

UNIVERSIDAD DR. JOSÉ MATÍAS DELGADO

RED BIBLIOTECARIA MATÍAS

DERECHOS DE PUBLICACIÓN

Basados en

El Reglamento de Graduación de la Universidad Dr. José Matías Delgado

Capítulo VI, Art. 46

“Los documentos finales de investigación serán propiedad de la Universidad para fines de divulgación”

Publicado bajo la licencia Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual de Creative Commons
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/>



Se permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra siempre que se especifique el autor y el nombre de la publicación y sin objetivos comerciales, y también se permite crear obras derivadas, siempre que sean distribuidas bajo esta misma licencia

Para cualquier otro uso se debe solicitar el permiso a la Universidad

**UNIVERSIDAD DR. JOSÉ MATÍAS DELGADO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DR. LUIS EDMUNDO VASQUEZ.
ESCUELA DE MEDICINA.**



**“LA PREVALENCIA DEL SINDROME DE BURNOUT EN MEDICOS
RESIDENTES Y PRACTICANTES INTERNOS EN
LA RED NACIONAL DE HOSPITALES”**

**TESIS PARA OPTAR POR EL TITULO DE
DOCTOR EN MEDICINA**

**PRESENTADA POR:
HERIBERTO JOSE CONTRERAS MATA
ELEONORA MARIA ROMERO ESCOBAR
RAQUEL MARIA SILHY ZACARIAS – BENDEK**

**ASESOR:
DR. RAFAEL CORNEJO**

ABRIL 2008

Agradecimientos

Gracias Dios mío por todos tus beneficios, por darme tanto, por darme la oportunidad, de finalizar una carrera cuando muchos no la tienen.

Quiero dedicar este triunfo a todas las personas que me acompañaron por este camino, especialmente a mi familia.

Gracias papi y mami por su apoyo y comprensión, los quiero mucho.

Massie, gracias. Tú bien sabes que sin tu apoyo tampoco lo pude haber logrado, me comprendiste hasta el último momento y nunca dejaste de creer en mí.

Clau, desde lejos siempre estuviste pendiente y yo se que nos identificábamos, ya que pasaste por lo mismo, gracias.

Para finalizar no puedo dejar de dar las gracias al Doctor Cornejo, nuestro asesor de tesis y a todos los maestros que por este camino que recorrimos nos fueron regalando de sus conocimientos.

Eleonora María Romero Escobar

Ante todo quiero darle gracias a Dios por darme la oportunidad, la fuerza y el deseo para seguir luchando por este sueño que se vuelve realidad. También por brindarme unos compañeros solidarios con quienes hemos compartido experiencias inolvidables al trabajar juntos. Por nuestro asesor, por sus enseñanzas, paciencia y su sabiduría para poder guiarnos. Doy gracias a Dios finalmente por mi familia que siempre me apoyo y a todos mis amigos que me han apoyado en todos los momentos difíciles.

Gracias a mi familia que han vivido la carrera y el proceso de graduación conmigo, compartiendo mis alegrías, desilusiones... gracias. Sin ustedes nunca lo hubiera logrado! Los quiero mucho.

A mis compañeros de tesis, de estudio, de desvelo... muchas gracias por tenerme paciencia, por enseñarme, por no solo ser mis compañeros pero mis amigos... mis hermanos. Gracias por animarme a seguir cuando las cosas se ponían difíciles en la carrera. Sin su apoyo y amistad, este camino hubiera sido más difícil de caminar. Los quiero mucho.

A mis amigos gracias por darme su apoyo incondicional. Gracias por ayudarme a tener un balance en mi vida entre mis estudios y otras actividades recreativas. Sin ustedes me hubiera perdido entre los libros.

A mis catedráticos, ustedes que nos han visto crecer y madurar en estos años, gracias por tener la paciencia de compartir sus conocimientos, por despertar en nosotros el “gusanito” de la investigación y por siempre enfatizar que los pacientes son personas que merecen nuestra mejor atención. Gracias por creer en nosotros. Prometo no defraudarlos en mi práctica médica y recordarlos siempre.

Raquel María Silhy Zacarias – Bendek

Quiero dar Gracias, a Dios por la oportunidad que se me dio estudiar en la Universidad, terminar la carrera y hacer lo que me gusta; por tener la dicha de haber conocida a tantas personas que marcaron mi evolución personal y profesional; por poner siempre en mi camino a alguien que me sirviera de apoyo en los momentos difíciles.

Muchas gracias a mis padres que siempre me apoyaron en todos los aspectos durante este largo camino, a mi hermana que no dejo de confiar en mi en ningún momento, a mi abuela que siempre estuvo pendiente de mi; a tías que de alguna u otra forma no me dejaron de apoyar, y que pusieron en mi toda su confianza para consultarme acerca de su salud o la de mis primos; gracias por las visitas durante los turno y por las llamadas para darme ánimos.

Gracias compañeros y compañeras, por brindarme su amistad; por compartir las eternas horas de desvelo, a mis compañeras de tesis, por dejarme ser mas que uno mas del grupo, por dejarme ser realmente su amigo y a ellas, les agradezco su confianza, su capacidad de decir las cosas como son, sus alegrías, sus manías y consejos. Además quiero darle las gracias los hermanos con los que crecí y que siempre tuvieron tiempo para oírme cuando no me sentía bien o que tuvieron las disposición de levantarme el animo cuando flaqueaba.

A nuestro asesor, el Dr. Cornejo, muchas gracias por esas largas horas de asesoría, combinada con terapia de grupo, que siempre nos sirvió y no ayudo a seguir adelante en este trabajo, gracias por guiarnos hacia la finalización de esta investigación y por hacernos comprender el verdadera significado de lo que estamos haciendo, por brindarnos un poco de su conocimiento, su paciencia y tiempo de una manera tan desinteresada. Gracias los docentes y catedráticos, a todos, a los que intransigentes, a los comprensivos, a los enojados, a los joviales, a todos, por que de todos aprendí mucho y de todos me llevo muchos recuerdos. A ellos, les doy las gracias por tomarse el tiempo para enseñarnos.

Heriberto José Contreras Mata

Índice

I-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
II-DELIMITACION DEL TEMA	3
III-ANTECEDENTES	4
IV-JUSTIFICACION.....	8
V-MARCO CONCEPTUAL.....	10
VI-OBJETIVOS	26
6.1 Objetivo general:.....	26
6.2 Objetivos específicos:.....	26
VII-HIPOTESIS	28
7.1 Hipótesis General	28
7.2 Hipótesis Estadísticas.	28
VIII-METODOLOGIA	30
8.1 Tipo de estudio:.....	30
8.2 Población y Muestra.....	30
8.3Criterios de Inclusión:	31
8.4 Criterios de Exclusión:	32
8.5 Operacionalización de Variables.....	32
8.6 Procedimientos para la recolección y análisis de la información	34
8.7 Consideraciones Éticas:.....	36
IX-RESULTADOS	37
9.1 Características socio demográficas de la población.....	37
9.2 Síndrome Burnout en la población estudiada	39
9.3 Caracterización del Síndrome Burnout.....	43
X. DISCUSION	49
XI CONCLUSIONES	55
XII. RECOMENDACIONES	57
XIII. BIBLIOGRAFIA.....	58
XIV. ANEXOS.....	64

I-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Dentro del gremio médico se da mucha importancia a la calidad de los servicios ofrecidos a los pacientes, especialmente con la creciente preocupación acerca de aspectos legales. Sin embargo, en la actualidad, los servicios de salud están viéndose deteriorados por la creciente solicitud de servicios y la incapacidad de los sistemas de salud para satisfacer esta demanda; a pesar de que se exige constantemente una alta calidad del sistema de salud no se busca la raíz de la problemática. Al exigir una mejor calidad de servicios sin buscar mejorar la causa de un mal servicio solamente estamos viendo la punta de un tempano. En este sentido, el médico, se convierte en el mediador directo entre el sistema de salud y sus demandantes, convirtiéndose de esta forma en uno de los problemas del sistema de salud, no en la causa principal, aunque sea visto de esta forma.

El personal de salud es el encargado de velar por el bienestar de la población general pero se olvida o menosprecia con facilidad la importancia del cuidado de la salud de este gremio. Es un hecho ampliamente reconocido que el personal de la salud está expuesto a condiciones físicas y emocionales que son extremadamente desgastante, las cuales, son de conocimiento de la mayoría de los médicos al momento de decidir dedicarse a la medicina, pero, no son contempladas en ningún plan de estudio o laboral y por consiguiente, el médico en formación no es preparado para afrontar estas condiciones en el futuro, además de que, en la mayoría de los casos, no se le brinda, al médico, apoyo emocional o psicológico al momento de desempeñar sus labores “cotidianas” dentro del hospital. Este desgaste repercute no solamente en la calidad de vida del personal de salud sino también influye sobre la calidad de servicios que puedan ofrecer a sus pacientes.

En El Salvador se ha descuidado tanto la salud física y mental del personal médico en formación hasta el extremo que en los últimos años se ha hablado de casos de suicidios consumados entre los practicantes internos de la facultad de medicina de la universidad de El Salvador, de esta manera, se puede plantear la duda ¿este médico tuvo el Síndrome de Burnout (SB) que lo llevó a una depresión?³²

Desde la década de los setentas se ha dedicado mucho tiempo y recursos para detectar las causas en las fallas en la práctica médica, y es así como en 1974 se empieza hablar del SB⁷. En los últimos años el SB o del Trabajador Quemado ha tomado importancia al evaluar las condiciones de trabajo de la población ya mencionada y sus consecuencias en la asistencia al paciente, el trabajo en equipo y en el desarrollo de estrategias de salud. La prevención, detección temprana y tratamiento de este síndrome es una responsabilidad compartida de médicos y otros profesionales de salud. Sus consecuencias se hacen sentir sobre la pérdida del trato humanitario y del deterioro de la calidad asistencial y se debe tomar en cuenta los impactos destructivos que potencialmente encierra.

El objetivo principal de este trabajo es encontrar la prevalencia de esta enfermedad laboral y encontrar asociación de factores con el desarrollo del SB. Por lo tanto en ella se busca responder a la pregunta ¿Cuál es la prevalencia del Síndrome de Burnout en los practicantes internos y residentes en el Hospital Nacional Rosales, Hospital Nacional de Maternidad Dr. Raúl Argüello Escolán, Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom y Hospital Nacional San Rafael?

II-DELIMITACION DEL TEMA

En la presente investigación se busca trabajar en la identificación de la prevalencia del SB en los practicantes internos y en los residentes que laboran en los hospitales: Hospital Nacional Rosales, Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, Hospital Nacional de Maternidad Dr. Raúl Argüello Escolán y Hospital Nacional San Rafael. Posteriormente se hará comparaciones entre los diferentes hospitales y dentro de los hospitales entre los departamentos de las cuatro áreas de especialización.

El trabajo de campo se realizará a partir del mes de junio, ya que uno de los requisitos es tener como mínimo seis meses continuos de carga laboral.

Para analizar lo propuesto se utilizará un cuestionario con datos sociodemográficos y laborales, también se utilizará la encuesta Maslach Burnout Inventory Survey, que evalúa la frecuencia y la intensidad del SB. ⁶

Dentro de los limitantes del trabajo es no poder entrevistar a todos los sujetos del estudio porque no se obtuvo permiso por parte de las autoridades para encuestarlos.

El horario que son accesibles es en horario de trabajo, por lo que puede ser una limitante ya que por la falta de tiempo contesten los cuestionario sin darle importancia.

Otra limitación es que al pasar las encuestas los encuestados tiendan a ocultar la verdad cuando responden las preguntas que afectan a su dolencia. Puesto que pueden alterar la realidad de su situación ya sea por querer aparentar ser residentes e internos ideales o buscar sobredimensionar las condiciones laborales.

III-ANTECEDENTES

En el estudio observacional, descriptivo, transversal; titulado “Rasgos de Personalidad y burnout en médicos de familia” cuyo objetivo era investigar los rasgos de personalidad que podrían asociarse con puntuaciones altas en las escalas de Burnout (Maslach Burnout Inventory) en médicos de atención primaria, se estudiaron a un total de 528 médicos de noventa y tres centros de atención primaria de la ciudad de Barcelona y las comarcas del norte de la provincia a quienes se les administraron 3 cuestionarios; uno de datos sociodemográficos generales, el Maslach Burnout Inventory (MBI) y el test de personalidad de Cattell 16 PF-5. Concluyen que no hay una diferencia significativa entre los sexos, el 40% de la población presentó algún síntoma de Burnout y el 12.4% presentó niveles muy altos de “quemazón” profesional.¹

En los ANALES DE MEDICINA INTERNA, publicado por el Colegio Americano de Médicos – Sociedad Americana de Medicina Interna (ACP-ASIM, por sus siglas en inglés) del 05 de Marzo 2002 hay 4 artículos sobre estudios que evalúan las causas y consecuencias del SB en residentes de medicina. En uno de estos estudios se concluye que de 115 residentes de medicina interna que se incluyeron, el 76% presentó el SB y de ellos, el 50% estaba deprimido y el 9% tenía abuso de alcohol.⁴

En el estudio titulado “Síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes. En el Hospital Universitario del Valle, Cali, 2002”, se evaluaron a 150 médicos (63 practicantes internos y 87 residentes) el 85.3% (128) presentaron SB de moderado a severo siendo el componente de desgaste emocional el más afectado. De los que presentaron SB, el 90% presentaron disfunción familiar. Y concluyeron que el número de turnos semanales se asocia con el SB y la presencia de disfunción familiar.⁵

Según el estudio con título “Síndrome Burnout en médicos familiares del Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara, México”, publicado en la Revista Cubana de Salud Pública, para incluir a los médicos en el estudio piden como un mínimo de 6 meses ininterrumpidos de trabajo para poder evaluar la presencia del SB. En este, se encontró un 42.3% de prevalencia

de SB en médicos de la consulta externa, de los cuales un 84.7% tiene su mayor puntaje en la escala de baja realización, 16% en la dimensión de agotamiento emocional y 1.8% en la dimensión de despersonalización. Además, un 64.8% de los que presentó el SB se manifestó enfermo.⁸

El estudio titulado “Comparison of Burnout Among Medical Residents Before and After the Implementation of Work Hours Limits” (“Comparación del Síndrome Burnout Entre los Médicos Residentes, Antes y Después de la Implementación del Límite de Horas en el Trabajo”) realizado en 2006 ⁹, cuyo objetivo era evaluar si con la implementación del límite de horas para residentes habría una disminución de la prevalencia del SB en residentes de medicina. Planteándose las hipótesis: La tasa de burnout en residentes después de la implementación del límite de horas será menor que antes de haber implementado esta medida y, los residentes de primer año tendrán una mayor prevalencia del SB que otros residentes (debido a la presencia de otros factores no relacionados con la limitación de horas laborales). En dicho estudio observaron que la prevalencia del SB en aquellos que trabajaron más de 80 horas a la semana era de 69.2%; mientras que los que trabajaban menos de 80 horas a la semana tenían una prevalencia del 38.5%. También notaron que los residentes de primer año que trabajaban más de 80 horas a la semana presentaron el SB en un 77% y los que trabajaban menos de 80 horas a la semana presentaron un 43%.⁹

El estudio “SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL PROFESIONAL DEL HOSPITAL DE YUMBEL” presentado en el XII Congreso Nacional, VII Congreso Científico Gremial, agrupación de médicos en etapa de destinación y formación del Colegio Médico de Chile (A.G.) tuvo como objetivo general el determinar la prevalencia del SB en el personal profesional del Hospital Yumbel. El estudio que realizaron fue de tipo descriptivo y transversal. En el cual aplicaron la encuesta MBI a todo el personal profesional y no profesional del Hospital. Se determinó nula presencia de Burnout; tendencia en 22,72% y ausencia en 77,28%. Con respecto a los datos sociodemográficos concluyen relacionando el sexo femenino, la edad entre 24-40años, el estado civil soltero y el ejercicio profesional por menos de 10 años con el SB. Sin embargo, es importante hacer ver que en su población había más mujeres que hombres lo que pudo haber generado un sesgo.¹⁰

En el estudio realizado con los residentes de diferentes especialidades de Wayne State University School of Medicine titulado “Burnout Comparison Among Residents in Different Medical Specialties”¹¹ (“Comparación del Burnout entre residentes en diferentes especialidades médicas”). A quienes se les pasó el MBI, concluye el grupo de investigadores, que no hay una diferencia significativa en la prevalencia del SB entre las diferentes especialidades, lo que ellos consideran fue por una baja tasa de respuesta (35% del total de residentes respondió al encuesta). Además observaron que no hay una diferencia significativa en la prevalencia entre aquellos residentes que trabajan más de 80 horas/semana (56.8%) con aquellos que trabajan menos (43.5%). Sin embargo, si hay una diferencia significativa en la prevalencia del SB entre los residentes de primer año (77%) y residentes de segundo año o más (41.3%). Con respecto a los datos sociodemográficos no encontraron asociación con el SB y la presencia o no de hijos dentro del núcleo familiar, pero, si con el estado civil, siendo mayor la prevalencia entre aquellos solteros.

El estudio hecho en Australia en el año 2000 titulado “Burnout and psychiatric morbidity in new medical graduates”¹² (Burnout y morbilidades psiquiátricas en los nuevos graduados médicos) tenía como objetivo el determinar la prevalencia de la morbilidad psiquiátrica y el SB en estudiantes de último año y los cambios de estas medidas durante el internado. Realizaron un estudio tipo cohorte durante 18 meses; en los que evaluaron la morbilidad psiquiátrica y el SB en 6 ocasiones. Los 117 estudiantes de la primera promoción de graduados del programa de medicina de la Universidad de Sydney fueron invitados a participar y se evaluaron 110. Se les realizó la encuesta MBI en 6 ocasiones, siendo la primera ocasión: Al finalizar su carrera de medicina (lo que aquí equivale al externado), Segunda: 6 meses después de graduados de medicina. Y realizaron la encuesta en tres ocasiones más cada 3 meses durante su internado. Con lo que observaron que en la quinta encuesta hubo una prevalencia del 75% de SB entre los internos. No encontraron una diferencia significativa entre los sexos, pero si encontraron una prevalencia mayor entre los solteros.

Se realizó un estudio en Argentina, “Síndrome de burnout en médicos de hospitales públicos de la ciudad de Corrientes” que fue un estudio descriptivo y transversal con el objetivo de establecer la presencia del SB en médicos de hospitales públicos de la ciudad de Corrientes

durante el mes de noviembre de 2004. La población estuvo conformada por 80 médicos, 42 del sexo femenino y 38 del sexo masculino, de entre 25 años y 50 años, seleccionados al azar. Los resultados obtenidos fueron: El SB predominó en el sexo femenino, con un total de 22 profesionales (25%) en la categoría cansancio emocional; con respecto a edades el grupo 1 (25-34 años) resultó ser el más afectado, con un total de 36 profesionales (45%) . Según la situación conyugal, los más afectados fueron los que se encontraban en unión estable, en la variable cansancio emocional, con un total de 16 (20%); sin embargo, en la variable despersonalización, predominaron los que no se encontraban con pareja, siendo un total de 19 (23,75%). En cuanto a los años de ejercicio de la profesión, los profesionales con menos de 10 años de ejercicio, fueron los que mayor índice de Burnout presentaron, un total de 37 (46,25%). Se observó que la dimensión más afectada en la mayoría de las variables fue “cansancio emocional”, seguida inmediatamente por la dimensión “despersonalización”. 14

IV-JUSTIFICACION

El SB afecta negativamente el rendimiento de los profesionales de la salud manifestada por el desgaste físico, mental y emocional. Esto es un problema social y de salud pública que se asocia a un manejo inadecuado de las demandas laborales, que daña la calidad de vida de la persona que lo padece y disminuye la calidad de los servicios prestados por la misma. Y en consecuencia, la eficiencia y eficacia del sistema de salud también decae.

De este modo, al conocer la prevalencia del desarrollo del SB, se podrá saber si en efecto este síndrome este generando problemas dentro de nuestro sistema de salud. Y así se puedan crear sistemas para orientar y desarrollar técnicas adecuadas en el tratamiento del estrés, brindar soporte social, organizacional y funcional que amortigüe y modere el estrés laboral, generando personal de salud con mejor calidad de vida, mejor salud física y mental, que pueda brindar una mejor atención a sus pacientes.

En El Salvador no hay estudios publicados en los que se haya investigado el síndrome de Burnout en el personal de salud. Por lo tanto, con la detección del síndrome se pueden sugerir a las instituciones hospitalarias que desarrollen un sistema de apoyo adecuado para brindar ayuda al personal con el fin de sobrellevar el síndrome, minimizando así sus consecuencias, y mejorando su rendimiento dentro del sistema de salud, y al final se traduce en una mejor salud del personal médico y una mejor atención del paciente.

Se ha demostrado en estudios^{9,22} que existe una relación entre el apareamiento del síndrome y la cantidad de horas laborales semanales, lo cual en El Salvador no se ha demostrado. Por lo que si se llegase a demostrar este fenómeno se podrá sugerir que se modifique el horario de trabajo a una forma adecuada.

Este trabajo no solo ayudaría a mejorar la atención de los pacientes, sino que se traduciría en un aumento de la realización personal y laboral de cada persona, la disminución de las actitudes defensivas que se observan en el “cinismo” y rigidez de aquellos que no reconocen

su problema, mejorando así el trabajo en equipo de los miembros de los programas hospitalarios, creando un ambiente laboral placentero. Siendo cinismo un mecanismo de defensa que permite reducir al mínimo las emociones potencialmente intensas, que llevan al distanciamiento disfuncional y extremo, minimiza su involucramiento y compromiso con un trabajo que percibe demandante.

El SB es un fenómeno que se debe encarar firme y creativamente. Con este estudio se busca identificar la presencia de este síndrome en residentes y practicantes internos, identificando situaciones laborales que puedan estarlo provocando. Además se lograra identificar el grupo más vulnerable a padecer SB. Con esta investigación se lograra conocer la situación actual de los profesionales y según los resultados poder sugerir acciones de tipo preventivas y tratamiento del SB que las instituciones involucradas puedan desarrollar.

V-MARCO CONCEPTUAL

El SB es un anglicismo que se refiere a lo que en español es conocido como el síndrome de agotamiento profesional (SAP) o síndrome de desgaste profesional (SDP).⁷

El SB es un trastorno adaptativo crónico asociado con el inadecuado afrontamiento de las demandas psicológicas del trabajo que altera la calidad de vida de la persona que lo padece y produce un efecto negativo en la calidad de la prestación de los servicios médicos asistenciales.⁵

El término SB fue utilizado por primera vez por Freudemberger, en su descripción del agotamiento que sufrían los trabajadores de los servicios sociales. Sin embargo, fue Maslach en 1977, quien dio a conocer esta palabra de forma pública en el Congreso Anual de la Asociación Americana de Psicólogos. Describiendo un fenómeno de agotamiento de trabajadores que ejercían su actividad laboral con o para personas, en lo que se denominó trabajadores de servicios humanos. Profesionales que mantienen un contacto constante y directo con personas que son beneficiarias del propio trabajo: Docentes, servicios sociales, sanitarios, fuerzas de orden público.⁷

En primera instancia Freudemberger en 1974 definió el síndrome como un *“debilitamiento, agotamiento o comienzo de extenuación por excesivas demandas sobre la energía, la fuerza o los recursos”*. Esto fue como conclusión de sus observaciones como director de una clínica donde veía como sus trabajadores al cabo de un tiempo presentaban este síndrome. Posteriormente diría en 1980 que las causas son las excesivas demandas y expectativas no realistas creadas por uno mismo y/o por la sociedad. Se generaban unos síntomas de irritabilidad, cinismo y depresión de los trabajadores hacia las personas con las que trabajaban. La definición de este autor estaba encuadrada dentro de una perspectiva clínica. Se centró en el estudio de su etiología, síntomas, curso y recomendaciones de tratamiento, representando en su manifestación clínica un estado de cansancio que resulta de trabajar demasiado intensamente y sin preocuparse de sus propias necesidades.⁷

El término SB hace referencia a una situación de agotamiento, cansancio emocional, desgaste o fatiga psíquica en el trabajo, disminución de la realización personal, de la cantidad y calidad del trabajo y pérdida de energía, sobrepasando y agotando la capacidad de afrontar una situación laboral, familiar o social de forma adaptativa. A pesar de esto, la investigación sobre el *burnout* se ha centrado en el nivel laboral. La definición más aceptada es la acuñada por Maslach y Jackson en 1977, que desde una perspectiva psicosocial comenzaron a estudiar e identificar las distintas condiciones del trabajo que conducen al *burnout*, “*es un estrés crónico producido por el contacto con los clientes, el cual lleva a extenuación y distanciamiento emocional con los beneficiarios de su trabajo*”. Completada en los años 80 como “*una pérdida gradual de preocupación y de todo sentimiento emocional hacia las personas con las que trabajan y que conlleva a un aislamiento o deshumanización*” y más recientemente como “*un tipo de respuesta prolongada debida a estresores emocionales e interpersonales crónicos debida al trabajo*”⁷

Maslach y Jackson, identificaron tres aspectos básicos que conformaban el *Burnout* ^{6,7}:

- El **cansancio emocional (CE)**, supone síntomas de pérdida de energía, agotamiento físico y psíquico, fatiga, desgaste y sentimientos de estar al límite, y ocurre cuando la fuerza emocional se va consumiendo y el profesional ve cómo se vacía su capacidad de entrega a los demás, desde un nivel personal, físico y psicológico
- La **despersonalización (DP)**, supone la aparición de unos sentimientos y actitudes negativas y cínicas acerca del sujeto con el que se trabaja, con un distanciamiento emocional, irritabilidad y rechazo de los mismos. Este proceso, lleva al endurecimiento y a la deshumanización de los trabajadores frente a los usuarios a los que atienden, llegando a tratarlos en algunas ocasiones como simples objetos, números o incluso considerándolos como mercedores de sus propios problemas. En esta línea, Lief y Fox en 1963⁷, afirmaron que niveles moderados de despersonalización podían resultar adaptativos ya que minimizaban los efectos negativos y emocionales resultantes de establecer contacto con personas que normalmente tienen problemas.

- La **realización personal (RP)**, implica sentimientos de incapacidad, baja autoestima, baja efectividad en el trabajo, ideas de fracaso respecto a la propia realización, evaluación negativa, infeliz y descontento con su labor, incluso síntomas propios de depresión como moral baja, incremento de la irritabilidad, evitación de las relaciones interpersonales y profesionales, baja productividad e incapacidad para soportar la presión.

Derivado de esta definición, que es una de las más aceptadas por la comunidad científica Maslach y Jackson proporcionaron un instrumento de evaluación del *burnout*: el Maslach *Burnout Inventory* (M.B.I.).⁶ Con lo que también, intentaban analizar las causas y sus consecuencias con pequeñas evidencias empíricas no refutadas. Eran definiciones borrosas que dieron paso a centrar los estudios en la búsqueda de una definición con un modelo teórico explicativo de este fenómeno.⁷

Shirom⁶ en 1989 argumenta que el CE es el componente esencial del burnout, sugiriendo que se puede despreciar las otras dos subescalas del MBI. De acuerdo con el manual del MBI al CE se le asigna un rol central, aunque no exclusivo. De las subescalas del MBI-Human Services Survey (MBI-HSS) el CE parece ser la que más responde al ambiente laboral e interacciones sociales que caracterizan en trabajadores de servicios humanos. Esto influye en la relación entre el ambiente laboral con la DP, cuya aparición está estrechamente relacionada con el CE. A diferencia de lo anterior, la RP está menos relacionada con el CE en los modelos estructurales. Se considera que una RP disminuida puede desarrollarse paralelo a el CE, cada una surgiendo de encuentros con diferentes problemas en el ambiente laboral. Esto es, ambientes laborales caracterizados por la sobrecarga laboral o conflicto de roles, que agrava el CE. En este ambiente frecuentemente se desprecia la participación en la toma de decisiones y apoyo social, que aumentan la RP. De esta forma, ambos aspectos del burnout pueden desarrollarse de forma paralela dentro de un ambiente laboral problemático sin mayor relación causal entre las dos subescalas.⁶

El SB es un fenómeno dependiente de numerosas variables personales y contextuales como del propio trabajo a realizar, lo que hace que no aparezca como un constructo homogéneo. Por

lo que no esta universalmente aceptada una definición. ⁷ Siendo muchos los autores que han definido el SB desde diferentes puntos de vista, acuñando significados distintos a los anteriormente descritos. Por ejemplo, Jenkins y Calhoun en 1991, definieron el *burnout* como una consecuencia del estrés prolongado, reflejando la acumulación de reacciones de estrés y su connotación de fenómeno contagioso ya que cuando hay un profesional insatisfecho y deprimido sus compañeros pueden llegar a estarlo con mayor probabilidad.⁷

Los signos del SB tienden a ser más mentales que físicos² y pueden incluir sentimiento de:

1. Frustración e impotencia
2. Desesperanza
3. Desgaste emocional
4. Desapego, desinterés, aislamiento
5. Atrapado
6. Derrota o/y fracaso
7. Irritabilidad
8. Tristeza
9. Cinismo

Según un estudio hecho en el instituto del seguro social de México las manifestaciones clínicas más frecuentes debidas a daño laboral en los profesionales de la salud, se reportan aquellas como: Incremento de conductas adictivas, de trastornos psicológicos, ansiedad, tensión, irritabilidad, depresión, fatiga, trastornos del sueño, cefaleas, acidez o ardor estomacal y síntomas cardiovasculares como arritmias e hipertensión y de altos niveles de ansiedad en los profesionales de intervención en los servicios sociales. ⁸

La evolución clínica del SB se puede ver representada en el Anexo No. 1 en el cual vemos que los estímulos desencadenantes son el estrés laboral el cual se percibe a través de la demanda excesiva de trabajo debido a la poca cantidad de recursos o un alto número de pacientes por cada recurso. Atance J C reporta en su estudio que los médicos con más de 21 pacientes son los que presentan mayor índice de cansancio emocional. ¹⁸

Estar sometido al estrés laboral genera tensión, fatiga e irritabilidad en los sujetos y que luego se manifiesta como los síntomas del SB que son: indiferencia emotiva debido al desgaste emocional, cinismo secundario a la despersonalización y “retiro” por falta de realización personal. ⁷

Debido a que existen numerosas dudas sobre la validez del constructo, por tratarse de una cuestión de reciente aparición, ha sido difícil no confundirlo con otro tipo de fenómenos que o bien han sido considerados como su propia causa o al menos han estado muy relacionados, como puede ser el estrés, pobres condiciones económicas, sobrecarga de trabajo y falta de éxito percibido, crisis en el desarrollo de su carrera, insatisfacción, estrés, tedium, ansiedad, tensión, conflicto, nervios, aburrimiento, fatiga y depresión. ⁷ Una de las formas de explicar estos fenómenos, pudieran ser las teorías enunciadas por la medicina psicosomática que apoyarían y darían validez al fenómeno del SB. En el manual de psiquiatría de González de Rivera habla del termino “psicosomático” y lo define como la disciplina que trata de integrar los 3 modos de abstracción, es decir, fenómenos biológicos, psicológicos, y sociales. Esta integración puede efectuarse a nivel de investigación en la correlación entre 3 tipos de variables y tenemos entonces la psicosomática como ciencia, o puede efectuarse a nivel de praxis médica dando así resultado a la Medicina Psicosomática. ³⁰

Según Lipowsky ³⁰ los postulados básicos del enfoque psicosomático en medicina son:

- 1) La salud y la enfermedad son estados determinados por múltiples factores biológicos, psicológicos y sociales, y no hay una línea clara de demarcación entre los dos.
- 2) Los acontecimientos a un nivel cualquiera de organización, desde el molecular al simbólico, pueden repercutir en todos los demás niveles.
- 3) El diagnóstico médico no debe limitarse a la identificación de una entidad clínica particular, sino que debe además considerar la situación total del paciente.
- 4) Deben tenerse en cuenta los factores psicosociales al plantear medidas preventivas y terapéuticas.
- 5) La relación establecida entre el paciente y aquellos que se ocupan de él influye en el curso de la enfermedad y en la eficacia del tratamiento.

- 6) La psicoterapia puede ser eficaz cuando factores psicológicos contribuyen de manera significativa a la precipitación, mantenimiento o exacerbación de una enfermedad dada en una persona determinada.

En psicósomática debemos de definir algunos términos:

- 1) Síntomas funcionales es la percepción subjetiva de malestar físico, en ausencia de bases patológicas demostrables por los métodos de exploración habituales.
- 2) Conversión es un proceso automático e involuntario mediante el cual impulsos psíquicos inaceptables, eliminados de la conciencia por el mecanismo de represión, encuentran su salida transformándose en impulsos que modifican alguna función orgánica.
- 3) Síntoma de Conversión revela de forma velada el conflicto psíquico subyacente, permitiendo la expresión simbólica del impulso reprimido, o de la instancia represora o un punto medio entre ambos.
- 4) Enfermedad o trastorno psicósomático: Al revisar la literatura se encontraron 5 diferentes conceptos³⁰:
 - a. *Psicogenicidad*. La etiología radica en factores psicológicos, emocionales, o caracterológicos. Por lo tanto implica una relación causa efecto entre factores psicológicos y una enfermedad determinada.
 - b. *Alteración Funcional*. Considera los síntomas psicósomáticos como perpetuaciones inapropiadas de reacciones orgánicas que sirvieron, en su momento, para adaptarse o protegerse frente a alto estrés vital.
 - c. *Influenciabilidad psicológica*. Prescinde del requerimiento etiológico, y se considera como psicósomática toda enfermedad cuyo curso pueda ser influido de manera importante por factores psicológicos.
 - d. *Especificidad*. Una enfermedad es psicósomática cuando se asocia con una constelación específica de variables psicológicas. Flander Dunder (1943) habla de un conjunto de actitudes afectivas, modos de conducta y elaboraciones cognitivas que están relacionadas con determinadas entidades clínicas.³⁰

- e. *Multicausalidad y fracaso de las defensas.* Considera que el organismo sufre ciertas influencias desestabilizadoras, provenientes del medioambiente, a las cuales el organismo puede adaptarse por medio de una compleja organización de mecanismos de defensa. Al fallar estas defensas, o mecanismos reguladores de homeostasis, se produce un estado de disfunción orgánica que puede ser considerado como enfermedad. La consideración multifactorial distingue entre elementos patógenos (ejercen una injuria directa) y elementos sensibilizadores (acción indirecta, mediante debilitación de las defensas del organismo).
- 5) Estrés ha sido definido como³⁰:
- a. Todo estímulo susceptible de producir una reacción de lucha o huida, o factores del medio cuya influencia exige un esfuerzo inhabitual de los mecanismos homeostáticos.
 - b. Es la reacción de un cuerpo elástico ante las fuerzas que tienden a deformarlo.
 - c. Estado de desequilibrio producido en un organismo y que conduce a un cambio de conducta que tiende a restaurar el equilibrio.
 - d. Cualquier estímulo que es lo suficientemente intenso para producir una respuesta emocional debido a que es interpretado por el individuo como amenazante para su autoestima, su tranquilidad, o que demanda de él un esfuerzo especial.
 - e. Respuesta inespecífica del organismo a toda exigencia hecha sobre él
- 6) Homeostasis ³⁰:
- a. Constancia del medio interno indispensable para la vida autónoma
 - b. Conjunto coordinado de procesos fisiológicos encargados de mantener esa constancia, regulando las influencias del medio externo y las respuestas correspondientes del organismo.

Con las bases que se han sentado sobre la psicopatología se debe de profundizar un poco más sobre el estrés, la homeostasis y la enfermedad puesto que aquí radica la base del SB que será evaluado en este trabajo de investigación. ³⁰

El término “estrés” fue utilizado por primera vez en 1911 por Walter Cannon ³⁰ quien accidentalmente descubrió la influencia de factores emocionales en la secreción de adrenalina. Estrés fue el término que Cannon aplicó en un principio a todo estímulo susceptible de provocar una reacción de lucha o huida y denominó como *Estrés Crítico* al nivel máximo de estrés que un organismo puede neutralizar, es decir sin perder la homeostasis.³⁰

Selye realizó experimentos, les administraba tóxicos muy diversos a animales de experimentación y observó en ellos una respuesta estereotipada y uniforme. Notando que si el estímulo estresante persiste aparece lo que describió como *el síndrome general de adaptación* el cual definió como “la suma de todas las reacciones inespecíficas del organismo consecutivas a la exposición continuada a una reacción sistémica de estrés.” Dicho síndrome se caracteriza en su desarrollo por 3 fases ³⁰:

- 1) Primera o *Reacción de alarma* se presenta tras un tiempo de inhibición o “shock”, la respuesta del organismo se produce con gran intensidad, hay una depleción de la corteza suprarrenal de corticoides y predomina un estado catabólico general con hemoconcentración e hipocloremia.
- 2) Segunda o *Estadio de resistencia* durante la cual la corteza acumula gran cantidad de gránulos repletos de corticoides, con predominio de procesos anabólicos, recuperación del peso normal, hemodilución e hipercloremia.
- 3) En caso que persista el estímulo estresante se presenta la Tercera fase o *Fase de agotamiento* en la que se reproducen, con mayor intensidad, los fenómenos iniciales de la reacción de alarma, seguido finalmente por la muerte debido a un desgaste total de las defensas.

Tygranyan en 1976 describe que la ausencia o disminución brusca de estímulos puede ser, en sí misma, estresante y generar la misma reacción que un exceso de estímulos. ³⁰

Combinando las teorías de Cannon, Selye y Tygranyan se formuló la ley general del estrés que afirma que cuando la influencia del ambiente supera o no alcanza los niveles a los que el organismo responde con máxima eficiencia, este percibe la situación como amenazante o desagradable, desencadenándose así una reacción de lucha o huida o una reacción de estrés. ³⁰

Si se analiza la homeostasis como un continuo cambio en busca de condiciones internas más favorables para mantener constantes fisiológicas necesarias para el mantenimiento de la vida autónoma. Siendo así, las influencias del medio y los desequilibrios producidos por el desarrollo individual los que alteran continuamente los valores de estas constantes fisiológicas. Y por ende, la importancia de la homeostasis que permite al organismo tener cierta tolerancia a las variaciones de estas constantes puesto que con una variación por encima de los límites tolerables puede producir enfermedad, lesión o muerte. Esto es obvio con un estrés que brutalmente altere el valor de una constante fundamental, como por ejemplo privación de oxígeno. Menos evidente es la influencia de un estrés moderado pero continuo, como puede ser el estrés psicosocial. ³⁰

Esta relación puede expresarse de manera esquemática en la siguiente fórmula matemática:

$$E = \frac{(N + \Delta N) T}{R_g + R_a}$$

Donde:

E = estado de lesión o enfermedad.

N = valor idóneo de una constante fisiológica determinada.

ΔN = la variación experimentada por esta constante.

T = Tiempo durante el cual se mantiene dicha variación.

R_g = Tolerancia genética innata del organismo a variaciones de su medio interno y la constante considerada en particular.

R_a = Tolerancia o resistencia adquirida por el organismo a lo largo de su desarrollo a las variaciones de su medio interno. El cual puede tener un signo positivo o negativo dependiendo si aumenta o disminuye la resistencia.

Tomando en consideración estos elementos se formuló la *ley general de la homeostasis* que considera la probabilidad de que una variación en el valor idóneo de una constante fisiológica redunde en enfermedad, lesión o muerte, es directamente proporcional a la magnitud de la variación y al tiempo durante el cual se mantiene; e inversamente proporcional a la tolerancia del organismo a variaciones de esa constante, durante el período de tiempo considerado. ³⁰

Basándose en la *Ley General de la Homeostasis*, es más fácil explicar el origen de un fenómeno poco preciso dentro de los cuales podemos mencionar: El estrés, la depresión, la fatiga crónica, el SB y otros. El estrés involucra una *sobrecarga*: Sobrecarga laboral, demasiada presión física o psicológica. Las personas bajo estrés pueden imaginar que si pueden llegar a controlar todo se sentirán mejor. Sin embargo, en el SB la persona siente que no es suficiente y tiene una sensación de vacío, falta de motivación, desinterés y apatía. Las personas con SB por lo general no tienen la esperanza de un cambio positivo de su situación. Las personas que sufren de estrés lo perciben como ahogarse en las responsabilidades mientras los que presentan SB se consideran sin energía para realizar sus responsabilidades, en sequía de energía. ²

El Dr. Arch Hart en el artículo “Stress and burnout in the clergy” identifica diferencias específicas entre el estrés y el SB (Anexo No. 2) Además menciona que por lo general las personas están conscientes de estar bajo estrés pero alguien que sufre del SB no lo nota cuando lo está padeciendo.² Siendo estas entidades diferentes no están desligadas pues se considera que el estrés es un importante facilitador del SB.¹⁶

También es importante diferenciar entre la depresión y el SB, siendo la diferencia principal que el SB se limita al ambiente laboral. Y cuando se extiende al ámbito familiar se considera que el SB ha progresado a una depresión.¹⁰

La etiopatogenia del SB que afecta a los médicos según el libro “El Burnout en los Médicos”¹⁶ se divide en dos grandes grupos: 1) Factores culturales y sociodemográficos que influyen en el trabajo 2) Factores Organizativos. Dentro de los factores sociodemográficos se encontró el sexo y la edad entre otros. En su libro el Dr. Ortega¹⁶ refiere que las mujeres son más resistentes al estrés que los hombres. Sin embargo, las mujeres profesionales terminan teniendo el mismo riesgo de presentar SB que los varones debido a que ¹⁶ :

1. Asumen más responsabilidades porque confían en sus posibilidades de asumirlas sin estresarse.
2. Por factores culturales, las mujeres trabajadoras asumen gran cantidad de tareas y responsabilidades familiares, que se suman a las laborales.
3. Debido a que la mujer se ha incorporado recientemente, relativamente, al mundo profesional. Una mujer debe demostrar continuamente su valía: ser más perfeccionistas, más responsables, competitivas, trabajar más horas que sus compañeros varones.
4. Por razones biológicas y culturales las mujeres son más perfeccionistas, responsables, trabajadoras, altruistas que son rasgos de personalidad que las hacen más propensas al SB.
5. El SB está relacionado en alguna medida con la depresión, que es una enfermedad que es padecida en mayor proporción en el sexo femenino.

Por lo que en el libro “El Burnout en los Médicos”¹⁶ concluye el Dr. Lorenzo Mediano Ortega que hombres y mujeres tienen el mismo riesgo de presentar el SB.

Con respecto a la edad, el Dr. Ortega concluye que hay una homogeneidad en la prevalencia del SB entre todos los grupos de edad. Sin embargo, sí hace el análisis que a mayor edad hay un aumento de cinismo, la amargura de sueños derrotados, indiferencia ante valores morales, limitaciones físicas, el pensamiento tiende a ser más rígido y menos flexible. También con mayor edad se ha aprendido a manejar mejor el estrés y las frustraciones. Las personas jóvenes suelen ser más idealistas, ingenuidad juvenil, tienen claras metas para su vida que los motivan, creen poder contra todo pero no se ha aprendido a manejar las frustraciones, el estrés. Por lo que concluye que la edad es indiferente para el SB puesto que las ventajas se equilibran con las desventajas.

Dentro de los factores culturales que, según el libro del Dr. Ortega,¹⁶ están favoreciendo el apareamiento de este síndrome son:

1. Las expectativas de los paciente tienden a ser irreales:

- a) En la actualidad la enfermedad se considera un fallo mecánico del cuerpo y el médico es contemplado como un mecánico. En el pensamiento reduccionista en el cual si el médico no es capaz de curar al paciente, es incompetente. Y si el médico es incompetente, es el culpable de mi enfermedad. Con los avances de la ciencia médica los pacientes no conciben limitaciones de la ciencia, lo que antes generaba conformismo con un alivio de la sintomatología. Generando estrés profesional constante en los médicos.
 - b) En la actualidad la afectación más insignificante es considerada intolerable y exige curación. A diferencia de lo que solía suceder años atrás cuando consideraban enfermos aquellos que no podían trabajar o quienes podían morir, por lo que consideraban normal tener pequeños achaques.
 - c) Dentro del concepto moderno de la enfermedad pareciera transmitir que los médicos no pueden enfermar puesto que conocen y dominan a la perfección el mecanismo orgánico.
2. El cambio de la relación médico – paciente en los sistemas públicos o grandes centros sanitarios.
- a) Los médicos son funcionarios al servicio de los pacientes
 - b) Es más difícil para el médico tener empatía por el poco tiempo que tiene para atender al paciente
3. La indiferencia social ante la profesión médica ha afectado la confianza de los médicos en si mismos y su capacidad para resistir las tensiones de las situaciones que enfrentan.
4. Mayor responsabilidad penal.
5. El concepto de religión se ha vuelto un pensamiento laico, agnóstico. Incluso los creyentes relegan su fe al terreno de lo privado. Afectando a la profesión médica en que lo que antes se le exigía a Dios ahora se le exige a la medicina. Antes, la Providencia tranquilizaba respecto a las incongruencias y ante la muerte pero ahora al no satisfacer, el médico, la

ansiedad de los pacientes esto produce intranquilidad, incomodidad o tristeza en los médicos, como mínimo.¹⁶

Dentro de los factores organizativos que favorecen el apareamiento del SB están¹⁶:

1. Horarios inadecuados y con horas de trabajo excesivas
2. Falta o desconocimiento de los objetivos de trabajo: El médico dentro del ámbito público no conocen sus metas lo cual puede ser desmotivante y agotador al trabajar sin tener un rumbo hacia lo que se espera de él (ella).
3. Puestos laborales con expectativas frustrantes, puesto que se les ponen a los médicos exigencias desproporcionadas e irrealistas como ver un mínimo de 6 pacientes por hora.
4. Falta de variedad de tareas lo que genera pérdida del interés, mayor cantidad de errores, insatisfacción laboral. Sensación de “desperdicio” de las capacidades personales.
5. La burocratización se refiere a los papeleos que añaden tensión a médicos que ya están sobrecargados de trabajo, logrando que se realicen las tareas con ineficiencia y disgusto.

Se puede considerar dentro de los factores organizativos no mencionados en el libro del Dr. Artiga¹⁶ la remuneración económica, este podría ser un factor que favorezca al desarrollo del SB¹⁸.

Las consecuencias del SB son múltiples, tanto en el ámbito personal como organizacional, encontrándose mayor riesgo de sufrir enfermedades psiquiátricas, tales como depresión y trastornos de ansiedad, alcoholismo y/o farmacodependencia, ausentismo laboral, dificultades para trabajar en grupos, disminución en el nivel de satisfacción, alta movilidad laboral, despersonalización en la relación con el paciente y disminución en el rendimiento laboral entre otras.⁵ Además genera un conjunto de conductas (como el deterioro del rendimiento, la pérdida de responsabilidad, actitudes pasivo – agresivas con los pacientes y pérdida de la motivación, entre otros), en las que se implicarían tanto factores internos (valores individuales y sociales, rasgos de personalidad) como externos (organizacionales, laborales, grupales).¹

En la mayoría de países, El Salvador inclusive, se da gran importancia a los indicadores de salud de pediatría y ginecología como morbi – mortalidad neonatal, morbi – mortalidad materna, etc., debido a que estos son algunos de los indicadores utilizados para determinar el desarrollo de cada país. Esto se traduce en más inversión en las áreas de pediatría y ginecología y por lo tanto mayores exigencias para los profesionales que laboran en dichas áreas; por lo que, el estrés burocrático o político aumenta el estrés laboral de médicos pediatras y ginecólogos. 31

Dentro del grupo de residentes se ha visto que los residentes de primer año son los más vulnerables a presentar SB. 11

En el artículo titulado “El internado: Modus Vivendi del Interno” hace énfasis y describe la carga laboral y académica de los practicantes internos los cuales son sometidos a largas jornadas laborales. 17

El tratamiento del SB es un enfoque multidisciplinario en el cual requiere cambios laborales, tratamiento psicológico, apoyo de la red familiar. Dentro de las terapias utilizadas destacan las siguientes: 29

- Intervenciones individuales: Consejería, terapias breves de orientación y asesoramiento, terapias centradas en el control e inoculación de síntomas de ansiedad y depresión, resolución de problemas, etc.
- Intervenciones grupales: Consejería aplicada a grupos, técnicas centradas en actividades deportivas y psicofísicas (yoga, relajación), resolución de problemas en grupo y otras actividades de ocio y tiempo libre.
- Intervenciones en la organización o comunidad: Actuar sobre todos aquellos aspectos físicos y psíquicos del trabajo relacionados con la aparición del SB en los trabajadores.
- Prevención: La prevención está actualmente considerada como una de las herramientas más útiles en la intervención contra el SB. Implica modificar aquellas características que provocan los estadios iniciales del síndrome y el trabajo previo con las capacidades de afrontamiento de los individuos.

Para hacer un diagnóstico de SB se han desarrollado múltiples instrumentos. Sin lugar a dudas el cuestionario más utilizado ha sido el MBI ₂₁. No obstante, cabe mencionar los siguientes instrumentos que han sido aplicados a todo tipo de profesiones asistenciales, incluso algunos especialmente diseñados para estas (Anexo No. 3).

VI-OBJETIVOS

6.1 Objetivo general:

1. Determinar la prevalencia del SB en médicos residentes y practicantes internos del Hospital Nacional Rosales, Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, Hospital Nacional de Maternidad Dr. Raúl Argüello Escolán y Hospital Nacional San Rafael.

6.2 Objetivos específicos:

1. Detectar a los médicos residentes y practicantes internos que presenten el síndrome de Burnout.
2. Comparar la prevalencia del S B entre los médicos residentes y practicantes internos.
3. Comparar la prevalencia del síndrome de Burnout según el sexo.
4. Comparar la prevalencia del síndrome de Burnout según el estado civil.
5. Comparar la prevalencia del síndrome Burnout entre médicos residentes que laboran en hospitales de segundo y tercer nivel.
6. Comparar la prevalencia del S B entre practicantes internos que laboran en hospitales de segundo y tercer nivel.
7. Comparar la prevalencia del síndrome entre los médicos residentes de las diferentes especialidades (medicina interna, cirugía, ginecología y pediatría).
8. Comparar la prevalencia del síndrome según año de residencia.
9. Establecer la relación entre la cantidad de horas laborales por semana y la presencia del Síndrome de Burnout.
10. Estimar la relación entre el número de pacientes asignados a cada médico residente y el desarrollo del Síndrome de Burnout.

11. Estimar la relación entre el número de pacientes asignados a cada uno de los practicantes internos y el desarrollo de Síndrome de Burnout.
12. Estimar la relación entre la remuneración económica y la prevalencia del Síndrome de Burnout.

VII-HIPOTESIS

7.1 Hipótesis General

Existe una alta prevalencia del SB en residentes y practicantes internos.

7.2 Hipótesis Estadísticas.

1. Ho No existe una prevalencia de SB de por lo menos el 40% de los médicos residentes y practicantes internos.
Hi Existe una prevalencia de SB de por lo menos el 40% de los médicos residentes y practicantes internos.
2. Ho No existe una mayor prevalencia del SB en los practicantes internos que en los médicos residentes.
Hi Existe una mayor prevalencia del SB en los practicantes internos que en los médicos residentes.
3. Ho No existe diferencia en la prevalencia del SB según el sexo del personal de salud
Hi Existe diferencia en la prevalencia del SB según el sexo del personal de salud.
4. Ho No existe mayor prevalencia de SB en médicos residentes y practicantes internos casados o acompañados que en los que se encuentran solteros.
Hi Existe mayor prevalencia de SB en médicos residentes y practicantes internos casados o acompañados que en los que se encuentran solteros.
5. Ho No existe una diferencia significativa en la prevalencia del SB en los médicos residentes que laboran en hospitales de segundo y tercer nivel.
Hi Existe una diferencia significativa en la prevalencia del SB en los médicos residentes que laboran en hospitales de segundo y tercer nivel.
6. Ho No existe una diferencia significativa en la prevalencia del SB en los practicantes internos que laboran en hospitales de segundo y tercer nivel.
Hi existe una diferencia significativa en la prevalencia del SB en los practicantes internos que laboran en hospitales de segundo y tercer nivel.
7. Ho No existe una mayor prevalencia del SB en los médicos residentes y practicantes internos que laboran más de 80 horas a la semana

Hi Existe una mayor prevalencia del SB en los médicos residentes y practicantes internos que laboran más de 80 horas a la semana.

8. Ho No existe relación directamente proporcional entre el número de pacientes asignados y la presencia del SB en los médicos residentes.

Hi Existe relación directamente proporcional entre el número de pacientes asignados y la presencia del SB en los médicos residentes.

9. Ho No existe relación directamente proporcional entre el número de pacientes y la presencia del SB es en los practicantes internos.

Hi Existe relación directamente proporcional entre el número de pacientes y la presencia del SB es en los practicantes internos.

10. Ho No existe diferencia significativa en la prevalencia del SB en los médicos residentes de las diferentes especialidades.

Hi Existe diferencia significativa en la prevalencia del SB en los médicos residentes de las diferentes especialidades.

11. Ho No se encontrará una mayor prevalencia del SB en médicos residentes de primer año.

Hi Se encontrará una mayor prevalencia del SB en médicos residentes de primer año.

12. Ho No existe mayor prevalencia de SB en médicos residentes y practicantes internos sin remuneración económica

Hi Existe mayor prevalencia de SB en médicos residentes y practicantes internos sin remuneración económica.

VIII-METODOLOGIA

8.1 Tipo de estudio:

El estudio es de tipo analítico observacional.

8.2 Población y Muestra

DISTRIBUCION DE RESIDENTES POR NIVEL DE ATENCION HOSPITALARIA Y ESPECIALIDAD MEDICA								
	Segundo Nivel	% del total	Muestra	Tercer Nivel	% del total	Muestra	Totales	Muestra total
Medicina Interna	12	30	7	21	18	12	33	19
Cirugía	9	23	5	0	0	0	9	5
Ginecología	9	23	5	28	24	16	37	21
Pediatría	10	25	6	68	58	39	78	45
Total Residentes	40	14	23	117	41	67	157	90

DISTRIBUCION DE PRACTICANTES INTERNOS POR NIVEL DE ATENCION HOSPITALARIA Y ESPECIALIDAD MEDICA								
	Segundo Nivel	% del total	Muestra	Tercer Nivel	% del total	Muestra	Totales	Muestra total
Medicina Interna	14	34	8	40	48	23	54	31
Cirugía	9	22	5	0	0	0	9	5
Ginecología	9	22	5	0	0	0	9	5
Pediatría	9	22	5	44	52	25	53	30
Total Internos	41	15	23	84	30	48	125	71

Se trabajó con una muestra probabilística, aleatoria estratificada de manera que las proporciones tanto de practicantes internos como de médicos residentes fueron igual de significativas, para los hospitales de segundo y tercer nivel. Se tomó la muestra por especialidades ya que se requiere para la comparación y asociación de las variables por especialidad entre los hospitales de segundo nivel y tercer nivel. Los participantes cumplieron los criterios de inclusión en el estudio, no presentaron ninguno de los criterios de exclusión, los cuales son enumerados posteriormente en este documento.

Se ha tomado un nivel de confianza del 95% para todas las muestras, con un alfa de 0.5, y margen de error del 5%.

La fórmula que se utilizó³³ para calcular la muestra de la población finita es:

$$n = Z_{\alpha}^2 \frac{N \cdot p \cdot q}{i^2 (N - 1) + Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q}$$

Debido a problemas administrativos no se pudo incluir en el estudio a los residentes de cirugía ni a los practicantes internos de cirugía del Hospital Nacional Rosales. Los datos de cirugía corresponden solamente al Hospital Nacional San Rafael. Por los mismos motivos tampoco se incluyeron los practicantes internos de ginecología del Hospital Nacional de Maternidad “Dr. Raúl Argüello Escolán” solamente a los practicantes internos del Hospital San Rafael. (Cuadro No.3)

8.3 Criterios de Inclusión:

Fueron incluidos en el estudio:

- Los sujetos con un mínimo de 6 meses de trabajo continuo.
- Los sujetos que aceptaron voluntariamente participar en este, y que además firmen el consentimiento informado.
- Los médicos residentes y practicantes internos de los diferentes centros asistenciales a considerar dentro del estudio, sin importar el área de especialidad médica en la que se encuentran trabajando.

8.4 Criterios de Exclusión:

Fueron excluidos del estudio:

- Los médicos residentes y practicantes internos que tenían menos de 6 meses continuos de trabajo.
- Los médicos residentes que hayan tenido vacación dentro de un periodo menor a 6 meses al momento de realizar el estudio de campo.
- Los practicantes internos que hayan realizado rotación de salud pública previo a la realización del estudio de campo.
- Los médicos residentes o practicantes internos que se encontraron posturno al momento de pasar la encuesta.
- Lo sujetos de estudio que presentan patologías psiquiátricas conocidas y que se encuentran consumiendo medicamentos antidepresivos, ansiolíticos y anticolinérgicos al momento del estudio o lo hayan suspendido en un período menor a 6 meses.
- Los residentes de cuarto año y de subespecialidades médicas, ya que los hospitales de segundo nivel no cuentan con residentes de cuarto año en todas las especialidades médicas ni con residencias en todas las subespecialidades.

8.5 Operacionalización de Variables

Las variables incluidas en el estudio fueron: (Anexo 5)

- Edad: Se define como el tiempo en años transcurrido desde el nacimiento. La cual se categorizará en los siguientes rangos: 21 a 25 años, 26 a 30 años, de 31 a 35 años y de 36 años o mayores.
- Sexo: Condición orgánica que distingue el hombre de la mujer. Categorizado en femenino y masculino.
- Estado Civil: Condición de cada individuo en relación con los derechos y obligaciones civiles. Se categorizará en: soltero/divorciado y casado/acompañado.
- Especialidad Médica: Área médica en la cual un médico general adquiere conocimientos especiales para dedicarse a una rama en particular de la medicina (medicina interna, cirugía, ginecología, pediatría).

- Cargo Actual:
 - Médico Residente: Médico general realizando un programa de especialización.
 - Practicante Interno: Estudiante de medicina que se inicia en la practica de la medicina dentro de un hospital, a las ordenes de un jefe de servicio. Estudiante del 7° año de carrera. Se Nombrara más adelante como Cargo Actual.

- Año de Residencia: Los años de residencia que ha cursado el sujeto de estudio. Se divide en residente de primer año, residente de segundo año y residente de tercer año.
- Remuneración económica: Precio o pago de un trabajo o servicio. Esta variable se categorizará en: recibe remuneración y no recibe remuneración.
- Número de pacientes asignados: Cantidad objetiva de pacientes de los cuales cada uno de los individuos del estudio es responsable. Se categorizará en: 0 a 20 pacientes a cargo, 21 o más pacientes a cargo y otros (emergencia, partos, sala de operaciones y cuidados intensivos)
- Horas trabajadas a la semana: Promedio apreciativo de horas trabajadas por cada uno de los individuos del estudio en un lapso de 1 semana, tomando de referencia la semana anterior a la fecha en que se realiza la encuesta.
- Hijos: Persona respecto a su padre o su madre. Referencia de familia: que esta bajo la autoridad paterna o tutelar y por extensión. Se categoriza en: si tiene hijos y no tiene hijos.
- Lugar de trabajo: Hospital en el cual el individuo participante del estudio labora.
- Vacaciones: Período de descanso, suspensión anual de las audiencias de trabajo.
- Nivel de Atención Hospitalaria:
 - Hospital de segundo nivel: Hospitales generales, con servicios de medicina interna, cirugía general, ginecología y pediatría. Se toma como hospital de segundo nivel al Hospital Nacional San Rafael.

- Hospital de tercer nivel: Hospitales en los que se laboran especialistas para la atención de problemas patológicos de mayor complejidad. Estos hospitales son específicos para una especialidad médica. Se toman como hospitales de tercer nivel: Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, Hospital Nacional de Maternidad Dr. Raúl Argüello Escolán y Hospital Nacional Rosales.

8.6 Procedimientos para la recolección y análisis de la información

Para recolectar los datos se emplearon dos encuestas. La primera diseñada para la obtención de datos sociodemográficos y laborales con variables como edad, sexo, estado civil, presencia o no de hijos, remuneración, vacaciones recientes, cargo desempeñado, número de pacientes, área de especialización. En la cual se incluyeron preguntas distractoras, siendo estas las preguntas número 7, 10, 11, 14, 17, 19, 20, 22 y 24, para evitar que los sujetos de estudio puedan identificar el SB como objetivo de la evaluación; estas preguntas no son analizadas ni evaluadas en este estudio (Anexo No. 6); la pregunta número 23 se utilizó para evaluar un criterio de exclusión. La otra encuesta es la Escala de Valoración de Maslach Burnout Inventory (MBI-HS) para valorar y analizar el SB (Anexo No 7). Al realizar las encuestas los encuestadores en ningún momento mencionaron la palabra Burnout, ni hacer referencia al tema Burnout o trabajador quemado.

La escala Maslach Burnout Inventory (MBI-HS), creada por Maslach y Jackson en 1981 es el instrumento recomendado y más utilizado para evaluar y medir la presencia del síndrome de Burnout.²⁰ Originalmente el instrumento fue elaborado para ser utilizado en profesionales de la salud, actualmente el cuestionario consta de 22 ítems distribuidos en tres dimensiones: 1) Cansancio emocional, que se considera como la sensación de estar emocionalmente sobrecargado y exhausto por el trabajo realizado, el cual consta de 9 ítems (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20); 2) Despersonalización, la cual se refiere a una respuesta desinteresada e impersonal hacia el paciente que recibe los servicios que se le brindan, que consta de 5 ítems (5, 10, 11, 15, 22); y 3) Falta de realización en el trabajo, se refiere a la sensación de falta de competencia y cumplimiento de metas o propósitos en el trabajo que se realiza, que se compone de 8 ítems (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21); se construyen de esta forma las tres

subescalas del MBI y en donde se suman los ítems (siete opciones de respuesta escala de Likert de 0 a 6) de acuerdo con la dimensión, las dos primeras son positivas y la última se considera negativa. De esta forma un sujeto que se encuentra en la categoría "alto" en las dimensiones de agotamiento emocional y despersonalización, y "bajo" para realización personal en el trabajo puede ser categorizado como un sujeto con alta tendencia a presentar Burnout. ⁶

La relación entre puntuación y grado de Burnout es dimensional, es decir no existe un punto de corte que indique si existe o no existe la entidad, lo que se ha hecho es distribuir los rangos de las puntuaciones totales de las dimensiones en tres tramos que definen un nivel de SB experimentado. Las categorías son bajo, medio y alto para cada una de las dimensiones, la cual se especifica en el Anexo No. 8.

En muchos estudios han aparecido reflexiones y críticas acerca del concepto de SB. Se ha discutido sobre el cansancio emocional, llegando a concluir que es la dimensión clave del concepto, pues las otras dimensiones pueden estar asociadas a rasgos de personalidad. En bastantes investigaciones recientes solo la dimensión de cansancio emocional es considerada válida y relacionada con Burnout. Por otro lado en diversas ocasiones se ha expuesto que no siempre aparecen las tres dimensiones claramente.²⁰

Nosotros tomaremos al Cansancio emocional en su rango alto como la dimensión básica e individual para definir al sujeto con SB alto en este estudio. ⁷

Se llevó a cabo la validación de los encuestadores. Esta validación fue hecha por un psiquiatra calificado.

El procedimiento de recolección de datos se realizó por medio de encuestas anónimas e individuales. Antes de que los participantes contestaran el instrumento de recolección de datos se les entregó dos copias del consentimiento informado las cuales fueron firmadas, una copia para el participante y otra que guardó el encuestador. Se realizaron las entrevistas en los respectivos puestos de trabajo y cuando los sujetos llegaban a sus respectivas clases. En algunas ocasiones los encuestadores hicieron las preguntas de forma individual a cada sujeto y tomaron nota de las respuestas dadas. Antes de entregarles el instrumento de recolección de

datos se les explicó como contestar cada ítem. En los casos que algún sujeto no entendía alguna pregunta el encuestador dió sinónimos de las palabras no comprendidas o reformulaba la pregunta de forma que fuera comprensible. Para asegurar el anonimato de los participantes los encuestadores no marcaron de ninguna forma las encuestas, simplemente las introdujeron en un fólter manila rotulado con el nombre de la institución donde labora el participante.

Los resultados fueron vertidos en matrices de datos que se realizaron en el programa Microsoft Excel 2007. El análisis de los resultados se realizó por medio del programa SPSS versión 15.0 para Windows.

Para encontrar la asociación entre las diferentes variables, se construyeron tablas de contingencia y se calculó Chi-cuadrado, Phi de Kramer, V de Kramer (magnitud de la asociación) y Anova de un factor para la relación de SB entre las diferentes especialidades.

8.7 Consideraciones Éticas:

Se solicitó el permiso al Comité Nacional de Ética e Investigación, a la vez se solicitó el permiso a los Comités de Ética de cada hospital.

Los participantes que aceptaron entrar al estudio lo harán de manera anónima, no se revelará información del resultado de cada una de las encuestas y el MBI a ninguna persona fuera del grupo de investigadores, y se respetará el anonimato de los sujetos de estudio.

No se incluyó a los sujetos que así lo desearon y lo manifestaron al momento de solicitar que firmen el consentimiento informado para participar en la investigación.

Los consentimientos informados firmados fueron recolectados en un sobre de manila diferente al de las encuestas para así asegurar el anonimato de los resultados.

Para evitar falsas respuestas no se les informó a los participantes sobre los verdaderos objetivos del estudio, solamente se les informó que es un trabajo de tesis que estudia los estilos de vida de los médicos residentes y de los practicantes internos.

IX-RESULTADOS

9.1 Características socio demográficas de la población

El presente estudio contó con una población de 282 sujetos, se entrevistaron 275, de los cuales se excluyeron 53 sujetos, quedando una muestra final de 222.

Cuadro 1. Características de la población estudiada según sexo, edad y estado civil, y presencia de hijos

		Frecuencia	%
Sexo del participante	Masculino	104	46.8
	Femenino	118	53.2
	Total	222	100.0
Edad del participante	21 a 25 años	81	36.5
	26 a 30 años	106	47.7
	31 a 35 años	32	14.4
	Mayor de 36 años	3	1.4
	Total	222	100.0
Estado civil del participante	Soltero	172	77.5
	Casado	50	22.5
	Total	222	100.0
Presencia o no de hijos del participante	SI	47	21.2
	NO	175	78.8
	Total	222	100.0

La distribución por sexo de los 222 sujetos del estudio presentó una proporción similar de hombre y mujeres. La edad de los sujetos osciló entre los 21 y mayores 36 años de los cuales 84.2 % se encuentran entre los 21 y 30 años y solamente el 15.8 % se encuentran arriba de los 30 años. El 77.5 % de los sujetos se encuentran solteros al momento del estudio. Adicionalmente el 78.8 % de los participantes no tenían hijos en el momento que se realizó nuestro estudio. (Cuadro No.1)

Cuadro 2. Características de la población estudiada según cargo desempeñado, nivel de atención y sueldo.

		Frecuencia	%
Cargo Actual del Sujeto	Residente	118	53.2
	Interno	104	46.8
	Total	222	100.0
Nivel de Atención Hospitalaria	Segundo Nivel	72	32.4
	Tercer Nivel	150	67.6
	Total	222	100.0
Recibe sueldo mensual	SI	191	86.0
	NO	31	14.0
	Total	222	100.0

En cuanto a las características laborales de la población en nuestro estudio, se trabajó con dos grupos o categorías: Médicos Residentes (53.2 %) e Internos (46.8 %). Estos estaban ubicados de acuerdo al nivel de atención que brinda el hospital un 32.4 % en hospitales de segundo nivel y 67.6% en hospitales de tercer nivel. Adicionalmente de toda la muestra reciben remuneración económica el 86 % (Cuadro No.2).

Cuadro 3. Distribución de la población por especialidades médicas y niveles de atención hospitalaria

	Nivel del hospital donde trabaja el sujeto					
	Segundo Nivel		Tercer Nivel		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Especialidad Medica						
Medicina Interna	26	36.1	43	28.7	69	31.1
Cirugia	16	22.2	0	.0	16	7.2
Gineco obstetricia	13	18.1	19	12.7	32	14.4
Pediatria	17	23.6	88	58.7	105	47.3

9.2 Síndrome Burnout en la población estudiada

Cuadro 4. Estado del SB Según el Sexo

		Sexo del Sujeto			
		Masculino		Femenino	
		Frecuencia	%	Frecuencia	%
Estado de SB	BAJO	19	18.3	18	15.3
	MEDIO	19	18.3	20	16.9
	ALTO	66	63.5	80	67.8
	Total	104	100.0	118	100.0

$P > 0.05$ Prueba Chi cuadrado para comparación de proporciones

Observamos que no existe relación entre el sexo y el estado del SB. La prevalencia es igual en los sujetos de sexo masculino como femenino (63.5 % vs 67.8%) $P > 0.05$. Encontrándose una razón aproximada masculino: femenino de 1 : 1 (Cuadro No.4)

Cuadro 5. Estado del SB Según el Estado Civil

		Estado civil del Sujeto			
		Soltero		Casado	
		Frecuencia	%	Frecuencia	%
Estado de SB	BAJO	22	12.8	15	30.0
	MEDIO	29	16.9	10	20.0
	ALTO	121	70.3	25	50.0
	Total	172	100.0	50	100.0

$P < 0.05$ Prueba Chi cuadrado para comparación de proporciones. Phi – V de Kramer = 0.207

Observamos que existe relación entre el estado civil de los sujetos y el estado de burnout, encontrándose una prevalencia de SB del 70.3 % entre los sujetos solteros y de 50 % entre los sujetos casados demostrando una significancia estadística, pero una débil asociación de las variables (Cuadro No.5). Es importante señalar que para esta categoría la muestra no se distribuyó equitativamente.

Cuadro 6. Estado del SB Según el Nivel de Atención Hospitalaria.

		Nivel de Atención Hospitalaria			
		Segundo		Tercero	
		Frecuencia	%	Frecuencia	%
Estado de SB	BAJO	16	22.2	21	14.0
	MEDIO	10	13.9	29	19.3
	ALTO	46	63.9	100	66.7
	Total	72	100.0	150	100.0

P > 0.05 Prueba Chi cuadrado para comparación de proporciones

En el Cuadro No 6 se muestra que no existe relación entre el Nivel de Atención Hospitalario y el estado de Burnout, encontramos una prevalencia de SB del 63.8 % entre los sujetos de los hospitales de Segundo Nivel y de 66.6 % entre los sujetos de hospitales de Tercer Nivel.

Cuadro 7. Estado del SB en los residentes y practicantes internos

		Cargo Actual del Sujeto			
		Residente		Interno	
		Frecuencia	%	Frecuencia	%
Estado de SB	BAJO	33	28.0	4	3.8
	MEDIO	22	18.6	17	16.3
	ALTO	63	53.4	83	79.8
	Total	118	100.0	104	100.0

P < 0.05 Prueba Chi cuadrado para comparación de proporciones. Phi – V de Kramer = 0.000

En cuanto el SB entre los residentes y los practicantes internos se observa que existe relación entre el cargo desempeñado y el estado de Burnout en la población; la asociación entre estas dos variables es fuerte, demostrándose que hay mayor prevalencia del SB entre los practicantes internos que en los residentes (79.8% vs. 53.4%) (Cuadro No 7)

Cuadro 8. Estado del SB en los residentes

		Estado del SB Segun el año de Residencia					
		R 1		R 2		R 3	
		Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Estado de SB	BAJO	15	28.3	9	29.0	9	26.5
	MEDIO	10	18.9	5	16.1	7	20.6
	ALTO	28	52.8	17	54.8	18	52.9
	Total	53	100.0	31	100.0	34	100.0

$P > 0.05$ Prueba Chi cuadrado para comparación de proporciones

No encontramos relación entre el estado de SB y el año de resindentado, presentándose en más del 50% de los grupos en cada caso (Cuadro No. 8).

Cuadro 9. Relación entre el estado de Burnout con la especialidad médica

		Especialidad Medica del Sujeto							
		Medicina Interna		Gineco obstetricia		Pediatria		Total	
		Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Categorizacion del SB	BAJO	11	40.7	11	40.7	8	14.3	30	27.3
	MEDIO	4	14.8	3	11.1	13	23.2	20	18.2
	ALTO	12	44.4	13	48.1	35	62.5	60	54.5

Prueba Anova $p > 0.05$

Observamos que no existe relación entre estas especialidades médicas y el estado de burnout (Cuadro No. 9).

Cuadro 10. Relación entre el estado de Burnout y la remuneración económica

		Recibe sueldo mensual			
		SI		NO	
		Frecuencia	%	Frecuencia	%
Estado de Burnout	BAJO	33	17.3	4	12.9
	MEDIO	32	16.8	7	22.6
	ALTO	126	66.0	20	64.5
	Total	191	100.0	31	100.0

$P > 0.05$ Prueba Chi cuadrado para comparación de proporciones

No observamos relación entre el SB y la remuneración económica; es importante señalar que la muestra no se distribuyó equitativamente, encontrándose un 86% de sujetos que reciben remuneración económica (Cuadro No. 10).

Cuadro 11. Relación entre el estado de Burnout y las horas de trabajo

		Horas de trabajo a la semana			
		Menos de 80 horas	Entre 81 y 100 horas	Entre 101 y 120 horas	Mas de 120 horas
		%	%	%	%
Estado de SB	BAJO	62.5	16.7	10.5	20.3
	MEDIO	12.5	26.7	13.7	15.3
	ALTO	25.0	56.7	75.8	64.4
	Total	100.0	100.0	100.0	100.0

$P < 0.05$ Prueba Chi cuadrado para comparación de proporciones V- Phi de Kramer = 0.02

Hay una diferencia significativa entre las horas de trabajo y el SB, entre más horas de trabajo mayor prevalencia de SB. Los que trabajan menos de 80 horas presentan un 25% de SB alto y entre los que trabajan más de 80 horas presentan un promedio de 65.6% de SB alto.

Cuadro 12. Distribución del SB de relación al número de pacientes por cada participante

		Numero de pacientes que el participante tiene a cargo							
		1 a 20 ptes		21 o más ptes		Otros		Total	
		Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Estado de Burnout	BAJO	15	12.3	6	20.7	16	22.5	37	16.7
	MEDIO	21	17.2	3	10.3	15	21.1	39	17.6
	ALTO	86	70.5	20	69.0	40	56.3	146	65.8

$P > 0.05$ Prueba Chi cuadrado para comparación de proporciones

Observamos que no existe relación entre el número de pacientes a su cargo y el estado de Burnout. (Cuadro 12)

9.3 Caracterización del Síndrome Burnout

Cuadro No. 13 Resultados del MBI en los participantes del estudio

		Frecuencia	%
Despersonalización	BAJO	81	36.5
	MEDIO	65	29.3
	ALTO	76	34.2
Cansancio Emocional	BAJO	37	16.7
	MEDIO	39	17.6
	ALTO	146	65.8
Realización Personal	BAJO	133	59.9
	MEDIO	61	27.5
	ALTO	28	12.6
	Total	222	100.0

De la muestra hay un 65.8% de sujetos que presentó cansancio emocional (CE) ≥ 27 , el 34.2% presentó Despersonalización (DP) ≥ 10 y un 59.9 % presentó una realización personal (RP) 0 a 30 (Cuadro No. 13)

Cuadro No. 14 Resultados del MBI en los participantes del Hospital Nacional San Rafael.

		Residentes		Internos	
		Frecuencia	%	Frecuencia	%
Despersonalización	BAJO	16	43.2	8	22.9
	MEDIO	12	32.4	9	25.7
	ALTO	9	24.3	18	51.4
Cansancio Emocional	BAJO	15	40.5	1	2.9
	MEDIO	6	16.2	4	11.4
	ALTO	16	43.2	30	85.7
Realización Personal	BAJO	22	59.5	16	45.7
	MEDIO	10	27.0	12	34.3
	ALTO	5	13.5	7	20

Se encontró un 43.2% de residentes del HNSR con $CE \geq 27$, 24.3 % con $DP \geq 10$ y 59.5 % con $RP \geq 40$ (Cuadro No.14). Dentro de los practicantes internos de esta misma institución, encontramos que un 85.7% presentó $CE \geq 27$, 51.4 % $DP \geq 10$ y el 45.7 % $RP \geq 40$ (Cuadro No. 14).

Cuadro No. 15 Resultados del MBI en los participantes del Hospital Nacional Rosales.

		Residentes		Internos	
		Frecuencia	%	Frecuencia	%
Despersonalización	BAJO	5	33.3	11	39.3
	MEDIO	7	46.7	5	17.9
	ALTO	3	20.0	12	42.9
Cansancio Emocional	BAJO	5	33.3	1	3.6
	MEDIO	3	30.0	5	17.9
	ALTO	7	46.7	22	78.6
Realización Personal	BAJO	9	60.0	17	60.7
	MEDIO	3	20.0	6	21.4
	ALTO	3	20.0	5	17.9

Se encontró un 46.7 % de residentes del HNR con $CE \geq 27$, 20.0 % con $DP \geq 10$ y 60.0 % con $RP \geq 40$ (Cuadro No.15). Dentro de los practicantes internos de esta misma institución, encontramos que un 78.6% presentó $CE \geq 27$, 42.9 % $DP \geq 10$ y el 60.7 % $RP \geq 40$ (Cuadro No. 15). La muestra fue exclusivamente de la especialidad de Medicina Interna, debido a dificultades ya mencionadas.

Cuadro No. 16 Resultados del MBI en los participantes del Hospital Nacional de Maternidad.

		Residentes		Internos	
		Frecuencia	%	Frecuencia	%
Despersonalización	BAJO	12	63.2	0	0
	MEDIO	2	10.5	0	0
	ALTO	5	26.3	0	0
Cansancio Emocional	BAJO	8	42.1	0	0
	MEDIO	3	15.8	0	0
	ALTO	8	42.1	0	0
Realización Personal	BAJO	12	63.2	0	0
	MEDIO	3	15.8	0	0
	ALTO	4	21.1	0	0

Se encontró un 42.1 % de residentes del HNM con CE \geq 27, 26.3 % con DP \geq 10 y 63.2 % con RP \geq 40 (Cuadro No.16). No pudo evaluarse a la población de internos por dificultades ya descritas previamente.

Cuadro No. 17 Resultados del MBI en los participantes del Hospital Nacional Benjamín Bloom.

		Residentes		Internos	
		Frecuencia	%	Frecuencia	%
Despersonalización	BAJO	16	34.0	13	31.7
	MEDIO	17	36.2	13	31.7
	ALTO	14	29.8	15	36.6
Cansancio Emocional	BAJO	5	10.6	2	4.9
	MEDIO	10	21.3	8	19.5
	ALTO	32	68.1	31	75.6
Realización Personal	BAJO	30	63.8	27	65.9
	MEDIO	15	31.9	12	29.3
	ALTO	2	4.3	2	4.9

Se encontró un 68.1 % de residentes del HNBB con CE \geq 27, 29.8 % con DP \geq 10 y 63.8 % con RP \geq 40 (Cuadro No.17). Dentro de los practicantes internos de esta misma institución, encontramos que un 75.6 % presentó CE \geq 27, 36.6 % DP \geq 10 y el 65.9 % RP \geq 40 (Cuadro No. 17).

Cuadro No. 18 Resultados del MBI en los participantes del estudio según el cargo desempeñado

		Cargo Actual del Participante			
		Residente		Interno	
		Frecuencia	%	Frecuencia	%
Despersonalización	BAJO	49	41.5	32	30.8
	MEDIO	38	32.2	27	26.0
	ALTO	31	26.3	45	43.3
Cansancio Emocional	BAJO	33	28.0	4	3.8
	MEDIO	22	18.6	17	16.3
	ALTO	63	53.4	83	79.8
Realización Personal	BAJO	73	61.9	60	57.7
	MEDIO	31	26.3	30	28.8
	ALTO	14	11.9	14	13.5
Total		118	100.0	104	100.0

Dentro de la muestra de residentes encontramos que 53.4% presentó $CE \geq 27$, un 26.3% presentó $DP \geq 10$ y un 61.9% presentó una $RP \geq 40$. (Cuadro No. 16). Dentro de la muestra de practicantes internos encontramos que 79.8% presentó $CE \geq 27$, un 43.3% presentó $DP \geq 10$ y un 57.7% presentó una RP 0 a 30 (Cuadro No. 18).

Cuadro No. 19 Resultados del MBI en los participantes del estudio según el cargo desempeñado, en el tercer nivel de atención

		Tercer Nivel de Atención Hospitalaria			
		Residente		Interno	
		Frecuencia	%	Frecuencia	%
Despersonalización	BAJO	49	41.5	32	30.8
	MEDIO	38	32.2	27	26.0
	ALTO	31	26.3	45	43.3
Cansancio Emocional	BAJO	33	28.0	4	3.8
	MEDIO	22	18.6	17	16.3
	ALTO	63	53.4	83	79.8
Realización Personal	BAJO	73	61.9	60	57.7
	MEDIO	31	26.3	30	28.8
	ALTO	14	11.9	14	13.5
Total		118	100.0	104	100.0

Encontramos $CE \geq 27$ dentro del grupo de los residentes del tercer nivel de atención de 53.4 %, con $DP \geq 10$ en el 26.3 % y $RP \geq 40$ en el 61.9 %. En los practicantes internos del tercer nivel de atención, encontramos $CE \geq 27$ de 79.8%, con $DP \geq 10$ en el 43.3 % y $RP 0$ a 30 en el 57.7 % (Cuadro No. 19).

Cuadro No. 20 Resultados del MBI en los médicos residentes participantes del estudio según el año de residencia en el que se encuentran

		Cargo Actual del Participante					
		R 1		R 2		R 3	
		Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Despersonalización	BAJO	20	37.7	16	51.6	13	38.2
	MEDIO	22	41.5	6	19.4	10	29.4
	ALTO	11	20.8	9	29.0	11	32.4
Cansancio emocional	BAJO	15	28.3	9	29.0	9	26.5
	MEDIO	10	18.9	5	16.1	7	20.6
	ALTO	28	52.8	17	54.8	18	52.9
Realización Personal	BAJO	32	60.4	18	58.1	23	67.6
	MEDIO	14	26.4	9	29.0	8	23.5
	ALTO	7	13.2	4	12.9	3	8.8
	Total	53	100.0	31	100.0	34	100.0

Observamos un $CE \geq 27$ en el 52.8 % de los residentes de primer año, en el 54.8% de los residentes de segundo año y un 52.9 % en los residentes de tercer año. Observamos un $DP \geq 10$ en el 20.8 % de los residentes de primer año, en el 29% de los residentes de segundo año y un 32.4 % en los residentes de tercer año. Observamos un $RP 0$ a 30 en el 60.4 % de los residentes de primer año, en el 58.1% de los residentes de segundo año y un 67.6 % en los residentes de tercer año. (Cuadro No 20)

Cuadro No. 21 Resultados del MBI en los médicos residentes participantes del estudio según la especialidad médica en la que laboran.

		Especialidad Medica del Participante					
		Medicina Interna		Gineco obstetricia		Pediatria	
		Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Despersonalización	BAJO	7	25.9	17	63.0	23	41.1
	MEDIO	14	51.9	2	7.4	17	30.4
	ALTO	6	22.2	8	29.6	16	28.6
Cansancio Emocional	BAJO	11	40.7	11	40.7	8	14.3
	MEDIO	4	14.8	3	11.1	13	23.2
	ALTO	12	44.4	13	48.1	35	62.5
Realizacion Personal	BAJO	17	63.0	17	63.0	34	60.7
	MEDIO	6	22.2	5	18.5	19	33.9
	ALTO	4	14.8	5	18.5	3	5.4
Total		27	100.0	27	100.0	56	100.0

Observamos un CE ≥ 27 en el 44.4% de los residentes de medicina interna, el 48.1% en los residentes de ginecología / obstetricia y un 62.5% en los residentes de pediatria. Observamos DP ≥ 10 en el 22.2% de los residentes de medicina interna, el 29.6% en los residentes de ginecología / obstetricia y un 28.6% en los residentes de pediatria. Se observó RP 0 a 30 en el 63% de los residentes de medicina interna, el 63% en los residentes de ginecología /obstetricia y un 60.7% en los residentes de pediatria (Cuadro No. 21).

X. DISCUSION

En nuestro trabajo realizamos una investigación en varios hospitales de la red nacional donde no se había hecho antes el estudio del síndrome de Burnout. El SB como se ha descrito produce consecuencias negativas tanto personales como laborales en los médicos^{2,9,11}. Estudios internacionales^{2, 19, 20, 22} demuestran que el SB es un problema actual entre los Residentes y los Practicantes Internos. La escasez de investigaciones en el nivel nacional, justifican nuestro estudio. Adicionalmente con base a nuestros resultados el estudio se podría tomar como piloto para otros estudios venideros y brindará información sobre el tema, ya que no existe una estadística nacional sobre la patología.

El análisis estadístico entre las variables sexo del sujeto y SB revelo que no es estadísticamente significativa la diferencia entre ambos sexos; En ambos sexos se observo que más del 60% cumplen con criterios de cansancio emocional alto. Willcock¹² no encuentra diferencia de SB entre los sexos. El sexo es un factor sociodemográfico que puede influir en el SB pero hombre y mujeres tiene el mismo riesgo de presentar el SB¹⁶.

Al analizar las variables estado civil contra el SB se observó que si hay una relación entre ellas pero con una asociación débil. Se debe mencionar que solamente el 22.5% de la muestra son casados y que el 77.5% son solteros. Esta diferencia de cifras puede explicar que si hay una relación aunque débil asociación. Se encontró una mayor prevalencia del SB en los sujetos solteros que en los casados. En los sujetos casados la tendencia al SB es medio-bajo y en los solteros se observa mayor tendencia al SB en la categoría alta, el 70% de los solteros tienen SB alto.

Se ha encontrado en quienes la presencia de conyugues y de hijos forman un apoyo social, esta relación de ayuda informal brinda satisfacción a través de la interacción con ellos y se ha visto que previene el síndrome²⁴. Martini¹¹ y Willcock¹² presentan que hay mayor prevalencia en los sujetos solteros, Aunque Beltran y col. en México⁸ concluyen que no hay relación significativa entre el estado civil con la prevalencia del SB. Nuestros hallazgos concuerdan con nuestra hipótesis, resultando que hay una mayor tendencia al SB en los sujetos solteros.

Se observó que las variables nivel de atención hospitalaria y el SB no presentan una relación. Entre los residentes de segundo nivel se encontró un 63.9% con SB y en el tercer nivel se encontró un 66.6% con SB. En los dos grupos predomina la tendencia de SB alto con más del 60% de la muestra para cada nivel de atención. No se ha encontrado bibliografía que haya comparado a residentes de diferentes niveles de atención, los estudios realizados solamente toman en cuenta a médicos agregados de la institución.

En los practicantes internos del segundo nivel se encontró el SB en un 85.7% y en el tercer nivel en un 76.8%. Aunque entre los practicantes internos de los dos niveles de atención hospitalaria se observa una diferencia de prevalencia de SB, esta no es estadísticamente significativa. Al igual que con los residentes no encontramos bibliografía que haya comparado a practicantes internos de diferentes niveles de atención.

En los resultados (Cuadro No 13) se observa que un 65.8% de la muestra presentó CE alto, 63.5% con DP entre la categoría medio y alta, y 59.9% de RP baja. De esta forma se ha mencionado los tres componentes en las categorías respectivas para la clasificación de SB alto. Por lo tanto se debe considerar que de los hospitales evaluados más de la mitad de los médicos residentes y los practicantes internos padecen el SB y que el desempeño de este grupo afectado puede estar influenciado por el SB. Guevara, C.²² reporta que el 85.3% de internos, residentes clínicos y residentes quirúrgicos en Colombia presentaban un índice de SB entre moderado y severo, siendo el componente de cansancio emocional el más afectado. Lo cual concuerda con lo encontrado por nosotros.

Al comparar el estado de SB entre los residentes y los practicantes internos se puede decir que si hay una diferencia, siendo mayor la tendencia de SB en los internos (79.8%) que en los residentes (53.4%: $p < 0.05$). Por lo que aceptamos que si existe relación entre el nivel académico o cargo desempeñado dentro del hospital y el apareamiento del SB siendo el grupo más vulnerable los practicantes internos.

Sandoval C y col.¹⁰ observaron SB en los residentes del Hospital de Yumbel en Chile en un 50%. Rosen en un estudio entre internos²¹ encontró un 55.3% con SB y Willcock¹² encuentra un 75% entre los internos. Estos datos son muy similares a los demostrados en

nuestro estudio. La prevalencia de SB en los participantes reafirma nuestros resultados tendientes a una prevalencia alta de SB en internos y residentes.

El componente de realización personal es el componente más afectado en los residentes presentando un 61.9% siendo más que el cansancio emocional (53.4%). En los internos el componente más afectado es el de cansancio emocional con un 79.8%.

En los residentes se ha observado que los posibles detonantes del SB son motivos como dificultad para un horario flexible y problemas para organización laboral y actividades de aprendizaje, planteamientos en su carrera en el futuro y sentimientos de necesidades personales insatisfechas.²³ Por lo que la parte más afectada en los residentes es la dimensión de auto evaluación del SB²⁰. Esta dimensión se mide por la realización personal.

En los residentes de primer año se encontró un 52.8% con SB, residentes de segundo año 54.8% y en residentes de tercer año 52.9%. Al analizar las variables año de residencia y SB no se encontró una relación estadísticamente significativa.

Nuestros resultados son semejantes a los de Fernandez M.²⁵ donde no encuentran diferencia entre lo residentes de distinto año. Aunque Martini⁹, demuestra que los residentes de primer año presentan mayor prevalencia de SB. Estos residentes de primer año cumplían más de 80 horas de trabajo laboral y los residentes de segundo año y de tercer año con menos horas presentaban menor prevalencia de SB. Martini y col.¹¹ concluyeron que hay una diferencia significativa en la prevalencia del SB entre los residentes de primer año (77%) y residentes de segundo año o más (41.3%). Esta prevalencia encontrada por Martini es mayor a lo que hemos encontrado en nuestro estudio.

En los practicantes internos el cansancio emocional es el más afectado, este fenómeno concuerda con las hallazgos en Colombia por Guevara²² que establece que una de las causas del SB es la falta de horas de descanso y los turnos, por lo que el cansancio emocional es mayor en los practicantes internos y que la realización personal es menos influyente en la presentación del SB.

Otro hallazgo importante del estudio fue la ausencia de diferencia significativa entre las diferentes especialidades médicas. Al analizar los datos vemos que entre los residentes de medicina interna se encontró un 64.7% con el SB, en los residentes de ginecología un 51.1% y en los residentes de pediatría un 68.3%. No se encontró relación entre el SB y las diferentes especialidades médicas. Nuestros resultados concuerdan con Martini¹¹ y Fernández²⁵.

Hay un leve aumento en la prevalencia del SB en los residentes de pediatría pero no es significativa. Lo que se puede observar que en las tres especialidades el componente más afectado es de realización personal con un promedio de 60%. (Cuadro No.18) Y en el componente de Despersonalización la tendencia entre las tres especialidades es de presentarlo en la intensidad bajo-medio siendo un promedio entre los tres grupos de un 70%. (Cuadro No.18). Una posible explicación sería que en un servicio de emergencias de cada especialidad el grado de implicación emocional con el paciente no depende de la especialidad elegida sino de los rasgos de personalidad de cada uno²⁵.

Al analizar las variables remuneración económica y SB se encontró que no hay una relación estadísticamente significativa. De la muestra se encontró que solamente un 14.0% no recibe remuneración económica. Del 86.0% que si reciben remuneración económica el 66.0% presentó SB; del 14% que no recibe remuneración económica, el 64.5% presento niveles altos de SB. Siendo así rechazada la hipótesis que establece que habrá una mayor prevalencia de SB en médicos residentes y practicantes internos sin remuneración económica. En las dos categorías más del 60% de la muestra presenta SB. Galicia F. y col.¹⁹ presentan que la relación entre el SB y la remuneración económica es inversa entre ellos. Es de resaltar que encontramos que la realización personal es más afectada en los sujetos que si reciben sueldo (61.8%) que en los que no reciben sueldo (48.4%).

En cuanto a la carga laboral se encontró que solo el 3.6% de la muestra labora menos de 80 horas a la semana. El 96.4% de la muestra trabajó más de 80 horas a la semana de los cuales 44.4% trabajaron entre 101 y 120 horas a la semana. Se encontró relación entre más horas de trabajo desempeñan, mayor tendencia a SB ($p < 0.05$). El exceso de trabajo se puede

considerar un factor que influye en la prevalencia del SB que se ha demostrado en la muestra. La mayoría de los sujetos que presentaron el Síndrome Burnout están dentro de la muestra que labora más de 80 horas a la semana presentando un promedio de 65.6% de SB alto.

El 3.6% de la muestra esta compuesta solamente por residentes. Es de importancia nombrar que las horas de trabajo a que están sometidos todos los practicantes internos y casi todos los residentes es excesivo, la mayoría trabajan entre 101 y 120 horas a la semana.

El exceso de horas esta relacionado con el desarrollo de SB, tienen menos tiempo para descansar y por la privación del sueño producen mas errores ⁹. También se ha visto que con la reducción de horas laborales los residentes expresan que la calidad de vida mejora, se sienten menos agotados y tiene más tiempo para realizar tareas administrativas, mayor lectura y oportunidad de acudir a actividades educacionales y la prevalencia de SB disminuye ²⁶. La prevalencia de SB en el grupo que trabajo mas de 80 horas fue de 65.6% este porcentaje es semejante a un 69.2% encontrado en un estudio donde comparaban la prevalencia de SB en médicos residentes, antes y después de la implementación del limites de horas de trabajo siendo la base de corte las 80 horas ⁹.

Al analizar la relación entre la prevalencia del SB y el número de pacientes a cargo no se encontró una relación estadística. Dentro de los sujetos que tienen a su cargo entre 0 y 20 pacientes el 70.5% presenta SB, en aquellos con 21 o más pacientes se encontró un 69.0% y en aquellos que se encontraban en la categoría de otros (emergencia, partos, cuidados intensivos etc.) un 56.3% lo presentaban. Se ha visto que la cantidad de pacientes influye en el apareamiento del SB, se encuentra que hay mayor SB en el personal sanitario que tienen a su cargo entre 21 y 100 pacientes que en aquellos que tiene menos¹⁸ pero hay que tomar en cuenta que otra característica importante es el tipo de pacientes y la complejidad que presentan generando un nivel de estrés a los residentes e internos dependiente de la dificultad y la cantidad de horas que se le debe dedicar al enfermo²⁷.

Podemos concluir que los datos obtenidos en nuestro estudio demuestran que los niveles del Síndrome Burnout son bastantes altos en los residentes y en los practicantes internos, siendo los internos el grupo más afectado. El cansancio emocional fue el componente

con mayor prevalencia entre los internos. Una de las causas podría ser que son sometidos a largas jornadas de trabajo y el continuo trato con los pacientes, reciben órdenes de todas las personas que están en niveles superiores que ellos, sumado que muchas veces el abordaje de estas órdenes no es el más adecuado.

XI CONCLUSIONES

- La prevalencia de SB es muy alta entre los residentes y practicantes internos de los hospitales de la red Nacional y San Rafael, superando el 40%.
- Se concluyó que el sexo del sujeto no es un factor determinante para la presentación del SB en esta población.
- En cuanto al estado civil de los participantes se concluye que existe una relación estadísticamente significativa, aunque con asociación débil, con el SB. Se encontró en los sujetos solteros un 70.3% con el SB y un 50% en los sujetos casados/acompañados.
- En la muestra la prevalencia del SB en residentes es de 53.4% y en los practicantes internos es de 79.8%. Se observó que hay una mayor prevalencia del SB en practicantes internos que en los residentes.
- La prevalencia del SB en el Hospital Nacional San Rafael en los residentes es de 58% y en los practicantes internos es de 76.8%.
- La prevalencia del SB en el Hospital Nacional Rosales en los residentes de medicina interna es de 46.7% y en los practicantes internos 78.6%. En el Hospital Nacional de Maternidad “Dr. Raúl Argüello Escolán” la prevalencia del SB en residentes es del 42.1%.
- En el Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom la prevalencia del SB en residentes es de 68.1% y en practicantes internos es de 75.6%.
- No se encontró asociación entre el SB y el nivel de atención hospitalaria.
- Dentro de la muestra de residentes se encontró una prevalencia del SB de 52.8% en residentes de primer año, 54.8% en residentes de segundo año y de 52.9% en residentes de tercer año. Vemos que es mayor la prevalencia en los residentes de segundo año; sin embargo no se encontró una relación estadísticamente significativa que indique que los años de residencia influyan sobre la presencia del SB.
- los residentes de pediatría presentaron una prevalencia del SB de 62.5%, los residentes de ginecología/obstetricia con un 48.1% y los residentes de medicina interna con un 44.4%. No hay diferencia significativa entre estas especialidades.

- Se concluye que el recibir remuneración económica no es un factor influyente para la presentación del SB en esta población.
- Entre más horas laboren es directamente proporcional al SB. Se demuestra que la mayoría de sujetos que padecieron SB alto están dentro de la categoría que trabajan más de 80 horas. (25% vrs 65.5%)
- No se encontró una relación entre el número de pacientes a cargo y la presencia del SB en médicos residentes y practicantes internos.

XII. RECOMENDACIONES

- Dar a conocer a las autoridades correspondientes de cada institución los resultados de nuestro estudio para que se tomen medidas preventivas y paliativas para disminuir la prevalencia de SB en el personal médico.
- Realizar el MBI a todo el personal de salud que labora en los diferentes hospitales de la red nacional, para evaluar la prevalencia del SB en estos; además, se recomienda repetir la escala de MBI regularmente al personal médico por lo menos una vez al año para evaluar periódicamente la prevalencia del SB.
- Promover en cada servicio de los diferentes hospitales, la formación de grupos de catarsis para liberar tensiones que se dan cotidianamente en la relación médico – paciente y detectar de manera temprana la presencia del SB en el personal de salud.
- Mantener programas de entrenamiento en las relaciones interpersonales con los jefes, compañeros de trabajo y subalternos, y con los pacientes y sus familiares.
- Se recomienda crear programas permanentes para entrenar al personal de salud en capacidades que les permitan mantener un equilibrio entre las actividades laborales, académicas, personales y de recreación.
- Se recomienda pasar la escala de MBI a los residentes y practicantes internos de la especialidad de cirugía del Hospital nacional Rosales y a los practicantes internos del Hospital Nacional de Maternidad “Dr. Raúl Arguello Escolán” para evaluar esta población.
- Se recomienda regular los horarios de trabajo para disminuir las horas labores semanales a menos de 80 horas; y eliminar las sanciones que implican aumento de horas laborales y que en caso se requiera la sanción sea de tipo académico.
- Se recomienda, evaluar si la cantidad de pacientes asignados a los médicos es una cantidad que sobrepasa su capacidad y que conlleva a una mala atención. Analizar la variable del tipo del paciente asignado para evaluar también el estrés o sobrecarga emocional que pueda recibir el personal médico con diferentes tipos de pacientes.

XIII. BIBLIOGRAFIA

1. J Cebriàa, J Segurab, S Corbellab, P Sosb, O Comasb, M Garcíab, et al. Rasgos de personalidad y burnout en médicos de familia. Barcelona, España. Disponible el 26 enero/07 en URL:
http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.pubmed_full?inctrl=05ZI0105&rev=27&vol=27&num=7&pag=459
2. HELPGUIDE.ORG Burnout: Signs, Symptoms, and Prevention, 2006 Disponible el 06-Febrero-07 en el URL:
http://www.helpguide.org/mental/burnout_signs_symptoms.htm
3. Moore H, 10 Proven antidotes for Burnout. Vibrant Life [serial online] 2004 Marzo-Abril. Disponible el 06 Febrero 07 en URL:
http://www.findarticles.com/p/articles/mi_m0826/is_2_20/ai_113935569
4. Anderson S., Burnout in young doctors affects career recruiting and patient care. Annals of Internal Medicine [serial online] 2002 5 Marzo Filadelfia. Disponible el 06 Febrero 2007 en URL:<http://www.acponline.org/college/pressroom/burnout.htm>
5. César A. Guevara, M.D.¹, Diana P. Henao, M.D.¹, Julián A. Herrera, M.D. Síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes. Hospital Universitario del Valle, Cali, 2002. Disponible el 6 febrero 2007 en URL:
<http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol35No4/BODY/CM35N4A2.HTM>
6. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP, Maslach Burnout Inventory Manual (Third Edition), Mountain View (California): CPP.Inc. p. 34

7. Moriana JA. BURNOUT Y CUIDADO DE LA SALUD EN VOLUNTARIOS.
Disponible el 25 febrero 2007 en URL:
http://www.psicopol.unsl.edu.ar/feb06_notal.htm
8. Beltrán CA, Pando M, Salazar JG, Torres TM, Aldrete MG, Pérez MB, Síndrome Burnout en médicos familiares del instituto mexicano del seguro social, Guadalajara, México. Revista Cubana Salud Publica v.31 n.2. Ciudad de la Habana. Abril-Junio 2005. Se encuentra el 28 Enero 2007 en URL:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662005000200005&script=sci_arttext
9. Martini S, Arfken SL, Balon R. Comparison of Burnout Among Medical Residents Before and After the Implementation of Work Hours Limits. Acad. Psychiatry 30:352-355, August 2006 doi: 10.1176/appi.ap.30.4.352. Se encuentra el 25 Febrero 2006 en URL: <http://ap.psychiatryonline.org/cgi/content/short/30/4/352?rss=1>
10. Sandoval C, González P, Sanhueza L, Borjas R, Odgers C, Síndrome de Burnout en el personal profesional del Hospital de Yumbel. Colegio Médico de Chile. Encontrado en el URL: <http://www.mgz.cl/congreso/burnout.pdf>
11. Martini S, Arfken SL, Balon R. Burnout Comparison Among Residents in Different Medical Specialities. Academic Psychiatry 28:240-242, September 2004. Se encuentra el 25 Febrero 2006 en URL:
<http://ap.psychiatryonline.org/cgi/content/full/28/3/240>
12. Willcock SM, Daly MG, Tennant CC, Allard BJ, Burnout and psychiatric morbidity in new medical graduates. eMedical Journal of Australia, MJA 2004; 181 (7): 357-360. Se encuentra el 25 Febrero 2007 en el URL:
http://www.mja.com.au/public/issues/181_07_041004/wil10298_fm.html

13. Rodríguez CA, Condiciones de trabajo en sector salud, Ministerio de salud y trabajo de Brasil y Argentina 2006. Encontrado el 01 Marzo en el URL:
<http://www.trabajo.gov.ar/seminarios/2006/tdecentesalud141106.html>
14. Álvarez AM, Arce AL, Barrios AE, Sánchez de Coll AR. Síndrome de Burnout en médicos de hospitales públicos de la ciudad de corrientes, Noviembre 2004. Encontrado el 01 Marzo 2007 en el URL:
http://med.unne.edu.ar/revista/revista141/9_141.htm
15. Frías RA, Síndrome de burnout en el personal de enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud UNCa. Encontrado el 05 Marzo 2007 en el URL:
<http://www.editorial.unca.edu.ar/Investigaci%C3%B3n%20Cient%C3%ADfica/Salud/FRIAS%20RUBEN.pdf>
16. Lorenzo Mediano Oritga, El Burnout en los Médicos, Causas, prevención y tratamiento. Ricardo Prats y Asociados, 2001; reimpresión Mayo 2002, Impreso en España.
17. Fernández KR., El internado: Modus Vivendi del Interno. Revista Signos Vitales 2004, Año 2 No.5 2004: 13-15
18. Atance JC., Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. Revista Española de Salud Pública 1997, Vol.71 No.3 Mayo-Junio 1997: 293-303
Encontrado el 11 Enero 2008 en el URL
www.monografias.com/trabajos905/aspectos-sindrome-burnout/aspectos-sindrome-burnout.shtml - 32k -
19. Galicia F., Bilbao F, Juárez García A, y col. Un estudio de agotamiento (Burnout) profesional en el personal de salud en el estado de Morelos” *Universidad Autónoma del Estado de Morelos. Facultad de Psicología*. Encontrado 11 de Enero 2008

www.uanl.mx/publicaciones/respyn/especiales/2007/ee-06-2007/documentos/plenaria_4.pdf

20. Buzzetti M, Validación del Maslach Burnot Inventory en dirigentes del colegio de profesores A.G. de Chile. Universidad de Chile. Facultad de Ciencias Sociales. Encontrado 11 de Enero 2008 en el URL:
www.cybertesis.d/tesis/uchile/2005/buzzetti.m/sources/buzzeti_m.pdf
21. Rosen, Ilene MMD y col. Evolution of sleep quantity, sleep deprivation, mood disturbances, empathy on burnout among interns. Academic medicine, volumen 81 enero 2006 8:1. Se encuentra el 11 de enero de 2008 en el URL:
www.academicmedicine.org/pt/acmed/abstract
22. Cesar A Guevara, Síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes. Colombia medica 2004. Vol, 35 No 4: 173-178
23. Niké K. Thomas MD. Residente Burnout. Jama Diciembre 15 2004; VoL.292 No 23: 2880-2889.
24. Aranda, Carolina y Col. Síndrome de Burnout y apoyo social en los médicos familiares de base del instituto mexicano del seguro social (IMSS) Guadalajara, Mexico. Revista psiquiatría Facultad de medicina Barba 2004; 31(14): 142-150. Encontrado 11 de enero de 2008 en el URL:
www.nexusediciones.com/pdf/psiqui2004_4/ps-31-4-004.pdf
25. Fernandez Martinez O, Hidalgo Cabrera C, Martin Tapia A y col. Burnout en médicos residentes que realizan guardias en un servicio de urgencias. Revista Emergencia 2007; 19: 116-121. Se encontro en enero 2008 en el URL:
www.semes.org/revista/vol/19_3/3.pdf

26. Matthew M. Hutter, MD, MPH,*† Katherine C. Kellogg, PhD,‡ Charles M. Ferguson, MD,*William M. Abbott, MD,*† and Andrew L. Warshaw, MD*† The Impact of the 80-Hour Resident Workweek on Surgical Residents and Attending Surgeons *Annals of Surgery* • Volume 243, Numero 6, June 2006.
27. R. K. Gopal, MD. y col. Internal Medicine Residents Reject “Longer and Gentler” Training *Society of General Internal Medicine* 2007;22:102–106
28. Charla magistral por Carlos Anibal Rodriguez titulada “Condiciones de Trabajo en el Sector Salud FORO TRABAJO DECENTE EN SECTOR SALUD ARTICULACIÓN DE POLÍTICAS COMO ESTRATEGIA DE DESARROLLO MINISTERIOS DE SALUD Y TRABAJO DE BRASIL Y ARGENTINA” Encontrada el 2 de Feb/08 en el URL:
http://www.google.com/search?q=cache:vAvM_k7hFwoJ:www.trabajo.gov.ar/seminarios/2006/files/tdecentesalud141106/Ponencias/Carlos_A_Rodriguez.ppt+Carlos+A+n%C3%ADbal+Rodr%C3%ADguez+burnout&hl=es&ct=clnk&cd=2&gl=us
29. Moriana J.A. Burnout y cuidado de la salud en voluntarios. Presentado en el Encuentro Internacional de Psicólogos Sin Fronteras. 04, 05 y 06 de agosto de 2005. Universidad Nacional de San Luís, Argentina Encontrado el 25 Febrero 2007 en el URL: http://www.psicopol.unsl.edu.ar/feb06_notas1.htm
30. J.L.G De Rivera, A. Vela, J. Arana, Manual de Psiquiatría. Estrés, homeostasis y enfermedad. Pag. 771-782. Editorial Karpos, S.A, impreso en España 1980.
31. Organización Panamericana de la Salud, El Salvador. El Salvador da un paso adelante en la reducción de la mortalidad materna. Se encuentra el 9 de febrero de 2008 en el URL: www.ops.org.sv/content/view/257/2/
32. Alicia Miranda. Estudiantes al filo del colapso. Vertice, 27 de febrero 2005. Se encuentra el 11 de abril 2008 en el URL:
www.elsalvador.com/vertice/2005/270205/reportaje.html

33. Valledor M, Carreira JMF. Metodolgia de muestro. Servicio de salud del principado de Asturias, hospital San Agustin. Encontrado el 16 de abril en el URL:
www.hsa.es/id/investigacion/uai/uai_docs/muestreo/muestreo.html

XIV. ANEXOS

Anexo No. 1: Evolución Clínica del Síndrome Burnout.



Anexo No. 2: Diferencias concretas entre el Estrés y el Síndrome de Burnout por el Dr. Arch Hart en el artículo “Stress and burnout in the clergy” ¹⁵

Tabla No. 1: Diferencias concretas entre el Estrés y el Síndrome de Burnout	
Estrés	SB
Sobre compromiso (Overengagement)	Poco compromiso (Disengagement)
Emociones exageradas	Emociones están bloqueadas
Da urgencia e hiperactividad	Da desesperanza e impotencia
Da cansancio y desgaste físico	Desgaste de la motivación, ideales y esperanza
Genera trastornos de ansiedad	Genera paranoia, desapego y depresión
Causa desintegración	Causa desmoralización
El daño primario es físico	El daño primario es emocional
Estrés puede matarte prematuramente y no terminar lo que se empezó	SB no te mata pero tu vida parece que no vale la pena vivirla.

Anexo No. 3 Instrumentos para evaluar el desarrollo del Síndrome Burnout.

1. Tedium Measure (TM) o Tedium Scale (TS), (Pines, Aronson y Kafry, 1981)
2. The Staff *Burnout* Scale for Health Professionals (Jones, 1980)
3. *Burnout* Index (BI) (Shirom, 1986)
4. Energy Depletion Index (EDI) (Garden, 1987)
5. Job *Burnout* Inventory (JBI) (Ford, Murphy y Edwards, 1983)
6. Matthews *Burnout* Scale for Employees (Matthews, 1990)
7. Medical Personnel Stress Survey (MPSS) (Hammer, Jones, Lyons, Sixsmith y Afficiando, 1985)
8. Nursing Stress Scale (NSS) (Gray-Toft y Anderson, 1981)
9. Psychologist's *Burnout* Inventory (PBI) (Ackerley, Burnell, Holder y Kurdel, 1988)
10. Teacher Attitude Scale (TAS) (Farber, 1984)
11. Teacher Stress Inventory (TSI) (Fimian, 1984)
12. Tedium Occupational (TO) (Corcoran, 1995)
13. Meier *Burnout* Assessment (M.B.A.) (Meier, 1983)
14. *Burnout* Inventory for Health and Mental Health Practitioners (Tout y Shama, 1990)
15. Emener-Luck *Burnout* Scale (ELBOS) (Emener, Luck y Gohs, 1982)
16. Escala de Efectos Psíquicos del *Burnout* (García y Velandrino, 1992)
17. Generalized Work Distress Scale (GWDS) (Flowers, Booraem y Schwartz, 1992)
18. Holland *Burnout* Assessment Survey (Holland y Michael, 1993)
19. Human Services Inventory (Whitehead, 1989)
20. McDermott *Burnout* Inventory (McDermott, 1984)
21. Rome *Burnout* Inventory (Ventruoi, Dell'èrba y Rizzo, 1994)
22. Teacher's World Scale (Friedman y Lotan, 1987)
23. MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI: HS; ED; GS)

Anexo No.4: Variables y sus respectivos indicadores y escalas.

Variable	Indicador	Tipo de Variable	Escala
Edad	Años	Continua	Numérica
Sexo	Femenino – Masculino	Discontinua	Nominal
Estado civil	Soltero/Divorciado, Casado/Acompañado	Discontinua	Nominal
Especialidad Medica	Especialidad medica de residencia.	Discontinua	Nominal
Cargo Actual	Año de residencia o internado	Continua	Ordinal
Remuneración Económica	Recibe o no remuneración	Discontinua	Nominal
Numero de pacientes Asignados	# de pacientes asignadas	Discontinua	Ordinal
Horas de Trabajo Semanal	Promedio de horas laborales por semana	Continua	Ordinal
Hijos	Presencia o no de Hijos	Discontinua	Nominal
Vacaciones	Mes en que participante tomo sus vacaciones	Discontinua	Nominal
Tratamiento medico	Presencia o no de tratamiento medico que excluya al participante del estudio	Discontinua	Nominal
Rotación previa del participante interno	Rotación anterior por la que paso el participante interno	Discontinua	Nominal
Nivel de atención Hospitalaria	Nivel de atención del Hospital donde trabaja participante	Discontinua	Nominal
Nombre de Hospital de trabajo	Lugar de trabajo actual del participante: Hospital San Rafael, Rosales, Bloom, Maternidad	Discontinua	Nominal

Anexo No. 5 Instrumento de recolección de datos socio demográficos.

1. Sexo:
 - a. Masculino
 - b. Femenino
2. Edad: _____.
3. Estado civil:
 - a. Soltero
 - b. Casado
 - c. Acompañado
 - d. Divorciado
 - e. Viudo
4. Tiene hijos:
 - a. Si Cuantos: _____.
 - b. No
5. Lugar de trabajo: _____.
6. Cargo que desempeña:
 - a. Residente R1 R2 R3
 - b. Interno
7. ¿El estar en el internado / resindentado ha afectado su relación con sus seres queridos?
_____.
8. Especialidad médica en la que trabaja (internos, señalar la rotación actual):
 - a. Medicina Interna
 - b. Cirugía
 - c. Ginecología
 - d. Pediatría
9. Si usted se desempeña como interno, ¿cual fue su rotación anterior?
 - a. Medicina Interna
 - b. Cirugía
 - c. Ginecología
 - d. Pediatría
 - e. Salud Publica
 - f. Psiquiatría
10. ¿Cuántas personas componen su núcleo familiar?
_____.
11. ¿Cuánto tiempo puede pasar con sus seres queridos?
_____.
12. ¿Cuántos pacientes tiene a su cargo?
 - a) Residente: _____.
 - b) Interno: _____.
13. Si usted se desempeña como residente, ¿Cuándo tomo sus vacaciones?
_____.
14. ¿Qué planea hacer al terminar su internado / residencia?
_____.

15. ¿Cuántas horas a la semana trabaja?
- Menos de 80 horas
 - Entre 80 y 100 horas a la semana
 - Entre 100 y 120 horas a la semana
 - Mas de 120 horas a la semana
16. ¿Cuál es su promedio de turnos semanales?
- _____
17. ¿Cuántas horas puede dormir cada día?
- _____
18. ¿Realiza usted actividades recreativas?
- Si
 - No
19. ¿Cuánto tiempo a la semana dedica a las actividades recreativas?
- _____
20. ¿Qué tan frecuentemente tiene oportunidad de practicar deportes?
- _____
21. Económicamente:
- ¿Es usted dependiente?
 - ¿Es usted independiente?
 - ¿Recibe sueldo mensualmente?
- Si
 - No
22. ¿Cuántos libros no relacionados con medicina ha leído este año?
- _____
23. ¿Recibe algún tratamiento médico o psiquiátrico?
- Si
 - No farmacológico
 - Farmacológico
 - ¿Cual? _____
 - No
24. ¿Tiene mascota?
- _____

Anexo No.6 Mashlach Burnout Inventory

	Puntuación	0	1	2	3	4	5	6
1	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.							
2	Me siento cansado al final de la jornada de trabajo							
3	Me siento fatigado cuando me levanto de la cama y tengo que ir a trabajar							
4	Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes							
5	Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales							
6	Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo							
7	Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes							
8	Me siento "quemado" por mi trabajo							
9	Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de los pacientes							
10	Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión							
11	Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente							
12	Me siento muy activo							
13	Me siento frustrado en mi trabajo							
14	Creo que estoy trabajando demasiado							
15	Realmente no me preocupa lo que les ocurre a mis pacientes							
16	Trabajar directamente con personas me produce más estrés							
17	Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes							
18	Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes							
19	He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión							
20	Me siento acabado							
21	En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma							
22	Siento que los pacientes me culpan por alguno de sus problemas							

Anexo No. 7: Puntaje por niveles y para cada dimensión (MBI – HS)

Tabla No. 2: Puntaje por niveles y para cada dimensión (MBI-HS)			
Nivel	Cansancio Emocional	Despersonalización	Realización Laboral
Alto	≥ 27	≥ 10	> 40
Medio	19 – 26	6 – 9	39 – 34
Bajo	0 – 18	0 – 5	0 – 33