

**UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**



**PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT
EN RESIDENTES DE ESPECIALIDADES
CLÍNICAS Y QUIRÚRGICAS DEL HOSPITAL
NACIONAL DOS DE MAYO, NOVIEMBRE 2015**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO**

MENDOZA SALDIVAR, MARÍA KATIA

**DR. JHONNY DE LA CRUZ VARGAS
DIRECTOR DE LA TESIS**

**DRA. DAISY DALMIRA SÁNCHEZ PADILLA
DR. GINO PATRÓN ORDOÑEZ
ASESORES**

**LIMA – PERÚ
2016**

DEDICATORIA

A mi Madre, quien es mi guía en cada paso, tu perseverancia fue mi mejor ejemplo y tu amor infinito, mi mayor aliento.

A mi Padre, por la paciencia y por sobre todo creer en mí hasta el día de hoy.

A mis Hermanos, por su apoyo incondicional y ser siempre mi mejor ejemplo a seguir.

AGRADECIMIENTO

Mi agradecimiento a cada uno de los Profesores, quienes con su experiencia, tiempo, dedicación y conocimientos enriquecieron mi formación.

De manera particular agradezco al personal de salud que con su participación me permitieron realizar el presente trabajo.

Y mi especial agradecimiento a la Dra. Daisy Sánchez Padilla y al Dr. Gino Patrón Ordoñez por confiar en este trabajo, por su dedicación y disposición de asesorarme, quienes se convirtieron en una fuente de admiración y ejemplo a seguir.

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar la prevalencia del síndrome de Burnout en residentes de especialidades médicas y quirúrgicas, el nivel de cada una de sus dimensiones y su relación con variables sociodemográficas y laborales.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio descriptivo, transversal, de 96 residentes de especialidades clínicas y quirúrgicas del Hospital Nacional Dos de Mayo en el mes de Noviembre del 2015, a los cuales se les aplicó el Test de Maslach Burnout Inventory (**MBI**) para detectar la presencia del síndrome y sus dimensiones . Además, se empleó un formato de recolección de datos con variables socio-demográficas y laborales.

RESULTADOS: La prevalencia de síndrome de Burnout en residentes de especialidades clínicas y quirúrgicas fue de un 5,2% a 42,7 %, siendo las especialidades quirúrgicas las que cuentan con mayor porcentaje de este síndrome. Se encontraron un nivel medio-alto en las dimensiones agotamiento emocional y despersonalización, y un nivel alto en la dimensión realización personal. Así mismo, se encontró relación estadísticamente significativa entre el número de guardias al mes y el síndrome de Burnout. ($p < 0,05$)

CONCLUSION: La prevalencia de síndrome de Burnout en residentes de especialidades clínicas y quirúrgicas fue baja a moderada. Se encontró relación de dependencia entre el número de guardias al mes y el desarrollo de síndrome de Burnout

Palabras claves: desgaste laboral, burnout, agotamiento emocional, despersonalización y realización personal.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To determine the prevalence of burnout syndrome in residents of medical and surgical specialties, the level of each of its dimensions and its association with sociodemographic and labor variables.

MATERIALS AND METHODS: A Descriptive and transversal study in 96 residents of clinical and surgical specialties of the Hospital Nacional Dos de Mayo in the month of November 2015, to which we applied the Test of Maslach Burnout Inventory (MBI), to determinate the presence of Burnout syndrome and its dimensions. In addition, data collection format with socio-demographic and labor variables was used.

RESULTS: The prevalence of burnout syndrome in residents of clinical and surgical specialties was 5.2% to 42.7%, and surgical specialties that have the highest percentage of this syndrome. Medium-high levels were found in the dimension emotional exhaustion and depersonalization, and a high level of personal accomplishment dimension. Moreover, statistically significant relationship between the number of guards per month Burnout syndrome was found. ($P < 0.05$)

CONCLUSION: The prevalence of burnout syndrome in residents of clinical and surgical specialties was low to moderate. Dependency association between the number of guards per month and the development of burnout syndrome was found.

Keywords: Burnout, emotional exhaustion, depersonalization and personal accomplishment.

ÍNDICE

CAPITULO I: INTRODUCCION	1
1.1. Planteamiento del problema: general y específicos	1
1.2. Formulación del problema	3
1.3. Justificación de la investigación.....	3
1.4. Objetivos de la investigación	6
1.4.1. Objetivo general	6
1.4.2. Objetivos específicos	6
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	7
2.1. Antecedentes de la investigación	7
2.2. Bases teóricas	16
CAPITULO III: METODOLOGÍA	24
3.1. Tipo y diseño de la investigación.....	24
3.2 Variables en la investigación	24
3.3. Población y muestra	25
3.4. Procedimiento para la recolección de los datos	26
3.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	26
3.6. Aspectos éticos en la investigación.....	27
3.7. Técnica de procesamiento y análisis de datos.....	27
CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	28
4.1 Resultados	28
4.2 Discusión de resultados.....	42
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	50
Conclusiones	50
Recomendaciones.....	51
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	52
ANEXOS	56
Anexo 01: Operacionalización de variables.....	56
Anexo 02: Instrumento.....	60
Anexo 03: Consentimiento informado	61

CAPITULO I: INTRODUCCION

1.1. Planteamiento del problema: general y específicos

El estrés laboral se ha convertido en una clara y grave amenaza para la salud de los trabajadores y dentro de los problemas de estrés laboral se encuentra el Síndrome de Bournout (SBO). Se desconoce con exactitud el número de afectados en los distintos países pero algunos cálculos apuntan a que los sectores que con mayor frecuencia se ven afectados serían el de educación y sanitario. La prevalencia reportada de SBO en médicos residentes es variable, entre 18% y 80,2%. (1) En algunos estudios la cifra de prevalencia de Burnout en los profesionales residentes en España fue de 14,9%, del 14,4% en Argentina, y del 7,9% en Uruguay. Los profesionales de México, Ecuador, Perú, Colombia, Guatemala y El Salvador presentaron prevalencias entre 2,5% y 5,9%.(2) Por profesiones, Medicina tuvo una prevalencia del 12,1%, Enfermería del 7,2%, y Odontología, Psicología y Nutrición tuvieron cifras inferiores al 6%.(2) Por otro lado, entre los médicos el burnout predominaba en los que trabajaban en urgencias (17%) e internistas (15,5%), mientras que anestesistas y dermatólogos tuvieron las prevalencias más bajas (5% y 5,3% respectivamente)(2). Sin embargo estos datos difieren mucho entre los diferentes estudios.

La prevalencia a nivel mundial se encuentra entre 43 y 45% en médicos generales y de 22 hasta 60% en especialistas.(3)(4) Sin embargo, existen ciertos grupos, como el de los médicos residentes, entre quienes la prevalencia va de 47 a 76%. (5)(6)

La prevalencia del Síndrome de Burnout varía ampliamente de un país a otro e incluso dentro de un mismo territorio nacional, dependiendo de las características del sistema de salud, así como de otros factores organizacionales intrínsecos del hospital que se estudie(7). Así mismo, en las últimas décadas en los países subdesarrollados, se han generado

diversas situaciones que originan en los trabajadores de la salud sentimientos de insatisfacción laboral y a nivel personal. (8)

Existen diversas situaciones que favorecen el desarrollo de estrés laboral como la falta de recursos económicos de las instituciones donde labora el personal de salud, lo cual conlleva a que muchos hospitales carezcan de tecnología o medicamentos necesarios para el buen ejercicio de la profesión, produciéndose deterioro en la calidad de la atención que se brinda al paciente y sensación de frustración por parte del personal de la salud. Del mismo modo, estos se encuentran mal remunerados, sus honorarios se ven afectados por frecuentes atrasos y los sistemas de contratación muchas veces no incluyen vacaciones, incapacidades u otros beneficios (8) (9)

Por su parte, los médicos residentes, quienes son profesionales de la salud aún en formación, son los que generalmente asumen la seguridad de los pacientes, la gran demanda de los servicios, la falta de descanso, la deficiente remuneración por el trabajo realizado, la disminución gradual en beneficios económicos gubernamentales, la irregularidad en la alimentación, e inclusive al permanecer largas horas de trabajo cuentan con menos horas de recreación y tiempo con su familia, constituyendo así un grupo de riesgo para desarrollar síndrome de desgaste profesional. (9)(10)

Por todo ello, la presente investigación está diseñada para establecer la prevalencia del síndrome de desgaste laboral (burnout) en los médicos residentes del Hospital Nacional Dos de Mayo ya que estos no están ajenos a la situación de muchas de las instituciones de nuestro país, donde se ha observado que los médicos residentes, quienes aún se encuentran en formación en las diferentes especialidades clínicas y quirúrgicas, tienden a enfrentar diversas situaciones que los exponen a un estrés constante. Por ello, y resaltando la necesidad imperiosa de que los resultados de este trabajo puedan, posteriormente, ser utilizados para diseñar programas de salud ocupacional dirigidos a enseñar al futuro profesional técnicas de autocontrol, estrategias de asertividad y habilidades de afrontamiento de problemas que

le permitan ser capaces de superar por su propio esfuerzo las inestabilidades a las que se verán expuestos. Ello, con el fin de incidir en la disminución de su presentación y prevención de las complicaciones de la presentación del síndrome de Burnout. (9)(11)

1.2. Formulación del problema

Se hace evidente que el Síndrome de Burnout es un problema de salud pública y psicología laboral ya que repercute no solo en el profesional médico que la padece sino también en su entorno ya sean a los individuos a quienes se presta un servicio, equipo de trabajo e institución donde labora. Esto conduce a los profesionales de la salud a identificar y practicar medidas para combatir la aparición de Burnout y poner en marcha mecanismos para resolver satisfactoriamente los casos conocidos. Por ello, con el fin de elaborar una planificación que permita una identificación de los profesionales que presentan este padecimiento o se encuentran en riesgo de padecer, es pertinente preguntarnos:

¿Cuál será la prevalencia de síndrome de burnout en residentes de especialidades clínicas y quirúrgicas del Hospital Nacional Dos de Mayo, Noviembre 2015?

1.3. Justificación de la investigación

El residentado médico es el periodo en el que se adquieren competencias para la práctica de una especialidad médica. Esta etapa requiere disponibilidad completa del médico y estará sometido constantemente a prueba, a disminución de horas de sueño, cansancio físico, distanciamiento de seres queridos, salarios bajos, etc. Como resultado, la residencia médica es una etapa de gran estrés y puede contribuir a la aparición de síndrome de Burnout (SBO). (12)

Conviene destacar que para el año 2000, la Organización mundial de la salud, calificó al síndrome de Burnout como riesgo laboral, con lo cual adquiere trascendencia por el impacto que representa para la relación laboral entre el personal médico y/o paramédico y las instituciones.(9)(13) Por ello es de vital importancia evaluar el riesgo de llegar a presentarlo o averiguar si ya se padece para así evitar consecuencias directas, las que sufren los trabajadores , que son nefastas para la salud entendida en su más amplio sentido de hecho biopsicosocial. Así como, considerar resultados indirectos, como repercusiones negativas sobre sus familias, así como los pacientes. Así mismo, llamar la atención a las instituciones y empresas, quienes son los que más pueden y deben hacer para evitar este problema de salud laboral y sus consecuencias como disminución del rendimiento, ausentismo laboral, mayor probabilidad de errores en la práctica profesional, etc. Lo que se traduce en la disminución de la calidad del servicio ofrecido, menor productividad y aumento de los costos económicos. (11) (14)

Este síndrome incide de manera plena en el núcleo de la persona. Y se dice, persona y no profesional porque todos los aspectos vitales cambian a partir del momento en que se experimenta el síndrome. (11)

Su instauración es lenta e insidiosa, de manera que los cambios se producen lenta y paulatinamente, por lo que el afectado no llega a percatarse de la verdadera magnitud del problema que le está asaltando. Se va notando distinto, sin saber muy bien en que consiste esa diferencia y todavía menos porque motivo puede ser. Y no es fácil percatarse de ello. En primer lugar porque no es un problema de conocimiento común y eso dificulta enormemente la posibilidad de saber lo que ocurre y ponerle un nombre. Por otro lado porque resulta difícil reconocer y hacer frente al hecho de que todo ha cambiado por algo que no se sabe ni que es. (11) (15)

Por tal motivo, se considera importante determinar la prevalencia en los médicos residentes de especialidades médicas y quirúrgicas dentro del

Hospital Nacional Dos de Mayo ya que al entender esta patología como un proceso de instauración lenta y progresiva que inicia desde los primeros años de ejercicio profesional y que se relaciona directamente con la convivencia diaria con el dolor, la enfermedad y la muerte, estos pudieran encontrarse en camino a desarrollar esta patología o muchos de ellos ya la padezcan.(9)(11) De allí la necesidad de enseñar al futuro profesional técnicas de autocontrol, estrategias de asertividad y habilidades de afrontamiento de problemas que le permitan ser capaces de superar por su propio esfuerzo las inestabilidades a las que se verán expuestos. Con lo cual, se contribuiría a mejorar la calidad de vida de los mismos, que además, implicaría mejoras en la calidad de la atención brindada por ellos hacia los pacientes, que finalmente son la piedra angular dentro del quehacer médico. (9)(11)

Por otro lado, en el contexto local no se encontraron diversidad de reportes actuales acerca del objeto problema ni un consenso sobre los factores que lo predisponen o se relacionan con él, lo que impulsa a realizar estudios con la finalidad de determinar la prevalencia y las variables sociodemográficas y laborales asociados al síndrome de Burnout en médicos residentes de las diferentes especialidades Clínicas y quirúrgicas en el Hospital Nacional Dos de Mayo que contribuyan al diseño de programas de Salud Ocupacional orientados a realizar intervenciones con el fin de incidir en la disminución de su presentación, prevención de sus complicaciones y que esta no influya en las actividades médico formativas.

1.4. Objetivos de la investigación

1.4.1. Objetivo general

Determinar la prevalencia de Síndrome de burnout en residentes de especialidades clínicas y quirúrgicas del Hospital Nacional Dos de Mayo, Noviembre 2015.

1.4.2. Objetivos específicos

1. Establecer las características sociodemográficas y laborales de los residentes de especialidades clínicas y quirúrgicas que padecen del Síndrome de Burnout en el Hospital Nacional Dos de Mayo, Noviembre 2015.
2. Identificar el nivel agotamiento emocional en los residentes de especialidades clínicas y quirúrgicas del Hospital Nacional Dos de Mayo, Noviembre 2015.
3. Identificar el nivel despersonalización en los residentes de especialidades clínicas y quirúrgicas del Hospital Nacional Dos de Mayo, Noviembre 2015.
4. Identificar el nivel realización personal en los residentes de especialidades clínicas y quirúrgicas del Hospital Nacional Dos de Mayo, Noviembre 2015.
5. Identificar cuáles son las dimensiones del Síndrome de burnout que presenta mayor afectación en los residentes de especialidades clínicas y quirúrgicas del Hospital Nacional Dos de Mayo, Noviembre 2015.
6. Determinar la relación entre el síndrome de Burnout y las variables sociodemográficas y laborales en residentes de especialidades clínicas y quirúrgicas del Hospital Nacional Dos de mayo, Noviembre 2015.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

Se han realizado múltiples estudios siendo el de Vazquez et al (16) realizado en el 2014 en los trabajadores del Servicio de Emergencia Pediátrica del Hospital Nacional Cayetano Heredia durante los meses de febrero y marzo del año 2014 utilizando el instrumento Maslach Burnout Inventory-HS traducido y validado al español. Contaron con 54 trabajadores entre médicos (25), enfermeras (16) y técnicos de enfermería (13). La frecuencia de SBO fue de 3,76% (n = 2), el 12,97% (n = 7) de los participantes presentó un nivel alto de *cansancio emocional*, el 11,12% (n = 6) presentó un nivel alto de *despersonalización*, y el 14,81% (n = 8) presentó un bajo nivel de *realización personal*. Así mismo encontraron que la falta de trabajo de la cónyuge, sexo, condición laboral y tiempo de trabajo tuvieron relación estadísticamente significativa con las dimensiones de este síndrome. (16)

Por otro lado Arab Et al (17) en un estudio publicado en el 2015 realizaron una investigación en los médicos residentes de programas de especialidad y subespecialidad de la Pontificia Universidad Católica de Chile, considerando que estos constituyen una población en riesgo por la alta carga docente/laboral y la interferencia de estas con la vida personal. Se realizó una encuesta electrónica a 415 residentes de especialidad y subespecialidad utilizando la escala de Maslach. El porcentaje promedio de residentes de especialidad que cumplían los criterios de Burnout, es decir, calificados como alto riesgo en las 3 categorías, fue de 18% (variando entre 0 y 77.8%), mientras que fue de 7.53% (0-50%) en subespecialidades. Dentro de los 15 programas con mayor burnout, 5 correspondían a especialidades quirúrgicas, 2 a especialidades médico-quirúrgicas, 2 a especialidades médicas (adulto y pediátrica), 3 a subespecialidades pediátricas, 2 a subespecialidades quirúrgicas y 1 a subespecialidad médica.

Los programas con mayor burnout eran al mismo tiempo los programas con mayor sobrecarga horaria. (17)

Del mismo modo, Brito Vera et al en el 2011 (18) realizan su estudio para determinar la prevalencia del Síndrome de Burnout y los factores relacionados con la presencia de esta enfermedad en internos y residentes de los hospitales José Carrasco Arteaga y Vicente Corral Moscoso en la ciudad de Cuenca. El estudio se cumplió en 182 entrevistados: 56 Médicos Residentes y 126 Internos, de ambos hospitales. La prevalencia del Síndrome de Burnout fue del 41.02% considerando que el nivel alto del síndrome se presentó en el 74,6% de todo el grupo. Nivel alto del síndrome 41.3%, nivel medio 26.56%, nivel bajo 32.42 3. Así mismo los grupos de mayor riesgo para presentar el síndrome de Burnout son los del sexo femenino, internos, que están solteros y no tienen hijos, que laboran en el área de Pediatría y Cirugía, sin buenas relaciones interpersonales y no conformes con su remuneración económica, encontrando asociación estadísticamente significativa únicamente en los grupos de solteros, que laboran en el departamento de Cirugía y Pediatría y que encuentren estresante su relación con los compañeros de trabajo.(18)

Por otro lado Pistelli et al (19) en un estudio publicado 2011 aplicaron, en forma anónima y voluntaria, el cuestionario Maslach Burnout Inventory a médicos de un hospital de niños y se incluyeron variables personales y profesionales obteniendo como resultados que los promedios de cansancio emocional, despersonalización y realización personal fueron $30,60 \pm 10,98$, $0,51 \pm 5,95$ y $35,76 \pm 7,32$. Se comprobó que, a mayor cantidad de años de desempeño profesional en la pediatría, aumentaba la realización personal y disminuía la despersonalización, que fue también menor en las personas que realizaban tareas de conducción. Los profesionales del servicio de pediatría encuestados presentaron altos valores de cansancio emocional y despersonalización, mientras que la realización personal resultó intermedia. Esta dimensión fue superior cuantos más años se tenían de desempeño

profesional y la despersonalización resultó menor en los médicos que desempeñaban trabajos de gestión. (19)

Deschamps et al (20), en el 2011, analizaron la evidencia científica existente entre la influencia de los turnos de trabajo y las guardias nocturnas en la aparición del síndrome de Burnout en médicos y enfermeras. Se localizaron 40 artículos. De los cuales, 16 (40%) corresponden a estudios en enfermeras y 24 (60%) sobre médicos, principalmente médicos en formación. Se encontró entre los resultados que parece existir una relación de la influencia de los turnos de trabajo y las guardias nocturnas con la aparición del síndrome de Burnout, en médicos y enfermeras. (20)

Fonseca et al (21), en el 2007, investigaron el grado de burnout entre los residentes de un hospital universitario y los factores asociados al mismo. Se envió a todos los residentes el Test de Maslach Burnout Inventory que valora cansancio emocional, despersonalización y realización personal. Se consignaron variables epidemiológicas (edad, sexo, nacionalidad, año de residencia, especialidad, número de guardias totales y en urgencias, días postguardia, libranza postguardia, posición de guardia). Se investigó la relación de estas con la puntuación en las dimensiones del Maslach Burnout Inventory, con el burnout (chi cuadrado) y la asociación con el número de guardias (regresión lineal). Contestaron 132 de 290 residentes (45,5%): el 40,2% presentaba un alto cansancio emocional y el 64,4% una alta despersonalización. En total, el 69,7% de los residentes presentaba burnout. No existieron asociaciones estadísticamente significativas entre las variables epidemiológicas y las dimensiones del Maslach Burnout Inventory. El número total de guardias se relacionó significativamente con el cansancio emocional ($p < 0,05$), sin relación con las guardias en Urgencias. La realización de 5 o más guardias al mes condicionó burnout con mayor frecuencia (76,6 vs. 60,0%, $p < 0,05$). Se observó una tendencia a un mayor burnout entre los residentes de medicina interna y especialidades médicas con respecto al resto (75,6 vs. 60,0%, $p = 0,05$). Este estudio concluye que la

prevalencia de burnout entre los residentes es elevada y se relaciona fundamentalmente con el número de guardias realizadas. (21)

Asimismo Grau et al (22), estudiaron el Sd. de Burnout en 11.530 profesionales de la salud de habla hispana (51% varones, edad media de 41,7 años). Se utilizó el *Maslach Burnout Inventory* y un cuestionario de elaboración propia vía online desde el portal sanitario Intramed. El período de estudio fue desde diciembre del 2006 hasta septiembre del 2007. Las asociaciones entre variables se estudiaron mediante pruebas de regresión logística. La aparición del síndrome de burnout se relaciona con factores ambientales, culturales y personales. Los objetivos de este estudio son comparar la prevalencia de burnout entre profesionales sanitarios de países de habla hispana y explorar su asociación con las características sociodemográficas y profesionales de los trabajadores y con sus percepciones. La prevalencia de burnout en los profesionales residentes en España fue de 14,9%, del 14,4% en Argentina, y del 7,9% en Uruguay. Los profesionales de México, Ecuador, Perú, Colombia, Guatemala y El Salvador presentaron prevalencias entre 2,5% y 5,9%. Por profesiones, Medicina tuvo una prevalencia del 12,1%, Enfermería del 7,2%, y Odontología, Psicología y Nutrición tuvieron cifras inferiores al 6%. Entre los médicos el burnout predominaba en los que trabajaban en urgencias (17%) e internistas (15,5%), mientras que anestesistas y dermatólogos tuvieron las prevalencias más bajas (5% y 5,3% respectivamente). Fueron variables protectoras la mayor edad (OR=0,96), tener hijos (OR=0,93), la percepción de sentirse valorado (OR=0,53), el optimismo (OR=0,80), la satisfacción profesional (OR=0,80) y la valoración económica (OR=0,91). (22)

Del mismo modo, Millan-Gonzales et al. (23) determinaron las características sociodemográficas del síndrome de desgaste en médicos residentes en Costa Rica durante el 2007 en la que participaron 121 sujetos que cursaban primer y tercer año de las siguientes especialidades que imparte el CENDEISS: anestesiología y recuperación, especialidades

médicas y quirúrgicas, ginecología y obstetricia, pediatría y psiquiatría. Se aplicó el Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (versión validada en español) y una ficha de datos sociodemográfica que incluía especialidad médica, sede de residencia, sexo, estado civil, número de hijos, edad de los participantes, frecuencia mensual de guardias y año cursado de residencia. El análisis final detectó alto agotamiento emocional en mujeres y en residentes de pediatría; bajo agotamiento emocional en quienes realizan en promedio 4 guardias por mes y en residentes de geriatría y psiquiatría; alta despersonalización en hombres; baja despersonalización en residentes de geriatría y medicina familiar así como en personas unidas; bajos niveles de realización personal en personas unidas; el síndrome de desgaste como tal fue mayor en mujeres, que cursaban el tercer año, sujetos unidos, personas con hijos, menores de 30 años y residentes de las especialidades médicas. Adicionalmente se validó la utilización de la escala en Costa Rica. (23)

Por otro lado, el estudio de Paredes et al. (24) en el 2008, fue conocer la prevalencia del síndrome entre los residentes de las especialidades médico-quirúrgica de hospitales universitarios, su relación con el bienestar psicológico y con variables sociodemográficas y laborales. El estudio de prevalencia analítica contó con una muestra de 138 residentes a quienes se les aplicó, el Cuestionario Breve de Burnout (CBB), que evalúa tres dimensiones de sus condiciones de trabajo: causas del Burnout (CBO), síndrome (SBO) y consecuencias (CON). El 12,6% de los residentes presentó un alto nivel de Burnout y el análisis estadístico evidenció una asociación negativa entre el Burnout y el bienestar psicológico y entre éste último y las largas horas de trabajo. No se encontraron asociaciones estadísticamente significativas con las variables sociodemográficas y laborales. (24)

López et al. (25), en el 2005, evaluaron el síndrome de desgaste profesional o burnout en médicos residentes con jornadas laborales

prolongadas. Mediante un estudio analítico transversal, por muestreo aleatorio simple, de médicos residentes que trabajaron > 80 horas a la semana (grupo de estudio) o menos (grupo control), adscritos al Instituto Mexicano del Seguro Social en Veracruz, Veracruz. La muestra obtenida fue de 143 médicos residentes (72 del grupo de estudio y 71 del control); la edad promedio fue de 29.6 ± 2.5 años; 65 % era del sexo masculino y 51 %, soltero; la antigüedad promedio fue de 2.2 ± 0.7 años. El grupo de estudio acumuló por jornadas laborales 100.5 ± 7.2 horas por semana y el grupo control, 64.4 ± 9.3 . Se encontró síndrome de desgaste profesional en 63.8 % de los médicos residentes con jornadas prolongadas ($p = 0.002$), con mayor frecuencia en aquellos con especialidades quirúrgicas ($p = 0.035$) y tres o más guardias por semana ($p = 0.002$). En los médicos residentes analizados se encontró relación entre la presencia del síndrome de desgaste profesional y laborar jornadas ≥ 80 horas por semana. (25)

Guevara et al. (26), en el 2004, evaluaron aspectos sociodemográficos, de funcionalidad familiar y la presencia e intensidad del Síndrome de desgaste profesional (SDP). Se evaluaron 150 médicos (63 internos y 87 residentes) sin diferencias sociodemográficas entre internos, residente clínicos y residentes quirúrgicos; 128 (85.3%) presentaban SDP entre moderado y severo, siendo el componente de desgaste emocional el más afectado y sin diferencias entre los grupos médicos; 102 (68%) presentaban disfunción familiar (APGAR familiar <18) siendo más frecuente la disfunción familiar sobre todo en los internos ($p=0.01$); 90% de los médicos con desgaste profesional presentaban disfunción familiar. El número de turnos semanales se asociaron con el desgaste profesional ($p=0.002$) y con la disfunción familiar ($p=0.01$). El SDP en médicos internos y residentes del Hospital Universitario del Valle es bastante alto asociándolo con el número de turnos y con la disfunción familiar. (26)

Así mismo, Fernández et al. (27), realizaron un estudio con el fin de conocer el grado de desgaste profesional en médicos residentes de un

hospital general que realizan guardias de urgencias publicado 2007. Se realizó en 92 residentes que realizan guardias utilizando un cuestionario anónimo autoadministrado con variables sociodemográficas, laborales, sugerencias y el Test de Maslach Burnout Inventory (22 ítems). De los cuales 58 cuestionarios fueron válidos (tasa de respuesta del 63,0%). La edad media fue 26 años, 72,4% mujeres, el 48,3% residentes de primer año, el 36,2% residentes de segundo año, y el 15,5% residentes de tercer año. Así mismo, el 50% eran residentes de medicina de familia y el 95% libraban las guardias. Los residentes de primer año realizaban 5 guardias de al mes, los residentes de segundo año 2 guardias, y los residentes de tercer año 3. Los valores medios obtenidos fueron: despersonalización: $11,0 \pm 5,4$ (IC del 95% 9,6-12,5); cansancio emocional: $34,0 \pm 10,1$ (IC del 95% 31,7-36,8); realización personal en el trabajo: $30,2 \pm 7,6$ (IC 95% 28,0-31,9). El 60% presentó puntuaciones medias altas para despersonalización, el 74% para cansancio emocional y el 70% bajas para realización personal en el trabajo. Los residentes que no libraban las guardias registraron puntuaciones medias significativamente más altas de despersonalización. El 93% presentan burnout (moderado 50%, alto 43%) y se encontró un alto burnout en todos los residentes que no libraban las guardias ($p < 0,05$). No hubo diferencias estadísticamente significativas en el nivel de burnout en relación al sexo, edad, año de residencia, especialidad ni número de guardias. (27)

El trabajo elaborado por Dutra et al. (28) en el 2004 establece la incidencia de burnout en médicos residentes de un hospital público a través de MBI (Maslach Burnout Inventor y). Fue realizada una investigación en 120 residentes, que desenvuelven sus actividades en un hospital público. Los resultados principales indican una incidencia de burnout en 20,8%, donde se encontró que el 65,0% con clasificación alta en dimensión exhausto emocional (EE), 61,7% con clasificación alta en dimensión despersonalizado (DE) y 30,0% con clasificación baja en dimensión realización profesional (RP). Burnout estuvo presente en 78,4% de muestra y ausente en 0,8% de muestra. A mayor frecuencia de casos de manifestación de síndrome fue

observada más áreas de Ortopedia, seguida de áreas de Clínica Médica, Cirugía, Pediatría, Ginecología y Obstetricia. (28)

Caballero et al. (29) determinaron la prevalencia del síndrome de burnout entre trabajadores sanitarios, así como su distribución según diferentes variables sociodemográficas y laborales en un estudio publicado 2001. Así mismo, detectar posibles factores causales del síndrome de burnout potencialmente modificables. Dirigido a la totalidad (354) de médicos, enfermeras y auxiliares clínicos pertenecientes a los 22 EAP que forman el Área VI de Madrid. Se envió cuestionario autoadministrado y anónimo por correo interno, compuesto por tres instrumentos; una encuesta sobre variables sociodemográficas, el cuestionario validado Maslach Burnout Inventory y un apartado abierto de opinión. Se consiguió una participación del 45%. Se detectaron considerables niveles de burnout: un 30,6% dentro del rango alto para la subescala de cansancio emocional y con mayores puntuaciones en los varones ($p = 0,026$). Destacó también mayor afectación entre el personal pediatra en cuanto a logros personales. Se observa escasa relación del síndrome con las variables de tipo social. Un 43,9% considera presentar o haber presentado algún tipo de alteración física o psíquica relacionada directamente con el desarrollo de su profesión, y el 38,3% asocia directamente su desgaste con el exceso de demanda soportado habitualmente en sus consultas. Se Detectaron niveles de este síndrome preocupantemente elevados entre nuestros profesionales y similares a los encontrados en otras encuestas nacionales. Los encuestados asocian su malestar con algunos factores laborales que podrían ser fácilmente modificables. (29)

En el estudio de Cabello et al. (30) publicado 2001 se evaluó el Síndrome de Desgaste Profesional (Burnout) y su relación con variables demográficas y de apoyo familiar. Los participantes fueron 187 médicos residentes. Se utilizaron la versión adaptada a la población venezolana del Maslach Burnout Inventory para medir el síndrome y el APOFA para medir el apoyo familiar.

Los resultados indicaron que: (a) de las tres dimensiones que conforman el Síndrome de Desgaste Profesional, el Agotamiento Emocional fue más alto que la Despersonalización y ésta más alta que la Falta de Realización Personal; (b) cerca del 50% de la muestra experimentó de moderado a alto agotamiento emocional; (c) el agotamiento emocional fue mayor en los residentes cursantes del primer año, los de menores ingresos y los que laboraban en guardias completas; (d) no hubo asociación entre las dimensiones del Síndrome y las variables sexo, estado civil y número de hijos; (e) el Apoyo Familiar percibido para la muestra total fue alto y, (f) la correlación entre las dimensiones del Síndrome y el Apoyo Familiar fueron negativas. Se recomienda implementar planes dirigidos a disminuir el agotamiento emocional así como la continuidad de la presente línea de investigación en el medio sanitario. (30)

Lopez et al. (31)) evaluaron el síndrome de desgaste profesional o burnout en médicos residentes con jornadas laborales prolongadas. Mediante un estudio analítico transversal, por muestreo aleatorio simple, de médicos residentes que trabajaron > 80 horas a la semana (grupo de estudio) o menos (grupo control), adscritos al Instituto Mexicano del Seguro Social en Veracruz, Veracruz. La muestra obtenida fue de 143 médicos residentes (72 del grupo de estudio y 71 del control); la edad promedio fue de 29.6 ± 2.5 años; 65 % era del sexo masculino y 51 %, soltero; la antigüedad promedio fue de 2.2 ± 0.7 años. El grupo de estudio acumuló por jornadas laborales 100.5 ± 7.2 horas por semana y el grupo control, 64.4 ± 9.3 . Se encontró síndrome de desgaste profesional en 63.8 % de los médicos residentes con jornadas prolongadas ($p = 0.002$), con mayor frecuencia en aquéllos con especialidades quirúrgicas ($p = 0.035$) y tres o más guardias por semana ($p = 0.002$). En los médicos residentes analizados se encontró relación entre la presencia del síndrome de desgaste profesional y laborar jornadas ≥ 80 horas por semana.

2.2. Bases teóricas

El estrés laboral es el resultado del desequilibrio entre las exigencias y presiones a las que se enfrenta un individuo, por un lado, y sus conocimientos y capacidades, por el otro. El estrés pone a prueba su capacidad para afrontar una situación que no solo incluye situaciones en las que la presión laboral excede las capacidades del trabajador para hacer frente a la misma sino también los casos en los que no se utilizan suficientemente sus conocimientos y capacidades, y esto supone un problema para el trabajador. (13)

En este contexto, el síndrome de Burnout se define como una respuesta al stress laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabajan y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado. (8)

Este síndrome, también conocido como síndrome de desgaste ocupacional o profesional, es un padecimiento que se produce como respuesta a presiones prolongadas que una persona sufre ante factores estresantes emocionales e interpersonales relacionados con el trabajo. (14)

Desde la primera vez que se acuñó el término en 1974 por Freudenberger, han pasado más de dos décadas en las que han sido muchos los autores e investigadores que han dirigido sus investigaciones hacia el burnout, aportando numerosas definiciones, modelos teóricos y componentes. (32)(10)

Freudenberger introdujo el término de *burnout* profesional definiéndolo como la sensación de agotamiento, decepción y pérdida de interés por la actividad laboral, que surge especialmente en aquellos que se dedican a profesiones de servicio o ayuda cuya actividad va dirigida hacia otras personas; ello tras observar a voluntarios que trabajaban con toxicómanos, que tras un tiempo en su puesto de trabajo, sufrían una pérdida de energía, para luego llegar al agotamiento, desmotivación por su labor y también simpatía hacia los pacientes. Este autor describió a estas personas como menos sensibles, poco comprensivas y agresivas en su relación con los

pacientes, incluso dándoles un trato distante y cínico. Posteriormente, Maslach y Jackson (1986) utilizaron el mismo término acuñado para describirlo como el proceso de pérdida gradual de responsabilidad y desinterés entre los compañeros de trabajo en el campo de la psicología social. Tal vez la definición más aceptada entre los investigadores es la que aportaron estas autoras, que lo conceptualizaron como el cansancio emocional que lleva a una pérdida de motivación y que suele progresar hacia sentimientos de inadecuación y fracaso. (32)(25)

Su consideración como problema de salud viene apoyada por la circunstancia de que la OMS, en su décima revisión de CIE (clasificación internacional de enfermedades), lo ha incluido en su capítulo V, referente a los trastornos mentales y del comportamiento, concretamente en el apartado XXI referente a factores que influyen en el estado de salud y en el contacto con los servicios de salud y dentro del apartado reservado a problemas relacionados con el manejo de la vida, traduciéndolo como agotamiento (código Z73.0) (11)

El concepto de burnout implica 3 aspectos fundamentales según Christina Maslach que son: El agotamiento emocional caracterizado por una disminución y pérdida de los recursos emocionales; la despersonalización o deshumanización (o cinismo) que se caracteriza por el desarrollo de actitudes negativas, de insensibilidad hacia los receptores del servicio prestado; y, la baja realización personal que consiste en la percepción del trabajo de manera negativa; los afectados se reprochan no haber alcanzado los objetivos propuestos, con vivencias de insuficiencia personal y baja autoestima profesional. (15)

Dichos componentes se presentan de forma insidiosa, no súbita, si no paulatina, cíclica, puede repetirse a lo largo del tiempo, de modo que una persona puede experimentar los tres componentes varias veces en diferentes épocas de su vida y en el mismo o en otro trabajo (11).

Agotamiento emocional surge precisamente como consecuencia de la disminución de los recursos emocionales del profesional para enfrentarse con los retos que su labor le plantea y se concreta en una continua y

creciente fatiga en los niveles mental, físico y emocional que no se corresponde con la cantidad de trabajo efectuada , además irritabilidad , malhumor e insatisfacción laboral con descontento y pesimismo a cerca de sus tareas profesionales. Es decir, el trabajador siente que no dispone de recursos emocionales para enfrentar su tarea. (11)

Despersonalización, en muchos casos sobreviene como una mecanismo de defensa del propio afectado que ha estado implicándose mucho en sus tareas y siente que al haberse venido abajo sus recursos emocionales , no puede continuar haciéndolas en esa intensidad. Así, el profesional decide inconscientemente crearse una barrera entre él y el usuario del servicio que presta como una forma de autoprotección. Ellos se traduce en una merma en la eficacia en el trabajo y en actitudes de insensibilidad y deshumanización, consistentes en un talante negativo, en incluso a veces de cinismo, hacia los receptores de sus servicio. Es decir, el profesional tiende a un distanciamiento con el paciente, incapacidad para entregarse, evitar los contactos interpersonales, tratar al otro como objeto impidiendo la posibilidad de establecer un vínculo humano, no sólo en la relación con los pacientes esta dificultad también se traslada a la vida familiar y social. (11)

Baja realización personal: Sensación subjetiva que nace como consecuencia de los dos factores anteriores. El profesional se siente frustrado por la forma en que se realiza su trabajo y los resultados conseguidos con él que tienden a vivenciarse de manera negativa y como resultado de una insuficiencia profesional, lo que tiene como consecuencia una merma en la autoestima. (11)

Existen varios tipos de manifestaciones que podemos considerar como signos de alarma o en ocasiones como parte ya del cuadro clínico en sí como: negación, aislamiento, ansiedad, miedo o temor, depresión (siendo uno de los más frecuentes en este síndrome y uno de los síntomas más peligrosos ya que puede llevar al suicidio), ira, adicciones, cambios de personalidad, culpabilidad y autoinmolación, cargas excesivas de trabajo, se puede presentar como cambios en los hábitos de higiene y arreglo personal, cambios en el patrón de alimentación, con pérdida o ganancia de peso

exagerada, pérdida de la memoria y desorganización, dificultad para concentrarse y puede haber trastornos del sueño (33).

El cuadro clínico puede seguir la siguiente secuencia (15):

- ❖ Etapa 1. Se percibe desequilibrio entre demandas laborales y entre recursos materiales y humanos de forma que los primeros exceden a los segundos, lo que provoca una situación de estrés agudo.
- ❖ Etapa 2. El individuo realiza un sobre-esfuerzo para adaptarse a las demandas. Pero esto sólo funciona transitoriamente (hasta aquí el cuadro es reversible).
- ❖ Etapa 3. Aparece el síndrome de burnout con los componentes descritos.
- ❖ Etapa 4. El individuo deteriorado psicofísicamente se convierte en un peligro más que en una ayuda para los destinatarios de los servicios.

Del mismo modo, la clínica del síndrome se esquematizó en cuatro niveles (34):

- ❖ Leve: quejas vagas, cansancio, dificultad para levantarse a la mañana
- ❖ Moderado: cinismo, aislamiento, suspicacia, negativismo
- ❖ Grave: enlentecimiento, automedicación con psicofármacos, ausentismo, aversión, abuso de alcohol o drogas
- ❖ Extremo: aislamiento muy marcado, colapso, cuadros psiquiátricos, suicidios

Actualmente, se le reconoce como un proceso multicausal y muy complejo, en donde (además del estrés) se ven involucradas variantes como el aburrimiento, crisis en el desarrollo de la carrera profesional, pobres condiciones económicas, sobrecarga laboral, falta de estimulación, pobre orientación profesional y aislamiento. Sumado a los elementos recién nombrados, se describen factores de riesgo, que hacen susceptible al individuo ante la noxa (34):

- ❖ Componentes personales: la edad (relacionada con la experiencia), el género (las mujeres pueden sobrellevar mejor las situaciones conflictivas en el trabajo), variables familiares (la armonía y estabilidad familiar conservan el equilibrio necesario para enfrentar situaciones conflictivas), personalidad (por ejemplo las personalidades extremadamente competitivas impacientes, hiperexigentes y perfeccionistas).
- ❖ Inadecuada formación profesional: excesivos conocimientos teóricos, escaso entrenamiento en actividades prácticas y falta de aprendizaje de técnicas de autocontrol emocional.
- ❖ Factores laborales o profesionales: condiciones deficitarias en cuanto al medio físico, entorno humano, organización laboral, bajos salarios, sobrecarga de trabajo, escaso trabajo real de equipo.
- ❖ Factores sociales: como la necesidad de ser un profesional de prestigio a toda costa, para tener una alta consideración social y familiar y así un alto estatus económico.
- ❖ Factores ambientales: cambios significativos de la vida como: muerte de familiares, matrimonios, divorcio, nacimiento de hijos.

Así mismo Maslach de la Universidad de Berkeley, California en Estados Unidos de Norteamérica, además de retomar el término utilizado por Freudenberg para definir el síndrome de agotamiento profesional o burnout, en conjunto con el psicólogo Michael P. Leiter de la Universidad de Acadia Nova Escotia, Canadá, desarrollaron un instrumento para medir el síndrome, al cual llaman cuestionario de Maslach, que desde su desarrollo en 1986 es el instrumento más utilizado en todo el mundo es considerada el test de elección para determinar la presencia del síndrome de burnout (gold standard) y fue validada para su aplicación en personas que trabajan en servicios asistenciales de salud sobre otros métodos diagnósticos como Burnout Measure (BM) que es una escala con 21 ítems con 7 opciones que miden el agotamiento físico, mental y

emocional; el Staff Burnout Scale (SBS) y la Teacher Attitude Scale (TAS), entre otro.(1)(35)(36)

Este cuestionario está constituido por 22 preguntas en una escala de tipo Likert que evalúa los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y en particular hacia los pacientes midiendo los 3 componentes del síndrome: desgaste emocional, despersonalización y falta de realización personal. El instrumento evalúa el grado de intensidad del síndrome (leve, moderado o severo) con una alta validez interna y grado de confianza (86%) (15)(1)(35)(36)

Las respuestas a las 22 preguntas están distribuidas de la siguiente manera.

1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo,
2. Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío.
3. Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado.
4. Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes.
5. Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales.
6. Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa.
7. Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes.
8. Siento que mi trabajo me está desgastando.
9. Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo.
10. Siento que me he hecho más duro con la gente.
11. Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.
12. Me siento con mucha energía en mi trabajo
13. Me siento frustrado en mi trabajo.
14. Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo.
15. Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes.

16. Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa.
17. Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes.
18. Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes
19. Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.
20. Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades.
21. Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada.
22. Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas.

La escala se mide según los siguientes rangos:

- 0 = Nunca
- 1 = Pocas veces al año o menos
- 2 = Una vez al mes o menos
- 3 = Unas pocas veces al mes o menos
- 4 = Una vez a la semana
- 5 = Pocas veces a la semana
- 6 = Todos los días

Los resultados de cada subescala:

- Subescala de agotamiento emocional. Consta de 9 preguntas (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20). Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Puntuación máxima 54.

-Subescala de despersonalización. Está formada por 5 ítems (5, 10, 11, 15, 22). Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Puntuación máxima 30.

-Subescala de realización personal. Se compone de 8 ítems (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21.). Evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo. Puntuación máxima 48.

Cada subescala se clasificara según niveles alto, medio y bajo según las puntuaciones obtenidas, de la siguiente manera:

- Agotamiento emocional : Bajo ≤ 16 , Medio 17-27, Alto ≥ 28
- Despersonalización: Bajo ≤ 5 , Medio 6-10, Alto ≥ 11
- Realización Personal: Bajo ≤ 33 , Medio 34-39, Alto ≥ 40

El test Maslach pretende medir la frecuencia y la intensidad con la que se sufre el Burnout. Puntuaciones altas en los dos primeros y baja en el tercero definen el síndrome Burnout. (35)(36) Sin embargo, tras la revisión de trabajos previos y siguiendo los mismos criterios empleados, se define la existencia de burnout cuando se obtiene puntuaciones altas en las escalas de cansancio emocional y/o despersonalización considerados indicativos clínicamente significativos para el diagnóstico de burnout. (1)(21)(22)(37)

CAPITULO III: METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de la investigación

Se trata de un diseño observacional tipo descriptivo de corte transversal.

3.2 Variables en la investigación

3.2.1 Variables principales

Síndrome de burnout (SBO): Variable nominal cualitativa. Se consideró que el SBO estaba presente si el personal de salud tuvo baja realización personal, alto agotamiento emocional y alta despersonalización como definición clásica. Así mismo se lo consideró cuando hubo altas puntuaciones en la dimensión agotamiento emocional y/o realización personal como definición alternativa. Las dimensiones del SBO son: Cansancio Emocional, Despersonalización y Realización Personal. Agotamiento Emocional: Variable ordinal determinada por la sumatoria de la puntuación obtenida de los ítems 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20, su puntuación es directamente proporcional al SBO. Despersonalización: Variable ordinal determinada por la sumatoria de la puntuación obtenida de los ítems 5, 10, 11, 15 y 23, su puntuación es directamente proporcional al SBO. Realización Personal: Variable ordinal determinada por la sumatoria de la puntuación obtenida en los ítems 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 22. Su puntuación es inversamente proporcional al SBO. (anexo1)

3.2.2 Variables secundarias:

Se utilizaron variables sociodemográficas y laborales como sexo, edad, lugar de procedencia, estado civil, Paternidad/Maternidad, especialidad, año de

residencia, número de guardias al mes, horas de sueño al día, y tiempo de retorno a domicilio y tipo de vivienda. (Anexo 1)

3.3. Población y muestra

Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia. Se seleccionaron a toda la población de residentes de las principales especialidades clínicas (Medicina Interna, Medicina Intensiva, Medicina de Emergencias y Desastres, Nefrología, Reumatología Hematología, Cardiología, Neumología, Medicina de Enfermedades Infecciosas y Tropicales, Neurología y Gastroenterología) y quirúrgicas (Cirugía general, traumatología y Neurocirugía) del Hospital Nacional Dos de Mayo. Siendo en total n=130 residentes entre las especialidades médicas y quirúrgicas., de los cuales solo 96 residentes cumplieron los criterios de inclusión.

3.3.1 Criterios de Inclusión:

La población de estudio incluyó a todos los médicos residentes de especialidades clínicas y quirúrgicas en formación de postgrado reconocido por la institución y en función durante el mes de Noviembre del 2015, que acepta voluntariamente llenar el cuestionario previa lectura de la hoja informativa.

3.3.2 Criterios de exclusión:

Personal administrativo, de limpieza y otros servicios que no atiendan directamente a los pacientes. Personas que no aceptaron participar en el estudio, se encuentren de licencia, vacaciones o se encuentran en otras rotaciones fuera del hospital durante el periodo de Noviembre, 2015.

3.4. Procedimiento para la recolección de los datos

Se solicitó permiso al Comité Científico y ética y al Departamento de Docencia del Hospital Nacional Dos de Mayo para la aprobación del siguiente protocolo y ejecución del mismo.

Se entregó los cuestionarios de forma personalizada para comunicar a los sujetos sobre el motivo del estudio, para luego de su aceptación, puedan contestar la encuesta, y se les indicó que los cuestionarios deberán ser rellenados cuando no estuviesen realizando una guardia de urgencias ni en las 24 horas posteriores.

3.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La información se obtuvo de aplicar un cuestionario acompañado de una breve información acerca de los objetivos del estudio, el cual se compone de la aplicación de la Escala Maslach Burnout Inventory (MBI) y preguntas relacionadas a variables sociodemográficas, de elaboración propia, referida a datos de filiación y aspectos laborales: sexo, edad, estado civil, paternidad, procedencia, especialidad, año de residencia, número de guardias/mes en urgencias, tiempo de viaje de retorno a su domicilio del hospital, tipo de vivienda, horas de sueño al día, etc.

La aplicación de Maslach Burnout Inventory (MBI) es una encuesta validada para estudios de Burnout en sujetos pertenecientes a personal de áreas en salud en donde se planteó a los sujetos de estudio 22 afirmaciones que permitieron valorar sus sentimientos y pensamientos con relación a su interacción con el trabajo encontrados en las tres dimensiones (cansancio emocional (CE), despersonalización (DP) y realización personal (RP) que componen el Sd. de Bournout. Dichas afirmaciones fueron contestadas por medio de una cruz o un visto en la casilla correspondiente a una escala de Likert, en la que se pidió que se especifique el grado de acuerdo o desacuerdo con una afirmación, de 0–6 puntos. Se indicó al encuestado que

las opciones presentadas en la escala se refieren a la frecuencia con la que sucede la afirmación correspondiente.

Para el diagnóstico del sujeto con Síndrome de Burnout, este se clasificó cuando tuvieron un valor alto en el componente de CE y DP, mientras que el de RP bajo, según la definición clásica. Sin embargo, tras la revisión de trabajos previos y siguiendo los mismos criterios empleados en ellos, también se definió la existencia de burnout cuando se obtiene puntuaciones altas en las escalas de cansancio emocional y/o despersonalización considerados indicativos clínicamente significativos para el diagnóstico de burnout.

3.6. Aspectos éticos en la investigación

Se solicitó permiso al Comité Científico y de Ética y al Departamento de Docencia del Hospital Nacional Dos de Mayo para la aprobación del siguiente protocolo y ejecución del mismo. Del mismo modo, se mantiene y es de carácter anónimo cada encuesta realizada.

3.7. Técnica de procesamiento y análisis de datos

Tras la recopilación de la información, se llenó una base de datos en el programa Microsoft Excel 2013, la misma que se utilizó para el análisis en el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 20. Se calculó las tablas de frecuencias para todas las variables de los 2 cuestionarios. Así mismo, se realizó un análisis estadístico descriptivo calculando porcentajes y medidas (con su correspondiente IC del 95%) y asociación estadística entre las variables. El nivel de significación elegido para todo el estudio fue el de $p < 0,05$. Por último, los resultados se mostraron en tablas de doble entrada y gráficos de barras y tortas, etc.

CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Resultados

Los participantes del estudio incluían 130 residentes, de los cuales luego de aplicar los criterios de inclusión, se realizó las encuestas a solo 96 residentes de los principales servicios de especialidades clínicas (n= 72) y quirúrgicas (n=24) del Hospital Nacional Dos de Mayo.

Como se describe en la Tabla 1, el 71,8% (n=69) fueron hombres y el 28,1% (n= 27) mujeres, encontrándose que la mayor parte, un 55,2%, presentaba 31 años o menos. Así mismo, el 38,5% presenta de 31 a 40 años y solo 6,3 % son mayores de 40 años. La edad media de los residentes en estudio es de 32,01 años con una desviación estándar de $\pm 5,09$; siendo la edad mínima de 25 años y la edad máxima de 53 años. Se observó que la mayor parte procede de la región costa (76%) y el resto de la región sierra (20,8%) y selva (3,1%). Además, la mayoría cuenta con estado civil soltero en un 80,2% y no tiene hijos un 70,8%. Respecto al tipo de vivienda donde residen, la mayoría alquila una vivienda en 47,9%, tiene una casa propia en 34,3% y solo el 17,7% vive con sus padres.

En relación a las características laborales (Tabla 2) el 75% corresponde a especialidades clínicas y el 25 % a especialidades quirúrgicas. De los cuales el 41,6 % corresponde a residentes de 1er año, el 37,5 % a residentes de 2do año, el 19,8 % a residentes de 3er año y el 1% a residentes de 4to año. Así mismo, durante en desarrollo de la encuesta, un 59,4% de médicos residentes indicaron que presentaban 5 o menos guardias al mes, el 30% entre 6 a 10 guardias y un 9,3% de 11 a más guardias al mes. En promedio, se calculó que los médicos residentes presentan al mes 6,5 guardias con una desviación estándar de ± 3 .

Tabla 1. Características sociodemográficas de los residentes de especialidades clínicas y quirúrgicas del Hospital Nacional Dos de Mayo, Noviembre 2015.

		N	%
Sexo	Femenino	27	28,1%
	Masculino	69	71,8%
	Total	96	100,0%
Edad	Menores de 31 años	53	55,2%
	De 31 a 40 años	37	38,5%
	Mayores de 40 años	6	6,3%
	Total	96	100,0%
	Media	32,01 ± 5,09	
	Mínimo	25	
	Máximo	53	
L. de Procedencia	Costa	73	76,0%
	Sierra	20	20,8%
	Selva	3	3,1%
	Total	96	100,0%
Estado Civil	Soltero	77	80,2%
	Casado	17	17,7%
	Separado	0	0,0%
	Divorciado	2	2,1%
	Viudo	0	0,0%
	Total	96	100,0%
Paternidad/Maternidad	Con hijos	28	29,2%
	Sin hijos	68	70,8%
	Total	96	100,0%
Tipo de vivienda	Alquilada	46	47,9%
	Propia	33	34,3%
	Padres	17	17,7%
	Total	96	100,0%

Se observó, además, que en promedio los residentes duermen 5,5 horas al día encontrándose el mayor porcentaje (40,6%) de residentes con 6 horas de sueño al día. Además, el tiempo que toman de retorno a casa con mayor frecuencia es de 60 min (1 hora), siendo el tiempo mínimo de 15 min a 2h 30 min como tiempo máximo. Sin embargo, el mayor porcentaje (49%) demora de 30 min a 1 hora.

Tabla 2. Características laborales de los residentes de especialidades clínicas y quirúrgicas del Hospital Nacional Dos de Mayo, Noviembre 2015

		N	%	Media	Máximo	Mínimo	Moda
<i>Especialidad</i>	Especialidades Clínicas	72	75%				
	Especialidades Quirúrgicas	24	25%				
	Total	96	100%				
<i>Año de residencia</i>	1er año	40	41,6%				
	2do año	36	37,5%				
	3er año	19	19,8%				
	4to año	1	1,0%				
	5to año	0	0%				
	Total	96	100,0%				
<i>Número de Guardias /mes</i>	<= 5 guardias	57	59,4%				
	De 6 a 10 guardias	30	31,3%				
	>= 11 guardias	9	9,3%				
	Total	96	100,0%				
<i>Horas de sueño/día</i>	Media	6,5	±3				
	2 horas	1	1,0%				
	4 horas	13	13,5%				
	5 horas	31	32,3%				
	6 horas	39	40,6%				
	7 horas	7	7,3%				
	8 horas	5	5,2%				
	Total	96	100,0%				
<i>Tiempo de Viaje de retorno a domicilio</i>	Media	5,5					
				54	150	15	60
	<=30 min	33	34,4%				
	>30 min-1hora	47	49%				
	>1 hora -2 horas	15	15,6%				
	>2 horas	1	1,0%				
Total	96	100%					

En la Tabla 3, se observa la distribución de la población según diagnóstico de Síndrome de Burnout (SBO) y los niveles de sus dimensiones. La frecuencia de SBO utilizando la definición clásica establecida por Christina Maslach fue 5,2% (n = 5); sin embargo utilizando

los criterios diagnósticos utilizados en investigaciones anteriores se observa una frecuencia de SBO del 42,7 %. Así mismo, se observa que un 40,6% (n= 39) presenta un bajo nivel de agotamiento emocional; sin embargo, la mayoría de los participantes presenta niveles altos y medios, siendo estos un 25%(n=24) y 34,4% (n=33), respectivamente. Del mismo modo, en relación a la dimensión despersonalización donde se encontraron nivel alto y medio en un 32,3% (n=31) y 26% (n=25) respectivamente. A diferencia de lo que se observa en relación a la dimensión realización personal donde se observa un mayor porcentaje en el nivel alto con un 61,5% (n=59).

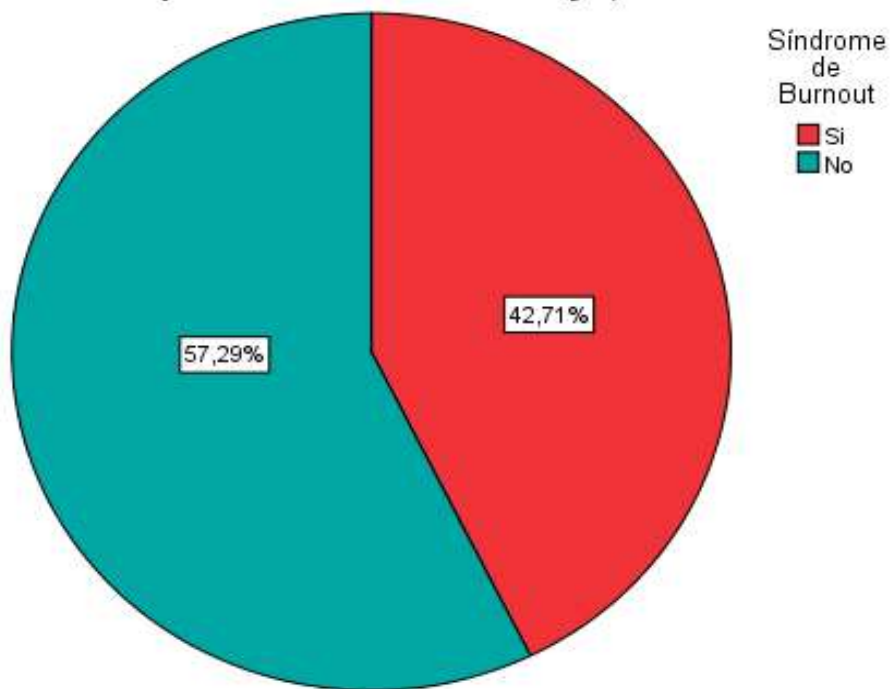
Tabla 3. Puntuaciones en el test Maslach Burnout Inventory en los residentes de especialidades clínicas y quirúrgicas del Hospital Nacional Dos de Mayo, Noviembre 2015

		N	%
<i>Síndrome de Burnout</i> (Def. clásica)	Sí	5	5,2%
	No	91	94,7%
	Total	96	100,0%
<i>Síndrome de Burnout</i> (Def. alternativa)	Sí	41	42,7%
	No	55	57,3%
	Total	96	100,0%
<i>Agotamiento Emocional</i>	Alto	24	25%
	Medio	33	34,4%
	Bajo	39	40,6%
<i>Despersonalización</i>	Total	96	100,0%
	Alto	31	32,3%
	Medio	25	26,0%
<i>Realización Personal</i>	Bajo	40	41,7%
	Total	96	100,0%
	Alto	59	61,5%
	Medio	16	16,7%
	Bajo	21	21,9%
	Total	96	100,0%

En la figura1, se esquematiza la frecuencia de síndrome de Burnout según la definición alternativa basada en los criterios diagnósticos de estudios anteriores, observándose que si bien el mayor porcentaje de

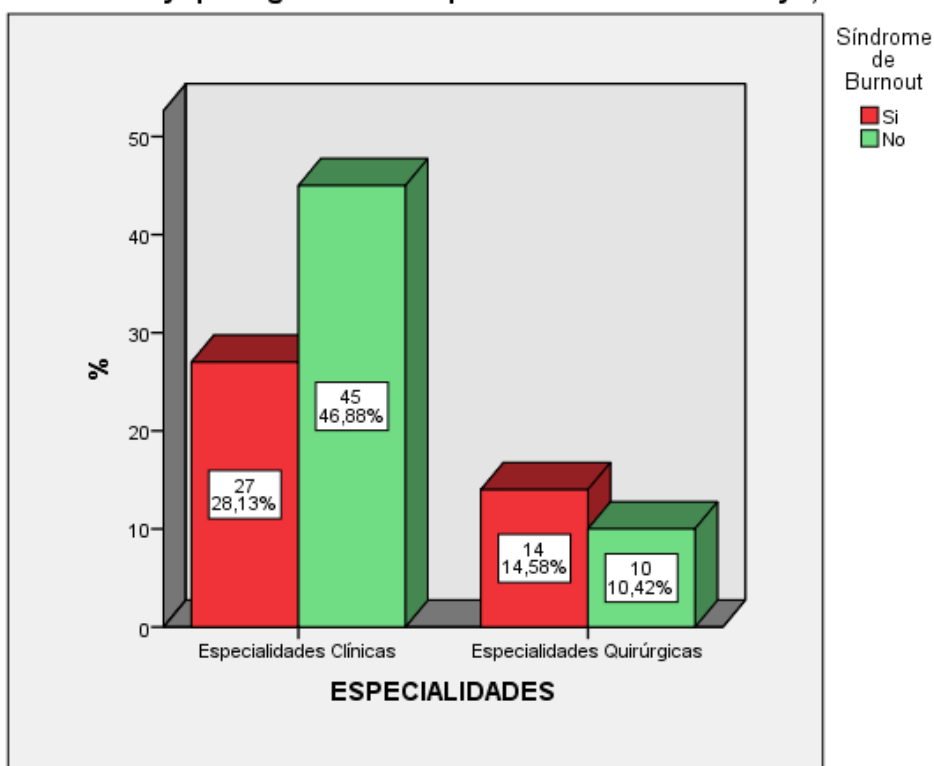
residentes el 57,29 (n=55) no presenta síndrome de Burnout, existe un gran proporción que sí lo presenta siendo esta un 42,71%(n=41).

Figura 1. Prevalencia de síndrome de Burnout en residentes de especialidades clínicas y quirúrgicas del Hospital Nacional Dos de Mayo, Noviembre 2015



En la figura 2, se observa la frecuencia de síndrome de Burnout en los residentes de especialidades clínicas y quirúrgicas, encontrándose que en las especialidades clínicas predomina el síndrome de Burnout solo en un 28,13% (n=27), mientras que la mayoría no lo presenta con un 46,88% (n=45). En relación a las especialidades quirúrgicas se observa que predomina ligeramente la presencia de síndrome de Burnout con un 14,58%(n=14), mientras que los que no lo presentan son un 10,42% (n=10).

Figura 2. Prevalencia de síndrome de Burnout en residentes de especialidades clínicas y quirúrgicas del Hospital Nacional Dos de Mayo, Noviembre 2015



Así mismo, se puede apreciar que del total de la población las especialidades clínicas son las que presentan mayor porcentaje de de Burnout con un 28,13%.

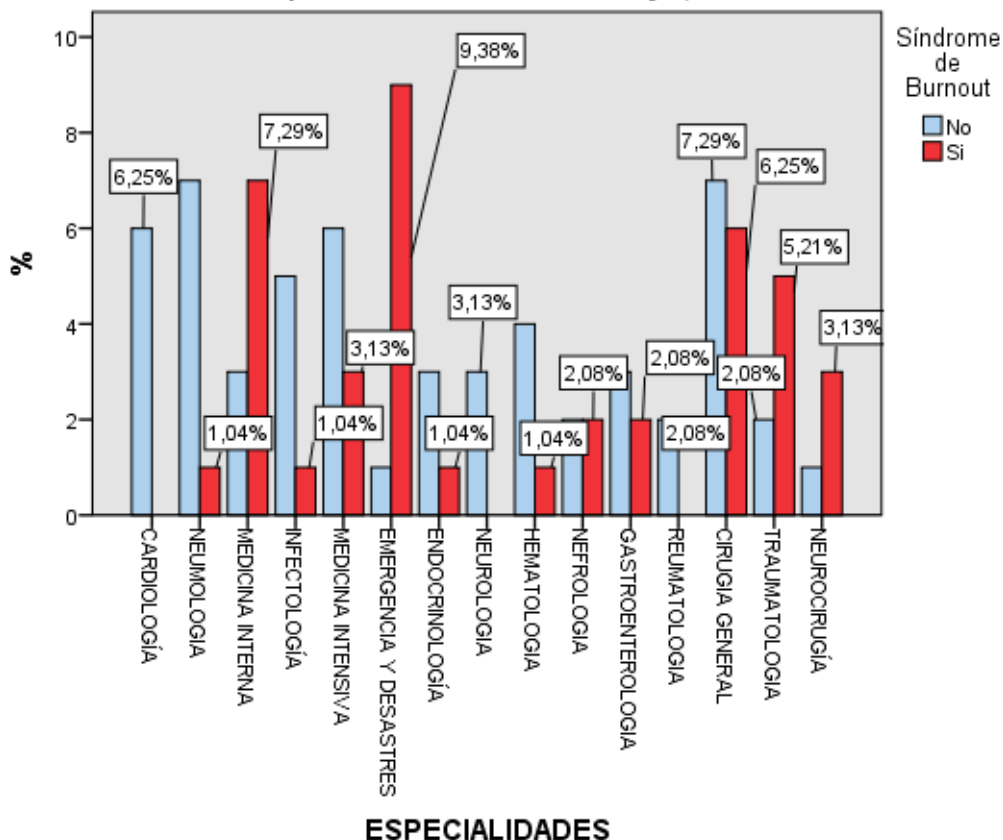
Tabla 4. Frecuencia de síndrome de Burnout en relación a las especialidades clínicas y quirúrgicas en residentes del Hospital Nacional Dos de Mayo, Noviembre 2015

		ESPECIALIDADES				Chi ²
		Especialidades Clínicas		Especialidades Quirúrgicas		
		N	%	N	%	p
Síndrome de Burnout	Si	27	37,5%	14	58,3%	0,074
	No	45	62,5%	10	41,7%	
	Total	72	100,0%	24	100,0%	

Sin embargo, como se aprecia en la Tabla 4, las especialidades quirúrgicas son quienes presentan mayor frecuencia de síndrome de Burnout en comparación a las especialidades clínicas. Se encontró que del total de residentes de especialidades quirúrgicas, un 58,3% presenta síndrome de Burnout en comparación a solo un 37,5% de los residentes de

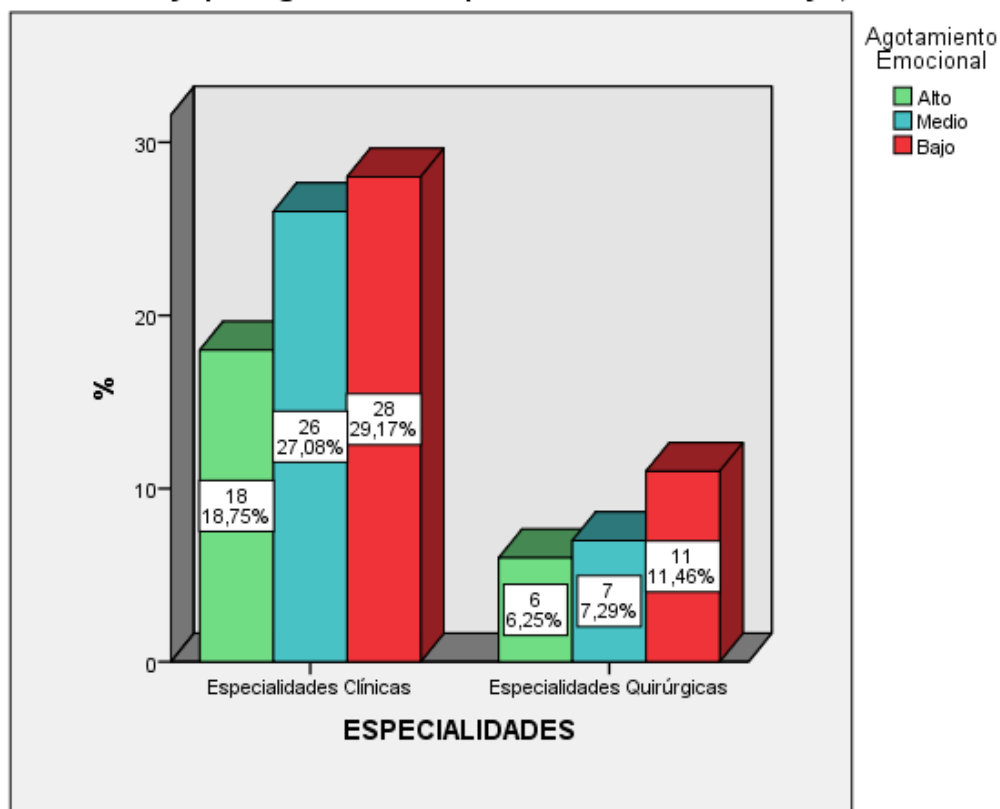
especialidades clínicas. Sin embargo al realizar el χ^2 para determinar si existe alguna relación de dependencia, esta resulta que no existe alguna asociación al obtener un valor $p > 0,05$.

Figura 3. Distribución del síndrome de Burnout según las especialidades del Hospital Nacional Dos de Mayo, Noviembre 2015



En la figura 3, se aprecia que del total de residentes encuestados, las principales especialidades que presentan mayor porcentaje de síndrome de Burnout son en orden decreciente: Medicina de Emergencias y Desastres, Medicina Interna, Cirugía general, Traumatología, Neurocirugía y Medicina Intensiva. En comparación a las especialidades que presentaron menor o ningún caso como las especialidades de Cardiología, Neurología, Reumatología, Neumología, Hematología, Medicina de Enfermedades Tropicales e Infecciosas.

Figura 4. Nivel de agotamiento emocional en residentes de especialidades clínicas y quirúrgicas del Hospital Nacional Dos de Mayo, Noviembre 2015



En relación a nivel de agotamiento emocional, la figura 4 muestra que si bien tanto en las especialidades clínicas como quirúrgicas predomina un nivel bajo de agotamiento emocional con un 29,17% (n=28) y 11,46%(n=11) respectivamente; estas cifras son superadas por los altos porcentajes al sumar los niveles alto y medio, encontrándose un 61,1 % de nivel alto-medio en las especialidades clínicas y un 54,2 % en especialidades quirúrgicas como se puede apreciar, también, en la tabla 5.

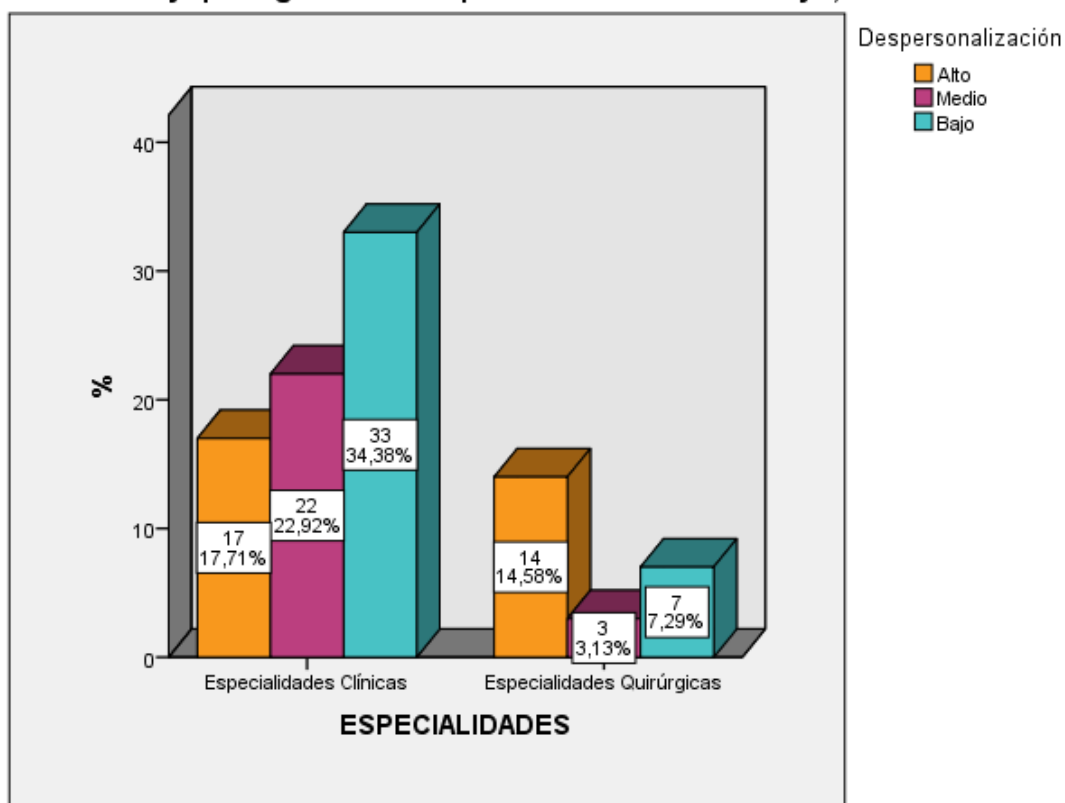
Así mismo, se aprecia que los residentes de las especialidades clínicas son quienes presentan los más altos niveles de agotamiento emocional con un 18,75% en relación al total de residentes encuestados.

Tabla 5 Nivel de agotamiento emocional en relación a las especialidades clínicas y quirúrgicas en residentes del Hospital Nacional Dos de Mayo, Noviembre 2015

		ESPECIALIDADES			
		Especialidades clínicas		Especialidades quirúrgicas	
		N	%	N	%
Agotamiento Emocional	Alto	18	25,0%	6	25,0%
	Medio	26	36,1%	7	29,2%
	Bajo	28	38,9%	11	45,8%
	Total	72	100,0%	24	100,0%

Así mismo en la tabla 5, se aprecia que no existen diferencias significativas respecto a los niveles de agotamiento emocional tanto en especialidades clínicas como en quirúrgicas presentando ambas especialidades similares porcentajes.

Figura 5. Nivel de despersonalización en los residentes de especialidades clínicas y quirúrgicas del Hospital Nacional Dos de Mayo, Noviembre 2015



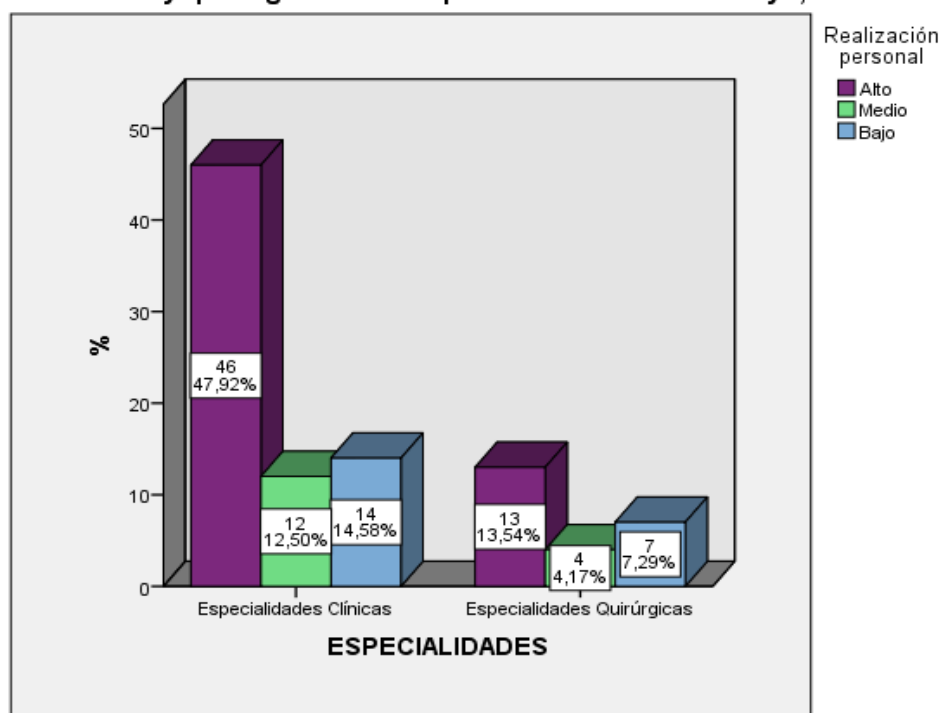
En la figura 5, se muestra que en las especialidades clínicas predomina un bajo nivel de despersonalización con un 34,38% (n=33) mientras que en las especialidades quirúrgicas un alto nivel con un 14,58% (n=14). Así mismo, se aprecia que las especialidades quirúrgicas son quienes presentan un alto nivel de despersonalización con un 17,71% del total de residentes encuestados.

Tabla 6 Nivel de despersonalización en relación a las especialidades clínicas y quirúrgicas en residentes del Hospital Nacional Dos de Mayo, Noviembre 2015

		ESPECIALIDADES			
		Especialidades Clínicas		Especialidades Quirúrgicas	
		N	%	N	%
Despersonalización	Alto	17	23,6%	14	58,3%
	Medio	22	30,6%	3	12,5%
	Bajo	33	45,8%	7	29,2%
	Total	72	100,0%	24	100,0%

La tabla 6 muestra que los residentes de especialidades quirúrgicas son quienes presentan mayor nivel de despersonalización en relación a las especialidades clínicas con un 58,3% y un 23,6% respectivamente.

Figura 6. Nivel de realización personal en los residentes de especialidades clínicas y quirúrgicas del Hospital Nacional Dos de Mayo, Noviembre 2015



Se observa en la figura 6, que tanto en las especialidades clínicas como quirúrgicas presentan altos niveles de realización personal con un 47,92% (n=46) y un 13,54% (n=13) en relación al total de residentes. Así mismo, las especialidades clínicas son las que presentan el más alto nivel de realización de todos los residentes encuestados con un 47,92 % mientras que las especialidades quirúrgicas son quienes presentan un nivel bajo de realización personal en un 7,29 %.

Tabla 7 Nivel de realización personal en relación a las especialidades clínicas y quirúrgicas en residentes del Hospital Nacional Dos de Mayo, Noviembre 2015

		ESPECIALIDADES			
		Especialidades clínicas		Especialidades quirúrgicas	
		N	%	N	%
Realización personal	Alto	46	63,9%	13	54,2%
	Medio	12	16,7%	4	16,7%
	Bajo	14	19,4%	7	29,2%
	Total	72	100,0%	24	100,0%

En la tabla 7, se observa que en los residentes de las especialidades clínicas son quienes presentan un alto nivel de realización personal con un 63,9% en relación a las especialidades quirúrgicas con un 54,2%. Mientras que en relación a nivel bajo de realización personal se observa que las especialidades quirúrgicas son quienes presentan un mayor porcentaje con 29,2% a diferencia de las especialidades clínicas con un 19,4%.

Por otro lado, al relacionar las variables sociodemográficas con la frecuencia del síndrome de Burnout determinada por la definición alternativa (tabla 8), se encontró que la mayor parte de los residentes que lo padece son del sexo masculino correspondiendo a un 70,7%. En relación a la edad se encontró un mayor porcentaje (56,1%) en los residentes de 31 años o menos. Así mismo se encontró que todos los residentes que presentaban 41 años o más no lo presentaban, conformando un 10,9%. Respecto al lugar de procedencia no se encontró diferencias significativas.

Tabla 8. Relación entre la frecuencia de síndrome de Burnout y las variables sociodemográficas en lo residentes de especialidades clínicas y quirúrgicas del Hospital Nacional Dos de Mayo, Noviembre 2015

		Síndrome de Burnout						Chi ² P valor
		Si		No		Total		
		N	%	N	%	N	%	
Sexo	Femenino	12	29,3%	15	27,3%	27	28,1%	0,830
	Masculino	29	70,7%	40	72,7%	69	71,8%	
	Total	41	100,0%	55	100,0%	96	100,0%	
Edad	Menores de 31 años	23	56,1%	30	54,5%	53	55,2%	0,081
	De 31 a 40 años	18	43,9%	19	34,5%	37	38,5%	
	Mayores de 40 años	0	0,0%	6	10,9%	6	6,3%	
	Total	41	100,0%	55	100,0%	96	100,0%	
L. Procedencia	Costa	29	70,7%	44	80,0%	73	76,0%	0,448
	Sierra	11	26,8%	9	16,4%	20	20,8%	
	Selva	1	2,4%	2	3,6%	3	3,1%	
	Total	41	100,0%	55	100,0%	96	100,0%	
Estado civil	Soltero	35	85,4%	42	76,4%	77	80,2%	0,470
	Casado	5	12,2%	12	21,8%	17	17,7%	
	Separado	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	
	Divorciado	1	2,4%	1	1,8%	2	2,1%	
	Viudo	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	
	Total	41	100,0%	55	100,0%	96	100,0%	
Paternidad/Maternidad	Con hijos	9	22,0%	19	34,5%	28	29,2%	0,179
	Sin Hijos	32	78,0%	36	65,5%	68	70,8%	
	Total	41	100,0%	55	100,0%	96	100,0%	
Tipo de Vivienda	Alquilada	17	41,5%	29	52,7%	46	47,9%	0,431
	Propia	17	41,5%	16	29,1%	33	34,3%	
	Padres	7	17,1%	10	18,2%	17	17,7%	
	Total	41	100,0%	55	100,0%	96	100,0%	

Por otro lado, tampoco se encontró diferencias respecto al estado civil, predominando el estado de soltero entre los que padecían SBO y los que no. Lo mismo sucedió en relación a la maternidad/paternidad, donde en ambos predominó el no tener hijos y solo un 22,2% de los que presentaban SBO

tenía hijos. En relación al tipo de vivienda, se observó que la mayoría de los residentes que padece SBO residen en casa propia y alquilada, ambas con un 41,5%. Así mismo, se calculó el Chi ² para cada una de las variables sociodemográficas en relación a la frecuencia de Burnout utilizando la definición alternativa. No se encontró relación de dependencia respecto a la frecuencia de síndrome de Burnout, siendo los valores p >0,05.

Tabla 9. Relación entre la frecuencia de Síndrome de Burnout y las variables laborales en los residentes de especialidades clínicas y quirúrgicas del Hospital

Nacional Dos de Mayo, Noviembre 2015

	Síndrome de Burnout						Chi ²	
	Si		No		Total			
	N	%	N	%	N	%	P valor	
Año de residencia	1er año	13	31,7%	27	49,1%	40	41,6%	0,018 ^a
	2do año	22	53,7%	14	25,5%	36	37,5%	
	3er año	5	12,2%	14	25,5%	19	19,8%	
	4to año	1	2,4%	0	0,0%	1	1,0%	
	5to año	0	0,0%	0	0,0%	0	0%	
	Total	41	100,0%	55	100,0%	96	100,0%	
Número de Guardias/mes	<= 5 guardias	17	41,5%	40	72,7%	57	59,4%	0,008 [†]
	De 6 a 10 guardias	19	46,3%	11	20,0%	30	31,3%	
	>= 11 guardias	5	12,2%	4	7,3%	9	9,3%	
	Total	41	100,0%	55	100,0%	96	100,0%	
Horas de sueño/día	2	0	0,0%	1	1,8%	1	1,0%	0,665
	4	7	17,1%	6	10,9%	13	13,5%	
	5	13	31,7%	18	32,7%	31	32,3%	
	6	18	43,9%	21	38,2%	39	40,6%	
	7	2	4,9%	5	9,1%	7	7,3%	
	8	1	2,4%	4	7,3%	5	5,2%	
	Total	41	100,0%	55	100,0%	96	100,0%	
Tiempo de retorno a domicilio	<= 30 min	16	39,0%	17	30,9%	33	34,4%	0,720
	>30min-1 hora	19	46,3%	28	50,9%	47	49%	
	> 1 hora - 2 horas	6	14,6%	9	16,4%	15	15,6%	
	> 2 horas	0	0,0%	1	1,8%	1	1,0%	
	Total	41	100,0%	55	100,0%	96	100%	

*. Test chi cuadrado estadísticamente significativo p <0 ,05. ^a valores no validos por el número de casillas.

En relación a las variables laborales y la frecuencia del SBO utilizando la definición alternativa, en la tabla 9 se observó que la mayoría de residentes que padece de SBO se encontraría en los primeros años de residencia con porcentajes de 31,7% y 53,7% para el 1er y 2do año de residencia, respectivamente. Así mismo, se observa que la mayoría de residentes que padece de SBO (46,3%) realiza de 6 a 10 guardias a mes. En relación a las horas para dormir al día y tiempo de retorno a casa no se encontraron diferencias significativas. Encontrándose que el mayor porcentaje (43,9%) de SBO duerme 6 horas al día y la mayoría retorna entre 30 min a 1 hora en un 46,3%.

Así mismo, se calculó el Chi ² para cada una de las variables laborales en relación a la frecuencia de Burnout utilizando la definición alternativa, encontrándose que la mayoría de las variables no muestra relación de dependencia respecto a la frecuencia de síndrome de Burnout, siendo solo el número de guardias al mes quien presenta una relación estadísticamente significativa con un p valor <0,05. Así mismo, se debe mencionar que la variable año de residencia si bien muestra un p valor < 0,05, el resultado resultó no valido.

4.2 Discusión de resultados

Se determinó la prevalencia de síndrome de Burnout (SBO) en 96 residentes de especialidades clínicas (n=72) y quirúrgicas (n= 24) del Hospital Nacional Dos de Mayo durante el mes de Noviembre del 2015, así como los niveles encontrados en las dimensiones que lo conforman y su asociación con variables sociodemográficas y laborales.

La definición del síndrome de Burnout no es tan sencilla como tampoco lo es determinar los criterios diagnósticos que la definen. Esto se ve afectado porque los aspectos que evalúa y que son tomados en cuenta para su aparición son diversos, o bien porque a lo largo de su historia se ha equiparado con otros conceptos que lo vuelven impreciso. (24)(32). Por lo mencionado anteriormente, y al no existir entre las investigaciones anteriores aún un consenso sobre los criterios actuales para el diagnóstico de Burnout se decidió utilizar tanto la definición clásica establecida por Christina Maslach como una alternativa en la que solo toma en cuenta niveles altos de agotamiento emocional y/o despersonalización. Los resultados determinaron la frecuencia de síndrome de Burnout utilizando la definición clásica en un 5,2% lo que se contrasta con lo que encontraron Vasquez et al (16) en un estudio nacional del 2014, donde encontraron niveles bajos de SBO en 3,76% en trabajadores de salud del servicio de emergencias pediátricas del Hospital Nacional Cayetano Heredia. Así, mismo, en un estudio realizado por Grau et al (22) realizado durante el 2006 y 2007 en profesionales residentes de habla hispana, se encontró porcentajes de prevalencia bajos siendo España de un 14,9%, 14,4% en Argentina, y del 7,9% en Uruguay. Del mismo modo, en los profesionales de México, Ecuador, Perú, Colombia, Guatemala y El Salvador presentaron prevalencias entre 2,5% y 5,9%. Sin embargo, al utilizar la definición alternativa se nota un notable aumento en los que padecen dicho síndrome, llegando a 42,7 %. Según Rafferty et al (31) en 1986 en un estudio sobre la validez del Maslach Burnout Inventory para médicos de familia, una alta calificación en agotamiento emocional o

despersonalización se considera indicativo clínicamente significativo de Burnout.

Además, como se indicó en investigaciones anteriores al usar la definición clásica se subestima groseramente la frecuencia de diagnóstico de Burnout como se observa en el porcentaje encontrado, siendo este 8 veces mayor al encontrado con la definición clásica. Del mismo modo, en estudios similares como el estudio realizado por Fonseca et al (21) en el 2007, donde se encontraron también frecuencias altas de SBO con un 69,7%. Lo mismo, en un estudio realizado por Thomas (1), el cual consistía en una revisión sistemática de artículos publicados desde 1984 al 2004, donde se encontraron valores alto de SBO llegando hasta un 76% en médicos residentes.

Cabe destacar que los resultados con la definición alternativa distan demasiado de lo obtenido con la definición clásica, por lo que no se puede establecer cuál es el que realmente define a la población estudiada. Sin embargo, el que mayor se acomoda a la realidad observada es la frecuencia obtenida con la definición alternativa. Además debe mencionarse que ambos valores no superan en porcentaje la mitad del total de la población estudiada, pudiendo considerar como conclusión que existe una frecuencia baja a moderada de residentes que padecen dicho síndrome. Así mismo, al ser el síndrome de Burnout un padecimiento continuo que consta de fases, esto podría explicar que los resultados obtenidos con la definición alternativa permitieron capturar también a la población que está en fases intermedias de llegar a padecer un SBO completo.

Así mismo, se encontró que la mayoría de los participantes presenta niveles altos y medios de agotamiento emocional, y del mismo modo en relación a la dimensión despersonalización. A diferencia de lo que se observa en relación a la dimensión realización personal donde se observa un mayor porcentaje en el nivel alto. Dichos resultados pudiesen explicar el

hecho que existe un buen porcentaje de la población de residentes que pudiesen considerarse en fases intermedias de Burnout y que al utilizar la definición alternativa serían reconocidos como tales. Como se mencionó anteriormente, dichos componentes se presentan de forma insidiosa, paulatina y cíclica, pudiendo repetirse a lo largo del tiempo, de modo que una persona puede experimentar los tres componentes en diferentes niveles, varias veces y en diferentes épocas de su vida, y en el mismo o en otro trabajo (11). Así mismo, cabe destacar que estudios similares han encontrado cifras altas en las dimensiones encontradas como Fernandez et al en el 2007, y Dutra et al y Guevara et al en el 2004. (26)(27)(28).

Sin embargo, es importante reconocer que la dimensión realización personal muestra cifras altas, que termina de explicar el hecho que muchos casos se perdieran con la definición clásica. Además, al ésta consistir en la forma como percibe el trabajo y los resultados conseguidos con él, se puede inferir que la mayoría de residentes se encuentra satisfecho con las labores que realiza y que contaría con mecanismos de afrontamiento que no les permite tal vez completar aún un Burnout completo.

Además se encontró que del total de los residentes encuestados, las especialidades clínicas son quienes presentan el mayor porcentaje de síndrome de Burnout. Sin embargo, al contar por un bajo número de residentes de especialidades quirúrgicas que limita las posibilidades de comparación entre especialidades médicas y quirúrgicas, se calculó el porcentaje que representan los residentes que padecen del SBO por especialidad, concluyendo que las especialidades quirúrgicas son quienes cuentan mayor frecuencia de síndrome de Burnout en comparación a las especialidades clínicas.

Dicho hallazgo se correlaciona con lo encontrado en la revisión de estudios realizada por Thomas (1) quien sugiere que las especialidades quirúrgicas podrían sufrir un mayor grado de burnout, al igual a lo

encontrado por López et al en el 2005 (25), donde encontraron una mayor frecuencia en aquéllos con especialidades quirúrgicas. Así mismo se encontró que dentro de las principales especialidades que presentan con más frecuencia SBO se encuentran Medicina de Emergencias y Desastres, Medicina Interna, Cirugía general, Traumatología, Neurocirugía y Medicina Intensiva; las cuáles son, justamente, áreas a las que clásicamente se les ha relacionado a situaciones de estrés por las especiales condiciones de trabajo de la mayoría de servicios presenta.

Ello se contrasta con estudios realizados como el de Grau et al (22) donde encontraron que entre los médicos el burnout predominaba en los que trabajaban en urgencias e internistas, siendo justamente los que predominaron en este estudio. Así mismo, Brito et al en el 2011 encontraron que constituían un grupo de riesgo los que laboran en los departamentos de cirugía y pediatría (18). Mientras lo que concluye Fonseca et al (21), fue una tendencia a un mayor Burnout entre los residentes de medicina interna y especialidades médicas con respecto al resto.

Cabe destacar que aún no existen estudios similares que lleguen al consenso de que existe si existe alguna relación entre las especialidades quirúrgicas y el síndrome de Burnout. En este trabajo no se encontró alguna relación estadísticamente significativa al realizar el estadístico χ^2 , a diferencia de lo que encontró López et al (25).

En relación a las dimensiones del Burnout, se encontró que en relación al agotamiento emocional que si bien predominaban tanto en las especialidades clínicas como en quirúrgicas un nivel bajo de agotamiento emocional en relación al total de residentes, estas cifras eran superadas por los altos porcentajes al sumar los niveles alto y medio. Así mismo, se apreció que los residentes de las especialidades clínicas son quienes presentan los más altos niveles de agotamiento emocional en relación al total de encuestados; sin embargo, al comparar ambas especialidades tanto en

especialidades clínicas como en quirúrgicas presentan similares porcentajes, no encontrándose diferencias entre ambas.

En relación a la dimensión despersonalización esto no sucedería de la misma manera donde se muestra que en las especialidades clínicas predomina un bajo nivel de despersonalización mientras que en las especialidades quirúrgicas un alto nivel; sin embargo, al calcular el porcentaje que representan estos residentes que padecen del SBO por especialidad, se encontró que son en las especialidades quirúrgicas donde predomina un alto nivel de despersonalización a diferencia de las especialidades clínicas.

Por otro lado en relación a la dimensión realización personal, las especialidades clínicas como quirúrgicas presentan altos niveles de realización personal; Sin embargo, las especialidades clínicas son las que presentan el más alto nivel de realización en comparación con las especialidades quirúrgicas. Mientras que en relación a nivel bajo de realización personal se observa que las especialidades quirúrgicas son quienes presentan un mayor porcentaje con a diferencia de las especialidades clínicas.

Respecto a las dimensiones del Burnout y su relación con las especialidades, no se realizó estadísticos como χ^2 para buscar relación de dependencia ya que no formaron parte de los objetivos. Sin embargo, se debe destacar que existe las diferencias importantes encontradas en este estudio que se relacionarían a lo que se puede observar en la realidad que se vive en el hospital al que pertenecen los residentes encuestados y servir para mejorar en dichas áreas, siendo los principales dimensiones afectadas en las especialidades quirúrgicas: agotamiento emocional y despersonalización, y en las especialidades clínicas solo agotamiento emocional.

Por otro lado, al relacionar las variables sociodemográficas con la frecuencia del síndrome de Burnout, se encontró que la mayor parte de los residentes que lo padece son del sexo masculino y de 31 años o menos. Sin embargo, se encontró que todos los residentes que presentaban 41 años o más no lo presentaban. Por otro lado, a pesar que no se encontró diferencias respecto al estado civil en relación a los que padecían y los que no SBO, predominó el estado de soltero en lo que sí lo padecían. Lo mismo sucedió en relación a la maternidad/paternidad, donde en ambos predominó el no tener hijos. En relación al tipo de vivienda, se observó que la mayoría de los residentes que padece SBO reside en casa propia y alquilada, ambas con igual porcentaje. Si bien no se han encontrado una relación estadísticamente significativa entre las variables sociodemográficas con el síndrome de Burnout, los resultados se correlacionan a lo encontrado por Grau et al (22), quienes encontraron como variables protectoras la mayor edad y tener hijos al realizar su análisis utilizando el odds ratio. Sin embargo, también existen ciertas diferencias a lo encontrado por Millan et al en el 2007(23), quienes describen como perfil de mayor riesgo para el desarrollo del SBO ser mujer, los menores de 30 años, con pareja y con hijos.

En relación a las variables laborales y la frecuencia del SBO, se observó que la mayoría de residentes que padece de SBO se encontraría en los primeros años de residencia, realiza de 6 a 10 guardias a mes, duerme 6 horas día y la mayoría retorna entre 30 min a 1 hora. Existen variedad de estudios que relacionan algunas de ellas al SBO, sin embargo no se encontraron estudios que lo relacionen al número de horas que duermen al día o al tiempo que demora al retornar a casa. Al elegir arbitrariamente estas dos variables, se esperaba encontrar que los residentes que presentasen SBO presentaran, también menor cantidad de horas para dormir y que la mayoría tomará mayor tiempo en retornar a casa desde el hospital; sin embargo, no se encontraron diferencias significativas en frecuencia entre los que padecen SBO y los que no. Estos resultados pudiesen no reflejar la realidad y verse influenciados por el hecho que los

residentes no hayan sido totalmente sinceros al momento de responder las encuestas, siendo necesario estudios posteriores que contrastes estos resultados.

Por otro lado, se calculó el Chi ² para cada una de las variables laborales en relación a la frecuencia de Burnout utilizando la definición alternativa, encontrándose que la mayoría de las variables no muestra relación de dependencia respecto a la frecuencia de síndrome de Burnout, siendo solo el número de guardias al mes quien presenta una relación estadísticamente significativa con un p valor <0,05. Este hallazgo se correlaciona a lo encontrado por Deschamps et al (20) en 2011 quien realizó una revisión de 24 artículos sobre médicos encontrando que diversos artículos encontraron relación entre influencia de los turnos de trabajo y las guardias nocturnas con la aparición del síndrome de Burnout. Del mismo modo, Fonseca et al, quienes concluyen que la prevalencia elevada que encontraron se relaciona fundamentalmente con el número de guardias realizadas. Este hallazgo podría explicar el porcentaje encontrado de síndrome de Burnout ya que el realizar guardias mensuales y el permanecer mayor cantidad de tiempo en el hospital, interfiere en la vida personal de los residentes, lo que favorecería el desarrollo del SBO ya que como se describió anteriormente, el estar casado y tener hijos son factores protectores según estudios realizados anteriormente.

Por otro lado, cabe mencionar que también existen estudios anteriores donde no encontraron relación estadísticamente significativa entre las variables sociodemográficas y laborales como en el estudio realizado por Paredes et al del 2008. (24)

Para concluir, el presente estudio cuenta con algunas deficiencias relacionadas al momento en que se calculó la muestra poblacional siendo ésta por conveniencia, lo cual no permitió estudiar a todos los residentes de los diferentes servicios del Hospital Nacional Dos de Mayo como por

ejemplo los de Pediatría o Gineco-obstetricia, lo cual no permite extrapolar totalmente los resultados encontrados en toda la población de residentes. Sin embargo, éstos pueden servir para estudios posteriores y desarrollar medidas a fin de prevenir el desarrollo del SBO, sobre todo en los servicios que presentan mayor riesgo.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

5.1.1 La prevalencia de síndrome de Burnout en residentes de especialidades clínicas y quirúrgicas del Hospital Nacional Dos de Mayo durante el mes de Noviembre del 2015 fue baja a moderada siendo de un 5,2% a 42,7 %. Las especialidades quirúrgicas cuentan con una frecuencia de síndrome de Burnout de un 58,3% y las especialidades clínicas con un 37,5 %.

5.1.2 Las características o el perfil de los residentes de especialidades clínicas y quirúrgicas que padecen de síndrome de Burnout del Hospital Dos de Mayo en el mes de Noviembre del 2015 son de sexo masculino, jóvenes de 31 años o menos, solteros, sin hijos, que residen en casa alquilada o propia. Así mismo se encontrarían en los primeros años de residencia, realizan entre 6 a 10 guardias al mes, cuentan con 6 horas para dormir al día y la mayoría retorna a casa del hospital entre 30 min a 1 hora.

5.1.3 El nivel agotamiento emocional en los residentes de especialidades y quirúrgicas del Hospital Nacional Dos de Mayo en Noviembre del 2015 fue medio- alto.

5.1.4 El nivel de despersonalización en los residentes de especialidades y quirúrgicas del Hospital Nacional Dos de Mayo en Noviembre del 2015 fue medio- alto.

5.1.5 El nivel de realización personal en los residentes de especialidades y quirúrgicas del Hospital Nacional Dos de Mayo en Noviembre del 2015 fue alto.

5.1.6 Las dimensiones del síndrome de Burnout que presentan mayor afectación en los residentes de especialidades clínicas y quirúrgicas del Hospital Dos de Mayo en Noviembre 2015 son agotamiento emocional y despersonalización para las especialidades quirúrgicas; y solo la dimensión agotamiento emocional en las especialidades clínicas.

5.1.7 La variable número de guardias al mes fue la única variable que mostro relación de dependencia con el desarrollo de síndrome de Burnout en los residentes de especialidades clínicas y quirúrgicas del Hospital Nacional Dos de Mayo en Noviembre del 2015.

Recomendaciones

- ❖ Se recomienda realizar estudios analíticos posteriores que permitan encontrar los principales factores de riesgo y/o protectores relacionados al desarrollo de síndrome de Burnout en la población de estudio y que permitan fortalecer estudios previos.
- ❖ Se sugiere complementar el estudio en los servicio de Pediatría y Gineco-Obstetricia, a fin de identificar a los casos que padecen de síndrome de Burnout en dichas áreas del Hospital Nacional Dos de Mayo.
- ❖ Implementar programas de salud ocupacional que permitan enseñar al profesional técnicas de autocontrol, estrategias de asertividad y habilidades de afrontamiento a situaciones de estrés constante que permitan un mejor desenvolvimiento en su área de trabajo , desarrollo personal y disminución de la presentación de síndrome de Burnout y prevención de sus complicaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Thomas KT. Resident Burnout. JAMA. 2004; 292 (23): 2880-9.
2. Grau A, Flichtentrei D, Suñer R, Prats M, Braga F. Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español (2007) Rev. Esp. Salud Publica, 2009;83(2).
3. Dyrbye LN, Thomas MR, Huntington JL, Lawson KL, Novotny PJ, Sloan JA et al. Personal life events and medical student burnout: a multicenter study. Acad Med, 2006;81(4): 374-384.
4. Dyrbye L, Thomas M, Huschka M, Lawson KL, Novotny PJ, Sloan JA et al. A multicenter study of burnout, depression, and quality of life in minority and nonminority US medical students. Mayo Clin Proc. 2006; 81(11): 1435-1442.
5. Shanafelt T, Sloan J, Habermann T. The well-being of physicians. Am J Med. 2003; 114(6):513-519.
6. Shanafelt T, Bradley KA, Wipf JE, Back AL. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. Ann Intern Med. 2002; 136 (5): 358-367.
7. Borda M¹, Navarro E, Aun E, Berdejo H, Racedo R, Ruiz J. Síndrome de Burnout en estudiantes de internado del Hospital Universidad del Norte. Revista de la División de Ciencias de la Salud de la Universidad del Norte. 2007.
8. Thomae M, Ayala E, Sphan M, Stortti M. Etiología y Prevención del Síndrome de Burnout en los Trabajadores de la Salud. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina. 2006 (153):18-21.
9. Berdejo H. Síndrome de desgaste laboral en los médicos residentes de especialidades médico quirúrgicas de la universidad nacional de Colombia, sede bogota. [Tesis para título profesional] Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Colombia .2014
10. Quiceno J, Vinaccia S. Burnout: "Síndrome de quemarse en el trabajo (SQT)" Acta Colombiana de psicología .2007; 10(2): 117-125.

11. Marsia Bosquet . Quemados. El síndrome de Burnout. Qué es y Cómo superarlo. España: Ediciones Paidós Iberica; 2008.
12. Lockley SW, Cronin JW, Evans EE, et al. Effect of reducing interns' weekly work hours on sleep and attentional failures. N Engl J Med 2004; 351(18):1829-37
13. OMS. La organización del Trabajo y del Estrés. 2004
14. Forbes R. El síndrome de burnout: síntomas, causas y medidas de Atención en la empresa. Éxito Empresarial. 2011; 160: 1-4.
15. Gutiérrez G, Celis M , Moreno S, Farias F, Suárez J. Síndrome de burnout. Arch. Neurocién. (Mex). 2006; 11(4):305-309.
16. Vásquez-Manrique J, Maruy-Saito A, Verne-Martin E. Frecuencia del síndrome de Burnout y niveles de sus dimensiones en el personal de salud del servicio de emergencia de pediatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia en el año 2014. Lima, Perú. Rev Neuropsiquiatría, 2014;77(3).
17. Arab JP, Díaz LA, Veliz D, Riquelme A, Gonzáles Matías. Burnout en residentes de especialidades y subespecialidades: análisis cuantitativo y asociaciones. Rev. Investigación en Educación Médica. 2015; 3: 112-113.
18. Brito Vera J, Cabrera Medina H, Cedillo Bailón J. Prevalencia y factores influyentes del síndrome de burnout en internos y residentes de los hospitales Vicente Corral Moscoso y José Carrasco Arteaga, Cuenca-Ecuador, enero-julio 2011. Tesis de bachiller. En: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/3518> (fecha de acceso: 04 de Noviembre del 2015)
19. Pistelli^a Y, Perochena J, Moscoloni^b N y Tarrés M. Síndrome de desgaste profesional en médicos pediatras. Análisis bivariado y multivariado. Arch. argent. pediatr. 2011; 109 (2).

20. Deschamps A, Olivares S, De la Rosa K, Asunsolo del Barco A. Influencia de los turnos de trabajo y las guardias nocturnas en la aparición del síndrome de burnout en médicos y enfermeras. Rev. Med. Secur. Trab. (internet) 2011; 57 (224) 224-241
21. Fonseca M., San clemente G, Hernández C, Visiedo C , Bragulat E, Miro O .Residentes, guardias y síndrome de burnout Revista Clínica Española,2010;210(5,): 209–215.
22. Millán-González R, Mesén-Fainardi A. Prevalencia del síndrome de desgaste en médicos residentes costarricenses. Acta méd. costarric. 2009; 51(2).
23. Paredes G. Sanabria-ferrand P. Prevalencia del síndrome de burnout en residentes de Especialidades médico quirúrgicas, su relación con el bienestar psicológico y con variables sociodemográficas y laborales revista med. 16 (1): 25-32, 2008.
24. López A, Gonzales F, Morales M, Espinoza C. Síndrome de burnout en residentes con jornadas laborales prolongadas. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2007; 45 (3): 233-242
25. Guevara C, Henao D, Herrera J. Síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes. Rev. Colomb. Med. 2004; 35:173-178.
26. Fernández O, Hidalgo C, Martín A, Moreno S, García del Río B burnout en médicos residentes que realizan guardias en un servicio de urgencias. Rev. emergencias 2007;19: 116-121.
27. Dutra F, Pieter A, Jeha M, Magalhães J, Oliveira D, Benedetti L. Síndrome de burnout en residentes de universidad federal de uberlândia – 2004 Rev. bras. educ. med.2007, 31(2).
28. Caballero M, Bermejo F, Nieto R; Caballero F. Prevalencia y factores asociados al burnout en un área de salud. Atención Primaria. 2001;27(5).

29. Cabello L, D'Anello S. Síndrome de desgaste profesional (burnout) y apoyo familiar en médicos residentes de la universidad de los andes. Revista de Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes. Venezuela 2001; 10(14).
30. Lopez A, Gonzales F, Morales M, Espinoza C. Síndrome de burnout en residentes con jornadas laborales prolongadas. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2007; 45 (3): 233-242.
31. Ortega C, López F. El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. Rev. Int J Clin Health Psychol. 2004; 4(1):137-160.
32. Carrillo-Esper R, Gómez C, Espinoza de los Monteros I. Síndrome de Burnout en la práctica médica. Med. Int. Mex. 2012; 28(6):579-584.
33. Gil Monte PR. Validez Factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory General Survey. Salud Pública de México. 2002; 44 (1):33-40.
34. Pino Manso JF. Estructura Factorial del Maslach Burnout Inventory – Version Human Services Survey. Revista Interamericana del Psicología. 2006; 40 (1):115-118
35. Saborío L, Hidalgo L. Síndrome de Burnout. Asociación Costarricense de Medicina Legal y Disciplinas Afines. 2015; 32(1).
36. Rafferty JP, Lemkau JP, Purdy RR, Rudisill JR. Validity of the Maslach Burnout Inventory for family practice physicians. J Clin Psychol. 1986; 42:488-492

ANEXOS

Anexo 01: Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Tipo de variable	Naturaleza	Medición	Definición Operacional		Escala	Instrumento
						Indicadores	Tipo de respuesta		
Sd. Burnout	Estado particular de estrés laboral que puede presentarse en aquellas personas que brindan servicios a otras, y se caracteriza por tres aspectos fundamentales: el cansancio emocional, la despersonalización y la disminución de la realización personal.	Agotamiento Emocional (AE)	Dependiente	Cualitativa	Ordinal	Escala Maslach AE: Preguntas 1,2, 3,6,8, 13,14,16,20	A: Nunca =0 pts B: Pocas veces al año o menos =1pts	Bajo <=16 Medio 17-27 Alto >=28	Encuesta
		Despersonalización (DP)				Escala Maslach DP: preguntas 5, 10, 11, 15, 22.	C: Una vez al mes o menos =2 pts D: Unas pocas veces al mes o menos =3pts	Bajo <= 5 Medio 6-10 Alto >=11	
		Realización Personal (RP)				Escala Maslach RP: preguntas 4,7, 9,12, 17,18,19,21	E: Una vez a la semana =4 pts F: Pocas veces a la semana=5 pts G : Todos los días =6 pts	Bajo <=33 Medio 34-39 Alto >=40	

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Tipo de variable	Naturaleza	Medición	Definición Operacional	Instrumento
Especialidad	Rama de una ciencia, arte o actividad, cuyo objeto es una parte limitada de ellas, sobre la cual poseen saberes o habilidades muy precisos quienes la cultivan.	--	Independiente	Cualitativa	Nominal	<p>1. Clínicas :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicina Interna • M. de Emergencias y Desastres • Medicina Intensiva • Cardiología • Neumología • M. Enfermedades Infecciosas y Tropicales • Gastroenterología • Otros: Hematología, Reumatología, Neurología, Nefrología <p>2. Quirúrgicas :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cirugía General • Traumatología • Neurocirugía 	Encuesta
Año de Residencia	Rama de una ciencia, arte o actividad, cuyo objeto es una parte limitada de ellas, sobre la cual poseen saberes o habilidades muy precisos quienes la cultivan.	--	Independiente	Cualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • 1er año • 2do año • 3er año • 4to año • 5to año 	Encuesta
Número de Guardias / mes	En algunas profesiones, servicio que se presta fuera del horario normal de trabajo.	-	Independiente	Cuantitativa	Discreta/Razón	<p>Número de guardias al mes, utilizando como valores límites 0-31 días.</p> <p>Repartidas :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menores 5 • 6-10 guardias • Mayores de 11 	Encuesta
Horas de sueño/día	Acto de dormir	--	Independiente	Cuantitativa	Discreta	Tiempo que emplea el individuo del estudio en dormir, contabilizado en horas.	Encuesta

Sexo	Conjunto de seres pertenecientes a un mismo sexo. Sexo masculino o femenino.	Biológica	Independiente	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • F= femenino • M= Masculino 	Encuesta
Edad	Se refiere al tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo	Biológica	Independiente	Cuantitativa	Discreta	<p>Grupo etario:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menor de 31 años • 31 a 40años • Mayor de 40años 	Encuesta
Estado Civil	Condición de soltería, matrimonio, viudez, etc., de un individuo	:	Independiente	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Soltero • Casado/pareja estable • Separado • Divorciado • Viudo 	Encuesta
Paternidad / Maternidad	Referente a la cualidad de padre/madre o progenitor masculino /femenino	-	Independiente	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Con Hijos = Sí • Sin Hijo = No 	Encuesta
Lugar de procedencia	Origen, principio de donde nace o se deriva algo.	:	Independiente	Cualitativa	Nominal	<p>País o departamento. Clasificados en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Costa • Sierra • Selva 	Encuesta

Encuesta	<p>Tiempo de viaje de retorno al domicilio donde viven los individuos del estudio, contabilizado en minutos y clasificado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ≤ 30 min • >30min- 1 hora • >1hora- 2 horas • 2horas
Encuesta	<p>Referente a la condición de propiedad de una vivienda:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Propia • Alquilada • Padres
Discreta/ Razón	Nominal
Cuantitativa	Cualitativa
Independiente	Independiente
:-	:-
<p>Tiempo que tarda una persona en trasladarse de una parte a otra por aire, mar o tierra.</p>	<p>Referente a la condición de propiedad de una vivienda</p>
Tiempo de viaje de retorno a Domicilio	Tipo de Vivienda

Anexo 02: Instrumento

PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN RESIDENTES DE ESPECIALIDADES CLÍNICAS Y QUIRÚRGICAS DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO

A continuación encontrará una serie de enunciados acerca de su trabajo y de sus sentimientos en él. Se solicita su opinión sincera al respecto. Después de leer cuidadosamente cada enunciado, marque con una X la respuesta que corresponda a su opinión. Los resultados de este cuestionario son estrictamente confidenciales y en ningún caso accesible a otras personas. Su objeto es contribuir al conocimiento de las condiciones de su trabajo y mejorar su nivel de satisfacción.

A	B	C	D	E	F	G
Nunca	Pocas veces al año o menos	Una vez al mes o menos	Unas pocas veces al mes o menos	Una vez a la semana	Pocas veces a la semana	Todos los días

Sexo: _____ Edad: _____ L. de Procedencia: _____ Estado civil: _____

Tiene Hijos? : _____

Especialidad: _____ Año de residencia: _____

Número de guardias/mes en urgencias: _____ Horas que duerme/día: _____

Tiempo que demora en retornar a casa (viaje): _____

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

Anexo 03: Consentimiento informado

PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN RESIDENTES DE ESPECIALIDADES CLÍNICAS Y QUIRÚRGICAS DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente estudio es elaborado por una Ex Interna del Hospital Nacional Dos de Mayo, perteneciente a la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma, con el objetivo de determinar la prevalencia de Síndrome de burnout en residentes de especialidades clínicas y quirúrgicas en el Hospital Nacional Dos de Mayo. Usted encontrará una serie de enunciados acerca de su trabajo y de sus sentimientos hacia el con el fin de contribuir al conocimiento de las condiciones de su trabajo y mejorar su nivel de satisfacción a futuro.

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Así mismo, de aceptar o no formar parte del estudio, recibirá la información necesaria a cerca del estudio que solicite, pudiendo realizar las preguntas que crea conveniente al respecto.

Los resultados de este cuestionario son estrictamente confidenciales, en ningún caso accesible a otras personas y de carácter anónimo.

Firma del encuestador

Firma del participante