

EVALUACIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS RESIDENTES DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL Y PROPUESTA DE MEDIDAS DE CONTROL PARA SU PREVENCIÓN.

**UNIVERSIDAD INTERNACIONAL SEK**  
**FACULTAD DE SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL**

Trabajo de fin de carrera titulado:

**“EVALUACIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS RESIDENTES DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL Y PROPUESTA DE MEDIDAS DE CONTROL PARA SU PREVENCIÓN”**

Realizado por:

**MARÍA FERNANDA SUÁREZ TOLEDO**

Director del proyecto:

**M.Sc.OSCAR TAPIA**

Como requisito para la obtención del título de:

**MAGISTER EN SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL**

Quito, 07 de Marzo del 2018

EVALUACIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS RESIDENTES DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL Y PROPUESTA DE MEDIDAS DE CONTROL PARA SU PREVENCIÓN.

## **DECLARACION JURAMENTADA**

Yo, MARÍA FERNANDA SUÁREZ TOLEDO, con cédula de identidad # 172023218-8, declaro bajo juramento que el trabajo aquí desarrollado es de mi autoría, que no ha sido previamente presentado para ningún grado a calificación profesional; y, que ha consultado las referencias bibliográficas que se incluyen en este documento.

A través de la presente declaración, cedo mis derechos de propiedad intelectual correspondientes a este trabajo, a la UNIVERSIDAD INTERNACIONAL SEK, según lo establecido por la Ley de Propiedad Intelectual, por su reglamento y por la normativa institucional vigente.

María Fernanda Suárez

C.C.: 172023218-8

**DECLARATORIA**

El presente trabajo de investigación titulado:

**“EVALUACIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS RESIDENTES DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL Y PROPUESTA DE MEDIDAS DE CONTROL PARA SU PREVENCIÓN”.**

Realizado por:

**MARÍA FERNANDA SUÁREZ TOLEDO**

como Requisito para la Obtención del Título de:

**MAGISTER EN SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL**

ha Sido dirigido por el profesor

**OSCAR TAPIA**

quien considera que constituye un trabajo original de su autor

**OSCAR TAPIA**

DIRECTOR

**LOS PROFESORES INFORMANTES**

Los Profesores Informantes:

**RUBÉN VASCONEZ**

**MARCELO RUSSO**

Después de revisar el trabajo presentado,  
lo han calificado como apto para su defensa oral ante  
el tribunal examinador

Rubén Vasconez

Marcelo Russo

Quito, 07 de marzo del 2018

## **DEDICATORIA**

Dedico el presente trabajo de investigación a mi madre ya que sin su ayuda y comprensión no habría sido posible cursar esta maestría y especialmente a mi hijo Martín que soportó días enteros sin mi presencia.

## INDICE DEL CONTENIDO

<b>INDICE DEL CONTENIDO</b>	<b>vii</b>
<b>LISTA DE TABLAS, FIGURAS Y ANEXOS</b>	<b>ix</b>
<b>RESUMEN</b>	<b>xi</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>xi</b>
<b>OBJETIVO</b>	<b>xi</b>
<b>MATERIALES Y MÉTODOS</b>	<b>xi</b>
<b>RESULTADOS</b>	<b>xi</b>
<b>CONCLUSIÓN</b>	<b>xi</b>
<b>PALABRAS CLAVES</b>	<b>xi</b>
<b>CAPÍTULO I.</b>	<b>1</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>1</b>
<b>1.1.1 Planteamiento del Problema</b>	<b>1</b>
1.1.1.1 Diagnóstico del Problema	1
1.1.1.2 Pronóstico	6
1.1.1.3 Control del Pronóstico	6
<b>1.1.2 Objetivo General</b>	<b>7</b>
<b>1.1.3. Objetivos Específicos</b>	<b>7</b>
<b>1.1.3 Justificaciones</b>	<b>8</b>
<b>1.2 Marco Teórico</b>	<b>9</b>
<b>1.2.1 Estado Actual del conocimiento Sobre El Tema</b>	<b>9</b>
1.2.1.1. Riesgos Psicosociales	9
1.2.1.2 Estrés Laboral	12
1.2.1.3 Síndrome de Burnout	15
1.2.1.2 Fases del Proceso de Burnout:	19
1.2.1.4 Variables relacionadas con la manifestación del Burnout	20
1.2.1.5 Consecuencias de Burnout	24
1.2.1.5 Diferenciación del Síndrome de Burnout de otros Conceptos.	26
1.2.1.5. Proceso de Desarrollo del Síndrome de Burnout:	28
1.2.1.6 Estrategias y técnicas de intervención frente al Burnout	31
1.2.1.5.1 Estrategias orientadas al individuo	33
1.2.1.5.3 Estrategias organizacionales	34
1.2.1.8 MBI Maslach Burnout Inventory	40
<b>1.2.3 Identificación y Caracterización de las Variables</b>	<b>41</b>
<b>CAPÍTULO II</b>	<b>43</b>

<b>MÉTODO</b>	<b>43</b>
2.1 Tipo de Estudio	43
2.4 Población y Muestra	43
2.5 Selección de Instrumentos de Investigación	44
2.5.1 Cálculo de Puntuaciones	46
2.5.2 Valoración de Puntuaciones	47
<b>CAPÍTULO III.</b>	<b>1</b>
3.1. Levantamiento de datos	1
3.2. Presentación y Análisis de Resultados	1
3.1.1 Cálculo de Puntuaciones finales	5
3.1.1.2 Relación entre Cansancio Emocional, Despersonalización y Realización Personal con género o sexo:	7
3.1.1.1. Relación entre Cansancio Emocional, Despersonalización y Realización Personal con Edad:	8
3.1.1.4 Relación entre Cansancio Emocional, Despersonalización y Realización Personal con jornada laboral:	10
3.1.1.5 Relación entre Cansancio Emocional, Despersonalización y Realización Personal con área de trabajo:	12
3.1.1.6 Relación entre Cansancio Emocional, Despersonalización y Realización Personal con antigüedad de trabajo:	14
3.2. Análisis de Resultados	16
3.3.1 PROPUESTA DE MEDIDAS DE CONTROL PARA SU PREVENCIÓN	20
<b>CAPÍTULO IV.</b>	<b>24</b>
<b>DISCUSIÓN</b>	<b>24</b>
4.1 Conclusiones	24
4.2 Recomendaciones	24



**LISTA DE TABLAS, FIGURAS Y ANEXOS**

<i>Tabla 1. Consecuencias Personales</i>	<b>25</b>
<i>Tabla 2. Instrumentos de Medición de Burnout</i>	<b>39</b>
<i>Tabla 3. Cálculo de puntuaciones</i>	<b>46</b>
<i>Figura 1. Distribución por género</i>	<b>2</b>
<i>Tabla 4. Distribución por género</i>	<b>2</b>
<i>Figura 2. Intervalos por edad</i>	<b>2</b>
<i>Para la edad se dividió en tres intervalos y se obtuvo un 49% en el intervalo de 25 a 29 años. (Tabla 5.)</i>	<b>2</b>
<i>Figura 3. Estado Civil</i>	<b>3</b>
<i>Tabla 6. Estado civil</i>	<b>3</b>
<i>Figura 4. Jornada Laboral</i>	<b>3</b>
<i>Tabla 7. Jornada laboral</i>	<b>3</b>
<i>Figura 4. Antigüedad</i>	<b>4</b>
<i>Tabla 8. Antigüedad</i>	<b>4</b>
<i>Figura 5. Distribución por Áreas de Trabajo</i>	<b>5</b>
<i>Tabla 9. Distribución por Áreas de Trabajo</i>	<b>5</b>
<i>Tabla 10. Cálculo de puntuaciones</i>	<b>6</b>
<i>Figura 6. Porcentaje de Puntuaciones de las tres subescalas</i>	<b>6</b>
<i>Tabla 11. Relación de las tres subescalas con género o sexo</i>	<b>7</b>
<i>Figura 7. Cansancio emocional – Sexo</i>	<b>7</b>
<i>Figura 8. Despersonalización – Sexo</i>	<b>8</b>
<i>Figura 9. Realización Personal – Sexo</i>	<b>8</b>
<i>Tabla 12. Relación de las tres subescalas para Edad</i>	<b>8</b>
<i>Figura 10. Cansancio emocional – Edad</i>	<b>9</b>
<i>Figura 11. Despersonalización – Edad</i>	<b>9</b>
<i>Figura 12. Realización Personal – Edad</i>	<b>9</b>
<i>Tabla 13. Relación de las tres subescalas para Jornada Laboral</i>	<b>10</b>
<i>Figura 13. Cansancio emocional – Jornada Laboral</i>	<b>11</b>
<i>Figura 14. Despersonalización – Jornada laboral</i>	<b>11</b>
<i>Figura 15. Realización Personal – Jornada laboral</i>	<b>11</b>

<i>Tabla 14. Relación de las tres subescalas para Áreas de trabajo</i>	<b>12</b>
<i>Figura 16. Cansancio emocional – Área de trabajo</i>	<b>13</b>
<i>Figura 17. Despersonalización – Área de trabajo</i>	<b>13</b>
<i>Figura 18. Realización Personal – Área de trabajo</i>	<b>14</b>
<i>Tabla 15. Relación de las tres subescalas para antigüedad</i>	<b>14</b>
<i>Figura 19. Cansancio emocional – antigüedad</i>	<b>15</b>
<i>Figura 20. Despersonalización – antigüedad</i>	<b>15</b>
<i>Figura 21. Realización Personal – Antigüedad</i>	<b>16</b>
<i>Tabla 16. Cansancio emocional</i>	<b>19</b>
<i>Tabla 17. Despersonalización</i>	<b>19</b>
<i>Tabla 18. Cronograma de Actividades</i>	<b>22</b>
<b>MATERIALES DE REFERENCIA</b>	<b>25</b>
<b>ANEXO A</b>	<b>27</b>
<b>ANEXO B</b>	<b>28</b>
<b>ANEXO C</b>	<b>29</b>
<b>ANEXO D</b>	<b>30</b>

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** EL Síndrome de Burnout es un estado de agotamiento físico, mental y emocional, generado por la exposición en el lugar de trabajo a situaciones emocionalmente demandantes. Así, los residentes, sometidos a estrés crónico tiene una elevada posibilidad de desarrollarlo.

**OBJETIVO:** Evaluar el nivel de exposición a Riesgo Psicosocial al que se encuentran expuestos los médicos residentes de un hospital de tercer nivel a través del Cuestionario de Maslach para determinar prevalencia de Síndrome de Burnout e instaurar medidas de control.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio descriptivo de corte transversal que se realizó a 51 médicos residentes con funciones hospitalarias en las áreas de Emergencia, Oncología, Terapia Intensiva, Clínica de especialidades, Cirugía Pediátrica e Infectología mediante el Cuestionario de Maslach.

**RESULTADOS:** Cansancio emocional tuvo un frecuencia relativa del 35% (24), Despersonalización 11% (8) y Realización Personal del 54% (37)

**CONCLUSIONES:** Los médicos residentes de todas las áreas de estudio no presentan Estrés Crónico que los precipite a Síndrome de Burnout. A pesar de que no se evidenció Síndrome de Burnout variables como antigüedad laboral de 3 a 4 años y jornada laboral excepto en trabajo de 24 horas presentaron niveles altos de Cansancio Emocional. Los médicos residentes de las áreas de Oncología y Emergencia presentan niveles elevados de Cansancio Emocional y Despersonalización.

**PALABRAS CLAVES:** Síndrome de Burnout, cansancio emocional, despersonalización, realización personal, médicos residentes.

## **CAPÍTULO I.**

### **INTRODUCCIÓN**

#### **1.1.1 Planteamiento del Problema**

##### **1.1.1.1 Diagnóstico del Problema**

La Constitución de la Organización Mundial de la Salud reconoce que el acceso al más alto nivel posible de salud es un derecho fundamental de todo ser humano. Define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Por lo tanto, reconoce la salud mental como un componente esencial de la salud. (OMS, Plan de Acción sobre Salud Mental 2013 - 2020, 2013). La salud mental es concebida como un estado de bienestar en el que el individuo realiza sus capacidades, supera el estrés normal de la vida, trabaja de forma productiva y fructífera, y aporta algo a su comunidad. (OMS, Plan de Acción sobre Salud Mental 2013 - 2020, 2013), por lo tanto es un elemento primordial para el bienestar de las personas.

Los trabajadores constituyen la mitad de la población del mundo y son los máximos contribuyentes al desarrollo económico y social. Su salud no está condicionada sólo por los peligros en el lugar de trabajo, sino también por factores sociales e individuales y por el acceso a los servicios de salud. (OMS, Salud de los trabajadores: plan de acción mundial, 2007).

En nuestro país también se dispone de cuerpos legales que garantizan la Salud de los Trabajadores como la Constitución de la República del Ecuador en el Artículo 326 que enfatiza: “Toda persona tendrá derecho a desarrollar sus labores en un ambiente adecuado y

## EVALUACIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS RESIDENTES DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL Y PROPUESTA DE MEDIDAS DE CONTROL PARA SU PREVENCIÓN.

propicio, que garantice su salud, integridad, seguridad, higiene y bienestar”. (Constitución de la Republica del Ecuador, 2008).

En el transcurso del tiempo las condiciones laborales han ocasionado serias amenazas a la salud y han propiciado accidentes y enfermedades de todo tipo. La preocupación por los riesgos laborales se ha centrado principalmente en los riesgos físicos y ambientales, pero se ha originado una atención creciente en los riesgos psicosociales que exigen un mayor esfuerzo de definición en sus diferentes formas.

Los riesgos psicosociales son contextos laborales que habitualmente dañan la salud en el trabajador de forma importante, aunque en cada trabajador los efectos puedan ser diferentes, tienen una clara probabilidad de dañar a la salud física, social o mental del trabajador. Las consecuencias de los riesgos psicosociales tienen mayor probabilidad de aparecer y mayor probabilidad de ser más graves. (Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, 2010)

Entre la clasificación de los riesgos psicosociales, el más conocido es el estrés laboral que es uno de los principales problemas para la salud de los trabajadores y el buen funcionamiento de las entidades para las que trabajan. (Organización Internacional del Trabajo, 2016). Es el único riesgo ocupacional capaz de afectar al 100% de la población. Por esa razón, la Organización Mundial de la Salud lo catalogó como una epidemia. En México, por ejemplo, causa el 25% de los 75 000 infartos registrados al año. Esa cifra ubicó a la nación azteca en el primer puesto en el escalafón de los países con mayor estrés laboral. Le siguen China y EE.UU., con el 73% y 59%. Además en la mayoría de los países, los problemas de salud relacionados con el trabajo ocasionan pérdidas que van del 4 al 6% del Producto Interno Bruto (PIB). Los servicios sanitarios básicos para prevenir enfermedades ocupacionales y relacionadas con el trabajo cuestan una media de entre US\$18 y US\$60 (paridad del poder adquisitivo) por trabajador. (Mingote, Moreno, & Gálvez, 2004)

## EVALUACIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS RESIDENTES DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL Y PROPUESTA DE MEDIDAS DE CONTROL PARA SU PREVENCIÓN.

Las consecuencias que se pueden derivar de una exposición prolongada a niveles de estrés son múltiples (depresión del sistema inmunitario, problemas cardiovasculares, conductas poco saludables, muerte por exceso de trabajo, estrés postraumático, etc), sin embargo una de las más importantes es el Síndrome de desgaste profesional o Burnout.

El burnout es un estado de agotamiento físico, emocional y mental que resulta de la implicación a largo plazo en situaciones laborales emocionalmente exigentes. Se puede describir como una respuesta prolongada a una exposición crónica a riesgos psicosociales emocionales e interpersonales en el trabajo. (Organización Internacional del Trabajo, 2016).

Se caracteriza por un agotamiento emocional, cinismo (actitudes negativas, deshumanizadas e insensibles hacia las personas que son las receptoras de los servicios), despersonalización, falta de implicación en el trabajo, bajos niveles de realización personal e ineficacia. Puede ocurrir cuando existe una desconexión entre la organización y el individuo respecto de los principales ámbitos de la vida laboral: valores, justicia, sociedad, recompensa, control y carga de trabajo; es principalmente el resultado de los siguientes factores psicosociales: elevada o incontrolable carga de trabajo (exigencias de carácter cuantitativo y emocionales), ambigüedad de roles, cambios organizativos, baja satisfacción laboral y realización personal, desequilibrio de recompensa por el esfuerzo realizado, escasas relaciones interpersonales y de apoyo en el trabajo y la violencia en el lugar de trabajo, incluidos el acoso y el bullying. (Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, 2010)

El dolor de cabeza, el insomnio, los trastornos del sueño y alimenticios, el cansancio y la irritabilidad, la inestabilidad emocional y la rigidez de las relaciones sociales son algunos de los síntomas inespecíficos asociados al síndrome de burnout, así como también al alcoholismo y los problemas de salud como la hipertensión y el infarto de miocardio. Otros efectos pueden ser la disminución de la energía, los trastornos de sueño y quejas neurovegetativas y funcionales. (Organización Internacional del Trabajo, 2016)

Ésta patología puede afectar a cualquier tipo de trabajador sin distinción de profesión, ocupación, edad o sexo; sin embargo este problema ha sido continuamente reportado en los profesionales de la salud, los que han sido objeto de diversos estudios, arrojando resultados perturbadores. Los niveles de estrés a los que son expuestos los trabajadores sanitarios son

## EVALUACIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS RESIDENTES DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL Y PROPUESTA DE MEDIDAS DE CONTROL PARA SU PREVENCIÓN.

sumamente elevados e influyen de una manera negativa sobre su salud, tanto en el aspecto físico como en el emocional.

En nuestro país no se conocen las cifras exactas de como el Síndrome de Burnout afecta a los trabajadores y menos aún en lo concerniente a los profesionales de la salud, sin embargo en un reciente estudio Hispanoamericano refleja una prevalencia en el país entre 2.5 y 5.9%. (Grau, Flichtentrei, Suñer, Prats , & Braga, 2009).

Las instituciones de salud ejercen gran influencia en el proceso salud-enfermedad del personal que labora en estas, además de que dichas instituciones carecen de programas, políticas, campañas dirigidas a su propio personal a fin de prevenir y/o tratar enfermedades provocadas por diversos factores como la sobrepoblación demandante de los servicios de salud, los innumerables llenados de formas de control, la falta de material y equipo necesario para desempeñar su trabajo, conflictos con compañeros o superiores.

Se ha hecho principalmente hincapié en los médicos residentes objetos del estudio de un hospital de tercer nivel ya que presentan varias situaciones que pueden precipitar el Síndrome. Entre los factores que principalmente contribuyen a este desorden físico-emocional en los médicos objeto del estudio tenemos: sobrecarga de trabajo, altas y extenuantes jornadas laborales con guardias que sobrepasan 24 a 36 horas seguidas de trabajo, responsabilidad al no culminar su jornada laboral mientras no hayan terminado todas sus tareas y supervisión excesiva (ausencia de autonomía), escasez de personal en la que un mismo trabajador puede estar a cargo de 2 o más áreas de un hospital; además de otros factores del ambiente laboral como malas relaciones interpersonales con compañeros o de posición jerárquica superior.

Como consecuencia se produce tensión emocional que tiende a generar malestar subjetivo y a expresarse en síntomas somáticos que dan como resultado final el apareamiento

## EVALUACIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS RESIDENTES DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL Y PROPUESTA DE MEDIDAS DE CONTROL PARA SU PREVENCIÓN.

de Burnout, donde la persona que lo padece manifiesta actitudes y sentimientos desfavorables para el mismo, ya que decae en su rendimiento, se siente agotado física y emocionalmente y las personas que le rodean sienten un trato despersonalizado para con ellas.

Existe además menor oportunidad de vida social al disminuir la posibilidad de participar en actividades con amigos o familiares, lo cual se confirma en esta población con las pocas horas recreativas, entre otros. Y junto a ello, reciben órdenes de todas las personas que laboran en la institución, y de personas que están en niveles superiores a ellos, siendo en la mayoría de las ocasiones el abordaje de dichas órdenes, no el más adecuado. (Berdejo Pacheco, 2014)

Sin embargo, el desarrollo de estos factores estresantes, se asocia especialmente a la relación médico – paciente, ya que tienen a su cargo la realización de múltiples actividades y responsabilidades, tales como: realización de procedimientos tanto invasivos como no invasivos, interpretación de exámenes de laboratorio e imagen, toma de decisiones sumamente importantes que pueden salvar la vida de los pacientes, manejo de información altamente compleja, muchas veces instauración de un vínculo emocional con los pacientes, trato con familiares que en algunos casos desembocan en malos tratos hacia el personal de la salud; en sí en todo lo que conlleva con el cuidado directo al paciente.

Los médicos residentes tienen una alta carga emocional, intelectual y física ya que se encargan del trato y cuidado directo de pacientes con diversos niveles de complejidad, con múltiples patologías, con enfermedades tanto agudas como crónicas y en el caso del servicio de Emergencia, aunque muchas veces la mayoría de pacientes se encuentran estables, tienen un gran volumen de afluencia de personas, por lo que no se logra abastecer las demandas de atención ya que no se posee la cantidad suficiente de recurso humano tanto de médicos, como enfermeras; además se debe tener en cuenta que el Hospital donde se ha realizado el estudio



## EVALUACIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS RESIDENTES DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL Y PROPUESTA DE MEDIDAS DE CONTROL PARA SU PREVENCIÓN.

es de tercer nivel, es decir de referencia nacional al que acuden y transfieren pacientes de diversos centros de atención primaria y secundaria.

Es de suma importancia tener cuidado de esta situación ya que la mayor parte de médicos lo soportan en silencio teniendo como consecuencia dificultades tanto familiares como laborales. Por este motivo el departamento de Seguridad y Salud Ocupacional junto con el departamento de Psicología debe realizar periódicamente evaluaciones al personal médico para detectar a tiempo alguna anomalía y poder intervenir de manera precoz.

### **1.1.1.2 Pronóstico**

La OIT reconoce que el estrés y el agotamiento son problemas de salud mental en el medio ambiente de trabajo (Organización Internacional del Trabajo, 2002) y que el Síndrome de Burnout es un efecto crónico del estrés laboral sobre la salud, de dimensiones similares a otros trastornos mentales. (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001)

La carencia de una evaluación de los factores de riesgo que inciden en el Síndrome de Burnout en los médicos residentes puede desencadenar conductas de riesgo perjudiciales como el absentismo laboral, consumo de alcohol, tabaco u otras drogas; así como trastornos tanto mentales como psicosomáticos que pueden afectar seriamente a la salud. (Berdejo Pacheco, 2014).

### **1.1.1. 3 Control del Pronóstico**

Dentro de los riesgos laborales de carácter psicosocial, el estrés laboral y el síndrome de quemarse por el trabajo (*burnout*) ocupan un lugar destacado, pues son una de las principales consecuencias de unas condiciones de trabajo nocivas, fuente asimismo de accidentalidad y absentismo.

## EVALUACIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS RESIDENTES DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL Y PROPUESTA DE MEDIDAS DE CONTROL PARA SU PREVENCIÓN.

Es indispensable realizar una evaluación de ésta patología y mejor aún en un hospital de tercer nivel donde existe un gran número de pacientes con un sin número de enfermedades contra las que llevan una extenuante batalla los médicos residentes, porque a diferencia de médicos especialistas, pasan de 24 a 36 horas seguidas en el área intrahospitalaria y son los que conviven directamente con la realidad de los pacientes.

El Síndrome de Burnout se puede evitar elaborando una propuesta de medidas de control para así poder intervenir sobre los diversos factores de riesgo desde su origen.

En nuestro país no se disponen de datos reales que respalden la prevalencia de este Síndrome; sin embargo se dispone de cuerpos legales que amparan medidas para la prevención de riesgos psicosociales como Normativa para la erradicación de la discriminación en el Ámbito Laboral y dentro de ésta el Artículo 9 que hace referencia a la implementación obligatoria del Programa de Prevención de Riesgos Psicosociales y el Instrumento Andino de Seguridad y Salud en el Trabajo. (Ministerio del Trabajo, 2017) (Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, 2006).

### **1.1.2 Objetivo General**

Evaluar el nivel de exposición a Riesgo Psicosocial al que se encuentran expuestos los médicos residentes de un hospital de tercer nivel a través del Cuestionario de Maslach para determinar prevalencia de Síndrome de Burnout e instaurar medidas de control.

### **1.1.3. Objetivos Específicos**

1. Caracterizar la población de estudio de acuerdo a las variables de edad, sexo, estado civil y otras características organizacionales asociadas al Síndrome de Burnout.
2. Determinar en qué área se produce mayor agotamiento laboral.

3. Analizar los resultados obtenidos a través del Cuestionario de Maslach.
4. Proponer un plan de control para su prevención.

### **1.1.3 Justificaciones**

Los riesgos psicosociales y el estrés laboral son una problemática que en la actualidad se ubican entre los inconvenientes que más se plantean en el ámbito de la seguridad y la salud en el trabajo. Afectan de manera notable a la salud de las personas, de las organizaciones y de las economías nacionales.

En el ámbito hospitalario se evidencia que los médicos tienen limitantes tan importantes para contrarrestar los efectos de su trabajo como son el dormir bien, alimentarse adecuadamente, tener tiempo de esparcimiento, de descanso. La manera como están estructuradas las instituciones de salud dificulta que el propio personal que ahí labora siga pautas de auto cuidado de la salud.

Por esta situación es de suma importancia que se realice una evaluación para determinar si los médicos objeto del estudio presentan Síndrome de Burnout mediante el cuestionario de Maslach y dependiendo de los resultados poder realizar medidas preventivas para su control y garantizar un correcto desenvolvimiento en su entorno de trabajo, mejorar las relaciones interpersonales y en si para una lograr una apropiada salud mental.

## **1.2 Marco Teórico**

### **1.2.1 Estado Actual del conocimiento Sobre El Tema**

#### **1.2.1.1. Riesgos Psicosociales**

Los lugares de trabajo constituyen, esencialmente, escenarios sociales. Es decir contextos donde la mayor parte de lo que se afecta a las personas tiene que ver con los comportamientos y las actitudes manifestadas por los otros: lo que hacen y dicen los compañeros de trabajo; la actitud que el jefe muestra hacia cada empleado; el trato mantenido con usuarios, ciudadanos o clientes. Las relaciones establecidas con otras personas al cabo de una jornada laboral no solo constituyen el tejido social de todo entorno laboral, sino que también representan las principales fuentes de influencia sobre los comportamientos, los pensamientos y las emociones de las personas. (Alcover de la Hera, Martínez Íñigo, Rodríguez Mazo, & Dominguez Bilbao, 2004)

Cuando hablamos de Riesgos Psicosociales nos referimos a: “Aquellas condiciones presentes en una situación laboral directamente relacionadas con la organización del trabajo, el contenido del trabajo y la realización de la tarea, y que se presentan con capacidad para afectar el desarrollo del trabajo y la salud del trabajador/a” . La complejidad de los factores psicosociales viene dada porque a estas variables del entorno laboral, hay que añadir el conjunto de las percepciones y experiencias del trabajador/a, que actúan como mediadores. (UGT Andalucía, 2010)

De forma implícita parecería que siempre se ha entendido por riesgos laborales únicamente los físicos, obviando que la salud del trabajador/a puede estar afectada por otros factores de orden psicológico y/o social, muchas veces tanto o más perjudiciales que los primeros.

## EVALUACIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS RESIDENTES DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL Y PROPUESTA DE MEDIDAS DE CONTROL PARA SU PREVENCIÓN.

Recientemente, en nuestro país ya se empiezan a llevar a cabo en Empresas tanto públicas como privadas evaluaciones de riesgos psicosociales, con la aparición de 2 valiosos instrumentos como el Programa de Prevención de Riesgos Psicosociales y el Programa de Prevención en uso de alcohol y drogas; lo cual es el primer paso para concienciar en la necesidad de prevención en los distintos niveles. Con eso se trata de dar vital relevancia a fenómenos que siempre han existido y defender entre todos, la dimensión biopsicosocial del concepto de salud.

Cuando hablamos de riesgos psicosociales, estamos haciendo referencia a:

Características de la tarea.

- Estructura de la organización.
- Características del empleo.
- Características de la empresa.
- Organización del tiempo de trabajo.

A continuación se describe brevemente cada una de ellas:

A. **Características de la tarea:** Hace referencia a la cantidad de trabajo, el desarrollo de aptitudes, sencillez, monotonía, repetitividad, automatización, ritmo de trabajo, precisión, responsabilidad, iniciativa, aprendizaje de la tarea, prestigio social.

Por carga de trabajo entendemos el conjunto de requerimientos psicofísicos a los que se ve sometida la persona a lo largo de su jornada laboral.

Distinguimos entre:

- Carga física: cuando la tarea a realizar exige una actividad muscular.
- Carga mental: cuando el componente principal es de tipo intelectual. Si el trabajador/a supera el nivel o grado de exigencia de la tarea a realizar, puede sufrir consecuencias negativas, tales como: Síntomas de fatiga, bajo

rendimiento, insatisfacción creciente, aumento de los riesgos de accidente. Cuando el nivel exigido es alto, las consecuencias se traducen en molestias musculoesqueléticas. En la medida en que el trabajo requiera el mantenimiento constante de la atención, va a aparecer Fatiga Mental, cuyas manifestaciones principales son: disminución de la atención, pensamiento lento, disminución de la motivación. Con una adecuada recuperación, los síntomas desaparecen y se recupera el nivel de atención.

Las medidas para prevenir este tipo de situaciones, se orientan hacia la rotación del puesto de trabajo y descansos adecuados.

Las tareas rutinarias y monótonas exigen un ritmo alto y una elevada concentración y atención, así como poca interacción social.

**B. Estructura de la organización:** Se agrupa a todo lo concerniente a las relaciones personales, definición de competencias, estructura jerárquica, canales de comunicación e información, desarrollo profesional, ayudas sociales y estilo de mando.

Pueden dar lugar a problemas como insatisfacción, Mobbing, Burnout y/o estrés derivado de trabajo.

El grado de satisfacción en el trabajo hace referencia a cómo se adecuan las características de la actividad que desarrolla el trabajador/a con sus expectativas y aspiraciones. Se relaciona con los sectores de la educación, sanidad y servicios sociales.

**C. Característica del empleo:** Se refiere al diseño del lugar de trabajo, salario, estabilidad en el empleo y a las condiciones físicas del trabajo.

**D. Característica de la empresa:** Hace referencia al tamaño, actividad de la empresa, ubicación e imagen social de la misma.

E. **Organización del Tiempo de trabajo:** En donde se incluye la duración y tipo de jornada, pausas de trabajo, trabajo en festivos y trabajo a turnos y nocturno.

Las jornadas de trabajo prolongadas van a provocar fatiga y tensión en los trabajadores/as sometidos a este factor de riesgo. La escasez de tiempo libre para compartir con la familia y amigos va a impedir que éstos puedan participar de esta faceta de forma satisfactoria, propiciando así su aislamiento.

### **1.2.1.2 Estrés Laboral**

El término “estrés” fue introducido en biología por Walter Cannon en 1911, para designar todo estímulo nocivo capaz de perturbar la homeostasis del organismo y de movilizar los procesos autorreguladores. Hans Selye (el llamado “padre del estrés”), en 1936 utilizó este término para designar la respuesta inespecífica del organismo a toda demanda o exigencia adaptativa producida por estímulos negativos excesivos, y la denominó Síndrome General de Adaptación.

Es importante diferenciar entre estresor, estrés y respuesta de estrés; ya que estresor es el acontecimiento objetivo, estrés es la experiencia subjetiva negativa, tal como es vivida por cada persona, y respuesta al estrés es la reacción fisiológica y conductual a la experiencia del estresor (Mingote, Moreno, & Gálvez, 2004).

El estrés puede estar motivado tanto por problemas domésticos como laborales, así la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su documento “La Organización del trabajo y el estrés” define el estrés laboral como “la reacción que puede tener el individuo ante exigencias y presiones laborales que no se ajustan a sus conocimientos y capacidades, y que ponen a prueba su capacidad para afrontar la situación”. Si bien tener una cierta presión en el trabajo es beneficiosa para el trabajador, puesto que le mantiene alerta, motivado y en condiciones de

trabajar y aprender, a veces esa presión puede hacerse excesiva o difícil de controlar, apareciendo el estrés en el trabajo.

En este sentido, es importante diferenciar entre el estrés saludable o “eutrés” (eu, bueno en griego) y el estrés patológico o “distrés” (dis, malo en griego). En el eutrés, la discrepancia entre lo que se exige y la capacidad de superación del individuo, puede ser controlada, lo cual conlleva un fenómeno cognitivo positivo y unas emociones positivas. Si, por el contrario, ante un estresor se produce un gasto continuado de recursos sin que la situación sea controlada y sin que la capacidad de superación tenga éxito, hablamos de una reacción de distrés crónico, que conlleva cogniciones y sentimientos negativos.

Por tanto, muchas experiencias vividas en el trabajo son consideradas estresores y van acompañadas de las consiguientes reacciones crónicas de distrés. Pero dentro de estas vivencias del trabajo existen una serie de condiciones laborales que aumentan de manera efectiva el riesgo de enfermar para los trabajadores.

Una vez estudiado el concepto de estrés laboral, es importante incidir sobre las causas en el trabajo que llevan a este tipo de estrés. Así, se ha comprobado en distintas investigaciones, que el estrés laboral está íntimamente relacionado con las exigencias y presiones que el trabajador sufre en su puesto de trabajo, de manera que cuanto más se ajusten los conocimientos y capacidades del trabajador a esas exigencias y presiones, menor será la probabilidad de que sufra estrés laboral.

Igualmente, las probabilidades serán menores si el trabajador recibe apoyo de los demás, ejerce control sobre su trabajo y participa activamente en la toma de decisiones con respecto a su actividad laboral.

Siguiendo con las causas que generan estrés en el trabajo, el Instituto Nacional de Salud y Seguridad en el Trabajo de los Estados Unidos, centro colaborador de la OMS en materia de salud ocupacional, enumera una serie de factores causantes de estrés laboral, entre



ellos destaca el mal diseño de las tareas, que da lugar a jornadas de trabajo excesivamente largas, trabajo por turnos, escasa sensación de control en el trabajo, y en definitiva gran carga laboral. Otro de los factores implicados en la aparición de estrés laboral es el estilo de gestión poco transparente, que da lugar a la escasa participación de los trabajadores en la toma de decisiones sobre su actividad laboral. También se cita como factor que genera estrés laboral la inquietud relacionada con las perspectivas de carrera, lo que produce inseguridad laboral, imposibilidad de ascender y la introducción de cambios súbitos en el trabajo para los cuales los trabajadores no están preparados. Se hace referencia igualmente a la falta de apoyo del empleado y al deterioro del ambiente social en el entorno laboral como factores causantes de estrés, así como a las tareas.

Por tanto, un trabajador sometido a condiciones laborales desfavorables puede sufrir estrés, que se va a manifestar inicialmente por enfermedades gástricas, cefaleas, alteraciones del sueño y del estado de ánimo, depresión y relaciones perturbadoras con la familia, los amigos y los compañeros de trabajo. También el trabajador puede hacerse más vulnerable a las enfermedades infecciosas y pueden aparecer los llamados “comportamientos evasivos”, incrementándose el consumo de analgésicos, ansiolíticos, alcohol, tabaco y otras drogas. Todo ello daría lugar a un aumento del absentismo y una disminución del rendimiento laboral.

Siguiendo esta línea, hemos de decir que se ha asociado el estrés laboral prolongado a una serie de afecciones crónicas, como algunas enfermedades cardiovasculares, especialmente la hipertensión arterial; generalmente asociada a trabajos psicológicamente exigentes y que prácticamente no permiten a sus empleados tener control sobre sus actividades. (Morata & Ferrer, 2004)

Igualmente, existe relación entre estrés en el trabajo y el padecimiento de algunos trastornos psicológicos, como la depresión, y la siniestralidad laboral.

En estos profesionales sanitarios, especialmente en médicos y enfermeras de algunas especialidades particularmente duras por el tipo de paciente que tratan, por ejemplo la oncología, el síndrome de estrés viene definido por una combinación de tres elementos; el

ambiente, los pensamientos negativos y las respuestas físicas. El ambiente se considera la causa más importante del estrés que sufren los médicos y las enfermeras. Los factores ambientales generadores de estrés en este personal se pueden clasificar en factores inherentes al puesto de trabajo, funciones en la organización, desarrollo de la carrera profesional, relaciones laborales y estructura y atmósfera institucional.

En cuanto al desarrollo de la carrera profesional, tanto las situaciones positivas, por ejemplo los ascensos, como las negativas, la inestabilidad o la pérdida del puesto de trabajo, pueden dar lugar a estrés laboral. Los ascensos pueden suponer un esfuerzo adicional para el individuo, tanto desde el punto de vista físico como mental, también la falta de promoción profesional puede dar lugar a sentimientos de insatisfacción o de fracaso en el trabajo que producen alteraciones fisiológicas y conductuales.

Para muchas personas ser el responsable del trabajo de otros puede generar estrés, especialmente si se realiza un trabajo centrado en los resultados que tenga en cuenta a los trabajadores. Y por último, el trato con pacientes es una fuente importantísima de estrés laboral en profesionales de la salud, ya que en muchas ocasiones es complicado utilizar la información y la comunicación de forma adecuada.

Una vez estudiado el concepto y las causas que pueden dar lugar a estrés en el trabajo, vemos como estrés laboral y burnout son dos términos relacionados, de hecho el burnout se considera una respuesta al estrés laboral crónico.

### **1.2.1.3 Síndrome de Burnout**

La primera referencia al concepto de burnout se puede encontrar en Buddensbrooks, una novela de Thomas Mann de 1901; allí se relata la decadencia personal y familiar de un senador cuyo apellido da nombre a la obra. Más tarde, Graham Greene utiliza el término en A burnt-out case, una publicación de 1961.

## EVALUACIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS RESIDENTES DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL Y PROPUESTA DE MEDIDAS DE CONTROL PARA SU PREVENCIÓN.

El término burnout fue descrito por Freudenberg, un psiquiatra que trabajaba en una clínica para toxicómanos de Nueva York, en 1974. Observó que, al año de trabajar, la mayoría de los voluntarios sufría una progresiva pérdida de energía, hasta llegar al agotamiento, síntomas de ansiedad y de depresión, así como desmotivación laboral y agresividad con los pacientes.

El síndrome de burnout o agotamiento profesional ha alcanzado mayor difusión a partir de los trabajos de Cristina Maslach quien, en 1976, dio a conocer este síndrome dentro del Congreso Anual de la Asociación Estadounidense de Psicología; se refería a una situación cada vez más frecuente entre los trabajadores de servicios humanos: concretamente, al hecho de que, después de meses o años de dedicación, éstos terminaban “quemándose” (Catsicaris, Eymann, & Cacchiarelli, 2007).

Dentro del esquema general del estrés, el burnout puede ser entendido como una estrategia de afrontamiento disfuncional cuya prolongación en el tiempo deriva en consecuencias negativas para la salud y el bienestar del trabajador (por ejemplo, jaquecas, úlceras, alteraciones del sueño, etc.) y para la eficacia del trabajador (por ejemplo, baja calidad del servicio, retraimiento, rotación, etc.). (Alcover de la Hera, Martínez Íñigo, Rodríguez Mazo, & Dominguez Bilbao, 2004)

Al igual que ha ocurrido con el acoso moral y el sexual en el trabajo, también ha existido siempre, y hasta hace pocos años el trabajador/a que tenía estos síntomas se consideraba de forma genérica que estaba estresado (cierto, ya que es una modalidad de estrés), pero hasta que Maslach en 1978 le dio una identidad: el término “burnout”, fue cuando se consideró que tenía unas características determinadas, frente a otros tipos de estrés laboral, y sobre todo, que afectaba preferentemente a trabajadores/as de ciertos sectores: sanitarios, docentes, personal de seguridad, servicios sociales, etc., siendo los destinatarios de

su tarea personas a los que prestan un servicio asistencial. En base a estas consideraciones, el Síndrome del Burnout se define como: “El desgaste profesional que sufren los trabajadores y trabajadoras de los servicios a personas, debido a unas condiciones de trabajo que exigen altas demandas sociales”. (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001)

El término “Síndrome” hace referencia al conjunto de síntomas que de modo frecuente se presentan asociados siempre de igual forma, pero que pueden corresponder a diferentes etiologías. (UGT Andalucía, 2010).

Así pues el Burnout puede entenderse como una respuesta prolongada ante la presencia crónica de estresores emocionales e interpersonales asociados al puesto de trabajo y hacia el rol profesional, acompañadas por la experiencia de sentirse emocionalmente agotado. (Maslach & Jackson, 1981).

Es de un progreso insidioso, su aparición no es súbita, sino que emerge de forma paulatina, incluso con aumento progresivo de la severidad. Es un proceso cíclico, que puede repetirse varias veces 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. (Thomaé & Ayala, 2006)

Dentro de la tendencia a aplicar el Burnout sólo a profesiones asistenciales, Maslach y Schaufeli (1993) intentaron una ampliación del concepto aceptando diversas definiciones en función de algunas características similares, de las que destacan (Román Hernández, 2003):

1. Predominan más los síntomas mentales o conductuales que los físicos. Entre los síntomas se señalan, el cansancio mental o emocional, fatiga y depresión; siendo el principal el Cansancio Emocional.
2. Los síntomas se manifiestan en personas que no sufrían ninguna Psicopatología anteriormente.

3. Se lo clasifica como un síndrome clínico-laboral.

A continuación se definen las tres dimensiones incluidas en los principales instrumentos de evaluación de este Síndrome:

- A. **Agotamiento emocional:** Representa la manifestación más evidente y la cualidad central del burnout. Cuando las personas experimentan este Síndrome, refieren vivencias de cansancio emocional, como si su trabajo les “chupara la sangre” o les “vaciará emocionalmente”. Este componente de la respuesta es probablemente, el que promueve el alejamiento o distanciamiento emocional y cognitivo respecto del puesto, como forma de sobrellevar el exceso de carga de trabajo emocional que suelen padecer las personas padeciendo burnout.
- B. **Despersonalización:** Implica un intento de eludir el trato individualizado de aquellas personas con las que se interactúa en el trabajo. También denominado “cinismo”, permite un alejamiento que reduzca la carga de trabajo. Al no considerar las características únicas y particulares de una persona, por ejemplo un enfermo, su manejo resulta menos demandante.
- C. **Falta de realización personal en el trabajo:** Los individuos desarrollan un sentimiento de ineficacia o incapacidad para realizar su trabajo correctamente o para que este tenga algún impacto positivo.

Dependiendo de los autores, se han propuesto distintas secuencias en la aparición de los componentes del síndrome de quemarse. Así pues, algunos modelos consideran que la despersonalización es el primer paso hacia el Burnout, seguido de una baja percepción de realización personal que desemboca en el agotamiento personal. Por el contrario, otros modelos consideran que los individuos comienzan experimentando un agotamiento emocional que deriva en el desarrollo de una actitud de distanciamiento en el trato con otros

(despersonalización) y finalmente se produce una baja realización personal en el trabajo. En general, parece claro, a partir de los estudios realizados hasta el momento, que el agotamiento emocional precede a la aparición de la despersonalización. Sin embargo no está claro que la secuencia termine con la aparición del componente de la realización personal. Al contrario, estudios recientes apoyan un modelo en el que el desarrollo del tercer componente sería simultáneo al desarrollo de la secuencia agotamiento – despersonalización.

### **1.2.1.2 Fases del Proceso de Burnout:**

Se pueden destacar cinco fases en el desarrollo del Síndrome\_

#### **A. Fase inicial, de entusiasmo:**

Ante el nuevo puesto de trabajo se experimenta entusiasmo, gran energía y se dan expectativas positivas. No importa alargar la jornada laboral.

**B. Fase de estancamiento:** No se cumplen las expectativas profesionales. Se empiezan a valorar las contraprestaciones del trabajo, percibiendo que la relación entre el esfuerzo y la recompensa no es equilibrada. En esta fase tiene lugar un desequilibrio entre las demandas y los recursos (estrés), por tanto, definitiva de un problema de estrés psicosocial.

**C. Fase de frustración:** El trabajo carece de sentido, cualquier cosa irrita y provoca conflictos en el grupo de trabajo. La salud puede empezar a fallar y aparecer problemas emocionales, fisiológicos y conductuales.

**D. Fase de apatía:** Aquí suceden una serie de cambios actitudinales y conductuales, como la tendencia a tratar a los clientes de forma distanciada y mecánica, la anteposición cínica de la satisfacción de las propias necesidades al mejor servicio al cliente y por un afrontamiento defensivo-evitativo de las tareas estresantes y de retirada personal. Estos son mecanismos de defensa de los individuos.

5. **Fase del quemado:** Colapso emocional y cognitivo fundamentalmente, con importantes consecuencias para la salud. Además, puede obligar al trabajador a dejar el empleo y arrastrarle a una vida profesional de frustración e insatisfacción.

Esta descripción de la evolución del Burnout tiene carácter cíclico. De esta manera, se puede repetir en el mismo o en diferentes trabajos y en diferentes momentos de la vida laboral.

#### 1.2.1.4 Variables relacionadas con la manifestación del Burnout

##### A) Variables Organizacionales:

Son variables intrínsecas a la organización que pueden por si mismas generar situaciones negativas, o bien juegan un papel importante en la interacción continua trabajador/a-puesto de trabajo.

Entre estas variables podemos distinguir:

- Dinámica del trabajo: Interacciones mal conducidas, planteamientos directivos descendentes poco claros, mal establecimiento de los roles a desempeñar. .  
Inadecuación profesional: No adaptarse el perfil profesional y personal del individuo al perfil del puesto de trabajo que se desempeña, no tanto por sí mismo como por el hecho de tener que seguir trabajando en un puesto para el que objetivamente no está adecuado profesionalmente.
- Sobrecarga de trabajo: Referida a las exigencias del trabajo que sobrepasan lo racionalmente aceptable y que suelen ir acompañadas de exceso de tareas que no son agradables.
- Infracarga de trabajo: La infracarga propicia caer en un alto grado de separación con la realidad, provocando el “autismo” del trabajador/a.

## EVALUACIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS RESIDENTES DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL Y PROPUESTA DE MEDIDAS DE CONTROL PARA SU PREVENCIÓN.

- Los contenidos: Relacionados con la variedad de tareas, el grado de retroalimentación, la identidad de las mismas, la realización.
- Ambiente físico de trabajo: El nivel de ruido que se debe soportar, las vibraciones, las características de la iluminación, así como la temperatura y las condiciones higiénicas del lugar de trabajo y la disponibilidad de espacio físico para desempeñar las tareas. . Los turnos de trabajo: Y más concretamente el trabajo nocturno como variable que incide en el síndrome.
- Conflicto y ambigüedad de rol: Conflicto entre exigencias que resultan contradictorias y/o grado de incertidumbre que el sujeto que desempeña un rol tiene respecto al mismo. .
- Estresores relacionados con las nuevas tecnologías.
- Estructura organizacional.
- Estresores económicos: Cuando existe inseguridad económica aumenta la vulnerabilidad al Burnout.
- Desafío en el trabajo: Tener que estar continuamente demostrando la capacidad para desarrollar adecuadamente el desempeño laboral supone un desafío, y a más desafío, más Burnout, en concreto, mayor despersonalización y menor realización personal.
- El clima organizativo: Participación en la toma de decisiones, autonomía en el trabajo, compromiso con el trabajo y relaciones con los compañeros/as.

### **B) Variables Sociales:**

Son variables no relacionadas con el contexto laboral y sí con otros ámbitos que pueden originar fricciones importantes: familia, amigos, estilos de vida, etc.



- Apoyo social: Este factor está centrado en el apoyo que la persona recibe de familiares y amigos; las relaciones mantenidas condicionan que el ambiente habitual de la persona sea agradable o no. Conforme aparecen ambientes más agresivos aumentan las posibilidades de padecer Burnout.

**C) Variables Personales:** Son variables propias del individuo y hacen referencia a aspectos de su personalidad, sus sentimientos y pensamientos, sus emociones, sus actitudes, etc. Estas variables, más que desencadenantes, se consideran facilitadoras o inhibidoras del síndrome, esto es, que en función de que se presenten en menor o mayor grado, aumentará o disminuirá la posibilidad de que el Burnout aparezca.

- Personalidad resistente: Las personas con este tipo de personalidad previenen o reducen la incidencia del Burnout. Se caracteriza por un gran sentimiento de compromiso hacia sí mismo y el trabajo, por una percepción de control del ambiente así como una tendencia a acercarse a los cambios de la vida con una actitud de desafío antes que de amenaza, que suponen las tres dimensiones que configuran este tipo de personalidad (compromiso, control y reto).
- Sexo: Esta variable va vinculada a una serie de características relacionadas con el trabajo y la sociedad, que predisponen especialmente hacia una tendencia u otra. Sin embargo, esta variable no es del todo concluyente.
- Edad: Los profesionales con experiencia pueden desarrollar modelos de afrontamiento que reduzcan la posibilidad de quemarse.
- Estado civil: Más que el propio hecho del estado civil, lo que tiene importancia es la relación de esta variable con el apoyo emocional.
- Estrategias de afrontamiento: Si se poseen o no herramientas para hacer frente a la situación que disminuyan la posibilidad de padecer Burnout, o por el

contrario, se emplea estrategias de tipo escapista que aumentan la probabilidad de sufrir este síndrome.

- Autoeficacia: La percepción que tiene el individuo de sentirse eficaz con las tareas que realiza.
- Expectativas personales: Nos referimos a aquellas expectativas que el individuo tiene hacia cualquier evento vital. Conforme las expectativas de la persona no se cumplan aumentará el riesgo de padecer Burnout.

En base a estas variables, podemos establecer a modo de resumen, que las características de personalidad que pueden conducir más fácilmente a la persona sometida a un exceso de estrés a desarrollar un Burnout son:

- Sensibilidad emocional y alta necesidad de los otros.
- Dedicación al trabajo.
- Idealismo.
- Personalidad ansiosa.
- Elevada autoexigencia.

**D) Características ocupacionales:** Aquellas ocupaciones que implican trabajar de manera intensiva con personas fueron consideradas inicialmente como las más vulnerables. Sin embargo, estudios posteriores han demostrado que otros estresores no relacionados con el contacto con seres humanos predicen mejor el burnout. Investigaciones recientes apuntan que no sería el trato con las personas lo que provocaría la aparición del síndrome, sino la medida en que la interacción con ellas supone una demanda emocional. Es posible también establecer una relación entre ocupaciones y las dimensiones del burnout. Aquellos dedicados a la docencia, al compararlos con los profesionales de la medicina, se caracterizan por mayores niveles de agotamiento emocional. Por su parte el personal médico

puntuó menos en agotamiento y despersonalización y más en la dimensión restante. (Alcover de la Hera, Martínez Íñigo, Rodríguez Mazo, & Dominguez Bilbao, 2004).

Las variables que proviene del contexto laboral y organizacional donde el trabajador realiza su trabajo son importantes fuentes de estrés que podrían actuar como desencadenantes del síndrome de Burnout y de sus consecuencias asociadas para la salud psicológica y física de los trabajadores, si no se modifican o se toman las oportunas medidas correctoras. Entre los antecedentes el estrés de rol parece ser la variable con un mayor poder predictivo sobre el Burnout. Los individuos con personalidad resistente parecen mostrar menos estrés y burnout ante las mismas condiciones psicosociales al conseguir enfrentarse activamente al medio y modificarlo en su propio beneficio, orientándose de esta manera hacia el bienestar y la salud. (Moreno, Garrosa Hernández, & Gonzalez Gutiérrez, 2004)

#### **1.2.1.5 Consecuencias de Burnout**

Las experiencias de estrés provocan en el individuo respuestas fisiológicas, cognitivo-afectivas y conductuales, además de general importantes consecuencias para la organización a la que pertenece.

##### **A. Consecuencias personales**

Aparecen implicados todos los sistemas del organismo. Las principales consecuencias del estrés laboral que se asocian al síndrome de quemado por el trabajo desde una perspectiva individual, se traducen en los siguientes síntomas que se muestran a continuación:

**Tabla 1.** Consecuencias Personales

<b>SÍNTOMAS FÍSICOS</b>	<b>SÍNTOMAS EMOCIONALES</b>	<b>SÍNTOMAS CONDUCTUALES</b>
<p>Fatiga crónica, cansancio y malestar general.</p> <p>Dolores de cabeza, musculares y osteoarticulares.</p> <p>Insomnio.</p> <p>Pérdida de peso.</p> <p>Úlceras y desórdenes gastrointestinales.</p>	<p>Irritabilidad</p> <p>Ansiedad generalizada y focalizada en el trabajo.</p> <p>Depresión.</p> <p>Frustración.</p> <p>Aburrimiento.</p> <p>Distanciamiento afectivo.</p> <p>Impaciencia.</p> <p>Desorientación.</p>	<p>Absentismo laboral.</p> <p>Abuso de drogas.</p> <p>Relaciones interpersonales distantes y frías.</p> <p>Comportamientos de alto riesgo.</p> <p>Tono de voz elevado (gritos frecuentes)</p> <p>Llanto inespecífico.</p> <p>Dificultad de concentración.</p> <p>Disminución de contacto con el público, clientes y/o pacientes.</p> <p>Largos períodos de baja laboral.</p> <p>Incremento de conflictos con compañeros/as.</p> <p>Disminución de la calidad del servicio prestado.</p>

**B. Consecuencias para las relaciones interpersonales:**

Las consecuencias del Burnout se extienden más allá del ámbito laboral, produciendo un deterioro en las relaciones sociales y familiares. Dentro del ámbito laboral, la persona puede reducir la frecuencia de interacción con los colegas y los clientes, así como empobrecer la calidad de la relación (por ejemplo, mostrarse inquieto, impaciente por terminar, etc.).

**C. Consecuencias actitudinales**

En ocasiones, las personas quemadas desarrollan actitudes negativas hacia los clientes, el trabajo, la organización o ellos mismos. El compromiso con la organización también puede deteriorarse.

**D. Consecuencias conductuales**

El abandono de la organización, la rotación, el absentismo, la disminución del rendimiento y el consumo de drogas son las principales manifestaciones conductuales de Burnout.

**1.2.1.5 Diferenciación del Síndrome de Burnout de otros Conceptos.**

Es frecuente no diferenciar el burnout de otras situaciones. Es por ello que a continuación se describen las diferencias más importantes con otras situaciones:

- A. **Depresión:** Presenta muchas similitudes como: cansancio, abandono social y sentimientos de fracaso. Algunos autores señalan que el “burnout” es fundamentalmente un estresor social que surge como consecuencia de las relaciones interpersonales y organizacionales, mientras que la depresión es un conjunto de emociones y cogniciones que tienen consecuencias sobre esas relaciones interpersonales. Otros autores señalan que, mientras la depresión se acompaña en

mayor medida de sentimientos de culpa, el síndrome de quemado por el trabajo se acompaña de enfado, ira y respuestas encolerizadas.

- B. **Alienación:** Ocurre cuando un sujeto tiene poca libertad para llevar a cabo una determinada tarea, cuando su desempeño no tiene un propósito; mientras que el síndrome del quemado se desarrolla cuando un sujeto tiene demasiada libertad para llevar a cabo una tarea que le es imposible realizar. Por ello, los dos conceptos son distintos: la alienación está influida por criterios organizacionales y de carrera, y en el burnout no es la organización la que determina que el individuo se quemara, sino la relación que éste tiene con ella.
- C. **Ansiedad:** El síndrome de burnout es más amplio que el concepto de ansiedad y éste puede ser una respuesta al estrés. La ansiedad se produce cuando el individuo no posee los recursos necesarios para afrontar una situación, mientras que el burnout es un sobredimensionamiento de las exigencias sobre las habilidades del individuo.
- D. **Insatisfacción laboral:** Mientras que el síndrome de quemado supone una actitud de despersonalización, este aspecto no se da en la insatisfacción.
- E. **Fatiga:** Una de las principales diferencias entre quemarse por el trabajo y la fatiga física es que el sujeto se recupera rápidamente de la fatiga pero no del síndrome de quemado.
- F. **Estrés:** Parece existir acuerdo entre los autores en considerar el síndrome de quemado como una respuesta al estrés laboral, como una forma de tensión, entendiendo por tensión aquellos cambios psicológicos y conductuales del estrés sobre la persona y que son el resultado de la acción de uno o varios y estresores; además, el estrés es un proceso que puede tener resultados positivos o negativos para los individuos que lo padecen, mientras que el burnout siempre conlleva resultados negativos.

El Burnout es un proceso continuo, que va surgiendo de forma paulatina y que se va instaurando en el individuo hasta provocar en él sintomatología específica. Es necesaria la presencia de interacciones humanas trabajador-cliente de forma intensa o duradera para que el Síndrome aparezca.

#### **1.2.1.5. Proceso de Desarrollo del Síndrome de Burnout:**

##### **Modelos explicativos del Burnout, según (Anabela, 2010)**

Modelos etiológicos basados en la Teoría Socio cognitiva del Yo.

En estos modelos las causas más importantes son:

- a. Las cogniciones influyen en la forma de percibir la realidad, pero a la vez estas cogniciones se modifican por sus efectos y consecuencias observadas.
  
- b. El empeño para la consecución de objetivos y las consecuencias emocionales de las acciones están determinadas por la autoconfianza del sujeto.

Es evidente que estos modelos etiológicos dan gran importancia a las variables del self, como ser, la autoconfianza, autoeficacia, auto concepto, entre otros. Entre ellos se encuentra el Modelo de Competencia Social de Harrison (1983), el Modelo de Pines (1993), el Modelo de Cherniss (1993) y el Modelo de Thompson, Page y Cooper (1993).

##### **c. Modelo de Competencia Social de Harrison (1983):**

Este autor refiere la competencia y eficacia percibida para explicar la "competencia percibida" como función del Síndrome de Burnout. Éste manifiesta que "gran parte de los profesionales que empiezan a trabajar en servicios de asistencia tienen un grado alto de motivación para ayudar a los demás y de altruismo, pero ya en el lugar de trabajo habrá factores que serán de

ayuda o de barrera que determinarán la eficacia del trabajador. En el caso que existan factores de ayuda junto con una alta motivación, los resultados serán beneficiosos; ya que aumenta la eficacia percibida y los sentimientos de competencia social. Sin embargo, cuando hay factores de barrera, que dificultan el logro de metas en el contexto laboral, el sentimiento de autoeficacia disminuirá (Leka, 2004).

Entre los factores de ayuda y de barrera se mencionan: la existencia de objetivos laborales realistas, el nivel de ajuste entre los valores del sujeto y la institución, la capacitación profesional, la toma de decisiones, la ambigüedad del rol, disponibilidad y disposición de los recursos, retroalimentación recibida, sobrecarga laboral, ausencia o escasez de recursos, conflictos interpersonales, disfunciones del rol, entre otros”

d. Modelo de Pines:

El autor señala que el fenómeno del Síndrome de Burnout radica cuando el sujeto pone la búsqueda del sentido existencial en el trabajo y fracasa en su labor. Estos sujetos les dan sentido a su existencia por medio de tareas laborales humanitarias. Este modelo es motivacional, y plantea que sólo se queman aquellos sujetos con alta motivación y altas expectativas (Pereda, 2009).

Un trabajador con baja motivación inicial puede experimentar estrés, alienación, depresión o fatiga, pero no llegará a desarrollar el Síndrome de Burnout.

Por lo tanto, el Síndrome de Burnout lo explica como un estado de agotamiento físico, emocional y mental causado por afrontar situaciones de estrés crónico junto con muy altas expectativas. El Síndrome de Burnout sería el resultado de un proceso de desilusión donde la capacidad de adaptación del sujeto ha quedado disminuida severamente (Castillo, 2014).



e. Modelo de autoeficacia de Cherniss (1993) Para el autor Cherniss, la consecución independiente y exitosa de las metas aumenta la eficacia del sujeto. Sin embargo, la no consecución de esas metas lleva al fracaso psicológico; es decir, a una disminución de la autoeficacia percibida y, por último, al desarrollo del Burnout (Fuller, 2010).

Por otro lado, los sujetos con fuertes sentimientos de autoeficacia percibida tienen menos probabilidad de desarrollar el Burnout, porque experimentan menos estrés en situaciones amenazadoras; ya que éstos creen que pueden afrontarlas de forma exitosa.

f. Modelo de Thompson, Page y Cooper (1993)

Thompson et al. Destacan cuatro factores implicados en la aparición del Burnout, y señalan que la autoconfianza juega un papel fundamental en ese proceso. Los cuatro factores son:

- 1) Las discrepancias entre las demandas de la tarea y los recursos del sujeto.
- 2) El nivel de autoconciencia.
- 3) Las expectativas de éxito personal.
- 4) Los sentimientos de autoconfianza.

Estos autores plantean que tras reiterados fracasos en la consecución de las metas laborales junto con altos niveles de autoconciencia, de las discrepancias percibidas o anticipadas entre las demandas y recursos, se tiende a utilizar la estrategia de afrontamiento de "retirada mental o conductual" de la situación amenazadora (Díaz, 2010). Un patrón de retirada serían las conductas de despersonalización. Estas estrategias tienen como objetivo reducir las discrepancias percibidas en el logro de los objetivos laborales.

También se encuentran otros modelos como:

g. Modelo Byrne :En el informe relaciona los factores generales que propician este síndrome con los conceptos de cansancio emocional, despersonalización y realización personal. Las

variables más destacadas por esta autora son la ambigüedad y el conflicto de rol, la sobrecarga laboral, el clima de clase y la autoestima (Moreno, 2005).

h. Modelo Kyricou y Sutcliffe: Las causas del Burnout están directamente relacionadas, según estos autores, con el estrés que surge como descompensación entre la valoración y las estrategias que el docente realiza en su jornada habitual de trabajo frente a las demandas laborales que le exigen. Los factores personales, organizacionales y laborales son determinantes e influyen durante todo el proceso (Pereda, 2009).

i. Modelo Leithwood Menzies y Jantzi: Estos autores mediante 18 estudios empíricos sobre el Burnout de los profesores y sus causas, teniendo en cuenta el número de sujetos, el método utilizado y el procedimiento. A partir de los datos obtenidos generaron un modelo explicativo del Burnout en profesores que parte de tres conceptos interrelacionados: las transformaciones en la escuela y las decisiones de los administradores y jefes de las instituciones educativas, los factores organizacionales y los personales. Clasifican las variables de los 18 estudios en estos tres factores generales (Fuller, 2010).

j. Modelo Maslach y Leiter: Este modelo multidimensional es el más aceptado por la comunidad científica internacional y recoge las experiencias y estudios elaborados por Maslach, Jackson y Leiter en los últimos veinte años. Utilizan el Maslach Burnout Inventory (MBI) como método de instrumento fundamental de evaluación y establecen que el Burnout es concebido como una experiencia individual y crónica de estrés relacionada con el contexto social (Gonzalez, 2002).

#### **1.2.1.6 Estrategias y técnicas de intervención frente al Burnout**

Actualmente, las estrategias y técnicas de intervención se basan en los diversos métodos y conocimientos desarrollados para afrontar y manejar el estrés. La mayoría de los programas se centran en hacer ver a los trabajadores la importancia de prevenir

## EVALUACIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS RESIDENTES DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL Y PROPUESTA DE MEDIDAS DE CONTROL PARA SU PREVENCIÓN.

los factores de riesgo con el fin de que conozcan el problema, así como en el entrenamiento en aspectos específicos (Anabela, 2010).

Entre los primeros que plantearon un modelo con los pasos a seguir se encuentra Paine (1982), que determinó los cuatro siguientes:

- Identificar el Burnout.
- Prevenirlo mediante información y afrontamiento.
- Mediar para reducir o invertir el proceso que conduce al desarrollo de síndrome.
- Restablecer, es decir, aplicar un tratamiento a los trabajadores diagnosticados.

En 1999, Ramos planteó diversas estrategias de intervención en personas ya diagnosticadas, que en resumen son:

- a. Modificar los procesos cognitivos de autoevaluación de los profesionales (entrenamiento en técnicas de afrontamiento, principalmente a las orientadas a la tarea/solución de problemas).
- b. Desarrollar estrategias cognitivo-conductuales que eliminen o neutralicen las consecuencias del Burnout.
- c. Desarrollar habilidades de comunicación interpersonal, habilidades sociales y asertividad.
- d. Fortalecer las redes de apoyo social.
- e. Disminuir y, si es posible, eliminar los estresores organizacionales.

Ramos valoró también los distintos niveles de intervención, distinguiendo (Castillo, 2014):

- a. Individual, fortalecimiento de la persona para el afrontamiento al estrés laboral.
- b. Interpersonal, relacionado con la formación en habilidades sociales y desarrollo del apoyo social en el contexto laboral.
- c. Organizacional, en referencia a la eliminación o disminución de estresores en el trabajo.

### **1.2.1.5.1 Estrategias orientadas al individuo**

Las estrategias individuales se centran en la adquisición y mejora de las formas de afrontamiento. Estas estrategias se pueden dividir formando dos tipos de programas de intervención orientados al individuo:

- a. Programas dirigidos a las estrategias instrumentales, centrados en la solución de problemas, por ejemplo, entrenamiento en la adquisición de habilidades de solución de problemas, asertividad, organización y manejo del tiempo, optimización de la comunicación, relaciones sociales, estilo de vida.
- b. Programas dirigidos a estrategias paliativas, que tienen como objetivo la adquisición y desarrollo de habilidades para el manejo de las emociones asociadas, por ejemplo, entrenamiento en relajación, expresión de la ira, de la hostilidad, manejo de sentimientos de culpa (Matteson e Ivancevich, 1987).

Por lo tanto, las estrategias recomendadas desde esta perspectiva son: el aumento de la competencia profesional (formación continuada), rediseño de la ejecución, organización personal, planificación de ocio y tiempo libre (distracción extralaboral: ejercicios, relajación, deportes, hobby), tomar descansos pausas en el trabajo, uso eficaz del tiempo, plantear objetivos reales y alcanzables, habilidades de comunicación.

Se recomienda el manejo del humor como medio para adquirir el control de los pensamientos y las emociones. Como último recurso se aconseja cambiar de puesto de trabajo dentro o fuera de la institución para que el individuo no llegue al abandono de la profesión (Grau & cols, 1998). También hay que tener presente la posibilidad de tratamiento psicoterapéutico o farmacológico en caso necesario (Manassero & cols. 2003) complementan las técnicas de intervención y programas de prevención y tratamiento individual del Burnout.

Entre ellas destacan:

- Ejercicio Físico, por su efecto tranquilizante y por su efecto ansiolítico.
- Técnicas de Relajación, las más aplicadas y conocidas para los clientes. La relajación muscular induce a la relajación mental.
- Biofeedback, técnicas de entrenamiento para el autocontrol voluntario de ciertas funciones corporales (ritmo cardíaco, ondas cerebrales, presión sanguínea y tensión muscular), con el fin de reducir la tensión y los síntomas somáticos relacionados con el estrés.
- Técnicas Cognitivas, cuyo objetivo es que el sujeto reevalúe y reestructure las situaciones estresantes o problemáticas de manera que pueda afrontarlas con mayor eficacia, controlando su reacción frente a los factores estresantes.
- Inoculación del estrés, una técnica que prepara a la persona, mediante un ejercicio simulado y progresivo, para soportar las situaciones de estrés.
- Desensibilización Sistemática, con el objetivo de que la persona supere la ansiedad ante situaciones concretas por medio de una aproximación gradual al estímulo estresante hasta que se elimine la ansiedad.

#### **1.2.1.5.2 Estrategias sociales**

Son muy pocos los estudios que se centran en el desarrollo de habilidades sociales para la prevención y tratamiento del Burnout.

La importancia de la integración de la familia, en los que aunque no existen programas específicos contra el Burnout, es constante la atención para descubrirlo en fases preliminares y así poder derivar la actuación. (Yslado, Nuñez, & Norabuena, 2010)

#### **1.2.1.5.3 Estrategias organizacionales**

Cada día más hay acuerdo en que muchas de las fuentes de donde deriva el Burnout están fuera del sujeto, en la organización. Esta ha sido la vertiente social, no individual, más estudiada, pues interesa a las empresas; las asociaciones de familiares son precisamente lo contrario lo que siempre se refleja cómo; podrían denominarse asociaciones para luchar contra el Burnout, pero también hay que tener en cuenta que al centrarse sobre enfermos y familiares que actúan en el entorno de la enfermedad (Antúnez, 1994), es difícil llegar a otros elementos fomentadores del Burnout, especialmente los relacionados con el centro de trabajo y las condiciones laborales.

No obstante, cada vez más se reconoce la importancia de una buena y exhaustiva información sobre familias y grupos en que puede apoyarse el sujeto, con el fin de orientarle hacia ellos (Manassero & cols, 2003). Los programas deben ser implantados con cuidado, precisión y rigor (Miret & Martínez, 2010).

#### **1.2.1.6 Enfoque de Burnout en Médicos Residentes**

La evaluación del estrés laboral es uno de los aspectos de mayor importancia en el ámbito actual de la salud psicológica ocupacional, más aún cuando llega a niveles crónicos de afectación (Millán de Lange & D' Aubeterre López, 2012).

Una especial atención se presta en la actualidad a las manifestaciones de estrés en las profesiones de servicios públicos. Su explicación se encuentra probablemente en el auge del sector de los servicios en las economías nacionales. Son cada vez más las profesiones que se desarrollan en el contacto humano con un público que impone demandas, tareas y habilidades específicas, aunque también malestares. Tal es el caso de las que se hallan vinculadas a los servicios médicos. (Román Hernández, 2003)

## EVALUACIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS RESIDENTES DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL Y PROPUESTA DE MEDIDAS DE CONTROL PARA SU PREVENCIÓN.

En la esfera de la salud no solamente los médicos están expuestos a estrés de origen asistencial, otras profesiones vinculadas a la asistencia de salud también lo están. Estos autores así lo apreciaron en un estudio realizado acerca de fuentes de estrés en el que incluyeron, junto a médicos y a enfermeros, científicos, técnicos, obreros de mantenimiento y a otros trabajadores del sistema nacional de salud de Gran Bretaña.

Ciertos estudios relacionados con el estrés en los profesionales de la salud han revelado cómo sus consecuencias se revierten en un desempeño profesional inadecuado en relación con las personas que reciben sus cuidados. *Richardsen y Burke* encontraron en médicos canadienses que el estrés elevado se relacionaba con menos satisfacción en la práctica médica y con actitudes negativas hacia el cuidado de la salud de los pacientes.

El estudio de las profesiones asistenciales, y de modo muy particular las profesiones de la salud, han revelado que las altas demandas del trabajo generan no solo un cuadro general de tensión emocional que tiende a generar malestar subjetivo y a expresarse en síntomas somáticos; sino un síndrome que transcurre y se instala por etapas, cuyos efectos parciales constituyen sus componentes: el síndrome de Burnout.

Las propias autoras del *Maslach Burnout Inventory* (MBI) en sus datos normativos obtenidos en una población norteamericana identifican a los profesionales de la salud como uno de los grupos con medias más altas en los diferentes componentes del síndrome, y de hecho constituye uno de los grupos profesionales más estudiados bajo este concepto. Sus consecuencias van desde una reducción de la calidad del trabajo y conflictos laborales hasta el desarrollo de trastornos mentales, problemas psicosomáticos y aun el suicidio.

En general los médicos y los enfermeros experimentan un nivel comparable de agotamiento emocional, pero los médicos tienen anotaciones mayores en despersonalización,

y es en los enfermeros comparativamente mayor el sentido de reducción de la realización profesional.

El médico residente está especialmente expuesto debido a las horas de trabajo a la semana que acumula, el ambiente estresante en el que labora y la personalidad que desarrolla durante su etapa de entrenamiento. Esto hace de la residencia médica un periodo de estrés constante donde se desarrolla un conocimiento exponencial de la medicina en un corto lapso de tiempo, lo que lleva al residente a generar diversos grados de responsabilidad, estrés y, probablemente, una sensación de un mínimo control en su vida, haciéndolo más susceptible para la adquisición de este síndrome. Dado el objetivo de la residencia médica, el estrés es casi inevitable y será parte diaria de la formación de aquel que en un ámbito hospitalario se encuentra. Sin embargo, este estrés puede llevar a sentimientos de insuficiencia en el trabajo y soledad, identificando elementos como sentimientos de incapacidad, falta de apoyo y desesperanza (Méndez Cerezo, 2011).

**Epidemiología:** Actualmente se observa este síndrome en estudiantes de medicina y médicos practicantes. La prevalencia a nivel mundial se encuentra entre 43 y 45% en médicos generales (Dyrbye, Thomas, & Huntington, 2006) y de 22 hasta 60% en especialistas. Sin embargo, existen ciertos grupos, como el de los médicos residentes, entre quienes la prevalencia va de 47 a 76%. (Carlin & Garcés, 2010). La prevalencia en México es de 44%. (Palmer Morales & Gomez Vera, 2005)

**Fisiopatología:** El estímulo de estrés continuo es parte fundamental para desarrollar el síndrome, generando respuestas emocionales, fisiológicas y de comportamiento hacia demandas internas y externas. Se alteran los sistemas inmunológico, digestivo, neuromuscular y cardiovascular, mediados por una respuesta del sistema neuroendocrino.

Una vez que se activan estos sistemas, se podrá mantener una respuesta de adaptación corta. Sin embargo, estas adaptaciones tienden a disminuir en lugar de aumentar a lo largo del



tiempo. El eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HHA) se activará y generará una secreción de cortisol mientras el estímulo de estrés persista. Con el incremento en la producción de cortisol sérico, se inhibe la respuesta inflamatoria y la respuesta inmune, haciendo una reducción en los niveles de citocinas y otros mediadores de la inflamación.

Normalmente el incremento en el cortisol en plasma termina la respuesta al estrés por retroalimentación negativa mediada por receptores de corticoesteroides; pero en presencia de un estrés crónico, estos receptores no causan la retroalimentación negativa porque su sensibilidad está disminuida, por lo que el eje hipotálamo hipófisis-adrenal (HHA) seguirá incrementado en actividad. Algunos autores piensan que el cambio en la activación de este eje es una vía en común para la depresión, la fibromialgia y el síndrome de fatiga crónica, ya que algunos de los síntomas físicos y psicológicos se deben al incremento de la actividad del eje neuroendócrino (Méndez Cerezo, 2011).

#### **1.2.1.7 Evaluación del Burnout**

Para la evaluación del síndrome de Burnout se han utilizado distintas técnicas. Al principio, los investigadores utilizaban las observaciones sistemáticas, entrevistas estructuradas y test proyectivos, pero luego se fue dando mayor énfasis a la evaluación mediante cuestionarios o autoinformes, lo que plantea varios problemas. Ante un proceso de evaluación con autoinformes es importante tener presente que sus medidas son débiles por sí solas; es decir que se aconseja recabar datos objetivos de otras fuentes para confirmar y ampliar los resultados.

EVALUACIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS RESIDENTES DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL Y PROPUESTA DE MEDIDAS DE CONTROL PARA SU PREVENCIÓN.

La debilidad de los autoinformes tiene relación con la cercanía operacional entre la variable independiente y la variable dependiente postulada. Puede ser tanta dicha cercanía que, incluso, los constructos que se miden se pueden utilizar a veces como causa y otras como consecuencias. Sin embargo, los autoinformes son los instrumentos más utilizados para la evaluación del Burnout, y de éstos los preferidos por los investigadores son el Maslach Burnout Inventory y el Burnout Measure. No obstante existen muchos otros señalando en el año en que se publicaron (Martínez Pérez, 2010):

**Tabla 2.** Instrumentos de Medición de Burnout

<b>INSTRUMENTO DE MEDICIÓN</b>	<b>AUTORES</b>
Staff Burnout Scale	Jones (1980)
Indicadores del Burnout	Gillespie (1980)
Emenr-Luck Burnout Scale	Emener y Luck (1980)
Tedium Measure (Burnout Measure)	Pines, Aronson y Krafy (1981)
<b>Maslach Burnout Inventory</b>	Maslach y Jackson (1985)
Burnout Scale	Kremer y Hofman (1985)
Teacher Burnout Scale	Seidman y Zager (1986)
Energy Depletion Index	Garden (1987)
Mattews Burnout Scale for Employees	Mattews (1990)
Efectos Psíquicos del Burnout	García Izquierdo (1990)
Escala de Variables Predictoras del Burnourt	Aveni y Alabi (1992)
Cuestionario de Burnout del profesorado	Moreno y Oliver (1993)
Holland Burnout Inventory	Holland y Michael (1993)
Rome Burnout Inventory	Venturi, Dell Erba y Rizzo (1994)
Escala de Burnout de Directores de colegios	Friedman (1995)

Fuente: Martínez Pérez (2010)

### **1.2.1.8 MBI Maslach Burnout Inventory**

El Maslach Burnout Inventory (MBI) de Maslach y Jackson (1981) es un inventario de 22 ítems, en los que se plantea al sujeto un conjunto de enunciados sobre sus sentimientos y pensamientos relacionados con diversos aspectos de su interacción hacia el trabajo y su desempeño habitual. La persona que realiza el inventario debe contestar a cada enunciado con base en la pregunta ¿con qué frecuencia siente usted eso?, mediante una escala tipo Likert de siete opciones, desde nunca a diariamente. En la versión original se requería completar 2 veces el inventario, ya que se formulaba una segunda pregunta (¿con qué intensidad siente usted esto?), ya que el instrumento mide la frecuencia e intensidad del burnout, sin embargo, en la versión de 1986 no se presenta esa segunda pregunta acerca de la intensidad, porque las autoras consideraron que no encontraron correlaciones significativas entre ambas dimensiones de evaluación, mientras que la frecuencia sí se mantuvo porque es similar al formato utilizado en otras medidas tipo autoinforme, de actitudes y sentimientos.

El inventario se divide en tres subescalas, cada una de las cuales mide las tres dimensiones que se suponen configuran el constructo burnout: Agotamiento emocional (9 ítems), Despersonalización (5 ítems) y Realización Personal (8 ítems); y de cada una de estas escalas se obtiene una puntuación baja, media o alta (que coincide con los tres tercios en los que se distribuye la población normativa) que permite caracterizar la mayor o menor frecuencia de burnout.. Además, las autoras ofrecen las diversas puntuaciones de corte para cada una de las profesiones evaluadas: profesores, asistentes sociales, médicos, profesionales de salud mental y del grupo “otras profesiones”.

Normalmente las puntuaciones del MBI se correlacionan con informaciones obtenidas con otros instrumentos acerca de datos demográficos, características del trabajo, realización en el trabajo, personalidad, evaluación de actitudes, información sobre la salud, etc.

El desarrollo del instrumento tuvo una duración de ocho años en los que se fue perfilando en definitivo. Así una prueba preliminar a 605 sujetos de diferentes profesiones, estaba compuesta por 47 ítems; los análisis estadísticos correspondientes redujeron el inventario en 25, quedándose en los 22 ítems definitivos tras pasarlo a una segunda muestra de 1025 personas, también de diversas profesiones; en la versión definitiva se utilizaron un total de 11067 sujetos.

El MIB ha sido estudiado y utilizado por varias décadas, es así que en un estudio realizado en el personal Sanitario hispanoamericano y Español en el 2017 en 9 países muestra que la prevalencia del burnout 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%. Finalmente se concluyó mayor prevalencia en España y Argentina y los profesionales que más lo padecen son los médicos. La edad, tener hijos, la percepción de sentirse valorado, el optimismo, la satisfacción laboral y la valoración económica, son variables protectoras de burnout (Grau, Flichtentrei, Suñer, Prats , & Braga, 2009). Otro estudio realizado en médicos residentes en España muestra que la prevalencia de *burnout* entre los residentes es elevada y se relaciona fundamentalmente con el número de guardias realizadas con el 69.5% de residentes que presentaron Burnout (Fonseca, Sanclemente, & Hernandez, 2009)

### **1.2.3 Identificación y Caracterización de las Variables**

Las variables que se utilizarán es este estudio son: sexo, edad, estado civil, jornada de trabajo, tiempo de trabajo.

- a. Edad:** aunque parece no influir en la aparición del síndrome se considera que puede existir un periodo de sensibilización debido a que habría unos años en los que el

profesional sería especialmente vulnerable a éste, siendo estos los primeros años de carrera profesional dado que sería el periodo en el que se produce la transición de las expectativas idealistas hacia la práctica cotidiana, apreciándose en este tiempo que tanto las recompensas personales, profesionales y económicas, no son ni las prometidas ni esperada, por lo tanto cuanto más joven es el trabajador mayor incidencia de burnout hallaremos.

- b. Sexo:** el burnout tiende a ser más frecuente en la mujer, relacionándose con la doble carga laboral (tarea profesional y familiar) y el tipo de enlace afectivo que puede desarrollarse en el ambiente laboral y familiar.
- c. Estado civil:** aunque se ha asociado el Síndrome más con las personas que no tienen pareja estable, tampoco hay un acuerdo unánime. Parece que las personas solteras tienen mayor cansancio emocional, menor realización personal y mayor despersonalización, que aquellas otras que o bien están casadas o conviven con parejas estables. En este mismo orden la existencia o no de hijos hace que estas personas puedan ser más resistentes al síndrome, debido a la tendencia generalmente encontrada en los padres, a ser personas más maduras y estables, y la implicación con la familia y los hijos hace que tengan mayor capacidad para afrontar problemas personales y conflictos emocionales; y ser más realistas con la ayuda del apoyo familiar (Apiquian Guitart, 2007).

## CAPÍTULO II

### MÉTODO

#### 2.1 Tipo de Estudio

La presente tesis se realizará mediante un estudio Descriptivo de corte Transversal ya que determinará la frecuencia de exposición de los médicos residentes al Síndrome de Burnout en un tiempo fijo.

Se analizará los 3 componentes del Síndrome de Burnout mediante el **Cuestionario de Maslach Burnout Inventory** para medir el grado de desgaste profesional al que se encuentran expuestos los médicos residentes.

#### 2.2 Modalidad de Investigación

La investigación se realizará en campo, es decir a los médicos residentes que se encuentren en funciones hospitalarias en los servicios de Emergencia, Oncología, Terapia Intensiva, Clínica de especialidades, Cirugía Pediátrica e Infectología, mediante el instrumento mencionado.

#### 2.3 Método

Se utilizará el Método Inductivo-Deductivo ya que se trabajará en primer lugar aplicando los cuestionarios individualmente a cada médico residente para obtener un conocimiento general de prevalencia de Síndrome de Burnout y analizando los resultados obtenidos del mismo.

#### 2.4 Población y Muestra

**Población:** En el hospital de tercer nivel objeto del estudio hay un total de 70 médicos residentes.

**Muestra:** Se ha realizado el estudio tomando en cuenta a 51 médicos que cumplen con los siguientes criterios de inclusión:

1. Estar en funciones hospitalarias al momento del estudio.
2. Pertenecer a las áreas con más afluencia de pacientes y con patologías más complejas, entre los servicios inmersos en el estudio se encuentra: Emergencia, Oncología, Terapia Intensiva, Clínica de especialidades, Cirugía Pediátrica e Infectología.
3. Médicos que posean una jornada laboral mínima de 8 horas diarias.
4. Médicos que deseen participar en el estudio.

De los 70 médicos que laboran en el hospital, cumplieron los criterios de inclusión 51 de ellos. Un criterio de exclusión es que no se encontraron en su servicio al momento de realizar los cuestionarios o estaban gozando de sus vacaciones. No se tomó en cuenta a los médicos posgradistas de las diferentes especialidades que se encuentran en rotación por el hospital ya que no son constantes y no tienen un tiempo y horario definido. Igualmente no se tomó en cuenta a los médicos especialistas porque no cumplen el criterio de inclusión de jornada laboral mínima de 8 horas diarias.

## **2.5 Selección de Instrumentos de Investigación**

La presencia de Burnout fue medido mediante “Maslach Burnout Inventory” , en su versión validada al español. Este cuestionario pretende medir la frecuencia y la intensidad con la que se sufre el Síndrome de Burnout. Se realizó el análisis descriptivo sobre las tres dimensiones del Síndrome de Burnout ( Agotamiento Emocional, Despersonalización y Realización Personal ). Las gráficas fueron diseñadas en Microsoft Excel.

## EVALUACIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS RESIDENTES DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL Y PROPUESTA DE MEDIDAS DE CONTROL PARA SU PREVENCIÓN.

Son preguntas autoadministradas y anónimas, en donde se plantea al médico 22 afirmaciones que permitirán valorar sus sentimientos y pensamientos con relación a su interacción con el trabajo, y que deberán ser contestadas por medio de una cruz o un check en la casilla correspondiente a una escala de Likert que presenta 7 opciones. Importante indicar al encuestado que las opciones presentadas en la escala se refieren a la frecuencia con la que sucede la afirmación correspondiente. ANEXO A

Esta escala tiene una alta consistencia interna y una fiabilidad cercana al 90%, está constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes y su función es medir el desgaste profesional.

### **ANEXO A**

Se han desarrollado varias versiones para poblaciones específicas: una versión para quienes entregan servicios a personas (MBI-HSS), una versión para educadores (MBI-ES) y la más reciente, una versión general (MBI-GS) para personas que no trabajan prestando servicios o asistencia directamente a otros (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001).

Se utilizó la primera versión del MBI que es dirigida para personas que entregan servicios a otras personas, en este caso los trabajadores sanitarios.

La investigación empírica basada en el MBI ha permitido llegar a una conceptualización inductiva que ha sido un aporte relevante para conocer mejor el Burnout e identificar los elementos comunes que componen el síndrome.

Los sujetos por encima del percentil 95 se incluirán en la categoría “alto”, entre el percentil 95 y 5 en la categoría de “medio” y por debajo del percentil 5 en la categoría “bajo”. Los sujetos por encima del percentil 95 se incluirán en la categoría “alto”, entre el percentil 95 y 5 en la categoría de “medio” y por debajo del percentil 5 en la categoría “bajo”.

El cuestionario Maslach se realiza en 10 a 15 minutos y mide los 3 aspectos del síndrome:



EVALUACIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS RESIDENTES DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL Y PROPUESTA DE MEDIDAS DE CONTROL PARA SU PREVENCIÓN.

1. Subescala de agotamiento emocional. Consta de 9 preguntas. Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Puntuación máxima 54
2. Subescala de despersonalización. Está formada por 5 ítems. Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Puntuación máxima 30
3. Subescala de realización personal. Se compone de 8 ítems. Evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo. Puntuación máxima 48.

Las respuestas se presentan en una escala tipo Likert con un valor de 0 a 6, donde: 0 = Nunca  
1 = Alguna vez al año o menos, 2= Una vez al mes o menos, 3= Algunas veces al mes, 4=  
Una vez por semana, 5= Algunas veces por semana y 6= Todos los días. **ANEXO B**

### 2.5.1 Cálculo de Puntuaciones

Se suman las respuestas dadas a los ítems que se señalan:

**Tabla 3.** Cálculo de puntuaciones

<b>Aspecto evaluado</b>	<b>Preguntas a evaluar</b>	<b>Valor total Obtenido</b>	<b>Indicios de Burnout</b>
<b>Cansancio emocional</b>	1-2-3-6-8-13-14-16-20		<b>Más de 26</b>
<b>Despersonalización</b>	5-10-11-15-22		<b>Más de 9</b>
<b>Realización personal</b>	4-7-9-12-17-18-19-21		<b>Menos de 34</b>

Fuente: (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001)

### **2.5.2 Valoración de Puntuaciones**

Altas puntuaciones en las dos primeras subescalas y bajas en la tercera definen el síndrome de Burnout. Hay que analizar de manera detallada los distintos aspectos para determinar el Grado del Síndrome, que puede ser más o menos severo dependiendo de si los indicios aparecen en uno, dos o tres ámbitos; y de la mayor o menor diferencia de los resultados con respecto a los valores de referencia que marcan los indicios del síndrome.

Se ha dividido en tres grados de acuerdo a las puntuaciones: bajo, medio y alto.

## **ANEXO C**

## **CAPÍTULO III.**

### **RESULTADOS**

#### **3.1. Levantamiento de datos**

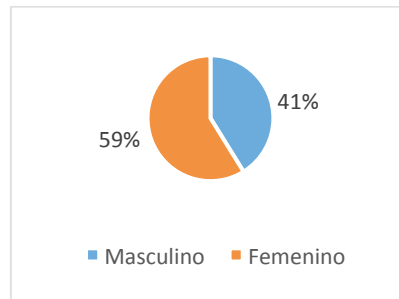
Para iniciar la recolección de datos se solicitó el permiso correspondiente a la jefatura de docencia, durante el mes de Octubre y Noviembre del año 2017 mediante la base de datos obtenida, se realizaron 51 cuestionarios a médicos generales residentes que desempeñan sus labores en los servicios de: Emergencia (12 participantes), Clínica de especialidades (10 participantes), Oncología (12 participantes), Terapia Intensiva (6 participantes), Cirugía Pediátrica (8 participantes) e Infectología (3 participantes). La recolección de datos se realizó mientras se encontraban en su jornada laboral, después de hora de almuerzo y al haber culminado en su mayoría sus labores intrahospitalarias con una duración aproximada de 10 a 15 minutos.

Los datos se recolectaron mediante la aplicación del “Maslach Burnout Inventory” (MBI). Éstos fueron procesados siguiendo un patrón de tabulación automatizado con la ayuda del software Microsoft Excel. La representación de los datos se realizó mediante cuadros y gráficos de pasteles y barras.

#### **3.2. Presentación y Análisis de Resultados**

EVALUACIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS RESIDENTES DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL Y PROPUESTA DE MEDIDAS DE CONTROL PARA SU PREVENCIÓN.

**Figura 1.** Distribución por género

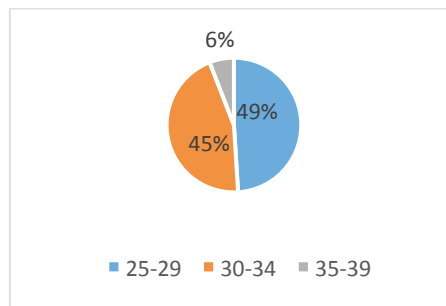


**Tabla 4.** Distribución por género

MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
21	30	51

Iniciado la recolección de datos por las variables demográficas se obtuvo que el 59% (n=21) de los encuestados fueron mujeres y el 41% hombres (n=30). ( Figura 1). (Tabla 4.)

**Figura 2.** Intervalos por edad

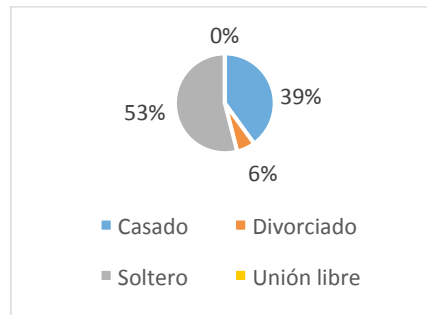


**Tabla 5.** Intervalos por edad

	Intervalo	Límite Inferior	Límite Superior	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
1	25-29 años	25	29	25	49%
2	30-34 años	30	34	23	45%
3	35-39 años	35	39	3	6%
	Total			51	

Para la edad se dividió en tres intervalos y se obtuvo un 49% en el intervalo de 25 a 29 años. (Tabla 5.)

**Figura 3. Estado Civil**

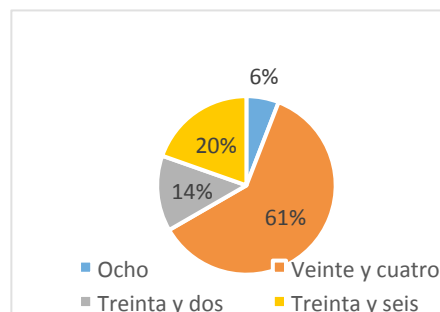


**Tabla 6. Estado civil**

SOLTERO	CASADO	DIVORCIADO	UNIÓN LIBRE	TOTAL
27	20	3	0	51

En cuanto a estado civil el 53 % (n=27) fueron solteros, el 39% (n=20), el 6% Divorciados (n=3) y el 0% Unión Libre.

**Figura 4. Jornada Laboral**

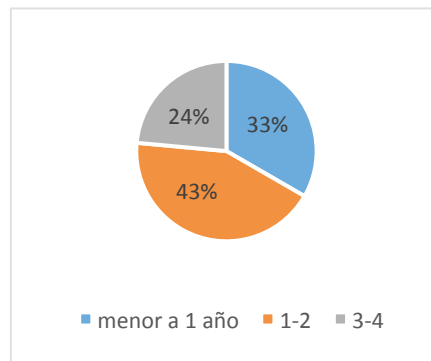


**Tabla 7. Jornada laboral**

HORAS	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
8 HORAS	3	6%
24 HORAS	31	61%
32 HORAS	7	14%
36 HORAS	10	20%

Para la jornada de trabajo se evidenció que el 61% (n=31) de los participantes tenía una jornada laboral de 24 horas, el 20 % (n=10) 36 horas, el 14% (n=7) de 32 horas y el 6% (n=3) de 8 horas (Figura 4).

**Figura 4. Antigüedad**



**Tabla 8. Antigüedad**

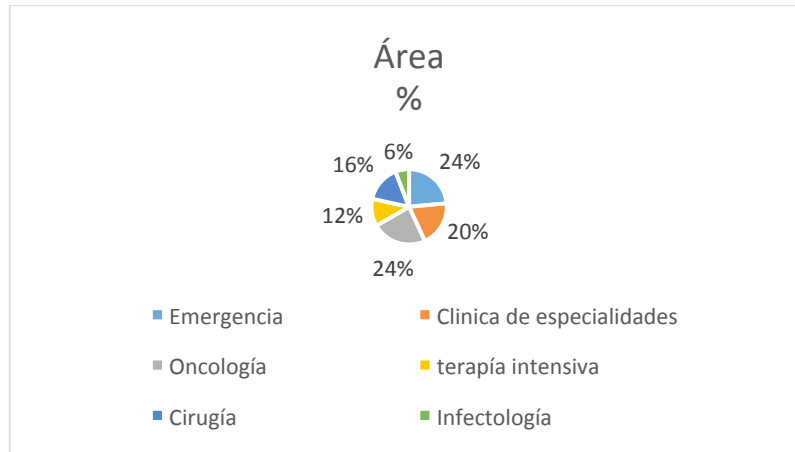
<b>Intervalo</b>	<b>Límite inferior</b>	<b>Límite superior</b>	<b>Frecuencia absoluta</b>	<b>Frecuencia relativa</b>
<b>menor a 1 año</b>	2	11	17	33%
<b>1-2 años</b>	1	2	22	43%
<b>3-4 años</b>	3	4	12	24%
<b>Total</b>			51	

Para la antigüedad laboral se dividió el 3 intervalos: menor a 1 año, de 1 a 2 años y de 3 a 4 años con el 33, 43 y 24% respectivamente.

EVALUACIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS RESIDENTES DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL Y PROPUESTA DE MEDIDAS DE CONTROL PARA SU PREVENCIÓN.

En cuanto a la última variable y una de las más importantes, el área en la cual desempeñan sus funciones de trabajo los médicos residentes, se distribuyó de la siguiente manera: 24% para áreas de Emergencia y Oncología (n=24), 20 % (n=10) en Clínica de especialidades, 16% (n=8) en Cirugía Pediátrica y 12% en Terapia Intensiva (n=8). Tabla.

**Figura 5. Distribución por Áreas de Trabajo**



**Tabla 9. Distribución por Áreas de Trabajo**

		<b>Frecuencia absoluta</b>	<b>Frecuencia relativa</b>
<b>1</b>	<b>Emergencia</b>	<b>12</b>	<b>24%</b>
<b>2</b>	<b>Clínica de especialidades</b>	<b>10</b>	<b>20%</b>
<b>3</b>	<b>Oncología</b>	<b>12</b>	<b>24%</b>
<b>4</b>	<b>Terapia intensiva</b>	<b>6</b>	<b>12%</b>
<b>5</b>	<b>Cirugía</b>	<b>8</b>	<b>16%</b>
<b>6</b>	<b>Infectología</b>	<b>3</b>	<b>6%</b>

**3.1.1 Cálculo de Puntuaciones finales**

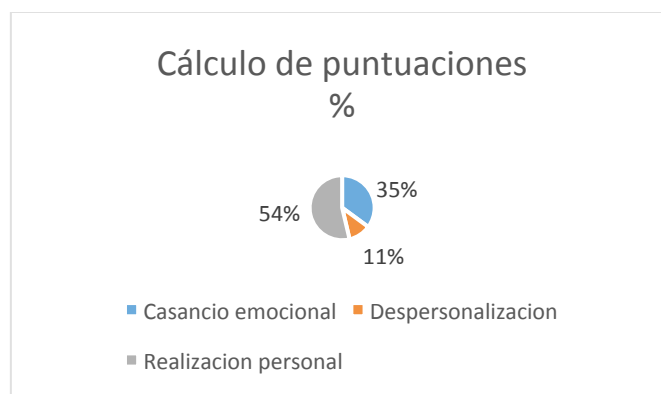
EVALUACIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS RESIDENTES DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL Y PROPUESTA DE MEDIDAS DE CONTROL PARA SU PREVENCIÓN.

Se presentan los 3 aspectos que componen el Síndrome de Burnout: cansancio emocional, Despersonalización y Realización personal tabulado del total de los cuestionarios.

**Tabla 10.** Cálculo de puntuaciones

<b>Cálculo de puntuaciones</b>			
	<b>Frecuencia absoluta</b>	<b>Frecuencia relativa</b>	<b>Promedio</b>
Cansancio emocional	1219	35%	24
Despersonalización	390	11%	8
Realización personal	1866	54%	37
	3475		

**Figura 6.** Porcentaje de Puntuaciones de las tres subescalas



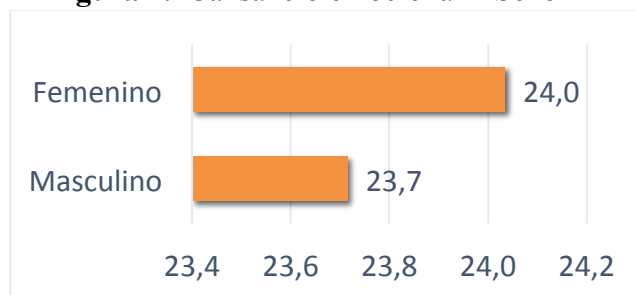


**3.1.1.2 Relación entre Cansancio Emocional, Despersonalización y Realización Personal con género o sexo:**

**Tabla 11.** Relación de las tres subescalas con género o sexo

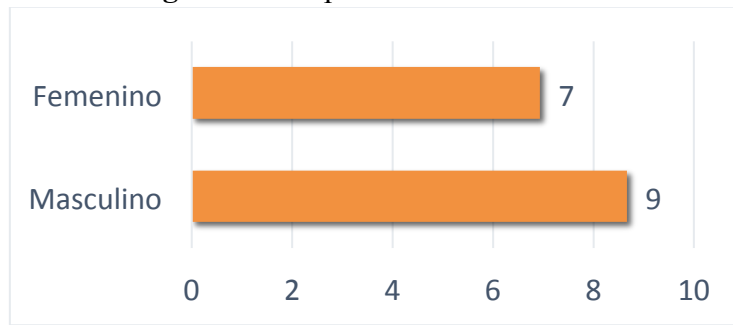
	<b>Cansancio emocional</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Promedio</b>
1	Masculino	498	23,7
2	Femenino	721	24,0
	<b>Despersonalización</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Promedio</b>
1	Masculino	182	9
2	Femenino	208	7
	<b>Realización personal</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Promedio</b>
1	Masculino	768	37
2	Femenino	1098	37

**Figura 7.** Cansancio emocional – Sexo

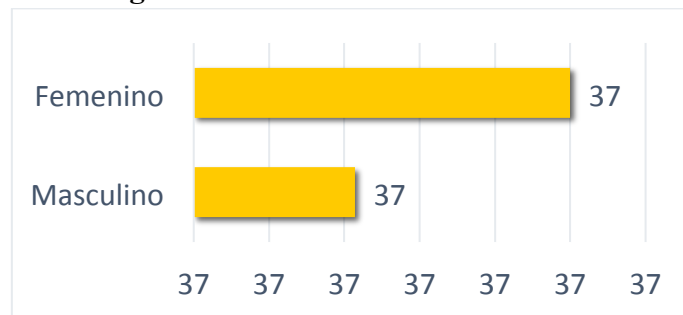


EVALUACIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS RESIDENTES DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL Y PROPUESTA DE MEDIDAS DE CONTROL PARA SU PREVENCIÓN.

**Figura 8.** Despersonalización – Sexo



**Figura 9.** Realización Personal – Sexo



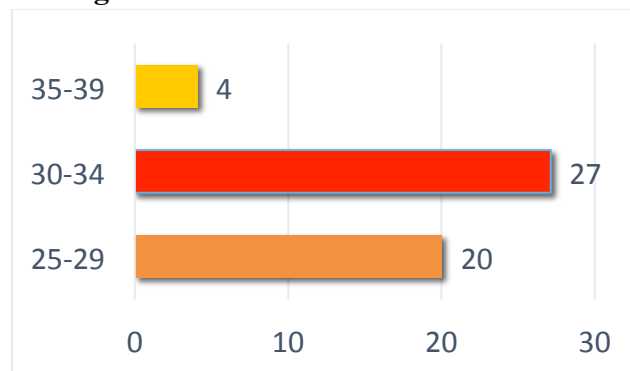
**3.1.1. Relación entre Cansancio Emocional, Despersonalización y Realización Personal con Edad:**

**Tabla 12.** Relación de las tres subescalas para Edad

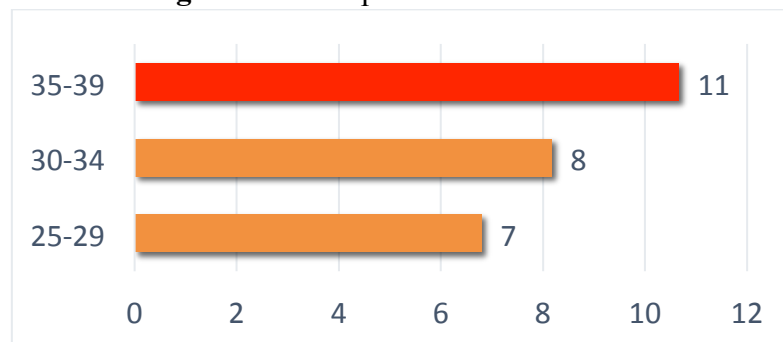
<b>Cansancio emocional</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Promedio</b>
25-29	501	20
30-34	624	27
35-39	94	4
<b>Despersonalización</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Promedio</b>
25-29	170	7
30-34	188	8
35-39	32	11
<b>Realización personal</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Promedio</b>
25-29	924	37
30-34	834	36
35-39	108	36

EVALUACIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS RESIDENTES DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL Y PROPUESTA DE MEDIDAS DE CONTROL PARA SU PREVENCIÓN.

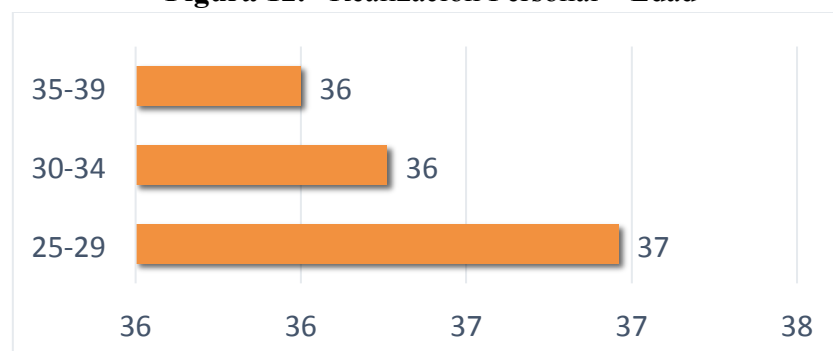
**Figura 10.** Cansancio emocional – Edad



**Figura 11.** Despersonalización – Edad



**Figura 12.** Realización Personal – Edad

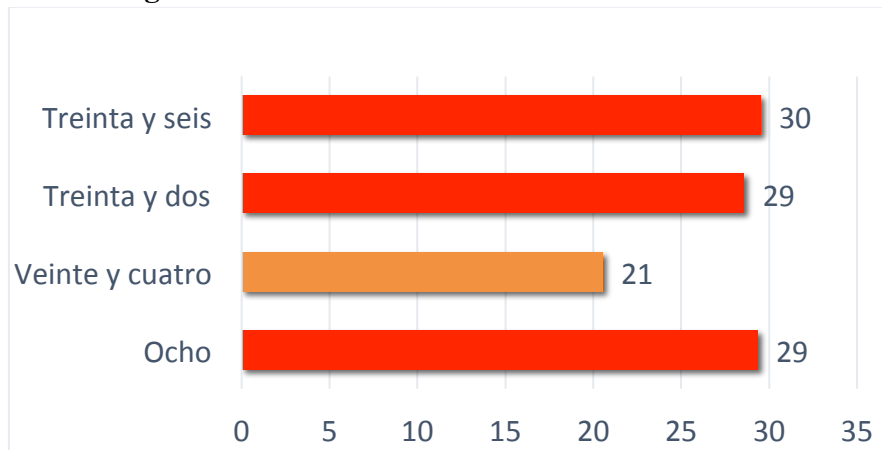


**3.1.1.4 Relación entre Cansancio Emocional, Despersonalización y Realización Personal con jornada laboral:**

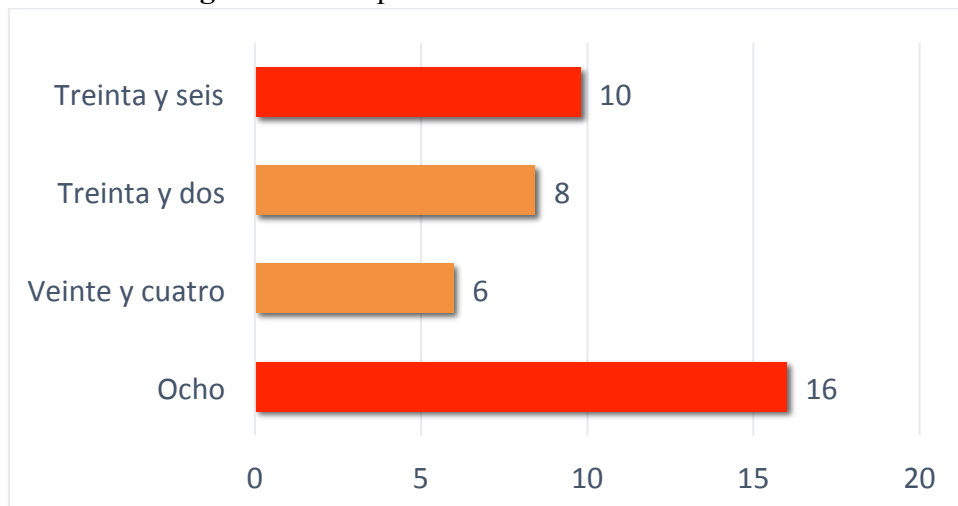
**Tabla 13 .** Relación de las tres subescalas para Jornada Laboral

<b>Cansancio emocional</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Promedio</b>
Ocho	88	29
Veinte y cuatro	636	21
Treinta y dos	200	29
Treinta y seis	295	30
<b>Despersonalización</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Promedio</b>
Ocho	48	16
Veinte y cuatro	185	6
Treinta y dos	59	8
Treinta y seis	98	10
<b>Realización personal</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Promedio</b>
Ocho	112	37
Veinte y cuatro	1126	36
Treinta y dos	291	42
Treinta y seis	337	34

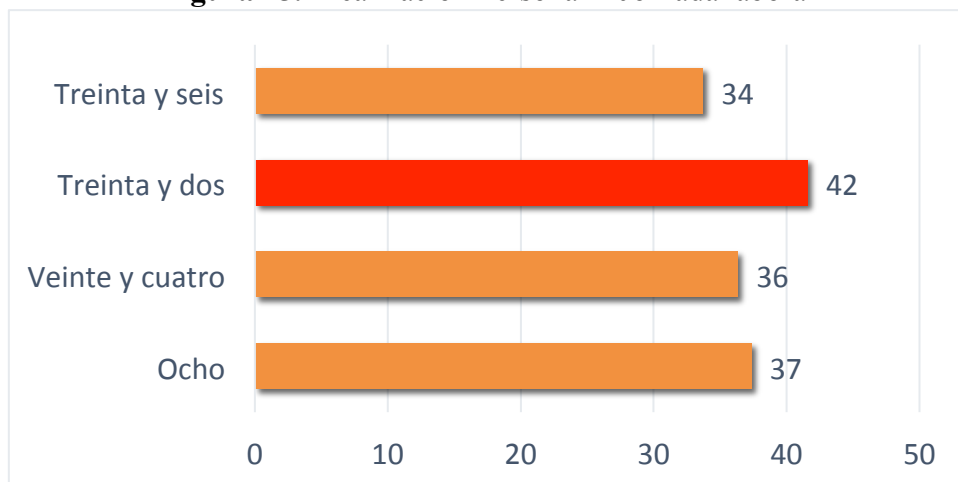
**Figura 13.** Cansancio emocional – Jornada Laboral



**Figura 14.** Despersonalización – Jornada laboral



**Figura 15.** Realización Personal – Jornada laboral

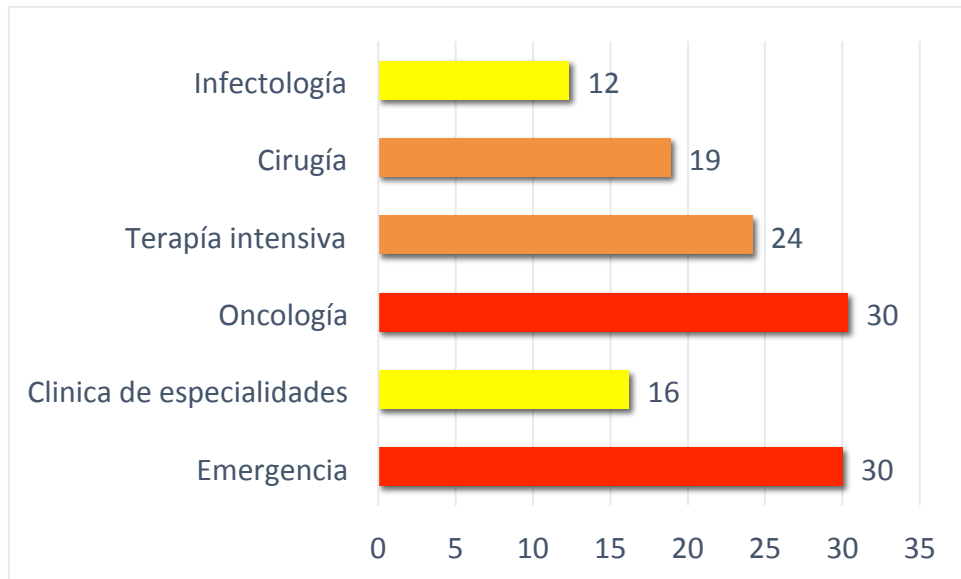


**3.1.1.5 Relación entre Cansancio Emocional, Despersonalización y Realización Personal con área de trabajo:**

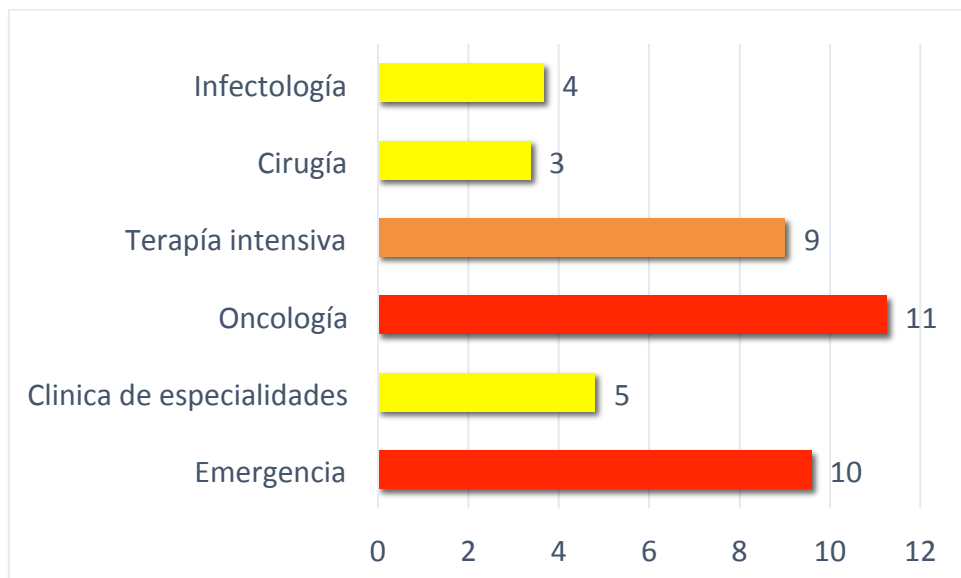
**Tabla 14.** Relación de las tres subescalas para Áreas de trabajo

<b>Cansancio emocional</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Promedio</b>
Emergencia	360	30
Clinica de especialidades	162	16
Oncología	364	30
Terapia intensiva	145	24
Cirugía	151	19
Infectología	37	12
<b>Despersonalización</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Promedio</b>
Emergencia	115	10
Clínica de especialidades	48	5
Oncología	135	11
Terapia intensiva	54	9
Cirugía	27	3
Infectología	11	4
<b>Realización personal</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Promedio</b>
Emergencia	354	30
Clínica de especialidades	420	42
Oncología	407	34
Terapia intensiva	226	38
Cirugía	331	41
Infectología	128	43

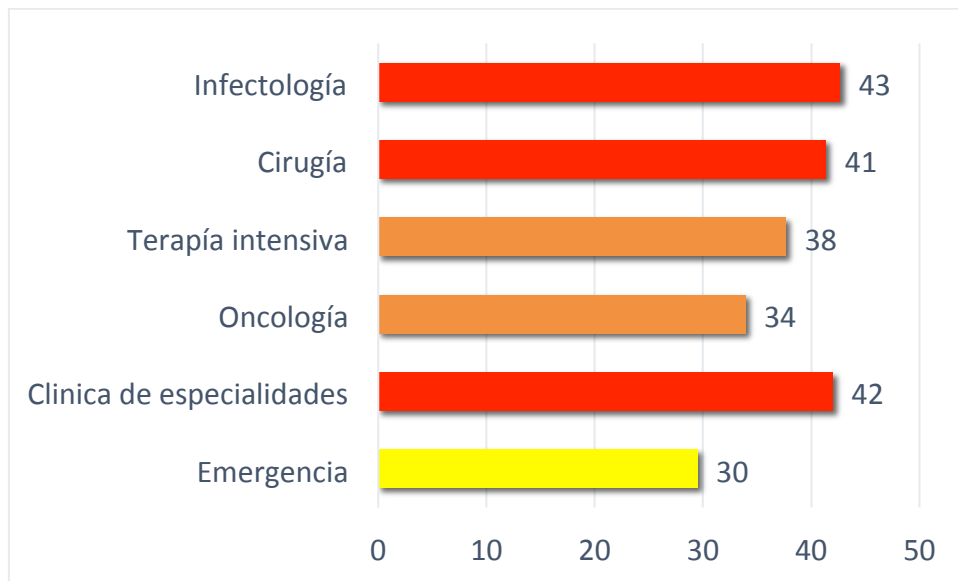
**Figura 16.** Cansancio emocional – Área de trabajo



**Figura 17.** Despersonalización – Área de trabajo



**Figura 18.** Realización Personal – Área de trabajo



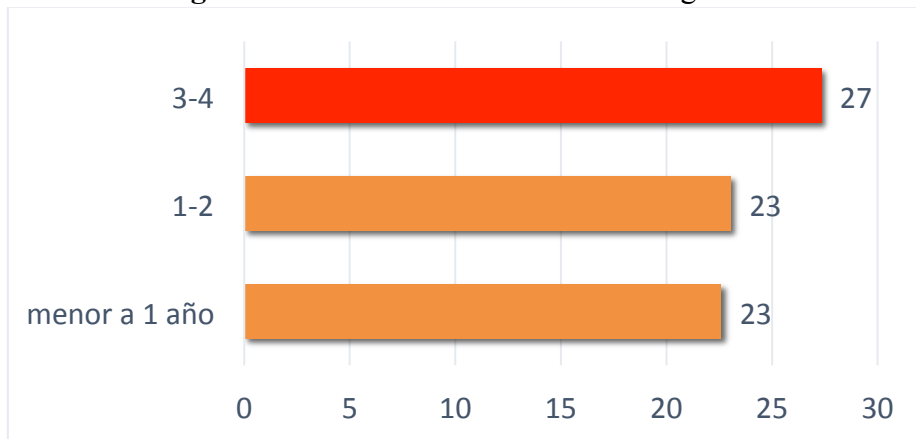
**3.1.1.6 Relación entre Cansancio Emocional, Despersonalización y Realización Personal con antigüedad de trabajo:**

**Tabla 15.** Relación de las tres subescalas para antigüedad

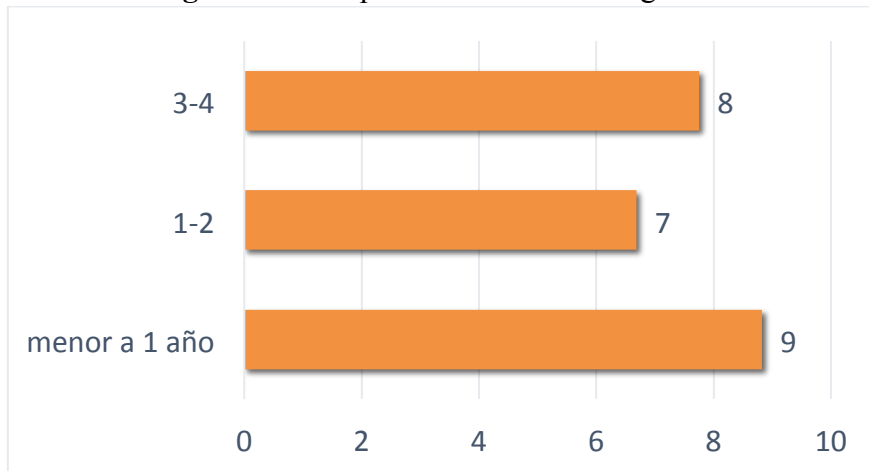
<b>Cansancio emocional</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Promedio</b>
menor a 1 año	384	23
1-2	507	23
3-4	328	27
<b>Despersonalización</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Promedio</b>
menor a 1 año	150	9
1-2	147	7
3-4	93	8
<b>Realización personal</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Promedio</b>
menor a 1 año	669	39
1-2	763	35
3-4	434	36



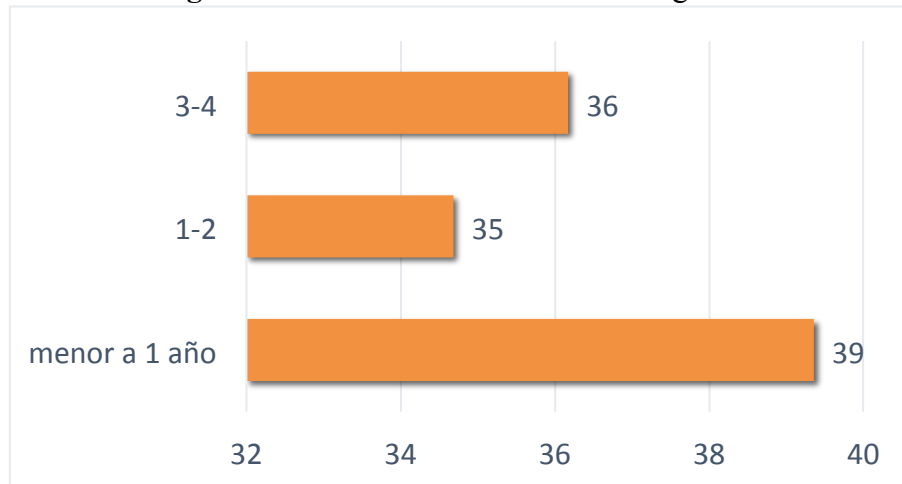
**Figura 19.** Cansancio emocional – antigüedad



**Figura 20.** Despersonalización – antigüedad



**Figura 21.** Realización Personal – Antigüedad



### 3.2. Análisis de Resultados

Antes de llegar a los resultados, se explica a continuación como se obtuvieron los valores.

Como se mencionó en páginas anteriores el Cuestionario del MBI consta de tres subescalas, y cada subescala consta de un número determinado de preguntas, que, tras al sumarlas individualmente se obtuvo un número que se ubicará en la tabla de los valores de referencia para poder ubicar el nivel de riesgo bajo, medio a alto. Así, para:

- a. Cansancio emocional: evalúa las preguntas 1-2-3-6-8-13-14-16-20.
- b. Despersonalización: 5-10-11-15-22
- c. Realización personal: 4-7-9-12-17-18-19-21

Valores de referencia:

- a. Cansancio emocional: Bajo: 0-18, Medio: 19-26, Alto: 27-54
- b. Despersonalización: Bajo: 0-5, Medio: 6-9, Alto: 10-30

## EVALUACIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS RESIDENTES DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL Y PROPUESTA DE MEDIDAS DE CONTROL PARA SU PREVENCIÓN.

c. Realización personal: Bajo: 0-33, Medio: 34-39, Alto: 40-56

A continuación se realizó la sumatoria de todas las preguntas que están contenidas en cada sub escala, tras lo cual se obtuvo un promedio para el número total de la muestra que es este caso es 51.

Posteriormente se usaron los resultados de las tres sub escalas como pivote para realizar un análisis descriptivo entre estas y las variables de edad, sexo, jornada laboral, tiempo de trabajo y área de trabajo.

Para la presentación de los resultados se generó tablas dinámicas con cruce de variables.

Globalmente no se evidenció en ningún cuestionario niveles altos de Síndrome de Burnout ya que no cumplieron con las puntuaciones requeridas.

Cansancio emocional tuvo un frecuencia relativa del 35% (24), Despersonalización 11% (8) y Realización Personal del 54% (37), por lo que los médicos con respecto a estos 3 aspectos se ubican en un nivel medio de probabilidad de presentar Burnout. A continuación de acuerdo a la comparabilidad de las tres subescalas que conforman el cuestionario para las variables que se incluyen en el estudio se presentan los siguientes resultados:

Para edad se obtuvo un promedio que ubica en un rango alto de padecer Cansancio Emocional en el intervalo de 30 a 34 años, para Despersonalización en un intervalo de edad aún más elevado de 35 a 39 años y para Realización Personal se evidenció un nivel medio para todas las variables.

La variable categórica de Sexo o género tuvo un nivel medio en Cansancio Emocional y Despersonalización y un nivel bajo en Realización Personal.

## EVALUACIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS RESIDENTES DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL Y PROPUESTA DE MEDIDAS DE CONTROL PARA SU PREVENCIÓN.

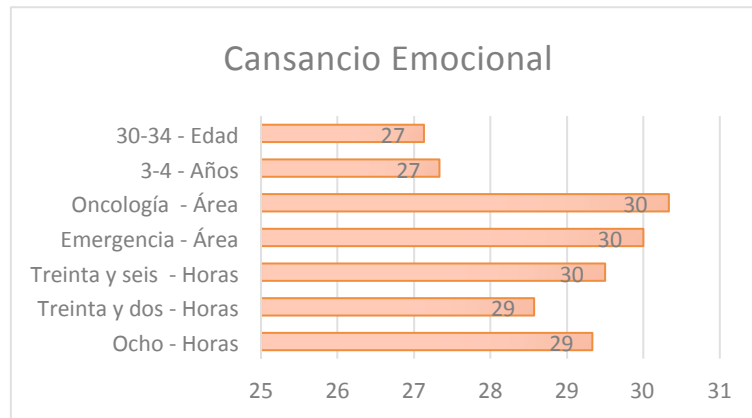
En cuanto a las variables dependientes del puesto de trabajo y entorno laboral una de las más importantes es el área de trabajo ya que influye directamente en la aparición de Burnout, se encontró un riesgo alto de Cansancio Emocional en los servicios de Oncología y Emergencia, situación que se repite para la Despersonalización y por el contrario dando un giro abrumador se evidencia reducida realización con niveles altos en las áreas de Infectología, Cirugía y Clínica de especialidades, presentando niveles medios en Terapia Intensiva, Oncología y bajo en Emergencia.

En la antigüedad laboral se evidenció un mayor cansancio emocional en la población con 3 a 4 años de trabajo se manera continua; despersonalización se ubicó en un rango medio y la realización personal presenta niveles medios.

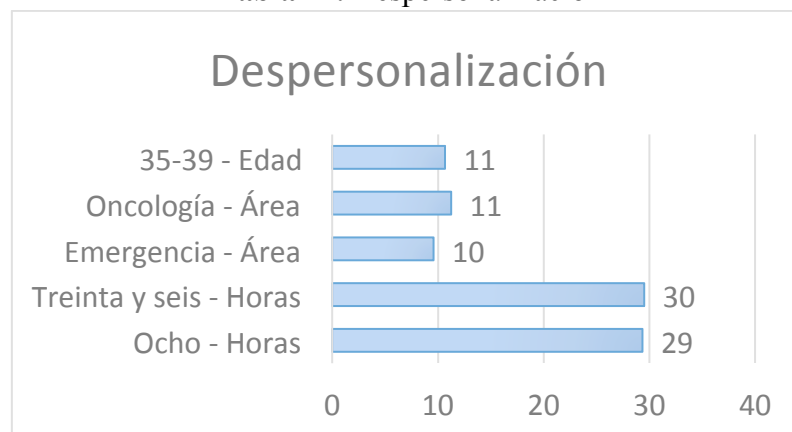
Se evidencian niveles altos de Cansancio Emocional en la jornada laboral de treinta y seis horas, seguidas de treinta y dos y ocho horas; nivel medio para 24 horas. Para Despersonalización niveles altos en 8 y 36 horas, riesgo moderado para 32 y 24 horas. Por último se encuentra una Reducida Realización personal en la jornada de treinta y dos horas.

A continuación un resumen de las principales variables tanto demográficas como de la organización con niveles de riesgo alto para padecer Burnout para Cansancio Emocional(Tabla 16), Despersonalización (Tabla 17).

**Tabla 16.** Cansancio emocional



**Tabla 17.** Despersonalización



### **3.3 Aplicación Práctica**

#### **3.3.1 PROPUESTA DE MEDIDAS DE CONTROL PARA SU PREVENCIÓN**

Toda organización que pretenda conseguir y mantener el máximo bienestar mental, físico y social de sus trabajadores necesitará disponer de políticas y procedimientos que adopten un enfoque integrado de la salud y la seguridad. Especialmente deberán disponer de una política de salud mental con procedimientos de gestión del estrés, basados en las necesidades de la organización y de los trabajadores y sometidos periódicamente a revisión y evaluación. (Cooper & Cartwright)

Actualmente, las estrategias y técnicas de intervención se basan en los diversos métodos y conocimientos desarrollados para afrontar y manejar el estrés. La mayoría de los programas se centran en hacer ver a los trabajadores la importancia de prevenir los factores de riesgo con el fin de que conozcan el problema, así como en el entrenamiento en aspectos específicos.

Para realizar una correcta prevención del Síndrome de Burnout se debe tomar medidas desde las fases iniciales del mismo y no cuando este ya se encuentre establecido. En las primeras fases es posible que los compañeros se den cuenta antes que el propio sujeto, por lo que amigos, compañeros o superiores suelen ser el mejor sistema de alarma precoz para detectar el Burnout y por lo tanto todos los profesionales del equipo tienen que darse cuenta que son ellos mismos los que representan la mejor prevención de sus compañeros.

Ya que en el presente estudio no se obtuvo ningún médico con Burnout, no se realizará una propuesta de intervención, sino una propuesta de prevención.

Hoy en día las organizaciones hacen hincapié en la necesidad de preocuparse más de la calidad de vida laboral que ofrecen a sus empleados.

La formación es un elemento clave en la prevención del Síndrome de Burnout y, además, es necesaria debido a las condiciones cambiantes del entorno laboral, los cambios sociales y culturales, y también los cambios en los procesos de trabajo. El desacuerdo entre los pacientes y el sistema sanitario esperan de los trabajadores, y la falta de capacidad de éste para dar respuesta a esas expectativas, van a estar en el origen del Síndrome; mientras que el ajuste y la posibilidad del individuo de conseguirlo serán fuente de disfrute y realización personal.

### **Estrategias de prevención**

El Síndrome de Burnout puede ser bien manejado por todos aquellos que trabajan en el ámbito de la salud si fuesen informados y prevenidos sobre el mismo, también enseñándoles como tolerar o deshacerse de todas aquellas situaciones que generasen emociones encontradas con uno mismo o con las diversas personas (directivos, colegas, personal de enfermería, familiares, amigos, etc.) que tratan diariamente y por último, y no por ello menos importante, contamos con suficientes armas terapéuticas para tratarlo (Thomaé & Ayala, 2006).

Para instaurar medidas de control primeramente deben reconocerse tres tipos de acciones preventivas:

- Prevención primaria: es la más coherente con los principios de un sistema de gestión de la prevención de riesgos laborales porque se dirigen a la organización y a las conductas de grupo. Como medidas de gestión y comunicación se deben asegurar apoyos adecuados a la actuación de individuos y equipos de trabajo.
- Prevención secundaria: se orienta a los individuos provocando cambios de actitudes de las personas y mejorando sus recursos de afrontamiento.

EVALUACIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS RESIDENTES DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL Y PROPUESTA DE MEDIDAS DE CONTROL PARA SU PREVENCIÓN.

- Prevención terciaria: afronta los daños sobre la salud y ya que se propone medidas de prevención, ésta no se tomará en cuenta.

Se incluirá al departamento de Seguridad y Salud Ocupacional, dado que en dicha área solo se dispone de un médico ocupacional por lo que se integrará también al departamento de Psicología.

La ejecución y operación de atención se dará en el área del Auditorio previo permiso de gerencia dividiendo semanalmente a las áreas de Emergencia – Clínica de Especialidades, Oncología – Terapia Intensiva, Cirugía Pediátrica – Infectología.

Los talleres tendrán una duración aproximada de 30 minutos.

**Dirigido a:**

Médicos residentes de las áreas de Emergencia, Clínica de Especialidades, Oncología, Terapia Intensiva, Cirugía Pediátrica e Infectología.

**Desarrollo:**

**Tabla 18.** Cronograma de Actividades

Nivel de impacto	Actividad	Objetivo	Descripción	Participantes	Responsable
<b>Organización, individual e interpersonal</b>	Coordinación y seguimiento del proceso de inducción del personal	Mejorar el proceso de inducción.	Informar a los médicos para que conozcan los procesos y sus responsabilidades en la institución.	Médicos nuevos que ingresan a la institución	Jefa de Residentes
<b>Organización Individual</b>	Socialización de las características del síndrome de Burnout	Proporcionar los conocimientos para prevenir el síndrome de Burnout	Difusión al personal sobre los síntomas de este síndrome, identificarlo y prevenirlo.	Médicos residentes	Médico ocupacional y Psicólogo



**Tabla 18. Cont**

<b>Individual</b>	Caminatas y juegos grupales extramurales	Promover actividades grupales extramurales donde se incentive el trabajo en equipo	Al ejecutar actividades fuera del trabajo diario se genera un espacio de compartir entre los diversos procesos	Médicos residentes	Médico ocupacional y Psicólogo
<b>Individual</b>	Elaboración y evaluación de un plan de vida	Concientizar a los participantes de sus capacidades de autorrealización	Orientar al personal sobre el plan de vida	Médicos residentes	Médico ocupacional y Psicólogo
<b>Interpersonal</b>	Ejecución de pausas activas	Promover la integración del personal médico	Realizar diariamente ejercicios que ayudan a reducir la fatiga laboral.	Profesionales de la Salud	Médico ocupacional

**Recursos:**

**Institucionales:**

- Hospital de tercer nivel.

**Humanos:** Investigadora: Fernanda Suárez, médico residente.

**Proyección:**

La Propuesta de Control se ha proyectado para un lapso de 6 meses. **ANEXO D**

## **CAPÍTULO IV.**

### **DISCUSIÓN**

#### **4.1 Conclusiones**

1. Los médicos residentes de todas las áreas de estudio no presentan Estrés Crónico que los precipite a Síndrome de Burnout.
2. En promedio los niveles de cansancio emocional fue de 35%, Despersonalización 11% y reducida Realización Personal 54%.
3. A pesar de que no se evidenció Síndrome de Burnout variables como antigüedad laboral de 3 a 4 años y jornada laboral excepto en trabajo de 24 horas presentaron niveles altos de Cansancio Emocional.
4. Los médicos residentes de las áreas de Oncología y Emergencia presentan niveles elevados de Cansancio Emocional y Despersonalización.
5. Se presenta una reducida Realización Personal en las áreas de Infectología, Cirugía Pediátrica y Clínica de especialidades.

#### **4.2 Recomendaciones**

1. Socializar los hallazgos de este estudio con el personal involucrado.
2. Realizar grupos focales para tratar los hallazgos encontrados y acoger sugerencias directamente del personal.
3. Realizar un estudio específico en las áreas de Oncología y Emergencia.

## MATERIALES DE REFERENCIA

- Constitución de la Republica del Ecuador. (2008).
- Alcover de la Hera, C. M., Martínez Íñigo, D., Rodriguez Mazo, F., & Dominguez Bilbao, R. (2004). *Introducción a la Psicología del Trabajo*. (J. M. Cejudo, Ed.) Madrid, España: McGraw-Hill/Interamericana de España, S.A.U.
- Apiquian Guitart, A. (2007). *El Síndrome del Burnout en las Empresas*.
- Berdejo Pacheco, H. L. (2014). SÍNDROME DE DESGASTE LABORAL (BURNOUT) EN LOS MÉDICOS RESIDENTES DE ESPECIALIDADES MÉDICO QUIRÚRGICAS DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA SEDE BOGOTÁ. Bogotá.
- Carlin, M., & Garcés, E. (Enero de 2010). El Síndrome de Burnout: Evolución histórica desde el contexto laboral al ámbito deportivo,. *Anales de psicología*, 26(1), 169-180.
- Catsicaris, C., Eymann, A., & Cacchiarelli, N. (2007). La persona del médico residente y el síndrome de desgaste profesional (burnout). Un modelo de prevención en la formación médica. *Arch Argent Pediatr*, 105(3), 236-240.
- Cooper, C., & Cartwright, S. (s.f.). En *Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo* (pág. 75).
- Dyrbye, L., Thomas, M., & Huntington, J. (2006). Personal life. *Acad Med*, 81(4), 374-384.
- Fonseca, M., Sanclemente, G., & Hernandez, C. (2009). Residentes, guardias y síndrome de burnout. *Revista Clínica Española*, 210-215.
- Grau, A., Flichtentrei, D., Suñer, R., Prats, M., & Braga, F. (2009). Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el Síndrome de Burnout en personal sanitario hispanoamericano y español (2007). *Revista Española Salud Pública*, 83, 215.
- Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. (2006). *Instrumento Andino de Seguridad y Salud en el Trabajo*. Seguro General de Riesgos del Trabajo.
- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. (2010). *Factores y riesgos psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas practicas*. Madrid, España.
- Martínez Pérez, A. (2010). EL SÍNDROME DE BURNOUT. EVOLUCIÓN CONCEPTUAL Y ESTADO ACTUAL DE LA CUESTIÓN. *Vivat Academia*.
- Maslach, C., & Jackson, S. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, 2, Issue 2, 99-113.
- Maslach, C., Schaufeli, W., & Leiter, M. (2001). Job Burnout. *Rev. Psychol.*, 397.
- Méndez Cerezo, Á. (Abril-Junio de 2011). Síndrome de Burnout en médicos residentes. Ejercicio como estrategia para su disminución. *Anales Médicos*, 56(2), 79-84.
- Millán de Lange, A., & D' Aubeterre López, M. E. (2012). Propiedades psicométricas del Maslach Burnout Inventory-GS. *Revista de Psicología*, 30(1), 103-118.

## EVALUACIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS RESIDENTES DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL Y PROPUESTA DE MEDIDAS DE CONTROL PARA SU PREVENCIÓN.

- Mingote, J., Moreno, B., & Gálvez, M. (2004). Desgaste profesional y salud de. *Med Clin*, 123(7), 265-270.
- Ministerio del Trabajo. (2017). *Normativa para la erradicación de la discriminación en el ámbito laboral*. Quito.
- Morata, M., & Ferrer, V. (2004). Interacción entre estrés ocupacional, estrés. *MAPFRE*, 15(3), 49-61.
- Moreno, J. B., Garrosa Hernández, E., & Gonzalez Gutiérrez, J. (2004). Personalidad resistente, Burnout y Salud. *Escritos de Psicología*(4), 64-67.
- OMS. (2007). *Salud de los trabajadores: plan de acción mundial*.
- OMS. (2013). *Plan de Acción sobre Salud Mental 2013 - 2020*. Ginebra, Suiza.
- Organización Internacional del Trabajo. (2002). Directrices relativas a los sistemas de gestión de la seguridad y la salud en el trabajo ILO-OSH 2001. 2,3.
- Organización Internacional del Trabajo. (2016). *Estrés en el trabajo*. Ginebra, Suiza.
- Palmer Morales, L., & Gomez Vera, A. (2005). Prevalencia del síndrome de agotamiento profesional en médicos anesestesiólogos. *Scielo*.
- Román Hernández, J. (2003). ESTRÉS Y BURNOUT EN PROFESIONALES DE LA SALUD DE LOS NIVELES. *Revista Cubana Salud Pública*, 29(2), 103-109.
- Thomaé, M. N., & Ayala, E. A. (2006). ETIOLOGIA Y PREVENCIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN LOS TRABAJADORES DE LA SALUD. *Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina*(153), 18-21.
- UGT Andalucía. (2010). *Guía de prevención de Riesgos Psicosociales en el Trabajo*.

**ANEXO A**  
**MASLACH BURNOUT INVENTORY**

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

## ANEXO B

### OPCIONES DE RESPUESTA

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

**ANEXO C**

**VALORES DE REFERENCIA**

	<b>BAJO</b>	<b>MEDIO</b>	<b>ALTO</b>
<b>Cansancio emocional</b>	0 – 18	19 – 26	<b>27 – 54</b>
<b>Despersonalización</b>	0 – 5	6 – 9	<b>10 – 30</b>
<b>Realización Personal</b>	<b>0 – 33</b>	34 – 39	40 – 56

**ANEXO D**

**CRONOGRAMA DE PROYECCIÓN**

	<b>JU LI O</b>	<b>AG OST O</b>	<b>SEPT IEMB RE</b>	<b>OCT UBR E</b>	<b>NOVI EMBR E</b>	<b>DICI EMB RE</b>
<b>EMERGEN CIA</b>	X					
<b>UCI</b>		X				
<b>C. ESPECIALI DADES</b>			X			
<b>CIRUGIA</b>				X		
<b>INFECTO LOGÍA</b>					X	
<b>ONCOLO GÍA</b>						X