

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

ESTUDIO ANALÍTICO DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y LABORALES, TRASTORNOS EMOCIONALES Y PERFILES DE PERSONALIDAD EN MÉDICOS TRATANTES Y RESIDENTES CON SÍNDROME DE BURNOUT QUE TRABAJAN EN EL HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARIN EN EL PERIODO DE DICIEMBRE DEL 2012 Y MARZO DEL 2013.

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

MARÍA GABRIELA GONZÁLEZ ÁLVAREZ

LISETH STEFANÍA LUZURIAGA MERA

DIRECTOR: DR. MARCOS SERRANO

QUITO - 2013

## Contenido

DEDICATORIA .....	5
LISTA DE GRÁFICOS:.....	6
LISTA DE TABLAS: .....	7
AGRADECIMIENTOS.....	8
RESUMEN.....	12
ABSTRACT .....	13
CAPÍTULO I.....	14
1.1 INTRODUCCIÓN .....	14
CAPÍTULO II. REVISIÓN BIBIOGRÁFICA.....	17
2.1 SINDROME DE BURNOUT (SB).....	17
2.1.1. Definición .....	17
2.1.2. Historia .....	17
2.1.3. Epidemiología.....	19
2.1.4. Neurobiología del Estrés Crónico.....	20
2.1.5. Síndrome de Burnout y Estrés.....	23
2.1.6. Aparición y desarrollo .....	24
2.1.7. Cuadro Clínico .....	25
2.1.8. Antecedentes .....	25
2.1.9. Diagnóstico.....	27

2.1.10. Instrumentos de Evaluación.....	28
2.1.11. Prevención y Tratamiento.....	29
<b>2.2. SINDROME DE BURNOUT Y OTROS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS .....</b>	<b>31</b>
2.2.1. ANSIEDAD .....	31
2.2.2. Síndrome de Burnout y Ansiedad .....	33
2.2.3. DEPRESIÓN .....	34
2.2.4. Síndrome de Burnout y Depresión.....	36
2.2.5. Validación del HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) .....	37
<b>2.3. PERSONALIDAD .....</b>	<b>38</b>
2.3.1 Definición .....	38
2.3.2. Trastornos de la Personalidad según la DSM IV.....	38
2.3.3. Diagnóstico.....	39
2.3.4. Instrumentos Diagnósticos.....	39
2.3.5. Clasificación.....	41
2.3.6. Síndrome de Burnout y Personalidad .....	44
<b>CAPÍTULO III. ....</b>	<b>46</b>
<b>3.1. MATERIALES Y MÉTODOS .....</b>	<b>46</b>
3.1.1. PROBLEMA .....	46
3.1.2. OBJETIVO GENERAL.....	47
3.1.3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	47

3.1.4. HIPÓTESIS .....	47
3.1.5. TIPO DE ESTUDIO.....	48
3.1.6. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES DEL ESTUDIO.....	48
3.1.7. MUESTRA.....	52
3.1.8. TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	52
3.1.9. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	54
3.1.10. PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS .....	55
3.1.11. ASPECTOS BIOÉTICOS.....	55
<b>CAPÍTULO IV:.....</b>	<b>56</b>
<b>4. RESULTADOS.....</b>	<b>56</b>
<b>4.1. TAMAÑO MUESTRAL.....</b>	<b>56</b>
<b>4.2. ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.....</b>	<b>56</b>
4.2.1. Edad.....	56
4.2.2. Género.....	57
4.2.3. Estado civil.....	57
4.2.5. Cargo .....	58
4.2.6. Tiempo de trabajo .....	59
4.2.7. Especialidad.....	59
4.2.7.8. Número de pacientes atendidos al día .....	59
4.2.9. Trabajo extra hospitalario .....	59

4.2.10. Número de horas semanales dedicadas a actividades recreativas.....	60
4.2.11. Consumo de alcohol y tabaco .....	60
4.2.12. Percepción del ambiente de trabajo, satisfacción laboral y criterio sobre la remuneración económica. ....	60
4.2.13. Rasgos de personalidad.....	61
4.2.14. Ansiedad y Depresión.....	62
4.2.15. Síndrome de Burnout y sus tres dimensiones: Cansancio Emocional (CE) Despersonalización (DP) y Baja Realización Personal (BRP) .....	62
4.3.1. Comparación entre SB y sus tres dimensiones con las variables cuantitativas del estudio .....	65
4.3.2. Comparación entre SB y sus tres dimensiones con las variables cualitativas del estudio	66
4.3.3. Comparación del SB y sus tres dimensiones con las variables Ansiedad y Depresión....	69
4.3.4. Correlación entre SB y sus tres dimensiones con variables cuantitativas .....	71
<b>CAPÍTULO V.....</b>	<b>72</b>
<b>5.1. DISCUSIÓN .....</b>	<b>72</b>
<b>CAPÍTULO VI.....</b>	<b>86</b>
<b>6.1. CONCLUSIONES .....</b>	<b>86</b>
<b>6.2 RECOMENDACIONES .....</b>	<b>87</b>
<b>CAPÍTULO VII.....</b>	<b>89</b>
<b>7.1. ANEXOS .....</b>	<b>89</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....</b>	<b>96</b>

## **DEDICATORIA**

*A TODOS LOS SOÑADORES Y LUCHADORES QUE SE IDENTIFICAN CON SU  
FUERZA INTERIOR*

## **LISTA DE GRÁFICOS:**

***Grafico 1. Distribución por estado civil en la población total***

***Grafico 2. Distribución de la población total según el número de hijos***

***Grafico 3. Distribución de la población total según el cargo***

***Grafico 4. Distribución del número de pacientes atendidos al día***

***Grafico 5. Distribución del trabajo extra hospitalario según el cargo***

***Gráfico 6. Distribución de los tipos de personalidad en la población general.***

***Grafico 7: Distribución según los grupos de personalidad***

***Gráfico 8. Porcentaje de profesionales con niveles bajo, medio y alto de las 3 dimensiones de SB.***

***Gráfico 9. Porcentaje de profesionales con SB***

## **LISTA DE TABLAS:**

***Tabla 1. Descriptivos de las variables cuantitativas de la muestra.***

***Tabla 2: Medidas de tendencia central y dispersión del Síndrome de Burnout y sus tres dimensiones***

***Tabla 3. Porcentaje de profesionales con SB, cansancio emocional, despersonalización y baja de realización personal.***

***Tabla 4. Comparación entre SB y las variables cuantitativas del estudio (Prueba T)***

***Tabla 5: Comparación entre SB y variables cualitativas***

***Tabla 6. Resumen de las variables estadísticamente significativas resultantes de la comparación entre las tres dimensiones del SB y las variables cualitativas***

***Tabla 7: Comparación del SB y sus tres dimensiones con las variables ansiedad y depresión.***

***Tabla 8. Correlación entre las variables cuantitativas con SB y sus tres dimensiones***

***Tabla 9. Comparación de la prevalencia obtenida con estudios nacionales e internacionales.***

***Tabla 10. Comparación de la prevalencia obtenida en los médicos residentes con estudios nacionales e internacionales***

***Tabla 11. Comparación de la Prevalencia de SB en Médicos de Cuidados Críticos***

## **AGRADECIMIENTOS**

A todas aquellas mujeres que forman parte de mi vida y que me han hecho conocer el poder y la grandeza del ser humano.

En especial, a una mujer sorprendente, llena de bondad y ternura, un ser extremadamente sensible y hermoso, que me ha enseñado que este mundo puede ser un lugar mejor. Gracias a ella he conocido la lealtad, la amistad y el amor incondicional. Ella siempre ha sido mi más grande inspiración de fortaleza, constancia, grandeza y generosidad. Siempre he pensado que todos mis logros en la vida los he conseguido y los conseguiré gracias a una única motivación, hacer que ella sienta que todo su esfuerzo no ha sido en vano y reconozco que ese pensamiento me hace sentir invencible. Nunca dejaré de admirarla por lo que ha sido y por lo que es, un ser que a pesar de las adversidades, ha logrado salir adelante y ha tomado esas vivencias como una inspiración para no dejarse vencer. Ella es definitivamente una luchadora, ella es mi heroína, mi ejemplo de vida. Creo que las palabras no me alcanzan para agradecerle a la vida por haberme dado a una madre como ella.

Desde que tengo memoria he conocido a muchas mujeres que me han inspirado. Mujeres luchadoras que hasta ahora no dejan de sorprenderme. Cada una de ellas representa una motivación en mi vida, un ejemplo de trabajo, de lucha, de perseverancia, de amor y sobre todo de admiración. Mi abuela, Susana, mis tías abuelas, Emma y Alicia, mi tía, Sandra y mis hermanas Jota y Emilú.

Como una parte de mí, está el recuerdo que tengo de mi papá, un ser lleno de amor incondicional, bondad, generosidad y principios. Este recuerdo lo mantengo siempre vivo y me acompañará por siempre. A pesar de no haber compartido mucho tiempo con él, lo mantengo siempre presente en mi vida, en el día a día, en mis decisiones, en mi felicidad, en mis tristezas y en mis logros. La única

motivación por la que seguí medicina fue para cumplir un sueño que él tuvo y que nunca logró completar. Me sentí en la obligación de hacerlo realidad y fue una forma más de identificarme con él. Ahora siento orgullo de haberlo logrado y estoy segura que él también lo hubiera sentido así.

El hecho de tener hijos, todavía lo veo muy lejano, pero hay dos pequeños que me robaron el corazón desde la primera vez que los vi, para mí son la representación del amor, mis sobrinos Joaquín y Alegría.

A mi compañera de tesis, Lilu, una persona admirable, otra luchadora más. Gracias por tu paciencia, tu amistad y tu empeño. Tengo que decir que hacemos una buena dupla de trabajo, ella ha sido la motivación, la tranquilidad y la paz en todos estos meses.

A nuestro director, Dr. Marcos Serrano, por su dedicación, paciencia y entrega que permitió la culminación de esta tesis.

**GABY**

## AGRADECIMIENTOS

Primero agradezco a Dios, por permitirme concluir un objetivo más de mi vida. Por su infinito amor y comprensión que me ha llenado de paz y seguridad, por darme la salud, paciencia y sabiduría necesaria para superar cada desafío y crecer tanto espiritual como profesionalmente. Le agradezco sobretodo por darme la familia tan maravillosa que tengo y por poner en mi vida a personas tan especiales como son mis amigos y amigas.

Agradezco a la persona más importante en mi vida, mi madre y mi mejor amiga, quién ha compartido conmigo cada momento a lo largo de esta carrera y me ha brindado su dedicación, apoyo y absoluta entrega. Una mujer valiente, emprendedora, sencilla, cariñosa y generosa que pese a las adversidades ha trabajado arduamente para superarse y sacar adelante nuestro hogar. Su ejemplo me ha inspirado para cada día enfrentarlo con alegría y optimismo, ser una persona humilde y aprender a perdonar, ella ha sido mi guía y mi fortaleza, quién me ha enseñado a tomar mis propias decisiones, aprender de mis errores y luchar incansablemente por lograr mis objetivos.

Agradezco también a mi padre, Vinicio, a mi hermana, Johy y mi cuñado, Fabry, que son parte fundamental en mi vida, han compartido mis triunfos y tristezas y me han apoyado en todo lo que ha estado a su alcance. Una mención especial se merecen mis 2 pequeños Tábatha y Adrián, que con su presencia, travesuras y ocurrencias me han llenado de alegría y han sido una fuente de inspiración para seguir adelante y nunca rendirme.

A mi tía Marcia, mi tío Huguito y mi primo Mauricio quienes me han confiado en mí y me han brindado su apoyo incondicional en situaciones difíciles y han contribuido a que este sueño se haga realidad.

A mi compañera de tesis y amiga Gaby, una persona fabulosa, con la que compartí durante estos meses la elaboración de este trabajo y pese a los inconvenientes encontrados, el estar juntas nos alentó para seguir adelante, la verdad, no me imagino este tiempo sin ti y me siento feliz de terminar contigo esta etapa de nuestras vidas.

A mis colegas y mejores amigas Fer y Cris con las que he vivido mis mejores momentos a lo largo de mi vida Universitaria, desde días de arduo estudio, hasta noches de largas conversaciones y diversión, quienes me han alentado día a día a concluir este trabajo y con las que espero seguir formándome para llegar a ser una excelente profesional.

A nuestro director, Dr. Marcos Serrano, por su dedicación, paciencia y entrega que permitió la culminación de esta tesis.

**LILU**

## RESUMEN

El Síndrome de Burnout (SB) se define como una respuesta inadecuada a un estrés emocional crónico. Sus rasgos principales son: agotamiento físico, despersonalización y baja realización personal. **Objetivo:** Determinar la prevalencia del SB entre médicos residentes y tratantes que trabajan en el Hospital Carlos Andrade Marín (HCAM), identificar las características sociodemográficas y laborales asociadas a dicho síndrome y analizar la relación de los trastornos emocionales y perfiles de personalidad en su desarrollo. **Método:** Se realizó un estudio tipo transversal y analítico, utilizando una muestra de 314 médicos a los que se les administró 4 cuestionarios autoaplicados: encuesta de variables sociodemográficas y laborales, cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI), cuestionario de evaluación IPDE (International Psychologic Disturbance Exam) módulo DSM-IV y el HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale). Se realizó el análisis descriptivo de las variables y se las comparó con la presencia de SB. **Resultados:** Se encontró una prevalencia del 77,7% de SB en el personal médico del HCAM, la mayor prevalencia se observó en los residentes posgradistas (85,3%). Las variables sociodemográficas que mostraron relación estadísticamente significativa con SB fueron: edad con una media de 37 años ( $p \leq 0,000$ ), ser residente posgradista ( $p \leq 0,026$ ), la especialidad clínica ( $p \leq 0,03$ ), mal ambiente de trabajo ( $p \leq 0,002$ ) e insatisfacción laboral ( $p \leq 0,008$ ). En cuanto a los trastornos del estado de ánimo, tanto la depresión ( $p \leq 0,018$ ) como la ansiedad ( $p \leq 0,005$ ) tuvieron relación con SB. Al comparar con las personalidades encontramos una significancia con el Grupo C ( $p \leq 0,005$ ). **Conclusiones:** Se evidencia una alta prevalencia de SB en el HCAM comparada con otros hospitales de Quito, debido a las condiciones socio laborales a las que están expuestas los médicos.

## ABSTRACT

Burnout Syndrome (BS) is defined as an inadequate response to chronic emotional stress. Its main features are: physical exhaustion, depersonalization and reduced personal accomplishment.

**Objective:** To determine the prevalence of BS among residents and medical specialists working in the Carlos Andrade Marin Hospital (HCAM), identify occupational characteristics associated with the syndrome and analyze the relationship of emotional disorders and personality profiles in its development. **Methods:** We conducted a cross-sectional and analytical study, using a sample of 314 doctors. We gave them four self-administered questionnaires: a survey of sociodemographic and labor variables, the Maslach Burnout Inventory (MBI) questionnaire, IPDE assessment questionnaire (International Psychologic Disturbance Exam) DSM-IV module and the HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale). We performed a descriptive analysis of the variables and compared with the presence of SB. **Results:** We found a prevalence of 77.7% in HCAM medical staff, the highest prevalence was observed in residents (85.3%). The sociodemographic variables that were statistically significant and had the strongest associations with BS were: age with a mean of 37 years ( $p \leq 0.000$ ), being resident ( $p \leq 0.026$ ), clinical specialty ( $p \leq 0.03$ ), poor work environment ( $p \leq 0.002$ ), and job dissatisfaction ( $p \leq 0.008$ ). As for mood disorders, both depression ( $p \leq 0.018$ ) and anxiety ( $p \leq 0.005$ ) were related to SB. By grouping the personalities, we found significance in Group C ( $p \leq 0,005$ ). **Conclusions:** We found a high prevalence of BS in the HCAM compared to others hospitals in Quito, due to the labor conditions.

# CAPÍTULO I

## 1.1 INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Burnout (SB) es una patología multifactorial, que está ligado a las condiciones laborales de cada individuo y al impacto que tienen esos factores externos sobre su comportamiento y desempeño. Se desarrolla debido a la exposición continua y prolongada a situaciones estresantes en el ámbito de trabajo. El individuo comienza a presentar alteraciones cognitivas, conductuales, somáticas y afectivas que afectan de manera importante su salud emocional, psíquica y física. Es más frecuente en profesionales que tienen un continuo contacto con personas de difícil manejo, como por ejemplo en el personal de salud. [1,3]

Fue caracterizado por primera vez en el año de 1977 por Cristina Maslach, según esta autora existe una respuesta al estrés crónico a partir de tres factores: cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal. Estos tres factores se miden a través del “Maslach Burnout Inventory” (MBI), que es una herramienta diagnóstica que determina la presencia del síndrome en el personal de servicios sanitarios (enfermeras, médicos, psicólogos, trabajadores sociales, etc.) [3]

El SB se ha convertido en un problema social y de salud pública de primer orden [1], puesto que es un trastorno adaptativo crónico que no sólo repercute en la salud y calidad de vida de cada profesional, sino también afecta la calidad de su labor asistencial y deteriora la relación médico-paciente. Supone también, un alto coste tanto social como económico, lo cual tiene consecuencias desfavorables, no sólo para el trabajador, sino también para la institución en la que éste se desempeña. [4]

Investigaciones internacionales muestran diversos resultados. En un estudio realizado en médicos del Área Sanitaria de Talavera de la Reina (España 2003) se encontró una prevalencia del 76,4%

[5], mientras que se observó una prevalencia del 7,3% en el personal médico y de enfermería del H. G. Z N1 IMSS, Colima (México 2006) [6].

En el año 2007 se estudió la presencia de SB en personal sanitario en países de habla hispana, se reportó que la prevalencia en los profesionales residentes en España fue de 14,9%, en Argentina del 14,4% y del 7,9% en Uruguay. En los profesionales de México, Ecuador, Perú, Colombia, Guatemala y El Salvador se situó entre 2,5% y 5,9%. [7]

En nuestro país se han realizado varios estudios que se resumen en el cuadro a continuación:

Hospital	Muestra	Participantes	Año	Prevalencia
Hospital de la Policía Quito N1 [8]	91	Médicos Tratantes y Residentes	2007	1.1%
Hospital de la Policía Quito N1 [9]	96	Internos Rotativos y Médicos Residentes	2011	5.2%
Hospital Enrique Garcés[10]	195	Personal de Salud y Área Administrativa	2008	4%
Hospital Eugenio Espejo[11]	292	Personal médico y de enfermería	2011	39.7%

En el Hospital Carlos Andrade Marín se realizó un estudio, en el que se incluyó a 134 médicos residentes durante el periodo de Marzo a Julio del 2002. Se observó una prevalencia del 42,5%, siendo ésta la más alta encontrada en el Ecuador. Las diferencias observadas en las tasas de prevalencia se pueden deber al tipo de muestra estudiada, al tamaño de la misma, la carga horaria del profesional, la demanda de pacientes y las condiciones laborales de cada Institución. [12]

Según Maslach los perfiles de personalidad en los que se observa con mayor frecuencia el SB tienen como característica el deseo de destacar y de obtener resultados brillantes, presentan alto grado de autoexigencia, baja tolerancia al fracaso, búsqueda de excelencia y perfección, necesidad de control y un sentimiento inicial de omnipotencia en su trabajo, lo que les proporciona una sobrecarga emocional que los hace vulnerables al agotamiento. [1]

Es de suma importancia determinar la prevalencia del SB en los profesionales de la salud, ya que la afectación de su integridad física y emocional repercute negativamente en la calidad de atención que brindan a los pacientes. Por otro lado se ha evidenciado la influencia de factores individuales como el tipo de personalidad, presencia de ansiedad y depresión, por lo que consideramos importante su estudio. Si se determina la aparición de SB se podrían aplicar planes de intervención para mejorar la satisfacción laboral de los profesionales. Nos enfrentamos a un problema que ha sido ignorado y que podría traer graves consecuencias en el desempeño laboral de los médicos, promoviendo la aparición de accidentes y errores. [13]

## **CAPÍTULO II. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**

### **2.1 SINDROME DE BURNOUT (SB)**

#### **2.1.1. Definición**

Se trata de un síndrome patológico que aparece como una respuesta al estrés crónico, que está ligado a las condiciones laborales de cada individuo y al impacto que tienen estos factores externos sobre su comportamiento y desempeño. Como consecuencia de esta respuesta aparecen una serie de disfunciones conductuales, psicológicas y fisiológicas que van a tener repercusiones nocivas para los trabajadores y para la organización. [23, 24, 26]

Se podría hablar de un estrés (distrés) de carácter crónico que daría lugar a un proceso que se desarrolla de manera progresiva debido a la utilización de estrategias poco funcionales y que evoluciona hasta llegar a un estado disfórico en el que se instalan la desesperanza, la impotencia y el cansancio. [24, 26]. El SB es considerado como un desequilibrio entre las demandas del medio o de la propia persona y su capacidad de respuesta ante el estrés laboral. [25]

#### **2.1.2. Historia**

El término “burnout”, que traducido al castellano significa “estar quemado”, fue utilizado por primera vez en el ámbito científico en el año 1974, por el psicoanalista Herbert J. Freudenberg [20], quien introdujo el término para referirse a los problemas de fatiga y cansancio profesional de los empleados de los servicios socio-sanitarios. Freudenberg basó sus observaciones en los voluntarios de Instituciones de Salud sin fines de lucro (Free Clinics) que estaban en contacto directo con indigentes y toxicómanos. Determinó que después de 1 a 3 años de realizar sus labores sufrían una pérdida de energía, para luego llegar al agotamiento y desmotivación. El tipo de trabajo que estas personas realizaban se caracterizaba por una falta de horario fijo, un número de horas muy alto, tener una paga muy escasa y un contexto social muy exigente, habitualmente

tenso y comprometido. Este autor describió a estas personas como “menos sensibles, poco comprensivas y agresivas en su relación con los pacientes, incluso dándoles un trato distante y cínico”. [20] Les caracterizó como “sujetos que muestran una actitud de desilusión por el trabajo, que se irritan rápidamente y experimentan sentimientos de frustración frecuentemente, se enfadan y desarrollan actitudes suspicaces rayando incluso la paranoia.”[22]

Fue Christina Maslach, una psicóloga estadounidense, quién dio a conocer la palabra “burnout” de forma pública en el año de 1977, dentro del Congreso Anual de la Asociación Americana de Psicólogos. Ella usó esta expresión para referirse al hecho de que después de meses o años de dedicación, los trabajadores de los servicios humanos acababan "quemándose".

Después de varios años de estudio en trabajos empíricos y científicos, Christina Maslach y su colaboradora Susan Jackson, en el año de 1981, conceptualizaron finalmente el Síndrome de Burnout y lo definieron como “cansancio emocional que lleva a una pérdida de motivación y que suele progresar hacia sentimientos de inadecuación y fracaso”. Según las autoras el SB se manifiesta por una triada de síntomas: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal. En el mismo año desarrollaron un cuestionario denominado *Maslach Burnout Inventory (MBI)*, compuesto por las tres dimensiones mencionadas anteriormente. [26]

El **Cansancio Emocional (CE)**, es caracterizado por la pérdida progresiva de energía y recursos personales de adaptación. [25] Se produce cuando se sobrepasa el límite de las respuestas normales y constructivas que se emplean para afrontar los retos de cada situación laboral, es decir hay una falta de herramientas y recursos emocionales para poder lidiar adecuadamente con los problemas que se presentan. Aparece el sentimiento de que “nada se puede ofrecer a la otra persona”. [22]

La **Despersonalización (DP)** se refiere al desarrollo de actitudes negativas e insensibles hacia las demás personas. El trabajador se siente agredido, invadido y menospreciado; por ello, aunque sea una reacción inadecuada, se defiende culpando a los usuarios y tratando de distanciarlos al tacharles de potenciales agresores. [24]

La **Baja Realización Personal (BRP)** o pérdida de autoestima laboral, se refiere a una serie de respuestas negativas hacia uno mismo y a su trabajo, en un ámbito de fuerte insatisfacción. Se caracteriza por evitación de las relaciones interpersonales-profesionales, baja productividad, incapacidad para soportar la presión y una pobre autoestima. [22] Esa evaluación negativa afecta a la habilidad en la realización del trabajo y a la relación con las personas a las que atienden. Los trabajadores se sienten descontentos consigo mismo e insatisfechos con sus resultados laborales.

Farber (1990) propuso la teoría de que el SB no puede ser considerado como un fenómeno único. Según este autor se puede diferenciar y describir al SB en base a tres perfiles clínicos o subtipos: “frenetic” (frenético), “underchallenged” (sin desafíos) y “worn-out” (desgastado). El tipo “frenético” describe al trabajador que demanda mucho de sí mismo para obtener un logro personal, lo que le lleva a un agotamiento emocional. El trabajador “sin desafíos” carece de motivación, encuentra su trabajo rutinario y monótono, lo que le lleva a un sentimiento de insatisfacción permanente, mientras que el tipo “desgastado” lidia con una gran cantidad de estrés en su trabajo y siente que la gratificación no compensa el esfuerzo. [29]

### **2.1.3. Epidemiología**

Es difícil estimar el número real de casos de SB a nivel mundial, se han realizado importantes estudios en los países de primer mundo, como Estados Unidos, Francia y Alemania, que reportan una prevalencia elevada en los profesionales de la salud. Sin embargo, en América Latina no se cuenta con una bibliografía extensa que nos muestre datos contundentes sobre el número de

casos. En Brasil, por ejemplo, se han hecho diversos estudios con muestras pequeñas, que indican una prevalencia menor en comparación con los valores encontrados en los estudios de Europa y América del Norte. Esto se puede deber a las condiciones socioeconómicas y financieras tan diferentes. A continuación se exponen los datos encontrados en la bibliografía revisada:

<b>Tipo de Estudio</b>	<b>Autores</b>	<b>País</b>	<b>Tamaño de Muestra</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Resultados</b>
<b>Descriptivo</b> [30]	Dyrbye L.N. y col.	EU	545 estudiantes de medicina	Evaluar la prevalencia del SB en estudiantes de medicina de las Universidades de Minnessota	Prevalencia del 45%
<b>Revisión bibliográfica</b> [31]	L. W. McCray y col.	EU			Prevalencia de SB entre médicos generales y especialistas: 22 – 60%. 40 – 76% entre residentes de medicina interna y pediatría. 47 – 70% entre residentes de cirugía.
<b>Descriptivo</b> [78]	Mion G. y col	Francia	1603 médicos y personal de cuidados críticos (UCI y anestesiología)	Determinar los factores de riesgo ligados al SB y su prevalencia	Prevalencia: SB: 62.3% depresión: 38.6%, adicción a medicamentos o químicos: 10.6%, alcoholismo: 10.6%
<b>Descriptivo</b> [33]	Heinke W. y col	Alemania	3541 anestesiólogos	Determinar prevalencia y factores asociados con SB en anestesiólogos.	Prevalencia del SB: 40.1% Mujeres: 46% Hombres: 37.2% Trabaja en hospital: 41.3%, Trabaja de llamada: 33.2%
<b>Descriptivo</b> [79]	J. K. Soler y col.	12 países Europeos	1393 médicos familiares	Determinar la prevalencia del SB en médicos familiares	Prevalencia: AE: 43% DP: 35% y BRP: 32%
<b>Descriptivo</b> [80]	Guido L.D.A. y col. 2012	Brasil, Rio Grande del Sur	37 residentes	Determinar la prevalencia del SB	AE: 37.84% DP: 43.4% BRP: 48.65% SB: 27%

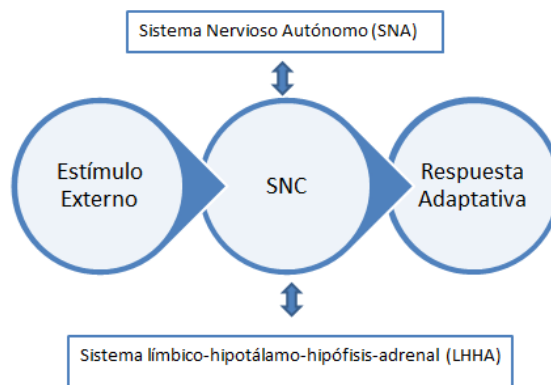
AE: agotamiento emocional; DP: despersonalización; BRP: baja realización personal, cuadro realizado por las autoras.

#### **2.1.4. Neurobiología del Estrés Crónico**

El cerebro es el órgano central en la elaboración y la ejecución de la respuesta al estrés, y por lo tanto, el responsable del control regulatorio de los mecanismos de resiliencia o capacidad que tiene el organismo para adaptarse y enfrentar todo tipo de evento estresante y que resulta en una

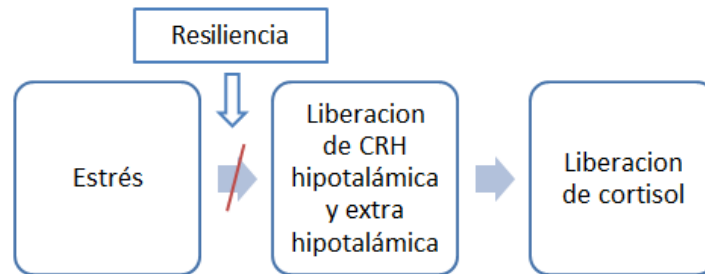
carga negativa. El estrés, por su parte, es una respuesta adaptativa de los diferentes sistemas del cuerpo ante estímulos internos y externos. [40]

En la respuesta fisiológica ante el estrés agudo participan diversos neurotransmisores, neuropéptidos y hormonas, los cuales producen una respuesta psicobiológica. El estrés impacta sobre un organismo y se percibe a través de todos sus sentidos de tal forma que se lleve a cabo su procesamiento a nivel del Sistema Nervioso Central (SNC). A este nivel se debe evaluar y procesar para dar como resultado una respuesta adaptativa. [40] En esta cadena de respuestas deben activarse también otros componentes como el Sistema Nervioso Autónomo (SNA) y el sistema límbico-hipotálamo-hipófisis-adrenal (LHHA).



Cuando el organismo se enfrenta a un estrés agudo, la hormona liberadora de corticotropina (CRH) se libera del hipotálamo para activar el eje LHHA. [40] Sin embargo, una persistente elevación de CRH hipotalámica y extrahipotalámica contribuye a la carga alostática, y se ha asociado al trastorno de estrés postraumático (TEPT) y al trastorno depresivo mayor (TDM). La restricción inicial de la respuesta de la CRH al estrés agudo puede estar asociada a la resiliencia. El estrés también incrementa la síntesis y liberación de cortisol. Éste sirve para movilizar energía, lo cual contribuye a aumentar la vigilancia, enfocar la atención y la formación de la memoria. Tiene

efectos reguladores sobre el hipocampo, la amígdala y la corteza prefrontal. A nivel de la amígdala y el hipocampo, el cortisol aumenta la concentración de CRH, con lo que tiene efectos sobre el condicionamiento al miedo y sobre la memoria emocional. [40]



El estrés activa el *locus coeruleus* incrementando la liberación de norepinefrina en la amígdala, corteza prefrontal e hipocampo, tiene una función de alarma general e incrementa la vigilia, la atención y la formación de la memoria del miedo. Si no se restringe la activación de este sistema, puede presentarse ansiedad crónica, hipervigilancia y pensamientos intrusivos, como en el TEPT, el trastorno de angustia (TA) y el TDM. [40]

La galanina y el neuropéptido Y se encuentran en la amígdala, hipocampo, hipotálamo, materia gris periacueductal y *locus coeruleus*. De forma aguda tienen efectos ansiolíticos; contrarrestan los efectos de la CRH y del sistema de norepinefrina. Un incremento adaptativo del neuropéptido Y en la amígdala se asocia con una disminución en la ansiedad y en la depresión inducidos por el estrés.

El estrés también activa la liberación de dopamina en la corteza prefrontal medial e inhibe la liberación de la dopamina en el núcleo *accumbens*, lo que puede condicionar anhedonia y conductas de desamparo. Niveles elevados de dopamina en la corteza prefrontal y bajos niveles de dopamina subcortical se asocian con disfunción cognitiva y depresión; mientras que bajos niveles de dopamina en la corteza prefrontal se asocian con ansiedad y miedo. [40]

La liberación de serotonina puede tener efectos ansiolíticos y ansiogénicos dependiendo de la región donde se libere y de los receptores activados. Los receptores de serotonina 1A (5HT1A) son ansiolíticos y se encuentran principalmente en el hipocampo, amígdala y núcleo del rafe. [40]

Para medir la resiliencia se deben tomar en cuenta los factores biológicos asociados al estrés agudo y crónico. El estrés constante genera alostasis, carga alostática y sobrecarga alostática.

El término de alostasis, que se define como la habilidad para mantener la estabilidad, a pesar del cambio; es un proceso de adaptación ante un estrés agudo. A través de la alostasis, el SNA, el eje LHHA y los sistemas cardiovascular, metabólico e inmune protegen al cuerpo al responder ante el estrés interno y el externo. Lo ideal es que una vez suprimido el estrés agudo se llegue a un estado de homeostasis. Sin embargo, si esto no se lleva a cabo y la respuesta adaptativa ante el estrés persiste o disminuye sólo de forma parcial, se presentan efectos dañinos sobre la función fisiológica y psicológica que se van acumulando, a lo que se denominó «carga alostática». Si este mecanismo persiste, entonces el organismo comienza a trabajar en un «estado de carga alostática» que, si se mantiene por periodos prolongados de tiempo, dará origen a los síntomas propios de tal sobrecarga. [40]

#### **2.1.5. Síndrome de Burnout y Estrés**

Se han hecho pocos trabajos que estudian la relación entre el SB y las consecuencias en la función neuroendocrina y metabólica de los individuos. Como se definió anteriormente el SB aparece como una respuesta a un estrés laboral crónico. Por lo tanto la fisiopatología es la misma.

Pruessner y col. (1999) [44] estudiaron la respuesta del cortisol matutino medido por 3 días consecutivos en profesores que presentaban SB en comparación con aquellos que no lo presentaban. Se determinó que los valores de cortisol eran más bajos en los individuos con SB. En

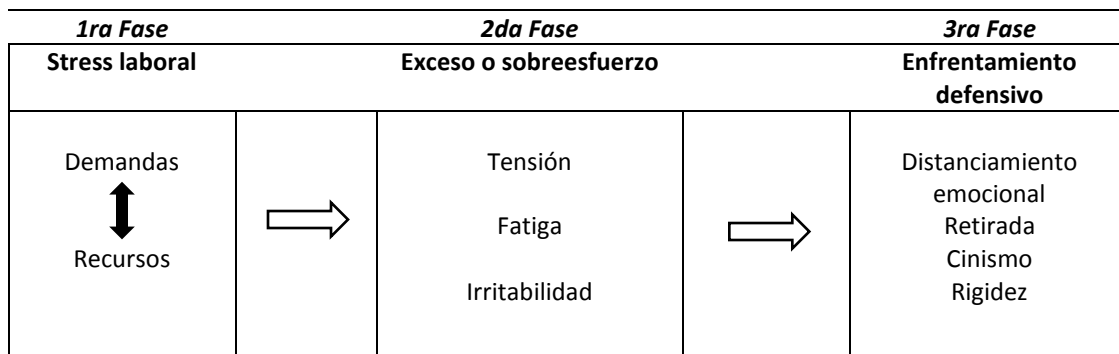
el tercer día se les administro una carga de dexametasona y se obtuvo una respuesta de supresión más elevada en los Individuos con SB.

Corroborando lo anterior, Morgan y col. (2002) encontraron que los niveles de cortisol salival matutinos eran significativamente menores en individuos con altos niveles de SB y que los niveles de cortisol vespertinos eran significativamente elevados en los mismos individuos. [45]

### **2.1.6. Aparición y desarrollo**

El SB se considera un proceso continuo. Su aparición no surge de manera súbita sino que nace de forma paulatina, con un incremento progresivo en la severidad. Se puede distinguir vagamente tres fases que explicarían su aparición y posterior desarrollo:

- Un primer momento, que aparece cuando las demandas laborales exceden los recursos materiales y humanos, llevando así al individuo a una situación de estrés.
- La segunda fase se caracteriza por un exceso o sobreesfuerzo que aparece como una respuesta emocional a ese desajuste, apareciendo signos de ansiedad, fatiga, etc. La situación exigiría del sujeto una adaptación psicológica.
- El enfrentamiento correspondería a la tercera fase en la que se va a producir un cambio de actitudes y de conductas con el fin de defenderse de las tensiones experimentadas. [20]



Tomado de: **El Síndrome de "Burnout" o el desgaste profesional: revisión de estudios**, E. ALVAREZ GALLEGO, L. FERNANDEZ RIOS, Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. Vol. XI, N.o 39, 1991

Según esta sucesión de etapas, el "burnout" propiamente dicho, aparecería en la fase final y vendría a ser una respuesta a una situación laboral intolerable. "Si bien todos los autores están de acuerdo en considerar el desgaste profesional como un proceso, existen pocos estudios exploratorios que distingan con claridad estas etapas". [20]

### 2.1.7. Cuadro Clínico

Según algunos autores (E. Alvarez Gallego, I. Fernandez Rios, 1991), para una mejor caracterización han agrupado a los síntomas en 4 categorías: [26]

<b>Psicosomáticos</b>	<b>Conductuales</b>	<b>Emocionales</b>	<b>Defensivos</b>
Fatiga crónica, cefalea, problemas de sueño, desórdenes GI (úlceras), pérdida de peso, disminución de líbido, HTA, asma, mialgias y en las mujeres, alteraciones menstruales.	Absentismo laboral, conducta violenta, abuso de alcohol, fármacos y drogas, comportamientos de alto riesgo (conducción imprudente), aficiones suicidas, incapacidad para relajarse, conflictos familiares.	Distanciamiento afectivo, impaciencia, irritabilidad, desconfianza que puede degenerar en sentimientos paranoides. Dificultad para concentrarse, descenso de las habilidades de memoria, razonamientos abstractos, elaboración de juicios, baja autoestima, deseos de abandonar el trabajo e ideas suicidas.	Negación de las emociones, atención selectiva, ironía, racionalización, desplazamiento de afectos. La negación de sus emociones es un mecanismo con el que el sujeto trata de defenderse contra una necesidad que le es desagradable.

### 2.1.8. Antecedentes

El entorno laboral y las condiciones de trabajo son los factores externos que intervienen en la etiología del síndrome. Sin embargo, existen algunas variables de carácter individual que

determinan una diferencia en la percepción y auto afrontamiento de los estresores laborales para el desarrollo y progresión del síndrome. Estas condiciones pueden ser agrupadas en 4 niveles:

- **Antecedentes de carácter social**

Las transformaciones del entorno socioeconómico y del mercado laboral han dado lugar a un fuerte crecimiento del sector servicios y han aparecido nuevas formas de trabajo que se caracterizan por la necesidad de trabajar más tiempo en contacto con los clientes de la organización. Continuamente se está evaluando la calidad de atención lo que lleva a que el cliente se sienta cada vez más exigente sobre la calidad del servicio. [26]

Algunos fenómenos actuales como la aparición de nuevas leyes migratorias, con el consiguiente aumento en la heterogeneidad étnica y cultural de la población y en determinadas áreas geográficas el incremento acelerado de la población, han llevado a un desequilibrio entre el número de habitantes y la disponibilidad de organizaciones de servicios, terminando así en situaciones de sobrecarga laboral. [35]

Profundizando en el tema de los profesionales de la salud, la responsabilidad jurídica del médico también ha cambiado en las últimas décadas, sobre todo en la frecuencia con que son impuestas las denuncias por mala praxis.

- **Antecedentes vinculados a las características físicas y tecnológicas de la organización**

Se identifican 6 factores que estarían en relación con el desarrollo del SB:

1. Sobrecarga laboral: número de horas, falta de claridad en las horas de descanso laboral y ambientes inadecuados.
2. Falta de control sobre la propia tarea, ambiente físico de trabajo y contenidos del puesto laboral, baja participación en la toma de decisiones, escasa disponibilidad de medios tecnológicos por falta de recursos.

3. Insuficiente reconocimiento de la labor: ambigüedad en el desempeño de roles.
4. Sensación de injusticia: por condiciones económicas insatisfactorias y falta de perspectivas de crecimiento laboral.
5. Fallas en la construcción de una comunidad de trabajo: ausencia de espacios para el tratamiento de las dificultades en las relaciones interpersonales.
6. Conflicto de valores: entre los valores personales y los de la organización. [35]

- **Antecedentes interpersonales**

Unas buenas relaciones entre los miembros del grupo de trabajo es una variable clave para la salud de los trabajadores. Las relaciones con los usuarios y con los compañeros de igual o diferente categoría, cuando son tensas, conflictivas y prolongadas, van a aumentar los niveles del síndrome. Asimismo, la falta de apoyo en el trabajo por parte de los compañeros y supervisores, o de la dirección o la administración de la organización, la excesiva identificación del profesional con el usuario, y los conflictos interpersonales con las personas a las que se atiende o sus familiares, son fenómenos característicos de estas profesiones que aumentan también los sentimientos de desgaste profesional. [37]

- **Antecedentes de carácter individual**

Algunas características personales y sociodemográficas tienen relación con el desarrollo y el establecimiento del SB. Entre las variables más citadas están la edad, el sexo, el estado civil, el número de hijos, la remuneración económica, la solvencia económica, la especialidad, la carga horaria, las horas dedicadas al ocio, las adicciones y los trastornos emocionales.

### **2.1.9. Diagnóstico**

La realización de un diagnóstico adecuado requiere la identificación de los síntomas, determinar su proceso de aparición, diferenciar este fenómeno de otros procesos similares y evaluar la

intensidad o frecuencia con que el individuo presenta los síntomas. Es importante también determinar cuáles son las fuentes de estrés que han dado lugar a la aparición de estos síntomas. Por lo tanto, su diagnóstico se basará en una serie de procedimientos cualitativos y cuantitativos.

Los procedimientos cualitativos consisten en la realización de entrevistas al trabajador basadas en sus experiencias personales con respecto a sus emociones, relaciones interpersonales y desempeño laboral. Los procedimientos cuantitativos consisten en la aplicación de escalas psicométricas para determinar el grado de incidencia de la patología y los antecedentes más relevantes que originaron el desarrollo de la misma. [26]

#### **2.1.9.1. Diagnóstico del SB según el DSM IV**

Se incluye al SB dentro de “trastornos adaptativos”, cuya característica fundamental es el desarrollo de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresor psicosocial identificable. Uno de los criterios diagnósticos es que los síntomas tienen que presentarse durante los tres meses siguientes al estresor y deben resolverse dentro de los seis meses que siguen a la desaparición del estresor o de sus consecuencias. El estresor puede ser un acontecimiento simple o deberse a factores múltiples y puede ser recurrente o continuo. [26] Los síntomas de un trastorno adaptativo pueden ser agudos (menos de 3 meses) o crónicos (más de 6 meses). Por lo tanto el SB según la evaluación del DSM IV es: F43.9: Trastorno Adaptativo no especificado crónico.

#### **2.1.10. Instrumentos de Evaluación**

La revisión de la literatura muestra que existen numerosos instrumentos para evaluar el SB con una aceptación muy variada. El MBI (Maslach Burnout Inventory), en sus diferentes versiones, es el instrumento que más se ha utilizado para la evaluación psicométrica y el diagnóstico del SB.

**MBI-Human Services Survey (MBI-HSS):** dirigido a los profesionales de la salud. Es la versión clásica del MBI (Maslach y Jackson, 1981), adaptada al castellano por Gil Monte y Col. Es un

instrumento conformado por 22 ítems que se valoran con una escala de frecuencia de siete grados que van de 0 (Nunca) a 6 (Todos los días). Este cuestionario tiene tres dimensiones: Agotamiento emocional (9 ítems), baja realización personal (5 ítems) y despersonalización (8 ítems) [27].

El MBI-HSS posee una gran aceptación internacional, ya que en la mayoría de los países de América Latina, Unión Europea y en Estados Unidos se ha utilizado extensamente. Esto es una ventaja, ya que permite comparar resultados y desarrollar estrategias de prevención y tratamiento del trastorno, impulsando también, el desarrollo de adaptaciones del cuestionario. [27]

Otra ventaja del MBI-HSS es que posee importante evidencia de validez. Un estudio chileno que utilizó a 566 trabajadores de servicios públicos, demostró que la escala MBI-HSS alcanzó valores de consistencia interna alfa de Cronbach adecuados. En conclusión “el instrumento reúne los suficientes requisitos de validez factorial y consistencia interna como para ser empleado en la estimación global del SB”. (V. E. Olivares Faúndez, 2009) [27]

En un estudio español de tipo descriptivo, transversal, que utilizó una muestra de 705 profesionales de diversos servicios humanos, se demostró que presenta suficiente validación factorial y que la consistencia interna de sus escalas en base a los resultados en el alfa de Cronbach (realización personal, alfa: 0.71; cansancio emocional, alfa: 0.85; despersonalización, alfa: 0.58) son aceptables para evaluar el SB en los trabajadores. (P. R. Gil Monte, 2005) [28].

#### **2.1.11. Prevención y Tratamiento**

La intervención se debe dirigir prioritariamente a modificar las condiciones de trabajo con la participación de los profesionales, ya que, como se ha concluido anteriormente, el entorno laboral y las condiciones de trabajo son los principales factores que intervienen en la etiología del SB. Conjuntamente, es importante reforzar a los trabajadores de habilidades y destrezas necesarias a la hora de ejercer su actividad laboral.

La formación es un elemento clave en la prevención del SB. El desequilibrio entre lo que los clientes y la organización esperan de los trabajadores y la falta de capacidad del trabajador para dar respuesta a esas expectativas, van a estar vinculados con el origen del SB.

Las estrategias de intervención se han estructurado en tres niveles: el nivel organizacional, el nivel interpersonal y el nivel individual. Es importante también mencionar que debería haber una intervención desde la administración, dotando de los recursos necesarios para el desempeño adecuado de la actividad laboral. [26]

### **Estrategias Organizacionales:**

En el caso de los médicos y profesionales de salud que trabajan en hospitales, la Dirección debería desarrollar programas de prevención dirigidos a manejar el ambiente y el clima hospitalario, puesto que los desencadenantes del SB son estresores percibidos con carácter crónico, cuyas variables están relacionadas con el puesto laboral y disfunciones en el desempeño de roles.

El objetivo de la intervención es diseñar y fomentar unas condiciones de trabajo que lleven a los miembros de la organización a comprometerse con su rol y su cargo. Estos se consiguen mediante el diseño de un entorno laboral en el que:

- La carga de trabajo sea adecuada y no sobrepase sus capacidades.
- Los individuos perciban que tienen autonomía y control sobre su actividad laboral
- Las recompensas y el reconocimiento vayan acorde a su esfuerzo
- Exista sensación de pertenencia a un grupo
- La política organizacional sea clara, justa y equitativa
- Se realice un trabajo significativo para el individuo

## **Estrategias Personales**

Las estrategias de afrontamiento de control o centradas en el problema previenen el SB porque aumentan los sentimientos de realización personal en el trabajo, mientras que las de escape/evitación y centradas en la emoción facilitan su aparición. Las técnicas para la adquisición de estas estrategias pueden ser dirigidas al entrenamiento en habilidades (como resolución de problemas, asertividad, manejo del tiempo, comunicación y relaciones sociales, cambios en el estilo de vida y otras habilidades para cambiar las demandas del entorno) o al manejo de las emociones (incluyen las habilidades para la expresión de las emociones, manejo de sentimientos de culpa, relajación, etc.) [28]

## **2.2. SINDROME DE BURNOUT Y OTROS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS**

### **2.2.1. ANSIEDAD**

#### **2.2.1.1. Definición**

Se define como una sensación de miedo indefinido o como una anticipación de un daño o desgracia futuros. Es una reacción normal ante cualquier amenaza incierta que provoca inseguridad. Esta señal de alerta permite a la persona adoptar las medidas necesarias para enfrentarse a esa amenaza. Se acompaña de un sentimiento de disforia (desagradable) y/o de síntomas somáticos de tensión. [46, 48]. La ansiedad deja de ser una reacción normal para convertirse en patológica si aparece en ausencia de una causa lógica, cuando sobrepasa cierta intensidad o cuando supera la capacidad adaptativa de la persona, provocando malestar significativo con síntomas que afectan tanto al plano físico, psicológico y conductual. [46]

#### **2.2.1.2. Causas**

Las causas de los trastornos de ansiedad no son totalmente conocidas, pero están implicados factores:

**Factores biológicos:** se han encontrado alteraciones en los sistemas neurobiológicos gabaérgicos y serotoninérgicos, así como anomalías estructurales en el sistema límbico. Además existe cierta predisposición genética en la aparición de estos trastornos. [46, 48]

**Factores ambientales:** se ha encontrado la influencia de determinados estresores ambientales, una mayor hipersensibilidad y una respuesta aprendida.

**Factores psicosociales:** Las situaciones de estrés, el ambiente familiar, las experiencias amenazadoras de vida y las preocupaciones excesivas por temas cotidianos, representan un factor de riesgo para el desarrollo de estos trastornos. Como factores predisponentes, se ha observado la influencia de las características de la personalidad. [46]

### 2.2.1.3. Cuadro Clínico

Los síntomas característicos de esta patología se resumen en el cuadro siguiente:

Síntomas Físicos	Síntomas psicológicos y conductuales
<b>Vegetativos:</b> sudoración, sequedad de boca, mareo, inestabilidad	Preocupación, aprensión, sensación de agobio
<b>Neuromusculares:</b> temblor, tensión muscular, cefaleas, parestesias	Miedo a perder el control, a volverse loco o sensación de muerte inminente
<b>Cardiovasculares:</b> palpitaciones, taquicardias, dolor precordial	Dificultad de concentración, quejas de pérdida de memoria
<b>Respiratorios:</b> disnea	Irritabilidad, inquietud, desasosiego
<b>Digestivos:</b> náusea, vómitos, dispepsia, diarrea, estreñimiento, aerofagia, meteorismo	Conductas de evitación a determinadas situaciones
<b>Genitourinarios:</b> micción frecuente, problemas de la esfera sexual	Inhibición o bloqueo psicomotor Obsesiones o compulsiones

### 2.1.1.4. Clasificación de los Trastornos de Ansiedad

DSM IV TR	CIE-10
Fobia Social	<b>Trastornos de ansiedad fóbica</b> Fobias sociales Fobias específicas Agorafobia
Fobia simple	
Agorafobia sin crisis de angustia	
Trastornos de angustia con agorafobia	<b>Otros trastornos de ansiedad</b> Trastorno de angustia Trastorno de ansiedad generalizada Trastorno mixto ansioso-depresivo
Trastornos de angustia sin agorafobia	

Trastorno de ansiedad generalizada	Otro trastorno mixto de ansiedad Otros trastornos de ansiedad
Trastorno Obsesivo Compulsivo	<b>Trastorno Obsesivo Compulsivo</b> <b>Reacciones de estrés y trastornos de adaptación</b> Trastorno de estrés postraumático Reacción de estrés agudo Trastornos de adaptación Trastornos disociativos
Trastorno por estrés postraumático	
Trastorno por estrés agudo	
Trastorno de ansiedad debido a una enfermedad medica	
Trastorno de ansiedad inducido por sustancias	
	<b>Trastorno somatomorfos</b>
Trastorno de ansiedad no especificado	<b>Otros trastornos neuróticos</b>

### 2.2.2. Síndrome de Burnout y Ansiedad

La implicación de la ansiedad dentro del proceso de estrés y en concreto de SB ha sido estudiada en diversas muestras, donde se ha detectado asociaciones estadísticamente significativas entre ansiedad evaluada como estado y estrategias orientadas al control de emociones [73].

En comparación con la depresión, los problemas de ansiedad han sido menos estudiados en relación con SB. En diseños transversales, se encontraron correlaciones significativas entre SB y ansiedad en una población económicamente activa (Lindblom et al. 2006), en trabajadores de servicios humanos (Richardsen et al. 1992, Corrigan et al. 1995, Turnipseed 1998) y en pacientes hospitalizados (Roelofs et al. 2005). [73]

Ahola K. y col estudiaron en una muestra de 8028 participantes [73] la relación entre SB y ansiedad, encontraron que al menos un trastorno de ansiedad estuvo presente en el 21% de los empleados que presentaron SB severo, en el 8% con SB leve y apenas en el 2% en los pacientes sin SB. Observaron una relación estadísticamente significativa entre SB y trastornos de ansiedad en ambos sexos. Para trastornos de ansiedad, cada aumento de 1 punto en la escala de SB se asoció con un aumento de 129% en las probabilidades para presentar trastornos de ansiedad en los hombres y un aumento del 105% en las mujeres.

En un estudio realizado en el 2005 [74] a 130 médicos de Madrid se determinó que la ansiedad aparece como el factor causal que explicaría el porcentaje alto de SB (41,9 %) y la aparición de DP (13,5%).

### **2.2.3. DEPRESIÓN**

#### **2.2.3.1. Definición**

La depresión (del latín depressus "abatido", "derribado") es un trastorno emocional en el que destaca un estado de ánimo deprimido, falta de energía y pérdida de interés o de la capacidad para disfrutar u obtener placer (anhedonia). Puede ser transitorio o permanente. Predominan los síntomas afectivos (tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) y en mayor o menor grado, están presentes síntomas de tipo cognitivo o incluso somático que pueden afectar la vida de la persona. [49, 50]

#### **2.2.3.2. Causas**

Las causas de depresión son el resultado de la acción de varios factores:

- **Factores químicos:** El eje serotonina-dopamina parece cumplir un papel fundamental en el desarrollo de los trastornos depresivos, otras sustancias importantes estudiadas son la acetilcolina, la noradrenalina y la adrenalina. [49]
- **Factores genéticos:** En algunas familias la depresión severa se presenta generación tras generación. El trastorno depresivo severo está a menudo asociado con cambios en las estructuras o funciones cerebrales: disminución del metabolismo del área prefrontal izquierda del cerebro.
- **Factores hormonales:** En la depresión se encuentran alteraciones en procesos de retroalimentación del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal con aumento sérico de cortisol.

El hipotiroidismo se ha relacionado con los trastornos del estado de ánimo. Además las hormonas femeninas, estrógenos y progesterona, juegan un papel en la depresión.

- **Factores psicosociales:** La depresión puede ser consecuencia o respuesta a determinadas situaciones traumáticas como la pérdida de un ser querido, enfermedad, divorcio o ante situaciones de fuerte estrés.
- **Causas médicas:** Los trastornos médicos generales más depresógenos son la IRC (Insuficiencia Renal Crónica), el posinfarto de miocardio, el cáncer y el SIDA. Además la mayor parte de los trastornos orgánicos cerebrales (Parkinson, TCE, etc.) se acompañan de depresión con bastante frecuencia.

### 2.2.3.3. Cuadro Clínico

Los síntomas más comunes suelen dividirse en:

Emocionales	Cognitivos	Vegetativos	Rasgos psicóticos
Disforia, irritabilidad, anhedonia	Autocrítica, sentimiento de inutilidad o culpabilidad, desesperanza, falta de concentración, dificultades de memoria, indecisión	Fatiga, reducción de la energía, insomnio, hipersomnia, anorexia, retraso o agitación psicomotrices, deterioro de la libido.	Delirio de persecución, hipocondría, alucinaciones auditivas, visuales.

### 2.2.3.4. Diagnóstico

Los criterios que se establecen para el trastorno depresivo mayor son: [49]

**Criterio A:** La presencia de por lo menos 5 de los síntomas siguientes, durante al menos 2 semanas:

- Estado de ánimo triste, disfórico o irritable durante la mayor parte del día y la mayoría de días.
- Anhedonia
- Disminución o aumento del peso o del apetito

- Insomnio o hipersomnias
- Enlentecimiento o agitación psicomotriz.
- Astenia
- Sentimientos recurrentes de inutilidad o culpa
- Disminución de la capacidad intelectual
- Pensamientos recurrentes de muerte o ideas suicidas.

**Criterio B:** No deben existir signos o criterios de trastornos afectivos mixtos (síntomas maníacos y depresivos), trastornos esquizoafectivos o trastornos esquizofrénicos.

**Criterio C:** El cuadro repercute negativamente en la esfera social, laboral o en otras áreas vitales.

**Criterio D:** Los síntomas no se explican por el consumo de sustancias tóxicas o medicamentos, ni tampoco por una patología orgánica

**2.2.3.5. Clasificación de los Trastornos Depresivos [50, 51]**

DSM IV TR	CIE-10
Trastornos Depresivos Trastorno depresivo mayor Trastorno distímico Trastorno depresivo no especificado	Episodios depresivos
Trastornos Bipolares Trastorno bipolar I Trastorno bipolar II Ciclotimia	Trastornos depresivos recurrentes
Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica	Trastorno afectivos persistentes Distimia Ciclotimia
Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias	Trastornos bipolares

**2.2.4. Síndrome de Burnout y Depresión**

En diversos estudios se han observado asociaciones positivas entre el SB y depresión. Se ha considerado que pueden coexistir simultáneamente o la una ser consecuencia de la otra.

Niveles medios y altos en las tres dimensiones del SB se han encontrado en relación con síntomas depresivos agravando aún más los sentimientos de desesperanza y cansancio emocional, comprometiendo la calidad de vida de los individuos y su desempeño laboral. Estas asociaciones se han encontrado en 6 estudios que han analizado y comparado el SB con depresión (Firth y col. 1986, Landsbergis 1988, McKnight & Glass 1995, Sears y col. 2000, Roelofs y col. 2005, Lindblom y col 2006). En algunos estudios se ha encontrado que solo la dimensión de cansancio emocional estaría en relación con la aparición de depresión, mostrando una asociación estadísticamente significativa entre estas dos variables (Firth y col 1986, Landbergis 1988, McKnight & Glass 1995, Sears y col. 2000, Lindblom y col. 2006). [73].

#### **2.2.5. Validación del HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale)**

Fue originalmente diseñada por Zigmond y Snaith (1983) como instrumento de screening para la detección de síntomas de ansiedad y depresión, en pacientes que asistían a un hospital de medicina general, sin patología psiquiátrica aparente. El contenido del HADS se refiere más a los síntomas psicológicos que a los somáticos de estas dos patologías [23]. El cuestionario consta de 14 preguntas, de las cuales los números impares se relacionan con ansiedad y los números pares con depresión, se compone de 4 opciones de respuestas que equivalen a un puntaje entre 0-3.

Tejero y cols. [24] realizaron una traducción de la escala al castellano y determinaron valores de consistencia interna. Obtuvieron un coeficiente de Alfa de Chronbach de 0,81 para la subescala de ansiedad y de 0,82 para depresión. Concluyeron que el HAD es un instrumento corto, fácil de aplicar, ofrece información separada de ansiedad y depresión y es sensible al cambio después de una intervención psicológica. En México se ha aplicado y validado la escala en diversos grupos de pacientes, obteniendo los siguientes resultados: la subescala de depresión con un punto de corte de 7, ha mostrado el 76% de sensibilidad y 45% de especificidad. En cuanto a la subescala de ansiedad con un punto de corte de 8, mostró 62% de sensibilidad y 58% de especificidad.

## **2.3. PERSONALIDAD**

### **2.3.1 Definición**

El origen etimológico proviene del griego “prosopon” (cara, rostro, máscara) y del latín “personare (resonar a través de algo). La personalidad era, para los clásicos, la máscara que se ponían los actores griegos en las representaciones teatrales para interpretar sus personajes [52].

La idea de la personalidad como conjunto que engloba al carácter y al temperamento, es actualmente la más aceptada. El carácter se concibe como el modo y estilo de comportamiento estable (expresado sobre todo por patrones de conducta observables) y el temperamento como sustrato neurofisiológico (con un fuerte componente constitucional y genético) del funcionamiento afectivo del sujeto [53].

En conclusión, la personalidad es considerada como una estructura interna formada por factores biológicos, psicológicos y sociales que se encuentran en continua interacción; esta interacción, hace que cada ser humano desarrolle distintas maneras de pensar, percibir, actuar e interrelacionarse con los demás. De esta manera cada persona adquiere rasgos propios que la diferencian de las demás personas. Cada persona es única. La personalidad se encuentra en continuo cambio y movimiento, no puede ser estática ni fija [52].

### **2.3.2. Trastornos de la Personalidad según la DSM IV**

Aunque el terreno de la personalidad ha sido tradicionalmente el más resbaladizo de toda la psicopatología, cualquier clínico ve y trata pacientes que se comportan de una manera “anormal”, sin que se les pueda encuadrar dentro de la psicosis, depresión u otros cuadros clínicos [53].

La mayoría de las teorías sobre la personalidad comparten la premisa de que en el individuo existen atributos estables que se traducen en pautas de conducta consistentes en el tiempo y en

diferentes contextos, los llamados “rasgos de personalidad”, que son patrones persistentes de formas de percibir, relacionarse y pensar sobre el entorno y sobre uno mismo que se ponen de manifiesto en una amplia gama de contextos sociales y personales [56].

### **2.3.3. Diagnóstico**

#### **2.3.3.1. Criterios Diagnósticos Generales para un Trastorno de la Personalidad [56]**

- A. Un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto. Este patrón se manifiesta en dos (o más) de las áreas siguientes:
  - (1) cognición (p. ej., formas de percibir e interpretarse a uno mismo, a los demás y a los acontecimientos)
  - (2) afectividad (p. ej., la gama, intensidad, labilidad y adecuación de la respuesta emocional)
  - (3) actividad interpersonal
  - (4) control de los impulsos
- B. Este patrón persistente es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales.
- C. Este patrón persistente provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. El patrón es estable y de larga duración, y su inicio se remonta al menos a la adolescencia o al principio de la edad adulta.
- E. El patrón persistente no es atribuible a una manifestación o a una consecuencia de otro trastorno mental.
- F. El patrón persistente no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a una enfermedad médica.

### **2.3.4. Instrumentos Diagnósticos**

#### **2.3.4.1. International personality disorder examination (IPDE):**

Es el resultado de un programa conjunto de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Instituto Nacional de Salud de EE.UU. Fue aprobada en un estudio de campo en el que participaron psiquiatras y psicólogos clínicos de 14 centros de 11 países de América del Norte, Europa, África y Asia [53]. La IPDE es una entrevista designada para evaluar Trastornos de Personalidad en los sistemas de clasificación CIE-10 y DSM-III-R, y subsecuentemente modificada para ser compatible con DSM-IV.

### **International Personality Disorder Examination Screener (IPDE-S) (Loranger, 1991)**

Es un screening que consta de 77 ítems de Verdadero/Falso diseñado para evaluar la presencia de rasgos de personalidad patológicos. El IPDE-S permite la caracterización de un individuo en uno de los 10 diferentes patrones de personalidad según la DSM IV. El investigador se centra en seis áreas diferentes de la personalidad y la conducta: autoconcepto, afectividad, contacto con la realidad, control de impulsos, relaciones interpersonales y actividad laboral [57].

El cuestionario es fácil de realizar y evaluar, no debe ser usado para hacer diagnósticos o calcular puntuaciones dimensionales de los trastornos de la personalidad. Si tres o más ítems de un trastorno han sido señalados, el sujeto ha dado positivo para la evaluación para ese trastorno, y debe ser entrevistado por un especialista. [14].

Lenzenweger y cols. (1997) estudiaron la validez del IPDE-S. Los resultados mostraron una alta sensibilidad del 81%, moderada especificidad del 61%, un alto valor predictivo negativo del 98% y bajo valor predictivo positivo del 21%. Mulcahy-Avery (2009) encontró una sensibilidad extremadamente alta (100%) sin embargo la especificidad fue muy baja (5,9%). Del mismo modo, el poder predictivo negativo fue muy alto (100%), mientras que el poder predictivo positivo fue bajo (15,8%). En el siguiente cuadro se comparan los resultados con diferentes puntos de corte [59]:

	3 Criterios	4 Criterios	5 Criterios	6 Criterios
VPP	15,8 %	17,6	22,0%	21,7%
VPN	100%	100%	100%	89,3%
Sensibilidad	100%	100%	100%	55,6%
Especificidad	5%	17,6%	37,3%	64,7%
VP	9	7,6	9	5
FP	48	43,4	32	18
VN	3	7,6	19	33
FN	0	1,4	0	4

### 2.3.5. Clasificación

Entre el 10 y el 15% de la población sufre algún trastorno de la personalidad. Cada uno de ellos en particular tiene una prevalencia que en general suele oscilar entre el 1 y 3%. [56]

La clasificación de los trastornos de personalidad, en el DSM-IV se realiza de la siguiente manera:

<b>GRUPO A Excesivamente introvertidos, raros y excéntricos</b>	<b>Prevalencia</b>
Trastorno PARANOIDE de la personalidad	2,4
Trastorno ESQUIZOIDE de la personalidad	1,7
Trastorno ESQUIZOTIPICO de la personalidad	0,6
<b>GRUPO B Excesivamente extrovertidos, emocionales, impulsivos e inestables</b>	
Trastorno HISTRIONICO de la personalidad	2,0
Trastorno LÍMITE (BORDERLINE) de la personalidad	0,7
Trastorno NARCISISTA de la personalidad	0,8
Trastorno ANTISOCIAL de la personalidad	0,7
<b>GRUPO C Excesivamente ansiosos y apocados</b>	
Trastorno de la personalidad por EVITACIÓN	5,0
Trastorno de la personalidad por DEPENDENCIA	1,5
Trastorno OBSESIVO-COMPULSIVO de la personalidad	2

**Trastorno Paranoide.**-Patrón de desconfianza y suspicacia general hacia los otros, de forma que las intenciones de éstos son interpretadas como maliciosas, tienen un autoconcepto grandioso, aunque frágil son hipersensibles a ofensas, reales o a veces imaginarias, no perdonan ni olvidan jamás y ven a los demás como malos, débiles, hostiles y despreciables. Su vida emocional es pobre, suelen tener conflictos con los demás, en los ambientes social, laboral y familiar.

**Trastorno Esquizoide.**-Patrón general de distanciamiento de las relaciones sociales y de restricción de la expresión emocional en el plano interpersonal. No demuestran tener deseos de intimidad, son indiferentes a las oportunidades de establecer relaciones personales y formar parte de un grupo social. Suelen estar socialmente aislados y casi siempre escogen actividades solitarias o aficiones que no requieran interacciones con otras personas.

**Trastorno Esquizotípico.**-Patrón general de déficit social e interpersonal caracterizado por malestar agudo y capacidad reducida para las relaciones personales, presentan distorsiones cognoscitivas o perceptivas de la realidad y en el proceso de pensamiento con contenidos esotéricos, supersticiosos y excentricidades del comportamiento. Pueden tener episodios de despersonalización y desrealización. Acostumbran a tener pocos o ningún amigo íntimo. Toleran muy mal el estrés y se sienten ansiosos en situaciones sociales.

**Trastorno Antisocial.**-Patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás, engañan y manipulan con tal de conseguir provecho o placer personales. Son personas que presentan extraversión patológica, comportamiento impulsivo e irresponsable. Carecen de sentido de culpabilidad y no sienten remordimiento, ni empatía con sus víctimas. No cumplen con sus obligaciones familiares, económicas, académicas, sociales o laborales. Se ven implicados en peleas, asaltos, conductas ilegales, peligrosas, abuso de alcohol y drogas.

**Trastorno Límite.**- Patrón general de inestabilidad en relaciones interpersonales, autoimagen, afectividad y una notable impulsividad. Tienen sentimientos crónicos de vacío, aburrimiento, problemas de identidad y un patrón de relaciones inestables e intensas; realizan frenéticos esfuerzos para evitar un abandono real o imaginado. Durante períodos de estrés extremo, se pueden presentar ideación paranoide transitoria o síntomas disociativos. Presentan intentos o amenazas suicidas recurrentes o comportamiento de automutilación.

**Trastorno Histriónico.**-La característica esencial es la emotividad generalizada y excesiva, la autodramatización, teatralidad y el comportamiento de búsqueda de atención. Estos sujetos no están cómodos cuando no son el centro de atención y utilizan el aspecto físico para hacerlo. El comportamiento suele ser inapropiadamente provocador y seductor. La expresión emocional

puede ser superficial y rápidamente cambiante, son altamente sugestionables. Tienen una forma de hablar subjetiva y carente de matices.

**Trastorno Narcisista.**-Patrón general de grandiosidad, necesidad de admiración y falta de empatía. Son arrogantes, soberbios y tienen un sentido grandioso de autoimportancia. Es habitual sobrevalorar sus capacidades y exagerar sus conocimientos y cualidades, dando la impresión de ser jactanciosos y presuntuosos. Piensan que sólo pueden relacionarse con personas que son especiales o de talento. Esta pretenciosidad, combinada con la falta de sensibilidad para los demás, puede acarrear la explotación consciente o inconsciente del prójimo.

**Trastorno Evitativo.**-Patrón general de inhibición social, sentimientos de inadecuación e hipersensibilidad a la evaluación negativa. Tienden a ser tímidos, callados, inhibidos e «invisibles» con baja autoestima, evitan trabajos o actividades sociales que impliquen un contacto interpersonal importante, porque tienen miedo de críticas, desaprobación o rechazo. Evitan hacer nuevos amigos y no participan en actividades de grupo a no ser que reciban ofertas repetidas de apoyo y protección. Son propensos a exagerar el peligro potencial de las situaciones ordinarias.

**Trastorno Dependiente.**-La característica es una necesidad general y excesiva de que se ocupen de uno, que ocasiona un comportamiento de sumisión, adhesión y temores de separación, con una percepción de uno mismo como incapaz de funcionar adecuadamente sin la ayuda de los demás debido a temores exagerados de ser incapaces de cuidar de sí mismos. Tienen grandes dificultades para tomar las decisiones cotidianas, si no cuentan con un excesivo aconsejamiento y reafirmación por los demás. Les es difícil iniciar proyectos o hacer las cosas con independencia.

**Trastorno Obsesivo-Compulsivo (O/C).**-La característica esencial es una preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal, a expensas de la flexibilidad, espontaneidad y eficiencia que se autoimponen. Prestan atención esmerada a reglas, detalles

triviales, protocolos, listas, horarios o formalidades hasta el punto de perder de vista el objetivo principal. Son reacios a delegar tareas a otros e insisten obstinada e irrazonablemente en que todo se haga a su manera, siendo críticos despiadados de sus propios errores. Muestran dedicación excesiva al trabajo y a la productividad, con exclusión de actividades de ocio y amistades. Pueden ser demasiado tercos, escrupulosos e inflexibles en temas de moral, ética o valores. Son tacaños y avaros, llevan un nivel de vida muy inferior debido a su creencia controlar los gastos para prevenir catástrofes futuras.

### **2.3.6. Síndrome de Burnout y Personalidad**

En las últimas dos décadas varios estudios han indicado la posibilidad de que la personalidad juegue un papel importante en el desarrollo de SB. [66].

Hernández, Olmedo, Ibáñez (2004) confirman que las personas que utilizan como estrategia de afrontamiento el escape-avoidance, presenta mayores niveles de cansancio emocional y SB. Por el contrario, otros autores afirman que las personas introvertidas, que controlan sus expresiones de hostilidad y con la habilidad de establecer contactos interpersonales en busca de aprobación, generan mecanismo adecuados de afrontamiento a los agentes estresores, lo que les hace poco propensos a desarrollar SB [60].

Según Maslach, las personas con vulnerabilidad a desarrollar SB se caracterizan por tener un deseo de destacar y obtener resultados brillantes, un trabajo muy comprometido con el dolor, el sufrimiento y la muerte y relaciones laborales insatisfactorias con antagonismos entre los compañeros. Son personas con alto grado de autoexigencia, baja tolerancia al fracaso, búsqueda de excelencia y perfección, necesidad de control y un sentimiento inicial de omnipotencia en su trabajo. El sujeto pensara que "sólo él, y nadie más que él, puede hacer las cosas tan bien". Esto le proporciona una sobrecarga emocional que le lleva al agotamiento [1]. Waring refiere que son personalidades caracterizadas por ambición profesional, búsqueda de satisfacciones personales y

el sentimiento de indispensabilidad. Su mundo personal se restringe al mundo profesional. Este perfil encajaría en el tipo de personalidad obsesivo-compulsivo. (O/C)

Purdy y Lemkau determinaron que los rasgos obsesivos de personalidad no se relacionaron con ninguna dimensión de SB (positiva o negativamente). Por el contrario los rasgos: evitativo, dependiente, antisocial y pasivo-agresivos se correlacionaron con altas puntuaciones de agotamiento emocional, mientras que los rasgos: narcisista, histriónico, compulsivo y esquizoide no tuvieron relación. Alemany, Berini y Gay (2008) establecieron que los tipos de personalidad narcisista y límite son los más frecuentemente encontrados en los individuos que padecen de SB [14]. Daly y Willcock señalaron que el estilo de personalidad "alexitímico" (incapacidad para reconocer o describir las propias emociones) es un predictor para desarrollar altos niveles de SB.

## **CAPÍTULO III.**

### **3.1. MATERIALES Y MÉTODOS**

#### **3.1.1. PROBLEMA**

Para el médico, la convivencia diaria con el dolor, la enfermedad y la muerte genera una gran carga de estrés laboral.

La presión por la toma de decisiones importantes e inmediatas de las cuales depende la vida de una persona, la afluencia de pacientes en las consultas externas, el corto tiempo establecido para cada uno, la falta de recursos diagnósticos y terapéuticos, las grandes listas de espera para cirugías y las prolongadas jornadas de trabajo, hacen que el personal de salud sea susceptible al desarrollo de desgaste profesional. [15, 16, 17]

En los últimos años, en el IESS se han realizado cambios que han aumentado la demanda de la atención médica, entre ellos la aprobación de la ley que establece como infracción penal la no afiliación al IESS, la extensión de cobertura para los hijos menores de 18 años y para los cónyuges de afiliados. Esto ha llevado a un incremento importante en el número de asegurados, sin la consecuente ampliación de la infraestructura del hospital ni el contrato de nuevos médicos residentes y especialistas, lo que ha llevado a una sobresaturación del espacio físico y un aumento en la carga laboral para el personal de salud.

Además, el incremento de la jornada laboral a 8 horas para los médicos tratantes de la Institución sin el correspondiente aumento de salario, tendría relación con la aparición de estrés laboral y SB, por lo que nos planteamos las siguientes interrogantes:

- ¿Cuál es la prevalencia de SB en médicos residentes y tratantes del HCAM?

- ¿Cuáles son las diferencias existentes entre las variables sociodemográficas en médicos con y sin SB?
- ¿Cómo se relaciona el SB con los trastornos del estado de ánimo y rasgos de personalidad en médicos residentes y tratantes del HCAM?

### **3.1.2. OBJETIVO GENERAL**

- Conocer la prevalencia de SB y su relación con variables sociodemográficas y laborales en médicos residentes y tratantes que trabajan en el HCAM.

### **3.1.3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Determinar la relación del SB con variables sociodemográficas, tales como edad, sexo, estado civil y número de hijos.
- Conocer la distribución del SB según la especialidad, cargo médico y años de trabajo en la Institución.
- Conocer la relación del SB con los factores laborales y la carga horaria de trabajo.
- Observar y comparar los tipos de personalidad que son prevalentes entre los médicos participantes del estudio.
- Conocer la prevalencia de depresión y ansiedad y establecer su asociación con la presencia de SB en el personal médico del Hospital Carlos Andrade Marín.

### **3.1.4. HIPÓTESIS**

- La prevalencia de SB es elevada en médicos residentes y tratantes del Hospital Carlos Andrade Marín.
- El SB se presenta en proporciones desiguales en las especialidades clínicas, quirúrgicas y críticas.

- La prevalencia de SB es mayor según el número de pacientes atendidos diariamente y el tiempo de trabajo en la Institución.
- La prevalencia de ansiedad y depresión es elevada entre médicos residentes y tratantes con SB.
- Los rasgos de personalidad obsesivo-compulsivo, narcisista y al límite están relacionados con la presencia de SB.

### 3.1.5. TIPO DE ESTUDIO

Estudio transversal y analítico

### 3.1.6. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES DEL ESTUDIO

VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO	CATEGORÍA	INDICADOR
<b>Presencia de Síndrome de Burnout (SB)</b>	Síndrome de estar quemado por el trabajo en respuesta al estrés laboral crónico integrada por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado.	Dependiente dicotómica	SI NO	Proporción
<b>Grados de Síndrome de Burnout</b>		Dependiente	Bajo Medio Alto	Proporción
<b>Puntaje en la escala</b>		Dependiente	0: Nunca 1: pocas veces al año 2: una vez al mes 3: pocas veces al mes 4: una vez a la semana 5: varias veces a la semana 6: diariamente	Mediana, media, desviación estándar, varianza, rango, asimetría y curtosis.
<b>Presencia de Cansancio Emocional (CE)</b>	Cansancio y fatiga que puede manifestarse física, psíquicamente o como una combinación de ambos. Es un sentimiento de que nada se puede ofrecer a los demás.	Dependiente dicotómica	SI NO	Proporción
<b>Grados de Cansancio Emocional</b>		Dependiente	Bajo Medio Alto	Proporción
<b>Puntaje en la escala</b>		Dependiente	0: Nunca 1: pocas veces al año	Mediana, media, desviación

			2: una vez al mes 3: pocas veces al mes 4: una vez a la semana 5: varias veces a la semana 6: diariamente	estándar, varianza, rango, asimetría y curtosis.
<b>Presencia de Despersonalización (DP)</b>	Desarrollo de sentimientos, actitudes y respuestas negativas, distantes y frías hacia otras personas; especialmente hacia los beneficiarios del propio trabajo. Se acompaña de un incremento en la irritabilidad y una pérdida de motivación hacia sí mismo.	Dependiente dicotómica	SI NO	Proporción
<b>Grados de Despersonalización</b>		Dependiente	Bajo Medio Alto	Proporción
<b>Puntaje en la escala</b>		Dependiente	0: Nunca 1: pocas veces al año 2: una vez al mes 3: pocas veces al mes 4: una vez a la semana 5: varias veces a la semana 6: diariamente	Mediana, media, desviación estándar, varianza, rango, asimetría y curtosis.
<b>Presencia de Baja Realización Personal (BRP)</b>	Cuando las demandas que se le hacen al sujeto, exceden su capacidad para atenderlas de forma competente. Supone respuestas negativas hacia uno mismo y su trabajo, evitación de las relaciones personales y profesionales, bajo rendimiento laboral, incapacidad para soportar la presión y una baja autoestima.	Dependiente dicotómica	SI NO	Proporción
<b>Grados de Baja Realización Personal</b>		Dependiente	Bajo Medio Alto	Proporción
<b>Puntaje en la escala</b>		Dependiente	0: Nunca 1: pocas veces al año 2: una vez al mes 3: pocas veces al mes 4: una vez a la semana 5: varias veces a la semana 6: diariamente	Mediana, media, desviación estándar, varianza, rango, asimetría y curtosis.

VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO	CATEGORÍA	INDICADOR
<b>Edad</b>	Edad cronológica actualizada.	Cuantitativa continua	Años	Mediana, media, desviación estándar, varianza, rango, asimetría y curtosis.
<b>Sexo</b>	Características fenotípicas que distinguen al hombre de la mujer.	Cualitativa	Masculino Femenino	Proporción
<b>Estado Civil</b>	Estado de unión de dos individuos.	Cualitativa	Casado/ Unión libre Soltero Divorciado/Separado Viudo	Proporción
<b>Número de hijos</b>	Número de descendientes respecto de su padre/madre	Cuantitativa Discreta	Número	Proporción
<b>Situación laboral</b>	Relación de estabilidad con la empresa donde trabaja un individuo	Cualitativa	Residente posgradista Residente asistencial Médico tratante con nombramiento Médico tratante con contrato	Proporción
<b>Tiempo de trabajo en HCAM</b>	Tiempo transcurrido durante la estancia dentro de la institución desde el momento en que empezó a trabajar hasta la actualidad en años	Cuantitativa	Años	Mediana, media, desviación estándar, varianza, rango, asimetría y curtosis
<b>Especialidad</b>	Título de posgrado obtenido por el profesional de salud o en caso de médico residente especialidad en que actualmente trabaja.	Cualitativa	Clínica Quirúrgica Cuidados Críticos	Proporción
<b>Número de pacientes que atiende diariamente</b>	Promedio de número de pacientes que atiende en su jornada laboral en HCAM	Cuantitativa Discreta	# de pacientes/día	Proporción
<b>Número de horas semanales que trabaja fuera de HCAM</b>	Tiempo en horas que trabaja fuera de la Institución brindando atención médica y/o docencia.	Cuantitativa	Horas	Mediana, media, desviación estándar, varianza, rango, asimetría y curtosis
<b>Número de horas</b>	Número de horas a la semana que dedica a la	Cuantitativa	Horas/Semana	Mediana, media,

<b>semanales que dedica a actividades recreativas</b>	realización de actividades recreativas como ejercicio, deporte, etc.			desviación estándar, varianza, rango, asimetría y curtosis
<b>Consumo de alcohol</b>	Consumo actual de alcohol.	Cualitativa	SI NO	Proporción
<b>Consumo de tabaco</b>	Consumo actual de tabaco.	Cualitativa	SI NO	Proporción
<b>Ambiente de trabajo</b>	Factores ambientales que rodean el ambiente de trabajo	Cualitativa	Excelente Bueno Regular Malo	Proporción
<b>Ingresos mensuales satisfacen sus necesidades</b>	Satisfacción de necesidades económicas con la remuneración mensual por atención médica en HCAM.	Cualitativa	Si No Moderadamente	Proporción
<b>Satisfacción laboral</b>	Sensación que un individuo experimenta al lograr el equilibrio entre una necesidad o grupo de necesidades y el objeto o los fines que la reducen, es decir, la actitud del trabajador frente a si propio trabajo.	Cualitativa	Insatisfecho Poco Satisfecho Satisfecho Satisfecho Muy Satisfecho	Proporción
<b>Rasgos de Personalidad</b>	Patrones persistentes de formas de percibir, relacionarse y pensar sobre el entorno y sobre uno mismo que se ponen de manifiesto en una amplia gama de contextos sociales y personales.	Cualitativa	Paranoide Esquizoide Esquizotípico Histriónico Antisocial Narcisista Límite Obsesivo-Compulsivo Dependiente Evitativo	Proporción
<b>Grupos de Personalidad</b>	Asociación de los perfiles de personalidad en 3 grupos que presentan rasgos en común.	Cualitativa	Grupo A Grupo B Grupo C	Proporción
<b>Ansiedad</b>	Sensación subjetiva de inquietud, temor y aprensión.	Cualitativa	Normal Caso probable Caso problema	Proporción
<b>Depresión</b>	Trastorno de estado de ánimo que se caracteriza por tristeza, indiferencia, apatía e irritabilidad.	Cualitativa	Normal Caso probable Caso problema	Proporción

### 3.1.7. MUESTRA

Para el estudio se requirió de 369 participantes, distribuidos de la siguiente manera: 209 médicos tratantes, 140 residentes posgradistas y 20 residentes asistenciales.

#### Tamaño de la muestra

Se calculó mediante la fórmula:

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2}$$

**Dónde:**

$Z_{\alpha}^2 = 1.96$  (para un 95% de intervalo de confianza)

$p =$  proporción esperada (40% = 0.4)

$q = 1 - p$  (en este caso  $1 - 0.4 = 0.6$ )

$d =$  precisión (5% = 0,05<sup>2</sup>)

$n = 369$

### 3.1.8. TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Los participantes de este estudio fueron sometidos a cuatro tipos de encuestas autoaplicadas:

- Encuesta de variables sociodemográficas (ANEXO I) referida a datos de: edad, género, estado civil, número de hijos, cargo, tiempo de trabajo en HCAM, especialidad, número de pacientes que atiende diariamente, horas de trabajo en otra institución, horas dedicadas a actividades recreativas, consumo de alcohol y tabaco, satisfacción laboral y remuneración económica.

#### 3.1.8.1. MBI-Human Services Survey (MBI-HSS): (ANEXO II)

- Es un instrumento dirigido a los profesionales de la salud. Es la versión clásica del MBI (Maslach y Jackson, 1981). Está conformado por 22 ítems que se valoran con una escala de frecuencia de siete grados que van de 0 (Nunca) a 6 (Todos los días). Este cuestionario tiene tres dimensiones: Cansancio emocional (con 9 ítems), Baja realización personal en el trabajo (con 5 ítems) y Despersonalización (con 8 ítems). [77]

Escala	Cansancio Emocional	Despersonalización	Baja Realización Personal	Síndrome de Burnout
Alto	27-54	10-30	≥18	≥62
Medio	19-26	6-9	8-17	33-61
Bajo	< 19	< 6	≤ 7	≤32

### 3.1.8.2. International Personality Disorder Examination Screener (ANEXO III)

Es un cribado que consta de 77 ítems de Verdadero/Falso diseñado para evaluar la presencia de rasgos de personalidad patológicos en los últimos 5 años de vida. El IPDE-S permite la clasificación de un individuo en uno de los 10 diferentes patrones de personalidad según la DSM IV: Grupo A (paranoide, esquizoide, esquizotípico); Grupo B (antisocial, límite, histriónico y narcisista) y Grupo C (evitativo, dependiente, obsesivo-compulsivo). Si tres o más ítems de un trastorno han sido señalados, el sujeto ha dado positivo para la evaluación para ese trastorno, y debe ser entrevistado por un especialista. [14]. El perfil de personalidad que obtuvo mayor número de ítems fue considerado como positivo.

Paranoide	2F	14F	36	38	58	66	72		
Esquizoide	1F	12	21F	31	46	57F	77F		
Esquizotípico	2F	24	30	52	64	67	70	71F	77F
Histriónico	5	10	17	26	28	35F	44	45	
Antisocial	11F	18F	20	29	47	56	74		
Narcisista	7F	9	15	22	37	55	61	65	68
Límite	4	8	13	25F	40	43	53	60	75
Obsesivo-Compulsivo	3F	19	23	32	41	48	54		
Dependencia	6	33	42	49	50	62	69F	73	
Evitación	16	27	34	38	39	51	63	76	

### 3.1.8.3. HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) (ANEXO IV)

El cuestionario consta de 14 preguntas, de las cuales los números impares se relacionan con ansiedad y los números pares con depresión. La intensidad o frecuencia del síntoma se evalúa en una escala de Likert de 4 puntos (rango 0 - 3), con diferentes formulaciones de respuesta. El paciente tiene que seleccionar, para cada ítem, la alternativa de respuesta que mejor refleje su situación durante la última semana. La puntuación para cada subescala se obtiene sumando los valores de las frases seleccionadas (0-3) en los ítems respectivos. El rango de puntuación es de 0-21 para cada subescala, y de 0-42 para la puntuación global.

Puntuación	Calificación
0 – 7	Normal
8 –10	Caso probable
≥ 11	Caso Problema

### 3.1.9. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

- **Criterios de inclusión:**

- ✓ Médicos residentes posgradistas
- ✓ Médicos residentes asistenciales
- ✓ Médicos tratantes con nombramiento
- ✓ Médicos tratantes con contrato

- **Criterios de exclusión:**

- ✓ Médicos que no tienen contacto con pacientes, como por ejemplo, el personal que trabaja en el área administrativa, laboratorio clínico y médicos patólogos.
- ✓ Médicos que no quieran participar en el estudio

### **3.1.10. PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS**

En la muestra estudiada se analizaron las siguientes variables: edad, género, estado civil, número de hijos, cargo, tiempo de trabajo, especialidad, número de pacientes que atiende diariamente, horas de trabajo, entorno y satisfacción laboral.

Se obtuvieron primero los descriptivos de la muestra. En las variables de cantidad se utilizaron las medidas de tendencia central y de dispersión y en las variables de calidad las proporciones. Una vez aplicada la escala, se dicotomizó la muestra en los que fueron portadores del SB y en los que no, y se comparó entre los dos grupos las variables estudiadas.

Se empleó la prueba T para las variables de cantidad y en el caso de variables cualitativas se utilizó el  $\chi^2$ . La asociación entre SB y presencia de ansiedad y depresión se analizó con la correlación de Spearman. En cualquier caso se utilizó un valor  $p \leq 0.05$  como significativo. Los resultados se analizaron en el programa informático SPSS versión 17,5 para Windows.

### **3.1.11. ASPECTOS BIOÉTICOS**

El presente estudio fue de tipo transversal, analítico, no de intervención. Incluyó a los médicos residentes y tratantes del HCAM, los participantes dieron su consentimiento informado (ANEXO V) por escrito y se garantizó que los datos obtenidos se mantendrían en absoluto anonimato.

Se contó con la aprobación de la Gerencia de Docencia e Investigación del HCAM para la realización del estudio y se aseguró la disponibilidad de los resultados para los participantes una vez concluido el trabajo de investigación.

## **CAPÍTULO IV:**

### **4. RESULTADOS**

#### **4.1. TAMAÑO MUESTRAL**

El universo que inicialmente se tomó en cuenta para el estudio fue de 369 participantes, divididos en 209 médicos tratantes, 140 residentes posgradistas y 20 residentes asistenciales, datos proporcionados por el departamento de Docencia y Recursos Humanos del Hospital Carlos Andrade Marín. La muestra fue recolectada durante los meses de diciembre del 2012 y febrero del 2013. Se repartieron 370 encuestas de forma aleatoria en los diferentes servicios de la Institución, del total repartido 35 correspondieron a médicos que perdieron las encuestas y 20 se encontraron incompletas. Durante el tiempo en el que se obtuvo la información, no se cumplió con el tamaño de la muestra, debido a que se agotaba el plazo previsto y nos encontramos ante pocas probabilidades de enrolar a más médicos que quisieran participar. Ante estas dificultades el grupo de estudio se redujo a 314 participantes, de los cuales 165 fueron médicos tratantes (131 tratantes con nombramiento y 34 tratantes con contrato), 129 residentes posgradistas y 20 residentes asistenciales. La tasa de respuesta fue del 85 %.

#### **4.2. ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS**

##### **4.2.1. Edad**

La media de edad de los participantes fue de 38,19 con una desviación estándar de  $\pm 9,8$ . Una edad mínima de 25 y una máxima de 68. (Tabla 1)

**Tabla 1. Descriptivos de la muestra.**

	Mediana	Media	Desviación estándar	Varianza	Rango	Asimetría	Curtosis
Edad (años)	35	38,2	9,8	96,1	43	0,93	-0,17
Tiempo de Trabajo (años)	4	7,1	8,1	65,5	41,9	1,88	3,15
Horas de trabajo extra hospitalario	0	5,5	9,8	96,7	75	3,1	12,8
Horas de tiempo de recreación	4	4,9	5,4	30,03	45	3,12	15,3

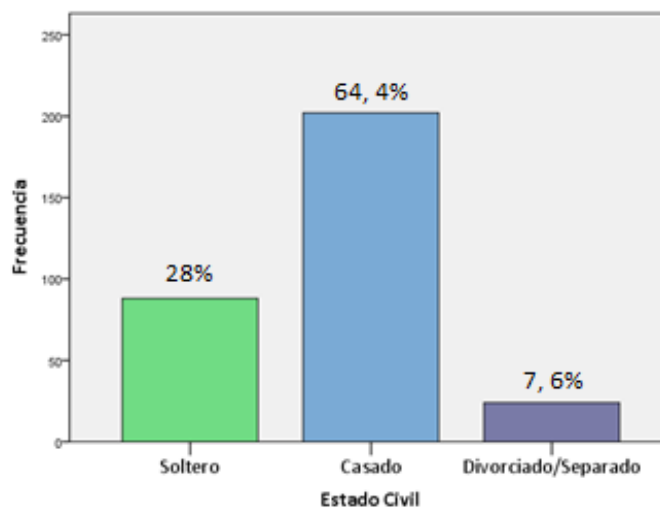
#### 4.2.2. Género

Del total de 314 participantes, 111 (35,4%) eran mujeres y 203 hombres (64,6%).

#### 4.2.3. Estado civil

204 (64,4%) médicos tenían una pareja estable, mientras que 86 (35,6%) no la tenían. (Grafico 1)

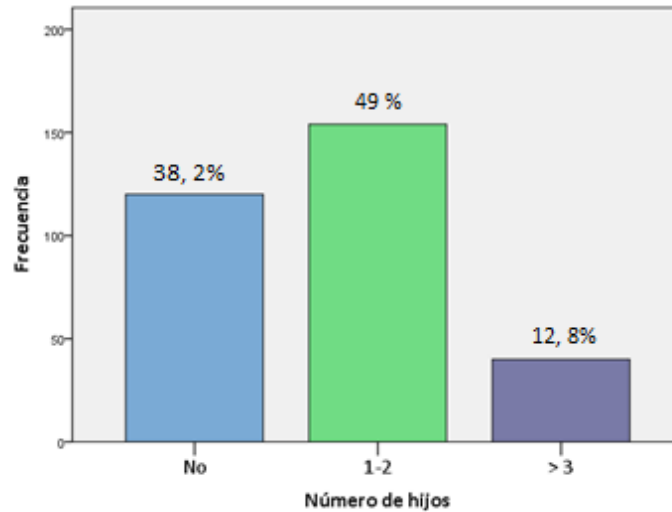
**Grafico 1. Distribución por estado civil en la población total**



#### 4.2.4. Presencia y número de hijos

Del total de los participantes, 194 (61,8%) tenían hijos y 120 (38,2%) no tenían. (Grafico 2)

**Grafico 2. Distribución de la muestra según el número de hijos de la muestra**

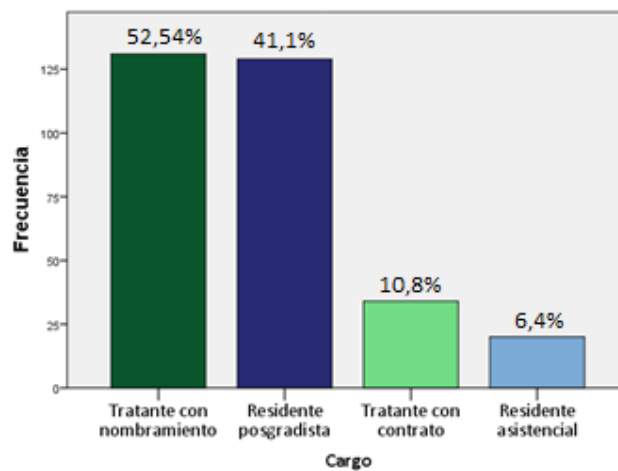


#### 4.2.5. Cargo

De los 314 participantes, 149 (47,45%) eran médicos residentes y 165 (52,54%) médicos tratantes.

(Grafico 3)

**Grafico 3. Distribución de la población total según el cargo**



#### 4.2.6. Tiempo de trabajo

La media de años de trabajo en la Hospital fue de 7,06 años con una desviación estándar de  $\pm 8,07$ , un mínimo de 2 semanas y un máximo de 42 años (Tabla 1).

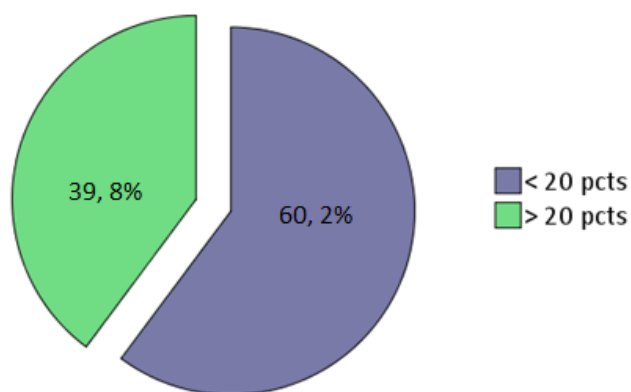
#### 4.2.7. Especialidad

Del total de los participantes, 130 (41,4%) correspondían a la especialidad de cuidados críticos, 100 (31,8%) a cirugía y 84 (26,8%) a la especialidad clínica.

#### 4.2.7.8. Número de pacientes atendidos al día

189 (60,2%) médicos atendían a menos de 20 pacientes al día y 125 (39,8%) a más de 20 pacientes al día (Gráfico 4).

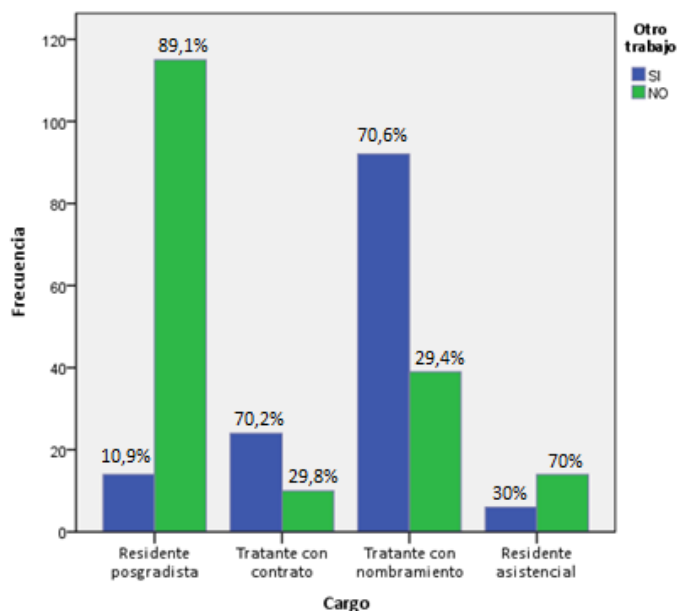
**Gráfico 4. Distribución del número de pacientes atendidos al día**



#### 4.2.9. Trabajo extra hospitalario

Del total de participantes, 136 (43,3%) tenían un trabajo fuera del Hospital y 178 (56,7%) no lo tenían. (Gráfico 5). La media de horas semanales de trabajo extra hospitalario fue de 5,47 horas con una desviación estándar de  $\pm 9,83$ . (Tabla 1).

**Grafico 5. Distribución del trabajo extra hospitalario según el cargo**



#### **4.2.10. Número de horas semanales dedicadas a actividades recreativas**

La media de horas semanales que los profesionales dedican a actividades recreativas fue de 4,99  $\pm$ 5,48 horas (Tabla 1). El 15,6% de la población total no dedicaba tiempo a la realización de actividades recreativas.

#### **4.2.11. Consumo de alcohol y tabaco**

Del total de los médicos estudiados, 201 (63,7%) no consumen alcohol, mientras que 113 (36,3%) si lo hacen; con respecto al consumo de tabaco, 53 (16,9%) fuman, mientras que 251 (83,1%) no lo hacen.

#### **4.2.12. Percepción del ambiente de trabajo, satisfacción laboral y criterio sobre la remuneración económica.**

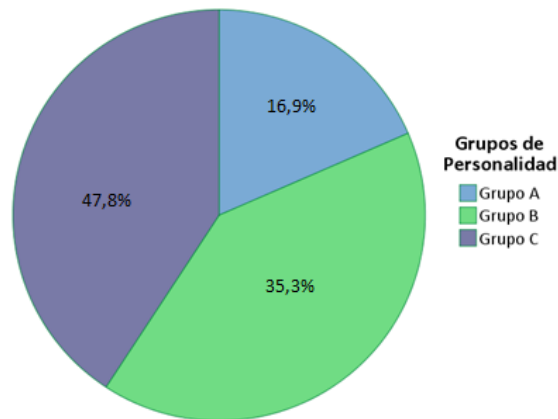
Del total de la muestra estudiada, 121 (38,5%) médicos perciben el ambiente de trabajo como malo y 193 (61,5%) como bueno. En cuanto a la satisfacción laboral, 200 (63,7%) se encuentran

satisfechos, mientras que 114 (36,3%) no lo están. 194 (61,8%) médicos opinan que el salario mensual recibido alcanza a cubrir sus necesidades, mientras que 120 (38,2%) opinan lo contrario.

#### 4.2.13. Rasgos de personalidad

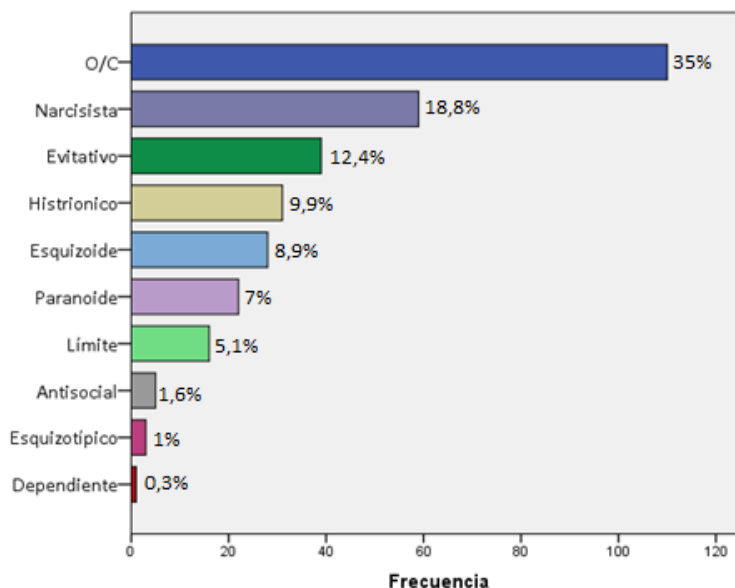
Al momento de realizar el análisis de la variable personalidad, agrupamos cada uno de los 10 tipos en grupos establecidos por la DSM IV. Esta asociación resulto en la conformación de tres conjuntos: Grupo A: que incluye a los tipos paranoide, esquizoide y esquizotípico; Grupo B: histriónico, antisocial, narcisista y al límite y Grupo C: O/C, dependiente y evitativo. (Gráfico 6).

**Gráfico 6: Distribución según los grupos de personalidad**



El rasgo de personalidad más prevalente en la población estudiada fue el O/C con el 35,03%, seguida del perfil narcisista y evitativo con el 18,79% y 12,42% respectivamente. (Gráfico 7)

**Gráfico 7. Distribución de los tipos de personalidad en la muestra.**



#### **4.2.14. Ansiedad y Depresión**

Del total de la muestra 207 (69,1%) participantes no presentaron ansiedad, 66 (21%) representaron los casos posibles y 31 (9,9%) los casos problema.

281 (89,5%) participantes no presentaron depresión, 27 (8,6%) correspondieron a los casos posibles y 6 (1,9%) a los casos problema.

#### **4.2.15. Síndrome de Burnout y sus tres dimensiones: Cansancio Emocional (CE)**

##### **Despersonalización (DP) y Baja Realización Personal (BRP)**

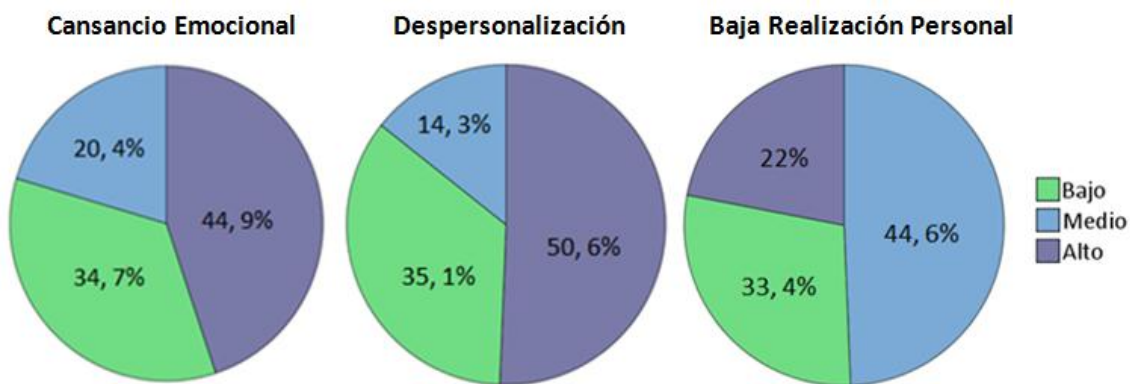
Encontramos que la dimensión CE tiene una media en la puntuación de la escala de 24,3 (DS 11,53), DP de 9,87 (DS 6,38) y BRP de 35,72 (DS 7,35), situándose la media de CE y BRP en un nivel medio y DP en un nivel alto, según los puntos de corte utilizados. (Tabla 2)

**Tabla 2: Medidas de tendencia central y dispersión del Síndrome de Burnout y sus tres dimensiones**

Dimensiones SB	Mediana	Media	Desviación estándar	Varianza	Rango	Asimetría	Curtosis
Cansancio Emocional	25	24,3	11,5	133	51	-0,04	-0,71
Despersonalización	10	9,9	6,4	40,8	29	0,38	-0,53
Baja realización personal	37	35,7	7,4	54,2	37	-0,71	0,48
Síndrome de Burnout	46	46,4	20,3	411	105	0,12	-0,46

Observamos que en CE y DP el mayor número de casos se localizó en la categoría de nivel alto, con un 50,6% y 44,9% respectivamente. Mientras que en BRP el porcentaje más alto (44,6%) se situó en el nivel medio. (Grafico 8)

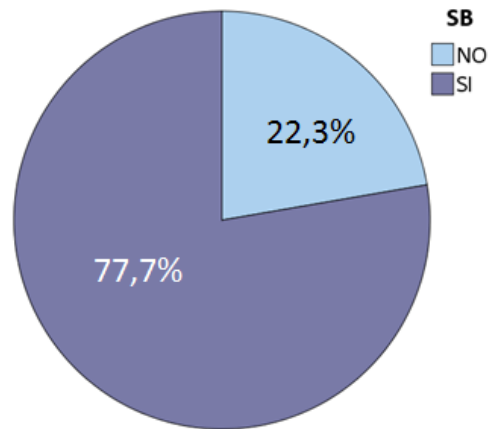
**Gráfico 8. Porcentaje de profesionales con niveles bajo, medio y alto de las 3 dimensiones de SB.**



Para obtener la prevalencia de SB tuvimos que invertir los valores de la dimensión BRP, para poder realizar la sumatoria de las tres y así obtener la prevalencia total de SB. Una vez obtenida la sumatoria, dividimos la muestra en los casos positivos y en los casos negativos, según puntos de

corte encontrados en la literatura revisada. [77] Se determinaron los casos positivos a partir de la sumatoria de aquellos que se situaron en las categorías media y alta de la escala ( $\geq 33$ ) Los niveles bajos correspondieron a los casos negativos ( $\leq 32$ ).

**Gráfico 9. Porcentaje de profesionales con SB**



**Tabla 3. Porcentaje de profesionales con SB, cansancio emocional, despersonalización y baja de realización personal.**

	Presencia N (%)	Ausencia N (%)
Cansancio emocional	205 (65,31)	109 (34,7)
Despersonalización	204 (65)	110 (35)
Baja realización personal	209 (66,6)	105 (33,4)
<b>Síndrome de Burnout</b>	<b>244 (77,7)</b>	<b>70 (22,3)</b>

#### **4.3.1. Comparación entre SB y sus tres dimensiones con las variables cuantitativas del estudio**

Observamos que dentro de los casos positivos de SB, encontramos una media de: 37 años de edad, 6 años de trabajo dentro del Hospital, 5 horas semanales de trabajo extra hospitalario y 5 horas semanales dedicadas a alguna actividad recreativa. Existe únicamente, una diferencia significativa con la variable edad ( $p \leq 0,010$ ). (Tabla 4)

Al comparar las mismas variables con las tres dimensiones, obtuvimos una significancia entre CE y horas de trabajo extra hospitalario ( $p \leq 0,006$ ), observamos que la media de horas dentro de los casos positivos fue de 4, en comparación con 7 horas para los casos negativos. (Tabla 4)

En DP encontramos una significancia con las variables: edad ( $p \leq 0,000$ ) y tiempo de trabajo ( $p \leq 0,000$ ); dentro de los casos positivos, obtuvimos una media de edad de 36 años y un tiempo de trabajo dentro del Hospital de 5 años. (Tabla 4)

En BRP no encontramos significancia con ninguna de las variables.

**Tabla 4. Comparación entre SB y las variables cuantitativas del estudio (Prueba T)**

	<b>NO Media</b>	<b>SI Media</b>	<b>F</b>	<b>p ≤ 0,05</b>
<b>Síndrome de Burnout</b>				
Edad	40,76	37,46	6,6	0,010
Tiempo de trabajo	8,93	6,53	3,6	0,056
Horas extra hospitalarias	7	5,03	0,6	0,406
Horas de actividades recreativas	5,51	4,84	0,6	0,417
<b>Cansancio emocional</b>				
Horas extra hospitalarias	7,25	4,53	7,6	0,006
<b>Despersonalización</b>				
Edad	41,08	36,64	26,1	0,000
Tiempo de trabajo	9,45	5,77	14,8	0,000

**4.3.2. Comparación entre SB y sus tres dimensiones con las variables cualitativas del estudio**

En cuanto a la variable género, del total de médicos que presentaron SB (244), 151 (61,9%) fueron hombres y 93 (38,1%) mujeres.

Solo encontramos una relación estadísticamente significativa con CE y esta variable ( $p \leq 0.009$ ).

Dentro del total de mujeres de la muestra (111), observamos que 83 (74,8%) presentaron CE, mientras que del total de los hombres (203), 122 (60,1%) la presentaron (Tabla 6).

**Tabla 5: Comparación entre SB y variables cualitativas**

Síndrome de Burnout		Media	NO %	SI %	$\chi^2$	p
Sexo	Femenino	49,5	16,2	83,8	3,6	0,056
	Masculino	44,7	25,6	74,4		
Estado civil	Sin Pareja	50,2	17,9	82,1	1,9	0,16
	Con Pareja	44,3	24,8	75,2		
Hijos	No	49,8	16,7	83,3	3,5	0,06
	Si	44,3	28,8	74,2		
Cargo	Residente	50,8	16,8	83,2	4,9	0,026
	Tratante	42,4	27,3	72,7		
Residentes	Posgradista	52,3	14,7	85,3	2,8	0,89
	Asistencial	41,3	30	70		
Tratantes	Con Nombramiento	43,2	27,5	72,5	0,1	0,90
	Con Contrato	42,2	26,5	73,5		
Especialidad	Cirugía	44,7	26	74	4,7	0,03
	Clínica	50,9	13,1	86,9		
Especialidad	Clínica	50,9	13,1	86,9	4,7	0,03
	Cuidado Crítico	44,8	25,4	74,6		
Número de pacientes/día	< 20	46	20,6	79,4	0,7	0,38
	≥ 20	48	24,8	75,2		
Consumo de alcohol	Si	45,9	23	87	0,05	0,819
	No	47,3	21,9	78,1		
Consumo de tabaco	Si	45,3	24,5	75,5	0,18	0,668
	No	46,6	21,8	78,2		
Ambiente de trabajo	Malo	54,4	12,4	87,6	11,1	0,00
	Bueno	41,4	28,5	71,5		
Necesidades cubiertas	Si	44,1	24,7	75,3	1,7	0,18
	No	50,1	18,3	81,7		
Satisfacción laboral	Insatisfecho	54,9	14	86	7	0,008
	Satisfecho	41,6	27	73		
Personalidad	Grupo A	42,3	35,8	64,2	3,2	0,072
	Grupo B	47,2	22,5	77,5		
Personalidad	Grupo A	42,3	35,8	64,2	7,7	0,005
	Grupo C	46,9	17,3	82,7		
Personalidad	Grupo B	46,7	22,5	77,5	1,1	0,296
	Grupo C	46,9	17,3	82,7		

**Tabla 6. Resumen de las variables estadísticamente significativas resultantes de la comparación entre las tres dimensiones del SB y las variables cualitativas**

		Media	NO (%)	SI (%)	$\chi^2$	p < 0,05
<b>Cansancio Emocional</b>						
Sexo	Femenino	27	25,2	74,8	6,8	0,009
	Masculino	22,8	39,9	60,1		
Residentes	Posgradista	26,3	27,9	72,1	5,8	0,015
	Asistencial	19,2	55	45		
Especialidad	Cirugía	22,5	44	56	14,32	0,000
	Clínica	27,2	17,9	82,1		
Especialidad	Clínica	27,2	17,9	82,1	10,24	0,001
	Cuidado Crítico	23,7	38,5	61,5		
Ambiente de trabajo	Malo	28,1	21,5	78,5	15,19	0,000
	Bueno	21,4	43	57		
Satisfacción laboral	Insatisfecho	30,2	16,7	83,3	25,72	0,000
	Satisfecho	21,2	45	55		
<b>Despersonalización</b>						
Cargo	Residentes	11,3	26,2	73,3	9,7	0,002
	Tratantes	9,2	43	57		
Especialidad	Clínica	10,8	27,4	72,6	6,9	0,008
	Cuidados Críticos	8,2	45,4	54,6		
Ambiente de Trabajo	Malo	12,2	27,3	72,7	5,2	0,022
	Bueno	9,1	30,9	60,1		
<b>Baja Realización Personal</b>						
Estado civil	Sin Pareja	13,9	25,9	74,1	4,4	0,035
	Con Pareja	11,3	37,6	62,4		
Cargo	Residentes	14,1	22,1	77,9	16,2	0,000
	Tratantes	10,8	43,6	56,4		
Residentes	Posgradistas	14,1	19,4	80,6	4,2	0,039
	Asistenciales	13,3	40	60		
Ambiente de Trabajo	Malo	14,3	81	19	18,4	0,000
	Bueno	10,9	57,5	42,5		
Satisfacción Laboral	No Satisfecho	14,3	24,5	75,4	6,3	0,012
	Satisfecho	12,1	38,5	61,5		
Personalidad	Grupo A	11,1	47,2	52,8	7	0,008
	Grupo C	13	27,3	72,7		

Para la variable estado civil, encontramos una significancia con la dimensión BRP ( $p \leq 0,035$ ), en la cual observamos que del total de médicos que no tienen una pareja estable (112), 83, es decir el 74,1%, dieron positivo para esta dimensión. (Tabla 6)

En la variable cargo, dentro del total de médicos residentes (149), el 83,2% presentaron SB, mientras que del total de médicos tratantes (165) el 72,7% lo presentaron, siendo esta relación

estadísticamente significativa ( $p \leq 0,03$ ) (Tabla 5). Al compararla con las tres dimensiones, obtuvimos también una significancia con cada una de ellas. CE ( $p \leq 0,015$ ), DP ( $p \leq 0,002$ ) y BRP ( $p \leq 0,000$ ). (Tabla 6).

En cuanto a la variable especialidad, observamos que el 74% de los cirujanos, el 86,9% de los clínicos y el 74,6% de los médicos de cuidados críticos presentaron SB. Siendo ésta relación estadísticamente significativa ( $p \leq 0,03$ ). Al compararla con las dimensiones, obtuvimos significancia con CE ( $p \leq 0,000$ ) y con DP ( $p \leq 0,008$ ). (Tabla 6)

En la variable ambiente de trabajo, encontramos que del total de médicos que consideran malo su lugar de trabajo (121) el 87,6% presentaron SB, mientras que el 71,1% de los médicos que lo consideran bueno (193), lo presentaron. Esta variable resultó estadísticamente significativa para SB y sus tres dimensiones. SB ( $p \leq 0,000$ ), CE ( $p \leq 0,000$ ), DP ( $p \leq 0,022$ ) y BRP ( $p \leq 0,000$ ). (Tabla 5 y 6).

Al comparar los resultados que obtuvimos con la variable satisfacción laboral, observamos que del total de médicos que se encuentran insatisfechos, el 86% presentaron SB, mientras que para los médicos que están satisfechos, el porcentaje fue más bajo (73%). Siendo esta variable significativa para SB ( $p \leq 0,008$ ). Con respecto a las dimensiones, obtuvimos una relación estadísticamente significativa con CE ( $p \leq 0,000$ ) y con BRP ( $p \leq 0,012$ ). (Tabla 5 y 6).

En cuanto a los grupos de personalidad, observamos que de todos los individuos que encajaron en el perfil del Grupo C, el 82,7% dio positivo para SB, en comparación con los otros grupos A y B, en donde los porcentajes fueron más bajos, 64,2% y 77,5% respectivamente. Encontramos significancia entre esta variable y SB ( $p \leq 0,008$ ). Con respecto a sus dimensiones, ésta relación resultó significativa sólo para BRP ( $p \leq 0,005$ ).

#### **4.3.3. Comparación del SB y sus tres dimensiones con las variables Ansiedad y Depresión.**

En el total de médicos (314), observamos que 97 presentaron ansiedad y 217 no la presentaron.

De los 97 casos de ansiedad, 85 (87,6%) tuvieron conjuntamente SB, mientras que, en los médicos que no la presentaron (217), 159 (73,3%) dieron positivo para SB. Existió relación estadísticamente significativa para SB y sus 3 dimensiones (CE:  $p \leq 0,006$ , DE:  $p \leq 0,011$ , BRP:  $p \leq 0,001$ , SB  $p \leq 0,005$ ).

(Tabla 7)

Encontramos 33 casos de depresión, dentro del total de médicos estudiados (314).

Al comparar los casos de depresión con SB, observamos que de los 33 médicos que la presentaron, 31, es decir el 93,9%, dieron positivo para SB. En comparación con los 281 casos de médicos que no resultaron deprimidos, en donde 213 médicos, es decir el 75,8%, presentaron conjuntamente SB. Esta variable resultó estadísticamente significativa para SB ( $p \leq 0,018$ ) y CE ( $p \leq 0,004$ ). (Tabla 7)

**Tabla 7: Comparación del SB y sus tres dimensiones con las variables ansiedad y depresión.**

		Media	NO %	SI %	$\chi^{(2)}$	$p < 0,05$
<b>Síndrome de Burnout</b>						
Ansiedad	No	43,1	26,7	73,3	7,9	0,005
	Si	53,8	12,4	87,6		
Depresión	No	45	24,2	75,8	5,6	0,018
	Si	58,3	6,1	93,9		
<b>Cansancio Emocional</b>						
Ansiedad	No	22,5	39,6	60,4	7,4	0,006
	Si	28,2	23,7	76,3		
Depresión	No	23,4	37,4	62,6	8,3	0,004
	Si	31,6	12,1	87,9		
<b>Despersonalización</b>						
Ansiedad	No	9,1	39,6	60,4	6,5	0,011
	Si	11,5	24,7	75,3		
Depresión	No	9,4	35,9	64,1	0,9	0,323
	Si	13,3	27,3	72,7		
<b>Baja Realización Personal</b>						
Ansiedad	No	11,4	39,6	60,4	12,1	0,001
	Si	14,1	19,6	80,4		
Depresión	No	12,1	33,8	66,2	0,1	0,686
	Si	13,2	30,3	69,7		

#### 4.3.4. Correlación entre SB y sus tres dimensiones con variables cuantitativas

Observamos en la siguiente tabla que no existen correlaciones altas entre las variables estudiadas, SB y sus tres dimensiones. Existe una correlación media entre SB y las variables ansiedad y depresión y entre la dimensión cansancio emocional y depresión.

**Tabla 8. Correlación entre las variables cuantitativas con SB y sus tres dimensiones**

<b>Correlación: Rho de Spearman</b>	<b>CE</b>	<b>DP</b>	<b>BRP</b>	<b>SB</b>
Edad	-,080	-0,224	-0,276	-0,211
Tiempo de trabajo	0,006	-0,147	-0,169	-0,095
Horas extra hospitalarias	-0,147	-0,104	-0,203	-0,184
Tiempo de recreación	-0,195	0,015	-0,050	-0,117
Número de Hijos	-0,123	-0,225	-0,199	-0,198
Pacientes al día	0,195	0,196	0,084	0,209
Ansiedad	0,294	0,209	0,209	0,310
Depresión	0,329	0,229	0,180	0,321

CE: Cansancio Emocional, DP: Despersonalización, BRP: Baja realización personal, SB: Síndrome de Bunout

## CAPÍTULO V

### 5.1. DISCUSIÓN

El escenario de nuestro estudio fue el Hospital Carlos Andrade Marín (HCAM), que es el hospital principal del IESS (Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social) en la ciudad de Quito, atiende diariamente a miles de pacientes provenientes de todas las regiones del Ecuador y los casos varían desde accidentes menores hasta complicaciones graves. En los últimos años, la población de afiliados ha crecido notoriamente. Según datos del INEC (Instituto Nacional de Estadística y Censos) [32], en el año 2003 la tasa de afiliación fue del 23,3%, en el año 2007 aumentó a 35,5% y en el tercer trimestre del 2012 se ubicó en 60,6%, la cifra más elevada hasta la fecha. El establecimiento no posee la capacidad física ni el personal suficiente para satisfacer la gran demanda, lo que promueve un ambiente de insatisfacción entre los médicos y los afiliados. Sumado a esto, según nuevas reformas gubernamentales, los médicos están en la obligación de trabajar 8 horas diarias dentro de cualquier Institución Pública. Esta ley ha sido aplicada sin el correspondiente aumento de sueldo, lo que ha generado una mayor inconformidad.

En nuestro estudio encontramos que la prevalencia de SB entre médicos residentes y tratantes del Hospital, fue del 77,7%, siendo ésta, una de las más altas encontradas en comparación con estudios nacionales e internacionales.

En el 2007 Laso y Rodriguez [8] estudiaron el SB en su tesis previa a la obtención del Título de Médico-Cirujano-PUCE en el Hospital de la Policía y encontraron una prevalencia del 1,1%. (Tabla 9). Comparando con nuestro estudio, vemos que las prevalencias son notoriamente distintas. Estos resultados podrían ser explicados por el número y tipo de muestra, puesto que, la nuestra (314 participantes) triplica la utilizada en el estudio mencionado (91 participantes). Además, ellos estudiaron una muestra compuesta en su mayor parte por médicos tratantes con respecto a

médicos residentes (6,5:1), la media de edad fue más alta (43,8 años), las especialidades quirúrgicas predominaron y el 80 % de los médicos consideraron tener un buen ambiente laboral. Por su parte, en nuestro estudio, la muestra se conformó por una proporción semejante de médicos tratantes y residentes (1,25:1), la media de edad fue menor (38,9 años), predominó la especialidad de cuidados críticos y el 61,5% de los participantes percibieron un buen ambiente laboral.

En cuanto a trabajos internacionales, Fiu C. y col [65] estudiaron a 226 médicos de los Hospitales Públicos de Hong Kong y encontraron una prevalencia del 31,4%, su muestra tuvo una mayor proporción de hombres con respecto a mujeres (66,8 vs 33,2) con una media de edad de 37 años y un tiempo de trabajo en la Institución de 8,5 años. Al comparar con nuestro estudio, vemos que estos resultados se asemejan (Tabla 9). Sin embargo no contamos con datos sobre el cargo que ocupan dentro del Hospital, la especialidad a la que corresponden y los factores laborales de los Hospitales, elementos determinantes en el desarrollo del SB [26].

**Tabla 9. Comparación de la prevalencia obtenida con estudios nacionales e internacionales**

Hospital (año)	N	Composición de la Muestra	Género	Edad (Media)	Tiempo de trabajo (Media)	Especialidad	Satisfacción Laboral	Prevalencia SB
HCAM 2013	314	MT: 52,5% MR: 47,5% RP: 86,5% RA: 13,5%	M: 64,6% F: 35,4%	38,19	7,06 años	Qx: 31,8% Clínica: 26,84% Críticos: 41,4%	Bueno 61,5% Regular 34,5% Malo 4,1%	77,7%
Hospital de la Policía 2007 [8]	91	MT: 86,8% MR: 13,2% RA: 58,3% RP: 41,6%	M: 72,5% F: 27,5%	43,8	1-5 años	Anestesiología Traumatología Oftalmología, G/O	Excelente 5% Bueno 75% Regular 18% Malo 2%	1,1%
Siu CFY y col 2012 [65]	226	Médicos H. Públicos de Hong Kong	M: 66,8% F: 33,2%	37 años	8,5 años	--	--	31,4%

M: Masculino, F: Femenino, MT: Médico Tratante, MR: Médico Residente, RP: Residente Posgradista, RA: Residente Asistencial

Encontramos una prevalencia de SB en el 83,2% de los médicos residentes de nuestro estudio. Comparando con estudios internacionales, en países como México, Lopez-Morales y col. [16], estudiaron a 143 médicos residentes de un Hospital de Veracruz del Instituto Mexicano del Seguro Social y encontraron una prevalencia del 63,8%. Se trataba de una población joven (media de 29,6 años), con un tiempo de trabajo de 2,2 años y con una carga horaria semanal de 100 horas. Comparando con nuestro estudio, en ambos encontramos una población joven de médicos residentes (30,7 vs 29,6 años) con un tiempo de trabajo relativamente corto (2,5 vs 2,2 años) y una carga horaria semanal extenuante, lo que explicaría los resultados. (Tabla 10)

En nuestro país, se estudió la prevalencia de SB en dos tesis previas a la obtención del Título de Médico-Cirujano de la PUCE, realizadas en los Hospitales Baca Ortiz (Calderón D.) [58] y HCAM (Vargas y Basantes) [12]. En el primero, la muestra se componía de 110 médicos residentes y se encontró una prevalencia del 45%. Eran médicos jóvenes (media de 30,6 años) con un tiempo de trabajo corto dentro del Hospital (media de 1,7 años) y la mayoría eran médicos cirujanos (36%). Comparando con nuestro estudio, encontramos semejanzas en la edad de los médicos residentes, (30,6 vs 30,7) y en el tiempo de trabajo (1,7 años vs 2,5 años), sin embargo nuestra muestra fue mayor (110 vs 149). Vemos que nuestra prevalencia duplica la encontrada en este estudio (45% vs 83,2%) y consideramos que se debe a los factores laborales diferentes en cada Institución.

En el trabajo señalado de Vargas y Basantes [12], observamos que la prevalencia fue de 42,5%. Se estudiaron a 134 médicos residentes, que incluían a posgradistas (46%) y asistenciales (54%), la mayoría eran hombres (61,9%) con una media de edad de 31,3 años y un tiempo corto de trabajo (media de 1,6 años). (Tabla 10)

Comparando con nuestro trabajo, encontramos semejanzas en que los médicos residentes en su mayoría eran hombres, jóvenes (31,3 vs 30,7 años) y con un tiempo de trabajo corto dentro de la

institución (1,6 vs 2,5 años). Sin embargo, en nuestro estudio la diferencia entre posgradistas y asistenciales fue mucho mayor, contamos con 129 posgradistas (86,5%) y solo 20 asistenciales (13,5%), en comparación con ese trabajo, en el cual la proporción entre estos dos grupos fue similar (RP: 46% y RA: 54%). Creemos que la diferencia de resultados puede deberse al mayor número de residentes posgradistas que participaron en nuestro estudio. Los residentes asistenciales no tienen las mismas obligaciones que los posgradistas, no cumplen con el mismo horario, no se encuentran en un periodo de formación profesional y la remuneración económica es mejor. Además, partiendo de que las condiciones laborales han cambiado notoriamente en los últimos años dentro del HCAM, creemos que este aumento en la prevalencia se debe también a la insatisfacción que se vive dentro de la Institución, por el incremento de los afiliados sin las modificaciones pertinentes para abastecer esta gran demanda.

**Tabla 10. Comparación de la prevalencia obtenida en los médicos residentes con estudios nacionales e internacionales**

Autores	N	Composición de la Muestra	Genero	Edad (media)	Tiempo de trabajo (media)	Especialidad	Prevalencia
HCAM 2013	149	RP: 86,5% RA: 13,5%	M: 66,4% F: 33,6%	30,7 años	2,5 años	Qx: 42 Clínica: 35 Críticos: 72	83,2%
Baca Ortiz 2010 [58]	110	MR	--	30,6 años	1,7años	Qx:36%, Clínica: 34%, Críticos: 30%	45%
HCAM 2002 [12]	134	RA: 54% RP: 46%	M: 61,9% F: 38,1%	31,38 años	1,61años	--	42,5
López M. y col 2007 [16]	143	MR >80 h/sem: 50,3% <80 h/sem: 49,7%	M: 65% F: 35%	29,6 años	2,2 años	--	63,8%

M: Masculino, F: Femenino, MR: Médico Residente, RP: Residente Posgradista, RA: Residente Asistencial

En las especialidades de cuidados críticos encontramos una prevalencia de SB del 74,6% y comparando estos resultados con estudios internacionales encontramos diferencias marcadas.

Por ejemplo, en un estudio [33] que incluyó a 3541 médicos Anestesiólogos de Alemania se encontró una prevalencia del 40%, en otro trabajo [75] donde se evaluó a 978 médicos Intensivistas de Francia se obtuvo una prevalencia de 46,5%, siendo estas prevalencias menores a la nuestra (Tabla 11). Estas diferencias pueden ser atribuidas a las características económicas y culturales de cada país. En Europa las facilidades y la accesibilidad a los recursos tecnológicos brindan un ambiente satisfactorio para los médicos. En nuestro país no se cuenta con los mismos recursos, los médicos que trabajan en Instituciones Públicas no reciben un salario que alcance a cubrir sus necesidades económicas y no son reconocidos por su trabajo, factores determinantes a la hora de desarrollar SB [26].

**Tabla 11. Comparación de la Prevalencia de SB en Médicos de Cuidados Críticos**

Autores	N	Composición de la Muestra	Edad (media)	Género	Especialidad	Prevalencia SB
HCAM 2013	130	Médicos de Cuidados Críticos MT58, MR: 72.	38,2 años	M: 66,9% F: 33.1%	Críticos total: 41,4% Anestesiólogos: 8%, UCI: 15,6% Emergencia: 18,2%	74,6
Heinke W. y col 2011 [33]	3541	Médicos Anestesiólogos de Alemania	--	--	--	40,1%
Embriaco N. y col 2007 [75]	978	Médicos Intensivistas de 189 UCIs de los H. Públicos de Francia	40 años	M:72% F: 28%	Clínico-Qx: 58%, QX:8%, Clínicos: 31% Especializados: 3%	46,5%

La literatura revisada no ofrece resultados unidireccionales en cuanto a la relación entre género y SB, puesto que en algunos estudios las mujeres muestran mayores niveles de SB [69] y en otros se demuestra lo contrario [70, 71]. En nuestra investigación observamos que las mujeres tuvieron puntuaciones más altas en la escala de SB (puntuación media de 49,5), en comparación con el

valor de los hombres (puntuación media de 44,7), sin embargo no encontramos una significancia con esta relación ( $p \leq 0,056$ ).

Varios trabajos que han estudiado la relación entre las dimensiones del SB y género, han demostrado que las mujeres suelen puntuar más alto en CE, mientras que los varones lo suelen hacer en DP [61]. Esto coincide con nuestro estudio, en donde el 74,8% de las mujeres presentaron CE, con un puntaje mayor que los varones (media de 27 vs 22,8), encontrando una relación estadísticamente significativa ( $p \leq 0,009$ ). Según una publicación [72], las mujeres poseen una doble carga de trabajo, a más de sus responsabilidades laborales tienen que ocuparse de las tareas del hogar, ésta sobrecarga estaría en relación con el desarrollo de cansancio emocional. Se ha descrito [61] que mientras los varones manifiestan la insatisfacción laboral a través de síntomas somáticos, las mujeres lo hacen a través de síntomas de desgaste profesional, siendo más proclives a desarrollar SB. En nuestro estudio, encontramos también que las mujeres presentaron porcentajes mayores de ansiedad y depresión, siendo en ambos casos estadísticamente significativo ( $p \leq 0,006$  y  $p \leq 0,04$ , respectivamente). Además se ha descrito que en las mujeres residentes existe una tasa más alta de suicidios que en los hombres, el riesgo estimado para las médicas es de 2.5 a 5.7 en relación a la población general [73].

En el HCAM, el personal se divide entre los médicos especialistas y los médicos en formación. Todos están encargados de la atención y la prestación de servicios. Sin embargo, existen diferencias en las obligaciones y en el rol de trabajo que cumple cada uno de ellos dentro de la Institución. Esto coincide con nuestro estudio, en donde encontramos diferencias en las prevalencias de SB entre los médicos residentes y los médicos tratantes. En los primeros encontramos una prevalencia mayor de 83,22% (puntuación media de 53,3) en comparación con la prevalencia de los médicos tratantes que fue de 72,2% (puntuación media de 41,3); siendo ésta diferencia estadísticamente significativa ( $p \leq 0,02$ ). En cuanto a las dimensiones, se encontró

también una significancia con DP y BRP ( $p \leq 0,002$  y  $0,001$ , respectivamente). En un trabajo [76], se demostró que los médicos que tienen más turnos de 24 horas al mes y que tienen pocas vacaciones al año se encuentran en un mayor riesgo de desarrollar SB. Este perfil coincide con los médicos residentes del HCAM, quienes realizan guardias de 24 horas varias veces al mes y solo a partir del segundo año tienen derecho a 15 días de vacación.

Mientras los especialistas cumplen con su jornada laboral de 40 horas/semanales; los residentes están obligados a hacer turnos de 24 horas, dos veces a la semana y su trabajo diario dura aproximadamente 8 horas, 5 días a la semana, con un promedio de 80 horas semanales. Se ha publicado [2] que aquellos médicos que pasan más de 40 horas semanales trabajando tienen un riesgo más elevado de presentar SB que aquellos que trabajan 35 horas semanales ( $p \leq 0,001$ ).

Dentro del grupo de los residentes, encontramos que los posgradistas fueron los que presentaron puntajes más altos en la escala de SB (puntuación media de 52,2) en comparación con los residentes asistenciales (puntuación media de 41,3). Estos resultados se repitieron en las tres dimensiones, en las cuales, los residentes posgradistas fueron los que obtuvieron puntajes más altos (Tabla 6). Sin embargo, solo obtuvimos una relación estadísticamente significativa con CE y BRP ( $p \leq 0,01$  y  $0,03$  respectivamente). Estos datos se relacionan con los resultados de Vargas y Basantes [12], quienes demostraron que por ser residente posgradista existe un mayor riesgo de presentar SB (OR: 3,52).

Se sabe que los médicos residentes están comenzando a establecerse económicamente, familiarmente y profesionalmente, tienen altas expectativas en su trabajo y su formación académica. Se someten continuamente a situaciones demandantes. Siu CFY y col. [65] encontraron que la dificultad entre balancear su vida profesional con su vida familiar estaba en relación con el desarrollo de SB. Por lo tanto, con estos resultados podemos decir que los médicos residentes

posgradistas, son los que presentan en mayor grado SB, debido a las condiciones laborales a las que están expuestos.

Es conocido [26] que los años de experiencia “ejercen un efecto protector” para el desarrollo de SB. En un trabajo se demostró [65] que los médicos jóvenes y sin experiencia desarrollan en mayor medida niveles altos de SB. ( $p \leq 0,001$ ). En nuestro estudio al comparar la variable tiempo de trabajo con SB y sus dimensiones, obtuvimos una significancia con despersonalización ( $p \leq 0,000$ ), observamos que los médicos que dieron positivo para esta dimensión, tuvieron un media de 5,7 años de trabajo, en comparación con los casos negativos que tuvieron una media de 9,45 años. Este hecho ha sido señalado por un estudio [61], en el que la mitad del personal tenía menos de 5 años de trabajo y se encontró un porcentaje de SB del 56%.

Esta situación se relaciona con los resultados obtenidos en la variable edad, donde se encontró una diferencia estadísticamente significativa con SB ( $p \leq 0,010$ ) y DP ( $p \leq 0,000$ ). En los médicos con SB observamos una media de 37,4 años y en aquellos que no lo tuvieron una media de 40,7 años. Es decir, se trata de una población más joven.

Por lo tanto, los médicos jóvenes, con un tiempo de trabajo corto dentro de la Institución son los que presentan una mayor proporción de SB. Creemos que esto se debe a la falta de experiencia, la cual promueve una mayor inseguridad a la hora de tomar decisiones.

Dentro de los factores individuales que tienen influencia en la aparición de SB se incluye la especialidad [37]. Estudios Internacionales [3] reportan que la prevalencia de SB parece ser mayor entre los residentes de especialidades clínicas, se han encontrado valores entre 40 a 76%, en los residentes de medicina interna y pediatría de EEUU, siendo éstas, las más altas encontradas entre los programas de residencia de este país. Otros estudios [3] reportan que entre el 56 al 80% de residentes de medicina familiar presentan altos valores de CE y DP.

En nuestra investigación encontramos una prevalencia de SB del 86.9% en los clínicos (puntuación media 50,9) siendo éste resultado ( $p \leq 0,03$ ), al igual que el de las dimensiones CE ( $p \leq 0,001$ ) y BRP ( $p \leq 0,008$ ), estadísticamente significativo. Creemos que estos resultados se deben a que en las especialidades clínicas se evalúan patologías complejas que requieren una mayor interacción con los pacientes, por lo que se necesita de mayor concentración y diversidad de conocimientos para establecer un razonamiento clínico preciso y llegar a un diagnóstico y tratamiento adecuado. Por otro lado, el grupo de pacientes atendidos en esta área, presentan enfermedades crónicas que muestran escasas tasas de curación y tienden a complicarse con el tiempo, requiriendo largos periodos de seguimiento que se evidencia en la saturación de la consulta externa. Generalmente se evalúan a pacientes que se encuentran en los extremos de la vida, siendo los casos pediátricos más difíciles por sus síntomas inespecíficos y los geriátricos por sus comorbilidades. Además son más demandados por los familiares de los pacientes, quienes constantemente interrumpen sus actividades laborales en busca de explicaciones o preguntas. En el HCAM la mayoría de residentes de las especialidades clínicas realizan guardias solos teniendo que cubrir los pacientes de hospitalización y emergencia, lo que los hace más vulnerables a desarrollar cansancio emocional.

Estudios nacionales reportan diversos resultados. Laso y Rodriguez [8] encontraron una mayor prevalencia de SB en la especialidad de ginecología, mayores valores de despersonalización en los pediatras y baja realización personal en la especialidad de cuidados críticos.

En un trabajo [67], en el que compararon 4 especialidades (cirujanos, gastroenterólogos, radiólogos y oncólogos), encontraron un menor grado de SB entre cirujanos. Este hallazgo se asemeja al obtenido en nuestro estudio, en donde los cirujanos mostraron una menor prevalencia de SB (74%) con respecto a las otras especialidades. (Clínica (86,9%) y Cuidados Críticos (74,6%))

Encontramos que los participantes que no tienen un trabajo fuera del hospital presentan valores más altos de CE, siendo este resultado estadísticamente significativo ( $p \leq 0,006$ ). Los médicos residentes posgradistas son los que pasan un mayor tiempo en el Hospital, todas sus actividades se realizan dentro del mismo y no tienen la opción de cambiar de ambiente; en general podríamos decir que no tienen un horizonte laboral más interesante, lo que contribuiría al desarrollo de SB.

Por ejemplo, en un trabajo [17], se reportó que el tercio de los médicos residentes de un programa en Estado Unidos presentaron valores altos de CE, por lo que se decidió estudiar cuáles eran los estresores laborales que se relacionaban con esta situación. Encontraron que el 69% de los médicos pensaban que su trabajo era extenuante, sin opción a tiempo libre, ni vacaciones, se quejaban de no tener autonomía en la toma de decisiones, sentían que no recibían una educación de calidad, que no tenían espacios dentro de su horario para actividades docentes, que no tenían ni voz ni voto en los asuntos organizacionales, que no tenían una cultura de tolerancia y apertura y que no recibían un salario adecuado.

En una publicación se encontró [65] que el hecho de que su trabajo no sea valorado por sus colegas y el excesivo estrés relacionado con la carga de trabajo, fueron los elementos del entorno laboral más fuertemente relacionados con SB. En nuestro estudio encontramos una relación estadísticamente significativa para satisfacción laboral con CE ( $p \leq 0,000$ ), BRP ( $p \leq 0,000$ ) y SB ( $p \leq 0,002$ ), lo que demuestra que un ambiente de trabajo problemático y difícil desencadena sentimientos de desgaste laboral.

En otro estudio, [38] encontraron que el 40,4% de los 151 médicos anesthesiólogos que conformaron la muestra, presentaban CE y se reportó que las tres principales fuentes de éste, eran una falta de control en el horario de trabajo (sobrecarga laboral, dificultad para tomarse un

descanso y falta de espacio en el tiempo para dedicarse a la investigación y lectura científica), una desorganización en la planificación del trabajo y en la prevención de riesgos.

En nuestro estudio, en lo relativo al ambiente de trabajo, se encontró que el total de los participantes que estaban insatisfechos y el 84,2% de los que estaban poco satisfechos presentaron SB. Observamos una relación estadísticamente significativa con esta variable y todas las dimensiones del SB. [CE ( $p \leq 0,000$ ), DP ( $p \leq 0,028$ ), BRP ( $p \leq 0,000$ ) y SB ( $p \leq 0,000$ )], lo que prueba que hay una relación entre el ambiente laboral y la salud emocional.

En un trabajo de investigación (Zumárraga y cols. 2008) [68] realizado en médicos tratantes de 3 Hospitales de Quito (H. Eugenio Espejo, Enrique Garcés y Pablo Arturo Suárez) se evaluó la prevalencia de las dimensiones de SB en una muestra de 108 participantes. Cabe destacar, que estos autores no midieron la prevalencia global de SB, sin embargo, encontraron que el 14.7% de los médicos tuvieron niveles altos de CE, un 16.7% mostraron niveles altos de DP y apenas en el 2.7% se evidenció una BRP. La baja prevalencia se atribuyó a la presencia de un buen ambiente de trabajo, es decir actuó como un “agente protector”.

En nuestro estudio encontramos que el 77,6% de los participantes que tuvieron CE, no realizaban ningún tipo de actividad recreativa (hobbies y ejercicio físico). Mendez-Cerezo [15], estudió el ejercicio como estrategia de intervención para reducir el grado de SB en médicos residentes en un periodo de ocho semanas, se dosificó el ejercicio mediante prueba de esfuerzo con previa estratificación de riesgo cardiovascular y se midió el grado de SB en las semanas 0, 4 y 8 del estudio. Se obtuvo una reducción del grado severo a leve de SB con valores de 2.48, 1.78 y 1.75, respectivamente ( $p \leq 0.001$ ). Lo que nos indica que el ejercicio disminuye el grado de SB.

En nuestra investigación se determinó que los rasgos de personalidad obsesivos-compulsivos fueron los predominantes (37,3%), seguidos por los narcisistas (18,4%) y evitativos (13,1%). El perfil obsesivo compulsivo [53] se caracteriza por una preocupación excesiva por el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal, causando disfunción, frustración y autocríticas destructivas, haciéndolo susceptible de presentar SB. Sin embargo la asociación en nuestro estudio no fue estadísticamente significativa para este perfil.

Encontramos significancia al agrupar los perfiles de personalidad en los tres grupos categorizados según el DSM IV. El grupo C, que está conformado por los O/C, evitativos y dependientes resultó estadísticamente significativo para SB ( $p \leq 0,008$ ) y BRP ( $p \leq 0,005$ ). La característica común de estos tres perfiles es que son personas ansiosas y creemos que este es el rasgo que determina la predisposición para desarrollar SB.

La implicación de la ansiedad dentro del proceso de estrés y en concreto de SB ha sido estudiada en diversas muestras. En nuestro estudio se evidenció que el 87,6% de profesionales ansiosos presentaron SB, encontrándose niveles altos (puntaje media SB 53,88). Este hallazgo se repitió con sus 3 dimensiones, siendo estos resultados estadísticamente significativos (SB:  $p \leq 0,005$ , CE:  $p \leq 0,006$ , DP:  $p \leq 0,011$  y BRP:  $p \leq 0,001$ ). En un estudio realizado [74] a 130 médicos de Madrid se determinó que la variable ansiedad aparece como el factor que explica el mayor porcentaje de SB (41,9 %) y DP (13,5%).

Esta coexistencia de ansiedad y SB ha sido estudiada por algunos autores, por ejemplo, Ahola K. [73] demostró en su estudio que, algún trastorno de ansiedad estuvo presente entre el 21% de los participantes con SB severo, en el 8% con SB leve y en el 2% sin SB. Cada aumento de 1 punto en la escala de SB se asoció con un aumento de 129% en las probabilidades para presentar trastornos de ansiedad en los hombres y un aumento del 105% en las mujeres. En nuestra investigación se

encontraron porcentajes de ansiedad (medida con el HADS) en el 44,3% de casos con SB alto; 27,5% de casos con SB medio; y, en 17,1% de sujetos sin SB. Se evidencia en nuestro estudio que la prevalencia de SB en los casos que presentaron ansiedad duplica la encontrada en ese trabajo.

El cuestionario utilizado para determinar la presencia de ansiedad fue diferente en los estudios. Ahola [73] empleó la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI - Composite International Diagnostic Interview), cuyas preguntas fueron diseñadas para la evaluación, en aproximadamente 75 minutos, de trastornos mentales (somatomorfos, de ansiedad, depresivos, psicóticos, de la conducta alimentaria, alteraciones cognitivas, por abuso de sustancias y manía). En nuestro estudio se empleó el HADS, que es una escala autoaplicada y valora la presencia de ansiedad de forma generalizada, lo que en nuestra opinión, pudo generar falsos positivos.

En cuanto a la depresión, varios estudios han encontrado asociaciones positivas con SB. Se ha considerado que el SB y la depresión pueden coexistir o la una ser consecuencia de la otra. Los resultados de nuestro estudio muestran que el 93,9% de los sujetos que presentaron depresión (medida con el HADS) tuvieron SB. Se encontraron relaciones estadísticamente significativas entre la presencia de depresión, SB (puntuación media de SB 58,3,  $p \leq 0,018$ ) y su dimensión CE ( $p \leq 0,004$ ).

En el estudio realizado por Ahola [73] se concluyó que la depresión estuvo presente entre el 45,3% de los participantes con SB severo, en el 10,8% con SB leve y en el 3,2% sin SB. Los valores encontrados en nuestro estudio fueron de 17%, 9,4% y 2,9%, respectivamente.

Para detectar la presencia de depresión, en el estudio mencionado [73] se usó como herramienta diagnóstica el CIDI, que evalúa concretamente el trastorno depresivo mayor, el distímico y los trastornos depresivos menores. Además se utilizó la Escala de Beck (BDI – Beck Depression Inventory) [62] que es una encuesta de autoevaluación que valora tanto síntomas psicológicos, como somáticos del estado depresivo y se utiliza habitualmente para evaluar la gravedad de la

enfermedad. El contenido del HADS, utilizado en nuestro estudio, excluye los síntomas somáticos, considerando como la característica psicopatológica central de la depresión el estado anhedoista de los pacientes y las manifestaciones propias de ansiedad generalizada [23]. Estas diferencias podrían explicar el hecho de que Ahola [73] encontró mayores porcentajes de depresión en los participantes con SB severo. Es probable que sus herramientas diagnósticas hayan sido más sensibles, debido a que abarcaban otros parámetros de la depresión.

## CAPÍTULO VI

### 6.1. CONCLUSIONES

- La prevalencia global de SB en médicos residentes y tratantes del Hospital Carlos Andrade Marín fue del 77,7%. La prevalencia sólo en médicos residentes fue del 83,22% y en médicos tratantes del 72,2%. Estos valores han sido los más altos encontrados entre varios estudios realizados en los distintos hospitales de Quito.
- El perfil que caracterizó al SB fue: ser médico joven, ( $p \leq 0,010$ ), residente posgradista ( $p \leq 0,026$ ), pertenecer a la especialidad clínica ( $p \leq 0,03$ ), percibir el ambiente de trabajo como malo ( $p \leq 0,002$ ) y estar insatisfecho laboralmente ( $p \leq 0,008$ ).
- Dentro de los trastornos del estado de ánimo, se encontró que la prevalencia global de depresión fue de 10,5% y de ansiedad fue de 30,9%. Tanto la depresión ( $p \leq 0,018$ ) como la ansiedad ( $p \leq 0,005$ ) tuvieron relaciones estadísticamente significativas con SB. Debido al tipo de estudio no podemos determinar si son causales del mismo
- Dentro de los tipos de personalidad, el más prevalente fue el rasgo obsesivo-compulsivo (37,3%). Analizando según los grupos de personalidad el porcentaje más alto (82,7%) se encontró en el tipo C, que resultó estadísticamente significativo ( $p \leq 0,005$ )

## 6.2 RECOMENDACIONES

- Para prevenir el desarrollo de SB se deben emplear estrategias individuales de afrontamiento de control o centradas en el problema, mediante el entrenamiento en solución de problemas, el manejo de la asertividad y el empleo eficaz del tiempo.
- Otras estrategias eficaces proponen olvidar los problemas profesionales al culminar el trabajo, separando la vida personal y familiar de la laboral, tomar pequeños momentos de descanso durante el trabajo y marcarse objetivos reales y factibles de conseguir.
- Desarrollar conductas que eliminen la fuente de estrés o neutralicen las consecuencias negativas del mismo. Aumentar y conservar las amistades con interacciones satisfactorias y emotivas, delegar responsabilidades, no creerse indispensable, solicitar ayuda cuando el trabajo es excesivo o cuando no se está preparado para afrontarlo, compartir los problemas laborales, las dudas y opiniones con los compañeros.
- Pasar tiempo suficiente con familia y amigos, realizar alguna actividad religiosa o espiritual, cuidar de sí mismo (desarrollar actividades deportivas, cuidar la alimentación), controlar las adicciones y adoptar una actitud positiva ante la vida.
- En el nivel grupal e interpersonal se debe fomentar por parte de los compañeros el apoyo social para que los individuos adquieran nueva información, adquieran nuevas habilidades o mejoren las que ya poseen, obtengan refuerzo social y retroinformación sobre la ejecución de las tareas, y consigan apoyo emocional, consejos, u otros tipos de ayuda.
- Durante la etapa de formación de los nuevos profesionales, se deberían contemplar programas especiales de prevención y entrenamiento en afrontamiento del estrés laboral que proporcionen expectativas realistas acerca de la futura profesión
- Implementar reformas que permitan la contratación de nuevos médicos, con una buena remuneración económica que vaya de acorde a su preparación. Por otro lado, para que

una Institución tenga éxito, los trabajadores tienen que estar motivados. Se debería dar estímulos académicos (material bibliográfico, cursos o congresos médicos) por los objetivos terapéuticos logrados en los pacientes.

- Reformar el programa de posgrados en las Universidades, actualizando el pensum de estudios, planteándose objetivos académicos y contratando docentes que supervisen el trabajo realizado en los Hospitales donde practican.
- Definir el rol de trabajo que cumplen los médicos residentes y los médicos tratantes. Se debe considerar que los médicos residentes se encuentran todavía en un proceso de formación, requieren para ello una guía y su debida supervisión. No deberían exigirles el cumplimiento de todas las tareas en el Hospital, debería haber siempre un médico tutor que les enseñe y les ayude en caso de ser necesario. Los médicos residentes por su parte tienen que cumplir con sus obligaciones en el ámbito académico, se deberían implementar espacios en los que puedan dedicarse a la revisión de bibliografía o a la discusión de casos.
- Crear espacios recreativos en los que los médicos puedan interactuar entre ellos y así promover la cooperación de grupo. Deberían implementar lugares de estudio, con bibliografías actualizadas, para promover una mejor formación académica. Además se debe brindar una adecuada nutrición en comedores limpios y acogedores.
- Difundir esta tesis a Autoridades Sanitarias del país, colegios médicos, facultades de Medicina de pregrado y posgrado, Ministerio de Relaciones Laborales y el Ministerio de Salud, para dar a conocer la situación actual de los médicos.
- Por último se requiere de un especialista en análisis de las condiciones de trabajo para identificar los síntomas del síndrome, producir los cambios correspondientes y capacitar al personal en el afrontamiento del mismo.



**ANEXO II**

**MASLACH BURNOUT INVENTORY**

INSTRUCCIONES:

Señale la respuesta que crea oportuna sobre la frecuencia con que siente las situaciones presentadas en los siguientes enunciados:

0	1	2	3	4	5	6
Nunca	Una o varias veces al año	Una vez al mes	Varias veces al mes	Una vez a la semana	Varias veces a la semana	Todos los días

	0	1	2	3	4	5	6
1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo							
2. Cuando termino de jornada 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 las personas a las que tengo que atender							
5. Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales							
6. Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa							
7. Siento que trato con mucha eficacia los problemas de los pacientes con los que trabajo							
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 con mi trabajo							
14. Siento que paso demasiado tiempo en mi trabajo							
15. Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a los paciente							
16. Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa							
17. Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con los paciente							
18. Me siento estimulado después de haber trabajado con los pacientes							
19. Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo							
20. Me siento como si estuviese al límite de mis posibilidades							
21. Creo que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada							
22. Me parece que algunos de los paciente me culpan de sus problemas							

¡Gracias por su tiempo y colaboración!

## ANEXO III

### Cuestionario de evaluación IPDE módulo DSM-IV

#### Instrucciones:

- El propósito de este cuestionario es conocer qué tipo de persona ha sido usted en los últimos cinco años.
- Por favor, no omitir ningún ítem. Si no está seguro de una respuesta, señalar la respuesta (VERDADERO o FALSO) que le parezca más correcta. No hay límite de tiempo pero no pierda mucho tiempo pensando cuál es la respuesta correcta a un ítem determinado:
- Cuando la respuesta sea VERDADERO, señalar con un círculo la letra V, cuando la respuesta sea FALSO, señalar con un círculo la letra F.

1. Normalmente me divierto y disfruto de la vida	V F
2. Confío en la gente que conozco	V F
3. No soy minucioso con los detalles pequeños	V F
4. No puedo decidir qué tipo de persona quiero ser	V F
5. Muestro mis sentimientos a todo el mundo	V F
6. Dejo que los demás tomen decisiones importantes por mí	V F
7. Me preocupo si oigo malas noticias sobre alguien que conozco	V F
8. Ceder a algunos de mis impulsos me causa problemas	V F
9. Mucha gente que conozco me envidia	V F
10. Doy mi opinión general sobre las cosas y no me preocupo por los detalles	V F
11. Nunca me han detenido	V F
12. La gente cree que soy frío y distante	V F
13. Me meto en relaciones muy intensas pero poco duraderas	V F
14. La mayoría de la gente es justa y honesta conmigo	V F
15. La gente tiene una gran opinión sobre mí	V F
16. Me siento molesto o fuera de lugar en situaciones sociales	V F
17. Me siento fácilmente influido por lo que me rodea	V F
18. Normalmente me siento mal cuando hago daño o molesto a alguien	V F
19. Me resulta muy difícil deshacerme de las cosas	V F
20. A veces he rechazado un trabajo, incluso aunque estuviera esperándolo	V F
21. Cuando me alaban o critican manifiesto mi reacción a los demás	V F
22. Uso a la gente para lograr lo que quiero	V F
23. Paso demasiado tiempo tratando de hacer las cosas perfectamente	V F
24. A menudo, la gente se ríe de mí, a mis espaldas	V F
25. Nunca he amenazado con suicidarme, ni me he autolesionado a propósito	V F
26. Mis sentimientos son como el tiempo, siempre están cambiando	V F
27. Para evitar críticas prefiero trabajar solo	V F
28. Me gusta vestirme para destacar entre la gente	V F
29. Mentiría o haría trampas para lograr mis propósitos	V F
30. Soy más supersticioso que la mayoría de la gente	V F
31. Tengo poco o ningún deseo de mantener relaciones sexuales	V F
32. La gente cree que soy demasiado estricto con las reglas y normas	V F
33. Generalmente me siento incómodo o desvalido si estoy solo	V F

34. No me gusta relacionarme con gente hasta que no estoy seguro de que les gusto	V F
35. No me gusta ser el centro de atención	V F
36. Creo que mi cónyuge ( pareja ) me puede ser infiel	V F
37. La gente piensa que tengo muy alto concepto de mi mismo	V F
38. Cuido mucho lo que les digo a los demás sobre mí	V F
39. Me preocupa mucho no gustar a la gente	V F
40. A menudo me siento vacío por dentro	V F
41. Trabajo tanto que no tengo tiempo para nada más	V F
42. Me da miedo que me dejen solo y tener que cuidar de mi mismo	V F
43. Tengo ataques de ira o enfado	V F
44. Tengo fama de que me gusta “flirtear”	V F
45. Me siento muy unido a gente que acabo de conocer	V F
46. Prefiero las actividades que pueda hacer por mi mismo	V F
47. Pierdo los estribos y me meto en peleas	V F
48. La gente piensa que soy tacaño con mi dinero	V F
49. Con frecuencia busco consejos o recomendaciones sobre decisiones de la vida cotidiana	V F
50. Para caer bien a la gente me ofrezco a realizar tareas desagradables	V F
51. Tengo miedo a ponerme en ridículo ante gente conocida	V F
52. A menudo confundo objetos o sombras con gente	V F
53. Soy muy emocional y caprichoso	V F
54. Me resulta difícil acostumbrarme a hacer cosas nuevas	V F
55. Sueño con ser famoso	V F
56. Me arriesgo y hago cosas temerarias	V F
57. Todo el mundo necesita uno ó dos amigos para ser feliz	V F
58. Descubro amenazas ocultas en lo que me dicen algunas personas	V F
59. Normalmente trato de que la gente haga las cosas a mi manera	V F
60. Cuando estoy estresado las cosas que me rodean no me parecen reales	V F
61. Me enfado cuando la gente no quiere hacer lo que le pido	V F
62. Cuando finaliza una relación, tengo que empezar otra rápidamente	V F
63. Evito las actividades que no me resulten familiares para no sentirme molesto tratando de hacerlas	V F
64. A la gente le resulta difícil saber claramente que estoy diciendo	V F
65. Prefiero asociarme con gente de talento	V F
66. He sido víctima de ataques injustos sobre mi carácter o mi reputación	V F
67. No suelo mostrar emoción	V F
68. Hago cosas para que la gente me admire	V F
69. Suelo ser capaz de iniciar mis propios proyectos	V F
70. La gente piensa que soy extraño o excéntrico	V F
71. Me siento cómodo en situaciones sociales	V F
72. Mantengo rencores contra la gente durante años	V F
73. Me resulta difícil no estar de acuerdo con las personas de las que dependo	V F
74. Me resulta difícil no meterme en líos	V F
75. Llego al extremo para evitar que la gente me deje	V F
76. Cuándo conozco a alguien no hablo mucho	V F
77. Tengo amigos íntimos	V F

## ANEXO IV

### HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCA

**1. Me siento tenso o nervioso**

Todos los días

Muchas veces

A veces

Nunca

**2. Todavía disfruto con lo que me ha gustado hacer**

Como siempre

No lo bastante

Sólo un poco

Nada

**3. Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible fuera a suceder**

Definitivamente y es muy fuerte

Sí, pero no es muy fuerte

Un poco, pero no me preocupa

Nada

**4. Puedo reírme y ver el lado positivo de las cosas**

Al igual que siempre lo hice

No tanto ahora

Casi nunca

Nunca

**5. Tengo mi mente llena de preocupaciones**

La mayoría de las veces

Con bastante frecuencia

A veces, aunque no muy seguido

Sólo en ocasiones

**6. Me siento alegre**

Nunca

No muy seguido

A veces

Casi siempre

**7. Puedo estar sentado tranquilamente y sentirme relajado**

Siempre

Por lo general

No muy seguido

Nunca

**8. Siento como si yo cada día estuviera más lento**

Por lo general en todo momento

Muy seguido

A veces

Nunca

**9. Tengo una sensación extraña, como de aleteo o vacío en el estómago**

Nunca

En ciertas ocasiones

Con bastante frecuencia

Muy seguido

**10. He perdido el deseo de estar bien arreglado o presentado**

Totalmente

No me preocupa como debiera

Podría tener un poco más de cuidado

Me preocupo al igual que siempre

**11. Me siento inquieto, como si no pudiera parar de moverme**

Mucho

Bastante

No mucho

Nada

**12. Me siento con esperanzas respecto al futuro**

Igual que siempre

Menos de lo que acostumbraba

Mucho menos de lo que acostumbraba

Nada

**13. Presento una sensación de miedo muy intenso de un momento a otro**

Muy frecuentemente

Bastante seguido

No muy seguido

Nada

**14. Me divierto con un buen libro, la radio o un programa de televisión**

Seguido

A veces

No muy seguido

ANEXO V: Consentimiento

Quito, ... de Noviembre del 2012

**Pontificia Universidad Católica Del Ecuador**

**Facultad de Medicina**

**Consentimiento Informado para la Participación en un estudio de Investigación**

**Nombre del Estudio:** PREVALENCIA DE SINDROME DE BURNOUT EN MEDICOS TRATANTES Y RESIDENTES QUE TRABAJAN EN EL HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARIN RELACIONADO CON PERFILES DE PERSONALIDAD EN EL PERIODO DE OCTUBRE Y NOVIEMBRE DEL 2012

**Investigadores:**

María Gabriela González Álvarez, estudiante egresada de la Facultad de Medicina de la PUCE

Liseth Estefanía Luzuriaga Mena, estudiante egresada de la Facultad de Medicina de la PUCE

**Director de tesis:**

Dr. Marco Serrano, médico especialista en Neurología.

Usted ha sido invitado a participar en un estudio de investigación. La información de cada participante se manejará de forma anónima y no se incluirá datos para su identificación.

Yo (nombre y apellidos)....., acepto participar en el estudio de investigación y comprendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme del estudio cuando yo lo crea conveniente, por lo que presto libremente mi conformidad para participar en el mismo. Autorizo el uso y la divulgación de mi información de salud a las entidades antes mencionadas en este consentimiento para los propósitos descritos anteriormente.

Al firmar esta hoja de consentimiento, no he renunciado a ninguno de mis derechos legales

Nombre del Participante

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. GONZALVES J. AIZPIRI J., BARBADO A., CAÑONES P., FERNÁNDEZ A., RODRÍGUEZ J. DE LA SERNA I., SOLLA J., “Síndrome de Burn-out en el médico general”, *Habilidades en Salud Mental*, Vol. 43, 278-273, 2002.
2. MONTERO-MARÍN J, GARCÍA-CAMPAYO J, FAJÓ-PASCUAL M, CARRASCO J. M, GASCÓN S, GILI M, MAYORAL-CLERIES Y F, “Sociodemographic and occupational risk factors associated with the development of different burnout types: the cross-sectional University of Zaragoza study”, *BMC Psychiatry* 2011/1471-244X/11/49.
3. MCCRAY LW, CRONHOLM PF, BOGNER HR, GALLO JJ, NEILL RA. Resident Physician Burnout : Is There Hope ? 2010; 40(9):626–32.
4. VILLALOBOS L. Burnout y satisfacción laboral en Atención Primaria, *Medicina de Familia* Vol. 5, Nº 3, 147-155, noviembre 2004.
5. MARTÍNEZ DE LA CASA A., DEL CASTILLO C., MAGAÑA E. BRU E., FRANCO A., SEGURA A. “Estudio sobre la prevalencia del Burnout en los médicos del Área Sanitaria de Talavera de la Reina”, *Atención Primaria*, Vol. 32(6):343-348, 2003.
6. ALCARAZ C. “Frecuencia y factores de riesgo asociados al Síndrome de Burnout en un hospital de segundo nivel, Tesis doctoral. Universidad de Colima/Instituto Mexicano de Seguridad Social. Febrero 2006.
7. GRAU A., FLICHTENTREI D., SUÑER R., PRATS M., BRAGA F. “Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el Síndrome de Burnout en personal

sanitario hispanoamericano y español”, Revista Española de Salud Pública, Vol. 83, N.º 2, 216-230, 2009.

- 8.** LASO J. RODRIGUEZ E. “Determinación de la prevalencia de Síndrome de Burnout en el personal médico del Hospital Quito N 1 de la Policía Nacional del Ecuador en los meses de diciembre 2006 – enero 2007”, Disertación previa a la obtención de Título de Médico Cirujano. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. 2007
- 9.** TRUJILLO M., MONTALUISA F., “Prevalencia del Síndrome de Burnout o desgaste ocupacional en el personal de salud del Hospital de la Policía, Quito N 1, en las especialidades clínicas, quirúrgicas y críticas, asociado a características sociodemográficas, medioambientales y consumo de sustancias en los meses de septiembre y octubre del 2011”, Disertación previa a la obtención de Título de Médico Cirujano. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. 2011
- 10.** LASCANO J, “Prevalencia del Síndrome de Burnout en personal médico, de enfermería y administrativos del Hospital Enrique Garcés de la ciudad de Quito durante el periodo de abril- mayo del 2008”, Disertación previa a la obtención de Título de Médico Cirujano, Pontificia Universidad Católica del Ecuador. 2008.
- 11.** LUCERO Z. RIVERA F, “Relación entre el Síndrome de Burnout con la satisfacción laboral y el patrón de conducta en médicos residentes y personal de enfermería del Hospital Eugenio Espejo durante Junio – Julio del 2001”, Disertación previa a la obtención de Título de Médico Cirujano. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. 2011

- 12.** VARGAS E. BASANTES P. CORNEJO F, “Los factores laborales y sociodemográficos en el Síndrome de desgaste profesional en médicos residentes del Hospital Carlos Andrade Marín de la ciudad de Quito durante marzo a julio del 2002”, Disertación previa a la obtención de Título de Médico Cirujano. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. 2002
- 13.** BITTAR M. Investigación sobre “Burnout y estilos de personalidad en estudiantes universitarios”, Disertación previa a la obtención de Título de Enfermería, 2008.
- 14.** ALEMANY A., BERINI E., Gay C. “The burnout syndrome and associated personality disturbances. The study in three graduate programs in Dentistry at the University of Barcelona”, *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, Vol 13(7), 444-450, 2008.
- 15.** MENDEZ A. “Síndrome de Burnout en médicos residentes. Ejercicio como estrategia para su disminución”. *Anales Médicos* Vol. 56, Núm. 2, 79-84, 2011.
- 16.** LÓPEZ A., GONZÁLEZ F., MORALES M., ESPINOZA C., “Síndrome de burnout en residentes con jornadas laborales prolongadas”, *Revista Médica Instituto Mexicano Seguro Social*, Vol. 45 (3), 233-242, 2007.
- 17.** THOMAS N. K, Resident Burnout, *JAMA*, December 15, 2004—Vol 292, No. 23
- 18.** DE OLIVA COSTA E., ANDRADE S., RODRIGUES DE ABREU SANTOS E., VIEIRA DE MELO E., MATOS DE ANDRADE T., “Burnout Syndrome and associated factors among medical students: a cross-sectional study”, *Clinics*, 2012;67(6):573-579.

19. HERNANDEZ R., FERNANDEZ C., BAPTISTA P., "Metodología de la Investigación", Tercera Edición, Mc Graw Hill, 2004
20. ÁLVAREZ E, FERNÁNDEZ L,"El Síndrome de "Burnout" o el desgaste profesional: revisión de estudios", Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. Vol. XI, N.o 39, 1991.
21. WOLFGANG P, KASCHKA D, KORCZAK K, BROINCH, "Burnout: a Fashionable Diagnosis", Dtsch Arztebl Int 2011; 108(46): 781-7
22. CASTILLO S, "El síndrome de "Burn Out"o síndrome de agotamiento profesional", Med. leg. Costa Rica Vol.17 N.2, 2001
23. QUICENO J. M, VINACCIA S, "Burnout: Síndrome de Quemarse en el Trabajo (SQT)", Acta Colombiana de Psicología Vol. 10 (2): 117-125, 2007
24. DÍAZ J. J, "Patologías emergentes: mobbing y burnout", Serie Cuidados Avanzados.
25. MORENO A, LATORRE I, DE MIQUELA J, CAMPILLO A, SÁEZ J, AGUAYO J, L, "Sociedad y cirugía. Burnout y cirujanos", Cir Esp. 2008;83(3):118-24.
26. GIL MONTE P. R, "El Síndrome de Quemarse por el Trabajo (Burnout)", Ediciones Pirámide, 2005
27. OLIVARES V. E, "Análisis de las Propiedades Psicométricas del Maslach Burnout Inventory Human Services (MBI-HSS) en Profesionales Chilenos", Cienc Trab. Oct-Dic; 11 (34): 217-221.
28. GIL MONTE P. R, "Factorial validity of the Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS) among Spanish professionals", Rev Salud Pública, 2005; 39(1): 1-8.

29. MONTERO J, GARCÍA J, MOSQUERA D, LÓPEZ Y, “A new definition of burnout syndrome based on Farber's proposal,” *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*. 2009, 4:31.
30. DYRBYE LN, THOMAS MR, HUNTINGTON JL, LAWSON KL, NOVOTNY PJ, SLOAN JA, SHANAFELT TD, “Personal life events and medical student burnout: a multicenter study”, *Acad Med*. 2006;81(4):374
31. MCCRAY L. W, CRONHOLM P. F, BOGNER H. R, GALLO J. J, NEILL R. A, “Resident Physician Burnout: Is There Hope?”, *Fam Med*. 2008 October ; 40(9): 626–632
32. El Universo, 18-01-20213, <http://www.eluniverso.com/2013/01/18/1/1356/afiliacion-iess-ultimo-trimestre-2012.html>
33. HEINKE W, DUNKEL P, BRÄHLER E, NÜBLING M, RIEDEL-HELLER S, KAISERS UX, “Burnout in anesthesiology and intensive care: is there a problem in Germany?” , *Anaesthesist*. 2011 Dec;60(12):1109-18
34. SOLER J. K, YAMAN H, ESTEVA M, DOBBS F, ASENOVA R.S, KATIC M, OZVACIC Z, DESGRANGES J, MOREAU A, LIONIS C, KOTANYI P, CARELLI F, NOWAK P, DE AGUIAR Z, AZEREDO S, MARKLUND E, CHURCHILL E, UNGA M, “Burnout in European family doctors: the EGPRN study”.
35. CATSICARIS C, EYMANN A, CACCHIARELLI N, USANDIVARAS I, “La persona del médico residente y el síndrome de desgaste profesional (*burnout*). Un modelo de prevención en la formación médica”, *Arch Argent Pediatr* 2007;105(3):236-240

36. DE AZEVEDO L, DA SILVA R. M, TONINI C, DE OLIVEIRA M. E, "Burnout Syndrome in multiprofessional residents of a public university", Dias; Rev Esc Enferm USP 2012; 46(6):1477-82.
37. GIL MONTE P. R, " El Síndrome de Quemarse por el Trabajo (Síndrome de Burnout) en profesionales de enfermería", Revista Eletrônica Interação Psy, Ano 1, nº 1- Ago 2003, p. 19-33
38. NYSSSEN A. S, HANSEZ I, BAELE P, LAMY M, DE KEYSER V, "Occupational stress and burnout in anaesthesia", British Journal of Anaesthesia 90 (3): 333±7 (2003)
39. MONROY B. G, PALACIOS L, " Resiliencia: ¿Es posible medirla e influir en ella?", Salud Mental 2011;34:237-246
40. GRAU A., FLICHTENTREI D., SUÑER R., PRATS M., BRAGA F, " Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el Síndrome de Burnout en personal sanitario hispanoamericano y español", Revista Española de Salud Pública, Vol. 83, N.º 2, 216-230, 2009.
41. ALVARENGA, J, VAZQUEZ V, ARCILLA D, SIERRA A, GONZALEZ J, SALIN R, "Exactitud y utilidad diagnóstica del Hospital and Depression Scale (HAD) en una muestra de sujetos obesos mexicanos", Revista de Investigación clínica, 2002, Vol. 54, Núm. 5, pp 403-9.
42. TEJERO A, GUIMERÁ E, FARRÉ JM, PERI JM, "Uso clínico del HAD (Hospital and Depression Scale) en población psiquiátrica: Un estudio de sensibilidad, fiabilidad y

validez”, Revista del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona, 1986; 12: 233-8

43. BJELLAND I, ALV A, TANGEN T, NECKELMANN D, “The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review”, Journal of Psychosomatic Research 52 (2002) 69– 77.
44. PRUESSNER J. C, HELLHAMMER D. H, KIRSCHBAUM C, “Burnout, Perceived Stress, and Cortisol Responses to Awakening”, Psychosomatic Medicine 61:197–204 (1999)
45. SERTÖZ OO, BINBAY I, “The neurobiology of burnout: the hypothalamus-pituitary-adrenal gland axis and other findings”, Turk Psikiyatri Dergisi [Internet]. 2008 [cited 2013 Mar 21];19(3):318–28. Available from:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18791885>
46. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria
47. ROMEU J, “Ansiedad Revisión”. Farmacia Profesional. 2000; 14:55-7. - vol.14 núm 12.
48. Estrés y Ansiedad, Mc Graw Hill,  
[www.mcgrawhill.es/bcv/guide/capitulo/8448176391.pdf](http://www.mcgrawhill.es/bcv/guide/capitulo/8448176391.pdf)
49. LIZONDO G., LLANQUE C., “Depresión”, Revista Papeña de Medicina Familiar, 2008; 5(7): 24-31.
50. Grupo de Trabajo sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. Madrid: Plan Nacional para

el SNS del MSC. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalia-t);  
2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: avalia-t Nº 2006/06

51. American Psychiatric Association, "Manual diagnostic y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV", 4ta edición, Barcelona: Masson, 1995.
52. ATKINSON & HILGARD'S, "Introducción a la Psicología", 14ª edición, Madrid, Ed. Thomson, 2003, Cap. 13, p.417.
53. ROCA B., BACA B., VALLEJO R., LEAL C., CERVRA E., UBAGO G., "Trastornos de Personalidad", 1ra edición, Sociedad Española de Psiquiatría, 2010.
54. BELLOCH. A., FERNÁNDEZ H., "Tratado de trastornos de la personalidad", 1ra edición, Editorial Síntesis, 2011.
55. BOUCHARD T., LYKKEN D., MC GUE M., TELLEGEN A., "Sources of a human psychological differences: the Minnesota Study of Twins Reared Apart", Science, 1990; 250: 223-8.
56. American Psychiatric Association, "Manual diagnostic y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV", 4ta edición, Barcelona: Masson, 1995.
57. FISKE DW., "Consistency of factorial structures of personality ratings from different souces", J Abnor Social Psycol 1993; 65: 757-68
58. CALDERÓN D, "Ansiedad y Depresión en médicos residentes con Síndrome De Burnout, en Hospital De Niños Baca Ortiz, del Distrito Metropolitano De Quito durante el año 2010", Disertación previa a la obtención de Título de Médico Cirujano. Pontificia Universidad Católica del Ecuador, 2010.

59. MULCAHY-AVERY, J., MCNAIR S., "The Predictive Validity of a Screening Measure for identifying individuals with Personality Disorders ", The Penn State Mcnair Journal, Vol 15, 2008;15: 91-99.
60. USECHE M., "Factores de personalidad relacionados con el Síndrome de Burnout a partir de los tipos de personalidad A, B y C", Tesis de grado en Salud Ocupacional, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, 2008.
61. CACERES G, "Prevalencia del Síndrome de Burnout En Personal Sanitario Militar", Tesis Doctoral, Departamento de Medicina Preventiva, Salud Pública e Historia de la Ciencia, Universidad Complutense De Madrid 2006.
62. BELTRÁN M, FREYRE M, HERNÁNDEZ L, "El Inventario de Depresión de Beck: Su validez en población adolescente", Terapia Psicológica 2012, Vol. 30, Nº1, 5-13
63. CEBRIA J., CORBELLA S., COMAS O., GARCIA M., RODRIGUEZ C.,L PARDO M., PEREZ J., "Rasgos de personalidad y burnout en médicos de familia", Aten Primaria, 2001; 27:459-68
64. LANDRIGAN C. P, ROTHSCHILD J. M, CRONIN J. W, KAUSHAL R, BURDICK E, KATZ T, CRAIG L, PETER H, STEVEN W, BATES D, CZEISLER A, "Effect of Reducing Interns' Work Hours on Serious Medical Errors in Intensive Care Units", N Engl J Med 2004; 351:1838-48.
65. SIU CFY, YUEN SK, CHEUNG A, "Burnout among public doctors in Hong Kong: cross-sectional survey", Hong Kong medical journal = Xianggang yi xue za zhi / Hong Kong

Academy of Medicine [Internet]. 2012 Jun; 18(3):186–92. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22665681>

66. BAKKER A, VAN DER ZEE K, LEWIG K, DOLLARD M, “The Relationship Between The Big Five Personality Factors And Burnout: A Study Among Volunteer Counselor”, *The Journal Of Social Psychology*, 2002, 135(5).
67. RAMIREZ AJ, GHAMAM J, RICHARDS MA, CULL A, GREGORY WM, “Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work”, *Lancet*, 1996;347:724-8.
68. ZUMÁRRAGA R, GARCÍA J, YÉPEZ L, “Prevalencia del Síndrome de Burnout en médicos de tres hospitales públicos de la ciudad de Quito”, *Rev Fac Cien Med* 2008; 33:96-100
69. ATANCE JC, “Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario”, *Rev Esp Salud Pública* 1997; 71 (3): 294-303.
70. CABALLERO MA, BERMEJO F, NIETO R, CABALLERO F. “Prevalencia y factores asociados al burnout en un área de salud”, *Aten prim* 2001, 27 (5):313-317.
71. PRIETOL, ROBLES E, SALAZAR LM, DANIEL E, “Burnout en médicos de atención primaria de la provincia de Cáceres”, *Aten Prim* 2002; 29(5): 294-302.
72. AGUT S, GRAU R, BEAS M, “Burnout en mujeres: un estudio comparativo entre contextos de trabajo y no trabajo”. *Ansiedad y Estrés* 2001; 7(1): 79-88.
73. AHOLA K. “Occupational burnout and health”, Finnish Institute of occupational Health Helsinki, Finland, 2007

74. MORENO B, SEMINOTTI R, GARROSA E, RODRÍGUEZ R, MORANTE M, “El burnout médico: ansiedad y los procesos de afrontamiento como factores intervinientes”, *Ansiedad y Estrés*, 2005, 11 (1), 87-100.
75. EMBRIACO N, PAPAIZIAN L, KENT-BARNES N, POCHARD F, AZUOLAY E, “Burnout syndrome among critical care healthcare workers”, *Critical care outcomes* 2007; 13(5):482-488
76. OZYURT A, HAYRAN O, SUR H, “Predictors of burnout and job satisfaction among Turkish physicians”, *QJM*, 2006, 99(3): 161-169.
77. M. GÁLVEZ H., B. MORENO J., J. C. MINGOTE A.” El desgaste profesional del médico: Revisión y guía de buenas prácticas”.
78. MION G, LIBERT N, JOURNOIS D, “Burnout-associated factors in anesthesia and intensive care medicine. 2009 survey of the French Society of anesthesiology and intensive care”. *Ann Fr Anesth Reanim.* 2013 Mar; 32(3):175-88. doi: 10.1016/j.annfar.2012.12.004. Epub 2013 Feb 8.
79. KARL J, YAMAN H, ESTEVA M, DOBBS F, DESGRANGES P, MOREAU A, ET AL. Burnout in European family doctors : the EGPRN study. 2008;(July).
80. GUIDO LDA, GOULART CT, DA SILVA RM, LOPES LFD, FERREIRA EM. Stress and burnout among multidisciplinary residents. *Revista latino-americana de enfermagem* [Internet]. 2012;20(6):1064–71.