooley, 2016.)



Entre algunas consecuencias de este estado de agotamiento y estrés por parte del trabajador de personal médico de emergencias, Potter (2006) reporta; disminución en el performance de trabajo, impacto negativo en la vida familiar y altas tasas de rotación. Además, la disminución de interés por el paciente.

Aquellos que trabajan en emergencias y cuidados críticos, tienen que tratar con personas que en su gran mayoría manifiestan dolor somático además de ansiedad, por otro lado, se exponen a diferentes situaciones difíciles de manejar para algunos, en las que distinta manera demuestran su tolerancia al estrés, respuesta emocional y afrontamiento. (Rossler, 2012).

### **2.3.2 Intento de suicidio y comportamiento suicida:**

El suicidio y los intentos de suicidio constituyen un grave problema de salud pública a nivel mundial. (Wasserman, y otros, 2012). La Organización Mundial de la Salud [OMS], estima que “en el 2016, la tasa de suicidios fue de 10.6 suicidios por 100,000 personas, con 80% de éstos ocurren en países de ingresos económicos medios a bajos. (Fazel & Runenson, 2020). Se reporta además que aproximadamente 1 millón de personas mueren por suicidio en el mundo cada día, y se estima alcance las 1.5 millones de muertes para el año 2020.

Según la Guía de Prevención del Suicidio (Organización Mundial de la Salud, 2014): “En el 2012 se registraron en el mundo unas 804 000 muertes por suicidio, lo que representa una tasa anual mundial de suicidio, ajustada según la edad, de 11,4 por 100 000 habitantes (15,0 entre hombres y 8,0 entre mujeres)”. (p. 7)

Más de 800 000 personas mueren al año por suicidio. Por cada suicidio consumado, se calcula que otras 20 personas intentaron suicidarse. (OMS, 2018). El suicidio es una de las tres causas de muerte entre los adolescentes y jóvenes. Es la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 24 años y la tercera entre los 24 y 35 años, y dentro de las primeras 10 en ambos sexos hasta los 64 años. Se estima que el número de intentos de suicidio es 10 a 40 veces superior a los suicidios

consumados y aumenta exponencialmente en personas que presentan ideación suicida activa. (Boggiano y Gagliesi, 2018; OMS 2014).

Por otro lado, se menciona que la ideación suicida y los deseos de morir, han aparecido alguna vez en la vida de una persona, independientemente de padecer un trastorno mental. Se estima que al menos 2.1 – 18.5% de la población general ha considerado seriamente cometer suicidio alguna vez en su vida. (Parvin , Shaghaghi, & Allahverdipour, 2015).

El intento de suicidio es definido por Silverman, Citado por Wasserman et al. (2012) como “lesión autoinfligida con potencial daño con un resultado no fatal con la intención de morir, la cual puede ser manifestada como explícita o implícita, por la persona”, y la conducta autodestructiva como “auto envenenamiento o auto lesión independiente de la motivación, sin fines suicidas necesariamente”. (p.130).

Según datos del Instituto Nacional de Salud Mental, el Dr. Freddy Vásquez, médico psiquiatra; refiere que, en la última década, la tasa de suicidio en Perú se mantiene entre 3 y 4 por cada 100,000 habitantes, han aumentado la ideación y los intentos de suicidio. Cada 22 segundos, alguien intenta quitarse la vida, sólo en Lima. Durante el año 2016, ocurrieron 295 suicidios. (Nota de prensa N° 034, Instituto Nacional de Salud Mental Hideyo Noguchi).

El comportamiento suicida forma parte un fenómeno complejo del ser humano, que han sido ampliamente estudiados y no se hallan causas específicas que lo expliquen, y son de gran interés de estudio. Se asocian diferentes factores, entre ellos participación de diversos genes que a su vez relacionado a determinados efectos adversos en la vida del sujeto, factores medio ambientales, psicológicos resultan en el espectro de la conducta suicida. (Wasserman, y otros, 2012). Se describe también que el desenlace del suicidio ocurre a modo sumatorio de factores de riesgo a lo largo de la vida del sujeto. (Fazel & Runenson, 2020).

(Bentley, Pagalilauan, & Simpson, 2014) Mencionan que “El trastorno depresivo mayor está asociado al suicidio consumado. El riesgo de suicidio aumenta 21 veces

dentro del episodio depresivo activo. La ideación suicida previa es factor de riesgo para cometer suicidio.” (Bentley et al., 2014, p.990)

Un intento de suicidio es factor predictor para un suicidio consumado. (Tidemalm, Långström, Lichtenstein, & Runeson, 2008). El 70% de los casos de suicidio en el Perú, están asociados a depresión mayor. (MINSA 2017)

Las conductas autolesivas y suicidas son manifestaciones frecuentes y persistentes en el tiempo, en personas con desregulación emocional dentro del contexto del trastorno de personalidad límite, quienes suelen presentar dificultad para tolerar el malestar y no cuenta con mecanismos de afronte necesarios para las situaciones de estrés emocional, interpersonal y conductuales de la vida. Estas conductas son formas de alivian transitoriamente de alguna manera el malestar que padecen estos pacientes. (Boggiano & Gagliesi, 2018) (p.32)

Con respecto al tema, la OMS plantea acciones preventivas promocionales. Sin embargo, estigmas, tabú, falta de sensibilización y conocimiento acerca del suicidio han impedido que se tomen medidas preventivas en todos los países. Los factores de riesgo principales para presentar autolesiones son: Depresión Mayor, Trastorno Límite de la personalidad. (Mollà, y otros, 2015).

Los trastornos mentales más relacionados con suicidio en adultos son depresión mayor, depresión crónica persistente, antes llamada distimia, trastornos de la personalidad, trastorno afectivo bipolar, trastornos por consumo de drogas y trastornos de la alimentación. (Bedoya Cardona & Montaña Villalba, 2016).

Entre el factor de riesgo para suicidio asociado a grupos profesionales, los individuos expuestos a mayor estrés psicosocial tal como los profesionales de salud, veterinarios, personal militar y policial, tienen mayor riesgo a cometer suicidio que la población general. (Dutheil et. al., 2019), profesiones tienen justamente mayor acceso a medios letales. (Fazel & Runenson, 2020)

### 2.3.2.1 Creencias y actitud frente al suicidio:

La actitud del personal de salud hacia el paciente suicida podría influir en su evolución. (Norheim, Grimholt, & Ekeber, 2013). La mayor adherencia al tratamiento está relacionada con menor percepción de estigma por parte del paciente, el cual puede generar una evolución desfavorable o complicaciones del trastorno mental. (Flores Reynoso, Medina Dávalos, Robles García, & Páez Agraz, 2012). En algunos países sobre todo en medio oriente, el acto suicidio es condenado, punible por las leyes y por la cultura religiosa, lo cual influye en el trato adverso y de juzgamiento negativo hacia estos pacientes por parte del determinado grupo de salud. Una de las principales tendencias por parte del personal de salud de áreas de emergencias, es priorizar los problemas físicos del paciente y tienden a fragmentar las necesidades por especialidad, devaluando el estado mental. Algunos servidores de salud minimizan la importancia del intento de suicidio, juzgando la conducta y considerándola como manipuladora (I., Vohringer C., & Ornstein L., 2010) o de búsqueda de atención, lo cual puede ocasionar actitudes negativas sobre la evaluación principal y el manejo clínico del paciente. (Saini et al., 2016, citado en (Osafó, Akotia, Boakye, & Dickon, 2018).

Los pacientes que tienden a autolesionarse se sienten muchas veces ansiosos y avergonzados posterior al evento, durante la atención médica si es sin empatía. La comunicación entre el personal que los atiende y ellos, suele ser limitada, carentes habilidades interpersonales y de conocimiento sobre el comportamiento e ideación suicida. (Norheim, Grimholt, & Ekeber, 2013).

Diversos estudios coinciden en que las actitudes recibidas podrían influir en el posterior seguimiento del paciente con intento del suicidio. (Norheim, Grimholt, & Ekeber, 2013), (Friedman et al., 2006; Öncü et al., 2018).

(Acosta, Rodríguez, & Cabrera, 2013) Menciona sobre el *Modelo de creencias de salud*:

*“Los determinantes en la búsqueda de atención y tratamiento son las creencias sobre la susceptibilidad a un problema de salud, gravedad, efectividad del tratamiento, beneficios recibidos y barreras de tratamiento.”*

*En el área de salud mental suelen verse influenciadas negativamente debido al estigma y poca comprensión acerca del tema.” (Acosta et al., 2012, p.88)*

Los proveedores de salud de atención primaria y de áreas de emergencias de hospitales generales quienes atienden de manera diaria a sobrevivientes de intento de suicidio y autolesiones, deben estar familiarizados con los conceptos de suicidio y evaluación de riesgo suicida ya entre el 23% y 45% de pacientes completan el suicidio y han sido atendidos por un personal de salud ajeno a psiquiatría. (Bentley, Pagalilauan, & Simpson, 2014)

Las actitudes del personal en el área de hospitalización de Psiquiatría suelen ser diferentes a la del personal de emergencia. Es poco conocido sobre los sentimientos, creencias y experiencias del personal de salud que trata a pacientes con intentos de suicidas o conductas suicidas. (Türkles, Yılmaz, & Soylu, 2017).

La mayor parte de personas, incluyendo el personal de salud de áreas ajenas a salud mental, terapeutas, sienten temor, inseguridad, dudas de preguntar sobre la ideación suicida a los pacientes, ya que temen que puedan inducir o aportar ideas. (Dexter E.-Mazza, 2016 citados por Boggiano y Gagliesi, 2018). (p 431).

Rodd (2015), menciona que “consultar acerca del suicidio, de manera abierta, salva vidas”. (Boggiano & Gagliesi, 2018, p. 431). Es por ello por lo que es importante la educación y entrenamiento en el tema de suicidio y el manejo básico del paciente con ideación suicida en todos los profesionales de salud desde su etapa de formación. (Boukouvalas, El-Den, Murphy, Salvador-Carulla, & O’Reilly, 2019).

Los profesionales y personal de salud quienes atienden en emergencia a estos pacientes, a veces tienen actitudes negativas hacia los pacientes, “esto puede verse relacionarse con su rol de salvar vidas; salvar la vida de un paciente que quiere vivir, es la recompensa”. (I., Vohringer C., & Ornstein L., 2010) (p. 192) , el aspecto moral, religioso o la adjudicación que son personas con trastornos mentales establecidos, creencia en que todos los suicidas padecen de baja autoestima o debilidad psicológica hacia quienes hay tendencia a estigmatizar.

En la revisión sistemática del (Norheim, Grimholt, & Ekeber, 2013) mencionan que los profesionales capacitados sobre suicidio y su prevención y que cuenten con protocolos de manejo de estos pacientes, pueden mejorar sus actitudes frente a los pacientes suicidas. Las mujeres tienden a tener actitud más empática. Es común que tiendan a evitar el trato con estos pacientes.

El personal de salud de emergencias, tratan tantos pacientes con intento de suicidio como los propios psiquiatras” (Tapia, 2010) razón por la cual ameritan capacitación en el tema de suicidio. Según Luoma et al, (2002); “otros estudios también muestran que 1 de 5 víctimas de suicidio buscó ayuda profesional en salud mental, antes de su consumir el intento de suicidio”. (Osafó, Akotia, Boakye, & Dickon, 2018), por lo cual es importante estar entrenados en manejar estos casos en todos los niveles de atención.

Con respecto a la medición de conocimientos acerca del suicidio a través de escalas, existen muchas. Se pueden emplear aquellas escalas validadas culturalmente; teniendo en cuenta que el patrón de actitudes e ideación suicida son similares entre las culturas. (Parvin , Shaghaghi, & Allahverdipour, 2015).

Existen numerosas herramientas que tratan de medir las creencias y entendimiento acerca del suicidio, entre ellas está “The Understanding of Suicidal Patientsscale” (USP); “Attitudes Towards Suicide questionnaire”(ATTS scale). Según una revisión sistemática de escalas de ideación y actitudes suicida, realizada en 2015, otras que miden actitudes sobre suicidio son; “Suicide Opinion Questionnaire” (SOQ), “Multi-attitude Tendency Scale” (MAST) la cual incluye factores de protección y de riesgo para suicidio, “Suicide Attitude Questionnaire” (SUIATT), “Attitudes Towards Attempted Suicide Questionnaire” (ATAS-Q), la cual mide las actitudes de los profesionales de salud frente a personas que han atenta contra su vida. No hay una escala de medición Gold estándar para estudiar relación entre ideación y actitudes frente al suicidio. (Parvin , Shaghaghi, & Allahverdipour, 2015)

En España, 2005, Ruiz Hernández *et. al*, construye una escala denominada “Cuestionario de creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida” (CCCS-18). (Ruiz Hernández, Navarro-Ruiz, Torrente Hernández, & Rodríguez Gonzáles, 2005). En la versión de tres dimensiones, presenta una adecuada propiedad psicométrica. (Villacieros, Bermejo, Magaña, & Fernández Quijano, 2016).

(Scocco, Castriotta, Toffol, & Preti, 2012); validan en Italia, las Escalas “Stigma of Suicide Attempt (STOSA) y la escala “Stigma of suicide and suicide Survivor (STOSASS), con la finalidad de valorar las creencias y actitudes del suicide y adaptan la escala origina de Link et. al (1989), denominada “Devaluation-Discriminationscale” para medir las percepciones generales de las actitudes sobre enfermedad mental.

## **CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA**

### **3.1 Tipo y diseño de investigación:**

Enfoque: cuantitativo. Diseño: No experimental debido a que no se manipularon las variables del estudio primario. Tipo: correlacional y corte transversal porque la recolección de los datos se realizó en un momento único.

### **3.2 Unidad de análisis:**

La unidad de análisis estuvo conformada por el profesional de salud que labora en el área de emergencias del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2019.

### **3.3 Población de estudio:**

Profesionales de salud que laboran realizando turnos diurnos y/o nocturnos en el área de emergencias del Hospital Nacional Hipólito Unanue, durante el año 2019. Este grupo lo comprenden: médicos de las diferentes especialidades médico-quirúrgicas, médicos residentes y licenciadas enfermeras o de otras carreras; bajo la modalidad de contrato nombrados, contrato administrativo de servicio (CAS) y terceros.

### **3.4 Tamaño de muestra**

Tipo de muestreo fue no probabilística causal aplicado a los profesionales de salud de emergencias del Hospital Nacional Hipólito Unanue, durante el año 2019. La muestra final fue conformada por 93 participantes.



### **3.5 Selección de muestra**

La selección de muestra se realizó mediante una muestra no probabilística por conveniencia donde participaron de manera voluntaria un total de 93 de profesionales de salud del área de emergencias del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2019.

#### **Criterios de inclusión**

Profesionales de salud que realicen turnos laborales y guardias en el área de emergencias del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

#### **Criterios de exclusión:**

- a. Profesionales de salud pertenecientes al Servicio de Psiquiatría y Psicología.
- b. Profesional de salud proveniente de otra sede hospitalaria que esté realizando pasantías en el Hospital Nacional Hipólito Unanue.
- c. Profesionales de salud que no se encuentren laborando en el momento del estudio, en el área de emergencias.
- d. Profesionales de salud que no deseen participar del estudio.

### **3.6 Técnicas de recolección de datos**

La recolección de datos fue realizada a través de la técnica de encuesta. Se utilizaron los cuestionarios con datos sociodemográficos y las escalas para valorar el Síndrome de Burnout (Inventario de Burnout de Maslach) y el Cuestionario de Creencias y Actitudes sobre el comportamiento suicida. (CCCS-18)

#### **3.6.1 Instrumento 1 : Inventario de Burnout de Maslach (MBI).**

Fue creada por Maslach y Jackson (1981) (Maslach & Jackson, 1981) (Maslach, Maslach, & Jackson, 1981), adaptada al castellano por Gil Monte y colaboradores en 1994. (Gil-Monte & M. Peiró, 1999). Es una escala de medición del

Síndrome de Burnout, internacionalmente conocida y más utilizada, traducida al español y validada en el Perú en múltiples trabajos. (Maslach & Leiter, 1996). (Ponce Díaz, Bulnes Bedón, Ramiro Tovar, María Clotilde, & Huertas Rosales, 2005).

(Cañadas de la Fuente, y otros, 2014), menciona:

“En la versión original se obtuvo un valor Alfa de Cronbach para la dimensión Cansancio Emocional (CE) de 0.89, para el de Despersonalización (D) de 0.77 y el de Realización profesional (RE) de 0.74. En la versión en adaptada, un valor de Alfa de Cronbach para CE de 0.90, para D de 0.79 y el de RP de 0.71.”  
(Cañadas-de la Fuente et al., 2014, p. 46)

Esta escala evalúa los sentimientos y pensamientos con relación a su interacción con el trabajo. Consta de 22 Ítems con 7 opciones de respuesta mediante escala tipo Likert de 0 a 6 puntos, basado en el auto reporte de frecuencia de los sentimientos antes mencionados para cada indicador. Este instrumento mide los efectos de los siguientes indicadores:

### **1. Agotamiento emocional (AE):**

Se refiere a la disminución de los recursos emocionales para contactarse con otras personas. Consiste en 9 ítems con un score total entre el rango de 0 a 54. Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Puntuación máxima 54

### **2. Despersonalización (DP):**

Se refiere a los sentimientos negativos y actitudes de cinismo hacia el destinatario de servicios o cuidados personales. Consiste en 5 ítems con score del 0-30. Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Puntuación máxima 30 puntos.

### **3. Realización personal:**

Se refiere a la tendencia a la autoevaluación negativa respecto al trabajo. Consisten en 8 ítems para un score total de 0-48. Evalúa los sentimientos de

auto eficiencia y realización personal en el trabajo. Puntuación máxima 48 puntos.

Los tres indicadores deben ser evaluados de manera independiente. (Benjamin Schooley, 2016.). Se recomienda reportar el puntaje cuantitativo de cada indicador. (West, Dyrbye, & Shanafelt, 2018).

Los grados de frecuencia van de forma gradual, oscilando los valores del 1 al 6 (0= Nunca, 1= Pocas veces al año; 2= Una vez al mes o menos; 3= Unas pocas veces al mes; 4= Una vez a la semana; 5= Pocas veces a la semana; 6= Todos los días).

La interpretación de la escala (MBI) es la siguiente; se considera como Síndrome de Burnout, cuando el profesional presenta (Chilquillo-Vega, Lama Valdivia, & De la Cruz Vargas, 2018), (Contreras Torres, Espinal G., & González R., 2013):

- Dimensión de agotamiento emocional (AE): puntaje alto (27-54 puntos). Puntuación máxima de 54 puntos.
- Dimensión de despersonalización (DP): puntaje alto (10-30 puntos) Puntuación máxima de 30 puntos.
- Dimensión de realización personal (RP): Niveles bajos. Puntuación (40-48 puntos). Puntuación máxima de 48 puntos.

La interpretación que se utilizará para el análisis del Síndrome de Burnout será por niveles, según (Solís Chuquiyaury, Zamudio Eslava, Matzumura Kasano, & Gutiérrez Crespo, 2016) quien cita a (Bria, Spânu, Băban, & Dumitras, 2014), valora de la siguiente manera:

- Nivel Bajo : 0 – 48 puntos
- Nivel Medio : 49 - 83 puntos
- Nivel Alto : 84 - 132 puntos

### **3.6.2 Instrumento 2: Cuestionario de creencias actitudinales sobre la conducta suicida (CCCS-18)**

Creado por Ruíz Hernández, Navarro-Ruiz, Torrente Hernández & Rodríguez González en España, Murcia en el año 2005, debido a la problemática del suicidio en la población adolescente a mediados del siglo XX. (Dieskstra, 1993; citado por Ruiz, J.A. et al. 2005). Consiste en una encuesta en español, de 18 ítems. Es una herramienta de evaluación de las actitudes del suicidio. Fue realizada en 230 estudiantes universitarios de edad promedio de 20.7 años. la muestra definitiva estuvo conformada por 219 sujetos. (Ruíz Hernández, Navarro-Ruiz, Torrente Hernández & Rodríguez González, 2005). La consistencia del instrumento fue de 0.87%. (Desuque, Vargas Rubilar, & Lemos, 2011) Alfa total: 0.87%.

El objetivo de esta herramienta es evaluar las actitudes hacia el comportamiento suicida y que resultaría apropiado para conocer cómo se posiciona el profesional de salud frente al suicidio.

Esta escala mide las creencias sobre la legitimidad, moralidad del comportamiento suicida y sobre el suicidio en sí como salida a determinado problema. Su principal función es identificar las creencias favorables o desfavorables hacia el comportamiento suicidio, además permite conocer dicha variable como factor de riesgo, evaluar propensión al suicidio. El cuestionario consta de 4 factores.

La Escala es de valoración tipo Likert de 7 niveles que indicaba el grado de acuerdo/desacuerdo con el enunciado del ítem, oscilando los valores del 1 al 7 (1= Totalmente en desacuerdo; 2= Bastante en desacuerdo; 3= Un poco en desacuerdo; 4= Indiferente; 5= Un poco de acuerdo; 6= Bastante de acuerdo; 7= Totalmente de acuerdo). Los ítems 3, 7, 9, 12 y 16: puntúan de forma inversa (1= 7; 2= 6; 3= 5; 4= 4; 5= 3; 6= 2; 7= 1).

Este instrumento mide los efectos de las siguientes dimensiones (Carmona-Navarro & Pichardo-Martínez, 2012).:

1. **Factor 1: “Legitimación del Suicidio”**. Conformado por los ítems: 1, 5,8,10,14 y 18, relacionados al concepto del suicidio como racionalmente aceptable.).
2. **Factor 2: “Suicidio en enfermos terminales”**. Compuesto por los ítems: 2, 6,11 y 15, relacionados al suicidio en enfermos en fases terminales.
3. **Factor 3 : “Dimensión moral del suicidio”**. Conformado por los ítems: 3, 7, 12 y 16 que miden de manera inversamente proporcional, siendo los puntajes altos asociados al desacuerdo con las afirmaciones sobre suicidio y los puntajes bajos corresponden al estar de acuerdo sobre las mismas.
4. **Factor 4: “El propio suicidio”**. Conformado por los ítems: 4,9,13 y 17, se asocia a un concepto de la propia conducta suicida como salida a una situación determinada.

La Confiabilidad del cuestionario tuvo una consistencia interna a partir del índice de Alpha Cronbach de (0.86). (Desuque, Vargas Rubilar, & Lemos, 2011), similar al que se obtuvo en el cuestionario de los autores originales del CCCS-18 en España, el cuál fue (0.87). Presenta una consistencia interna elevada entre .68 y .92. (Villacieros, Bermejo, Magaña, & Fernández Quijano, 2016)

La consistencia interna de cada uno de los cuatro factores es la siguiente:

- Factor 1 : “**Legitimación del Suicidio**” (0.84)
- Factor 2 : “**Suicidio en enfermos terminales**” (0.82)
- Factor 3 : “**Dimensión moral del suicidio**” (0.78)
- Factor 4 : **El propio suicidio** (0.73)

Este instrumento es considerado una alternativa válida para evaluar estas actitudes y su uso puede ser de utilidad como prevención de actitudes relacionadas a suicidio. (Parvin , Shaghghi, & Allahverdipour, 2015).

### **3.7 Aspectos éticos:**

El proyecto de investigación fue presentado para su aprobación al Comité de Ética y Docencia e Investigación, Jefatura de Departamento del Salud Mental del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

Se mantendrá el anonimato de los participantes voluntarios, escogidos en forma aleatoria. Se brindará los datos de ubicación del investigador principal en caso el participante desee comunicarse con éste posteriormente para conocer los resultados y conclusiones del estudio. Por otro lado, se le incentiva al trabajador participante del estudio a acercarse a los servicios de salud mental voluntariamente, en caso vieran necesario, deseen educación u orientación específica.

La comunicación en torno a los aspectos psicológicos y emocionales, la concientización en salud mental y la búsqueda de ayuda en las personas, disminuye el estigma, el auto estigma y el riesgo de conducta suicida. (Reynders, Kerkhof, Molenberghs, & Van Audenhove, 2013)

### **3.8 Análisis e interpretación de la información**

Para el procesamiento y análisis de datos de la investigación se generó una base de datos en Excel, donde se trasladaron los datos de las encuestas en formato impreso, aplicadas a los profesionales de la salud del Hospital Hipólito Unanue. Estos datos fueron respondidos de manera anónima y conservados en un sobre cerrado para su procesamiento posterior.

La recolección de datos de dicha encuesta se realizó en el *software* Microsoft 365 MSO versión 2205, para luego exportar a los formatos *sav* correspondiente del programa estadístico SPSS v23 y el *software Rstudio* para el análisis de los datos; ésta base se encuentra subdividida en el módulo de Síndrome de Burnout y características suicidas donde cada módulo tiene un código de identificador de los registros para unificar los módulos de tal manera que las respuestas de las variables añadidas correspondan a una misma persona encuestada.

El módulo de creencias actitudinales sobre la conducta suicida consta de 18 ítems que están agrupados en los factores: legitimación del suicidio, Suicidio en enfermos terminales, moral del suicidio y el propio suicidio; para valorar las respuestas por cada dimensión, así como de la propia variable características suicidas, se utilizó el promedio del valor de las respuestas de los ítems. Asimismo, estos valores obtenidos se han clasificado en tres niveles a través de los cuartiles;

menor e igual al primer cuartil, clasifican a las respuestas con bajo predisposición a comportamiento suicida; entre mayores al primer cuartil y menores e iguales al tercer cuartil clasifica como respuestas neutras a la predisposición a comportamientos suicidas, mientras que mayores al tercer cuartil, clasifican como respuesta más predispuesta a comportamientos suicidas.

El módulo de Síndrome de Burnout consta de 22 ítems agrupados en las dimensiones agotamiento emocional, despersonalización y realización personal; para valorar las respuestas por cada dimensión. Para la variable Síndrome de Burnout se utilizó la sumatoria de las respuestas de los ítems; según el Criterio de Maslach, se categorizó el Síndrome en nivel Bajo (0-48), Nivel medio (48-83) y Nivel alto (84-132).

Como parte de la exploración de los datos, se elaboraron las frecuencias absolutas y relativas para las variables sociodemográficas categóricas, en el mismo sentido se calcularon los estadígrafos básicos para las variables sociodemográficas numéricas.

Para la relación del Síndrome de Burnout y las características suicidas en los profesionales de salud del Hospital Hipólito Unanue, se calculó el coeficiente de Pearson, así como el gráfico de dispersión de dichas variables.

Se elaboró un modelo de regresión lineal simple, del comportamiento suicida en función a la variable de puntajes de Síndrome de Burnout como parte de la relación de interdependencia entre las variables características suicidas y los puntajes del Síndrome de Burnout. Así mismo, se realizó en análisis de las relaciones entre las dimensiones del Síndrome de Burnout y comportamiento suicida a través de la matriz de correlaciones de Pearson y el gráfico de la matriz de dispersión.

Para la aplicación de las regresiones, se recategorizaron las variables sociodemográficas, estado civil, título profesional, satisfacción laboral, en variables dicotómicas. En el análisis de interdependencia entre la variable comportamiento suicida y las variables socio demográficas, se utilizó la regresión logística multinomial debido a que la variable dependiente es multinomial. En el caso de análisis de interdependencia entre el Síndrome de Burnout y las variables sociodemográficas, se utilizó la regresión logística binaria.

## CAPÍTULO 4: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

### 4.1 Presentación de resultados

El presente estudio se realizó con la participación de 93 profesionales de la salud conformados por: 60.2% (56) médicos, 36.6% (34) enfermeros, 2.2% (2) obstetras y 1% (1) cirujano dentista. Las edades oscilaron entre los 26 y 60 años, con un promedio de 35.6. El 56% (52) correspondieron al sexo femenino y 44% (41) masculino. La distribución según especialidades fue de: 32.3% (30) emergencias y desastres, 10.8% (10) medicina interna, 4.3% (4) UCI y el resto corresponden a otras especialidades entre médicas y quirúrgicas. Sobre los años de servicio, el promedio fue de 5.7 años. Con respecto a las características sociodemográficas de los participantes, 80.6% tenía una edad menor de 40 años, 55.9% de los participantes son mujeres, 60.2% manifestó ser soltero, 57% no tiene hijos y 77.4% manifestó seguir la religión católica (Cuadro 1).

Cuadro 1. Características sociodemográficas de los participantes

	n (93)	Porcentaje
Edad		
Menor de 40 años	75	80.6
Mayor de 40 años	18	19.4
Sexo		
Femenino	52	55.9
Masculino	41	44.1
Estado civil		
Soltero	56	60.2
Casado	23	24.7
Conviviente	14	15.1
Hijos		
No	53	57
Si	40	43
Religión		
Católica	72	77.4
Otros	15	16.1
Ninguno	6	6.3

Fuente: Elaboración propia



Cuadro 2. Características del área laboral y profesional de los participantes

		n (93)	Porcentaje
Título profesional	Médico	56	60.2
	Enfermero	34	36.6
	Obstetra	2	2.2
	Cirujano dentista	1	1.1
Especialidad	Emergencias y desastres	30	32.3
	Medicina Interna	10	10.8
	Gastroenterología	6	6.5
	Cardiología	6	6.5
	UCI	4	4.3
	Otros	21	22.6
	Sin especialidad	16	17.2
Condición laboral	Residencia médica	41	44.1
	Nombrado	26	28.0
	CAS	25	26.9
	Terceros	1	1.1
Años de servicio	De 1 a 10 años	81	87.1
	De 10 a > años	12	12.9
Satisfacción laboral	Muy satisfecho	13	14.0
	Satisfecho	71	76.3
	Poco satisfecho	8	8.6
	Nada satisfecho	1	1.1
Trabajos extras	No	61	65.6
	Sí	32	34.4
Atención de pacientes suicidas	Sí	87	93.5
	No	6	6.5

*Fuente:* Elaboración propia

Los resultados que corresponden a las características del área laboral y profesional muestran los siguientes hallazgos: 60.2% fueron médicos, 36.6% enfermeros, 32.3% tenía como especialidad emergencias y desastres y 10.8% medicina interna. Respecto a la condición laboral; 26,9% correspondieron a la modalidad de contrato por servicios, 28% nombrados, 87.1% tenía entre 1 a 10 años de servicio. 76.3% manifestó estar satisfecho en el ámbito laboral, 65.6% no realiza trabajos extras y 93.5% manifestó haber brindado atención a pacientes suicidas (Cuadro 2).

Cuadro 3. Análisis de resultados por dimensiones del Síndrome de Burnout

Dimensiones	Ítems	Nunca 0		Pocas veces al año 1		Una vez al mes o menos 2		Unas pocas veces al mes 3		Una vez a la semana 4		Pocas veces a la semana 5		Todos los días 6	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Agotamiento emocional</b>															
1	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	7	7.5%	41	44.1%	7	7.5%	12	12.9%	7	7.5%	15	16.1%	4	4.3%
2	Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío	54	58.1%	19	20.4%	6	6.5%	7	7.5%	1	1.1%	5	5.4%	1	1.1%
3	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado	24	25.8%	35	37.6%	4	4.3%	11	11.8%	7	7.5%	10	10.8%	2	2.2%
6	Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa	34	36.6%	31	33.3%	6	6.5%	9	9.7%	7	7.5%	6	6.5%	0	0.0%
8	Siento que mi trabajo me está desgastando	26	28.0%	34	36.6%	7	7.5%	9	9.7%	4	4.3%	8	8.6%	5	5.4%
13	Me siento frustrado en mi trabajo	52	55.9%	18	19.4%	8	8.6%	4	4.3%	6	6.5%	4	4.3%	1	1.1%
14	Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo	29	31.2%	20	21.5%	6	6.5%	2	2.2%	7	7.5%	19	20.4%	10	10.8%
16	Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa	43	46.2%	24	25.8%	8	8.6%	10	10.8%	5	5.4%	2	2.2%	1	1.1%
20	Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades	40	43.0%	26	28.0%	11	11.8%	5	5.4%	4	4.3%	6	6.5%	1	1.1%
<b>Realización personal</b>															
4	Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes	0	0.0%	3	3.2%	3	3.2%	5	5.4%	2	2.2%	20	21.5%	60	64.5%
7	Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes	1	1.1%	4	4.3%	1	1.1%	4	4.3%	4	4.3%	25	26.9%	54	58.1%
9	Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo	1	1.1%	3	3.2%	0	0.0%	8	8.6%	6	6.5%	19	20.4%	56	60.2%
12	Me siento con mucha energía en mi trabajo	1	1.1%	1	1.1%	4	4.3%	2	2.2%	9	9.7%	23	24.7%	53	57.0%
17	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes	2	2.2%	2	2.2%	0	0.0%	5	5.4%	6	6.5%	21	22.6%	57	61.3%
18	Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes	4	4.3%	1	1.1%	2	2.2%	4	4.3%	10	10.8%	28	30.1%	44	47.3%
19	Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo	1	1.1%	1	1.1%	1	1.1%	3	3.2%	11	11.8%	24	25.8%	52	55.9%
21	Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada	10	10.8%	12	12.9%	7	7.5%	10	10.8%	13	14.0%	17	18.3%	24	25.8%
<b>Despersonalización</b>															
5	Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales	61	65.6%	16	17.2%	5	5.4%	6	6.5%	2	2.2%	3	3.2%	0	0.0%
10	Siento que me he hecho más duro con la gente	15	16.1%	27	29.0%	13	14.0%	10	10.8%	7	7.5%	15	16.1%	6	6.5%
11	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente	29	31.2%	32	34.4%	10	10.8%	5	5.4%	4	4.3%	12	12.9%	1	1.1%
15	Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes	72	77.4%	9	9.7%	3	3.2%	3	3.2%	3	3.2%	1	1.1%	2	2.2%
22	Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas	54	58.1%	20	21.5%	6	6.5%	5	5.4%	3	3.2%	3	3.2%	2	2.2%

Fuente: elaboración propia

Con respecto a los resultados por dimensiones, se logró observar: dimensión agotamiento emocional, 44.1% manifestó sentirse emocionalmente agotado por el trabajo pocas veces al año. 36.6% refirió que pocas veces su trabajo lo desgasta.

En la dimensión realización personal la mayoría de las respuestas tienen una orientación a la frecuencia de todos los días, 64.5% en el ítem siente que puede entender fácilmente a los pacientes durante todos los días. 55.9% consideró que consigue muchas cosas valiosas en su trabajo todos los días. Por otro lado, en la dimensión despersonalización: 29% indicó que pocas veces al año consideró que pocas veces al año se siente que se ha hecho más duro con la gente. Asimismo, 34.4%, consideró que pocas veces al año, su trabajo lo esté endureciendo emocionalmente. (Cuadro 3).

Cuadro 4. Análisis de puntajes del Síndrome de Burnout

Medidas	Agotamiento emocional	Despersonalización	Realización personal
Media	14	6.2	39.9
Desviación estándar	11.5	5.6	6.8
Mínimo	0	0	12
Máximo	46	23	48
Percentiles			
25	5	2	36
50	9	5	41
75	21	9	45

*Fuente:* Elaboración propia.

En la dimensión agotamiento emocional, el 25% de los encuestados tiene puntajes menores e iguales a 5 puntos y el 50% tiene puntajes menores a 9. Asimismo, en la dimensión despersonalización, el 50% de los encuestados tienen puntajes menores a 5 y en la dimensión realización personal el 50% de participantes tiene puntajes entre 12 a 41 puntos. (Cuadro 4).

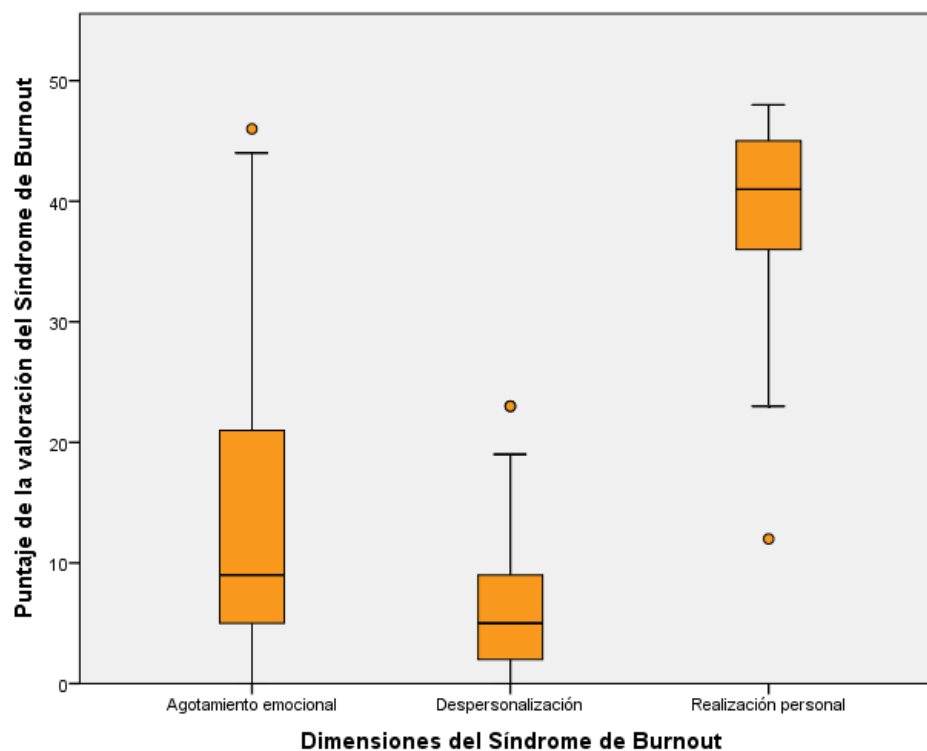


Figura 1. Análisis comparativo del Síndrome de Burnout por dimensiones

*Fuente:* Elaboración propia.

La dimensión de despersonalización presentó una menor variación, sus puntajes son menores que las otras dimensiones. En la dimensión agotamiento emocional, 50% se encuentra por debajo de 10 puntos y 50% por encima de 10 puntos. Por otro lado, en la dimensión realización personal se puede observar que los puntajes son más altos que en otras dimensiones. (Figura 1).

Cuadro 5. Resultados de Síndrome de Burnout por niveles y puntaje total

Niveles de Burnout	n (93)	Porcentaje
Bajo	16	17.2
Medio	71	76.3
Alto	6	6.5
Total	93	100

*Fuente:* Elaboración propia.

Del total de los profesionales de salud encuestados; 6.5% (6) presentaron puntuaciones correspondientes a un nivel alto de Síndrome de Burnout. 76.3% (71) de encuestados presentaron un nivel medio y 17.2% (16) presentaron a un nivel bajo de Síndrome de Burnout. (Cuadro 5).

Cuadro 6. Respuestas sobre las creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida por dimensiones

	Totalmente en desacuerdo		Bastante en desacuerdo		Un poco en desacuerdo		Indiferente		Un poco de acuerdo		Bastante de acuerdo		Totalmente de acuerdo	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Factor 1: Legitimación del suicidio</b>														
Aceptaría ciertas formas de suicidio	73	78,5	10	10,8	3	3,2	4	4,3	2	2,2	-	-	1	1,1
Si alguien quiere intentar suicidarse, es asunto suyo y no deberíamos intervenir	54	58,1	17	18,3	10	10,8	6	6,5	2	2,2	1	1,1	3	3,2
Aceptaría el suicidio en personas mayores	55	59,1	16	17,2	6	6,5	5	5,4	8	8,6	3	3,2	-	-
El suicidio debería ser una forma legítima de morir	43	46,2	13	14	12	12,9	11	11,8	9	9,7	2	2,2	3	3,2
El suicidio sería una cosa normal en una sociedad ideal	52	55,9	17	18,3	10	10,8	10	10,8	2	2,2	1	1,1	1	1,1
Debería haber clínicas para que los suicidios puedan quitarse la vida de una manera privada y con menos sufrimiento	47	50,5	15	16,1	6	6,5	10	10,8	9	9,7	2	2,2	4	4,3
<b>Factor 2: El suicidio en enfermos terminales</b>														
Debería permitirse el suicidio de una manera digna a las personas con enfermedades incurables	37	39,8	13	14	7	7,5	7	7,5	18	19,4	7	7,5	4	4,3
El suicidio es un medio aceptable de querer terminar con una enfermedad incurable	35	37,6	16	17,2	7	7,5	7	7,5	22	23,7	3	3,2	3	3,2
Es comprensible ayudar a suicidarse a un enfermo terminal	42	45,2	12	12,9	3	3,2	9	9,7	17	18,3	7	7,5	3	3,2
Aceptaría el suicidio en personas a las que les queda poco tiempo de vida	34	36,6	15	16,1	7	7,5	11	11,8	16	17,2	7	7,5	3	3,2
<b>Factor 3: Dimensión moral del suicidio</b>														
El suicidio va en contra de la moral	16	17,2	4	4,3	14	15,1	21	22,6	5	5,4	15	16,1	18	19,4
El suicidio es un acto inmoral	24	25,8	5	5,4	11	11,8	17	18,3	9	9,7	14	15,1	13	14
Los suicidas son personas que atentan contra la sociedad	18	19,4	12	12,9	9	9,7	20	21,5	12	12,9	8	8,6	12	12,9
Se debería prohibir el suicidio porque es un asesinato	8	8,6	8	8,6	14	15,1	18	19,4	6	6,5	13	14	26	28
<b>Factor 4: El propio suicidio</b>														
Es posible que me suicidara si estuviera en una situación extrema	62	66,7	13	14	4	4,3	3	3,2	6	6,5	-	-	5	5,4
Bajo ningún concepto me suicidaría	11	11,8	2	2,2	4	4,3	4	4,3	2	2,2	15	16,1	55	59,1
Si me sintiese muy solo y deprimido intentaría suicidarme	69	74,2	16	17,2	-	-	4	4,3	3	3,2	1	1,1	-	-
Algunas veces, el suicidio es la única vía de escape ante los problemas de la vida	53	57	17	18,3	6	6,5	4	4,3	9	9,7	3	3,2	1	1,1

Fuente: elaboración propia

En cuanto a los resultados sobre el Cuestionario de Creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida (CCCS-18), en el Factor 1: Legitimación del suicidio, el 78.5% de los profesionales indicó estar totalmente en desacuerdo en aceptar ciertas formas de suicidio; el 59.1% totalmente en desacuerdo respecto a si aceptaría el suicidio en personas mayores; el 50.5% totalmente en desacuerdo en la pregunta si debería haber clínicas para que los suicidas puedan quitarse la vida de una manera privada y con menos sufrimiento. Éstos fueron algunas de las respuestas con mayor tendencia al desacuerdo o rechazo sobre el comportamiento suicida. Sobre el Factor 2: El suicidio en enfermos terminales, el 23.7% manifestó estar un poco de acuerdo con la consigna de que el suicidio es un medio aceptable de querer terminar con una enfermedad incurable; el 45.2% indicó estar totalmente en desacuerdo a ser comprensible ayudar a suicidarse a un enfermo terminal. Sin embargo, se muestran 45.2% en total desacuerdo y 18.3% un poco de acuerdo con la pregunta de es comprensible ayudar a suicidarse a un enfermo terminal. En el Factor 3: Dimensión moral del suicidio, el 21.5% está indiferente y el 19.4% en total desacuerdo con el considerar que los suicidas son personas que atentan contra la sociedad. El 22.6% está indiferente y el 19.4% totalmente de acuerdo con el considerar que el suicidio va en contra de la moral.

Por último, en el Factor 4: El propio suicidio, se observa tendencia al rechazo, como el 66.7% totalmente en desacuerdo con enunciado de es posible que me suicidaría si estuviera en una situación extrema. Asimismo, el 74.2% en totalmente en desacuerdo en caso del sí me sintiese muy solo y deprimido intentaría suicidarme. 59.1% respondió totalmente de acuerdo que bajo ningún concepto me suicidaría. (Cuadro 6).

Cuadro 7. Análisis de puntajes de creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida

Medidas	F1: Legitimación del suicidio	F2: Suicidio en enfermos terminales	F3: Moral del suicidio	F4: El propio suicidio
Media	2	2.9	3.9	2
Desviación estándar	0.9	1.6	1.4	1.1
Mínimo	1	1	1	1
Máximo	5	7	7	5
Percentiles				
25	1	1	3	1
50	2	3	4	2
75	3	4	5	3

Fuente: Elaboración propia

En el Factor 1: Legitimación del suicidio, la media de puntaje fue 2.0, que corresponde a estar “Bastante en desacuerdo”, 50% de encuestados tuvo puntaje menor de 2, es decir puntuaron entre estar “totalmente en desacuerdo” y “bastante en desacuerdo”. En el Factor 2: Suicidio en enfermos terminales la media fue 2.9 que se aproxima a estar “un poco en desacuerdo”, el 50% de encuestados tuvo puntaje menor de 3 entre “estar totalmente desacuerdo” y “un poco en desacuerdo”. En el Factor 3: Moral del suicidio, la media fue 3.9 que se aproxima a estar “indiferente”, el 50% de encuestados presentó puntaje menor de 4 que quiere decir entre “totalmente en desacuerdo” e “indiferente”. Asimismo, en Factor 4: el propio suicidio la media fue 2.0 que corresponde a estar “bastante en desacuerdo” y el 50% de encuestados mostró un puntaje menor de 2 que se posiciona entre estar “totalmente en desacuerdo” y “bastante en desacuerdo”. (Cuadro 7).

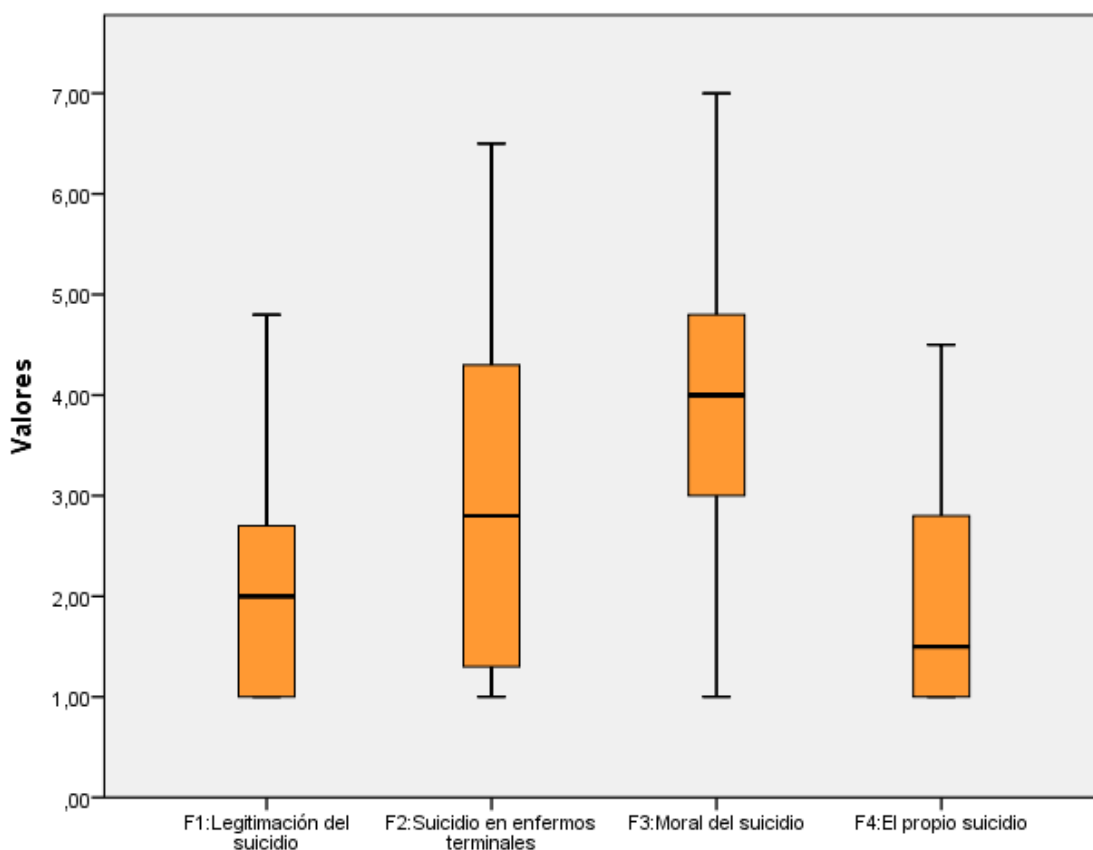


Figura 2. Análisis comparativo de las creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida por dimensiones. *Fuente:* Elaboración propia.



En el análisis por factores; en el Factor 1: Legitimación del suicidio; 75% de participantes marcó puntuaciones entre 1 a 3 en promedio. En el Factor 2: Suicidio en enfermos terminales, el 75% tuvo puntuaciones entre 1 a 4 en promedio. En el Factor 3: Moral del suicidio, el puntaje fue de 3 a 5 los cuales muestran tendencia indiferente, mientras que la tendencia al rechazo a la conducta suicida fue entre 1 a 3. Por otro lado, la tendencia a la actitud de aceptación o favorable a la conducta suicida, se dio entre 5 a 7. En el Factor 4: El propio suicidio, el 75% de los profesionales tuvo puntuaciones entre 1 a 3.

En el análisis comparativo entre los factores de creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida, se observa que el Factor 1: Legitimación del suicidio y Factor 4: El propio suicidio, son aquellos que presentaron mayor tendencia al rechazo para el comportamiento suicida. Por otro lado, el Factor 2: Suicidio en enfermos terminales y Factor 3: Moral del suicidio, se observa mayor dispersión en los puntajes que nos indica mucha variedad en posición en los encuestados respecto al suicidio y se evidencia una tendencia a la actitud a favor del comportamiento suicida. (Figura 2).

Cuadro 8. Análisis comparativo de creencias actitudinales sobre comportamiento suicida por grupos de profesión

Factores	Médicos		Otros profesionales		Prueba U	p valor
	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar		
F1: Legitimación del suicidio	2.1	1.0	1.9	0.9	948	0.48
F2: Suicidio en enfermos terminales	3.2	1.7	2.5	1.5	796	0.06
F3: Moral del suicidio	4.0	1.5	3.9	1.4	974	0.63
F4: El propio suicidio	2.0	1.2	1.9	1.1	1028	0.94
Total	2.7	1.0	2.5	0.7	881	0.22

Fuente: elaboración propia

Se aplicó la prueba de U de Mann-Whitney para determinar si las creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida del grupo profesional de médicos respecto al grupo de otros profesionales de salud son iguales o distintos según cada factor. Asimismo, se puede observar que las creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida para el grupo de médicos y del grupo otros profesionales de salud no mostraron diferencias significativas. (Cuadro 8).

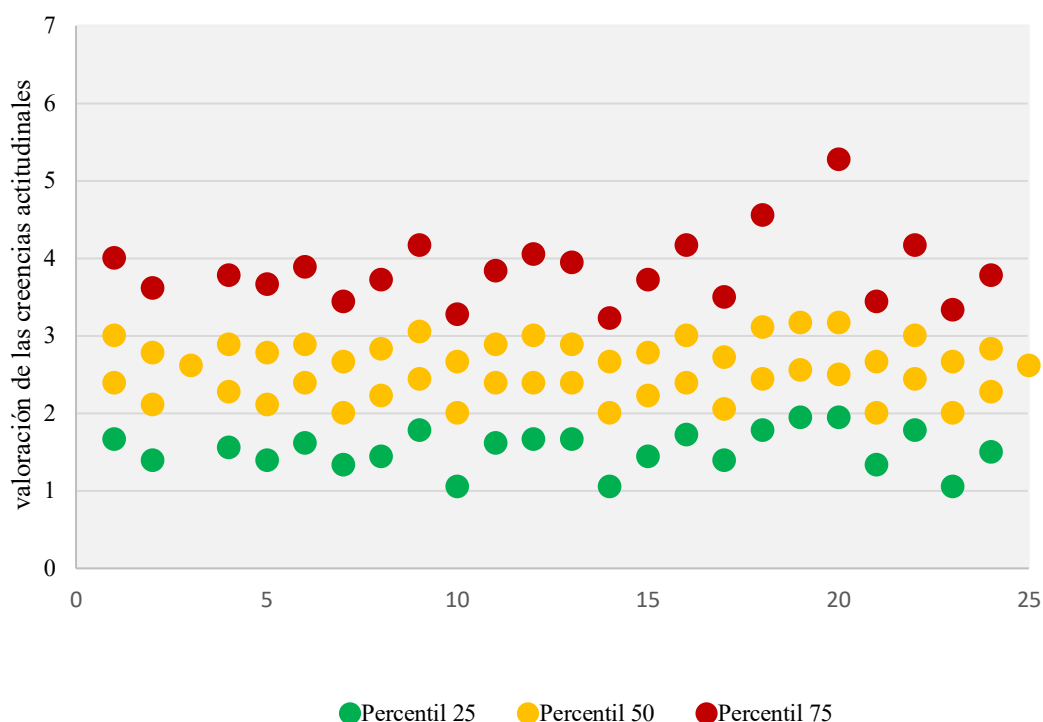


Figura 3. Valoración de las creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida expresado en percentiles. *Fuente:* elaboración propia

Los resultados de acuerdo con la puntuación global, 23.7% (22) de los participantes se ubican en el percentil 25, lo que refleja que tienen actitudes y creencias para el comportamiento suicida con tendencia al rechazo hacia el suicidio. 51.6% (48), se ubican en el percentil 50, que tienen actitudes y creencias para la conducta suicida, indiferentes o neutrales hacia el suicidio y 24.7% (23) de participantes, pertenecen al percentil 75 y significa que tienen actitudes y creencias sobre el comportamiento suicida con ligera tendencia a su favor (Figura 3).

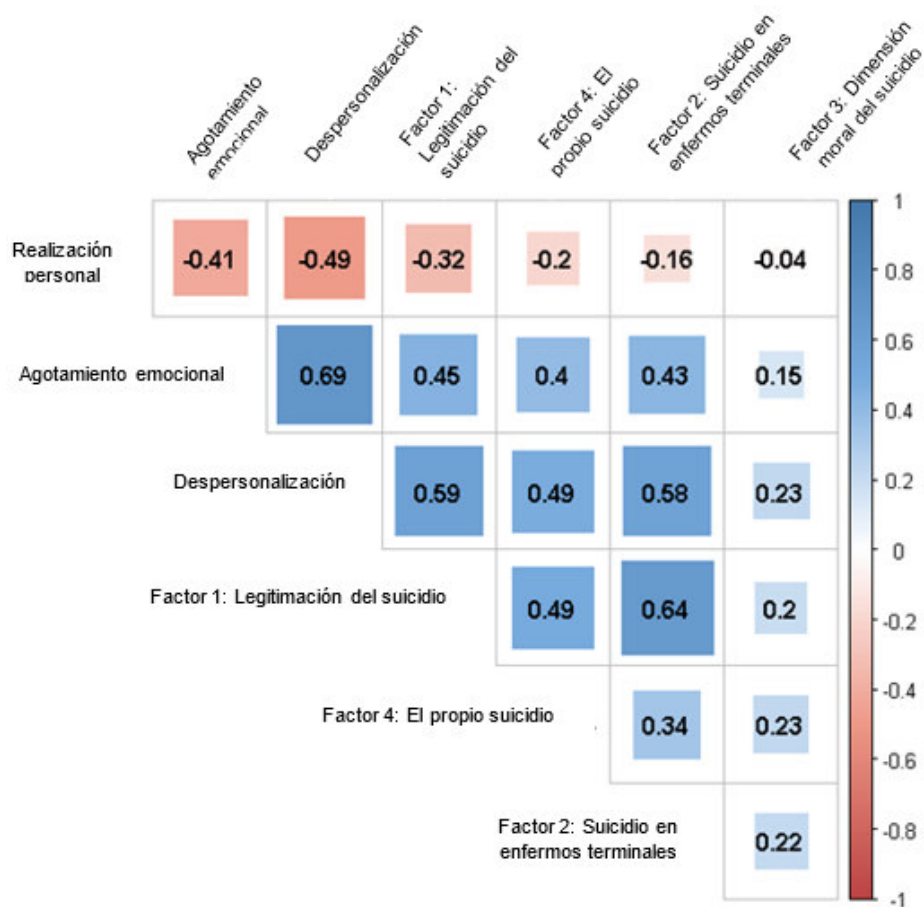


Figura 4. Análisis de correlación del Síndrome de Burnout y creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida por dimensiones y factores. *Fuente* Elaboración propia

El análisis de correlación entre los factores y dimensiones. Se puede observar un coeficiente de correlación positiva media de 0.59 entre las dimensiones despersonalización y Factor 1: Legitimación del suicidio. Mientras que las dimensiones que menos se correlacionaron mostraron son realización personal y el Factor 3: Moral del suicidio. (Figura 4).

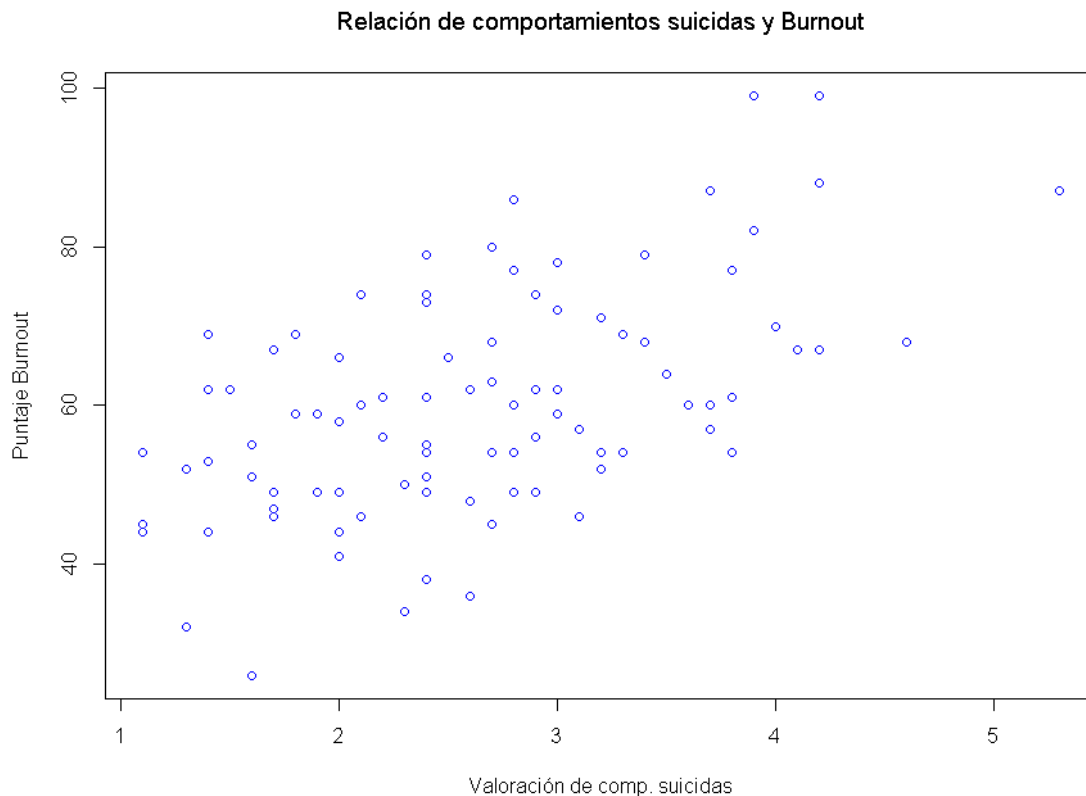


Figura 5. Análisis de correlación entre Síndrome de Burnout y creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida. *Fuente:* Elaboración propia.

El coeficiente de correlación de Pearson entre las variables del Síndrome de Burnout y creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida corresponde a 0.54, lo que indica una relación positiva media o moderada.

El análisis de regresión logística para el Síndrome de Burnout; las variables que se asocian este Síndrome son las de título profesional de médico ( $p=0.001$ ); satisfacción laboral ( $p=0.049$ ) y experiencia en atenciones a pacientes suicidas ( $p=0.007$ ). El ser médico predispone al Síndrome de Burnout en 10 veces más que los otros profesionales de salud participantes del estudio. La satisfacción laboral es un factor protector contra el Síndrome de Burnout. Por otro lado, el haber tenido experiencia en atender pacientes suicidas, predispone al Síndrome de Burnout en 12 veces más que el no haber atendido a estos pacientes.

Asimismo, el estado civil predijo significativamente con un valor de la estimación del parámetro de B de -2.1 cuyo valor de significancia ( $p=0.019$ ) es menor a 0.05 y un valor de Odds ratios de 0.12. Es decir que estar en el grupo de casados y convivientes puntúan 8.3 (1/0.12) veces más bajo en la actitud para la conducta suicida que estar soltero. Por otra parte, tener trabajos adicionales a la Institución, predijo significativamente con un valor de la estimación del parámetro de B de -1.3, cuyo valor de significancia ( $p=0.025$ ) es menor a 0.05 y un valor de Odds Ratios de 0.125. Es decir que tener otros trabajos adicionales a la Institución puntúan 4 (1/0.25) veces más alto en la actitud para la conducta suicida que sólo trabajar en la Institución. Las otras características sociodemográficas no fueron significativas. (Figura 5).

## 4.2 Discusión

Las áreas de emergencias y/o urgencias son los departamentos más estresantes de los hospitales y como resultado de un entorno de trabajo físico inadecuado (hacinamiento, horarios de trabajo rotativos, conflicto con los pacientes/familiares y lugar de trabajo inseguro) y de las circunstancias emocionales (gravedad de los casos, decisiones de cuidados críticos), su personal corre un mayor riesgo de sufrir Síndrome de Burnout (Kalemoglu & Keskin, 2006).

Los resultados de la presente investigación han reportado la presencia de Síndrome de Burnout que no supera 6.5% entre los profesionales de salud que laboran en el Departamento de Emergencias, mientras los resultados de otros estudios son controversiales, ya que algunos informan de tasas alarmantes de Síndrome de Burnout entre los profesionales de salud, mientras que otros informan tasas bastante menores. Investigaciones Saudíes realizados entre los médicos de áreas de urgencia de las ciudades de Makkah, Riyadh y Jeddah han notificado cifras mayores que las descritas en la presente investigación (Alaslani, Mufti, Alasmari et al., 2016). En Brasil se ha informado una tasa de 8.2% entre el personal femenino de enfermería de un departamento de urgencias de un hospital universitario y 54.1% de las enfermeras tenía un mayor riesgo de sufrir Burnout (Jodas & Haddad, 2009).

Otro estudio realizado en los hospitales Aseer Central Hospital, Maternity and Children Hospital in Abha city, Khamis Mushait General Hospital, and Maternity and Children Hospital in Khamis Mushait, presentó un alto nivel de agotamiento emocional, siendo significativamente mayor en las enfermeras (92.5%) a diferencia de los médicos (81.1%), 20.6% presentó una alta despersonalización, sin diferencias entre médicos y enfermeras, mientras que 41.1% el personal de emergencias presentó puntuaciones menores en el logro personal, siendo mayor en las enfermeras (48.1%) y médicos (27.4%) (Alqahtani et al., 2019). Los profesionales de enfermería son más propensos a desarrollar un mayor agotamiento emocional debido a la naturaleza de su trabajo, debido al mayor tiempo dedicado al cuidado de pacientes, familiares y las demandas emocionales de su trabajo (Sahraian, Fazelzadeh, Mehdizadeh, & Toobae, 2008).

Asimismo, una investigación realizada en Egipto reportó que el personal de urgencias y emergencias tenía una alta tasa de agotamiento emocional, 97.7% mostraron resultados menores en el logro personal y 14.4% expresaron una alta despersonalización (Abdo, El-Sallamy, El-Sherbiny & Kabbash, 2015). Mientras en Turquía, el 44.7% de los profesionales de salud mostraron agotamiento emocional, 33.2% una alta despersonalización y 28% puntuaciones menores en logro personal (Kalemoglu & Keskin, 2006). Sin embargo, en España, la prevalencia del agotamiento emocional y la baja realización personal fueron mayores entre los médicos que entre las enfermeras (Escriba-Aguir, Martín-Baena & Perez-Hoyos, 2006).

La diferencia en la prevalencia del Síndrome de Burnout y sus dominios entre los estudios puede atribuirse a la variación cultural; la naturaleza del sistema salud, la actitud de los pacientes, de los profesionales de salud en situaciones de emergencia, y las diferencias en el diseño del estudio además de las herramientas de evaluación utilizadas en los distintos estudios sobre el Burnout (Kolstad, Hansen & Kaergaard, 2011). Existen reportes que revelan que el sexo masculino, tener antecedentes de tabaquismo y la ingesta de medicamentos para los trastornos del sueño, se asociaron significativamente con un mayor riesgo de Síndrome de Burnout entre el personal de urgencias. Otros estudios informaron de que las mujeres tenían un mayor riesgo de sufrir Síndrome de Burnout en comparación con los hombres en los servicios de urgencias (Amofo, Hanbali, Patel & Singh, 2014). Esto podría atribuirse a factores

biológicos. Sin embargo, los hombres son más propensos a experimentar conflictos y responsabilidades laborales.

Por otra parte, los profesionales de salud más jóvenes son más propensos a tener una baja realización personal que los miembros de más edad en el presente estudio. Esto podría deberse al hecho de que se enfrentan a una mayor presión para aumentar sus habilidades y conocimientos a través de la práctica. Además, su falta de experiencia suficiente puede exponerlos a un mayor número de horas de trabajo. Lo mismo se observó en un estudio realizado en Egipto entre médicos de urgencias (Abdo, El-Sallamy, El-Sherbiny & Kabbash, 2015). Otra investigación realizada por Howlett et al. concluyeron que el afrontamiento orientado a la tarea se asoció con un menor riesgo de Síndrome de Burnout, mientras que el afrontamiento orientado a la emoción se asoció con un menor riesgo para este (Arora, Asha, Chinnappa & Diwan, 2013).

Existen reportes donde se describen que los médicos más jóvenes ( $\leq 25$  años) que trabajan en áreas de emergencia, mujeres, no saudíes, con poca experiencia, que trabajan más horas, que realizan guardias y que trabajan en las ciudades de Makkah, Riyadh y Jeddah, eran más propensos a expresar un alto agotamiento emocional en comparación con otros (Alaslani, Mufti, Alasmari et al., 2016). Varios estudios mostraron una relación significativa entre las horas de trabajo y el Síndrome de Burnout. Sin embargo, otros coinciden con el presente estudio y no mostraron dicha asociación (Zubairi & Noordin, 2016).

En cuanto al tema del suicidio en profesionales de salud, quienes son considerados, como factor de riesgo para suicidio frente a la población general según diversas investigaciones (Bailey, Robinson & Mc Gorry, 2018), los resultados correspondientes a la dimensión legitimación del suicidio, es considerado como un acto aceptable. Mientras en la dimensión del propio suicidio; la tendencia, es a rechazar ciertas formas de suicidio. Así mismo, en la dimensión suicidio en enfermos terminales y moral del suicidio existe una actitud a favorable hacia el comportamiento suicida. Estos resultados se asemejan a los resultados del estudio español en los profesionales de enfermería para los factores de legitimidad del suicidio, suicidio en enfermos terminales y el propio suicidio en los que también se mostró una tendencia al rechazo, contrariamente a lo que se espera que sea una

actitud más positiva frente a pacientes con probable patología mental. (Carmona-Navarro & Pichardo-Martínez, 2012; Boukouvalas et. al, 2019)

En una investigación realizada con estudiantes de psicología y medicina se reportó aceptación a la conducta suicida en enfermos terminales, (González et.al,2020). Mientras, otra investigación realizada en España evidenció que la mayoría de la población están a favor del suicidio en personas con enfermedades terminales. (García-Fernández et.al, 2021), similares resultados fueron encontrados en la presente investigación, lo que ameritaría una investigación de mayor profundidad que permita determinar si se tratan de aspectos culturales, sociales, empatía y de otros aspectos.

El grupo de médicos y otros profesionales de salud han no han mostrado diferencias significativas en las creencias actitudinales sobre la conducta suicida. Por otro lado, otras investigaciones muestran actitudes más positivas respecto al suicidio como personal de salud mental en comparación con personal de emergencias. (Carmona-Navarro & Pichardo-Martínez, 2012). La data de investigación reporta más datos de riesgo de suicidio en médicos que en otros profesionales de salud, esto puede deberse a la falta de estudios en otros grupos. (Dutheil et.al., 2019).

Los resultados del presente estudio mostraron una actitud neutral o indiferente hacia el comportamiento suicida en una proporción importante, tal como detallo en nuestro artículo original publicado; mientras que otros estudios muestran resultados controversiales. (Yuncar et. al,2023). A diferencia del estudio de Carmona & Pichardo, el cual reportó una actitud desfavorable hacia el comportamiento suicida en la mayoría de su población estudiada.

Por otro lado, en un estudio realizado con adolescentes, mostraron una tendencia favorable al comportamiento suicida. (Chite, 2015). Esta diferencia puede explicarse porque los profesionales de salud tienen mayor estigma social o cultural a cerca el tema del suicidio o desconocimiento del tema, predisposición a la autosuficiencia, demora o ausencia de búsqueda de ayuda, entre otros factores individuales. (Duarte et. al., 2020; Ye, Davidson, Kim y Zisook, 2021). Algunas investigaciones enfatizan que los adolescentes existen una concepción y mayor



aceptación frente al comportamiento suicida. (Ruíz et al., 2005), a diferencia que en el presente estudio que participaron profesionales de salud adultos.

El Síndrome de Burnout y las creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida indicaron una relación moderada. Los médicos mostraron mayor predisposición a presentar este síndrome, resultados similares en el estudio de profesiones de emergencia en Arabia Saudita, donde mostraron mayor expresión de despersonalización que los que no realizan guardias (Alqahtani et. al., 2019); así como la poca satisfacción laboral que mostró similares resultados en el estudio en profesionales de salud en Chile, donde se halló una correlación significativa. Las demás variables sociodemográficas no muestran diferencias con la presencia del Síndrome Burnout tal como en el estudio mencionado. (Vásquez et. al., 2019) y la experiencia en atender pacientes suicidas sobre lo cual no hay estudios suficientes.

La presente investigación presenta algunas limitaciones. En primer lugar, la muestra es pequeña. Esto pueden afectar los resultados. Las investigaciones futuras deberían ampliar la muestra y aleatorizar la investigación para garantizar su validez. Otra limitación es la poca disponibilidad de instrumentos para evaluar las principales las variables del estudio.

Finalmente, se deben realizar investigaciones para contrastar los hallazgos en otras poblaciones, como los médicos y otros profesionales de la salud que trabajan en áreas críticas o de emergencias, por lo que sería pertinente replicar nuestra investigación en otros hospitales públicos de nuestro país.

## CONCLUSIONES

- a. El factor legitimación del suicidio y la dimensión de despersonalización tienen una correlación positiva en los profesionales de salud. Ser profesional médico, tener una baja satisfacción laboral y brindar atención a pacientes suicidas tienen una mayor disposición para desarrollar síndrome de Burnout, mientras el estado civil reduce el riesgo de comportamiento suicida y realizar trabajos adicionales incrementa el riesgo de comportamiento suicida.
- b. El síndrome de Burnout sólo afecta a 6.5% de los profesionales de la salud, 76.3% tiene un nivel medio para desarrollar el Síndrome de Burnout.
- c. Las dimensiones de legitimación del suicidio y el propio suicidio presentaron un mayor rechazo para el comportamiento suicida, pero existe una aceptación en caso de enfermos terminales. En caso de la moral del suicidio, la tendencia fue de indiferencia o neutralidad sobre el comportamiento suicida.

## RECOMENDACIONES

- a. Fomentar medidas de cambio de hábitos de vida de los profesionales de salud. Sugerir la optimización de las condiciones del entorno laboral e institucional que propicien reducción de los niveles de estrés del personal de emergencias, así como establecer horarios flexibles, pausas saludables, intervenciones de tamizaje y prevención en salud mental. Es relevante además conocer acerca del bienestar social y familiar del trabajador.
  
- b. Se recomienda realizar tamizaje e identificación de profesionales con riesgo de Síndrome de Burnout, proporcionar ayuda especializada ante casos detectados y promover el autocuidado del profesional. Se sugiere realizar intervenciones de mejora del clima laboral y organizacional.
  
- c. Se recomienda implementar actividades de promoción y prevención en salud mental, esto servirá para reducir el estigma y auto estigma sobre comportamiento suicida. Además, incentivar a la búsqueda de ayuda profesional oportuna.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Abdo, S.A.M., Ell-Sallamy,R.M., El-Sherbiny, A.A.M. y Kabbash, I.A. (2016). Burnout among physicians and nursing staff working in the emergency hospital of Tanta University, Egypt. *Eastern Mediterranean health journal*. 15;21(12):906-915. doi: 10.26719/2015.21.12.906
- Acosta, F., Rodríguez, L., & Cabrera, B. (2013). Revisión. Creencias sobre la depresión y sus tratamientos: variables asociadas e influencia de las creencias en la adherencia. *Rev Psiquiatr Salud Ment*, 6(2). doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2012.08.001
- Amofo, E., Hanbali, N., Patel, A. y Singh, P. (2015). What are the significant factors associated with burnout in doctors?. *Occupational Medicine*. 65, Issue 2; 117-121. doi: 10.1093/occmed/kqu144
- Arora, M., Asha, S., Chinnappa, J. y Diwan, A.D. (2013). Review article: burnout in emergency medicine physicians. *Emergency Medicine Australasia*. 25(6): 491-495. doi: 10.1111/1742-6723.12135
- Alaslani, M.H., Mufti, M.I., Alasmari, M.A., ALSidlani, R.H., Alsaif, A.M., Bin S.,A.I., y Asin.,E.Y. (2016). Are emergency medicine physicians at higher risk for burnout?: an experience from Arabia Saudi. *International journal of advance research (IJAR)*. 4 (10),1675-1681. doi:10.21474/IJAR01/1978
- Albieri J.,D., Lourenco H., M. do C. (2009). Burnout syndrome among nursing staff from an emergency department of a university hospital\*. *ACTA Paulista de Enfermagem*, 22 (2): 192-197. doi: 10.1590/S0103-21002009000200012
- Alqahtani, A., Awadalla, N., Alsaleem, S., Alsamghan, A., & Alsaleem, M. A. (2019). Burnout syndrome among emergency physicians and nurses in Abba and Khamis Mushait cities, Aseer region, Southwestern Saudi Arabia. *The Scientific World Journal*, 2019(Article ID 4515972), 14 pages. doi:10.1155/2019/4515972
- Ayuso-Mateos, J. L., Baca-García, E., Bobes, J., Gine, J., Giner, L., Pérez, V., . . . RECOMS Group. (2012). Recommendations for the prevention and management of suicidal. *Rev Psiquiatr Salud Ment*, 5(1), 8-23.
- Ayuso-Mateosa, J. L., Baca-García, E., Bobese, J., Giner, J., Ginerf, L., Pérez, V., . . . Saiz Ruiz, J. (2012). Recommendations for the prevention and management of suicidal. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 8-23.
- Bailey, E., Robinson, J., & McGorry, P. (2018). Depression and suicide among medical practitioners in Australia. *International Medicine Journal*, 48, 254-258. doi:doi:10.1111/imj.13717
- Bedoya Cardona, E. Y., & Montaña Villalba, L. E. (2016). Suicidio y Trastorno Mental. *CES Psicología*, 2(9), 179-201.
- Benjamin Schooley, P. N. (2016.). *Comparing Burnout Across Emergency Physicians, nurses, technicians, and health Information Technicians Working for the same organization*.
- Bentley, S. M., Pagalilauan, G. L., & Simpson, S. A. (Set de 2014). Major Depression. (Elsevier, Ed.) *Med Clin N Am* 98, 5(98), 981-1005. doi:10.1016/j.mcna.2014.06.013

- Boggiano, J. P., & Gagliesi, P. (2018). *Terapia dialéctica conductual*. Buenos Aires, Argentina: EDULP.
- Boukouvalas, E., El-Den, S., Murphy, A., Salvador-Carulla, L., & O'Reilly, C. (April de 2019). Exploring health care professionals' knowledge of, attitudes towards and confidence in caring for people at risk of suicide: a systematic review. *Archives of suicide research*, 24(Issue sup2), S1-S31. doi:10.1080/13811118.2019.1586608
- Bria, M., Spânu, F., Băban, A., & Dumitras, D. (2014). Maslach Burnout Inventory – General Survey: Factorial validity and invariance among Romanian healthcare professionals. *Burnout Research* 1, 103-111. doi:10.1016/j.burn.2014.09.001
- Cañadas de la Fuente, G. A., Concepción, S. L., Lozano, L. M., Vargas, C., García, I., & De La Fuente, E. (2014). Evidencia de validez factorial del Maslach Burnout Inventory y estudio de los niveles de burnout en profesionales sanitarios. *Latinoamericana Psicología*, 1(46), 44-52.
- Carmona Navarro, C., & Pichardo Martínez, C. (Nov-Dic de 2012). Actitudes del profesional de enfermería hacia el comportamiento suicida: influencia de la inteligencia emocional. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 8.
- Chilquillo-Vega, V., Lama Valdivia, J., & De la Cruz Vargas, J. (2018). Síndrome de burnout en médicos asistentes del Hospital Nacional Hipólito Unánue Lima-Perú, 2018. *Rev. Neuropsiquiatría*, 82 (3), 175-182. doi:doi.org/10.20453/rnp.v82i3.3570
- Chite Huayhua, F. B. (2015). Creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida en adolescentes del cuarto y quinto año de secundaria de la I.E. Santa Rosa de Lima, Arequipa, 2015. Arequipa, Perú. Obtenido de <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/4230>
- Contreras Torres, F., Espinal G., L., & González R., J. (2013). Burnout, liderazgo y satisfacción laboral en el personal asistencial de un hospital de tercer nivel en Bogotá. *Divers.: Perspect. Psicol/ISSN:1794-9998*, 9(1), 65-80.
- Desuque, D. A., Vargas Rubilar, J., & Lemos, V. N. (2011). ANÁLISIS PSICOMÉTRICO DEL CUESTIONARIO DE CREENCIAS ACTITUDINALES. *Liberabit*, 17(2), 187-198.
- Duarte, D., El-Hagrassy, M., Castro e Cuoto, T., Gurgel, W., Fregni, F., & Correa, H. (1 de Jun de 2020). Male and female physician suicidality. *JAMA Psychiatry*, 77(6), 587-597. doi:10.1001/jamapsychiatry.2020.0011
- Dutheil, F., Aubert, C., Pereira, B., Dambrun, M., Fares, M., Mermillod, M., . . . Navel, V. (2019). Suicide among physicians and health-care workers: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, 12(14), 1-28. doi:10.1371/journal.pone.0226361
- Escribà-Agüir, V., Martín.Baena, D. y Pérez-Hoyos,S. (2006). Psychosocial work environment and burnout among emergency medical and nursing staff. *International archives of occupational environmental health*, 80(2):127-133. doi: 10.1007/s00420-006-0110-y
- Fazel, S., & Runeson, B. (2020). Suicide. (A. H. Ropper, Ed.) *The new england journal of medicine*, 382, 266-74.
- Flores Reynoso, S., Medina Dávalos, R., Robles García, R., & Páez Agraz, F. (Abr-Junio de 2012). Estigma y apego al tratamiento psiquiátrico en los trastornos mentales. *Rev Latinoam Psiquiatría*, 11(3), 82-89.

- García-Fernández, D., Fernández-Salineró, S., Giorgi G. y Marcos Del Cano, A. (2021). The impact of suicide utility perception on news over terminally ill patients' suicide attitudes: a pilot study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, (18) 8784. doi.org/10.3390/ijerph18168784
- Gil-Monte, P. R., & M. Peiró, J. (1999). Validez Factorial del Maslach en una muestra multiocupacional. *Psicothema*, 11(3), 679-689.
- González Aristizabal, D. S., Pumarejo Sánchez, J., Cudris Torres, L., Barrios Nuñez, Á., Olivella López, G., & López Castellar, M. A. (2020). Factores actitudinales sobre creencias del comportamiento suicida en estudiantes de psicología y medicina . *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 39(3).
- Harmer, B., Lee, S., Duong, T., & Saadabadi, A. (2022, May). *National Library of Medicine*. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK565877/>
- I., P. T., Vohringer C., P., & Ornstein L., C. (2010). Conducta suicida en el hospital general. *Rev Hosp Clín Univ Chile*, 187-96.
- Inventory, M. B. (1996). Third Edition. En C. Maslach, S. Jackson, & P. Michael. Palo Alto, USA: Consulting Psychologists.
- Kalemoglu, S.J., Keskin, O. (2006). Burnout syndrome at emergency service. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 14;37-40. Recuperado de [https://www.scirp.org/\(S\(351jmbntvnsjt1aadkozje\)\)/reference/referencespapers.aspx?referenceid=1926783](https://www.scirp.org/(S(351jmbntvnsjt1aadkozje))/reference/referencespapers.aspx?referenceid=1926783)
- Kolstad, H.A., Hansen, A.M., Kærgaard, A., Thomsenm, J.F., Kaerlev, L., Mikkelsen, S., Grynderup, M.B. ... y Bonde, J.P. (2011). Job strain and the risk of depression: is reporting biased?. *American Journal of Epidemiology*. 173, Issue1; 94-102. doi: 10.1093/aje/kwq318
- López Tuesta, B., & Barrera Barreto, C. (2018). Factores relacionaos al Síndrome de Burnout en el personal de salud del Hospital Regional de Huánuco. *Revista Peruana de Investigación en Salud*, 2(1), 56-61. doi:doi.org/10.35839/repis.2.1.214
- Mann, J. J., Waternaux, C., Hass, G. L., & Malone, K. M. (Feb de 1999). Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *Am J Psychiatry*, 2(156), 181-189. doi:10.1176/ajp.156.2.181
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (1996). Maslach Burnout Inventory. *Consulting Psychologists, Third Edition*, 191-218.
- Maslach, Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of occupational behaviour*, 2, 99-113. Obtenido de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/job.4030020205>
- Mollà, L., Battle Vila, S., Treen, D., López, J., Sanz, N., Martpin, L. M., . . . Bulbena, A. (2015). Autolesiones no suicidas en adolescentes: revisión de los tratamientos. *Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología*, 20(5), 51-61. doi:10.5944/rppc.vol.1.num.1.2015.14408
- Norheim, A. B., Grimholt, T. K., & Ekeber, Ø. (2013). Attitudes towards suicidal behaviour in outpatient. *BMC Psychiatry*, 10. Obtenido de <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/13/90>

- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 08 de Agosto de 2019, de [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136083/9789275318508\\_spa.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136083/9789275318508_spa.pdf?sequence=1)
- Osafo, J., Akotia, C., Boakye, K., & Dickon, E. (2018). Between Moral Infraction and Existential crisis: Exploring Physicians and Nurses' attitudes to suicide and the suicidal patient in Ghana. pág. 31. doi:10.1016/j.ijnurstu.2018.05.017
- Parvin, G., Shaghghi, A., & Allahverdi-pour, H. (2015). Measurement Scales of Suicidal Ideation and Attitudes: A Systematic Review Article. *Health Promotion Perspectives*, 5(3), 156-168.
- Ponce Díaz, C. R., Bulnes Bedón, M. S., Ramiro Tovar, J. R., María Clotilde, A. P., & Huertas Rosales, R. E. (2005). El Síndrome del "Quemado" por estrés laboral asistencial en grupos de docentes universitarios. *Revista de Investigación en Psicología*, 8(2), 87-112.
- Quiceno, J. M., & Alpi, V. (2007). Burnout: "Síndrome de quemarse en el trabajo (SQT)". *Acta Colombiana de Psicología*, 10(2), 117-125. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/798/79810212>
- Reynders, A., Kerkhof, A. J., Molenberghs, G., & Van Audenhove, C. (2013). People with psychological problems often experience. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 49(2), 231-239.
- Rimkeviciene, J., Hawgood, J., O'Gorman, J., & De Leo, D. (2015). Personal Stigma in Suicide Attempters. *Death studies*, 0:, 1-8.
- Rosler, W. (2012). Stress, burnout, and job dissatisfaction in mental health workers. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. doi:10.1007/s00406-012-0353-4
- Ruiz Hernández, J. A., Navarro-Ruiz, J., Torrente Hernández, G., & Rodríguez González, A. (2005). Construcción de un cuestionario de creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida: el CCCS-. *Psicothema*, 17(4), 684-690. Obtenido de [redalyc.org/articulo.oa?id=72717424](http://redalyc.org/articulo.oa?id=72717424)
- Sahraian, A., Fazlzadeh, A., Mehdizadeh, A.R. y Toobae, S.H. (2008). Burnout in hospital nurses: a comparison of internal, surgery, psychiatry and burns wards. *International nursing review*, 55(1):62-67. doi: 10.1111/j.1466-7657.2007.00582.x
- Saunders, K. E., Hawton, K., Fortune, S., & Suhanthini, F. (2011). Attitudes and knowledge of clinical staff regarding people who self-harm: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 2005-216.
- Schooley, B., Hikmet, N., Tarcán, M., & Yorgancıoğlu, G. (2016). Comparing Burnout Across Emergency Physicians, Nurses, Technicians, and Health Information Technicians Working for the Same Organization. *Medicine*, 95(10), 5.
- Scocco, P., Castriotta, C., Toffol, E., & Preti, A. (2012). Stigma of Suicide Attempt (STOSA) scale and Stigma of Suicide and Suicide. *Psychiatry Research* 200, 872-878. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2012.06.033>
- Solís Chuquiyauri, Z., Zamudio Eslava, L., Matzumura Kasano, J., & Gutiérrez Crespo, H. (2016). Relación entre clima organizacional y síndrome de burnout en el servicio de emergencia de un hospital categoría III-2. Lima, Perú 2015. *Horiz Med*, 16(4), 32-38.

- Solís-Cóndor, R., Tantalean-del Águila, M., Burgos-Aliaga, R., & Chambi-Torres, J. (2017). Agotamiento profesional: prevalencia y factores asociados en. *An Fac med*, 78(3):270-276. doi:http://dx.doi.org/10.15381/anales.v78i3.13757
- Tarcan, M., Hikmet, N., Schooley, B., Mehmet, T., & Tarcan, Y. (2017). An analysis of the relationship between burnout, socio-demographic and workplace factors and job satisfaction among emergency department health professionals. *Applied Nursing Research*, 34, 40–47. doi:10.1016/j.apnr.2017.02.011
- Tidemalm, D., Långström, N., Lichtenstein, P., & Runeson, B. (2008). Risk of suicide after suicide attempt according to coexisting psychiatric disorder: Swedish cohort study with long term follow-up. *BMJ*, 337, 6. doi:10.1136/bmj.a2205
- Türkles, S., Yılmaz, M., & Soylu, P. (2017). Feelings, thoughts and experiences of nurses working in a mentalhealth clinic about individuals with suicidal behaviors and suicideattempts. (Elsevier, Ed.) *Collegian xxx*. doi:https://doi.org/10.1016/j.colegn.2017.11.002
- Vásquez, V.M., Gómez, J., Martínez, J. y Salgado, A.(2018). Relación entre el burnout y la satisfacción laboral en profesionales de la salud. *Salud (i) Ciencia*. 23 (325-331). Chile. Doi: http://dx.doi.org/www.dx.doi.org/10.21840/siic/158957
- Villacieros, M., Bermejo, J. C., Magaña, M., & Fernández Quijano, I. (2016). Psychometric Properties of the Attitudinal Beliefs. *The Spanish Journal of Psychology*, 19(e68), 1-10.
- Ye, G.Y, Davidson, J.E., Kim, K., Zisook, S. (2021) Physician death by suicide in the United States: 2012-2016. *Journal of Psychiatric Research*. 134 (158-165). USA. doi: 10.1016/j.jpsychires.2020.12.064
- Yuncar-Fajardo,D., Gutiérrez-Crespo HF.,Matzumura-Kasano, JP. Creencias actitudinales sobre la conducta suicida en profesionales de salud del área de emergencias en un hospital público de Lima, Perú. *Med.Clín.Soc*. 2023;7(1):34-40. doi: 10.52379/mcs.v7i1.271
- Wasserman, D., Rihmer, Z., Rujescu, D., Sarchiapone, M., Sokolowski, M., Titelman, D., . . . Carli, V. (2012). The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment. *European Psychiatry*, 27, 129–141. doi:10.1016/j.eurpsy.2011.06.003
- West, C. P., Dyrbye, L., & Shanafelt, T. (2018). Physician burnout: contributors, consequences and solutions. *J Intern Med*, 516-528. doi:doi: 10.1111/joim.12752
- World Health Organization* . (28 de Mayo de 2019). Recuperado el 5 de Junio de 2019, de https://www.who.int/mental\_health/evidence/burn-out/en/
- Zubari, A.K. y Noordin, S. (2016). Factors associated with burnout among residents in a developing country. *Annals of Medicine Surgery*. 6:60-63. doi: 10.1016/j.amsu.2016.01.090



**ANEXOS**  
**ANEXO A**

**CUESTIONARIO :**

Estimado colaborador del Hospital Nacional Hipólito Unanue, estoy interesada en realizar un estudio sobre las actitudes y creencias sobre la conducta suicida además de la percepción que se tiene sobre algunos aspectos en torno a su empleo. Sus respuestas son totalmente confidenciales, servirán y permitirán mejorar a través de sugerencias a la Institución. Agradecemos su valiosa participación. A continuación, por favor, responda con sinceridad a las siguientes preguntas:

**EDAD en años:** \_\_\_\_\_

**Sexo :**  Masculino     Femenino

**Título profesional :** \_\_\_\_\_ **Especialidad :** \_\_\_\_\_

**¿Cuántos años de servicio tiene Usted en el Hospital Hipólito Unanue? :** \_\_\_\_\_

**Estado civil :**  Soltero     Casado     Conviviente     Divorciado     Viudo

**¿Cuál es su condición laboral en el Hospital Hipólito Unanue? :**

Nombrado     CAS     Tercero     Residente

**¿Tiene hijos? :**

Sí                       No

**¿Qué religión tiene? :**

Católico     Cristiano     Evangélico     Ninguno     Otro \_\_\_\_\_

**¿Usted qué tan satisfecho se siente de laborar durante este tiempo en el Hospital Hipólito Unanue? :**

Muy satisfecho     Satisfecho     Poco Satisfecho     Nada satisfecho

**¿Usted ha tenido experiencia de atender pacientes suicidas? :**

Sí                       No

**¿Usted realiza algún trabajo adicionalmente en otra Institución de Salud? :**

Sí                       No

**ANEXO B**  
**INSTRUMENTO 2**

Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI)

Señale la respuesta que crea oportuna sobre la frecuencia con que siente los siguientes enunciados, utilizando la siguiente escala:

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
Nunca	Pocas Veces Al Año O Menos	Una Vez Al Mes O Menos	Unas Pocas Veces Al Mes	Una Vez A La Semana	Pocas Veces A La Semana	Todos Los Días

N°	ENUNCIADO	FRECUENCIA						
		0	1	2	3	4	5	6
1.	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
2.	Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío	0	1	2	3	4	5	6
3.	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado	0	1	2	3	4	5	6
4.	Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes	0	1	2	3	4	5	6
5.	Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales	0	1	2	3	4	5	6
6.	Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa	0	1	2	3	4	5	6
7.	Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes	0	1	2	3	4	5	6
8.	Siento que mi trabajo me está desgastando	0	1	2	3	4	5	6
9.	Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
10.	Siento que me he hecho más duro con la gente	0	1	2	3	4	5	6
11.	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente	0	1	2	3	4	5	6
12.	Me siento con mucha energía en mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
13.	Me siento frustrado en mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
14.	Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
15.	Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes	0	1	2	3	4	5	6
16.	Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa	0	1	2	3	4	5	6
17.	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes	0	1	2	3	4	5	6
18.	Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes	0	1	2	3	4	5	6
19.	Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo	0	1	2	3	4	5	6
20.	Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades	0	1	2	3	4	5	6
21.	Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada	0	1	2	3	4	5	6
22.	Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas	0	1	2	3	4	5	6

**ANEXO C**  
**INSTRUMENTO 3**

Cuestionario de creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida (CCCS-18)

A continuación, aparecen una serie de frases sobre **lo que las personas piensan y sienten acerca del comportamiento suicida**. Ten en cuenta que no hay frases buenas ni malas, ni correctas ni incorrectas, sólo nos interesa tu opinión al respecto. Por favor, trata de responder con sinceridad y usa tu propio criterio. Tus respuestas son totalmente anónimas.

Para contestar, marca con una X ó  para cada frase, la opción que mejor indique tu grado de acuerdo o desacuerdo mediante la siguiente escala:

1	2	3	4	5	6	7
Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Indiferente	Un poco de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo

N°	ENUNCIADO							
1.	Aceptaría ciertas formas de suicidio (ej.: sobredosis de pastillas) .	1	2	3	4	5	6	7
2.	Debería permitirse el suicidio de una manera digna a las personas con enfermedades incurables.	1	2	3	4	5	6	7
3.	El suicidio va en contra de la moral.	1	2	3	4	5	6	7
4.	Es posible que me suicidara si estuviese en una situación extrema.	1	2	3	4	5	6	7
5.	Si alguien quiere intentar suicidarse, es asunto suyo y no deberíamos intervenir.	1	2	3	4	5	6	7
6.	El suicidio es un medio aceptable de querer terminar con una enfermedad incurable.	1	2	3	4	5	6	7
7.	El suicidio es un acto inmoral.	1	2	3	4	5	6	7
8.	El suicidio debería ser una forma legítima de morir	1	2	3	4	5	6	7
9.	Bajo ningún concepto me suicidaría.	1	2	3	4	5	6	7
10.	Aceptaría el suicidio en personas mayores.	1	2	3	4	5	6	7
11.	Es comprensible ayudar a suicidarse a un enfermo terminal.	1	2	3	4	5	6	7
12.	Los suicidas son personas que atentan contra la sociedad	1	2	3	4	5	6	7
13.	Si me sintiese muy solo y deprimido intentaría suicidarme	1	2	3	4	5	6	7
14.	Debería haber clínicas para que los suicidas puedan quitarse la vida de una manera privada y con menos sufrimiento	1	2	3	4	5	6	7
15.	Aceptaría el suicidio en personas a las que les queda poco tiempo de vida.	1	2	3	4	5	6	7
16.	Se debería prohibir el suicidio porque es un asesinato.	1	2	3	4	5	6	7
17.	Algunas veces, el suicidio es la única vía de escape ante los problemas de la vida.	1	2	3	4	5	6	7
18.	El suicidio sería una cosa normal en una sociedad ideal.	1	2	3	4	5	6	7

**ANEXO D**  
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se invita a Ud. a participar de la presente investigación que es conducida por **Diana María Yuncar Fajardo**, alumna de la Maestría en Gerencia en Servicios de Salud de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Título de Tesis : **“Síndrome de Burnout y actitudes sobre el comportamiento suicida en los profesionales de Salud del Departamento de Emergencias del Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2019”**.

El objetivo del estudio es conocer la apreciación y conocimiento acerca del comportamiento suicida e identificar su relación con la existencia del Síndrome de Agotamiento por trabajo.

Los cuestionarios evalúan el conocimiento acerca del comportamiento suicidio e identifican presencia del Síndrome de Burnout en sus tres dimensiones.

Los beneficios de participar en el estudio son que nos permitirá evaluar el conocimiento y las creencias acerca del suicidio en los trabajadores de salud además de identificar presencia del Síndrome de Burnout, lo cual permitirá realizar sugerencias para las mejoras en el ámbito y condiciones laborales, así como intervenciones educativas sobre el tema de suicidio.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una encuesta. Esto tomará aproximadamente 20 minutos de su tiempo. Su participación en este estudio es voluntaria. La información es totalmente confidencial y anónima, no se usará para otros propósitos ajenos a esta investigación. Sus respuestas serán codificadas sin llevar datos personales.

Mediante el presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación. Habiendo sido informado(a) del propósito de la misma, así como de los objetivos, deposito mi plena confianza en la información vertida en los instrumentos, será sólo para fines de investigación y de máxima confidencialidad.

He leído la presente hoja informativa y he tenido oportunidad de realizar las preguntas sobre el estudio. Recibí respuestas satisfactorias ante mis dudas y la suficiente información en relación con el estudio, he hablado con la alumna investigadora.

Entiendo que la participación es voluntaria. Entiendo que puedo negarme a participar del estudio cuando lo desees, sin que tenga que dar mayor explicación y sin que ello afecte mi situación laboral.

Declaro haber leído y comprendido en presente documento, comprendo los compromisos que asumo y los mantengo expresamente. Firmo este consentimiento informado en forma voluntaria donde manifiesto mi deseo de participar en el estudio de investigación: **“Síndrome de Burnout y actitudes frente a la conducta suicida en los profesionales de salud del Departamento de Emergencias del Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2019”** .

Agradezco su valiosa y gentil participación desde este momento.

---

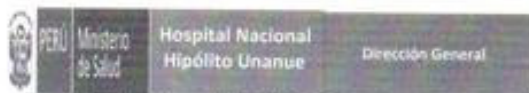
FIRMA  
PARTICIPANTE VOLUNTARIO

*Título de la investigación: Síndrome de Burnout y actitudes frente a la conducta suicida en los profesionales de salud del Departamento de Emergencias del Hospital Nacional “Hipólito Unanue” en el año 2019.*

*Nombres y Apellidos del Investigador: Diana María Yuncar Fajardo  
Teléfono : 960327310 – e-mail: diana.yuncar@gmail.com*

## ANEXO F

### APROBACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN



"Declaro de la igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"

"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

El Agustino, 14 de septiembre del 2021

**CARTA N° /31 -2021-DG-OADI-N° 049 /HNHU.**

Dra.  
**DIANA MARÍA YUNCAR FAJARDO**  
 Investigadora Principal  
Presente. -

Ref. : a) Carta N° 061-2021-CIEI-HNHU  
 b) Memorando N° 017-2021-CIEI-HNHU

Exp. 013928

De mi especial consideración:

Es grato dirigirme a usted, para saludarle cordialmente y hacer de su conocimiento que, mediante el documento de la referencia a) y b), el Comité Institucional de Ética en Investigación comunica que, en sesión virtual del día miércoles 16 de junio del 2021, según consta en el Libro de Actas N° 7, se acordó **APROBAR** el Proyecto de Investigación titulado:

- "Síndrome de Burnout y actitudes sobre el comportamiento suicida de los Profesionales de salud del Departamento de Emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2019".

En tal sentido y visto el expediente presentado, esta Dirección General **AUTORIZA** la ejecución del Proyecto de Investigación, recomendando que el periodo de vigencia de aprobación es por un año, el mismo que caducará el 15 de junio del 2022 y deberá remitir un informe cada seis (06) meses, a partir de inicio del mismo y alcanzar al término de este un informe mensual.

Atentamente,

MINISTERIO DE SALUD  
 Hospital Nacional Hipólito Unanue  
 Dr. Andrés Martín ALCANTARA DÍAZ  
 Director General (e)  
 CMP N° 926313



docenciahnhu2@gmail.com

Av. César Vallejo N° 1390  
 El Agustino - Lima 10 Perú  
 Telf. 352-7777 anexo 2202  
 (Fax) 478-0270

## ANEXO G

### APROBACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN POR COMITÉ DE ÉTICA



PERÚ	Ministerio de Salud	Hospital Nacional "Hipólito Unanue"	Comité Institucional de Ética en Investigación
------	------------------------	--	---

\*Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia\*

#### CARTA N° 061 - 2021 - CIEI - HNHU

A : Dra. DIANA MARIA YUNCAR FAJARDO

ASUNTO : Aprobación de Proyecto de tesis

Referencia : Expediente N° 21- 013928 - 001

FECHA : El Agustino, 23 de junio del 2021

Es grato dirigirme a usted, para saludarla y dar respuesta al documento de referencia donde solicita revisión y aprobación Proyecto de tesis titulado: **"Síndrome de Burnout y actitudes sobre el Comportamiento suicida de los Profesionales de salud del Departamento de Emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2019"**, para optar el grado de Magister en Gerencia de Servicios de Salud FMUPG – UNMSM.

El Comité, en sesión virtual del miércoles 16 de junio del presente año, y según consta en el Libro de actas N° 7, acordó por unanimidad: Aprobar el Proyecto de Tesis antes mencionado.

Atentamente,

MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE  
DRA. ANGÉLICA RICCO YADUVILCA  
-R.M.P. 9482  
Asesoría de Gestión de Ética en Investigación

ARY/archivo

Avenida César Vallejo N° 1390 distrito El Agustino - Lima - Perú  
Correo electrónico : [cie@hnhu.gob.pe](mailto:cie@hnhu.gob.pe) - [angelcariccio@yahoo.es](mailto:angelcariccio@yahoo.es) Teléfono: 2919092 , 3627777 anexo 2196

**ANEXO H**  
**PRESUPUESTO**

La investigación fue autofinanciada.

<b><u>BIENES</u></b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>VALOR UNITARIO</b>	<b>PRECIO FINAL (Soles)</b>
Hojas Bond	04 Millares	18	72.0
Tinta de impresora	06	33.0	198.0
Artículos de escritorio			90.0
USB	3	45	135.0
<b><u>SERVICIOS</u></b>			
Estadista			15000
Personal de apoyo			500.0
Lingüista			250.00
Traductor idioma			110.00
Internet			450.0
Movilidad			500.0
Fotocopias			100.0
Impresiones			400.0
Empastes	<b>06</b>	30.0	180.0
<b>TOTAL</b>			<b>4485.00</b>





**ANEXO J**  
OPERALIZACIÓN DE VARIABLES

Nombre de la Variable	Definición teórica	Definición operacional	Tipo	Dimensiones categóricas	Escala de medición (N° de pregunta)	Indicadores	Instrumento
<b>1. Actitudes y creencias sobre el comportamiento suicida</b>	Cuestionario creado por Ruiz Hernández et al.2015 en España, con el propósito de evaluar las actitudes hacia el comportamiento suicida. Adaptada por Desuque, Argentina	Conjunto de afirmaciones sobre el comportamiento suicida para identificar el grado de acuerdo o desacuerdo con respecto al suicidio.	Cualitativo	1. El propio suicidio y el de los demás	<p><b>1.</b> Aceptaría ciertas formas de suicidio (ej.: sobredosis de pastillas).</p> <p><b>4.</b> Es posible que me suicidara si estuviese en una situación extrema.</p> <p><b>13.</b> Si me sintieses solo y deprimido intentaría suicidarme.</p> <p><b>14.</b> Debería haber clínicas para que los suicidas puedan quitarse la vida de una manera privada y con menos sufrimiento.</p> <p><b>15.</b> Aceptaría el suicidio en personas a las que les queda poco tiempo de vida.</p> <p><b>17.</b> Algunas veces, el suicidio es la única vía de escape ante los problemas de la vida.</p> <p><b>18.</b> El suicidio sería una cosa normal en una sociedad ideal.</p>	<p>1= Totalmente en desacuerdo</p> <p>2= Bastante en desacuerdo</p> <p>3= Un poco en desacuerdo</p> <p>4= Indiferente</p> <p>5= Un poco de acuerdo</p> <p>6= Bastante de acuerdo</p> <p>7= Totalmente de acuerdo</p>	<b>Cuestionario de Creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida. (CCCS-18)</b>
			Cualitativo	2. Suicidio en enfermos terminales y el derecho al suicidio	<p><b>2.</b> Debería permitirse el suicidio de una manera digna a las personas con enfermedades incurables.</p> <p><b>5.</b> Si alguien quiere</p>		

					<p>intentar suicidarse, es asunto suyo y no deberíamos intervenir.</p> <p><b>6.</b> El suicidio es un medio aceptable de querer terminar con una enfermedad curable.</p> <p><b>8.</b> El suicidio debería ser una forma legítima de morir.</p> <p><b>10.</b> Aceptaría el suicidio en personas mayores.</p> <p><b>11.</b> Es comprensible ayudar a suicidarse a un enfermo terminal.</p>		<p><b>Cuestionario de Creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida. (CCCS-18)</b></p>
			Cualitativo	<p>3. Dimensión moral del suicidio</p> <p><b>3.</b> El suicidio va en contra de la moral.</p> <p><b>7.</b> El suicidio es un acto inmoral.</p> <p><b>9.</b> Bajo ningún concepto me suicidaría.</p> <p><b>12.</b> Los suicidas son personas que atentan contra la sociedad.</p> <p><b>16.</b> Se debería prohibir el suicidio porque es un asesinato.</p>			
<p><b>2. Síndrome Burnout</b></p>	<p>Síndrome asociado al estrés crónico laboral que consiste en agotamiento emocional, despersonalización</p>	<p>Conjunto de síntomas psicológicos caracterizado por agotamiento emocional, ansiedad, despersonalización y</p>	Cualitativo	<p>1. Agotamiento emocional</p>	<p><b>1.</b> Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.</p> <p><b>2.</b> Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío.</p> <p><b>3.</b> Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a</p>	<p>0= Nunca 1= Pocas veces al año 2= Una vez al mes o menos 3= Unas pocas veces al mes</p>	<p><b>Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI)</b></p>

	y reducción de realización personal. (Maslach et. Al, 1996)	baja realización personal, asociado al trabajo.			otra jornada de trabajo, me siento fatigado. <b>6.</b> Siento que trabajar todo el día, me cansa. <b>8.</b> Siento que mi trabajo me está desgastando. <b>13.</b> Me siento frustrado en mi trabajo. <b>14.</b> Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo. <b>16.</b> Siento que trabajar en contacto directo con la gente, me cansa. <b>20.</b> Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades.	4= Una vez a la semana 5= Pocas veces a la semana 6= Todos los días	
<b>Síndrome Burnout</b>				2. Despersonalización	<b>5.</b> Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos. <b>10.</b> Siento que me he hecho más duro con la gente. <b>11.</b> Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente. <b>15.</b> Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes. <b>22.</b> Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas.	0= Nunca 1= Pocas veces al año 2= Una vez al mes o menos 3= Unas pocas veces al mes 4= Una vez a la semana	<b>Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI)</b>

				<p>Realización personal</p> <p><b>4.</b> Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes.</p> <p><b>7.</b> Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes.</p> <p><b>9.</b> Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo.</p> <p><b>12.</b> Me siento con mucha energía en mi trabajo.</p> <p><b>17.</b> Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes.</p> <p><b>18.</b> me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes.</p> <p><b>19.</b> Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.</p> <p><b>21.</b> Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada.</p>	<p>5= Pocas veces a la semana</p> <p>6= Todos los días</p>	
--	--	--	--	---	--	--

**ANEXO K**  
**MATRIZ DE CONSISTENCIA**

<b>PROBLEMA</b>	<b>Objetivo general</b>	<b>Problemas específicos</b>	<b>Objetivos específicos</b>	<b>Variables</b>	<b>Técnica de recolección de datos</b>
¿Qué relación existe entre el Síndrome de Burnout y las actitudes y creencias sobre el comportamiento suicida en los profesionales de salud de emergencias del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante 2019?	Determinar la relación entre las creencias y actitudes sobre el comportamiento suicida y Síndrome de Burnout en profesionales de salud de emergencias del Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2019.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Intentos de suicidio</li> <li>- Actitud desfavorable hacia el comportamiento o suicida</li> <li>- Desconocimiento sobre el tema del suicidio en el profesional de salud ajeno a la especialidad de salud mental.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identificar los niveles de Síndrome de Burnout en los profesionales de salud del Departamento de emergencias del Hospital Nacional Hipólito Unanue, durante el año 2019.</li> <li>2. Describir las actitudes sobre el comportamiento suicida en sus dimensiones; legitimación del suicidio, suicidio en enfermos terminales, moral del suicidio y el propio suicidio, en los profesionales de salud del Departamento de emergencias del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2019.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Creencias actitudinales sobre el comportamiento o suicida</li> <li>- Síndrome de Burnout</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cuestionario sociodemográfico</li> <li>2. Maslach Burnout Inventory (MBI)</li> <li>3. Cuestionario de creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida (CCCS-18)</li> </ol>



