



ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE SALUD PÚBLICA

CARRERA DE MEDICINA

SINDROME DE BURNOUT EN LOS MÉDICOS RESIDENTES DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA ENERO-JULIO 2018

TRABAJO DE TITULACIÓN:

TIPO: Proyecto de investigación

Presentado para optar al grado académico de:

MÉDICO GENERAL

AUTORES

ARIEL FERNANDA AVALOS RUIZ

BRYAN SANTIAGO ALTAMIRANO COCA

DIRECTOR

DR. MAURO ALULEMA

RIOBAMBA – ECUADOR

2018

© 2018, Ariel Fernanda Avalos Ruiz

Se autoriza la reproducción total o parcial, con fines académicos, por cualquier medio o procedimiento, incluyendo la cita bibliográfica del documento, siempre y cuando se reconozca el Derecho de Autor.

© 2018, Bryan Santiago Altamirano Coca

Se autoriza la reproducción total o parcial, con fines académicos, por cualquier medio o procedimiento, incluyendo la cita bibliográfica del documento, siempre y cuando se reconozca el Derecho de Autor.

Yo, Ariel Fernanda Avalos Ruiz, declaro que el presente proyecto de investigación, es de mi autoría y que los resultados del mismo son auténticos y originales. Los textos constantes en el documento que provienen de otras fuentes están debidamente citados y referenciados.

Como autor, asumo la responsabilidad legal y académica de los contenidos de este Trabajo de Titulación.

Yo, Bryan Santiago Altamirano Coca, declaro que el presente proyecto de investigación, es de mi autoría y que los resultados del mismo son auténticos y originales. Los textos constantes en el documento que provienen de otras fuentes están debidamente citados y referenciados.

Como autor, asumo la responsabilidad legal y académica de los contenidos de este Trabajo de Titulación.

ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA
CARRERA DE MEDICINA

El Tribunal del trabajo de la titulación certifica que:

El trabajo de titulación: Tipo Proyecto de Investigación SINDROME DE BURNOUT EN LOS MÉDICOS RESIDENTES DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA ENERO-JULIO 2018, de responsabilidad de la señorita ARIEL FERNANDA AVALOS RUIZ y del señor BRYAN SANTIAGO ALTAMIRANO COCA, ha sido minuciosamente revisando por los Miembros del Tribunal del trabajo de titulación, quedando autorizada su presentación.

	FIRMA	FECHA
Ing. Carlos Andrade PRESIDENTE DEL TRIBUNAL	_____	_____
Dr. Mauro Alulema DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN	_____	_____
Psic. Darío Guerrero MIEMBRO ASESOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN	_____	_____

Yo, ARIEL FERNANDA AVALOS RUIZ, soy responsable de las ideas, doctrinas y resultados expuestos en este Proyecto y el patrimonio intelectual del Proyecto pertenece a la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo.

Ariel Fernanda Avalos Ruiz

Yo, BRYAN SANTIAGO ALTAMIRANO COCA, soy responsable de las ideas, doctrinas y resultados expuestos en este Proyecto y el patrimonio intelectual del Proyecto pertenece a la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo.

Bryan Santiago Altamirano Coca

DEDICATORIA

Dedico el presente Trabajo de Titulación a mis Padres por su apoyo incondicional en todo momento siendo el soporte y apoyo que me motivaron constantemente para alcanzar mis anhelos y sueños que hoy se ven plasmados en un profesional ético y moral.

Bryan Altamirano C

Dedico este trabajo de investigación a mis padres y hermana porque son el pilar que me mantiene de pie, a mi Dios porque sin el nada se puede, y a aquellas personas de mi familia que ya no están aquí, pero marcaron mi vida otorgándome la vocación de ser médico

Ariel Avalos R

AGRADECIMIENTO

A la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo institución responsable de mi formación académica.

Al Dr. Mauro Alulema Director del Trabajo de Titulación, por su valiosa contribución, orientación y apoyo incondicional tanto a nivel personal como profesional dado por una notable calidad humana.

Gracias al Psicólogo Darío Guerrero, por sus aportes y recomendaciones en la culminación de este trabajo de titulación.

A mis padres Patricia y Edwin, a mis hermanos Gaby y Pato por su valiosa contribución y apoyo en todo momento durante mi formación profesional.

Bryan Altamirano C

Agradezco a la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, por ser la casa que me acogió para formarme académicamente, como una profesional de bien al servicio del prójimo

Agradezco a mi tutor el Dr. Mauro Alulema, quien siempre ha estado presto a ayudarme, en todo el proceso de titulación, y en el transcurso del internado rotativo, es un excelente doctor, un muy buen tutor y un gran amigo

Agradezco a mi padre y a mi madre, quienes han estado junto a mí en cada paso, ayudándome a sacar lo bueno de cada fracaso, festejando cada éxito y siempre orientándome a pensar en grande, y como no a mi hermana, mi luz y razón de ser

Gracias a mis docentes, y a todos los partícipes de mi formación, a mis amigos, a mi mejor amiga, y compañeros con quienes hemos de la mano caminado hasta alcanzar nuestra meta, nuestro sueño.

Ariel Avalos R.

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	xv
ABSTRACT	xvi
CAPITULO I	1
INTRODUCCIÓN	1
JUSTIFICACIÓN	3
OBJETIVOS	5
1. MARCO TEÓRICO	6
1.1. Antecedentes del problema.....	6
1.2. Antecedentes en Ecuador	7
1.3. Definición	9
1.4. Signos y síntomas del síndrome de Burnout	10
1.5. Causas	10
1.6. Modelos explicativos del síndrome de Burnout.....	12
1.7. El estrés	13
1.8. Cuestionarios de Burnout.....	16
CAPÍTULO II	18
2. APROXIMACIÓN METODOLÓGICA	18
2.1. Tipo y diseño de investigación.....	18
2.2. Hipótesis	22
2.3. Identificación de variables.....	22
2.4. Operacionalización de variables	24
CAPITULO III	26
3. RESULTADOS	26
3.1. Distribución de médicos residentes del servicio de Cirugía	26
3.2. Distribución de médicos residentes del servicio de Medicina Interna.....	28
3.3. Distribución de médicos residentes del servicio de Ginecología y Obstetricia	30
3.4. Distribución de médicos residentes del servicio de Pediatría.....	32

3.5. Distribución de médicos residentes del servicio de Emergencia	34
3.6. Distribución de médicos residentes de la Unidad de Quemados.....	36
3.7. Distribución de médicos residentes de Anestesiología	38
3.8. Distribución de médicos residentes de Terapia Intensiva	40
3.9. Distribución total de médicos residentes del HPGDR 2018	42
DISCUSIÓN	46
CONCLUSIONES.....	48
RECOMENDACIONES.....	49
BIBLIOGRAFÍA.....	50
ANEXOS	53

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1-1: Distribución porcentual de médicos que presentan agotamiento emocional según test de Maslach, Hospital IESS Ambato mayo 2014	8
Tabla 2-1 Distribución porcentual de médicos que presentan despersonalización según test de Maslach, Hospital IESS Ambato mayo 2014.....	8
Tabla 3-1 Distribución porcentual de médicos con afectación de la escala de realización personal según test de Maslach, Hospital IESS Ambato mayo 2014	8
Tabla 1-2: Operacionalización de variables.....	24
Tabla 1-3: Distribución de médicos residentes del servicio de Cirugía.....	26
Tabla 2-3: Distribución de médicos residentes del servicio de Medicina Interna	28
Tabla 3-3: Distribución de médicos residentes del servicio de Ginecología y Obstetricia.....	30
Tabla 4-3: Distribución de médicos residentes del servicio de Pediatría.....	32
Tabla 5-3: Distribución de médicos residentes del servicio de Emergencia.....	34
Tabla 6-3: Distribución de médicos residentes de la Unidad de Quemados	36
Tabla 7-3: Distribución de médicos residentes del servicio de Anestesiología	38
Tabla 8-3: Distribución de médicos residentes de Terapia Intensiva.....	40
Tabla 9-3: Distribución total de médicos residentes del HPGDR 2018.....	42

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1-1: Esperanza de vida por sexo 1990-2050.....	3
--	---

ÍNDICE DE GRAFICOS

Gráfico 1-3:	Cuenta de Burnout en Cirugía	27
Gráfico 2-3:	Porcentaje de Burnout en Cirugía	27
Gráfico 3-3:	Cuenta de Burnout en Medicina Interna	29
Gráfico 4-3:	Porcentaje de Burnout en Medicina Interna	29
Gráfico 5-3:	Cuenta de Burnout en Ginecología y Obstetricia	31
Gráfico 6-3:	Cuenta de Burnout en Ginecología y Obstetricia	31
Gráfico 7-3:	Cuenta de Burnout en Pediatría	33
Gráfico 8-3:	Porcentaje de Burnout en Pediatría	33
Gráfico 9-3:	Cuenta de Burnout en Emergencia	35
Gráfico 10-3:	Porcentaje de Burnout en Emergencia	35
Gráfico 11-3:	Porcentaje de Burnout en la Unidad de Quemados	37
Gráfico 12-3:	Cuenta de Burnout en Anestesiología	39
Gráfico 13-3:	Porcentaje de Burnout en Anestesiología	39
Gráfico 14-3:	Cuenta de Burnout en Terapia Intensiva	41
Gráfico 15-3:	Porcentaje de Burnout en Terapia Intensiva	41
Gráfico 16-3:	Porcentaje de Burnout en los servicios del HPGDR	45

RESUMEN

El presente trabajo de titulación tuvo como objetivo evaluar la presencia del síndrome de Burnout en los médicos residentes del Hospital Provincial General docente de Riobamba. Siendo un tema de relevante importancia, se realizó esta investigación para conocer la incidencia del Síndrome de Burnout en los médicos residentes y la asociación con las variables sociodemográficas encontradas en este trabajo. La investigación es de tipo descriptiva y explicativa, donde se aplicó el cuestionario de MASLACH para la valoración de la existencia o no del Síndrome de Burnout en la muestra de residentes, donde se considera tres elementos: despersonalización, agotamiento personal y realización personal, encontrándose que 19 médicos presentan el síndrome que corresponden al 25,3% de la población total de estudio; 11 son mujeres que son el 14,6% y 8 hombres que representan el 10,7%. De los resultados obtenidos se demuestra la importancia de conocer la incidencia de este síndrome en el medio hospitalario, no siendo un problema ajeno a la práctica profesional médica. A partir de los resultados se puede desarrollar estrategias para atenuar el impacto sobre el rendimiento diario del cuidador médico y de esta manera reducir eficientemente el impacto directo con los pacientes. Se recomienda realizar el diagnóstico del síndrome de Burnout al momento del ingreso al hospital para evaluar a posterior como el ambiente laboral influye en la aparición de agotamiento personal, despersonalización y como afecta a realización profesional.

Palabras clave: <TECNOLOGÍA Y CIENCIAS MÉDICAS>, <MEDICINA>, <SÍNDROME DE BURNOUT>, <CUESTIONARIO DE MASLACH>, <MÉDICOS RESIDENTES>; <DESPERSONALIZACIÓN>; <AGOTAMIENTO PERSONAL>; <REALIZACIÓN PERSONAL>; <VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS>.

ABSTRACT

The aim of the present degree work was to evaluate the presence of the Burnout syndrome in the resident physicians of the Provincial General Teaching Hospital of Riobamba. Being a subject of relevant importance, this research was conducted to know the incidence of Burnout Syndrome in resident physicians and the association with the sociodemographic variables found in this work. The research is descriptive and explanatory, where the MASLACH questionnaire was applied to assess the existence or not of the Burnout Syndrome in the sample of residents, in which three elements are considered: depersonalization, personal exhaustion and personal fulfillment, It is found that 19 doctors present the syndrome corresponding to 25.3% of the total study population; 11 women are 14.6% and 8 men, representing 10.7%. The results obtained demonstrate the importance of knowing the incidence of this syndrome in the hospital environment, not being a problem outside the medical professional practice. Based on the results, strategies can be developed to mitigate the impact on the daily performance of the medical caregiver and thus efficiently reduce the direct impact with patients. It is recommended to make the diagnosis of Burnout syndrome at the time of admission to the hospital to evaluate later how the work environment influences the appearance of personal exhaustion, depersonalization and how it affects professional performance.

Keywords: <TECHNOLOGY AND MEDICAL SCIENCES>, <MEDICINE>, <BURNOUT SYNDROME>, <MASLACH QUESTIONNAIRE> <RESIDENT PHYSICIANS>; <DEPERSONALIZATION>; <PERSONAL EXHAUSTION>; <PERSONAL REALIZATION>; <SOCIODEMOGRAPHIC VARIABLES>.

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

El estrés al ser parte de nuestra vida cotidiana llega a tal punto de considerarse como el malestar de nuestra civilización, afectando tanto a la salud y al bienestar personal así como a la satisfacción laboral y colectiva. Problema del cual no se escapan los profesionales de la salud y más concretamente el médico, quien está constantemente sometido a largas jornadas laborales, muchas veces sin descanso.

De esta forma nos planteamos la siguiente pregunta ¿Cuál es la incidencia de estrés laboral en los médicos residentes del Hospital Provincial General Docente del cantón Riobamba provincia de Chimborazo?

El crecimiento de la población con una enfermedad, lesión o discapacidad, ha originado la necesidad de personal preparado en el ámbito de la medicina y el cuidado del paciente, lo que implica cambios de actitud hacia las personas hospitalizadas, además del suministro de servicios, los pacientes necesitan tener un contacto estrecho con quienes los asisten como acompañantes y/o confidentes. En el Ecuador no existen estadísticas exactas acerca del número de personas con enfermedades, lesiones o con discapacidad confinados en instituciones hospitalarias, se puede suponer que la mayoría de ellos no son parte de las estadísticas hospitalarias.

Lo que mejor distingue al hospital es que en estos se pretende la rehabilitación de los pacientes, aunque para muchos solo sea una supervisión médica elemental. La mayoría de las personas hospitalizadas, viven este encierro debido a su estado de salud, a lo que se agregan, a veces, razones de tipo económico. Los cuidadores atienden a personas con enfermedades, lesiones o discapacidad. Cuidar a alguien puede ser satisfactorio, pero también puede ser un desafío. El estrés provocado por cuidar a alguien es común además puede provocar problemas de salud como depresión o ansiedad.

Para solventar los problemas de salud se hace necesaria la intervención de un equipo multidisciplinario. Todo este personal suele ser designado como cuidadores médicos, en forma general y sin considerar su nivel, grado profesional o afinidad con esta actividad

Es probable que el profesional médico que cuida a alguien con enfermedades mentales crónicas o incurables o a personas ancianas, perciba las diversas situaciones que recorre este proceso de

atención. Algunas personas se limitan a criticarlos, a juzgarlos, sin pensar en lo arduo de su trabajo, y en muchas ocasiones se emanan agresiones verbales e incluso físicas. En lo absorbente que es el trabajo de cuidar, se requiere de gran carga física y mental, de ahí que estos trabajadores también requieran atención.

El síndrome de Burnout se considera sujeto de estudio dado que no sólo afecta la calidad de vida y la salud mental del profesional que lo padece sino que en muchas ocasiones, a causa de este síndrome se llega a poner en peligro la salud de los pacientes; tanto los que lo sufren directamente, así como los que son atendidos por alguien que lo padece.

JUSTIFICACIÓN

En los últimos años el adelanto de la sociedad en todos los ámbitos ha sido evidente, con la presencia de nuevas tecnologías en el campo de la salud, lo que ha llevado a la existencia de un aumento de la esperanza de vida, mismo que se acompaña de un cambio en las principales causas de muerte y un aumento de la prevalencia de ciertas patologías (enfermedades crónicas y discapacidades físicas y/o psíquicas), que condicionan cierto grado de dependencia, siendo los adultos mayores el grupo de la población más afectada, con el consiguiente incremento de la demanda de ayuda médica, social y familiar. En Ecuador de acuerdo al INEC, la esperanza de vida en el 2015 es de 74.5 años para hombre y 80,1 años para las mujeres.

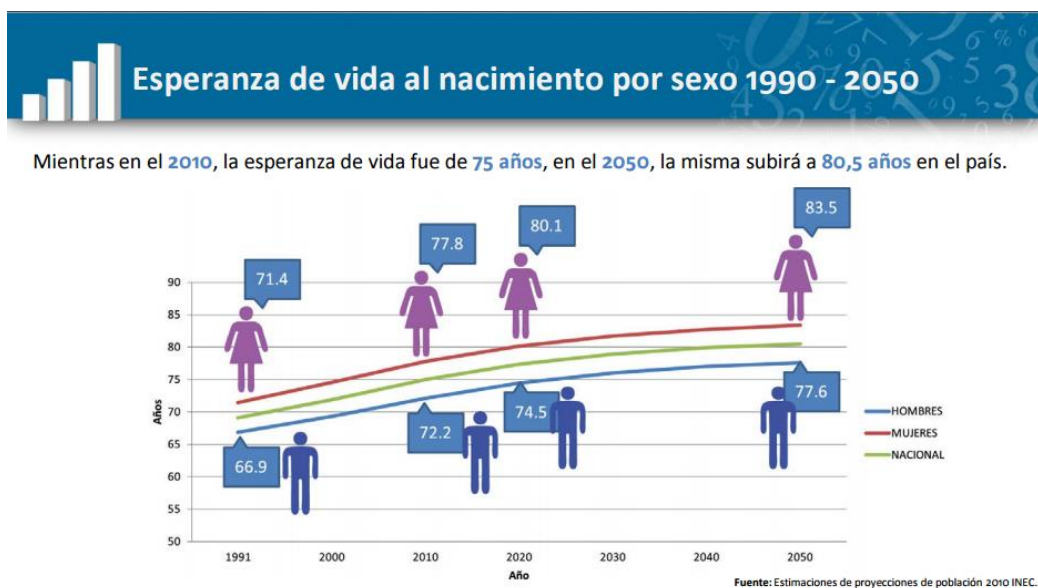


Figura 1-1: Esperanza de vida por sexo 1990-2050

Fuente: Estimaciones de proyección de población 2010 INEC.

Esto se relaciona con mayor atención médica y cuidados personales de modo permanente. De la información obtenida del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en Ecuador, se identificó que las personas mayores de 60 años de edad; presentaban mayor número de enfermedades crónicas (Hipertensión arterial sistémica, Diabetes Mellitus, Osteoartritis, así como deficiencia auditiva y visual) aunado a síntomas depresivos y de deterioro cognoscitivo, situación que requieren de acompañamiento y cuidado médico durante la estancia del paciente en el hospital. (Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento, 2009)

La investigación se fundamenta en el hecho de que el profesional médico, puede sentirse abrumado al cuidar a personas en el hospital. Además de la compasión y la inquietud por las personas a la que está cuidando, puede tener sentimientos estresantes o negativos. Tal vez le preocupe no ser capaz de manejar tareas nuevas. También puede sentirse culpable por sus sentimientos negativos. Sin embargo, aún puede asegurarse de que las personas que está cuidando reciban la mejor atención posible mientras se encuentre en el hospital.

Como profesional médico, es una parte importante del equipo de atención médica. Proporciona a los miembros del equipo información acerca de la salud y las preferencias de atención de las personas que cuida. Esta información ayudará a los médicos y enfermeros a proporcionar mejor atención. Siendo esto un trabajo eficiente y efectivo, y así cumplir con los objetivos institucionales para los que fue creada, situación que justifica la presente investigación.

Conocer el número de profesionales en quienes el estrés laboral es parte de sus actividades diarias nos permitirá sugerir actividades que permitan mitigar el problema y los resultados estarán en beneficio de los pacientes atendidos y de los profesionales identificados con el problema ya que su rendimiento en los respectivos servicios será el más óptimo.

Adicionalmente, la investigación se justifica en función de los siguientes aspectos:

- Implicaciones prácticas, el estudio nos permitirá explorar y cotejar los fundamentos teóricos recibidos en el aula con los prácticos entorno a las enfermedades producto del estrés.
- Relevancia social, El Hospital Provincial Docente de Riobamba, es una de las entidades públicas que ha consolidado su presencia en los sectores populares de la provincia de Chimborazo y el país.
- Utilidad metodológica. Todos los estudios que se llevan a cabo en torno al campo de la salud, ayudan a recrear y crear un nuevo instrumento para recolectar o analizar información básica de la realidad de un hospital docente.
- Valor teórico, con la aplicación de la investigación sobre el síndrome de Burnout en el médico residente, se espera coadyuvar con la salud de las personas de manera eficiente y efectiva.

OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar el síndrome de Burnout en los médicos residentes del Hospital Provincial General Docente de Riobamba enero-julio 2018

Objetivos específicos

- Explorar el nivel de agotamiento emocional, despersonalización, y realización profesional según condiciones sociodemográficas en los médicos residentes del Hospital Provincial General Docente de Riobamba
- Valorar diagnóstico de síndrome de Burnout por cada servicio del Hospital Provincial General Docente de Riobamba que cuente con médicos residentes.
- Proponer un sistema preventivo, a través de intervención activa en las diferentes áreas de servicio médico donde laboran los médicos residentes del Hospital Provincial General Docente de Riobamba

1. MARCO TEÓRICO

1.1. Antecedentes del problema

Dentro de la presente investigación se considera datos procesados de trabajos de investigaciones anteriores que han abordado una misma o similar situación problemática, es así que se tomó trabajos referentes para utilizarlos como guías:

“SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS” presentado por la Dra. Janeth Gabriela Bello Pineda, en el 2014. Estudio que presenta como objetivo: determinar el grado de sobrecarga que presentan los cuidadores primarios de pacientes con enfermedades crónico-degenerativas, en el periodo de marzo a diciembre de 2012.

Los resultados determinan que el 52% de cuidadores presentaron algún grado de sobrecarga de acuerdo a la escala de Zarit y el 88% de los pacientes cuidados presentó algún grado de dependencia de moderada severa. Se relacionó el grado de sobrecarga del cuidador con el grado de dependencia ($P: 0.00$), la sobrecarga con el tiempo de ejercer como cuidador ($p= 0.019$) y con los antecedentes personales patológicos del cuidador ($p= 0.010$). (Bello, 2014)

“CONSECUENCIAS PSICOSOCIALES DEL TRABAJO EN PERSONAL DE ENFERMERÍA COMO INDICADORES SUBJETIVOS DE RENDIMIENTO DESDE EL ENFOQUE DE LA GESTIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS”, por: Dra. Ma. José López Montesinos, 2009, cuyos objetivos son (López M. J., 2009):

1. Analizar la relación entre las variables psicosociales incluidas en este estudio y las variables demográficas y socio laborales de los participantes de la muestra.
2. Conocer los niveles de satisfacción laboral, Burnout y bienestar psicológico en profesionales de enfermería.
3. Identificar cómo se manifiestan las variables psicosociales, a través de los perfiles de salud en el personal de enfermería.

Los resultados presentados están divididos en tres partes. En la primera: Resultados descriptivos de la muestra con análisis de frecuencias absolutas y frecuencias relativas o

porcentajes, cálculo de medias y desviación típica de las variables socio demográficas y socio laborales.

Resultados descriptivos de las variables psicológicas incluidas en los cuestionarios.

Resultados de las bajas producidas en la muestra durante los últimos doce meses. (López M. J., 2009)

En un segundo apartado de resultados se muestra: La correlación entre las variables psicosociales y cada una de las variables socio demográficas y socio laborales, y en un tercer apartado de resultados la autora presenta: Las distintas agrupaciones identificadas en la muestra, obtenidas mediante la prueba estadística de análisis de conglomerados. (López M. J., 2009)

1.2. Antecedentes en Ecuador

Por citar un ejemplo de un estudio realizado en ciudad vecina a la nuestra, Ambato, en el Hospital de IESS se implementó un estudio descriptivo transversal, en 50 profesionales médicos tratantes de distintos servicios que laboran 8 horas diarias en el Hospital de la seguridad Social de la ciudad de Ambato, a través de una encuesta basada en el test de Maslach Burnout, aplicada en los meses enero y mayo del 2014. Resultados: el universo de estudio lo conformaron 50 médicos tratantes de los diferentes servicios, 40 hombres y 10 mujeres, con edades comprendidas entre 31 y 62 años de edad. La subescala de agotamiento emocional reveló un 30% de afectación baja, 56% media y 14% alta; respecto a la despersonalización se observó un 4% de afectación alta, 36% media y 60% baja. En cuanto a la subescala de realización personal, se registró un 86% de afectación alta, 12% media y 2% baja. Conclusión: la prevalencia del síndrome de Burnout en el conglomerado de profesionales médicos del Hospital del IESS de Ambato es baja, debido a que la afectación en la subescala de realización personal es menor al 2%, sin embargo, existe afectación de las subescalas agotamiento emocional y despersonalización, lo que traduce un alto riesgo para el médico de quemarse. (Paredes, Parra, & Bravo, ¿Existe síndrome de burnout en los médicos de un hospital de mediana complejidad?, una experiencia en el Hospital del IESS Ambato, 2014)

Tabla 1-1: Distribución porcentual de médicos que presentan agotamiento emocional según test de Maslach, Hospital IESS Ambato mayo 2014

Calificación	Frecuencia	Porcentaje
Alto	7	14,0
Bajo	15	30,0
Medio	28	56,0
Total	50	100,0

Fuente: Paredes, Parra y Bravo

Tabla 2-1 Distribución porcentual de médicos que presentan despersonalización según test de Maslach, Hospital IESS Ambato mayo 2014

Calificación	Frecuencia	Porcentaje
Alto	2	4,0
Bajo	30	60,0
Medio	18	36,0
Total	50	100,0

Fuente: Paredes, Parra y Bravo

Tabla 3-1 Distribución porcentual de médicos con afectación de la escala de realización personal según test de Maslach, Hospital IESS Ambato mayo 2014

Calificación	Frecuencia	Porcentaje
Alto	43	86,0
Bajo	1	2,0
Medio	6	12,0
Total	50	100,0

Fuente: Paredes, Parra y Bravo

En su contraparte en un estudio de prevalencia del síndrome de burnout llevado a cabo en la ciudad capital Quito, al ser una ciudad más grande y con mayor demanda de pacientes diarios se pretendió enfocarlo en relación a las características sociodemográficas, medioambientales y consumo de sustancias moduladoras, se tomó como universo el Hospital de la Policía y una muestra de 117 médicos e internos rotativos obteniéndose los siguientes resultados la prevalencia del síndrome es del 5.2%, el cual ha sido valorado como la presencia de valores altos en despersonalización, agotamiento emocional y niveles bajos en realización personal y el 94.8% no lo padecen, lo que corresponde a 91 médicos o internos rotativo. (Trujillo, Prevalencia del Síndrome de Burnout o desgaste ocupacional en el personal de salud del Hospital de la Policía Quito N1, 2011)

La tendencia a padecer Burnout se encuentra dado por la presencia de valores elevados en las subescalas de agotamiento emocional, despersonalización y bajos en la subescala de realización personal para cada una de las subescalas; los porcentajes son 20.8%, 16.7%, y 34.4% respectivamente. (Trujillo, Prevalencia del Síndrome de Burnout o desgaste ocupacional en el personal de salud del Hospital de la Policía Quito N1, 2011)

Como se evidencia claramente en ambos estudios el principal problema radica en la baja autoestima del médico, mal formulada a partir de experiencias negativas propias o ajenas y la carga emocional que supone el cuidado de una vida ajena, que siembra en los profesionales y colegas médicos dudas con respecto a la terapéutica que llevan a cabo con determinado paciente y a cuestionarse a sí mismos si hicieron lo suficiente por salvar una vida.

1.3. Definición

El término Burnout fue acuñado en los años 70's por el psicólogo estadounidense Herbert Freudenberger para describir un estado de crisis psiquiátrica y física a consecuencia de un estrés severo y altas expectativas en personas que se desempeñan en profesiones “de ayuda” (de atención, de cuidado). (Gómez & Estrella, 2015)

Se caracteriza por presentarse con una triada de síntomas que incluyen: agotamiento emocional, despersonalización y la baja realización personal. (Gómez & Estrella, 2015)

Estos síntomas se conjugan en manifestaciones de orden físico, psicológico y social. Dentro de este último, se encuentran factores relacionados con la actividad laboral y las consecuencias derivadas de esta. (Gómez & Estrella, 2015)

1.4. Signos y síntomas del síndrome de Burnout

Manifestaciones mentales

Sentimientos de vacío, agotamiento, fracaso, impotencia, baja autoestima y pobre realización personal. Es frecuente apreciar nerviosismo, inquietud, dificultad para la concentración y una baja tolerancia a la frustración, con comportamiento paranoides y/o agresivos hacia los pacientes, compañeros y la propia familia. (Valenzuela, 2009)

Manifestaciones físicas

Cefaleas, insomnio, algias osteomusculares, alteraciones gastrointestinales, taquicardia. (Valenzuela, 2009)

Manifestaciones conductuales

Predominio de conductas adictivas y evitativas, consumo aumentado de café, alcohol, fármacos y drogas ilegales, ausentismo laboral, bajo rendimiento personal, distanciamiento afectivo de los enfermos y compañeros y frecuentes conflictos interpersonales en el ámbito del trabajo y dentro de la propia familia. (Valenzuela, 2009)

1.5. Causas

La atención al paciente es la primera causa de estrés, así como la satisfacción laboral. El sufrimiento o estrés interpersonal del profesional se origina por la identificación con la angustia del enfermo y de sus familiares, por la reactivación de sus conflictos propios y la frustración de sus perspectivas diagnósticos-terapéuticas con respecto al padecimiento del enfermo. (Iruretagoyena, 2014)

La 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, aprendiéndose en este tiempo que tanto

las recompensas personales, profesionales y económicas, no son ni las prometidas ni esperada. (Iruretagoyena, 2014)

Según el sexo sería principalmente las mujeres el grupo más vulnerable, quizá en este caso de los sanitarios por razones diferentes como podrían ser la doble carga de trabajo que conlleva la práctica profesional y la tarea familiar así como la elección de determinadas especialidades profesionales que prolongarían el rol de mujer. (Iruretagoyena, 2014)

El 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. (Iruretagoyena, 2014)

La turnicidad laboral y el horario laboral de estos profesionales pueden conllevar para algunos autores la presencia del síndrome aunque tampoco existe unanimidad en este criterio; siendo en enfermeras donde esta influencia es mayor. (Iruretagoyena, 2014)

Sobre la antigüedad profesional tampoco existe un acuerdo. Algunos autores encuentran una relación positiva con el síndrome manifestado en dos periodos, correspondientes a los dos primeros años de carrera profesional y los mayores de 10 años de experiencia, como los momentos en los que se produce un menor nivel de asociación con el síndrome. Naisberg y Fenning encuentran una relación inversa debido a que los sujetos que más Burnout experimentan acabarían por abandonar su profesión, por lo que los profesionales con más años en su trabajo serían los que menos Burnout presentaron y por ello siguen presentes. (Iruretagoyena, 2014)

Es conocida la relación entre Burnout y sobrecarga laboral en los profesionales asistenciales, de manera que este factor produciría una disminución de la calidad de las

prestaciones ofrecidas por estos trabajadores, tanto cualitativa como cuantitativamente. Sin embargo no parece existir una clara relación entre el número de horas de contacto con los pacientes y la aparición de Burnout, si bien si es referida por otros autores. (Iruretagoyena, 2014)

También el salario ha sido invocado como otro factor que afectaría al desarrollo de Burnout en estos profesionales, aunque no queda claro en la literatura. (Iruretagoyena, 2014)

1.6. Modelos explicativos del síndrome de Burnout

Hasta el momento se han generado diversas propuestas basadas en fundamentos teóricos amplios y diferenciados.

Se clasifican en: teoría sociocognitiva del yo, teoría del intercambio social, teoría organizacional y teoría estructural

Teoría sociocognitiva del yo

Los modelos basados en esta teoría consideran que las cogniciones de los individuos afectan la percepción y conducta propia, y le dan gran importancia a las variables relacionadas con la autoconfianza, la autoeficacia y el autoconcepto

En este se asume que el profesional asistencial tiene alto sentido de altruismo, en su entorno laboral encuentra factores facilitadores y de barrera. Si el trabajador se encuentra con los segundos, los sentimientos de eficacia disminuyen, porque no consigue sus objetivos, y esto afecta negativamente la esperanza de conseguirlos. Al mantenerse esta situación en el tiempo se origina el síndrome de Burnout. (Ochoa, Síndrome de burnout en médicos: ausentismo, seguridad del paciente. Una revisión sistemática exploratoria, 2017)

Teoría del intercambio social

Se basa en que el sujeto al establecer relaciones interpersonales, activa mecanismos cognitivos de comparación social que pueden generarle percepciones de inequidad o falta

de ganancia, lo que aumentaría el riesgo de padecer Burnout. En el modelo de Buunk y Schaufeli (1993) se explica la etiología del síndrome de Burnout en profesionales de enfermería, a partir de tres fuentes relacionadas con los procesos de intercambio social: 1) la incertidumbre: es la falta de claridad sobre lo que se siente y piensa, sobre cómo actuar. 2) La percepción de equidad: equilibrio percibido sobre lo que se da y lo que se recibe en el curso de sus relaciones. 3) La falta de control: se explica como la posibilidad/capacidad del trabajador para controlar los resultados de sus acciones laborales. (Ochoa, Síndrome de burnout en médicos: ausentismo, seguridad del paciente. Una revisión sistemática exploratoria, 2017)

Teoría organizacional

Se caracteriza por basarse en la función de los estresores del contexto organizacional y de las estrategias de afrontamiento de los trabajadores. Está generado por situaciones de sobrecarga laboral y por pobreza de rol (cuando hay escasa estimulación en el puesto de trabajo), y en etapas posteriores desencadena la sintomatología del síndrome. (Ochoa, Síndrome de burnout en médicos: ausentismo, seguridad del paciente. Una revisión sistemática exploratoria, 2017)

Teoría estructural

Se fundamenta en la importancia de los antecedentes personales, interpersonales y organizacionales para explicar la etiología del síndrome de Burnout desde una visión holística del fenómeno. Por ende, afirman que el estrés es consecuencia de un desequilibrio de la percepción entre las demandas y la capacidad de respuesta del sujeto. (Ochoa, Síndrome de burnout en médicos: ausentismo, seguridad del paciente. Una revisión sistemática exploratoria, 2017)

1.7. El estrés

En los últimos años el estrés laboral es objeto de interés creciente tanto por parte de los profesionales como de los propios trabajadores. Más aun cuando ha habido grandes cambios tanto en el mercado de trabajo como fuera de él y estos apuntan a un

protagonismo cada vez mayor de éste como uno de los principales problemas de salud laboral.

El estrés es un mecanismo de defensa que la persona emplea al estar en contacto con eventos amenazantes, según su percepción “entendemos por estrés una respuesta adaptativa, mediada por las características individuales y/o procesos psicológicos, la cual es a la vez consecuencia de alguna acción, de una situación o un evento externo que plantean a la persona especiales demandas físicas y/o psicológicas” (Durán, 2010)

El término estrés proviene de la física y la arquitectura y se refiere a la fuerza que se aplica a un objeto, que puede deformarlo o romperlo. En la psicología, estrés suele hacer referencia a situaciones que implican demandas fuertes para el individuo y que pueden agotar sus recursos de afrontamiento (Brenghmann, 1987).

Los factores que provocan el estrés

Dentro de los factores tenemos los biogénicos, mismos que se caracterizan por ser estímulos capaces de producir determinados cambios bioquímicos o eléctricos que automáticamente disparan la respuesta de estrés, con independencia de otros factores psicológicos. Algunos ejemplos de este grupo de estresores son: temperatura extrema, ruido elevado, sustancias psicoactivas (café, tabaco, etc...), enfermedades orgánicas, dolor, etc. Por ejemplo, las condiciones físicas en las que se desarrolla el trabajo pueden causar directamente enfermedades orgánicas graves para el trabajador, pudiendo producir incluso la muerte. Existe una clasificación muy detallada de este tipo de enfermedades profesionales y sus causas. Las variables físicas más importantes a controlar son la temperatura, la iluminación, las ondas sonoras, las vibraciones y el diseño del lugar de trabajo (Quick y Quick, 1984).

El interés por este campo de estudio está creciendo en los últimos años desarrollándose con fuerza la investigación ergonómica (Martín, Martínez-Arias y Pereda, 1989).

El exceso de fatiga en trabajadores nocturnos se evidencia en el deterioro de ciertos índices biológicos: frecuencia cardíaca y tensión arterial (Mezel, 1950), consumo de oxígeno (Ilmarinen, 1980), catecolaminas (Aston Jones, 1981), cambios electroencefalográficos, etc. Pero también influye en el deterioro de índices psicológicos:

aumentos en el tiempo de reacción, caídas en los resultados obtenidos en la realización de pruebas orales, aumento del malestar subjetivo, desajustes familiares, etc. Estos índices negativos podrían ser cruciales en la eficiencia y eficacia a la hora de valorar el rendimiento profesional y en el aumento de la gravedad de los accidentes de trabajo.

En el ámbito laboral, los estresores que se presentan influyen de forma importante en el sujeto. Como se muestra en la siguiente tabla (Casalnova y Di Martino, 1994), existen profesiones con niveles de estrés más altos que otros. En esta tabla, elaborada por el Instituto de Ciencia y Tecnología de la Universidad de Manchester, se evalúa el grado de estrés de las distintas profesiones de 0 a 10.

Nivel de estrés en determinadas profesiones

Miñeros	8.3
Policías	7.7
Trabajadores de la construcción.	7.5
Pilotos de líneas aéreas	7.5
Periodistas	7.5
Dentistas	7.3
Médicos	6.8
Enfermeros	6.5
Conductores de ambulancia	6.3
Músicos	6.2
Profesores	6.0
Directores de personal	6.2

Fuente: (Casalnova y Di Martino, 1994)

La consecuencia inmediata que se puede extraer de la tabla anterior es que existen situaciones laborales objetivas que son potencialmente más estresantes que otras. Al menos, así son valoradas por las muestras de los distintos colectivos de trabajadores que han sido presentados en este estudio.

Muchos han sido los autores que han señalado los estresores propios en el ámbito laboral (Dolan y Arsenault, 1984; Rosh, 1984; Cooper, 1993). Dolan y Arsenault (1984) consideran que el origen del estrés en el ámbito laboral es doble:

- A) Orígenes extrínsecos al trabajo: malas condiciones de trabajo, ambigüedad con respecto al futuro, grado de riesgo, ambigüedad de rol, conflicto de rol, malas relaciones sociales, comportamiento personal problemático.
- B) Orígenes intrínsecos al trabajo: problemas temporales, sobrecarga de trabajo, mucha/poca participación en las decisiones, mucha/poca dificultad en la tarea, mucha/poca responsabilidad, amenazas... García Izquierdo (1993), añade dos nuevos estresores que generan situaciones de tensión en los trabajadores y en la organización: el desarrollo de la carrera profesional y los estresores derivados de los cambios en el contexto organizacional.

El estrés integra tres fases:

- 1.- Alarma
- 2.- Resistencia
- 3.- Agotamiento

1.8. Cuestionarios de Burnout.

El primer instrumento y el más ampliamente utilizado es el Inventario Maslach de Burnout. Éste consiste en 22 ítems que se presentan en formato de escala Likert con 5 opciones de respuesta (de 1 a 5) que hacen referencia a la frecuencia con que se experimentan ciertos pensamientos o sentimientos, desde “nunca” hasta “todos los días”. Los ítems se agrupan en tres dimensiones: agotamiento emocional (9 ítems, puntuación de 1 a 45), despersonalización (5 ítems, puntuación de 1 a 25), y realización personal (8 ítems, puntuación de 1 a 40). En general se considera una puntuación igual o mayor a 34 como indicador de Burnout. (Gomez de Regil & Estrella, 2015)

El cuestionario “Burnout Measure” incluye 21 ítems con 7 opciones de respuesta en escala Likert para medir tres dimensiones: agotamiento físico, emocional y mental. La versión breve reduce la escala a 10 ítems.

En ambas versiones se obtiene un puntaje global sin punto de corte establecido. (Gomez de Regil & Estrella, 2015)

El cuestionario SMBM (Shirom-Melamed Burnout Measure) incluye 14 ítems sobre fatiga física, agotamiento emocional y desgaste cognitivo en una escala Likert de siete puntos y es una versión posterior al SMBQ (Shirom-Melamed Burnout Questionnaire) de 22 ítems con cuatro escalas: fatiga física, desgaste cognitivo, tensión y apatía.

El cuestionario OLBI (Oldenburg Burnout Inventory) (20) consta de 16 ítems con 4 opciones de respuesta, de “totalmente de acuerdo” a “totalmente en desacuerdo”.

Contempla dos dimensiones, desapego y agotamiento, cada una con 8 ítems. (Gomez de Regil & Estrella, 2015)

El Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT) incluye 20 ítems que se distribuyen en 4 dimensiones denominadas: ilusión por el trabajo (5 ítems), desgaste psíquico (4 ítems), cinismo (6 ítems) y culpa (5 ítems). Los ítems se evalúan en una escala Likert de 5 grados que va de 0 (Nunca) a 4 (Muy frecuentemente: todos los días). Bajas puntuaciones en ilusión por el trabajo junto a altas puntuaciones en desgaste psíquico y cinismo suponen altos niveles de Burnout.

Cabe mencionar que este cuestionario fue diseñado en idioma castellano y se han reportado buenas propiedades psicométricas en muestras mexicanas. (Gomez de Regil & Estrella, 2015)

CAPÍTULO II

2. APROXIMACIÓN METODOLÓGICA

2.1. Tipo y diseño de investigación

La metodología propuesta, busca establecer los procedimientos adecuados para lograr los objetivos:

- **Tipos**

Descriptiva y explicativa

Es necesario hacer una investigación previa sobre nuestro objeto de estudio, y por lo tanto hay explorar e indagar, con la finalidad de alcanzar el objetivo planteado.

El conocimiento de la investigación es tan vago e impreciso impide sacar las más provisorias conclusiones sobre qué aspectos son relevantes y cuáles no.

La voluntad y entusiasmo para investigar un tema, si se desconoce del mismo se debe realizar un estudio exploratorio para empezar a conocerlo, familiarizarse con él, y precisar el problema, dando forma a la hipótesis previa que sobre la cuestión tengamos.

Se realizará con el propósito de destacar los aspectos fundamentales de la problemática determinada y se encontrará los procedimientos adecuados para elaborar una investigación posterior. Es útil desarrollar este tipo de investigación porque, al contar con sus resultados, se abrirán otras líneas de investigación y proceder a su consecuente comprobación.

Investigación descriptiva

Se va aplicar la investigación descriptiva ya que se va a utilizar un test para establecer la realidad del cuidador médico.

Mediante este tipo de investigación, que utiliza el método de análisis, y se logrará caracterizar un objeto de estudio o una situación concreta, señalar sus características y propiedades. Combinando con ciertos criterios de clasificación para ordenar, agrupar o sistematizar los objetos involucrados en el trabajo investigado. (Tipos de Investigación, 2000)

Los estudios descriptivos buscan desarrollar una imagen o fiel representación (descripción) del fenómeno estudiado a partir de sus características. Describir en este caso es sinónimo de medir. Miden variables o conceptos con el fin de especificar las propiedades importantes de comunidades, personas, grupos o fenómeno bajo análisis. El énfasis está en el estudio independiente de cada característica, es posible que de alguna manera se integren las mediciones de dos o más características con el fin de determinar cómo es o cómo se manifiesta el fenómeno. Pero en ningún momento se pretende establecer la forma de relación entre estas características. En algunos casos los resultados pueden ser usados para predecir.

Investigación explicativa

Mediante esta investigación, se requiere la combinación de los métodos analítico y sintético, los mismos que tratan de responder o dar cuenta del porqué del objeto que se investiga. (Tipos de Investigación, 2000)

Los estudios explicativos pretenden conducir a un sentido de comprensión o entendimiento de un fenómeno. Apuntan a las causas de los eventos físicos o sociales. Pretenden responder a preguntas como: ¿por qué ocurre? ¿En qué condiciones ocurre? Son más estructurados y en la mayoría de los casos requieren del control y manipulación de las variables en un mayor o menor grado.

Métodos de investigación

Los métodos de investigación que se utilizarán en la presente investigación consideran los métodos necesarios para lograr la ejecución de la misma, es decir a nuestro objeto de estudio lo someteremos al método inductivo y deductivo:

El método inductivo. Partimos de lo que se presenta durante el desarrollo del trabajo de investigación, hacia particularidades entorno al trabajo del cuidador médico. (Grajales, 2000)

El método deductivo. Al estar la investigación inmersa en los procesos estratégicos del cuidado de la salud, será necesario el análisis constante de todas las variables para establecer comportamientos y rectificaciones posibles. (Grajales, 2000)

Enfoque de la investigación

Cualitativo porque la orientación se centrará en la comprensión del problema, objeto de estudio, ya que la observación será naturalista en donde el trabajo del cuidador médico va a ser analizada intrínsecamente es decir la investigación va a ser interna. (El Método Cualitativo, 2008)

Consiste en descripciones detalladas de situaciones, eventos, personas, interacciones y comportamientos que son observables. Incorpora lo que los participantes dicen, sus experiencias, actitudes, creencias, pensamientos y reflexiones tal como son expresadas por ellos mismos y no como uno los describe.

El Método Cuantitativo está orientado a la comprobación de la investigación, la misma que tiene un enfoque universal donde se va a buscar las causas del problema de una manera fragmentaria. (Pita Fernández, 2002)

La investigación cuantitativa trata de determinar la fuerza de asociación o correlación entre variables, la generalización y objetivación de los resultados a través de una muestra para hacer inferencia a una población de la cual toda muestra procede.

Alcance de la investigación: descriptivo, explicativo.

El alcance del presente trabajo de investigación según el criterio será descriptivo, ya que llegaremos a conocer las situaciones, costumbres y actitudes predominantes a través de la descripción exacta de las actividades, objeto, proceso y persona y explicativo porque nos permitirá conocer las causas que se encuentran afectando la salud del cuidador médico, producto su cotidiano trabajo.

a) Población y muestra de estudio

Es el total del conjunto de elementos u objetos de los cuales se quiere obtener información. Por tanto, nuestra población se encuentra delimitada por el total de 75 residentes del Hospital Provincial General Docente de Riobamba

El número de personas que se tienen que encuestar se llama tamaño de la muestra, por lo que se trabajará con una muestra representativa en función de un margen de error de 95%, el más utilizado.

b) Selección de la muestra

El procedimiento para la selección de elementos muestrales, se consideran, ya que se trabajará con una parte del universo que involucra la investigación.

c) Técnica de recolección de datos primarios y secundarios.

Para alcanzar los objetivos propuestos en el presente proyecto de investigación, se utilizará las siguientes técnicas de investigación con sus respectivos instrumentos.

- **Entrevistas.** a los directivos y cuidadores médicos, con el propósito de conocer cómo se lleva a cabo el cuidado médico de los pacientes. Para ello el instrumento a aplicar es el cuestionario.

- **Investigación bibliográfica.** con el ánimo de sustentar teóricamente nuestra investigación; el instrumento a utilizar es la ficha bibliográfica.
- **Test** a los médicos residentes orientados a conocer su situación real dentro de sus labores diarias en el hospital docente.

Instrumentos de recolección de datos primarios y secundarios.

Dentro de los instrumentos a considerar están: la guía de observación, el cuestionario de entrevista, y test.

Instrumentos para procesar datos recopilados.

Entre los instrumentos para procesar los datos está el sistema computarizado Excel

2.2. Hipótesis

Existe estrés laboral en los médicos residentes del Hospital Provincial General Docente del cantón Riobamba provincia de Chimborazo.

2.3. Identificación de variables

Las variables a analizar se han enfocado desde varias perspectivas: variables más relacionadas a características personales del individuo, con aspectos relacionados con circunstancias externas al trabajo o incluso desde perspectivas correlacionadas:

- Servicio hospitalario
- Sexo
- Edad
- Estado civil
- Tiene hijos
- Número de hijos

- Horario

2.4. Operacionalización de variables

Tabla 1-2: Operacionalización de variables

VARIABLE	ESCALA DE CLASIFICACIÓN	INDICADORES
Edad categorizada (variable cuantitativa continua)	Edad de: 25-34 años 35-44 años >45	Tasa de Distribución de población por edad
Sexo (variable dicotómica)	Masculino Femenino	Tasa de distribución de población por sexo
Servicio hospitalario (variable cualitativa no ordinal)	Emergencia Cirugía Unidad de Quemados Unidad de Cuidados Intensivos Ginecología y Obstetricia Medicina Interna Anestesiología	Tasa de distribución de población según
Estado civil (variable cualitativa no ordinal)	Soltero Casado Unión Libre Divorciado Viudo	Tasa de distribución de población por estado civil
Descendencia (variable dicotómica)	Respuesta afirmativa o negativa si tiene o no hijos	Tasa de distribución de población en base a si tiene o no descendencia
Número de hijos	(1,2,3,4...)	Tasa de distribución de población por número de hijos

(Variable cuantitativa discreta)		
Horario (variable cualitativa no ordinal)	Administrativo Turnos	Tasa de distribución de población por horario que cumple

CAPITULO III

3. RESULTADOS

3.1. Distribución de médicos residentes del servicio de Cirugía

Tabla 1-3: Distribución de médicos residentes del servicio de Cirugía

SEXO	EDAD	ESTADO CIVIL	NUMERO DE HIJOS	HORARIO	AGOTAMIENTO PROFESIONAL	DESPERSONALIZACIÓN	REALIZACIÓN PERSONAL	BURNOUT
1)FEMENINO	30	CASADA	3	ADMINISTRATIVO	21	14	36	NO
2)FEMENINO	33	SOLTERA	2	TURNOS	20	14	34	NO
3)FEMENINO	30	CASADA	1	TURNOS	25	15	35	NO
4)FEMENINO	27	CASADA	0	TURNOS	26	12	33	NO
5)MASCULINO	37	CASADO	2	TURNOS	28	12	34	SI
6)MASCULINO	26	SOLTERO	0	TURNOS	23	13	35	NO
7)MASCULINO	35	SOLTERO	2	TURNOS	25	14	34	NO
8)MASCULINO	28	SOLTERO	0	TURNOS	27	16	33	SI
9)MASCULINO	26	SOLTERO	0	TURNOS	22	13	34	NO
10)MASCULINO	30	SOLTERO	0	TURNOS	21	12	32	NO

Fuente: Test de Burnout realizado al Servicio de Cirugía

Realizado por: Ariel Avalos y Bryan Altamirano, 2018

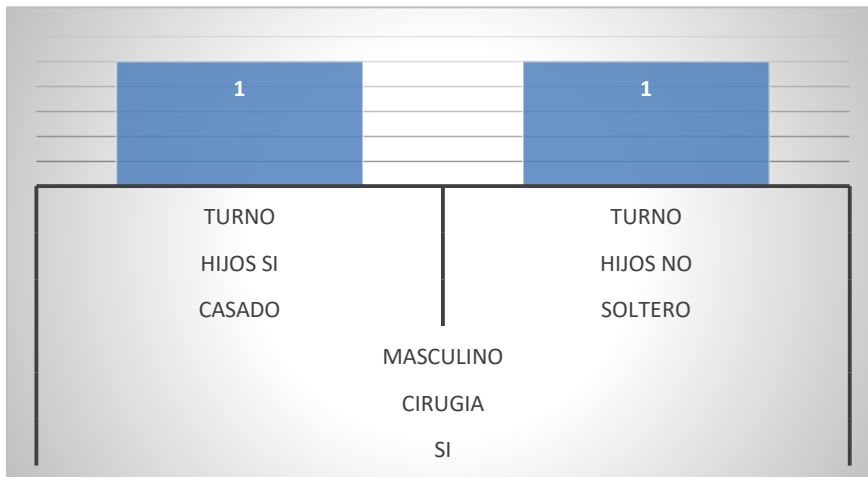


Gráfico 1-3: Cuenta de Burnout en Cirugía

Realizado por: Ariel Avalos y Bryan Altamirano, 2018

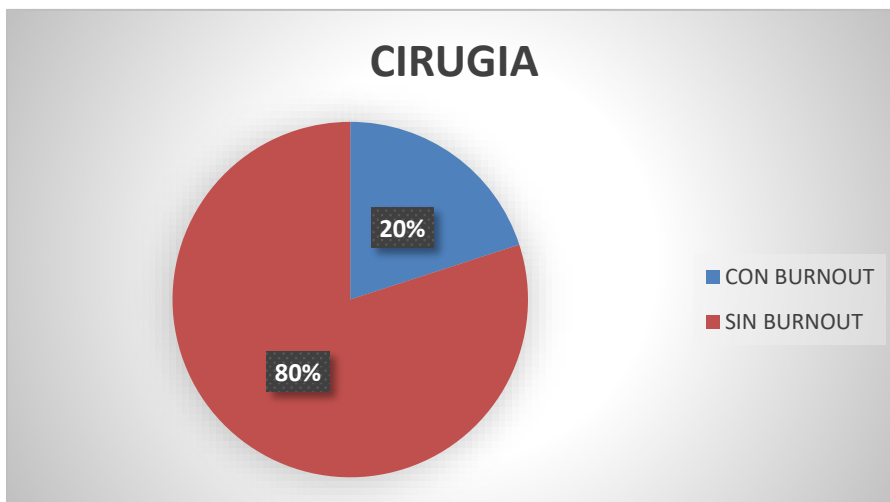


Gráfico 2-3: Porcentaje de Burnout en Cirugía

Realizado por: Ariel Avalos y Bryan Altamirano, 2018

ANÁLISIS:

En el servicio de Cirugía encontramos un total de 10 residentes, siendo 4 personas de sexo femenino y 6 de sexo masculino. De entre ellas tenemos 3 mujeres casadas, 1 soltera y 3 con hijos. Por el contrario en los hombres un solo hombre casado y 2 hombres con hijos. Del total de residentes solo uno realiza turnos administrativos. Encontramos 2 casos de síndrome de Burnout, en personas de sexo masculino, 1 se encuentra casado y tiene hijos, y 1 se encuentra soltero y no tiene hijos, y ambos realizan turnos. El porcentaje de médicos residentes que padecen el síndrome de Burnout es de 20% en relación al 80% que no lo padecen.

3.2. Distribución de médicos residentes del servicio de Medicina Interna

Tabla 2-3: Distribución de médicos residentes del servicio de Medicina Interna

SEXO	EDAD	ESTADO CIVIL	NUMERO DE HIJOS	HORARIO	AGOTAMIENTO PROFESIONAL	DESPERSONALIZACIÓN	REALIZACIÓN PERSONAL	BURNOUT
1)MASCULINO	30	SOLTERO	1	TURNOS	23	12	32	NO
2)MASCULINO	33	CASADO	3	TURNOS	28	13	34	SI
3)FEMENINO	32	CASADA	1	TURNOS	25	11	32	NO
4)FEMENINO	34	SOLTERA	0	TURNOS	22	12	31	NO
5)FEMENINO	26	CASADA	0	TURNOS	29	10	34	SI
6)FEMENINO	35	CASADA	2	TURNOS	28	14	33	SI
7)FEMENINO	31	CASADA	1	ADMINISTRATIVO	23	11	30	NO

Fuente: Test de Burnout realizado al Servicio de Medicina Interna

Realizado por: Ariel Avalos y Bryan Altamirano, 2018

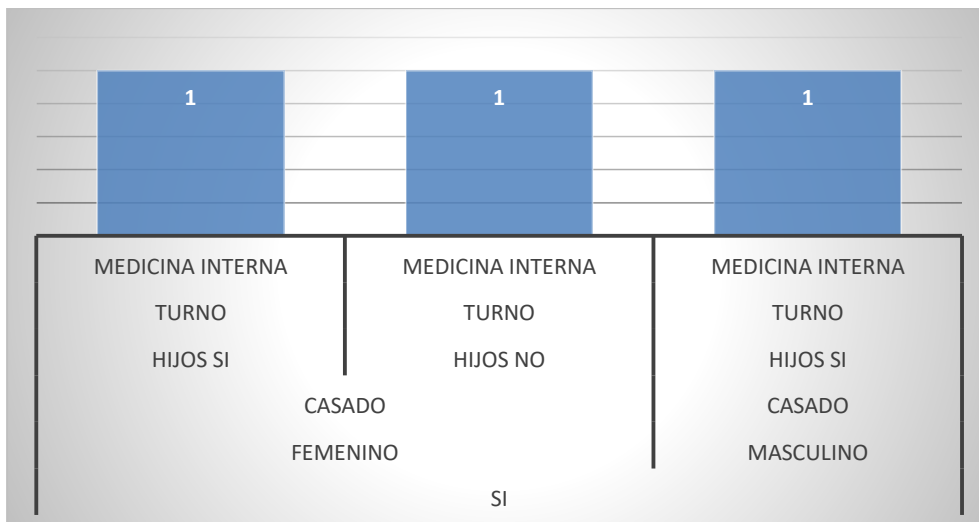


Gráfico 3-3: Cuenta de Burnout en Medicina Interna

Realizado por: Ariel Avalos y Bryan Altamirano, 2018

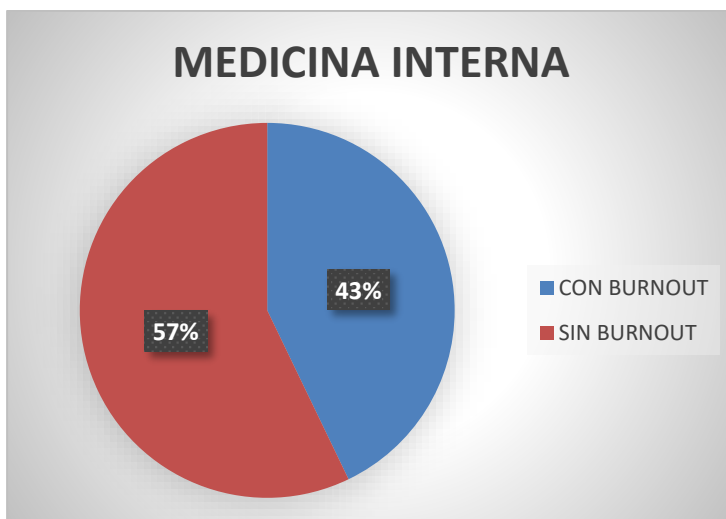


Gráfico 4-3: Porcentaje de Burnout en Medicina Interna

Realizado por: Ariel Avalos y Bryan Altamirano, 2018

ANÁLISIS:

En el servicio de Medicina Interna encontramos un total de 7 residentes, siendo 5 personas de sexo femenino y 2 de sexo masculino. De entre ellas tenemos 4 mujeres casadas, 1 soltera y 3 con hijos. Por el contrario en los hombres un solo hombre casado, con hijos y un hombre soltero con hijos. Del total de residentes solo uno realiza turnos administrativos. Encontramos tres casos con Síndrome de Burnout, siendo dos mujeres, 1 casada y sin hijos, otra casada y con hijos, y un hombre casado con hijos, los 3 realizan turnos. El porcentaje de médicos residentes que padecen el síndrome de Burnout es de 43% en relación al 57% que no lo padecen.

3.3. Distribución de médicos residentes del servicio de Ginecología y Obstetricia

Tabla 3-3: Distribución de médicos residentes del servicio de Ginecología y Obstetricia

SEXO	EDAD	ESTADO CIVIL	NUMERO DE HIJOS	HORARIO	AGOTAMIENTO PROFESIONAL	DESPERSONALIZACIÓN	REALIZACIÓN PERSONAL	BURNOUT
1)FEMENINO	27	SOLTERA	0	TURNOS	26	13	30	NO
2)FEMENINO	33	CASADA	2	TURNOS	28	11	35	NO
3)FEMENINO	28	SOLTERA	1	TURNOS	30	14	34	SI
4)FEMENINO	29	SOLTERA	0	TURNOS	24	10	30	NO
5)FEMENINO	40	CASADA	1	TURNOS	29	12	32	NO
6)FEMENINO	39	CASADA	1	TURNOS	26	13	35	NO
7)FEMENINO	29	SOLTERA	0	TURNOS	24	11	30	NO
8)FEMENINO	31	SOLTERA	0	TURNOS	25	12	32	NO
9)FEMENINO	30	CASADA	1	TURNOS	28	15	35	SI

Fuente: Test de Burnout realizado al Servicio de Ginecología y Obstetricia

Realizado por: Ariel Avalos y Bryan Altamirano, 2018

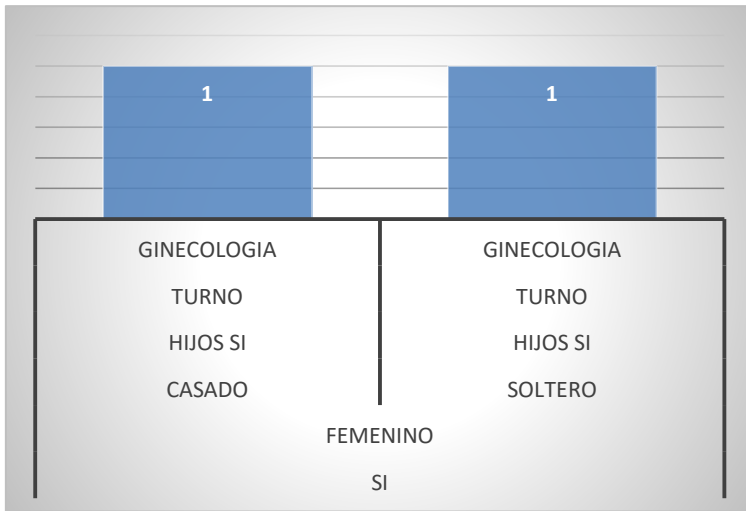


Gráfico 5-3: Cuenta de Burnout en Ginecología y Obstetricia

Realizado por: Ariel Avalos y Bryan Altamirano, 2018

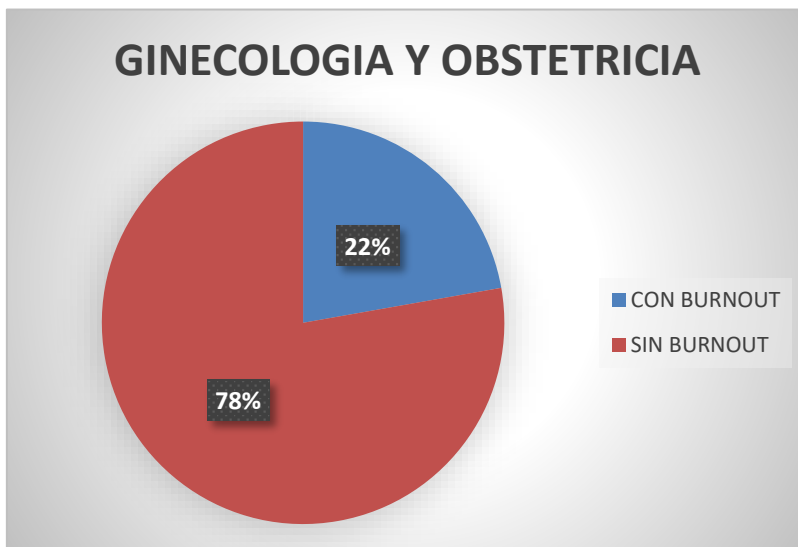


Gráfico 6-3: Porcentaje de Burnout en Ginecología y Obstetricia

Realizado por: Ariel Avalos y Bryan Altamirano, 2018

ANÁLISIS:

En el servicio de Ginecología y Obstetricia encontramos un total de 9 residentes, siendo en su totalidad de sexo femenino. De entre ellas tenemos 4 mujeres casadas y con hijos, 5 solteras y 1 con hijo. La totalidad de residentes realiza turnos. Encontramos 2 casos de síndrome de Burnout, un caso es mujer, está soltera y tiene hijos, y el otro caso se trata de una mujer casada, con hijos. El porcentaje de médicos residentes que padecen el síndrome de Burnout es de 22% en relación al 78% que no lo padecen.

3.4. Distribución de médicos residentes del servicio de Pediatría

Tabla 4-3: Distribución de médicos residentes del servicio de Pediatría

SEXO	EDAD	ESTADO CIVIL	NUMERO DE HIJOS	HORARIO	AGOTAMIENTO PROFESIONAL	DESPERSONALIZACIÓN	REALIZACIÓN PERSONAL	BURNOUT
1)FEMENINO	33	CASADA	1	TURNO	30	13	32	NO
2)FEMENINO	30	CASADA	0	TURNO	25	11	31	NO
3)MASCULINO	30	SOLTERO	1	TURNO	32	12	30	NO
4)FEMENINO	29	SOLTERA	0	TURNO	24	10	31	NO
5)FEMENINO	32	CASADA	2	TURNO	35	14	33	SI
6)MASCULINO	33	SOLTERO	0	TURNO	23	11	30	NO
7)FEMENINO	32	CASADA	2	TURNO	34	14	33	SI
8)FEMENINO	31	SOLTERA	0	TURNO	22	10	31	NO
9)FEMENINO	28	SOLTERA	0	TURNO	28	12	30	NO
10)FEMENINO	30	CASADA	1	ADMINISTRATIVO	32	13	35	SI
11)MASCULINO	34	CASADO	2	TURNO	33	11		SI

Fuente: Test de Burnout realizado al Servicio de Pediatría

Realizado por: Ariel Avalos y Bryan Altamirano, 2018

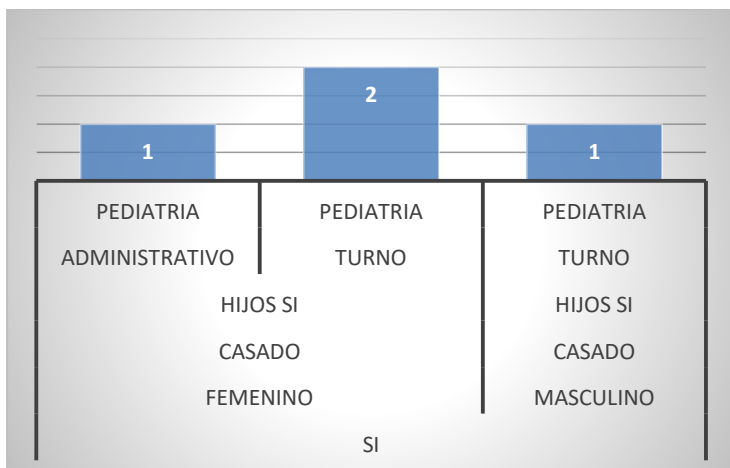


Gráfico 7-3: Cuenta de Burnout en Pediatría

Realizado por: Ariel Avalos y Bryan Altamirano, 2018

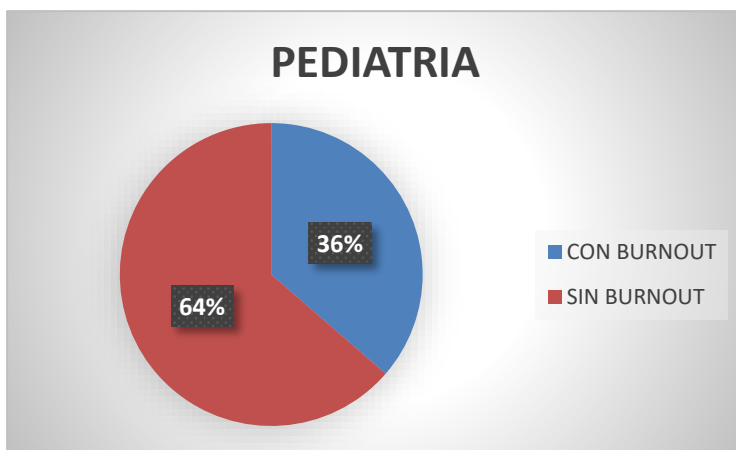


Gráfico 8-3: Porcentaje de Burnout en Pediatría

Realizado por: Ariel Avalos y Bryan Altamirano, 2018

ANÁLISIS:

En el servicio de Pediatría-Neonatología encontramos un total de 11 residentes, siendo 8 personas de sexo femenino y 3 de sexo masculino. De entre ellas tenemos 5 mujeres casadas y 4 con hijos, 3 solteras sin hijos. Por el contrario 1 hombre casado y con hijos y 2 solteros, 1 con hijo. Una sola persona realiza turnos administrativos. Encontramos 4 casos con Síndrome de Burnout, 2 son mujeres casadas con hijos que realizan turnos, un caso corresponde a 1 mujer casada con hijos, que trabaja en horario administrativo, y hay 1 caso de un hombre casado con hijos que realiza turnos. El porcentaje de médicos residentes que padecen el síndrome de Burnout es de 36% en relación al 64% que no lo padecen.

3.5. Distribución de médicos residentes del servicio de Emergencia

Tabla 5-3: Distribución de médicos residentes del servicio de Emergencia

SEXO	EDAD	ESTADO CIVIL	NUMERO DE HIJOS	HORARIO	AGOTAMIENTO PROFESIONAL	DESPERSONALIZACIÓN	REALIZACIÓN PERSONAL	BURNOUT
1)FEMENINO	29	CASADA	1	TURNO	29	11	30	NO
2)MASCULINO	30	CASADO	1	TURNO	28	14	31	NO
3)FEMENINO	31	SOLTERA	0	TURNO	25	12	30	NO
4)FEMENINO	32	SOLTERA	0	TURNO	23	11	31	NO
5)FEMENINO	34	SOLTERA	0	TURNO	20	10	28	NO
6)FEMENINO	33	SOLTERA	0	TURNO	22	13	31	NO
7)MASCULINO	30	SOLTERO	0	TURNO	26	14	29	NO
8)MASCULINO	35	CASADO	3	TURNO	32	13	35	SI
9)FEMENINO	29	SOLTERA	0	TURNO	25	12	30	NO
10)FEMENINO	30	SOLTERA	0	TURNO	24	10	29	NO
11)MASCULINO	48	CASADO	5	TURNO	28	12	34	SI
12)FEMENINO	32	SOLTERA	0	TURNO	23	11	31	NO
13)FEMENINO	34	SOLTERA	0	TURNO	24	10	30	NO
14)FEMENINO	33	SOLTERA	1	TURNO	27	10	34	NO
15)FEMENINO	30	SOLTERA	1	TURNO	30	15	33	NO
16)FEMENINO	34	SOLTERA	0	TURNO	24	11	30	NO
17)FEMENINO	32	SOLTERA	0	TURNO	25	10	28	NO
18)MASCULINO	30	CASADO	2	TURNO	32	12	35	SI
19)FEMENINO	33	CASADA	1	TURNO	34	13	37	SI

Fuente: Test de Burnout realizado al Servicio de Emergencia
Realizado por: Ariel Avalos y Bryan Altamirano, 2018

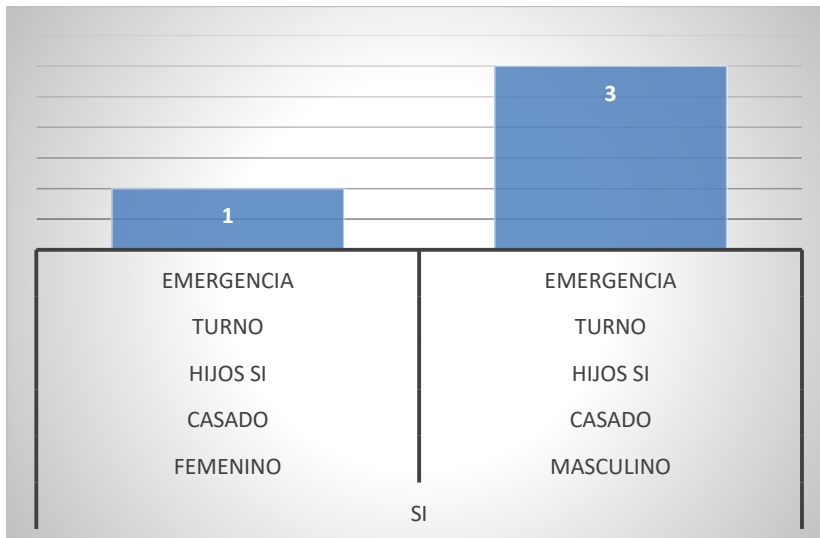


Gráfico 9-3: Cuenta de Burnout en Emergencia

Realizado por: Ariel Avalos y Bryan Altamirano, 2018

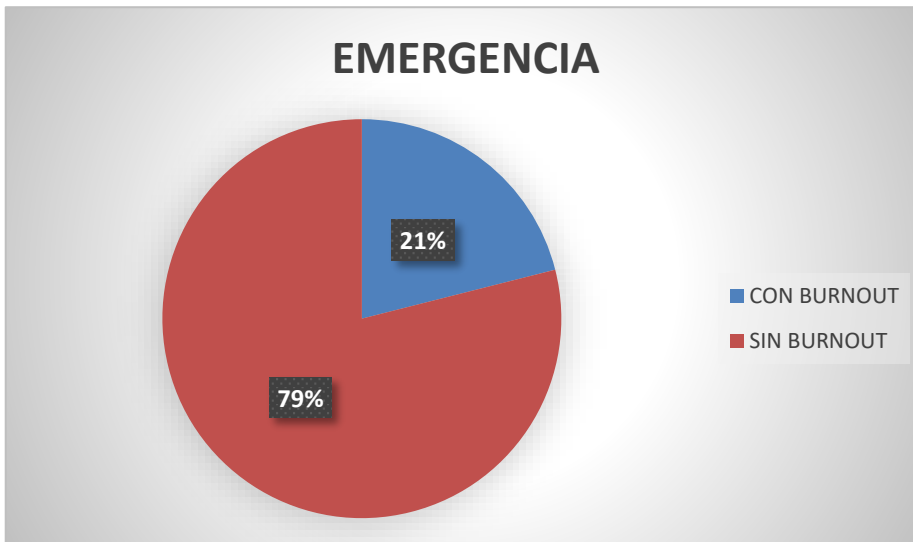


Gráfico 10-3: Porcentaje de Burnout en Emergencia

Realizado por: Ariel Avalos y Bryan Altamirano, 2018

ANÁLISIS:

En el servicio de Emergencia encontramos un total de 19 residentes, siendo 14 personas de sexo femenino y 5 de sexo masculino. De entre ellas tenemos 2 mujeres casadas, 2 solteras con hijos y 10 solteras sin hijos. Por el contrario 4 hombre casados y con hijos y 1 soltero sin hijos. La totalidad de residentes realiza turnos. Encontramos 4 casos con Síndrome de Burnout , 1 corresponde a una mujer casada con hijos, y 3 corresponden a hombres casados con hijos. El porcentaje de médicos residentes que padecen el síndrome de Burnout es de 21% en relación al 79% que no lo padecen.

3.6. Distribución de médicos residentes de la Unidad de Quemados

Tabla 6-3: Distribución de médicos residentes de la Unidad de Quemados

SEXO	EDAD	ESTADO CIVIL	NUMERO DE HIJOS	HORARIO	AGOTAMIENTO PROFESIONAL	DESPERSONALIZACIÓN	REALIZACIÓN PERSONAL	BURNOUT
1)FEMENINO	28	SOLTERA	0	TURNOS	25	12	30	NO
2)FEMENINO	31	CASADA	2	TURNOS	29	13	31	NO
3)FEMENINO	30	SOLTERA	0	TURNOS	25	12	32	NO
4)FEMENINO	31	SOLTERA	0	TURNOS	26	13	30	NO
5)FEMENINO	28	SOLTERA	0	TURNOS	22	11	29	NO
6)MASCULINO	32	CASADO	2	TURNOS	30	13	28	NO

Fuente: Test de Burnout realizado a la Unidad de Quemados

Realizado por: Ariel Avalos y Bryan Altamirano, 2018



Gráfico 11-3: Porcentaje de Burnout en la Unidad de Quemados

Realizado por: Ariel Avalos y Bryan Altamirano, 2018

ANÁLISIS:

En el servicio de Unidad de Quemados encontramos un total de 6 residentes, siendo 5 personas de sexo femenino y 1 de sexo masculino. De entre ellas tenemos 1 mujer casada y con hijos, 3 solteras. Por el contrario 1 hombre casado y con hijos. La totalidad de residentes realiza turnos. No se encontraron residentes con síndrome de Burnout. El porcentaje de médicos residentes que padecen el síndrome de Burnout es de 0%.

3.7. Distribución de médicos residentes de Anestesiología

Tabla 7-3: Distribución de médicos residentes del servicio de Anestesiología

SEXO	EDAD	ESTADO CIVIL	NUMERO DE HIJOS	HORARIO	AGOTAMIENTO PROFESIONAL	DESPERSONALIZACIÓN	REALIZACIÓN PERSONAL	BURNOUT
1)FEMENINO	30	SOLTERA	2	TURNO	32	13	35	SI
2)FEMENINO	35	SOLTERA	0	TURNO	25	10	32	NO
3)FEMENINO	33	CASADA	1	TURNO	30	14	30	NO
4)MASCULINO	29	SOLTERO	0	TURNO	25	12	28	NO
5)FEMENINO	34	SOLTERA	0	TURNO	26	11	29	NO
6)MASCULINO	30	CASADO	2	TURNO	33	14	31	SI
7)FEMENINO	32	SOLTERA	0	TURNO	25	10	25	NO

Fuente: Test de Burnout realizado al Servicio de Anestesiología

Realizado por: Ariel Avalos y Bryan Altamirano, 2018

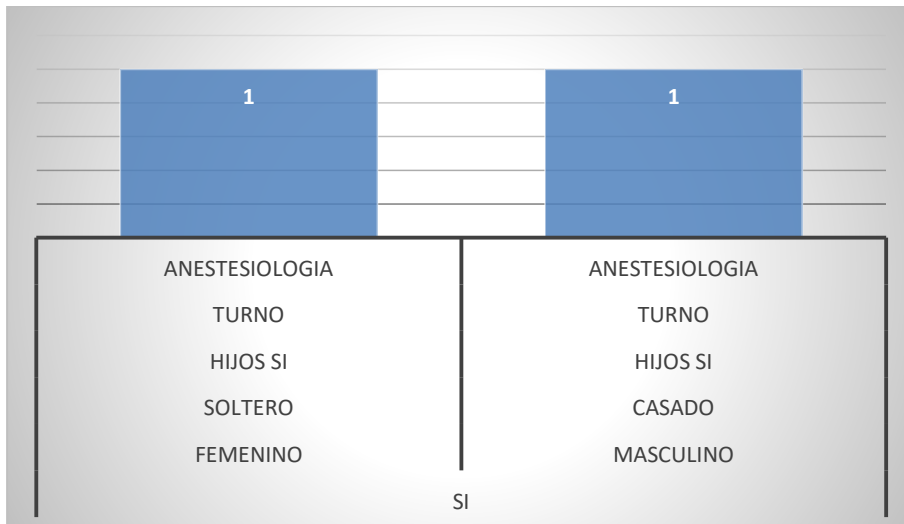


Gráfico 12-3: Cuenta de Burnout en Anestesiología

Realizado por: Ariel Avalos y Bryan Altamirano, 2018

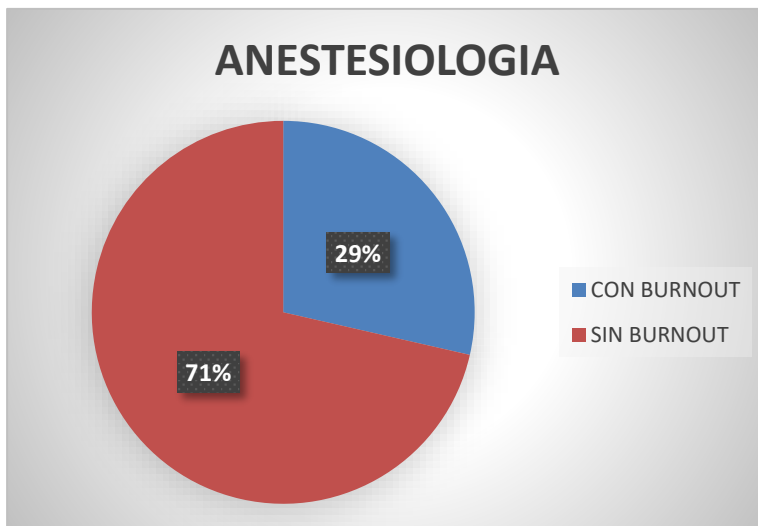


Gráfico 13-3: Porcentaje de Burnout en Anestesiología

Realizado por: Ariel Avalos y Bryan Altamirano, 2018

ANÁLISIS:

En el servicio de Anestesiología encontramos un total de 7 residentes, siendo 5 personas de sexo femenino y 2 de sexo masculino. De entre ellas tenemos 1 mujer casada y con hijo, 1 soltera y con hijos y 3 solteras sin hijos. Por el contrario 1 hombre casado y con hijos y 1 soltero sin hijos. La totalidad de residentes realiza turnos. Encontramos dos casos con Síndrome de Burnout, 1 hombre casado con hijos y 1 mujer soltera con hijos. El porcentaje de médicos residentes que padecen el síndrome de Burnout es de 29% en relación al 71% que no lo padecen.

3.8. Distribución de médicos residentes de Terapia Intensiva

Tabla 8-3: Distribución de médicos residentes de Terapia Intensiva

SEXO	EDAD	ESTADO CIVIL	NUMERO DE HIJOS	HORARIO	AGOTAMIENTO PROFESIONAL	DESPERSONALIZACIÓN	REALIZACIÓN PERSONAL	BURNOUT
1)FEMENINO	28	SOLTERA	0	TURNO	25	12	30	NO
2)FEMENINO	30	SOLTERA	0	TURNO	24	15	32	NO
3)MASCULINO	32	SOLTERO	0	TURNO	28	14	29	NO
4)MASCULINO	31	SOLTERO	0	TURNO	30	11	31	NO
5)FEMENINO	29	SOLTERA	1	TURNO	32	12	35	SI
6)FEMENINO	27	CASADA	2	TURNO	34	14	36	SI

Fuente: Test de Burnout realizado a la Unidad de Cuidados Intensivos

Realizado por: Ariel Avalos y Bryan Altamirano, 2018

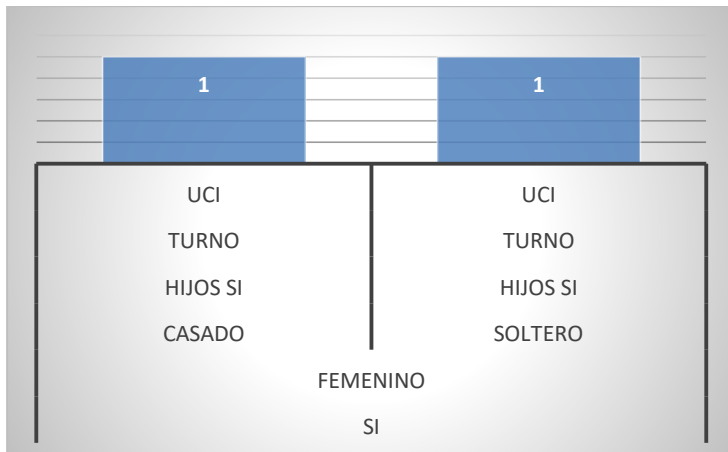


Gráfico 14-3: Cuenta de Burnout en Terapia Intensiva

Realizado por: Ariel Avalos y Bryan Altamirano, 2018

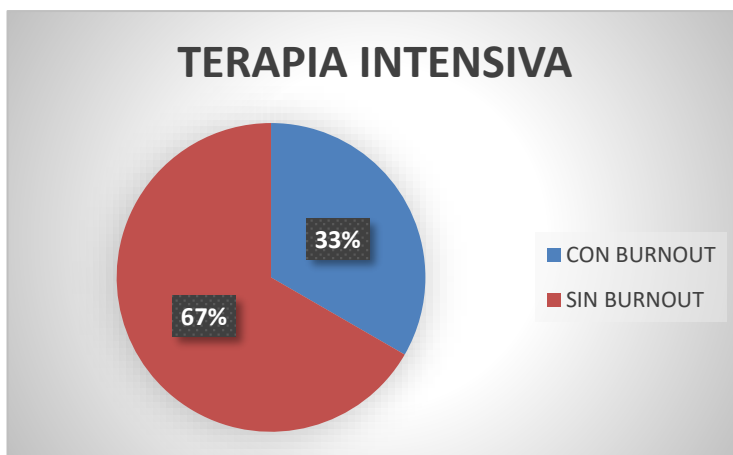


Gráfico 15-3: Porcentaje de Burnout en Terapia Intensiva

Realizado por: Ariel Avalos y Bryan Altamirano, 2018

ANÁLISIS:

En el servicio de Unidad de Cuidados Intensivos encontramos un total de 6 residentes, siendo 4 personas de sexo femenino y 2 de sexo masculino. De entre ellas tenemos 1 mujer casada y con hijos, 1 soltera con hijo y 2 solteras sin hijos. Por el contrario 2 hombres solteros sin hijos. La totalidad de residentes realiza turnos. Encontramos dos casos con Síndrome de Burnout, ambas mujeres, uno de ellos corresponde a una mujer casada con hijos, mientras el otro se trata de una mujer soltera con hijos. El porcentaje de médicos residentes que padecen el síndrome de Burnout es de 33% en relación al 67% que no lo padecen.

3.9. Distribución total de médicos residentes del HPGDR 2018

Tabla 9-3: Distribución total de médicos residentes del HPGDR 2018

SERVICIO	SEXO	EDAD	ESTADO CIVIL	NUMERO DE HIJOS	TIENE HIJOS	HORARIO	BURNOUT
1)CIRUGÍA	FEMENINO	30	CASADO	3	HIJOS SI	ADMINISTRATIVO	NO
2)CIRUGÍA	FEMENINO	33	SOLTERO	2	HIJOS SI	TURNO	NO
3)CIRUGÍA	FEMENINO	30	CASADO	1	HIJOS SI	TURNO	NO
4)CIRUGÍA	FEMENINO	27	CASADO	0	HIJOS NO	TURNO	NO
5)CIRUGÍA	MASCULINO	37	CASADO	2	HIJOS SI	TURNO	SI
6)CIRUGÍA	MASCULINO	26	SOLTERO	0	HIJOS NO	TURNO	NO
7)CIRUGÍA	MASCULINO	35	SOLTERO	2	HIJOS SI	TURNO	NO
8)CIRUGÍA	MASCULINO	28	SOLTERO	0	HIJOS NO	TURNO	SI
9)CIRUGÍA	MASCULINO	26	SOLTERO	0	HIJOS NO	TURNO	NO
10)CIRUGÍA	MASCULINO	30	SOLTERO	0	HIJOS NO	TURNO	NO
11)QUEMADOS	FEMENINO	28	SOLTERO	0	HIJOS NO	TURNO	NO
12)QUEMADOS	FEMENINO	31	CASADO	2	HIJOS SI	TURNO	NO
13)QUEMADOS	FEMENINO	30	SOLTERO	0	HIJOS NO	TURNO	NO
14)QUEMADOS	FEMENINO	31	SOLTERO	0	HIJOS NO	TURNO	NO
15)QUEMADOS	FEMENINO	28	SOLTERO	0	HIJOS NO	TURNO	NO
16)QUEMADOS	MASCULINO	32	CASADO	2	HIJOS SI	TURNO	NO
17)MEDICINA INTERNA	MASCULINO	30	SOLTERO	1	HIJOS SI	TURNO	NO
18)MEDICINA INTERNA	MASCULINO	33	CASADO	3	HIJOS SI	TURNO	SI
19)MEDICINA INTERNA	FEMENINO	32	CASADO	1	HIJOS SI	TURNO	NO
20)MEDICINA INTERNA	FEMENINO	34	SOLTERO	0	HIJOS NO	TURNO	NO
21)MEDICINA INTERNA	FEMENINO	26	CASADO	0	HIJOS NO	TURNO	SI
22)MEDICINA INTERNA	FEMENINO	35	CASADO	2	HIJOS SI	TURNO	SI

23)MEDICINA INTERNA	FEMENINO	31	CASADO	1	HIJOS SI	ADMINISTRATIVO	NO
24)TERAPIA INTENSIVA	FEMENINO	28	SOLTERO	0	HIJOS NO	TURNO	NO
25)TERAPIA INTENSIVA	FEMENINO	30	SOLTERO	0	HIJOS NO	TURNO	NO
26)TERAPIA INTENSIVA	MASCULINO	32	SOLTERO	0	HIJOS NO	TURNO	NO
27)TERAPIA INTENSIVA	MASCULINO	31	SOLTERO	0	HIJOS NO	TURNO	NO
28)TERAPIA INTENSIVA	FEMENINO	29	SOLTERO	1	HIJOS SI	TURNO	SI
29)TERAPIA INTENSIVA	FEMENINO	27	CASADO	2	HIJOS SI	TURNO	SI
30)GINECOLOGÍA OBSTETRICIA	Y FEMENINO	27	SOLTERO	0	HIJOS NO	TURNO	NO
31)GINECOLOGÍA OBSTETRICIA	Y FEMENINO	33	CASADO	2	HIJOS SI	TURNO	NO
32)GINECOLOGÍA OBSTETRICIA	Y FEMENINO	28	SOLTERO	1	HIJOS SI	TURNO	SI
33)GINECOLOGÍA OBSTETRICIA	Y FEMENINO	29	SOLTERO	0	HIJOS NO	TURNO	NO
34)GINECOLOGÍA OBSTETRICIA	Y FEMENINO	40	CASADO	1	HIJOS SI	TURNO	NO
35)GINECOLOGÍA OBSTETRICIA	Y FEMENINO	39	CASADO	1	HIJOS SI	TURNO	NO
36)GINECOLOGÍA OBSTETRICIA	Y FEMENINO	29	SOLTERO	0	HIJOS NO	TURNO	NO
37)GINECOLOGÍA OBSTETRICIA	Y FEMENINO	31	SOLTERO	0	HIJOS NO	TURNO	NO
38)GINECOLOGÍA OBSTETRICIA	Y FEMENINO	30	CASADO	1	HIJOS SI	TURNO	SI
39)ANESTESIOLOGÍA	FEMENINO	30	SOLTERO	2	HIJOS SI	TURNO	SI
49)ANESTESIOLOGÍA	FEMENINO	35	SOLTERO	0	HIJOS NO	TURNO	NO
41)ANESTESIOLOGÍA	FEMENINO	33	CASADO	1	HIJOS SI	TURNO	NO
42)ANESTESIOLOGÍA	MASCULINO	29	SOLTERO	0	HIJOS NO	TURNO	NO
43)ANESTESIOLOGÍA	FEMENINO	34	SOLTERO	0	HIJOS NO	TURNO	NO

44)ANESTESIOLOGÍA	MASCULINO	30	CASADO	2	HIJOS SI	TURNO	SI
45)ANESTESIOLOGÍA	FEMENINO	32	SOLTERO	0	HIJOS NO	TURNO	NO
46)EMERGENCIA	FEMENINO	29	CASADO	1	HIJOS SI	TURNO	NO
47)EMERGENCIA	MASCULINO	30	CASADO	1	HIJOS SI	TURNO	NO
48)EMERGENCIA	FEMENINO	31	SOLTERO	0	HIJOS NO	TURNO	NO
49)EMERGENCIA	FEMENINO	32	SOLTERO	0	HIJOS NO	TURNO	NO
50)EMERGENCIA	FEMENINO	34	SOLTERO	0	HIJOS NO	TURNO	NO
51)EMERGENCIA	FEMENINO	33	SOLTERO	0	HIJOS NO	TURNO	NO
52)EMERGENCIA	MASCULINO	30	SOLTERO	0	HIJOS NO	TURNO	NO
53)EMERGENCIA	MASCULINO	35	CASADO	3	HIJOS SI	TURNO	SI
54)EMERGENCIA	FEMENINO	29	SOLTERO	0	HIJOS NO	TURNO	NO
55)EMERGENCIA	FEMENINO	30	SOLTERO	0	HIJOS NO	TURNO	NO
56)EMERGENCIA	MASCULINO	48	CASADO	5	HIJOS SI	TURNO	SI
57)EMERGENCIA	FEMENINO	32	SOLTERO	0	HIJOS NO	TURNO	NO
58)EMERGENCIA	FEMENINO	34	SOLTERO	0	HIJOS NO	TURNO	NO
59)EMERGENCIA	FEMENINO	33	SOLTERO	1	HIJOS SI	TURNO	NO
60)EMERGENCIA	FEMENINO	30	SOLTERO	1	HIJOS SI	TURNO	NO
61)EMERGENCIA	FEMENINO	34	SOLTERO	0	HIJOS NO	TURNO	NO
62)EMERGENCIA	FEMENINO	32	SOLTERO	0	HIJOS NO	TURNO	NO
63)EMERGENCIA	MASCULINO	30	CASADO	2	HIJOS SI	TURNO	SI
64)EMERGENCIA	FEMENINO	33	CASADO	1	HIJOS SI	TURNO	SI
65)PEDIATRÍA	FEMENINO	33	CASADO	1	HIJOS SI	TURNO	NO
66)PEDIATRÍA	FEMENINO	30	CASADO	0	HIJOS NO	TURNO	NO
67)PEDIATRÍA	MASCULINO	30	SOLTERO	1	HIJOS SI	TURNO	NO
68)PEDIATRÍA	FEMENINO	29	SOLTERO	0	HIJOS NO	TURNO	NO
69)PEDIATRÍA	FEMENINO	32	CASADO	2	HIJOS SI	TURNO	SI
70)PEDIATRÍA	MASCULINO	33	SOLTERO	0	HIJOS NO	TURNO	NO
71)PEDIATRÍA	FEMENINO	32	CASADO	2	HIJOS SI	TURNO	SI
72)PEDIATRÍA	FEMENINO	31	SOLTERO	0	HIJOS NO	TURNO	NO

73)PEDIATRÍA	FEMENINO	28	SOLTERO	0	HIJOS NO	TURNO	NO
74)PEDIATRÍA	FEMENINO	30	CASADO	1	HIJOS SI	ADMINISTRATIVO	SI
75)PEDIATRÍA	MASCULINO	34	CASADO	2	HIJOS SI	TURNO	SI

Fuente: Test de Burnout realizado a los médicos residentes del HPGDR

Elaboración propia: Ariel Avalos y Bryan Altamirano

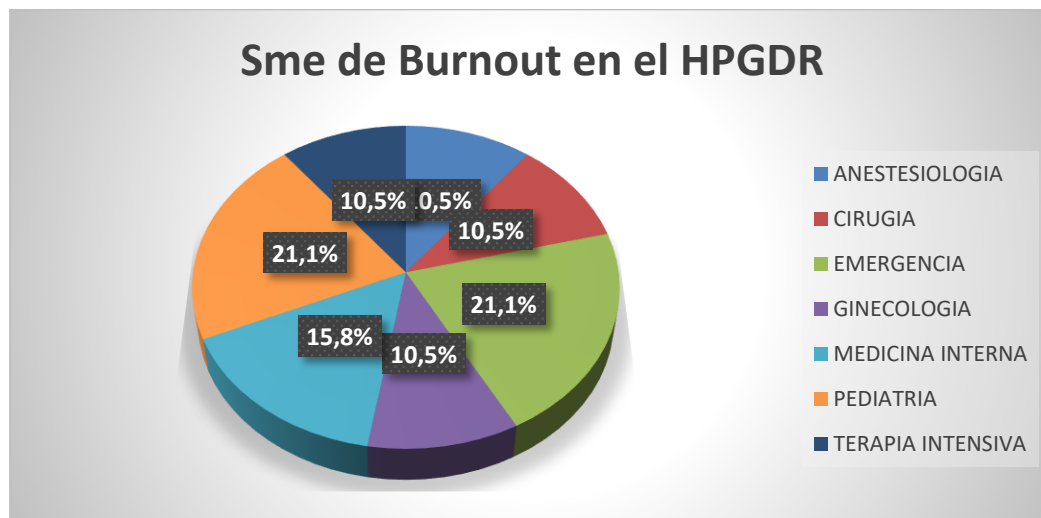


Gráfico 16-3: Porcentaje de Burnout en los servicios del HPGDR

Realizado por: Ariel Avalos y Bryan Altamirano, 2018

ANÁLISIS:

En el Hospital Provincial General Docente de Riobamba, los servicios que mayor porcentaje de médicos con síndrome de Burnout poseen son, Emergencia y Pediatría con un 21,1%, seguidos de Medicina Interna con un 15,8%

DISCUSIÓN

El Hospital Provincial General Docente de Riobamba, en sus 8 áreas de servicio, cuenta con 75 médicos residentes que se encuentran en una edad promedio de 31 años, 19 de los mismos a través del test de Maslach han sido calificados bajo síndrome de Burnout siendo el 25,3% de la población total en estudio, 11 son mujeres representando un 14,6% y 8 hombres representando un 10,7%, en cuanto a maternidad y paternidad del total de médicos residentes con Burnout, 17 tienen un promedio de 2 hijos, representando un 89,4%, mientras no es el caso del 10,6 %,

Del 14,6%, el 90,9% de mujeres tienen hijos, el 9,1% no los tienen, el 72,7% están casadas, mientras el 27,3% se encuentran solteras, del 10,7% que representa a la población masculina, el 87,5% tienen hijos, el 12,5% no tienen hijos y el 100% son casados.

Entre los servicios con mayor cantidad de médicos residentes con síndrome de Burnout encontramos el servicio Emergencia, con 4 médicos residentes afectados, que de un 25,3% del total de la población con síndrome de Burnout, representan el 21%, a la par con el servicio de Pediatría con un 21% que se traduce en 4 médicos afectados por este síndrome y seguido por el servicio de Medicina Interna con un 15,7% debido a que 3 médicos residentes padecen del síndrome de Burnout.

En cuanto a horario, de los 19 médicos residentes con síndrome de Burnout, 18 trabajan en horarios que contemplan turnos, representando el 94,7%, únicamente un 5,3% trabaja bajo horario administrativo.

Como medidas preventivas para disminuir el impacto del Síndrome de Burnout y siendo congruentes con uno de los objetivos planteados en la investigación, la literatura propone las siguientes:

Mantener estilos de vida saludable dentro del que se incluyan una alimentación adecuada en los nutrientes que necesita el organismo, la realización de ejercicio físico o cualquier otro tipo de actividad que permita un “escape” de la cotidianidad de un ambiente hospitalario

Satisfacción en el lugar de trabajo, mismo que puede lograrse creando ambiente donde se fomente el compañerismo y el trabajo en equipo

Apoyo personal y social, punto importante a considerar dado que el apoyo de la familia es esencial a la hora de afrontar los problemas, se convierte en una motivación adicional para solucionar los mismos

Comunicaciones abiertas, que le permite a la persona en el medio laboral expresar su descontento con el ambiente de trabajo y de esta manera tener un mejor resultado en sus prácticas diarias, evitando así la despersonalización

Mejora de la organización personal, para el cumplimiento de objetivos haciendo uso de técnicas de afrontamiento más propicias para cada caso en particular

Desarrollo de habilidades profesionales, a través de las cuales el profesional médico vaya alcanzando un nivel de seguridad que le permita la toma de decisiones acertadas en momentos críticos. Fortaleciendo la realización personal

Además de la implementación de pausas activas entre jornadas diarias de trabajo que permitan disminuir el impacto de la carga y estrés laboral sobre los profesionales.

CONCLUSIONES

- Se determinó a través de la aplicación del test de Maslach que el 25,3% de los médicos residentes que trabajan en el Hospital Provincial General Docente de Riobamba, padecen el síndrome de Burnout.
- En razón al análisis de agotamiento emocional, despersonalización, y realización profesional, que conforman el síndrome de Burnout, y como estos componentes se ven influenciados por las variantes sociodemográficas elegidas, la mayor prevalencia del síndrome de Burnout se encuentra en el sexo femenino, en personas casadas, que son padres y médicos que realizan turnos
- Dentro del Hospital Provincial General Docente de Riobamba, se evidenció que los servicios que cuentan con mayor número de médicos “quemados profesionalmente” son: Emergencia, Pediatría y Medicina Interna.
- Como forma de evitar el apareamiento o posterior empeoramiento del Síndrome de Burnout se concluye la necesidad de contar con un sistema de prevención en cada uno de los servicios del Hospital Provincial General Docente de Riobamba, mismo que se desarrollaría a través de la realización de pausas activas durante las jornadas laborales de los médicos residentes tanto de aquellos que cumplen sus horarios en la mañana como en los de la noche

RECOMENDACIONES

- Realizar el diagnóstico del síndrome de Burnout al momento del ingreso al hospital para evaluar a posterior como el ambiente laboral influye en la aparición de agotamiento personal, despersonalización y como afecta a la realización personal
- Aumentar el número de cuidadores médicos en los servicios de: Emergencia, Pediatría y Medicina Interna, que permita un mejor desenvolvimiento de las tareas diarias con los pacientes.
- Se recomienda que el departamento de Talento Humano del hospital acoja estrategias que permitan atenuar la carga laboral diaria de los cuidadores médicos de los diferentes servicios que presta a la ciudadanía.
- Desarrollar nuevos estudios usando este como base, para analizar a posterior prevalencias e incidencias

BIBLIOGRAFÍA

- Gomez de Regil, L., & Estrella, D. (2015). Síndrome de Burnout una revisión breve. *Revista.Medicina.uady.mx*, 116-117.
- Ochoa, M. (2017). Síndrome de burnou: ausentismo, seguridad del paciente. Una revisión sistemática exploratoria. Bogota, Colombia .
- Paredes, P., Parra, M., & Bravo, L. (2014). ¿Existe síndrome de burnout en los médicos de un hospital de mediana complejidad?, una experiencia en el Hospital del IESS Ambato. Quito: *Revista Facultad de Ciencias Médicas* .
- Trujillo, M. (2011). "PREVALENCIA DEL SINDROME DE BURNOUT O DESGASTE OCUPACIONAL EN EL PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL DE LA POLICIA QUITO N1, EN LAS ESPECIALIDADES CLINICAS, QUIRURGICAS Y CRITICAS, ASOCIADO A CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS, MEDIOAMBIENTALES. Quito .
- Cornejo, J., & Gutierrez, R. (2016). Síndrome de burnout en estudiantes de medicina. *AMP*, 283-287.
- Díaz, L., Juan, A., Nulez, C., & Robles, C. (2017). Burnout en médicos residentes de especialidades y subespecialidades. *ARSMédica*, 27-32.
- Gutierrez, O., Noboa, N., & Martínez, J. (2016). Prevalencia del Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería. Orinoquia, Colombia.
- López, A. (2017). El Síndrome de Burnout: Antecedentes y consecuentes organizacionales en el ámbito de la sanidad pública gallega. Vigo, España.
- Medina, M., & Medina, M. (2017). Prevalencia del síndrome de burnout en residentes de Pediatría de un Hospital. *Investigación en educación médica*, 161-167.

- Morales, L., & Hidalgo, L. (2015). Síndrome de Burnout. *Medicina Legal de Costa Rica*, 2-5.
- Ramírez, M. (2017). PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT Y LA ASOCIACIÓN CON VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y LABORALES EN UNA PROVINCIA DEL ECUADOR . *INFAD Revista de Psicología*, 242-249.
- Salgado, J., & Leira, F. (2017). Síndrome de burnout y calidad de vida profesional percibida según estilos de personalidad. *CESPsicología*, 70-74.
- Carillo, R., Gómez, K., & Espinoza, I. (2012). Síndrome de Burnout en la práctica médica . *Medicina Interna México*, 580-583.
- Morín, V. (2014). Síndrome de Desgaste Profesional: ¿que podemos hacer? *Medicina Familiar y Comunitaria* , 40-44.
- Pozuelo, R. (2016). Psicopedia. Obtenido de *Psicopedia*: <http://psicopedia.org/3186/como-prevenir-el-burnout-o-estres-laboral-y-una-guia-en-pdf/>
- Athié, C., Cardiel, L., Camacho, J., Mucientes, V., Terronez, A., Cabrera, N., . . . Sainos, C. (2016). Burnout en médicos internos de pregrado del Hospital General de México. Dr. Eduardo Liceaga. *Investigación en Educación Médica* , 102-107.
- Vanessa, M., Ayala, E., Marina, S., & Stortti, M. (2006). Etiología y prevención del Síndrome de Burnout en los trabajadores de la salud . *Revista de Postgrado de la VIa Cátedra de Medicina* , 19-21.
- Burgos, L., Battioni, L., Costabel, J., & Alves, A. (2017). Evaluación del síndrome de Burnout en residentes luego de implementar el "descanso postguardia" . *Revista Argentina de Cardiología* , 127-129.

- Carillo, L., Carillo, J., Carillo, R., & Garduño, M. (2018). Prevalencia de depresión y síndrome de Burnout en residentes de urología de un hospital de tercer nivel. *Revista Mexicana de Urología* , 106-110.
- Duran, M., & García, J. (2013). Prevalencia del Síndrome de Burnout en médicos del Ministerio de Salud Pública del Azuay según jornada laboral 2011. Cuenca, Azuay, Ecuador.
- Molina, Y., Vargas, F., & Calle, M. (2015). Prevenir el Burnout como problema de salud pública. Medellín, Colombia .
- Hernández, C., Dickinson, M., & Fernández, M. (2008). El síndrome de desgaste profesional Burnout en médicos mexicanos. *Revsita de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 11-13.
- Luján, S. (2011). Síndrome de Burnout y manifestaciones asociadas en estudiantes de medicina de la Universidad Abierta Interamericana. Rosario, Argentina.
- Rosales, Y., & Cobos, D. (2011). Diagnóstico del Síndrome de Burnout en trabajadores del Centro de Inmunología y Biopreparados. *Medicina y Seguridad del Trabajo* , 313-316.
- Trujillo, M. (2011). Prevalencia del Síndrome de Burnout o desgaste ocupacional en el personal de salud del Hospital de la Policía Quito N1. Quito.

ANEXOS