

**UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO**

“Prevalencia de *Burnout Syndrome* en los estudiantes de medicina de sexto año y en residentes de especialidades y subespecialidades que trabajan en los Hospitales Metropolitano de Quito (HM), Carlos Andrade Marín (HCAM) y Vosandes de Quito (HVQ) en el primer trimestre del 2010.”

**ESTEFANIA VELA PINTO**

Tesis de grado presentada como requisito para la obtención del título de Médico

Quito, 19 de Mayo del 2010

**Universidad San Francisco de Quito  
Colegio de Ciencias de la Salud**

**HOJA DE APROBACIÓN DE TESIS**

**“Prevalencia de *Burnout Syndrome* en los estudiantes de medicina de sexto año y en residentes de especialidades y subespecialidades que trabajan en los Hospitales Metropolitano de Quito (HM), Carlos Andrade Marín (HCAM) y Vosandes de Quito (HVQ) en el primer trimestre del 2010.”**

**Estefanía Vela Pinto**

Dr. Fernando Ortega, MD, PhD  
Director de Tesis

---

Dr. Fernando Ortega, MD, PhD  
Miembro del Comité de Test

---

Tracey Tokuhama-Espinosa, PhD  
Miembro del Comité de Tesis

---

Dr. Enrique Noboa, MD  
Decano del Colegio de Ciencias  
De la Salud- Medicina

---

Quito, 19 de Mayo del 2010

© Derechos de Autor

Estefanía Vela Pinto  
2010

## **DEDICATORIA**

A mis papas Patricio y Alexandra porque han sabido apoyar incondicionalmente cada uno a su manera estos 7 años de carrera. Por hacerme quien soy y dejarme alcanzar este sueño, gracias!!!

A mis hermanos, Esteban y Belén, también por estar siempre y sin que se los pida y me hagan ver la vida de diferentes formas. Les quiero enanos!!!

A mis ruedas, Cris, Engen y Muelis. Son el resultado del mejor error que me pudo haber pasado en la universidad. Gracias por siempre estar ahí en buenas y en malas. Articuladas para siempre, les adoro rueditas!!!

Moyis y Cris, porque sin ustedes esta tesis no hubiera salido. Millón gracias!.  
Les adoro!!

## **AGRADECIMIENTOS**

Al Dr. Fernando Ortega por su interes y por tener la mejor voluntad para ayudarme a realizar esta tesis.

A Tracey, gracias por el apoyo, ayuda y paciencia y sobre todo interes de que esta tesis se finalice.

A mis compañeros, gracias por estos 6 años. Cada uno ha estado ahí a su manera!

Chelita, porque sin usted cuantas cosas hubieran faltado, gracias!!

## RESUMEN

El *burnout syndrome* es una entidad bien definida y de creciente investigación en el mundo. Se da como consecuencia directa del estrés crónico propio de profesionales que prestan servicios de atención, intensa y prolongada, a personas que están en una situación de necesidad o dependencia. Este síndrome tiene un componente tridimensional caracterizado por agotamiento emocional (AE), despersonalización (DP) y reducida realización personal (RP).

El objetivo primario de este análisis fue determinar la proporción de estudiantes de medicina de sexto año y residentes que cumplen con los criterios para diagnosticar *burnout syndrome*. Se realizó un estudio de tipo corte transversal descriptivo en los hospitales: Metropolitano de Quito (HMQ), Carlos Andrade Marin (HCAM), Vosandez de Quito (HVQ) en donde se encuestaron a 125 sujetos (internos y residentes).

El resultado global de *burnout syndrome* obtenido fue del 30% en cuanto a niveles altos de *burnout* y un 40% en niveles moderados. Estas cifras representan al 70% de la población encuestada, lo cual es elevado. También se vio que los internos rotativos encuestados tienen 3,4 veces mayor probabilidad de padecer una reducida realización personal ( $p= 0.004$ ).

Es necesario continuar efectuando investigaciones sobre este tema. De acuerdo con los resultados se deberá diseñar e implantar programas de promoción de estilos de vida saludable en el ámbito educativo y laboral. Esto contribuirá con el mejoramiento del bienestar y calidad de vida de los estudiantes, a prevenir de factores de riesgo para el manejo del agotamiento estudiantil y finalmente el desarrollo de *burnout syndrome*.

## ABSTRACT

The burnout syndrome is a well-defined clinical entity that has attracted increasing volumes of research throughout the world, a direct consequence of chronic personal stress that appears in professionals that provide intensive and prolonged care to persons in conditions of necessity or dependence. This syndrome has a tridimensional component characterized by *emotional fatigue, depersonalization and reduced index of personal accomplishment*.

The purpose of the study was to determine the prevalence of the syndrome in last year medical students and residents that fulfill the diagnostic criteria for *burnout syndrome*. By means of an analytical cross sectional study we measured the investigated syndrome in 125 subjects in the following hospitals: Metropolitano de Quito (HMQ), Carlos Andrade Marin (HCAM), Vosandez de Quito (HVQ).

The global results of *burnout syndrome* that were obtained was 30% in high levels and 40% in average levels. These numbers represent 70% of the total population of the study, which is a high number. We could also see that the interns that participated had 3,4 times of developing a *reduced index of personal accomplishment* ( $p= 0.004$ ).

It is necessary to continue with research on this topic. With the results obtained from future investigations we should be able to design and implement programs on healthy life style in the educational and work system. This will contribute with the improvement of the quality of life of the students and will help to prevent the development of risk factors for *burnout syndrome* and the syndrome it self.

## INDICE GENERAL

INDICE GENERAL..... VIII;ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.

INDICE DE TABLAS .....X;ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.

INDICE DE GRÁFICOS ..... XI

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA;ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.  
1

2. JUSTIFICACIÓN.....3

3. PROPÓSITO ..... 7

4. HIPÓTESIS.....;ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.8

4.1. HI.....8  
4.2. H0.....8

5.OBJETIVOS.....9

5.1. GENERAL.....9  
5.2. ESPECÍFICO.....9

6. MARCO TEÓRICO.....10

7. METODOLOGÍA .....20

7.1. DISEÑO.....20;  
ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.

7.2. UNIVERSO Y MUESTRA.....20;ERROR! MARCADOR  
NO DEFINIDO.

7.3. VARIABLES.....22  
;ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.

7.3.1. Dependiente.....22  
;Error! Marcador no definido.

7.3.2. Independiente.....23;  
Error! Marcador no definido.

7.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....;ERROR!  
MARCADOR NO DEFINIDO.....24



7.4.1. <i>Criterios de inclusión</i> .....	24;Error! Marcador no definido.
7.4.2. <i>Criterios de exclusión</i> .....	24;Error! Marcador no definido.
7.5. <u>CÁLCULO DE LA MUESTRA</u> .....	24;ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
7.6. <u>RECOLECCIÓN DE DATOS</u> .....	24;ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
<b><u>8. INSTRUMENTOS</u></b> .....	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
<b><u>9. ANÁLISIS ESTADÍSTICOS</u></b> .....	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
<b><u>10. RESULTADOS</u></b> .....	<b>36</b>
10.1 <u>Análisis Univariar</u> .....	2636
<i>Variables demográficas</i> .....	36
<i>Variables relacionadas con los aspectos laborales</i> .....	2737
<i>Variables relacionadas con la intensidad de trabajo</i> .....	2837
<i>Prevalencia de Burnout Syndrome</i> .....	2838
<i>Prevalencias específicas de Burnout Syndrome</i> .....	2839
<i>Burnout por sexo</i> .....	2939
<i>Burnout por estado civil</i> .....	3242
10.2 <u>ANÁLISIS MULTIVARAL</u> .....	35;ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
<i>Correlaciones</i> .....	45
<i>Edad y Burnout Syndrome</i> .....	45
<i>Carga horaria semanal y Burnout Syndrome</i> .....	45
<i>Intensidad de trabajo y Burnout Syndrome</i> .....	46
<i>Tablas de Contingencia</i> .....	46
<i>Tipo de institución y Burnout Syndrome</i> .....	46
<i>Tipo de Profesional y Burnout Syndrome</i> .....	48
<i>Servicio Quirúrgico y Burnout Syndrome</i> .....	49
<i>UCI y emergencia y Burnout Syndrome</i> .....	52
<b><u>11. DISCUSIÓN</u></b> .....	<b>54</b>
<b><u>12. CONCLUSIONES</u></b> .....	<b>59</b>
<b><u>13. BIBLIOGRAFÍA</u></b> .....	<b>51;ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.</b>
<b><u>14. ANEXOS</u></b> .....	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.

<u>Anexo 1: formulario de recolección</u> .....	54
<i>Error! Marcador no definido.</i>	
<u>Anexo 2: Maslach Burnout Inventory (MBI)</u> .....	55

## INDICE DE TABLAS

<u>Tabla 1: EDAD</u> .....	36
<u>Tabla 2: SEXO</u> .....	36
<u>Tabla 3: ESTADO CIVIL</u> .....	36
<u>Tabla 4: TIPO DE PERSONAL</u> .....	37
<u>Tabla 5: TIPO DE INSTITUCIÓN</u> .....	37
<u>Tabla 6: HOSPITAL ESTUDIADO</u> .....	37
<u>Tabla 7: VARIABLES DE INTENSIDAD LABORAL</u> .....	2838
<u>Tabla 8: ANÁLISIS CUANTITATIVO DE TEST DE MASLACH</u> .....	2838
<u>Tabla 9: ANÁLISIS CUALITATIVO DE TEST DE MASLACH</u> .....	2939
<u>Tabla 10: CORRELACIÓN EDAD Y <i>BURNOUT</i></u> <u><i>SD</i></u> .....	4535
<u>Tabla 11: CORRELACIÓN CARGA HORARIA SEMANAL Y <i>BURNOUT</i></u> <u><i>SD</i><sub>45</sub>.....</u>	35
<u>Tabla 12: CORRELACIÓN PACIENTES A CARGO Y <i>BURNOUT</i></u> <u><i>SD</i></u> .....	3646
<u>Tabla 13: TIPO DE INSTITUCION Y</u> <u><i>AE</i></u> .....	3646
<u>Tabla 14: TIPO DE INSTITUCION Y DP</u> .....	3747
<u>Tabla 15: TIPO DE INSTITUCION Y RP</u> .....	3747
<u>Tabla 16: TIPO DE INSTITUCION Y MASLACH GLOBAL</u> .....	3747
<u>Tabla 17: TIPO PROFESIONAL Y AE</u> .....	3848
<u>Tabla 18: TIPO PRPFESIONAL Y DP</u> .....	3848
<u>Tabla 19: TIPO DE PROFESIONAL Y RP</u> .....	3949
<u>Tabla 20: TIPO DE PROFESIONAL Y MASLACH GLOBAL</u> .....	3949
<u>Tabla 21: SERVICIO QUIRÚRGICO Y AE</u> .....	4050

<a href="#">Tabla 22: SERVICIO QUIRURGICO Y DP</a> .....	4050
<a href="#">Tabla 23: SERVICIO QUIRURGICO Y RP</a> .....	4151
<a href="#">Tabla 24: SERVICIO QUIRURGICO Y MASLACH GLOBAL</a> .....	4151
<a href="#">Tabla 25: UCI/EMERGENCIA Y AE</a> .....	4252
<a href="#">Tabla 26: UCI/EMERGENCIA Y DP</a> .....	4252
<a href="#">Tabla 27: UCI/EMERGENCIA Y RP</a> .....	4353
<a href="#">Tabla 28: UCI/EMERGENCIA Y MASLACH GLOBAL</a> .....	4353

## INDICE DE GRÁFICOS

<a href="#">Ilustración 1: Sexo y AE</a> .....	40
<a href="#">Ilustración 2: Sexo y DP</a> .....	40
<a href="#">Ilustración 3: Sexo y RP</a> .....	3141
<a href="#">Ilustración 4: Sexo y GLOBAL</a> .....	42
<a href="#">Ilustración 5: Estado Civil y AE</a> .....	43
<a href="#">Ilustración 6: Estado Civil y DP</a> .....	43
<a href="#">Ilustración 7: Estado Civil y RP</a> .....	44
<a href="#">Ilustración 8: Estado Civil y Puntaje global</a> .....	44

### 1. Planteamiento del problema

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los trabajadores de una entidad médica (entiéndase por trabajadores a médicos, residentes, internos, enfermeras), son el recurso más importante que posee un sistema de salud para lograr su eficacia (Chen & Evans, 2004). Las condiciones de trabajo de los profesionales de la

salud influyen tanto negativa como positivamente y de una manera significativa en la calidad de vida laboral y del servicio que ofrecen las organizaciones del sector de la salud.

El término *burnout* fue propuesto por Freudenberger en 1974 para describir “una sensación de fracaso y una existencia agotada o gastada que resulta de una sobrecarga por exigencias de energías, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador”. Más tarde, Pines y Kafry (1978), Dale (1979) y Chermis (1980) enfatizaron el estrés laboral en la aparición de este síndrome, resultado de un desequilibrio entre las exigencias y los recursos personales e individuales, lo cual tiene como consecuencia ansiedad, fatiga, tensión y agotamiento, todo matizado con cierto grado de depresión (Ardila, 2007). En 1981 Maslach y Jackson redefinen este síndrome como un trastorno tridimensional caracterizado por agotamiento emocional (AE), despersonalización (DP) y reducida realización personal (RP). Como vemos desde antes de 1986, ya se inicia la descripción y el estudio sobre el *burnout syndrome* a nivel mundial. Se establece una incidencia entre 20 y 50% en el personal de salud (Garcés de los Fayos, 2003). En el año 2000, la OMS considera que los trabajadores del sector Salud están expuestos a presentar problemas en su salud tanto física como mental debido a las condiciones inseguras con las que laboran día a día (Gil-Monte, 2000; Benavides, Gimeneo, Benach, Martínez, Jarque, Berra, 2002). Los riesgos laborales de carácter psicosocial, el estrés laboral y el *burnout syndrome* ocupan un lugar destacado, puesto que se constituyen como causas principales del deterioro de las condiciones de trabajo y de las actividades realizadas en el mismo. (Chen & Evans, 2004). Según las referencias emitidas por la OMS y la Organización Internacional del Trabajo (OIT), tanto los accidentes como las enfermedades laborales van en aumento. Para el año 2002, se observó con datos a nivel mundial que 1,2 millones de accidentes y 160 millones de enfermedades fueron

producidas por efectos generados por el trabajo. Estos datos fueron comparados con los obtenidos en el 2001 donde las cifras fueron de 1,1 millones de enfermedades y accidentes laborales. Entre las enfermedades mas importantes se menciona el estrés (OMS, 2000).

Mediante estos datos y estudios realizados durante estas dos ultimas décadas, se menciona que cada vez es mayor entre médicos, residentes e internos (estudiantes de medicina de último año) el uso del término *burnout syndrome*. Se puede considerar que este síndrome, poco a poco, se esta tornando una amenaza que pone en peligro la salud de los médicos y de otras personas que trabajan en disciplinas afines. Tanto el rendimiento profesional, cognoscitivo y la calidad de vida de los trabajadores de la salud se ven afectados.

Asimismo, se debe tomar en cuenta otro grupo poblacional que se ve perjudicado frente a esta problemática, la comunidad. El médico “desgastado” es el responsable de la salud, el bienestar y el cuidado de los pacientes a su cargo. Debido a este problema, el profesional no podrá actuar con los estándares de calidad que la sociedad exige y requiere.

## **2. Justificación**

Al formar parte de un equipo de trabajo en una institución de Salud, ya sea médico residente o interno, se recibe periodos de adiestramiento necesarios para desarrollar aptitudes frente a los procedimientos técnicos similar a otro tipo de trabajadores en otras instituciones laborales. Pese a esta similitud, los trabajadores en

este círculo laboral no presentan las mismas condiciones en cuestión de horario y derechos de trabajo a comparación de otros gremios. Aquí en el Ecuador, los residentes e internos trabajan entre 8 y 12 horas diarias. A este tiempo, se le debe acreditar las guardias de 24 horas que se realizan cada 3 o 4 días. Al hacer cálculos con el número de horas que trabaja un interno o un residente, se puede establecer que duplica el número de horas laborales a comparación del otro tipo de empleados (108 horas y 40 horas respectivamente). Según la literatura, se debe tomar en cuenta que las jornadas extenuantes provocan problemas fisiológicos tales como trastornos del sueño, estrés, ansiedad, depresión o *burnout syndrome*. Estos problemas, a su vez, pueden provocar deterioro en el rendimiento laboral, trastornos del carácter e incrementan las probabilidades de error (Mittler, Dement, Dinges, 2000).

De hecho, en los últimos 10 años, en los Estados Unidos y en Canadá, se han elaborado nuevas guías para evitar jornadas de trabajo que superen las 100 horas semanales, para impedir o disminuir la probabilidad de presentar los problemas anteriormente mencionados. (Mittler, Dement, Dinges, 2000).

En una encuesta realizada en los Estados Unidos, a más de 3600 médicos residentes, se observó que al trabajar más de 24 horas de forma continua, aumentaba el riesgo de sufrir accidentes de tránsito, así como que el estrés generado, el mismo que aumentaba la tendencia a cometer errores médicos, como la disminución en la capacidad para realizar un procedimiento previamente conocido. Asimismo, este tipo de jornadas puede provocar conflictos familiares o con compañeros de trabajo, los mismos que aumentan el estrés del personal, generando mayor probabilidad de desgaste físico, emocional y profesional (Baldwin, Daugherty, Tsai, Scotti. 2003).

De hecho, con respecto al desgaste físico, existen estudios que han determinado las consecuencias físicas que puede presentar un residente después de laborar durante

varias horas. Mediante la monitorización continua de la frecuencia cardiaca durante las guardias, se demostró que el sistema nervioso dominaba la regulación de las funciones vitales fundamentales, en gran parte independientes de la conciencia y relativamente autónomas (funciones vegetativas como las del aparato cardiorespiratorio, glándulas endocrinas, musculatura lisa, aparato pilosebáceo y sudoríparo). Se piensa que este dominio tiene relación con el estrés ocasionado por el incremento de la actividad física. De la misma forma, se realizaron análisis de sangre y orina, los mismos que indicaron que el 58% de los residentes sufrían deshidratación (Parshuram, Dhanani, Kirsh, Cox, 2004). En un estudio llevado a cabo en un laboratorio de sueño realizado para determinar la presencia de trastornos del sueño, demostró que, después de una guardia, los niveles de somnolencia diurna en los residentes e internos son iguales o mayores a los de pacientes con narcolepsia o apnea del sueño y que llegan a tener privación parcial crónica del sueño (Howard, Gaba, Rosekind, Zarcone, 2002). Asimismo, la falta de sueño produce también efectos sobre la práctica de tareas, muy similares a los observados en pacientes con intoxicación alcohólica. Se observa que 24 horas continuas de vigilia equivale a una concentración sanguínea de alcohol de 0.1%, lo que provoca un descenso en la capacidad de atención visual, en la velocidad de reacción, en la memoria visual y el pensamiento creativo (Rollinson, Rathlev, Moss, Killiany, Sassower, Auerbach, Fish, 2003; Halbach, Spann, Egan, 2003).

Por otra parte, se han realizado estudios mediante el uso de índices psicológicos y emocionales que miden la depresión, la ansiedad y la confusión en personas con privación del sueño. Los resultados obtenidos han determinado el desgaste emocional que puede presentar el empleado que es sometido a jornadas de trabajo prolongadas. Estos análisis han determinado que el estado de ánimo y el humor empeoran con la

fatiga, aumentando así la probabilidad de cometer errores en tareas repetitivas, rutinarias y en las que se requiere atención sostenida. Por otra parte, se debe tomar en cuenta un aumento en la probabilidad de presentar problemas emocionales frente a ciertas situaciones que no forman parte del ámbito laboral (Levey, 2001). En Colombia, se evaluó el *burnout syndrome* en internos y residentes de un hospital público. 85% de la población estudiada presentó una intensidad moderada a severa y 68% refería disfunción familiar ( $p=0.01$ ). En estos resultados, hubo asociación entre la duración de la jornada laboral y la presencia de *burnout* ( $p=0.002$ ), y el número de turnos semanales con la disfunción familiar y *burnout* en los residentes (De Pablo & Suberviola, 2000).

En el ámbito laboral, por ejemplo, en médicos postgradistas de anestesiología se ha visto que los errores efectuados al momento de administrar anestesia epidural dependen de forma significativa de la hora de realización. Si existe privación de sueño, los errores son mayores a comparación a los procedimientos realizados por un residente descansado. De hecho, cuando un residente fue sometido a tareas de monitoreo anestésico, después de una jornada de guardia, este fue más proclive a cometer errores a comparación de los procedimientos realizados al descansar normalmente. La habilidad de reconocer arritmias en un electrocardiograma se reducía considerablemente después de una guardia de más de 30 horas (Eastridge, Hamilton, O'Keefe, Rege, Valentine, Jones, Tesfay, Thal, 2003). En otros estudios se ha observado que la privación del sueño afecta la coordinación y las destrezas de los cirujanos que realizan cirugía laparoscópica. Los cirujanos que han sido sometidos a privación del sueño, se demoraron más en realizar intervenciones quirúrgicas que los que sí habían descansado (Eastridge, Hamilton, O'Keefe, Rege, Valentine, Jones, Tesfay, Thal, 2003).

En el Ecuador, en el artículo 23 del código de trabajo, establece jornadas laborales de hasta ocho horas diarias, con la finalidad de garantizar la integridad física y



mental del trabajador y mejorar su desempeño (Código de trabajo ecuatoriano, 2006). Pese a la existencia de estas guías y de estudios realizados durante la última década, en nuestro país aun existen este tipo de jornadas laborales.

Durante la formación de residentes e internos, estos deben cumplir con dos actividades: la formativa y la asistencial médica o quirúrgica. Es un error creer que el aprendizaje será mejor al trabajar más allá del límite fisiológico; por lo tanto es necesario un equilibrio entre las actividades en el hospital y el tiempo que se dedica al descanso o a actividades de ocio.

### **3. Propósito**

Se considera importante el abordaje de la problemática que el *burnout syndrome* principalmente por las siguientes razones:

- No se ha abordado éste problema en nuestro país, no existe ningún estudio que defina que es el *burnout syndrome* o que presente cifras al respecto.
- En la población que se pretende estudiar, específicamente residentes e internos de medicina, no existen referencias en nuestro país y que involucren población ecuatoriana.
- Los instrumentos que se aplicarán, no han sido ni utilizados ni validados en el Ecuador.

Por lo antes expuesto, se considera plenamente justificado el realizar un estudio con las características del presente.

#### **4. Hipótesis:**

#### 4.1.HI

La prevalencia de *burnout syndrome* en estudiantes de medicina de sexto año y en residentes de especialidades y subespecialidades en los Hospitales Metropolitano, Carlos Andrade Marín y Vosandes en el primer trimestre del 2010 es mayor a la establecida y encontrada a la literatura en la población general.

#### 4.2.H0

La prevalencia de *burnout syndrome* en estudiantes de medicina de sexto año y en residentes de especialidades y subespecialidades en los Hospitales Metropolitano, Carlos Andrade Marín y Vosandes en el primer trimestre del 2010 es menor a la establecida y encontrada a la literatura en la población general.

## 5. Objetivos

### 5.1. *General*

Determinar la proporción de estudiantes de medicina de sexto año y residentes que cumplen con los criterios para diagnosticar *burnout syndrome*.

### 5.2. *Específico*

Identificar la variación de *burnout syndrome* entre estudiantes de medicina de sexto año y en residentes de especialidades y subespecialidades que trabajen en los HMQ, HCAM y HVQ.

## **6. Marco teórico**

El término *burnout* fue propuesto por Freudenberger en 1974 para describir “una sensación de fracaso y una existencia agotada o gastada que resulta de una sobrecarga por exigencias de energías, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador”. Más tarde, Pines y Kafry (1978), Dale (1979) y Chermis (1980) enfatizaron el estrés laboral en la aparición de este síndrome, resultado de un desequilibrio entre las exigencias y los recursos personales e individuales, lo cual tiene como consecuencia ansiedad, fatiga, tensión y agotamiento, todo matizado con cierto grado de depresión (Ardila, 2007). En 1981 Maslach y Jackson redefinen este síndrome como un trastorno tridimensional caracterizado por agotamiento emocional (AE), despersonalización (DP) y reducida realización personal (RP). El agotamiento emocional es la sensación de sobre esfuerzo físico y hastío emocional que se producen como consecuencia de las continuas interacciones que los profesionales de la salud deben mantener con los pacientes. La despersonalización es el desarrollo de actitudes y respuestas cínicas hacia las personas con las que se trabaja. Y la reducida realización personal es la pérdida de confianza en las propias capacidades y la presencia de un autoconcepto negativo como resultado de situaciones ingratas. (Cisnero, 2004). Hay seis áreas interrelacionadas entre sí que son a la vez causa y consecuencia de cambios sociales profundos y ayudan a comprender mejor las causas del *burnout syndrome*: las cargas de trabajo, los sistemas de recompensas, la capacidad de control sobre el trabajo, el apoyo social, el grado de justicia en el trato por parte de la organización y los valores (Cisnero, 2004). Maslach considera que el elemento más importante de los seis son los valores. La productividad, la eficiencia, la rentabilidad y el control son valores más “cotizados” o más reconocidos, mientras que el altruismo, la abnegación y la prolijidad en el trabajo son menos reconocidos; lo que causa una pérdida progresiva de la identidad de la tarea y la autonomía profesional. Este cambio que es muy sutil, a la larga se vuelve lo

suficientemente importante como para crear tensiones de gran magnitud tanto en los profesionales de la salud como en los pacientes, y estos quien a su vez se ven obligados a presionar al médico por una mejor atención (Cisnero, 2004). Por lo tanto el médico se ve demandado tanto por el sistema, por él mismo y por sus pacientes. Otros factores que inciden en la presión no son solo los mencionados antes sino también los estilos de gestión hospitalaria que aumentan la carga de trabajo y la cantidad de horas laborales. La suma de todos estos factores provoca una sobrecarga de trabajo lo que produce malestar y frustración para el médico. También se disminuye la cantidad de tiempo para atender adecuadamente al paciente. Por esto se considera a la sobrecarga laboral como una de las mayores causas del *burnout syndrome* (Ardila, 2007). El concepto de este síndrome también esta muy relacionado al estrés, y es difícil establecer una diferencia entre ellos. Pero el estrés crónico es otro de los factores que provoca el *burnout syndrome* experimentado en el contexto laboral. Al momento que se afirma que un médico está “desgastado” se puede decir que es producto de una interacción negativa entre el lugar de trabajo, el equipo hospitalario y las exigencias de los pacientes. El profesional se va a sentir desbordado, sin capacidad de adaptación, ya no tiene recursos para amortiguar el estrés ocasionado por el trabajo. El estrés crónico se presentará como una constelación de síntomas que se intensifican y cronifican ante las demandas generadas por el entorno laboral (Cisnero, 2004).

El síndrome de desgaste profesional se caracteriza por la presencia de agotamiento físico y psíquico, con sentimientos de impotencia y desesperanza (extenuación emocional), insatisfacción por las tareas que tiene que realizar y por el desarrollo de un concepto negativo de sí mismo y de actitudes negativas hacia el trabajo, la vida diaria y los demás síntomas que se ven reflejados en un trato frío y despersonalizado hacia los pacientes, compañeros de trabajo y hasta con sus propios

familiares. El fenómeno del *burnout* es más un proceso continuo que algo que se presente de forma súbita, es el resultado final de una serie de intentos adaptativos frustrados hacia las condiciones estresantes (De la Granda y Gonzales, 2004). El rasgo fundamental del *burnout syndrome* es el cansancio emocional o la sensación de no poder dar más de sí mismo. Para evitar este sentimiento negativo, la persona tiende a aislarse, teniendo una actitud impersonal y fría hacia los pacientes, los miembros del equipo y puede mostrarse cínico y distanciado con cierto aire de quemimportismo. Puede tratar a los pacientes de manera ruda y despectiva o hacer sentir culpables a los demás de sus propias frustraciones. Este tipo de actitudes provocan un descenso en la eficiencia y en los compromisos laborales y esto se vuelve una nueva fuente de estrés (Cisnero, 2004). Las actitudes que toma el profesional intentan ser un mecanismo de adaptación frente al agente estresante, pero a la larga se vuelve como un ciclo vicioso que al principio calma, pero luego aumenta más el nivel de estrés. Otro rasgo es el sentimiento complejo de inadecuación personal y profesional al puesto de trabajo, que surge al comprobar que las demandas que se le hacen exceden su capacidad para realizarlas adecuadamente. La respuesta del médico a este problema es el redoblar sus esfuerzos para afrontar las situaciones, dando así una imagen de omnipotencia e intentar demostrar al resto que su dedicación e interés son inagotables (Cisnero, 2004).

Las etapas del *burnout syndrome* son cuatro que son bien definidas y pueden ser reconocidas sin dificultad. El entusiasmo es el período inicial caracterizado por la existencia de altas esperanzas y expectativas, así como de una alta energía. Aquí el trabajo llega a ser la única fuente de valores y satisfacciones, y las necesidades personales del trabajador (sentirse útil, estimado, admirado y que necesiten de él) son circunscritas únicamente al medio laboral. Lo peligroso de esta etapa es que puede haber una identificación excesiva con los pacientes y por lo tanto un gasto ineficaz y

excesivo de energía. La segunda etapa es el estancamiento, el trabajo ya no parece ser tan importante y deja de ser satisfactorio. El médico comienza a sentir la necesidad de satisfacer las necesidades no satisfechas por fuera del entorno laboral. La tercera etapa es la frustración, aquí el profesional de la salud comienza a cuestionarse su propia valía y la del trabajo en sí mismo, se comienza a preguntar si sus capacidades y su conocimiento son suficientes. Los límites del trabajo parecen amenazar los propósitos por los cuales ha venido laborando, y por esto surgen los problemas emocionales, físicos y del comportamiento. Y el cuarto componente es la apatía. Lo característico en esta etapa es el cambio de actitud. Se pasa del entusiasmo que se tenía en la primera etapa a un quemimportismo. El trabajo ya se lo realiza con el mínimo esfuerzo posible, dedicación del tiempo insuficiente, se evitan los desafíos y se permanece en el trabajo solamente por las implicaciones económicas o académicas (De la Granda y Gonzales, 2004).

Todos sabemos lo que es el estrés y cada persona lo percibe a su propia manera, el mismo trabajo para dos personas puede ser o un reto o una tarea abrumadora. El médico comienza a perder el umbral de tolerancia ante las responsabilidades que tiene, su mecanismo de adaptación es superado por los factores estresantes. No es fácil identificar con precisión en las primeras etapas a una persona “desgastada” y por esto es muy fácil que el síndrome avance. Además cada uno tiene diferentes formas de presentar la sintomatología. “El síndrome es un sutil patrón de síntomas, conductas y actitudes que son únicos para cada persona” (Cisnero, 2004).

### **Sueño, Memoria y Cognición y el *Burnout Syndrome***

Es conocido que los médicos residentes y los internos tienen un horario exigente que involucra muchas horas de trabajo y pocas horas de sueño. En un estudio realizado por Guevara, Henao y Herrera (2002) se observó que 106 (70.6%) de médicos



residentes e internos realizaban entre dos y tres turnos nocturnos que normalmente son de 24 a 30 horas y 120 (80%) realizaban más de 50 horas de actividades médicas. Normalmente en estos turnos nocturnos se duerme un promedio de 0 a 4 horas lo que quiere decir que no se cumple con la norma de sueño que es de 5 a 12 horas por noche. ¿Por qué se necesita un mínimo de horas de sueño por noche? Por varias razones, el cuerpo debe reponer la energía gastada durante el día, ciertos procesos endocrinos se producen en este lapso y el más importante y al que menos se le pone atención, la consolidación de memorias para aprender. Atención + Memoria = Aprendizaje. Aunque esta formula sea muy simple y parezca fácil de cumplir está probado que no puede existir aprendizaje si la memoria o atención están faltando (Tokuhama-Espinosa, 2010). Seung-Schik, Ninad, Ferenc y Walker (2007) demuestran mediante resultados de experimentos hechos en animales que la privación del sueño antes de su entrenamiento puede algunas veces interrumpir el proceso de adquisición de memorias para el aprendizaje, más comúnmente en tareas que requieren del uso del hipocampo. La privación del sueño tanto parcial como selectiva, más notable durante el periodo REM del sueño, puede producir impedimentos sustanciales en cuanto al aprendizaje de tareas que involucran el hipocampo, como resolución de laberintos a nivel espacial, etc. Los estudios celulares muestran que la privación de sueño que va desde 24 a 72 horas no solo reduce la excitabilidad básica de las neuronas hipocampales pero también no permite la formación de potenciación a largo plazo (PLP) dentro de esas neuronas. Es más, la PLP que sí se llega a desarrollar decae en minutos, sugiriendo que a pesar de que hay inducción de PLP las neuronas hipocampales todavía no son capaces de mantener los cambios funcionales después de la privación de sueño.

Los mismos autores antes mencionados, también realizaron estudios en humanos usando la resonancia magnética funcional (RMf) para intentar probar la teoría de que

una noche de privación de sueño sí reduciría sustancialmente la capacidad de codificar memorias y esto estaría asociado con déficit neuronales que residen en redes de memoria que están ubicados en el lóbulo temporal medial. Los resultados encontrados fueron que la memoria en el grupo que no durmió fue sustancialmente menor que en el grupo que sí durmió. Hubo un 19% de déficit con respecto al reconocimiento de las fotos que se les habían presentado. Después de comparar todas las imágenes de la RMf de ambos grupos sí se ve una disminución en la actividad del área del hipocampo cuando hay privación de sueño. Los hallazgos de este experimento concuerdan con los hallazgos encontrados en animales. Se ve que la privación del sueño entre seis a 72 horas reduce significativamente la habilidad de las neuronas hipocampales para adquirir la característica fundamental para aprender que es el PLP. También se vio que las personas que no durmieron nunca pudieron transferir la poca información que adquirieron del hipocampo al neo cortex para el almacenamiento a largo plazo de estas memorias y también su habilidad para adquirir nuevas memorias era muchísimo menor. Poniendo en contexto los resultados de estos experimentos se puede decir que al tener los residentes y los internos un horario restringido de sueño y una gran cantidad de información almacenada en la memoria de corto plazo, ellos no podrían transferir todo este conocimiento adquirido a su memoria de largo plazo porque la capacidad de codificación de memorias se ve reducida. También la formación de nuevas memorias esta afectado ya que las neuronas no tienen el potencial de recibir la información. El verdadero aprendizaje depende de la habilidad del cerebro para poner atención y por lo tanto acordarse de todos lo estímulos a los cuales ha estado expuesto. Para que cualquier tipo de estímulo o información llegue a la memoria de largo plazo el aprendiz debe poner atención. Al momento que atención y memoria se combinan es cuando el verdadero aprendizaje se realiza (Tokuhama-Espinosa, 2010). Los residentes

o internos pueden estar despiertos y escuchar todo lo que se les dicte en clases o lo que los pacientes les digan pero esta información se mantendrá talvez unos minutos a lo mucho pero nunca se retendrá. Por eso se ve comúnmente que cuando alguien esta posturno su capacidad de trabajo y su tiempo de respuesta es menor, piden que se les repitan ordenes o no reciben las instrucciones claramente. Todo esto debido al desgaste físico y mental que provoca el *burnout syndrome*.

### **La Empatía en el *Burnout Syndrome***

Casi todos los aspectos de nuestras vidas involucran algún nivel de estrés. Este se puede manifestar por medio de ciertas emociones, como miedo, ansiedad, frustración y hasta emoción. El estrés puede ser positivo y puede servir como un factor que motive o puede ser negativo y sirva como inhibidor (Crenshaw, 1991). Selye (1974 en Crenshaw, 1991) define al estrés como una respuesta no especifica del cuerpo a cualquier demanda que se le haga. Este autor ha propuesto un modelo trifásico de la adaptabilidad al estrés que se denomina el Síndrome de Adaptación General (S.A.G). En este modelo tiene tres etapas que son: la primera, el cuerpo se pone en alerta al momento de experimentar el estímulo estresante, después viene la etapa de resistencia que es donde el cuerpo intenta o adaptarse o resistirse al estresante. Y la última etapa que sería la etapa de agotamiento que se caracteriza por una pérdida de adaptabilidad debido a la continua exposición al mismo factor estresante. La intensa demanda empática que te exige un paciente requiere de capacidades más adaptativas, lo cual produce más estrés.

La empatía, el altruismo, las ganas de ayudar y el comportamiento social son conceptos estrechamente relacionados (Eisenberg y Miller, 1987 en Hojat, Mangione, Nasca y Gonnella, 2005) que influyen las relaciones interpersonales. Rogers (1959, en Hojat, Gonnella, Nasca y Mangione, 2005) describe a la empatía como la habilidad

para percibir el marco interno de referencia de otra persona con exactitud como si tu fueras la otra persona pero sin perder el “como si”. De la misma forma Aring (1958 en Hojat, Gonnella, Nasca y Mangione, 2005) describe la empatía como el acto o la capacidad de apreciar los sentimientos de otra persona pero sin unirse a ellos. Hojat, Gonnella, Nasca y Mangione, (2005) describen que si un médico pierde el “como si”, al cual se refiere Rogers, dentro de una relación terapéutica con un paciente o llega a compartir los sentimientos del paciente sin separar lo que es afección de cognición. El médico se está inmiscuyendo en una relación simpática en vez de una empática. Uno de los problemas es que estos dos términos se usan de manera indistinta, pero aquí tendremos que hacer la respectiva aclaración para evitar confusión. La empatía principalmente es un atributo cognitivo mientras que la simpatía es una cualidad personal afectiva, lo anterior dicho en un contexto general. Ahora definiendo empatía desde un medio que involucra cuidar pacientes quiere decir que es un atributo cognitivo que involucra la comprensión de las experiencias internas y de las perspectivas del paciente. Esto combinado con la capacidad de comunicar este entendimiento al paciente. (Hojat, Gonnella, et al., 2003; Hojat, Gonnella, Mangione, et al., 2002; Hojat, Gonnella, Nasca, Mangione, Veloski, et al., 2002; Hojat, Gonnella, Nasca, Mangione, Vergare, et al., 2002; Hojat et al., 2001, en Hojat, Gonnella, Nasca y Mangione, 2005).

Ayudar requiere considerable cantidad de tiempo y esfuerzo. Cada paciente merece y exige atención personalizada. Las demandas pueden llegar a ser más grandes cuando se involucran las necesidades básicas, como por ejemplo, salud (Crenshaw, 1991). Aquí retomamos el concepto de *burnout syndrome* por Freudenberg (1974) “una sensación de fracaso y una existencia agotada o gastada que resulta de una sobrecarga por exigencias de energías, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador”. Este síndrome puede resultar de un contacto intenso con personas que

necesitan ayuda. Según Courage y Williams (1986) los trabajadores de la salud están en riesgo de padecer *burnout syndrome* cuando los pacientes exigen más allá de la capacidad del médico para solucionar sus problemas. Normalmente las personas que deciden entrar a trabajar en ramas de la salud tienen rasgos que los hacen más vulnerables al estrés emocional que provoca su profesión, por ejemplo, son altamente empáticos, generosos, dispuestos a ayudar. (Crenshaw, 1991). Lastimosamente esta empatía puede convertirse en apatía y el deseo de ayudar puede convertirse en deseo de escapar de la situación y eso lo logran distanciándose emocionalmente del paciente o volviéndose más rígidos con estos (Crenshaw, 1991). Según Dubrow (1988) una de las respuestas a este estrés causado por la demanda que no puede ser satisfecha es el agotamiento emocional que es uno de los componentes del *burnout syndrome*. Cuando se está crónicamente expuesto a este tipo de factor estresante por un largo periodo de tiempo se desarrolla una actitud lejana, fría, sin búsqueda de compromiso alguno con el paciente o inclusive compañeros de trabajo como medio de defensa. El ejemplo que pone Maslach (1982) “Francamente paciente, no me importa en lo más mínimo lo que sienta o lo que le pase”. Es como que el corazón se te endurece y se te vuelve un callo y pierdes toda esa capacidad de preocupación y cuidado hacia los demás. En el estudio realizado por Crenshaw (1991), la hipótesis que él proponía es que mientras más alto es el nivel de *burnout syndrome* menor serán los niveles de empatía de los médicos. Los resultados que obtuvo fueron que 71% de los sujetos que entrevistó mostraron niveles moderados a altos de agotamiento emocional, mientras que un 34.2% mostraron solo niveles altos. A pesar de que este estudio no es actual, los instrumentos usados para medir todavía son usados actualmente así que este estudio sí tiene una validez bibliográfica y comparativa. El agotamiento emocional puede ser uno de los componentes más difíciles de manejar en el *burnout syndrome* ya que toda la profesión

médica esta basada en el relacionarse con los pacientes, así que un médico tiene que aprender como manejar la empatía. No puede irse de extremo a extremo, de la completa insensibilidad y rigidez al completo sacrificio ya que esa labilidad creará más conflicto aun en el trabajo.

## **7. Metodología**

### *7.1. Diseño del estudio*

El estudio realizado es de tipo corte transversal descriptivo realizado en los hospitales: Metropolitano de Quito (HMQ), Carlos Andrade Marin (HCAM), Vosandez de Quito (HVQ). Los resultados obtenidos fueron mediante el uso de encuestas aplicadas a internos y residentes que trabajan en dichas instituciones desde primero al siete de abril del 2010.

### 7.2. *Universo y muestra*

El universo de este estudio se considera a todos los trabajadores de salud (internos y residentes) que están actualmente laborando y estudiando en los hospitales públicos y privados a nivel nacional, durante el periodo del primero al siete de abril del 2010.

La muestra del presente estudio esta constituida por un grupo de estudiantes y otro de residentes seleccionados al azar de entre los integrantes del universo, mediante muestreo aleatorio y estratificado, según la operación siguiente:

El universo de este estudio se considera a todos los trabajadores de salud (internos y residentes) que están actualmente laborando y estudiando en los hospitales públicos y privados a nivel nacional, durante el periodo del primero al siete de abril del 2010.

La muestra del presente estudio esta constituida por un grupo de estudiantes y otro de residentes seleccionados al azar de entre los integrantes del universo, mediante muestreo aleatorio y estratificado, según la operación siguiente:

$$n = \frac{N z^2 (p \times q)}{d^2 (N-1) + z^2 pq}$$

N= universo

$$z^2 = (1.96)^2$$

p= Prevalencia o proporción de la población con la característica de interés<sup>1</sup>.

q= 1-prevalencia

d<sup>2</sup>= intervalo de confianza de 95%, es decir(.05) <sup>2</sup>

$$n= \frac{360 \times (1.96)^2 \times (0.091 \times 0.909)}{(0.05)^2 (360-1) + (1.96)^2 (0.091 \times 0.909)}$$

Hemos utilizado la fórmula con corrección por población finita ya que N es pequeña. Según estos cálculos la muestra que se necesita es de 94 personas. El número calculado es entonces dividido en porciones proporcionales al número de estudiantes internos que trabajan en cada hospital. Igual procedimiento se siguió para el muestreo de los residentes.

---

<sup>1</sup> Mariela Borda Pérez, Síndrome de Burnout en estudiantes de internado del Hospital Universidad del Norte, Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2007; 23 (1): 43-51



### 7.3. Variables

Se utilizaron las siguientes variables:

#### 7.3.1 Variables dependientes utilizadas en el estudio

<b>Variable dependiente</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Categoría</b>	<b>Indicador</b>
<i>Burnout</i>	Agotamiento emocional (AE)	ALTO (>P75) MEDIO (P25-P75) BAJO (<P25)	Proporción
	Despersonalización (DP)	ALTO (>P75) MEDIO (P25-P75) BAJO (<P25)	Proporción
	Realización personal en el trabajo (RP)	ALTO (>P75) MEDIO (P25-P75) BAJO (<P25)	Proporción
<i>Burnout</i> global	Nivel de <i>Burnout</i> identificado en el personal.	BAJO: AE<18; DP<5 Y RP>40	Proporción

### 7.3.2 Variables independientes usadas en el estudio

<b>Variables independientes</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Categoría</b>	<b>Indicador</b>
Edad	Años cumplidos	Años	Media
Sexo		Masculino Femenino	Proporción
Estado civil		Casado Soltero	Proporción
Tipo de institución		Pública Privada	
Número de pacientes a su cargo a la semana	Número de pacientes bajo la responsabilidad del entrevistado a la semana	Número de pacientes	Media
Carga Horaria	Horas de trabajo a la semana	Horas	Media
Tipo de trabajador	Tipo de trabajador de acuerdo a sus labores o formación	Residente de postgrado Residente asistencial	Proporción
Servicio	Tipo de servicio en el cual se desempeñan	Interno de medicina Hospitalización Clínica Hospitalización Quirúrgica UCI Emergencia	Proporción

#### 7.4. Criterios de inclusión y exclusión

##### 7.4.1 Criterios de inclusión

Se incluirá en el estudio todo personal que labore o estudie en los hospitales antes mencionados durante la primera semana de abril de 2010 que quieran ser partícipes de este análisis.

##### 7.4.2 Criterios de exclusión

Se excluirá a todo el personal que no quieran participar en el estudio o que ya haya sido diagnosticado anteriormente con algún nivel de *burnout syndrome*.

#### 7.5 Cálculo de la muestra

Para el cálculo de la muestra, se utilizó una prevalencia de 9,1%<sup>2</sup>, una precisión máxima de 0,05 y un nivel de confianza de 95%, obteniéndose un número muestral de 125 individuos. El cálculo de la muestra se realizó con la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N z^2 (p \times q)}{d^2 (N-1) + z^2 pq}$$

#### 7.6 Recolección de datos

Se aplicará el *Maslach Burnout Inventory* (MBI) y el formulario de recolección de datos, ambos se anexan.

---

<sup>2</sup> Mariela Borda Pérez, Síndrome de Burnout en estudiantes de internado del Hospital Universidad del Norte, Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2007; 23 (1): 43-51

## **8. Instrumentos**

El MBI es una encuesta de 22 preguntas en donde se le plantea al participante una serie de enunciados sobre sus sentimientos y pensamientos en relación con diversos aspectos de su interacción continua con el trabajo y su desempeño habitual. El participante tiene que contestar cada enunciado a partir de la pregunta ¿Me siento emocionalmente agotado/a por mi trabajo?, mediante una escala tipo *likert* de seis opciones, desde nunca hasta todos los días. La encuesta se divide en tres subescalas, cada una de las cuales mide las tres dimensiones: agotamiento emocional (9 ítems), despersonalización (5 ítems) y realización personal en el trabajo (8 ítems), y de cada una de estas escalas se obtiene una puntuación baja, media o alta, que permite caracterizar la mayor o menor frecuencia de *burnout syndrome* (Garcés de los Fayos, 2003).

## **9. Análisis estadístico**

Se realizará el análisis descriptivo de los datos mediante medidas de tendencia central (media, mediana y moda) y de desviación para variables cuantitativas o uso de frecuencias y proporciones para las cualitativas.

La prevalencia de *burnout syndrome* se medirá de manera global, por dimensiones y por tipo de profesional, posteriormente se harán cruces en tablas de contingencia para buscar relación de dichos niveles con otras variables como carga horaria, responsabilidad, servicio, etc. Para la relación se utilizara el (OR), y para la significancia estadística la p de la corrección de Yates de Chi cuadrado con intervalos de confianza al 95%.

## 10. Resultados

### 10.1 Análisis Univarial

#### Variables demográficas

Las variables demográficas incluidas en el estudio fueron edad, sexo y estado civil. Se estudio una población con una razón de femineidad de 0.98, con un promedio de edad de 26 años y en su mayoría solteros. El límite mínimo en cuanto a edad es de 22 años y el máximo es de 40 años.

**Tabla 1: EDAD**

		EDAD
N	Válidos	125
	Perdidos	0
Media		26,59
Mediana		27,00
Moda		23
Desv. típ.		3,096
Mínimo		22
Máximo		40
Percentiles	25	24,00
	50	27,00
	75	29,00

Fuente: Encuestas realizadas en varios hospitales

En esta tabla podemos ver que hubo 62 mujeres y 63 hombres lo que nos lleva a tener una muestra con proporción equitativa entre ambos sexos (49.6% vs 50.4%).

**Tabla 2: SEXO**

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	F	62	49,6
	M	63	50,4
Total		125	100,0

Fuente: Encuestas realizadas en varios hospitales

**Tabla 3: ESTADO CIVIL**

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	CASADO	34	27,2
	SOLTERO	91	72,8
Total		125	100,0

Fuente: Encuestas realizadas en varios hospitales

Se observa que aproximadamente tres cuartos de la muestra son solteros (72.8%).

### VARIABLES RELACIONADAS CON LOS ASPECTOS LABORALES

La mayoría de los encuestados fueron residentes, las encuestas fueron distribuidas equitativamente entre instituciones públicas y privadas, de los cuales se detallan los hospitales estudiados.

**Tabla 4: TIPO DE PERSONAL**

	Frecuencia	Porcentaje
IR	50	40,0
RESIDENTE	75	60,0
Total	125	100,0

Fuente: Encuestas realizadas en varios hospitales

**Tabla 5: TIPO DE INSTITUCIÓN**

	Frecuencia	Porcentaje
PRIVADA	62	49,6
PUBLICA	63	50,4
Total	125	100,0

Fuente: Encuestas realizadas en varios hospitales

**Tabla 6: HOSPITAL ESTUDIADO**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
HCAM	63	50,4	50,4	50,4
HVQ	26	20,8	20,8	71,2
HMQ	36	28,8	28,8	100,0
Total	125	100,0	100,0	

Fuente: Encuestas realizadas en varios hospitales

### VARIABLES RELACIONADAS CON LA INTENSIDAD DE TRABAJO

La carga horaria semanal promedio es de 100 horas, lo que supera a lo establecido por la ley de trabajo. Este indicador por si solo es un factor asociado a riesgo de *burnout*. De igual manera, los pacientes por médico, tienen una media de 40 personas, lo que indica que la responsabilidad es mayor. Estos valores se observan en más del 50% de internos y residentes de la muestra. De todas formas, la moda para el número de pacientes a la semana es de 20; lo que significa que los valores extremos

propuestos por algunos encuestados (min 4 y max 230) son valores exagerados y por tanto podría disminuir la validez del análisis (error de informante).

**Tabla 7: VARIABLES DE INTENSIDAD LABORAL**

		Número de pacientes a su cargo a la semana	Carga Horaria Semanal
N	Válidos	124	120
	Perdidos	1	5
Media		41,26	93,46
Mediana		35,00	100,00
Moda		20	100
Desv. típ.		31,193	20,115
Mínimo		4	8
Máximo		230	130
Percentiles	25	20,00	80,00
	50	35,00	100,00
	75	50,00	107,00

Fuente: Encuestas realizadas en varios hospitales

### **Prevalencia del *Burnout Syndrome***

Es importante observar que este análisis ubica los puntos de corte para la categorización de la variable, ya que de acuerdo a la ficha técnica, se establece como *burnout syndrome* leve a las personas que se encuentren bajo el percentil 25, moderado entre el p25 y el p75 y elevado a las que superen el p75.

**Tabla 8: ANÁLISIS CUANTITATIVO DE TEST DE MASLACH**

		AE	DP	RP
Media		27,46	10,85	37,34
Mediana		27,00	11,00	38,00
Moda		22(a)	11	34(a)
Desv. típ.		9,036	5,555	6,373
Mínimo		5	0	18
Máximo		69	28	48
Percentiles	25	22,00	7,00	33,50
	50	27,00	11,00	38,00
	75	33,00	13,50	42,00

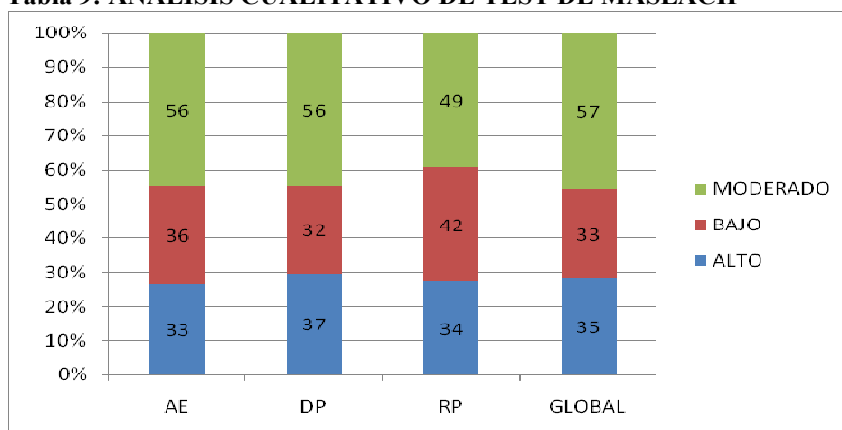
a Existen varias modas. Se mostrará el menor de los valores.

Fuente: Encuestas realizadas en varios hospitales

Los sujetos se analizaron bajo los percentiles mencionados y encontramos que de manera global la prevalencia de *burnout syndrome* elevado está entre el 25 al 30%

en todas las categorías de análisis en comparación con el moderado que supera el 40%. En la categoría de *burnout syndrome* moderado, se observa que un 44.8% presentaron AE y DP y un 39.2% RP. De forma global, 45.6% de encuestados se encontraron en esta categoría. Para *burnout syndrome* bajo un 28.8% de la muestra presentó AE, 25.6% tuvo DP y RP se vio en 33.6% de encuestados. En total 26.4% de médicos residentes e internos se encontró en esta categoría. Finalmente, un alto nivel de *burnout syndrome* se vio en un 28% de la población total. De estos, 26.4% presentó AE, 29.6% tuvo DP y 27.2% RP.

**Tabla 9: ANÁLISIS CUALITATIVO DE TEST DE MASLACH**



Fuente: Encuestas realizadas en varios hospitales

### **Prevalencias específicas del *Burnout Syndrome***

#### *Burnout* por sexo

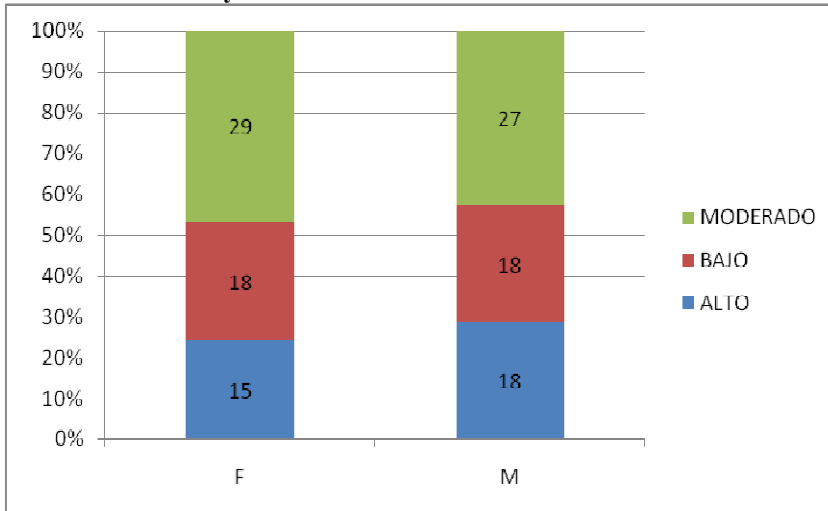
La porción de casos con puntajes altos de *burnout syndrome* se mantiene estable en la categoría de DP, en la categoría de AE, es ligeramente mayor en los hombres y en RP y puntaje global, es mayor en mujeres, en ambos casos, las prevalencias por sexo se asemejan a la general.

En este cuadro podemos ver que el 24.19% de mujeres presentan nivel alto de AE, mientras que los hombres 28.57%. Para el nivel moderado las mujeres presentan un porcentaje de 46.77% mientras que los hombres un 42.85%, que son valores casi



iguales. Y por último para el nivel bajo vemos que hay un 29.03% de mujeres y un 28.57% que también son valores equitativos. En general vemos que los valores para AE son muy parecidos entre los diferentes grados.

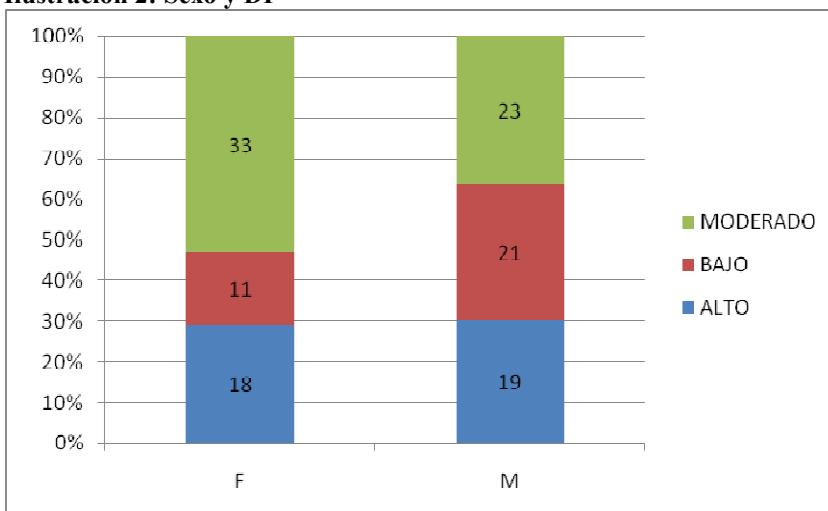
**Ilustración 1: Sexo y AE**



Fuente: Encuestas realizadas en varios hospitales

Para los porcentajes de sexo y DP vemos que en el nivel alto hay un 29.03% de mujeres y un 30.15% en hombres, de nuevo la muestra es equitativa. En el nivel moderado vemos que hay mayor predominio femenino con un 53.22% comparado con los hombres que es de 36.50%. Y para el nivel bajo vemos que se invierte la tendencia y que los hombres tienen un mayor porcentaje, 33.33%, y las mujeres solo un 17.74%.

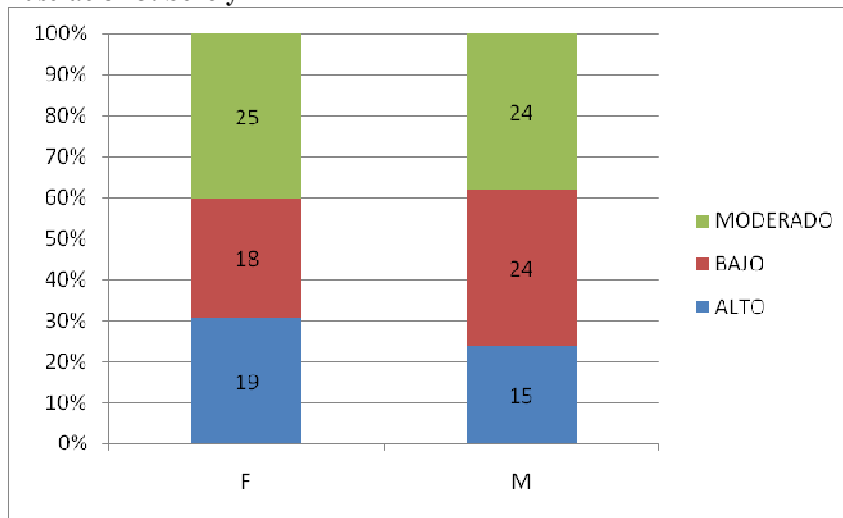
**Ilustración 2: Sexo y DP**



Fuente: Encuestas realizadas en varios hospitales

En cuanto a sexo y RP vemos que para el nivel alto hay una leve diferencia entre hombres y mujeres, 30.64% y 23.80% respectivamente. Para el nivel moderado vemos que los valores se igualan todavía más, 40.32% para mujeres y 38.09% para hombres. Y donde vemos una mayor diferencia es en el nivel bajo con 29.03% para mujeres y 23.80% para hombres.

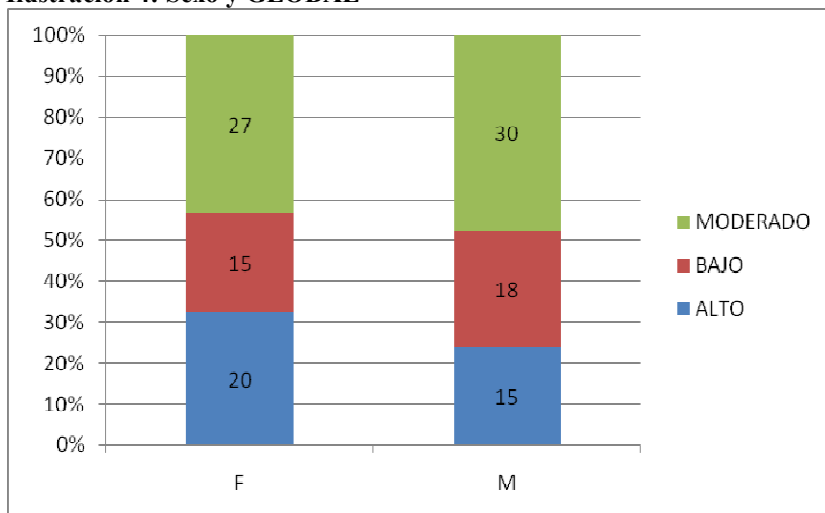
**Ilustración 3: Sexo y RP**



Fuente: Encuestas realizadas en varios hospitales

Por último, en el cuadro de sexo y valores globales encontramos que en el nivel alto hay un 32.25% de mujeres y un 23.80%. En el nivel medio hay 43.54% en mujeres y un 47.61% que son valores muy parecidos. Y en el nivel bajo tenemos a un 24.19% en mujeres y un 28.57% en hombres. En el nivel que mayor diferencia hay es en el alto.

**Ilustración 4: Sexo y GLOBAL**

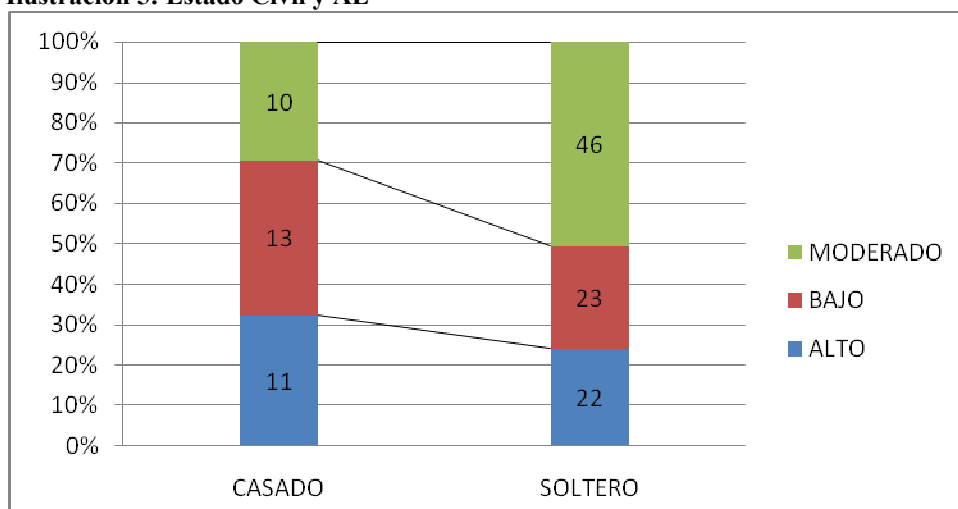


Fuente: Encuestas realizadas en varios hospitales

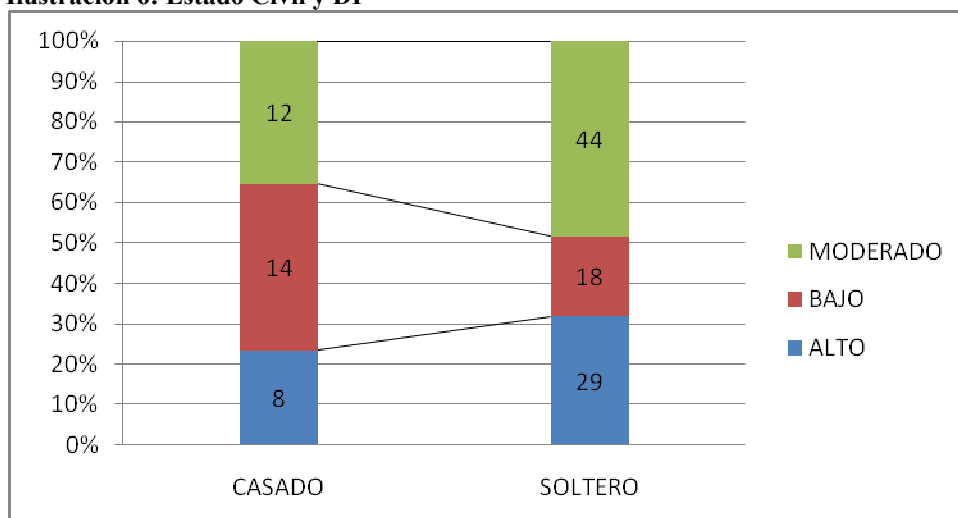
### Burnout por estado civil

Encontramos una prevalencia de *burnout syndrome* alto mayor en casados en la categoría AE con un 32.3% para esa población. Le siguen con 38.4% en el nivel moderado y 29.4% para bajo. Para los solteros en misma categoría, un 50.5% tienen *burnout* moderado. Es las dos siguientes escalas las proporciones se reparten casi equitativamente con 25.3% (bajo) y 24.2% (alto). En la categoría DP vemos que los residente e internos casados tienen una proporción más baja con 41.2% mientras que un 19.8% baja. Dentro de este grupo un 48.3% presentó *burnout syndrome* moderado y 31.9% alto. Finalmente, dentro de la variable RP tanto solteros como casados presentaron una mayor prevalencia de *burnout syndrome* moderado con 44.1% y 37.4% respectivamente. Las proporciones fueron muy similares para un nivel bajo con 26.4% de los casados y 27.5% de los solteros.

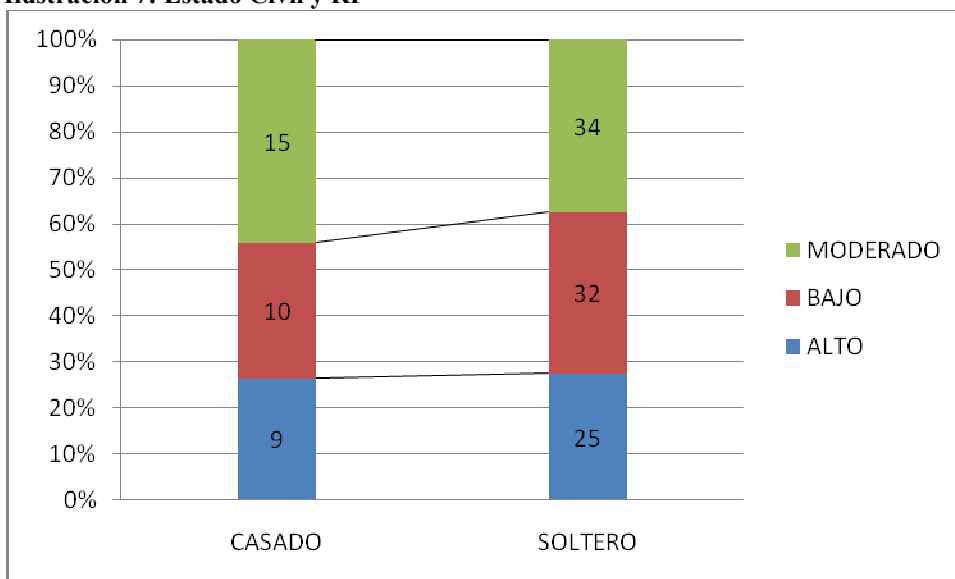
**Ilustración 5: Estado Civil y AE**



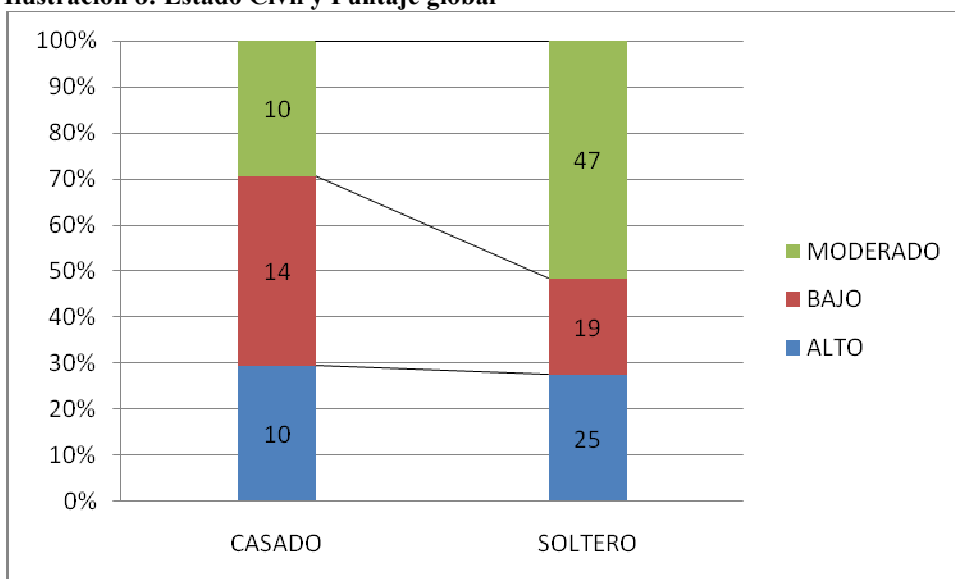
**Ilustración 6: Estado Civil y DP**



**Ilustración 7: Estado Civil y RP**



**Ilustración 8: Estado Civil y Puntaje global**



## 10.2 Análisis Multivariado

### Correlaciones

#### *Edad y Burnout Syndrome*

Encontramos relaciones inversamente proporcionales débiles, entre los puntajes de Maslach y edad, es decir a mayor puntuación menor edad, todas fueron significativas, excepto en la categoría de Realización Personal.

**Tabla 10: CORRELACIÓN EDAD Y BURNOUT SYNDROME**

		EDAD
DP	Correlación de Pearson	<b>-,185(*)</b>
	Sig. (unilateral)	<b>0,019</b>
RP	Correlación de Pearson	0,042
	Sig. (unilateral)	0,32
AE	Correlación de Pearson	<b>-,213(**)</b>
	Sig. (unilateral)	<b>0,009</b>
GLOBAL	Correlación de Pearson	<b>-,206(*)</b>
	Sig. (unilateral)	<b>0,011</b>

\* La correlación es significativa al nivel 0,05 (unilateral).

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (unilateral).

Fuente: Encuestas realizadas en varios hospitales

#### *Carga horaria semanal y Burnout Syndrome*

Al analizar la carga horaria semanal, la correlación es algo más fuerte que con la edad pero su comportamiento es directo proporcional, es decir que a mayor puntaje de Maslach, mayor carga horaria. Cuyo resultado es lógico. Todas resultan significativas excepto en la categoría de Realización Personal

**Tabla 11: CORRELACIÓN CARGA HORARIA SEMANAL Y BURNOUT SYNDROME**

Carga Horaria Semanal		
AE	Correlación de Pearson	<b>,305(**)</b>
	Sig. (unilateral)	<b>0</b>
DP	Correlación de Pearson	<b>,367(**)</b>
	Sig. (unilateral)	<b>0</b>
RP	Correlación de Pearson	-0,082
	Sig. (unilateral)	0,188
GLOBAL	Correlación de Pearson	<b>,330(**)</b>
	Sig. (unilateral)	<b>0</b>

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (unilateral).

\* La correlación es significativa al nivel 0,05 (unilateral).

### *Intensidad de trabajo y Burnout Syndrome*

El análisis de correlación con el número de pacientes resulta significativo solo en la categoría AE y en el global, siendo inversamente proporcionales y además débiles.

**Tabla 12: CORRELACIÓN PACIENTES A CARGO Y BURNOUT SYNDROME**

Número de pacientes a su cargo a la semana		
AE	Correlación de Pearson	<b>-,217(**)</b>
	Sig. (unilateral)	<b>0,008</b>
DP	Correlación de Pearson	-0,075
	Sig. (unilateral)	0,205
RP	Correlación de Pearson	-0,091
	Sig. (unilateral)	0,158
GLOBAL	Correlación de Pearson	<b>-,226(**)</b>
	Sig. (unilateral)	<b>0,006</b>

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (unilateral).

\* La correlación es significativa al nivel 0,05 (unilateral).

Fuente: Encuestas realizadas en varios hospitales

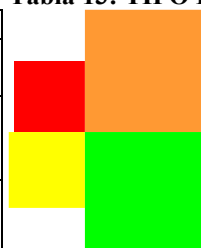
### **Tablas de Contingencia**

#### *Tipo de institución y Burnout Syndrome*

Respecto al tipo de institución no existió ninguna relación, es decir, la pertenencia pública o privada de los hospitales no incide en el *burnout syndrome*.

**Tabla 13: TIPO DE INSTITUCIÓN Y AE**

AE CRUCE			
Tipo de Institución	ALTO	BAJO/ MODERADO	TOTAL
<b>PRIVADA</b>	15	47	62
Fila %	24,2	75,8	100,0
Col %	45,5	51,1	49,6
<b>PUBLICA</b>	18	45	63
Fila %	28,6	71,4	100,0
Col %	54,5	48,9	50,4
<b>TOTAL</b>	33	92	125
Fila %	26,4	73,6	100,0
Col %	100,0	100,0	100,0

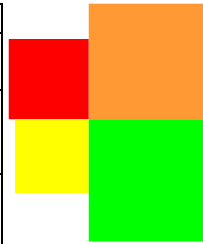


Odds Ratio (OR)	0,7979	0,3593	1,7720 (T)
Chi cuadrado, corrección de Yates n<200	0,1241		0,7246409225

Fuente: Encuestas realizadas en varios hospitales

**Tabla 14: TIPO DE INSTITUCIÓN Y DP**

DP CRUCE			
Tipo de Institución	ALTO	BAJO/ MODERADO	TOTAL
<b>PRIVADA</b>	20	42	62
Fila %	32,3	67,7	100,0
Col %	54,1	47,7	49,6
<b>PUBLICA</b>	17	46	63
Fila %	27,0	73,0	100,0
Col %	45,9	52,3	50,4
<b>TOTAL</b>	37	88	125
Fila %	29,6	70,4	100,0
Col %	100,0	100,0	100,0

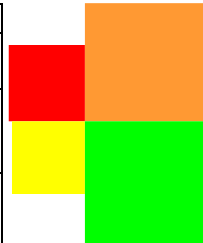


Odds Ratio (OR)	1,2885	0,5965	2,7831 (T)
Chi cuadrado, corrección de Yates n<200	0,2024		0,6527959535

Fuente: Encuestas realizadas en varios hospitales.

**Tabla 15: TIPO DE INSTITUCIÓN Y RP**

RP CRUCE			
Tipo de Institución	ALTO	BAJO/ MODERADO	TOTAL
<b>PRIVADA</b>	18	44	62
Fila %	29,0	71,0	100,0
Col %	52,9	48,4	49,6
<b>PUBLICA</b>	16	47	63
Fila %	25,4	74,6	100,0
Col %	47,1	51,6	50,4
<b>TOTAL</b>	34	91	125
Fila %	27,2	72,8	100,0
Col %	100,0	100,0	100,0

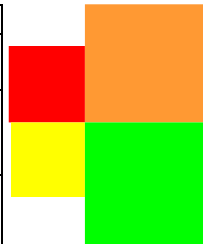


Odds Ratio (OR)	1,2017	0,5459	2,6453 (T)
Chi cuadrado, corrección de Yates n<200	0,0654		0,7981985832

Fuente: Encuestas realizadas en varios hospitales

**Tabla 16: TIPO DE INSTITUCIÓN Y MASLACH GLOBAL**

GLOBAL CRUCE			
Tipo de Institución	ALTO	BAJO/ MODERADO	TOTAL
<b>PRIVADA</b>	18	44	62
Fila %	29,0	71,0	100,0
Col %	51,4	48,9	49,6
<b>PUBLICA</b>	17	46	63
Fila %	27,0	73,0	100,0
Col %	48,6	51,1	50,4
<b>TOTAL</b>	35	90	125
Fila %	28,0	72,0	100,0
Col %	100,0	100,0	100,0



Odds Ratio (OR)	1,1070	0,5068	2,4176 (T)
Chi cuadrado, corrección de Yates n<200	0,0031		0,9555178208

Fuente: Encuestas realizadas en varios hospitales

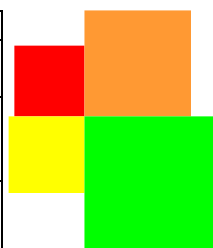


### *Tipo de Profesional y Burnout Syndrome*

Encontramos una relación significativa en estos cruces, el interno rotativo tiene 3,4 veces mayor probabilidad de tener afectación alta en el aspecto de Realización personal.

**Tabla 17: TIPO DE PROFESIONAL Y AE**

AE CRUCE			
Tipo de medico	ALTO	BAJO/ MODERADO	TOTAL
<b>IR</b>	15	35	50
Fila %	30,0	70,0	100,0
Col %	45,5	38,0	40,0
<b>RESIDENTES</b>	18	57	75
Fila %	24,0	76,0	100,0
Col %	54,5	62,0	60,0
<b>TOTAL</b>	33	92	125
Fila %	26,4	73,6	100,0
Col %	100,0	100,0	100,0

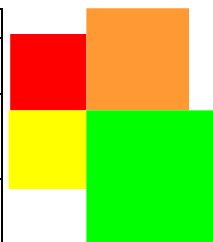


Odds Ratio (OR)	1,3571	0,6073	3,0330 (T)
Chi cuadrado, corrección de Yates n<200	0,2899		0,5902699125

Fuente: Encuestas realizadas en varios hospitales

**Tabla 18: TIPO DE PROFESIONAL Y DP**

DP CRUCE			
Tipo de medico	ALTO	BAJO/ MODERADO	TOTAL
<b>IR</b>	18	32	50
Fila %	36,0	64,0	100,0
Col %	48,6	36,4	40,0
<b>RESIDENTES</b>	19	56	75
Fila %	25,3	74,7	100,0
Col %	51,4	63,6	60,0
<b>TOTAL</b>	37	88	125
Fila %	29,6	70,4	100,0
Col %	100,0	100,0	100,0

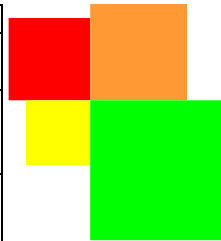


Odds Ratio (OR)	1,6579	0,7620	3,6071 (T)
Chi cuadrado, corrección de Yates n<200	1,1661		0,2802014967

Fuente: Encuestas realizadas en varios hospitales

**Tabla 19: TIPO DE PROFESIONAL Y RP**

RP CRUCE			
Tipo de medico	ALTO	BAJO/ MODERADO	TOTAL
<b>IR</b>	21	29	50
Fila %	42,0	58,0	100,0
Col %	61,8	31,9	40,0
<b>RESIDENTES</b>	13	62	75
Fila %	17,3	82,7	100,0
Col %	38,2	68,1	60,0
<b>TOTAL</b>	34	91	125
Fila %	27,2	72,8	100,0
Col %	100,0	100,0	100,0

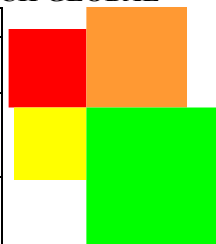


<b>Odds Ratio (OR)</b>	<b>3,4536</b>	<b>1,5206</b>	<b>7,8436 (T)</b>
<b>Chi cuadrado, corrección de Yates n&lt;200</b>	<b>8,0145</b>		<b>0,0046415823</b>

Fuente: Encuestas realizadas en varios hospitales

**Tabla 20: TIPO DE PROFESIONAL Y MASLACH GLOBAL**

GLOBAL CRUCE			
Tipo de medico	ALTO	BAJO/ MODERADO	TOTAL
<b>IR</b>	19	31	50
Fila %	38,0	62,0	100,0
Col %	54,3	34,4	40,0
<b>RESIDENTES</b>	16	59	75
Fila %	21,3	78,7	100,0
Col %	45,7	65,6	60,0
<b>TOTAL</b>	35	90	125
Fila %	28,0	72,0	100,0
Col %	100,0	100,0	100,0



<b>Odds Ratio (OR)</b>	<b>2,2601</b>	<b>1,0211</b>	<b>5,0026 (T)</b>
<b>Chi cuadrado, corrección de Yates n&lt;200</b>	<b>3,3482</b>		<b>0,0672790512</b>

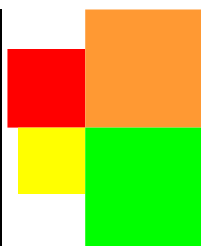
Fuente: Encuestas realizadas en varios hospitales

### *Servicio Quirúrgico y Burnout Syndrome*

Encontramos relaciones leves no significativas en las categorías al ser analizadas de manera individual, esto no ocurre con el puntaje global en el cual, el estar en un servicio quirúrgico, genera 2 veces mayor probabilidad de tener afectación de *burnout syndrome*.

**Tabla 21: SERVICIO QUIRÚRGICO Y AE**

AE CRUCE			
SERVICIO QUIRÚRGICO	ALTO	BAJO/MODERADO	TOTAL
<b>SI</b>	19	44	63
Fila %	30,2	69,8	100,0
Col %	57,6	47,8	50,4
<b>NO</b>	14	48	62
Fila %	22,6	77,4	100,0
Col %	42,4	52,2	49,6
<b>TOTAL</b>	33	92	125
Fila %	26,4	73,6	100,0
Col %	100,0	100,0	100,0

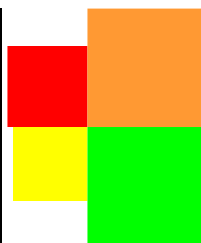


Odds Ratio (OR)	1,4805	0,6636	3,3031 (T)
Chi cuadrado, corrección de Yates n<200	0,5747		0,4483934452

Fuente: Encuestas realizadas en varios hospitales

**Tabla 22: SERVICIO QUIRÚRGICO Y DP**

DP CRUCE			
SERVICIO QUIRÚRGICO	ALTO	BAJO/MODERADO	TOTAL
<b>SI</b>	20	43	63
Fila %	31,7	68,3	100,0
Col %	54,1	48,9	50,4
<b>NO</b>	17	45	62
Fila %	27,4	72,6	100,0
Col %	45,9	51,1	49,6
<b>TOTAL</b>	37	88	125
Fila %	29,6	70,4	100,0
Col %	100,0	100,0	100,0

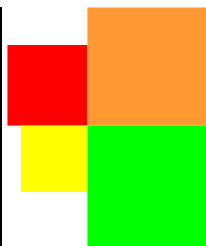


Odds Ratio (OR)	1,2312	0,5701	2,6588 (T)
Chi cuadrado, corrección de Yates n<200	0,1115		0,7384669999

Fuente: Encuestas realizadas en varios hospitales

**Tabla 23: SERVICIO QUIRÚRGICO Y RP**

RP CRUCE			
SERVICIO QUIRÚRGICO	ALTO	BAJO/MODERADO	TOTAL
<b>SI</b>	20	43	63
Fila %	31,7	68,3	100,0
Col %	58,8	47,3	50,4
<b>NO</b>	14	48	62
Fila %	22,6	77,4	100,0
Col %	41,2	52,7	49,6
<b>TOTAL</b>	34	91	125
Fila %	27,2	72,8	100,0
Col %	100,0	100,0	100,0

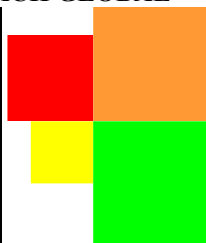


Odds Ratio (OR)	1,5947	0,7184	3,5398 (T)
Chi cuadrado, corrección de Yates n<200	0,9032		0,3419322775

Fuente: Encuestas realizadas en varios hospitales

**Tabla 24: SERVICIO QUIRÚRGICO Y MASLACH GLOBAL**

GLOBAL CRUCE			
SERVICIO QUIRÚRGICO	ALTO	BAJO/MODERADO	TOTAL
<b>SI</b>	23	40	63
Fila %	36,5	63,5	100,0
Col %	65,7	44,4	50,4
<b>NO</b>	12	50	62
Fila %	19,4	80,6	100,0
Col %	34,3	55,6	49,6
<b>TOTAL</b>	35	90	125
Fila %	28,0	72,0	100,0
Col %	100,0	100,0	100,0



<b>Odds Ratio (OR)</b>	<b>2,3958</b>	<b>1,0632</b>	<b>5,3987 (T)</b>
<b>Chi cuadrado, corrección de Yates n&lt;200</b>	<b>3,7494</b>		<b>0,0528281214</b>

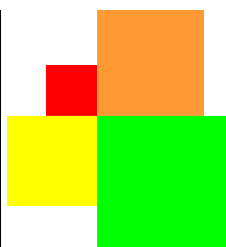
Fuente: Encuestas realizadas en varios hospitales

*UCI (Unidad de Cuidados Intensivos) y emergencia con Burnout Syndrome*

No encontramos ninguna relación significativa, sin embargo, todas las relaciones en la muestra estudiada tienen tendencia a que el estar en UCI y en Emergencia se convierte en un factor protector para presentar el *burnout syndrome*.

**Tabla 25: UCI/EMERGENCIA Y AE**

AE CRUCE			
UCI_ EMERGENCIA	ALTO	BAJO/ MODERADO	TOTAL
<b>SI</b>	8	35	43
Fila %	18,6	81,4	100,0
Col %	24,2	38,0	34,4
<b>NO</b>	25	57	82
Fila %	30,5	69,5	100,0
Col %	75,8	62,0	65,6
<b>TOTAL</b>	33	92	125
Fila %	26,4	73,6	100,0
Col %	100,0	100,0	100,0

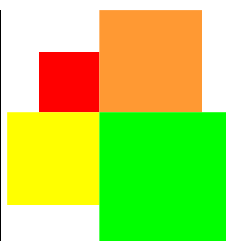


Odds Ratio (OR)	0,5211	0,2118	1,2825 (T)
Chi cuadrado, corrección de Yates n<200	1,4840		0,2231447235

Fuente: Encuestas realizadas en varios hospitales

**Tabla 26: UCI/EMERGENCIA Y DP**

DP CRUCE			
UCI_ EMERGENCIA	ALTO	BAJO/ MODERADO	TOTAL
<b>SI</b>	11	32	43
Fila %	25,6	74,4	100,0
Col %	29,7	36,4	34,4
<b>NO</b>	26	56	82
Fila %	31,7	68,3	100,0
Col %	70,3	63,6	65,6
<b>TOTAL</b>	37	88	125
Fila %	29,6	70,4	100,0
Col %	100,0	100,0	100,0

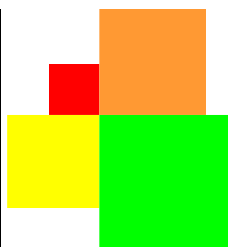


Odds Ratio (OR)	0,7404	0,3235	1,6946 (T)
Chi cuadrado, corrección de Yates n<200	0,2565		0,6125056643

Fuente: Encuestas realizadas en varios hospitales

**Tabla 27: UCI/EMERGENCIA Y RP**

RP CRUCE			
UCI_ EMERGENCIA	ALTO	BAJO/ MODERADO	TOTAL
<b>SI</b>	8	35	43
Fila %	18,6	81,4	100,0
Col %	23,5	38,5	34,4
<b>NO</b>	26	56	82
Fila %	31,7	68,3	100,0
Col %	76,5	61,5	65,6
<b>TOTAL</b>	34	91	125
Fila %	27,2	72,8	100,0
Col %	100,0	100,0	100,0

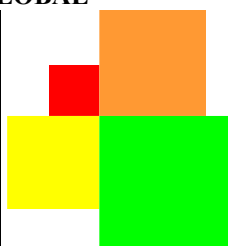


Odds Ratio (OR)	0,4923	0,2006	1,2084 (T)
Chi cuadrado, corrección de Yates n<200	1,8287		0,1762828831

Fuente: Encuestas realizadas en varios hospitales

**Tabla 28: UCI/EMERGENCIA Y MASLACH GLOBAL**

GLOBAL CRUCE			
UCI_ EMERGENCIA	ALTO	BAJO/ MODERADO	TOTAL
<b>SI</b>	8	35	43
Fila %	18,6	81,4	100,0
Col %	22,9	38,9	34,4
<b>NO</b>	27	55	82
Fila %	32,9	67,1	100,0
Col %	77,1	61,1	65,6
<b>TOTAL</b>	35	90	125
Fila %	28,0	72,0	100,0
Col %	100,0	100,0	100,0



Odds Ratio (OR)	0,4656	0,1901	1,1402 (T)
Chi cuadrado, corrección de Yates n<200	2,2037		0,1376848990

Fuente: Encuestas realizadas en varios hospitales

## 11. Discusión

La población de este estudio tiene características diferentes de las otras investigaciones hechas en el personal del área de la salud: auxiliares de enfermería, enfermeras, médicos generales y especialistas. Hay un estudio sobre *burnout syndrome* realizado a residentes en la Clínica Mayo, en los Estados Unidos, que dice que la medicina no sólo quema a los médicos; los estudiantes de medicina también ya empiezan a experimentar algunos síntomas de lo que es el *burnout syndrome* incluso antes de empezar su vida laboral (Dyrbye & Shanafelt, 2002). Esto es interesante ya que con los datos obtenidos de los internos rotativos encuestados podemos ver que esta población tiene 3,4 veces mayor probabilidad de tener afectación alta en el área de realización personal ( $p= 0.004$ ). De acuerdo con lo que dice Dyrbye & Shanafelt (2002) los estudiantes todavía ni empiezan su carrera profesional y es justo en esa área la que ya están teniendo problemas. Como se dijo en el marco teórico, la reducida realización personal es la pérdida de confianza en las propias capacidades y la presencia de un autoconcepto negativo como resultado de situaciones ingratas (Cisnero, 2004). Dentro de la jerarquía hospitalaria se sabe que el interno es el último dentro del sistema. Es el que tiene que hacer todo el trabajo sucio, encargarse de que toda información con respecto al paciente este bien tomada y este actualizada y lista para ser entregada la medico encargado. El interno tiene que descifrar como hacer todo esto, mientras llegan más pacientes y tiene diferentes órdenes de los médicos llegando por distintos lugares. Es como el malabarista de circo, tiene que jugar con todas las pelotas sin que se le caigan y brindar un buen espectáculo. Pero a veces este espectáculo no es bien reconocido. Dentro del medio hospitalario no es común que los superiores reconozcan el esfuerzo que esta haciendo el interno por cumplir con sus obligaciones. Solo se dan cuenta del mal trabajo o cuando las cosas no están bien hechas. Ahí enseguida se le

reprime al interno por no cumplir con sus tareas y por lo tanto reducen su realización personal. Y trabajar así durante un año sin que nadie reconozca el trabajo o el esfuerzo dado si provoca un desgaste mental y emocional. Otro dato que complementa esta problemática es la edad con respecto a *burnout syndrome*. Su correlación es inversamente proporcional. Se supone que a mayor edad menor *burnout*. Aquí vemos que los internos quedan desprotegidos porque son los más jóvenes de la carrera y por lo tanto los que menos saben como sobre llevar los problemas que se presentan. Se observa que tanto en el área de despersonalización (correlación= -0,185) como en agotamiento emocional (correlación= -0,213) los datos son débiles pero nos indican que si se puede considerar al ser joven como un factor contribuyente a *burnout*. Incluso los datos son interesantes porque este reporte no fue solo dado en internos sino que en residentes también y esto nos seguiría dando bases para justificar con mayor seguridad que la juventud sí influye. Sería interesante poder comparar estos hallazgos con resultados tomados en médicos de edades mayores.

El resultado global de *burnout syndrome* obtenido en el presente estudio se aproxima al demostrado en otras investigaciones, como las realizadas por Henderson (1984), Deckard, Meterko y Field (1994) (citados en Garcés de los Fayos, 2003) y Hernández (2003), en las cuales se encontraron frecuencias globales del 30 al 40%, del 50% y del 30% respectivamente. La prevalencia que se encontró en residentes e internos fue del 30% en cuanto a niveles altos de *burnout* y un 40% en niveles moderados. Estas cifras representan al 70% de la población encuestada, lo cual es muy elevado. Este 70% refiere que semanalmente trabajan un promedio de 93,46 horas, cuando lo legal y saludable son solo 40 máximo 50 horas si es que se cuenta como día laboral al sábado. Con esto vemos que los residentes e internos están trabajando prácticamente el doble de un horario semanal normal. Esta carga laboral tanto para el



médico como para el paciente es peligrosa ya que el profesional de la salud no puede llevar a cabo procedimientos complicados con total concentración, ni dar la atención respetuosa que el paciente se merece. También vemos que la relación de la carga horaria y de la cantidad de pacientes es proporcional. A mayores horas y a mayor número de pacientes mayor será el nivel de *burnout*. Lo cual es totalmente lógico, como mencionamos antes el número de horas de trabajo sobrepasan el límite normal para una persona y eso sumado a que cada residente o interno tienen 40 pacientes en promedio. El número de pacientes se ve que tiene más impacto en las áreas de agotamiento emocional y en la global. Atender a 40 pacientes es una tarea muy grande porque tienen que ser tratados por igual. Pero en la realidad esto no sucede, a quien se le atiende primero es el que mejor servicio recibe, los que quedan al último ya corren riesgo de ser atendidos de una forma más ineficiente, inhumana y más insegura. Según Courage y Williams (1986) los trabajadores de la salud están en riesgo de padecer *burnout syndrome* cuando los pacientes exigen más allá de la capacidad del médico para solucionar sus problemas. Lastimosamente esta empatía puede convertirse en apatía y el deseo de ayudar puede convertirse en deseo de escapar de la situación y eso lo logran distanciándose emocionalmente del paciente o volviéndose más rígidos con estos (Crenshaw, 1991). Para el médico empatizar con 40 pacientes en el mismo día es exigir más allá de cualquier tipo de capacidad que un profesional puede tener, y no se diga exigir eso de personas que están en formación.

También es importante señalar que en la población que se estudió tanto residentes como internos realizaban entre dos a tres turnos nocturnos semanales, lo cual se asocia con mayor frecuencia de *burnout syndrome* y percepción de un menor rendimiento y una menor calidad del trabajo realizado (Guevara, 2004). Esto se puede deber a que en las horas que se desarrollan los turnos, la capacidad de atención y toma

de decisiones, así como la rapidez y precisión de los movimientos es más reducida, lo cual contrasta con el tipo de pacientes que manejan, siendo pacientes clínicamente complejos. Esto es especialmente importante en los internos y residentes que laboran en áreas quirúrgicas. En los datos obtenidos pudimos ver que el hecho de estar trabajando en un servicio quirúrgico duplica la probabilidad de desarrollar *burnout syndrome* ( $p=0,052$ ). En un estudio realizado por Eastridge et al en cirujanos en formación vemos que la privación del sueño afecta la coordinación y destreza de los especialistas que realizan cirugía laparoscópica: los sometidos a privación del sueño se demoraron más en realizar intervenciones quirúrgicas que los que sí habían descansado (Eastridge, Hamilton, O'Keefe, Rege, Valentine, Jones, Tesfay, Thal, 2003). Y en este estudio solo reportan el tiempo que tomo llevar a cabo la intervención, no los riesgos que implica realizar cualquier tipo de intervención quirúrgica después de más de 24 horas de trabajo en las cuales no se duerme bien. En una encuesta a más de 3600 médicos residentes de Estados Unidos, se observo que trabajar más de 24 horas de forma continua se relacionaba con mayor riesgo de estrés. Siendo este generado por extenuantes jornadas de trabajo que aumentan la tendencia a cometer errores médicos, como los que ocurren al disminuirse la capacidad para realizar un procedimiento previamente conocido (Baldwin, Daugherty, Tsai, Scotti. 2003). Cada vez hay más evidencia de que este estilo de formación no es el correcto, se corren varios riesgos tanto para el médico como para el paciente.

Otro dato comparativo que es interesante es la relación que existe entre *burnout*, UCI y Emergencia. Normalmente es en los servicios mencionados anteriormente donde se ve mayor nivel de *burnout*. Pero en el caso de los datos obtenidos en este estudio vemos que los valores ( $p=0,137$ ) nos hablan de que estos dos servicios funcionarían como un factor protector a diferencia que los servicios quirúrgicos que serían de mayor

riesgo. Se podría decir que UCI y emergencia tienen un factor protector porque ellos tienen un número limitado de horas de trabajo, se mantienen en una sola área del hospital, y se les obliga a dormir un mínimo número de horas durante el turno. A diferencia de los que trabajan en áreas quirúrgicas donde tienen que estar vigilando a pacientes tanto de su unidad como de emergencia y aparte estar pendientes de cuando pueden entrar a operar, lo cual no les garantiza horas de sueño. Este es un dato que no se esperaba encontrar ya que la normativa es que tanto UCI, Emergencia como los servicios quirúrgicos sean los que más alto nivel de *burnout* presenten, esto fue cierto en solo uno de los tres servicios.

Los datos encontrados corresponden tan solo a una muestra de toda la población de internos y residentes que hay en los hospitales, es importante tomar en cuenta que a pesar de que la muestra no es muy grande los valores de *burnout* encontrados son elevados.

## 12. Conclusiones

El *burnout syndrome* se está convirtiendo hoy en un problema de salud pública en los profesionales de la salud. En el Ecuador es una entidad que no es tomada en cuenta ni en universidades ni en los hospitales. El concepto de este síndrome es relativamente conocido en todo el ámbito médico, el mayor problema es que aun no se enfrenta la realidad de la situación. Se piensa que el exceso de horas de trabajo es normal en una carrera como esta, que así es la única forma en la que aprendes. En la discusión vimos que la prevalencia de *burnout* en residentes e internos fue del 30% en cuanto a niveles altos de y un 40% en niveles moderados. Estas cifras representan al 70% de la población encuestada. Estos son los primeros datos que se obtienen ya que no se han encontrado estudios previos sobre este tema a nivel nacional, solo a nivel latinoamericano. Hay estudios hechos en Colombia que muestran que su prevalencia va desde 30 al 50% Henderson (1984), Deckard, Meterko y Field (1994) (citados en Garcés de los Fayos, 2003) y en México esta en el 30% Hernandez (2003).

Estos datos son los más cercanos con los que nos podemos identificar, ya que su sistema de formación médica es muy parecido al nuestro, los residentes e internos trabajan el mismo promedio de horas a la semana. Pero vemos que estos países ya tienen investigaciones al respecto y se esta creando una conciencia sobre la importancia de regular la cantidad de horas que trabajan los residentes y los internos, tanto por el bien de los mismos como por el bien de los pacientes. Acá en el país se necesitan más estudios al respecto, extratrapolar esta tesis a todos los hospitales de tercer nivel de las mayores ciudades del país y ver cual es la prevalencia. De esta forma podremos ver que ciertos problemas que tienen los hospitales con respecto a su personal médico no es por una mala capacitación sino que es por un sobre esfuerzo en el trabajo y de la misma forma para el aprendizaje del interno y del mismo residente. Dado que los médicos en

formación están expuestos al estrés y posterior agotamiento que les generan los retos que enfrentan durante sus estudios, es necesario revisar su capacidad de adaptación y, por tanto, su salud personal, como forma de garantizar la calidad de la atención en salud que van a brindar.

Se plantea como recomendación tanto a la facultad de medicina de la Universidad San Francisco de Quito como a los hospitales HCAM, HMQ y HVQ que se continúe efectuando investigación sobre este tema y de acuerdo con sus resultados se diseñen e implanten programas de promoción de estilos de vida saludable en el ámbito educativo y laboral, de manera que se contribuya al mejoramiento del bienestar y calidad de vida de los estudiantes y a la prevención de factores de riesgo para el manejo del agotamiento estudiantil y el posterior desarrollo de *burnout syndrome*.

### 13. Bibliografía

- Ardila, E. (2004). Burnout Syndrome y la depresión del médico de hoy. *Acta Médica Colombiana*. 32. 173. Tomado el 10 de Abril de 2010 de la base de datos SciELO.
- Baldwin D, Daugherty S, Tsai R, Scotti M. A National Survey of Resident's Self-Reported Work Hours: Thinking beyond speciality. *Acad Med* 2003;78:1154-1163.
- Benavides G, Gimeneo D, Benach J, Martínez J, Jarque S, Berra A, et al. Descripción de los factores de riesgo psicosocial en cuatro empresas. *Gaceta Sanitaria*. 2002;16(3):222-9.
- Crenshaw, R. (1991). Are increased *burnout* levels related to decreased empathic concern . *Proquest Dissertations And Theses*. 1-54. Tomado el 27 de Abril de 2010 de la base de datos Proquest Dissertations And Theses.
- Cisneros, C. (2004) El médico y el síndrome de desgaste profesional (Burn-out). *Revista Avances en Psiquiatría Biológica*. 5, 186-196. Tomado el 10 de Abril de 2010 de la base de datos SciELO.
- De la Gándara, M. Gonzáles, R. (2004) El médico con *burnout*. Conceptos básicos y habilidades prácticas para el médico de familia. *Retos en la Salud Mental del Siglo XXI en Atención Primaria*. 5-74. Tomado el 10 de Abril de 2010 de la base de datos SciELO.
- De Pablo R, Suberviola J. (2000). La prevalencia del Burnout Syndrome o desgaste profesional en médicos de atención primaria. *Atención Primaria*. 22, 580-584.
- Dyrbye, L. & Shanafelt, T. (2002). Estudiantes de medicina y médicos quemados. Recuperado de: [http://www.intramed.net/actualidad/not\\_1.asp?idNoticia=41127](http://www.intramed.net/actualidad/not_1.asp?idNoticia=41127)

- Eastridge, B., Hamilton, E., O'Keefe, G., Rege, R., Valentine, R., Jones, D., Tesfay, S., Thal, E. (2003) Effect of sleep deprivation on the performance of simulated laparoscopic surgical skill. *American Journal of Surgery*. 186,(2), 169-174.
- Garcés de los Fayos, E. (2003). Tesis sobre *Burnout*. *Asociación Colombiana para el Avance de las Ciencias del Comportamiento*. 1-5.
- Gil-Monte, P. (2000). Aproximaciones psicosociales y estudios diagnósticos sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (*Burnout*). *Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*. 16,(2), 101-2.
- Gonnella, J., Hojat, M., Mangione, S., Nasca, T. (2005). Empathy scores in medical school and ratings of empathic behavior in residency training 3 years later. *The Journal of Social Psychology*. 145, 663-670. Tomado el 28 de Abril de 2010 de la base de datos ProQuest Psychology Journals.
- Guevara, C., Henao, D., Herrera, J. (2004). Síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes. *Colombia Médica*. 35(4), 173-178. . Tomado el 10 de Abril de 2010 de la base de datos SciELO.
- Halbach, M., Spann, C., Egan, G. (2003). Effect of sleep deprivation on medical resident and student cognitive function: a prospective study. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 188,(5), 1198-1201.
- Hernandez, J. (2003). El *burnout syndrome* en médicos y enfermeras que laboran en el Instituto Nacional de Oncología y Radio Biología. *Tesis de Maestría en Psicología en Salud*.
- Howard, K., Gaba, D., Rosekind, M., Zarcone, V. (2002). The risks and implications of excessive daytime sleepiness in resident physicians. *Academic Medicine*. 77, 1019-1025.

- Levey, R., (2001) Sources of stress for residents and recommendations for programs to assist them. *Academic Medicine*. 76,(2), 142-150.
- Lincon, C., Evans, D. (2004). Informe sobre la salud en el mundo. *Organización Mundial de la Salud*. 93-113.
- Mitler, M., Dement, W., Dinges, D. (2000). Sleep medicine, public policy, and public health. En: Kryger, H., Roth, T., Dement, W., editors. *Principles and practice of sleep medicine*. 580-588.
- Organización Mundial de la Salud (2000). Salud ocupacional: Éticamente correcta, económicamente adecuada. Ginebra: *Organización Mundial de la Salud (OMS)*.
- Parshuram, S., Dhanani, S., Kirsh, J., Cox, N. (2004). Fellowship training, workload, fatigue and physical stress: a prospective observational study. *Canadian Medical Association Journal*. 170, (6), 965-970.
- Pérez, M.(2007). Burnout Syndrome en estudiantes de internado del Hospital Universidad del Norte, Salud Uninorte. 23, (1), 43-51.
- Rollinson, C., Rathlev, K., Moss, M., Killiany, R., Sassower, C., Auerbach, S., Fish, S. (2003). The effects of consecutive night shifts on neuropsychological performance of interns in the emergency department: a pilot study. *Annals of Emergency Medicine*. 41, (3), 400-406.
- Seung-Schik, P., Ninad G., Ferenc, J., Walker, M. (2007). A deficit in the ability to form new human memories without sleep. *Nature Neuroscience*, 10(3), 385-92.
- Tomado el 20 de Abril del 2010 de la base de datos ProQuest Psychology Journals.
- Tokuhama-Espinosa, T. (2009). *The new science of teaching and learning: using the best of mind, brain, and education science in the classroom*. (2009). New York: Columbia University Teachers College Press.



## 14. Anexos

### Anexo 1: Formulario de Recolección de Datos

**Prevalencia de *burnout syndrome* en los estudiantes de medicina de sexto año y en residentes de especialidades y subespecialidades que trabajan en los Hospitales Metropolitano de Quito (HM), Carlos Andrade Marín (HCAM) y Vosandes de Quito (HVQ) en el primer trimestre del 2010.**

**Fecha:**

**Numero de encuesta:**

*Burnout*

Agotamiento emocional (AE)	
Despersonalización (DP)	
Realización personal en el trabajo (RP)	
Global	
Edad	Años
Sexo	Masculino Femenino
Estado Civil	Casado Soltero
Tipo de institución	Pública Privada
Número de pacientes a su cargo a la semana	número de pacientes
Carga Horaria semanal	
Tipo de trabajador	Residente de postgrado Residente asistencial Interno de medicina
Servicio	Hospitalización Clínica Hospitalización Quirúrgica UCI Emergencia

**Anexo2: Maslach *Burnout* Inventory (MBI)**

	0	1	2	3	4	5	6
	NUNCA	POCAS VECES AL AÑO O MENOS	UNA VEZ AL MES O MENOS	UNAS POCAS VECES AL MES O MENOS	UNA VEZ A LA SEMANA	POCAS VECES A LA SEMANA	TODOS LOS DIAS
<b>1. Me siento emocionalmente agotado/a por mi trabajo.</b>							
<b>2. Me siento cansado/a al final de la jornada de trabajo.</b>							
<b>3. Me siento fatigado/a cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar.</b>							
<b>4. Comprendo fácilmente como se sienten mis pacientes.</b>							
<b>5. Creo que trato a mis pacientes como si fueran objetos impersonales.</b>							
<b>6. Trabajar todo el día con los pacientes y compañeros del centro, es un esfuerzo.</b>							
<b>7. Trato muy eficazmente los problemas de mis pacientes.</b>							
<b>8. Me siento desgastado/a por mi trabajo.</b>							
<b>9. Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de mis pacientes y compañeros de trabajo.</b>							
<b>10. Me he vuelto más insensible con las persona desde que ejerzo esta profesión.</b>							
<b>11. Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente.</b>							
<b>12. Me siento muy activo/a.</b>							
<b>13. Me siento muy frustrado en mi trabajo.</b>							

	0	1	2	3	4	5	6
	NUNCA	POCAS VECES AL AÑO O MENOS	UNA VEZ AL MES O MENOS	UNAS POCAS VECES AL MES O MENOS	UNA VEZ A LA SEMANA	POCAS VECES A LA SEMANA	TODOS LOS DIAS
<b>14. Creo que estoy trabajando demasiado.</b>							
<b>15. Realmente no me preocupa lo que le ocurre a mis pacientes y compañeros.</b>							
<b>16. Trabajar directamente con las personas me produce estrés.</b>							
<b>17. Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes.</b>							
<b>18. Me siento estimulado/a después de trabajar con mis pacientes y compañeros.</b>							
<b>19. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión.</b>							
<b>20. Me siento acabado/a.</b>							
<b>21. En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma.</b>							
<b>22. Siento que los pacientes y compañeros me culpan por alguno de sus problemas.</b>							