

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

POSTGRADO DE MEDICINA FAMILIAR

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TEMA:

“HABILIDADES DE COMUNICACIÓN EFECTIVA Y SU RELACIÓN, CON LA PRESENCIA DE SÍNDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS POSTGRADISTAS DE ÁREAS CLÍNICAS Y QUIRÚRGICAS DE LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR, EN EL PERÍODO 2012 – 2016.”

AUTORAS: DRA. MARTHA VIVIANA ARAUJO LUGO

DRA. KARINA ELIZABETH SOLÍS MARÍN

DIRECTORA DE TESIS: DRA. ANA AVECILLAS

TUTORA METODOLÓGICA: DRA. ROSA GOYES

**PARA TÍTULOS PROFESIONALES DE ESPECIALISTAS DE CUARTO NIVEL
PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Nosotras, **ARAUJO LUGO MARTHA VIVIANA**, con **Cédula de Ciudadanía N°1500671605** y **KARINA ELIZABETH SOLÍS MARÍN** con **Cédula de Ciudadanía N° 0925712507**, autoras del trabajo de investigación titulado **“HABILIDADES DE COMUNICACIÓN EFECTIVA Y SU RELACIÓN, CON LA PRESENCIA DE SÍNDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS POSTGRADISTAS DE ÁREAS CLÍNICAS Y QUIRÚRGICAS DE LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR, EN EL PERÍODO 2012 – 2016.”**, previa a la obtención del grado académico de **ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**, en el Instituto de Postgrados de la Facultad de Medicina:

1. Declaramos tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2. Autorizamos a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través del sitio web de la Biblioteca de la PUCE el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de la Universidad.

Quito, 17 de agosto de 2017

Dra. Martha Viviana Araujo Lugo

C.C.1500671605

Dra. Karina Elizabeth Solís Marín

C.C. 0925712507

AGRADECIMIENTO

KARINA:

En primer lugar agradezco a Dios por darme salud, por ser mi protector, por darme fuerzas para superar los obstáculos que se me presentaron durante toda la carrera profesional. Gracias Señor por permitirme llegar hasta este punto tan satisfactorio en mi vida como es disfrutar la obtención de este título. Gracias Señor por tus infinitas bendiciones.

En segundo lugar agradezco a mis padres por su apoyo incondicional, por darme el valor para no rendirme a pesar de la distancia, y por darme la tranquilidad para ocuparme de mis estudios, por su dedicación, por su paciencia, por sus esfuerzos diarios para darme la mejor arma contra el mundo, mi educación. Gracias Padres para darme su amor infinito e incondicional, sin ustedes yo no sería nadie.

En tercer lugar agradezco a los directivos y docentes de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, quienes impartieron y fortalecieron mi conocimiento durante mi periodo estudiantil, al terminar mi especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria puedo decir con orgullo que incrementado mis conocimientos tanto en el ámbito profesional como médica no solo viendo al usuario como un individuo sino como una ente perteneciente a una sociedad y los ámbitos en los cuales se desarrolla en cada una de sus etapas de vida. Gracias tutores por ahora puedo decir he culminado con éxito esta etapa de mi vida estudiantil.

En cuarto lugar y no el menos importante mi más sincero agradecimiento a la tutora de tesis y metodológica de tesis quienes fueron mi guía durante la elaboración de este estudio de investigación; gracias por su dedicación, su paciencia y motivación. Su incondicional apoyo fue indispensable para completar esta tesis en el tiempo propuesto.

Por último quiero agradecer a mis compañeros quienes me apoyaron en la realización del presente trabajo. Gracias a no solo mi compañera sino amiga y coautora de tesis Viviana por la paciencia, por motivarme a que esto se puede y sí se pudo. Gracias a mis Carolitos por ser mi familia nosocomial durante estos años que he pasado en esta ciudad.

VIVIANA:

Primero agradecer a Dios por sus infinitas Bendiciones y porque en cada paso me demuestra su amor incondicional.

El presente trabajo va dedicado a mis Padres Luis y Martha, por su apoyo incondicional durante toda mi formación, son siempre mi inspiración Padres de mi vida.

Agradecer a cada uno de las personas que en este camino sembraron un granito de arena para crecer no solo en lo científico, también para ser cada día mejor ser humana, Docentes de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Hospital un Canto a la Vida y cada uno de los hospitales por los cuales tuve el privilegio de caminar y aprender.

Agradecer a cada uno de mis compañeros, guerreros anónimos que con su lucha diaria, dedicación, esfuerzo, pasión y entrega, salvan vidas. A mi querida amiga, compañera y coautora Karina, por estar allí siempre en las buenas y malas, gracias amiga.

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN.....	16
EXECUTIVE SUMMARY.....	18
CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN, JUSTIFICACIÓN Y PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1. Introducción.....	20
1.2. Justificación.....	23
1.3. Problema de investigación.....	25
CAPÍTULO II. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	
2.1. Síndrome de Burnout.....	27
2.1.1 Concepto.....	27
2.1.2 Dimensiones del Burnout.....	29
2.1.3 Factores de riesgo para la presencia de Burnout.....	31
2.1.3.1 Factores individuales.....	32
2.1.3.2 Factores Organizacionales.....	33
2.1.4 Etapas del síndrome de Burnout.....	35
2.1.5 Manifestaciones Clínicas y Consecuencias.....	39
2.1.6 Prevención.....	42

2.1.7 Estudios en el contexto nacional sobre la frecuencia de Burnout.....	44
2.1.8 Síndrome de Burnout en médicos en proceso de formación.....	46
2.1.8.1 Consecuencias del Burnout en médicos en proceso de formación.....	47
2.1.8.2 Factores de riesgo para Burnout en médicos en proceso de formación.....	49
2.1.8.3 Estrategias de prevención de Burnout en médicos en proceso de formación.....	51
2.1.8.3.1 Estrategias a nivel personal.....	51
2.1.8.3.2 Estrategias a nivel organizacional.....	54
2.1.9 Aspecto legal de los Médicos Residentes de Postgrado.....	56
2.1.9.1 Normativas para los médicos residentes de Postgrado en el Ecuador.....	56
2.2 Comunicación.....	59
2.2.1 Tipos de Comunicación.....	59
2.2.2 Funciones de la comunicación.....	60
2.2.3 Principios de la comunicación efectiva.....	60
2.2.4 Comunicación entre pacientes y profesionales sanitarios.....	61
2.2.4.1 Cualidades durante el proceso comunicativo Médico- Paciente.....	62
2.2.4.1.1 Habilidades de Escucha.....	62
2.2.4.1.2 Comunicación no verbal.....	64
2.2.5 Comunicación en la consulta médica.....	64

2.2.6 Relación Médico Paciente.....	65
2.2.7 Habilidades de comunicación en los Residentes de Postgrado.....	66
2.2.7.1 Elementos principales de la comunicación y Habilidades Interpersonales en los médicos residentes de postgrado.....	66
2.2.7.2. Estrategias para una efectiva comunicación en médicos postgradistas.....	68
2.2.8 La inteligencia emocional en el proceso comunicativo.....	68
2.2.9 Habilidades Sociales y el desarrollo de la asertividad.....	70
2.2.10 La empatía y la simpatía.....	71
2.2.11 Tipos de empatía.....	72
2.2.12 Burnout en relación de cuidado y los médicos la confusión entre empatía y simpatía.....	73
2.2.13 Empatía previene el Burnout.....	74
2.2.14 La enseñanza de habilidades de comunicación.....	75

CAPÍTULO III. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

3.1 Objetivos de la investigación.....	77
3.1.1 Objetivo General.....	77
3.1.2 Objetivos Específicos.....	77
3.2 Hipótesis.....	77

CAPÍTULO IV. METODOLOGÍA

4.1 Título de la Investigación.....	78
4.2 Lugar.....	78
4.3 Línea de Investigación.....	78
4.4 Aspectos Administrativos.....	78
4.5 Recursos Humanos.....	78
4.6 Operacionalización de variables.....	79
4.7 Universo y muestra.....	80
4.8 Selección de los informantes.....	80
4.8.1 Criterios de inclusión.....	80
4.8.2 Criterios de exclusión.....	81
4.9 Tipo de estudio.....	81
4.10 Procedimiento de recolección de la información.....	82
4.10.1 Instrumento.....	82
4.10.1.1 El cuestionario de Maslach.....	82
4.10.1.2 Escala sobre habilidades de comunicación en profesionales de la salud (EHC- PS).....	84
4.11 Plan de análisis de datos.....	84
4.12 Aspectos Bioéticos.....	85

CAPÍTULO V. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

5.1 RESULTADOS.....86

CAPÍTULO VI. DISCUSIÓN.....128

CAPÍTULO VII. CONCLUSIONES.....136

CAPÍTULO VIII. RECOMENDACIONES.....139

BIBLIOGRAFÍA.....141

ANEXOS.....148

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Distribución de los participantes que cumplen los criterios de inclusión.....	86
Tabla 2. Distribución de los participantes por rangos de edad.....	87
Tabla 3. Distribución de los participantes según el estado civil.....	87
Tabla 4. Distribución de los participantes por carga horaria.....	88
Tabla 5. Distribución de los participantes por presencia de Síndrome de Burnout....	88
Tabla 6 Distribución de los participantes según la variable más involucrada en la aparición del Síndrome de Burnout.....	89
Tabla 7. Distribución de los participantes por presencia de Síndrome de Burnout según el grado de cansancio emocional, despersonalización y realización personal.....	89
Tabla 8. Distribución de los participantes por presencia de Síndrome de Burnout según especialidad.....	90
Tabla 9. Análisis Descriptivo entre Síndrome de Burnout y especialidad.....	90
Tabla 10. Análisis Anova entre Síndrome de Burnout y especialidad.....	90
Tabla 11. Distribución de los participantes por presencia de Síndrome de Burnout según edad.....	91
Tabla 12. Análisis descriptivo entre el síndrome Burnout, la edad y especialidad.....	92
Tabla 13. Anova de un factor entre el Síndrome de Burnout, edad y especialidad.....	92

Tabla 14. Distribución de los participantes por presencia de Síndrome de Burnout según el sexo.....	93
Tabla 15. Análisis descriptivo entre el síndrome Burnout, género y especialidad.....	94
Tabla 16. Análisis Anova entre síndrome de Burnout, género y especialidad.....	94
Tabla 17. Distribución de los participantes con Síndrome de Burnout según estado civil.....	95
Tabla 18. Análisis Descriptivo entre síndrome de Burnout, estado civil y especialidad.....	96
Tabla 19. Análisis Anova entre síndrome de Burnout, estado civil y especialidad.....	96
Tabla 20. Distribución de los participantes por presencia de Síndrome de Burnout según carga horaria.....	98
Tabla 21. Porcentaje de carga horaria según la especialidad en los participantes afectados por Burnout.....	98
Tabla 22. Análisis Descriptivo entre Síndrome de Burnout, carga horaria y especialidad.....	99
Tabla 23. Análisis Anova entre Síndrome de Burnout, carga horaria y especialidad.....	100
Tabla 24. Pruebas Post Hoc entre Síndrome de Burnout, carga horaria y especialidad.....	101

Tabla 25. Estadísticos descriptivos (media y desviación típica) de las puntuaciones del total de la muestra en cada una de las dimensiones del MBI-HSS según la variable cargo profesional.....102

Tabla 26. Estadísticos descriptivos (media y desviación típica) de las puntuaciones del total de la muestra en cada una de las dimensiones de la EHC-PS según la variable cargo profesional.....103

Tabla 27. Análisis descriptivo entre las diferentes dimensiones del MBI y la variable cargo profesional en los participantes con Síndrome de Burnout.....105

Tabla 28. Análisis descriptivo entre las diferentes dimensiones de EHC-PS y la variable cargo profesional en los participantes con Síndrome de Burnout.....106

Tabla 29. Análisis Anova entre las diferentes dimensiones del MBI y la EHC-PS y la variable cargo profesional en los participantes con Síndrome de Burnout.....107

Tabla 30. Estadística descriptiva (media, moda, máximo y mínimo) de las puntuaciones de la muestra en las dimensiones de la EHC-PS según la variable cargo profesional.....108

Tabla 31. Comunicación informativa en médicos postgradistas de las áreas clínicas y quirúrgicas de la PUCE.....109

Tabla 32. Comunicación Informativa de acuerdo a especialidades de los postgrados clínicos y quirúrgicos de la PUCE.....110

Tabla 33. Comunicación informativa en postgradistas con y sin Burnout de las áreas clínicas y quirúrgicas de la PUCE.....111

Tabla 34. Comunicación Informativa en postgradistas con y sin Burnout de acuerdo a las especialidades clínicas y quirúrgicas de los participantes.....	111
Tabla 35. Comunicación Empática en médicos postgradistas de las áreas clínicas y quirúrgicas de la PUCE.....	112
Tabla 36. Comunicación Empática en médicos postgradistas con y sin Burnout de las áreas clínicas y quirúrgicas de la PUCE.....	113
Tabla 37. Comunicación Empática en médicos postgradistas con y sin Burnout de acuerdo a las especialidades clínicas y quirúrgicas de la PUCE.....	113
Tabla 38. Respeto durante la relación clínica en médicos postgradistas de las áreas clínicas y quirúrgicas de la PUCE.....	115
Tabla 39. Respeto durante la relación clínica en médicos postgradistas con y sin Burnout de las áreas clínicas y quirúrgicas de la PUCE.....	115
Tabla 40. Respeto durante la relación clínica en médicos postgradistas con Burnout de acuerdo a las especialidades clínicas y quirúrgicas de la PUCE.....	115
Tabla 41. Habilidad Social durante la relación clínica en médicos postgradistas de las áreas clínicas y quirúrgicas de la PUCE.....	117
Tabla 42. Habilidad Social durante la relación clínica en médicos postgradistas con y sin Burnout de las áreas clínicas y quirúrgicas de la PUCE.....	117
Tabla 43. Habilidad Social durante la relación clínica en médicos postgradistas con y sin Burnout de acuerdo a las especialidades clínicas y quirúrgicas de la PUCE.....	117

Tabla 44. Análisis Descriptivo de Habilidades de comunicación en médicos postgradistas con Burnout de las áreas clínicas y quirúrgicas de la PUCE.....	119
Tabla 45. Análisis Descriptivo de Habilidades de comunicación en médicos postgradistas sin Burnout de las áreas clínicas y quirúrgicas de la PUCE.....	120
Tabla 46. Análisis ANOVA de Habilidades de comunicación en médicos postgradistas con y sin Burnout de las áreas clínicas y quirúrgicas de la PUCE.....	121
Tabla 47. Análisis de medias en las Habilidades de comunicación en médicos postgradistas con y sin Burnout.....	122
Tabla 48. Análisis T de Student de Habilidades de comunicación en médicos postgradistas con y sin Burnout de las áreas clínicas y quirúrgicas de la PUCE.....	123
Tabla 49. Correlaciones bivariadas de Pearson entre las dimensiones de las habilidades de comunicación (Comunicación informativa, empatía, respeto y habilidad social) y las dimensiones del burnout (agotamiento emocional, despersonalización y realización personal) según la variable cargo profesional más relevante.....	124
Tabla 50. Análisis ANOVA entre las diferentes dimensiones del MBI y la EHC-PS y la variable cargo profesional.....	125
Tabla 51. Correlaciones bivariadas de Pearson entre las dimensiones de las habilidades de comunicación (Comunicación informativa, empatía, respeto y habilidad social) y las dimensiones del burnout (agotamiento emocional, despersonalización y realización personal) según la variable cargo profesional más afectada con Síndrome de Burnout.....	126

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado.

Anexo 2. Maslach burnout inventory (MBI).

Anexo 3. Escala sobre habilidades de comunicación para profesionales de la salud (EHC-PS).

Anexo 4. Correlaciones bivariadas de pearson en el total de la muestra, entre las dimensiones de las habilidades de comunicación (comunicación informativa, empatía, respeto y habilidad social) y las dimensiones del burnout (agotamiento emocional, despersonalización y realización personal) según la variable cargo profesional.

LISTA DE ACRÓNIMOS/ABREVIATURAS

PUCE: Pontificia Universidad Católica del Ecuador

EHC-PS: Escala sobre habilidades de comunicación para profesionales de la salud

MBI: Maslach Burnout Inventory

JB: Junta de beneficencia

RESUMEN

La presente investigación se realizó en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y contó con la participación de los médicos postgradistas de las áreas de Pediatría, Medicina Interna, Medicina Familiar, Emergencia, Ginecología, Cirugía General y Traumatología, que iniciaron su proceso formativo desde el 2012 y que culminaron en el 2016.

Objetivo General: Analizar la relación entre las habilidades de comunicación y la presencia de síndrome de burnout en médicos postgradistas de áreas clínicas y quirúrgicas como: Medicina Familiar, Pediatría, Medicina Interna, Emergencia, Cirugía General, Traumatología y Ginecología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Metodología: Se realizó un estudio trasversal analítico, en donde incluyó la valoración de las habilidades de comunicación en postgradistas de las áreas clínicas quirúrgicas, mediante la aplicación de la escala EHC-PS, así como la aplicación del test Maslach Burnout Inventory que valoró la presencia de Burnout.

Resultados: El total de la muestra del estudio fue de 307 médicos postgradistas, de las siete especialidades participantes. Se encontró que los postgradistas presentan despersonalización en el 57%, cansancio emocional el 53,4% y baja realización personal el 36,5%. El 29% de los participantes presenta Burnout, de ellos el 98,9% presenta despersonalización, cansancio emocional el 97,8% y baja realización personal el 70,8%. Predominan el grupo etario de 25-30 años con el 61,8%, el sexo femenino con el 53,9%, el estado civil soltero con el 56,2%. De acuerdo a la carga horaria el que posee de 81-100 horas semanales es el más afectado con el 50,6% casos de Burnout. La especialidad más afectada de acuerdo a la carga horaria fue pediatría, medicina interna y cirugía general, con diferencias estadísticamente significativas.

Cirugía general tiene los niveles más altos de cansancio emocional, despersonalización con valores estadísticamente significativos. En cuanto a las habilidades comunicativas de los participantes de acuerdo a la encuesta EHC-PS se encontró que en todas las especialidades predomina la comunicación informativa, más en medicina interna, seguido por empatía con predominio en pediatría, habilidad social con predominio en emergencia y respeto sin variabilidad entre las especialidades. Cirugía general y traumatología tiene los puntajes más bajos en comunicación informativa, empatía, habilidad social. Mediante la correlación de Pearson se concluye una correlación negativa con la dimensión cansancio emocional, despersonalización, una correlación positiva con realización personal y estadísticamente significativa con todas las dimensiones de las habilidades de comunicación con lo cual se confirma la hipótesis planteada.

Conclusiones: El grupo mayormente afectado con burnout tiene desarrolladas menores habilidades comunicativas; por lo cual se convierte en una necesidad el entrenamiento en la adquisición de efectivas habilidades de comunicación que mejoraría las relaciones interpersonales, reduciría el estrés, fortalecería la relación médico-paciente, la adherencia al tratamiento y el profesional tendría mayor satisfacción. Por ende las habilidades de comunicación efectiva se relacionan con un menor agotamiento emocional y despersonalización, y una mayor realización personal; en consecuencia menor desarrollo de síndrome de Burnout.

EXECUTIVE SUMMARY

This research was carried out at the Pontifical Catholic University of Ecuador and was attended by postgraduate physicians in the areas of Pediatrics, Internal Medicine, Family Medicine, Emergency, Gynecology, General Surgery and Traumatology, who began their training process since 2012 and culminated in 2016.

Objective: To analyze the relationship between communication skills and the presence of burnout syndrome in postgraduate physicians in clinical and surgical areas such as: Family Medicine, Pediatrics, Internal Medicine, Emergency, General Surgery, Traumatology and Gynecology of the Pontifical Catholic University of Ecuador.

Methodology: An analytical cross-sectional study was carried out, which included the evaluation of postgraduate communication skills in the surgical clinical areas, using the EHC-PS scale, as well as the Maslach Burnout Inventory test that evaluated the presence Of Burnout.

Results: The total of the study sample was 307 postgraduate doctors, of the seven participating specialties. It was found that postgraduates presented depersonalization in 57%, emotional exhaustion 53.4% and low personal performance 36.5%. 29% of the participants presented Burnout, of which 98.9% presented depersonalization, emotional exhaustion 97.8% and low personal performance 70.8%. The predominant age group is 25-30 years old with 61.8%, female with 53.9%, civil status single with 56.2%. According to the hour load, the one who has 81-100 hours a week is the most affected with 50.6% cases of Burnout. The specialty most affected according to the time load was pediatrics, internal medicine and general surgery, with statistically significant differences. General surgery has the highest levels of emotional exhaustion, depersonalization with statistically significant values. As for the com-

municative skills of the participants according to the EHC-PS survey, it was found that in all specialties informative communication predominates, more in internal medicine, followed by empathy with predominance in pediatrics and social skills with predominance in emergency and respect without variability between the specialties. General surgery and traumatology has the lowest scores in information communication, empathy, social skills. Pearson correlation concludes a negative correlation with the emotional exhaustion dimension, depersonalization, a positive correlation with personal fulfillment and statistically significant with all dimensions of communication skills, confirming the hypothesis.

Conclusions: The group most affected by burnout has developed lower communicative skills; So that training in the acquisition of effective communication skills that would improve interpersonal relationships, reduce stress, strengthen the doctor-patient relationship, adherence to treatment, and the professional would be more satisfying becomes a necessity. Hence effective communication skills are associated with less emotional exhaustion and depersonalization, and greater personal fulfillment; consequently with less development of Burnout.

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN, JUSTIFICACIÓN Y PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. INTRODUCCIÓN

En los últimos años se ha experimentado un aumento gradual de la demanda de atención médica de calidad, debido a que existe una población más crítica y exigente a las ofertas del sistema de salud pública; el personal médico debe enfrentar la falta de insumos, falta de reconocimiento profesional, inadecuada distribución del personal médico, todo ello conlleva a generar un estado de estrés crónico y consecuentemente desgaste profesional.

Los profesionales de la salud generalmente trabajan con las facetas emocionales más intensas de los seres humanos tales como el sufrimiento, el miedo, y la muerte. Los médicos residentes de postgrado en el Ecuador trabajan en turnos que superan las 120 horas semanales en las que realizan actividades hospitalarias en diferentes áreas donde generalmente las ejecutan solos; cuando la normativa docente asistencial refiere que las jornadas para los estudiantes de postgrado de especialidades médicas son de 80 horas semanales, además que requiere de un interno y de dos médicos de postgrado por cada tratante que tenga a su cargo un paciente que se encuentre en el área de hospitalización, lo que en muchas de las instituciones donde realizan las prácticas docentes no se cumple. Esto sumado a la problemática del sistema de atención en salud como la falta de recursos, exceso de pacientes, trabajo no reconocido, el trato con los familiares del paciente, la depresión, los conflictos entre los compañeros, el Código Integral Penal, cambios de horario, postgrados no remunerados adecuadamente, por lo tanto el médico residente se encuentra sometido permanentemente a un alto grado de estrés crónico, a un estado de agotamiento físico y psicológico, que requiere un mayor control mental y emocional para evitar el desgaste profesional.

En el año 2000, el Síndrome de Burnout fue declarado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un factor de riesgo laboral, debido a su capacidad para afectar la calidad de vida, salud mental e incluso hasta poner en riesgo la vida del individuo que lo sufre.

El síndrome de Burnout conocido como de desgaste físico y mental afecta mayormente a los profesionales de la salud, y más a los que se encuentran en etapa de formación debido a la alta carga de estrés durante su desempeño, lo que puede provocar sentimientos de frustración, insatisfacción, desvalorización por la profesión, actitudes apáticas, indolentes e indiferentes ante los pacientes e instituciones donde se desempeñan, que trae como consecuencia problemas de salud en el profesional y disminución de la calidad de atención (Dyrbye L. & Shanafelt T., 2016).

En 2009 se realizó un estudio en médicos hispanoamericanos donde la prevalencia de burnout en los profesionales residentes en España fue de 14,9%, del 14,4% en Argentina, y del 7,9% en Uruguay. A nivel de Norteamérica, Centroamérica y Latinoamérica se registra que los profesionales de Ecuador, Colombia, Perú, Guatemala, El Salvador, y México presentaron prevalencias entre 2,5% y 5,9%. Donde el burnout predominaba en los que trabajaban en urgencias con un 17%, internistas con un 15,5%, dermatólogos con un 5,3% y anesthesiólogos con un 5%.

En el 2011, se realizó un estudio en Estados Unidos que mide el desgaste y otras dimensiones del bienestar en los médicos. Donde aproximadamente el 45 por ciento de los médicos de EE.UU. cumplieron con los criterios para el agotamiento. Siendo las especialidades mayormente afectadas: Urología 63,6%, Medicina física y rehabilitación 63,3 %, Medicina Familiar con el 63%, Radiología 61,4%, Cirugía Ortopédica 59,6%, Dermatología 56,5%, Subespecialidades de Cirugía General 52,7%, Patología 52 %, Pediatría General 46,3%.

Las estrategias encaminadas a evitar Burnout en profesionales de la salud debe contemplar: estrategias personales cognitivo-conductuales con carácter auto evaluativo para reducir o eliminar el estrés, desarrollar habilidades de comunicación e impulsar el apoyo social entre los profesionales, esto disminuye los estresores del entorno laboral. Por lo tanto adecuadas habilidades de comunicación contribuyen para que el profesional se sienta más seguro, más competente y fomente una adecuada relación interpersonal con el paciente, su familia, colegas y de esta manera reduzca el estrés laboral crónico.

Durante el proceso formativo un médico en promedio realiza entre 86000 y 120000 entrevistas en jornadas de 22 horas con una atención de 3 a 4 pacientes por hora, por lo tanto la aplicación de habilidades de comunicación efectivas beneficia tanto al profesional como a sus pacientes ya que sus relaciones se tornan más satisfactorias, el médico diagnostica los problemas de sus pacientes con mayor precisión y se ha comprobado que disminuye las demandas y litigios iniciados en su contra. Por todo ello el nivel de satisfacción entre ambos actores aumenta, lo cual permite reducir en el médico el síndrome de burnout.

Por lo descrito anteriormente despertó nuestro interés en realizar esta investigación, que evaluó la relación entre habilidades de comunicación efectiva y la presencia de síndrome de burnout en médicos postgradistas de la PUCE, para lo cual se aplicó dos cuestionario en un tiempo máximo de desarrollo de 15 minutos cada uno; el cuestionario Maslach que mide los 3 aspectos del síndrome de Burnout: el cansancio emocional, despersonalización y realización personal; y el cuestionario de habilidades de comunicación en profesionales de la salud (EHC-PS) que evalúa comunicación informativa, empatía, respeto, habilidad social. La presente investigación se desarrolló en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, en médicos residentes del postgrado abierto de las áreas clínicas y quirúrgicas que cursaron su formación desde el 2012 al 2016 y para su aplicación contó con la aprobación de cada uno de los

participantes, mediante un consentimiento informado. Esta investigación permite tener una visión integral sobre la salud de médicos postgradistas y pretendemos que sea un aporte para la toma de decisiones preventivas y terapéuticas en pro de la mejora de la salud de los médicos postgradistas en formación.

1.2. JUSTIFICACIÓN

Los médicos se enfrentan constantemente a situaciones de dolor, sufrimiento, pérdida, frustración de no poder curar, altas cargas horarias de trabajo, lo cual lleva a un mayor estrés laboral crónico e incremento del riesgo de burnout, por ello es muy importante diagnosticarlo a tiempo, ya que se podría emplear técnicas preventivas para evitar que la calidad de la atención decaiga y evitar errores no intencionados.

Los médicos residentes en formación de nuestro país que tratan diariamente con pacientes agudos y crónicos con o sin reagudización soportan largas horas laborales con elevado grado de responsabilidad, insuficiente reconocimiento a la labor ejercida, sensación de injusticia por las condiciones insatisfactorias donde desempeñan sus rotaciones, inadecuada comunicación entre compañeros y con sus respectivos tratantes, todo lo anterior conduce al desequilibrio entre lo laboral, social, y académico; que da como resultado afectación en la calidad de vida del postgradista y en la calidad de atención.

La comunicación es una herramienta sanitaria que afecta las intervenciones de los profesionales de la salud, permite el entendimiento mutuo, así como el centrarse en las necesidades del paciente, permite llegar acuerdos, compartir la responsabilidad en las propuestas terapéuticas hacia el paciente y familiares. Además de establecer una relación clínica de confianza, respeto y empatía, conlleva a una mayor satisfacción del profesional sanitario, prevención del

desgaste profesional, prevención de problemas médicos legales y mejora la calidad asistencial.

En la prevención de los factores de riesgo para el desarrollo de burnout, la comunicación es una herramienta útil al disminuir la carga de estrés y mejorar la relación médico paciente. Todos los efectos producidos por la insatisfacción del profesional del sector sanitario tienen como consecuencia, un incremento costo- económico y social por lo que cada vez aumenta el interés en el estudio del burnout. Si el profesional mantiene buenas relaciones con sus pacientes sustentada en una comunicación efectiva, habrá mayor satisfacción y en consecuencia menos burnout. Por todo ello es importante que todos los profesionales de la salud adquieran experticia en habilidades de comunicación efectivas, dando mayor protagonismo al receptor y al modo en que él recibe e integra el mensaje, con lo cual se pretende que el receptor mantenga su autonomía, exprese sus dudas e inquietudes y permanezca con una adecuada relación médico paciente sustentada en una comunicación efectiva.

Cuidar de los profesionales de salud en mayor riesgo de burnout, debería ser un objetivo importante del sistema de salud. El médico postgradista en el Ecuador con su labor diaria, con altas cargas horarias de trabajo, remuneraciones inadecuadas, en un sistema de salud que demanda de su quehacer diario, bajo un reglamento legal que no se cumple y que no garantiza el cuidado hacia su salud psico-emocional, se encuentra dentro del personal sanitario en mayor riesgo de presentar burnout.

Con este trabajo investigativo abordamos esta problemática actual, enmascarada en los profesionales médicos postgradistas quienes en su afán por prepararse y servir con conocimientos técnicos adecuados, en su desempeño diario se desarrollan profesionalmente en un

sistema de salud donde no se les garantiza cuidar su salud psico-emocional y se encuentran en constante riesgo de presentar Burnout durante su preparación académica.

1.3. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Desde hace más de 40 años se ha estudiado el síndrome de burnout en distintos trabajadores y profesionales de la salud, pero hay pocos estudios realizados en médicos residentes de postgrados tanto internacionalmente como en el Ecuador. Los resultados de dichos estudios concluyen que entre las especialidades que se encuentran en riesgo de desarrollar burnout tenemos: especialidades clínicas: Medicina Familiar, Pediatría, Medicina Interna y Urgencias Médicas. Entre las especialidades quirúrgicas: Cirugía General, Traumatología y Ginecología. Los postgradistas tienen varios factores de riesgo dependiendo de las políticas intrínsecas del hospital donde realizan su formación profesional, y del tipo de especialidad en la que se desenvuelven, afectando profundamente las esferas cognitivo, psico-social, y laboral. Se reportan pocos estudios que investigan a la comunicación como estrategia de prevención del burnout. Los problemas de comunicación en la relación médico paciente son frecuentes, se estima que el 54% de quejas de los pacientes son por esta causa. Los pacientes se encuentran satisfechos en un 90% cuando consideran que el médico es un buen comunicador y solo el 25% se sienten cómodos cuando opinan en forma contraria (Sogi Cecilia, 2006).

El 50% de los problemas que concierne a los pacientes son psicosociales y psiquiátricos sin embargo en el 50% se pierden estos diagnósticos, ya que el médico no considera la naturaleza real del problema (Simpson Michael, 1991). Estudios muestran que durante la entrevista, a los 18 segundos de iniciada, el médico interrumpe en el justo momento que el paciente describe su problema y que la mayoría de denuncias por mala praxis se derivan de errores de

comunicación ya que el paciente no comprendió o no recuerda lo que su médico le dijo sobre su diagnóstico y tratamiento. La diferencia cultural, la ansiedad y la insatisfacción del paciente se relacionan con la falta de explicación y retroalimentación por parte del médico y el no entendimiento de un lenguaje médico durante la entrevista. El mantener una comunicación de calidad, comprender las preocupaciones del paciente, incluso cuando no se puede solucionar, está relacionado con mejores resultados, mayor satisfacción, mejor cumplimiento del tratamiento y una disminución importante de la ansiedad y angustia tanto para el paciente como para el médico.

Por lo expuesto se postuló la siguiente pregunta de investigación para este estudio:

- **¿Los médicos residentes de Postgrado de las especialidad clínico-quirúrgicas de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador durante sus años de estudio han desarrollado Síndrome de Burnout?**
- **¿Las habilidades de comunicación adquiridas durante la formación académica-asistencial en médicos postgradistas de áreas clínico quirúrgica de la PUCE, son un factor relacionado para la presencia o ausencia de Burnout?**

CAPÍTULO II. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

2.1. Síndrome de Burnout

2.1.1 Concepto

El término “Burnout” fue empleado por primera vez en el idioma anglosajón entre los deportistas de alto rendimiento, cuya transcripción al castellano quiere decir “estar quemado”, lo que explicaba que al tener grandes expectativas por conseguir un rendimiento adecuado, realizaban suficiente preparación pero no lo conseguían (Alvarez & Fernandez, 1991).

La preocupación por la satisfacción de los profesionales de la salud llevó a estudios iniciales por Donabedian en 1966, y más tarde por Freebon y Greenlick en 1973.

Donabedian afirma que el grado de calidad de los servicios prestados por un sistema de salud está directamente relacionado con el nivel de satisfacción de los profesionales que trabajan en ella, y revela que su desmoralización es la principal dificultad que enfrentan los directores y gerentes de los centros de salud.

A pesar de que Donabedian y Freebon fueron los primeros en asociar la satisfacción del trabajo con la calidad de los servicios suministrados, no fue hasta 1974 el psicoanalista Herbert Freudenberg habla por primera vez de la "enfermedad de trabajo" que se la conoce como el "síndrome de agotamiento" el mismo que fue definido como un estado de cansancio o frustración resultante de la dedicación a una causa, forma de vida, o relación que no da como resultado el esfuerzo esperado (Freudenberg, 1974). Además menciona que este síndrome se presenta con mayor frecuencia en las profesiones que tienen como fin brindar su ayuda, que tienen en común el contacto con las distintas emociones de las personas, las distintas patologías y el malestar psicológico que presenten.

En 1982, la psicóloga Maslach describe las respuestas de los trabajadores a las diferentes situaciones de estrés en su vida laboral, y trata de definir las características básicas del síndrome que ella denomina "síndrome de burnout" (Maslach C & Jackson SE, 1982).

Burnout se desarrolla al experimentar el estrés crónico, como una diferencia de la relación individuo-trabajo a largo plazo; las diferencias surgen cuando hay eventos que son considerados inaceptables en el ojo del trabajador y éstos quedan sin resolver. Se describen seis áreas críticas que están interrelacionadas durante la relación del trabajador, su desempeño y el desarrollo de burnout. Se debe señalar que una persona puede experimentar dificultades en una de las seis áreas o más áreas, no necesariamente en todas ellas. Maslach explica la consecuencia de la relación entre el estrés del trabajador y las seis áreas como desencadenantes de burnout:

Un desajuste en la carga de trabajo se caracteriza como una sobrecarga, "demasiadas demandas de trabajo agotan la energía y la recuperación se vuelve imposible" (Maslach, 2001).

Un desajuste en el control está relacionado con la sensación de ineficacia o reducción del logro personal (Maslach et al, 2001). Esta discrepancia indica un insuficiente control sobre los recursos necesarios para realizar su trabajo o la falta de autoridad para llevar a cabo el trabajo (Maslach & Leiter, 2008). Los individuos pueden sentirse abrumados por la responsabilidad delegada para generar resultados por encima de su capacidad.

El desajuste en la recompensa reside en la insuficiente recompensa financiera, así como también la falta de reconocimiento por los demás. Esta falta de recompensa está estrechamente asociada con sentimientos de ineficacia en el trabajador (Maslach et al, 2001).

El desajuste en la comunidad se lo describe como una situación cuando un trabajador pierde la conexión positiva entre sus compañeros. En la comunidad un conflicto no resuelto en el

trabajador produce sentimientos negativos constantes de frustración, hostilidad, y reduce la probabilidad de apoyo social.

El desajuste de la justicia refleja la desigualdad de la carga de trabajo, de la recompensa financiera, de la inadecuada promoción y cuando se presenta el trabajador se siente frustrado (Maslach et al, 2001).

El desajuste de valores se refiere al conflicto entre los valores de los trabajadores. Los individuos con fuerte valor ético puede sentirse alarmados al hacer cosas antiéticas durante la jornada laboral, que no están de acuerdo con sus propios valores (Maslach et al, 2001).

Maslach y Schaufeli afirman que se pueden encontrar determinadas características semejantes en las personas que tienen Burnout como se mencionan a continuación:

- Los síntomas mentales o conductuales se manifiestan como un estado de ánimo disfórico, siendo lo primordial la presencia del cansancio emocional.
- Los síntomas se expresan como un síndrome clínico-laboral.
- Inicia como una inadecuada adaptación al trabajo, lo que conlleva a un declive en la productividad del trabajo que se manifiesta con una pérdida de la autoestima (Martínez, 2010).

2.1.2 Dimensiones del Burnout

Según Maslach y Jackson, 1982 la conceptualización de Burnout, abarca tres dimensiones:

2.1.2.1 Agotamiento emocional: En primer lugar, el agotamiento es un estado mental, la experiencia de la fatiga emergente; es una respuesta prolongada al estrés crónico en personas

que están en interacción constante e intensa con otras personas que tienen una carga emocional. (Maslach C & Jackson SE, 1982).

Freudenberg afirma que el agotamiento implica una pérdida de entusiasmo y motivación original, hay un compromiso emocional (Freudenberg, 1974). Pines y Aronson agregan preocupaciones también físicas, emocionales y el agotamiento mental, como consecuencia de bajas expectativas y estrés crónico (Henning & Keller 1996).

Entonces lo podemos describir como una consecuencia en la percepción del estrés crónico laboral, ligado a inestabilidad en la salud física y psicológica; predispone al abandono del trabajo, aumenta el ausentismo, disminuye la productividad y produce insatisfacción laboral. Se caracteriza por la fatiga emocional, carencia de energía, falta de entusiasmo y manifestaciones somáticas y psicológicas, desmotivación de seguir lidiando con el trabajo.

Se describen tres componentes principales para el desarrollo del agotamiento emocional: el medio ambiente donde se desenvuelve la persona; la vulnerabilidad del individuo siempre da lugar a efectos negativos; las variables moderadoras específicas de la sociedad y la cultura en la que se desarrolle el individuo.

2.1.2.2 Despersonalización: Significa "cinismo, erosión del compromiso con la ocupación. El trabajo se vuelve insatisfactorio, desagradable y sin sentido. (Maslach et al, 2001).

Se la define como una alteración de la conciencia del yo, sensación de distanciamiento o de ser ajeno al propio ser. Lo que conlleva al desarrollo de actitudes inadecuadas asociadas a sentimientos de insolencia, indiferencia hacia los usuarios y hacia los colegas, percibiéndose por el usuario como personas deshumanizadas por su actitud emocional, lo que produce un lugar de trabajo hostil, que puede provocar aislamiento de las demás personas porque los creen culpables de su frustración.

2.1.2.3 Baja realización personal: Se lo puede definir como la percepción que tienen los profesionales de que no están alcanzando sus objetivos laborales, autocalificándose negativamente como fracasados y con baja autoestima, disminuyendo su competencia en el trabajo. La constante autoevaluación negativa afecta la habilidad en la realización del trabajo, lo que conlleva a la insatisfacción por los resultados laborales obtenidos.

La reducción de la realización personal, se describe como "una persona con valoración negativa en relación con su rendimiento laboral "(Schaufeli, Maslach & Marek, 1993).

2.1.3 Factores de riesgo para la presencia de Burnout

Los predictores más discutidos del agotamiento son aquellos que provocan estrés crónico, es decir, sobrecarga de trabajo, agotamiento emocional excesivo, relaciones negativas en el lugar de trabajo, falta de apoyo y reconocimiento social, desequilibrio entre demandas y el tiempo disponible, la autonomía de la ley, la falta de respeto y la recompensa inadecuada (Kebza & Šolcová, 1998). Si alguno de estos factores está presente, si no se reconocen o no se tratan con prontitud, pueden provocar burnout. En comparación, Schaufeli formula las causas del burnout de manera diferente, ya que indica dos factores: en primer lugar, desequilibrio entre las demandas de trabajo; en segundo lugar, el conflicto de valor que enraíza desde el escepticismo de los trabajadores hacia los valores de la organización y sus propios valores, otra área involucra valores declarados por una organización y aquellos que en la práctica diaria son reales. (Schaufeli et al., 2008).

Entre los factores de riesgo podremos nombrar causas internas y externas que aumentan las posibilidades de desarrollar una enfermedad (Bährer-Kohler, 2013). Los factores de riesgo interno son inherentes dentro de la naturaleza de un trabajador como por ejemplo relacionado

a los factores que afectan al individuo; mientras que los factores externos están fuera del individuo, pueden afectar la productividad laboral y están relacionadas con causas organizacionales.

2.1.3.1 Factores individuales:

Los factores individuales incluyen variables demográficas, así como rasgos de personalidad, que se nombran a continuación:

Tipo de profesión: El problema afecta de modo especial a profesionales que tienen una relación estrecha con personas, sobre todo si existe una relación de ayuda o servicio.

Entre las principales profesiones que se han estudiado con mayor presentación de este síndrome tenemos a las del personal sanitario, personal de docencia y asistentes sociales.

Personalidad: El psicólogo Herbert Freudenberg, detalla que el perfil de las personas con peligro a presentar el síndrome de Burnout, son el tipo de personalidad A, el cual se determina por reflexiones idealistas, eufóricas e inocentes (Freudenberg, 1974).

Edad: Las edades más susceptibles, son por ejemplo al inicio de la carrera por la ilusión y las enormes expectativas, como también en una persona mayor de 45 años por la no realización personal y por la permanencia en un puesto o cargo laboral. El burnout es más frecuente en los trabajadores más jóvenes (Maslach, 2003). Una posible explicación es que los trabajadores más jóvenes son menos experimentados y se abruma con la carga de trabajo.

Sexo: En cuanto al sexo no existen estudios que verifiquen que cierto género es más sensible al síndrome, pero se le ha otorgado el liderazgo al sexo femenino por tener un cargo adicional como el trabajo en casa y el cuidado de los hijos (Alvarez & Fernandez, 1991). Maslach (2003) informó que los hombres son más propensos a la despersonalización en el

trabajo, mientras que las mujeres reportan más agotamiento emocional. También los hombres son más reacios que las mujeres a reportar síntomas de burnout (Tokuda et al., 2009).

En sociedades como el Reino Unido, los EE.UU. y Australia todavía hay informes de discriminación en el lugar de trabajo contra mujeres, específicamente durante el embarazo, debido al aplazamiento en sus actividades laborales, y porque los compañeros de trabajo esperan que compartan parte de su carga laboral (O'Driscoll et al., 2007).

Estado Civil: En general, los individuos solteros experimentaron el mayor desgaste, seguido por trabajadores divorciados. Finalmente, los trabajadores casados experimentaron el menor nivel de desgaste (Maslach, 2003).

Maslach (2003) planteó la hipótesis de que la razón por la cual los trabajadores casados experimentaron niveles más bajos de agotamiento es que son generalmente mayores, psicológicamente maduros y estables. Además, tienen habilidades interpersonales más altas y son más hábiles en la resolución de problemas y adaptabilidad, debido a la implicación con sus familias.

2.1.3.2 Factores Organizacionales

Seis factores de riesgo organizacional han sido identificados en la investigación a través de muchas ocupaciones (Maslach & Leiter, 2008).

Carga de Trabajo: La carga de trabajo se relaciona con la productividad. Al aumentar la productividad, se espera que los trabajadores trabajen más horas y traten de aumentar las demandas de trabajo con pausas más cortas. Además, se espera que el personal realice multita-

rea (Maslach & Leiter 1997). La carga de trabajo tiene una relación lineal especialmente con la dimensión del agotamiento emocional (Maslach et al., 2001)

Datos del estudio Physician Work Life mostraron que el Burnout aumentó en un 12-15% por cada cinco horas adicionales trabajadas por semana (McMurray Et al., 2000). Las mismas que se asocian con el agotamiento y la insatisfacción laboral.

El Control: La teoría del control de la demanda subraya la importancia del control en el lugar de trabajo (Karasek & Theorell, 1990). Esta teoría enfatiza dos parámetros importantes: Demandas de trabajo y la autonomía en el trabajo. Según la teoría del control de la demanda, la tensión en el lugar de trabajo surge cuando las demandas de trabajo son altas pero las personas tienen poca flexibilidad sobre cómo abordarlas debido a una falta de autonomía (Bakker et al., 2003).

La recompensa: La ausencia de recompensa conduce a la insatisfacción intrínseca, que promueve el cinismo y agotamiento (Maslach & Leiter, 1997). Numerosos estudios han indicado que la falta de recompensa (financiera, social o institucional) aumenta la vulnerabilidad al agotamiento emocional (Maslanka, 1996).

Comunidad: La comunidad se refiere al apoyo social en el lugar de trabajo, ya sea de los supervisores o de sus compañeros. Es menos probable que el agotamiento ocurra en un lugar de trabajo positivo y de un buen ambiente de apoyo (Buunk y Schaufeli, 1993).

Justicia: La equidad es la medida en que las decisiones en el trabajo se perciben como justas y equitativas. Investigaciones han encontrado que la falta de reciprocidad o desequilibrio en el intercambio social es predictivo del agotamiento (Bakker et al., 2000).

Martínez (2010) describe que existen dos tipos de relaciones sociales como son las extra sociales y las organizacionales:

- Entre las extra sociales hablamos de las relaciones laborales, familiares y amigos. Una buena relación laboral, así como el apoyo familiar ayudan al individuo a mantener más resistencia al desarrollo del síndrome y a disminuir los factores estresores de la vida cotidiana; entre los principales factores laborales podemos mencionar la sobrecarga del trabajo, falta de tiempo, carga emocional excesiva, falta de apoyo social, bajas remuneraciones, lo que llevaría a la insatisfacción laboral. Al tener un buen apoyo familiar mejora las estrategias de afrontamiento así como el estado de ánimo, la motivación y la autoestima de las personas.
- Entre las organizacionales: Se distinguen varios estresores relacionados con la demanda laboral, el control del entorno físico laboral, exceso de burocracia, la inseguridad laboral, las relaciones conflictivas. Todo ello conlleva a una carga emocional excesiva, ya que al no tener apoyo social adecuado puede predisponer a un declive en su rendimiento laboral, poca autonomía en la toma de decisiones laborales, ocasionando insatisfacción en el trabajo y ausentismo laboral.

2.1.4 Etapas del síndrome de Burnout

En 1980 Edelwich y Brodsky, describe varias etapas por las que atraviesa el trabajador hasta llegar al burnout:

- Etapa de idealismo y entusiasmo: el trabajador experimenta un gran entusiasmo, y vigor pareciera que estuviese lleno de energía e incluso se sobrecarga voluntariamente e hipervalora su capacidad profesional, volviéndose un adicto al trabajo; el trabajo se convierte en

la parte más significativa de la vida, ya que encuentran satisfacción de sus necesidades en el mismo.

Al encontrarse con una realidad distinta a la de sus aspiraciones, su energía decae y provoca sentimientos negativos como soledad, desilusión. Posterior a ello el afectado pasa a la siguiente etapa.

- Etapa de estancamiento: El entusiasmo inicial se desvanece, y los individuos encuentran que sus creencias ideales son imposibles de realizar. Por consiguiente, la frustración emerge comienza cuando el trabajador constata la irrealidad de sus expectativas sobre su trabajo y los objetivos se vuelven difíciles de conseguir. Se produce una disminución de las actividades desarrolladas, un desequilibrio entre las demandas y los recursos, su idealismo y entusiasmo está en progresivo descenso y percibe que su vida necesita cambios. Además, la fatiga, los límites emocionales y mentales surgen.

- Etapa de frustración: en la que los individuos dudan del sentido de su trabajo. El individuo está decepcionado de la profesión, poco a poco pierde el entusiasmo y preocupación en ella. Esta etapa se caracteriza por la presencia de desilusión, lo que lleva a que el afectado sienta una desmotivación y desmoralización laboral, provocando en el trabajador entorpecimiento en cada una de sus actividades, acompañado de problemas emocionales, conductuales y físicos por lo que se aísla de sus compañeros y en ocasiones se produce un abandono voluntario del trabajo.

- Etapa de apatía: surge como una consecuencia lógica de la prolongada frustración; es el periodo de resignación, donde hay cambios en las aptitudes y conducta; el trabajador se comporta de forma distante y mecánico con los usuarios, evita realizar las tareas estresantes, siempre a la defensiva.

- Etapa de burnout: sentimientos de vacío total, colapso emocional y cognitivo, puede manifestarse en la forma de agotamiento emocional, despersonalización y desvalorización profesional. El profesional evita desafíos, debido a la insatisfacción que presenta por lo que puede provocar renuncias o despidos del trabajo.

En comparación, la teoría del 2001 de Christina Maslach y Shaufeli, cuyo inventario de agotamiento (MBI) se reconoce como una medida estándar y válida en todas las culturas, describe también Cuatro etapas:

- La primera etapa se asocia con el compromiso inicial, el entusiasmo y el vigor acompañado de sobrecarga.
- La segunda etapa representa el agotamiento mental y emocional.
- La tercera etapa de deshumanización de la percepción, es decir, la despersonalización se desarrolla como mecanismo defensivo hacia un agotamiento más profundo.
- La cuarta etapa se demuestra por la total indiferencia, fatiga, y negativismo, es decir, pérdida del sentimiento de logro.

En el 2006 Freudemberger y North proponen uno de los modelos más populares del ciclo de burnout que corresponden a 12 etapas, las mismas que no están en secuencia cronológica, algunas personas pueden saltarse varias etapas o encontrarse en varias etapas al mismo tiempo.

- La primera etapa del agotamiento está caracterizada por la compulsión de probarse a sí mismo. La misma que comienza con la ambición, por la cual las personas sienten la necesidad de demostrarse a sí mismas ya sus colegas que son casi perfectos en lo que hacen.

- La segunda etapa donde los individuos asumen más trabajo para demostrar que son insustituibles. Este aumento de la carga de trabajo les lleva a descuidar sus necesidades y entrar en la tercera etapa.
- La tercera etapa la sobrecarga de trabajo que no dan tiempo para sus actividades personales. (Por ejemplo, dormir, comer, hacer ejercicio) y sociales (por ejemplo, familiares y amigos).
- La cuarta etapa es el desplazamiento de conflictos, las personas se dan cuenta de que algo está mal pero no pueden identificar el problema. Es en esta etapa los individuos empiezan a tener síntomas físicos del estrés.
- La quinta etapa, donde el aislamiento social conduce a los individuos a experimentar embotamiento emocional, abnegación de sus necesidades físicas y sociales básicas. Durante esta etapa, los individuos se han enfocado totalmente en su trabajo convirtiéndolo en su único estándar de éxito y logro.
- La sexta etapa, se caracteriza por la negación de los problemas. Los individuos experimentan un intolerante contacto social con otros colegas, durante esta etapa de Burnout, las personas experimentan un creciente cinismo y la falta de simpatía. Después son llevados a la séptima etapa de burnout.
- La séptima etapa de retiro, por el cual los individuos se aíslan cada vez más para minimizar el contacto social. Se adhieren a un trabajo estricto con múltiples reglas, y el abuso de sustancias puede ser empleado como una estrategia de afrontamiento.
- La octava etapa es caracterizado por cambios de comportamiento, los individuos están enérgicos y comprometidos con el miedo, la timidez y la apatía.
- La novena etapa es la despersonalización, por el cual las personas pierden el contacto consigo mismas. Ya no perciben sus propias necesidades.

- El sello distintivo de la décima etapa es el vacío interior. Tratan de superar esto con una actividad cada vez más impulsiva, como la sexualidad exagerada, el consumo excesivo de drogas o alcohol.
- La undécima etapa es el inicio de la depresión. Cualquier signo y síntoma de la depresión pueden manifestarse cuando los individuos perciben la vida sin sentido.
- La duodécima fase es el síndrome de burnout. En esta etapa casi todas las víctimas de burnout tienen ideas suicidas. Esto progresa al colapso físico y mental. En esta fase se requiere atención médica inmediata.

2.1.5 Manifestaciones Clínicas y Consecuencias

Los síntomas en general pueden surgir a nivel mental, físico y social. Primera advertencia los signos se exteriorizan en los sentimientos de la persona. Las personas afectadas fracasan en su desempeño, no pueden realizar lo que habían planeado y pueden ser percibidos como distraídos, insatisfechos y molestos. Hay una sensación dominante de que el esfuerzo es exigente, demasiado tiempo empleado, y el efecto de tal esfuerzo es insignificante para la organización laboral. Como consecuencia varios fenómenos negativos pueden surgir a nivel social, es decir, en el lugar de trabajo, en las condiciones de trabajo, la pasividad del trabajador, y la conflictiva relación que pueden tener entre los compañeros de trabajo (Křivohlavý, 1998).

Tales sentimientos conducen al agotamiento emocional general y reflejan agotamiento de las funciones cognitivas junto con una pérdida de motivación. Además, aparecen cambios en los estados de ánimo tales como depresión, sentimientos de tristeza, frustración, desamparo, vanidad y pérdida de sentido. La persona emocionalmente afectada se convierte en insensible,

lo que se demuestra por la despersonalización y el cinismo, incluso la hostilidad, irritabilidad hacia las personas objetivo y sí mismo. Además, las personas afectadas llevan su mal humor y agotamiento a casa, donde caen en apatía o se vuelven más irritables. La familia y los amigos dejan de ser una fuente de felicidad para convertirse en una carga.

En el 2001 Kebza & Šolcová clasifican los síntomas en categorías somáticas, mentales o psiquiátricas y sociales u organizacionales de acuerdo con su naturaleza:

- **Psiquiátricas.** Hay un deterioro progresivo de la esfera psicológica y se manifiesta con trastornos depresivos-compulsivos, ansiedad crónica, además se puede encontrar disfunciones familiares graves, adicciones y suicidio; las personas que lo sufre se sienten inútiles con pensamientos de inferioridad por lo que se vuelven irritables y obsesivas, pierden el interés y se sienten infelices.

- **Somáticas.** Se caracteriza por la presencia de estrés agudo, cuyas manifestaciones son variadas de tipo muscular, endócrino, nervioso, circulatorio y otros cuadros psicósomáticos. Se manifiestan con: cansancio crónico, cefaleas continuas, trastornos del sueño, desordenes gastrointestinales, pérdida de peso, hipertensión, asma, contracturas musculares y trastornos menstruales en las mujeres.

- **Organizacionales.** Tiene efectos sobre rendimiento laboral, sobre la calidad de los servicios que brinda la institución. El profesional afectado incumple las normas, está desmotivado, se produce deterioro en las relaciones laborales. Generalmente se encuentra afectada la conducta del trabajador provocando abandono laboral, abuso de drogas, conducta agresiva, comportamientos de elevado riesgo, lo que disminuye la productividad.

Durante el ejercicio profesional, puede manifestar lo siguiente (Catsicaris, Eymann, Cacchiarelli, 2007):

1. Ausencia de compromiso emocional: manifestándose con un trato frío y deshumanizado hacia el paciente, así como un manejo inadecuado de la información y distimia durante la relación médico paciente.

2. Disociación instrumental extrema: manifestándose durante la entrevista conductas automáticas, con respuestas rígidas, así como comunicación unidireccional, no hay una escucha y habla activa, lo que conlleva al exceso de pedidos de estudios complementarios, de forma automática el médico repite el mismo discurso y usa lenguaje técnico exclusivo de difícil comprensión para el paciente.

3. Embotamiento y negación: desconocimiento de la presencia de agotamiento e irritabilidad constante, se manifiesta en conductas interpersonales oposicionistas, contaste conducta defensiva por cualquier crítica.

4. Impulsividad: el profesional presenta efecto de conducta acción – reacción de enojo, confrontaciones con colegas, pacientes y maltrato al personal paramédico que lo asiste.

5. Desmotivación: se caracteriza por presentar una conducta pasiva permanente, hay una disminución en sentimientos de autorrealización, manifiesta sentimientos de baja autoestima, lo cual lleva como consecuencia ausencias laborales, impuntualidad y a evadir su participación en proyectos, lo que ocasiona un mayor riesgo de presentación de errores clínicos.

Dentro del proceso de desarrollo del síndrome también tenemos otra variabilidad que lo vuelve más práctico de delimitar y consiste en:

- Leve: Se caracteriza por la presencia de síntomas inespecíficos como cefaleas, cervicalgias, lumbalgias, molestias gastrointestinales, trastornos menstruales; las personas se vuel-

ven poco productivas, el principal síntoma y que se encuentra dentro del test de Maslach es la dificultad de levantarse e iniciar el día.

- Moderada: Se caracteriza por déficit de atención, trastornos del sueño, tendencia a la auto- medicación. Además negativa. presenta irritabilidad, cinismo, fatiga, desgano progresivo, carencia de idealismo que afectan al individuo volviéndolo emocionalmente inestable, con sentimientos de culpa y autovaloración.
- Grave: Se caracteriza por que hay mayor tasa de absentismo, repugnancia por las tareas propuestas. Además puede presentarse abuso de sustancias como alcohol o psicofármacos.
- Extrema: Se caracteriza por aislamiento y puede desarrollar depresión crónica por lo que aumenta el riesgo de suicidio.

2.1.6 Prevención

Como medidas preventivas del síndrome Burnout se han planteado diferentes estrategias, producto de factores personales y ambientales laborales, algunas de ellas serían: a) reconocimiento de Burnout, b) comunicación efectiva tanto vertical como horizontal, c) relajación, y d) estrategias de afrontamiento (Carrillo, 2012). Además es importante que el lugar donde se desempeñan los líderes deba centrarse y orientarse por las acciones laborales, y valorar el trabajo por los resultados.

Existen tres formas para prevenir el síndrome:

A nivel individual: Debemos tener un proceso adaptativo entre las expectativas iniciales con las reales, que se generan según la misión-visión y los objetivos de la institución donde se desempeña, sin renunciar a lo más omnipotente de la profesión como son los valores hu-

manos. En cualquier profesión es importante equilibrar el trabajo, la familia, círculo de amigos, las aficiones y el descanso evitando que la profesión absorba todo el tiempo de nuestra vida.

Se han descrito técnicas para disminuir los efectos del burnout permitiendo el descanso de la actividad mental como: ejercicios de relajación, desconexión entre el mundo laboral y personal, entrenamiento de habilidades sociales, manejo eficaz del tiempo, ejercicio físico diario.

A nivel grupal e interpersonal: Las estrategias están direccionadas a fomentar los sistemas de apoyo social el mismo que debe proporcionar soporte emocional, que fortalezcan los lazos interpersonales basados en la confianza mutua, intercambiando opiniones, compartiendo valores y respeto. Se nombran técnicas de escucha activa, empatía, fomentación de vínculos sociales entre el grupo de trabajo, establecer sistemas participativos y democráticos en el trabajo.

A nivel organizacional: Los elementos de la organización pudiesen convertirse en factores estresantes para el trabajador y por ende se deberían rediseñar los elementos que reduzcan o elimine en su totalidad el estrés laboral. Por ello es importante reconocer tempranamente el Síndrome de Burnout. El objetivo es el mejoramiento del ambiente y el clima organizacional mediante el desarrollo de equipos de trabajo eficaces, que incrementen la autonomía, mayor participación en la toma de decisiones, socialización, establecer objetivos claros para los trabajadores y una comunicación efectiva, flexibilidad de horarios. Como técnica se puede nombrar al trabajo en equipo, y programas de simulación del rol en el trabajador.

2.1.7 Estudios en el contexto nacional sobre la frecuencia de Burnout

Dentro de los estudios realizados en Ecuador, tenemos varios de los cuales los tamaños de las muestras son poco significativos, y pocos realizados en estudiantes de postgrado. Dentro de los estudios que cuentan con mayor validez son:

Brito, Cabrera y Cedillo (2012), realizaron el estudio: Determinar la prevalencia del Síndrome de Burnout y los factores relacionados con la presencia de esta enfermedad en internos y residentes de los hospitales José Carrasco Arteaga y Vicente Corral Moscoso en la ciudad de Cuenca. Estudio transversal, observacional, descriptivo en una muestra de 182 médicos. Utilizándose como método el test Maslach Burnout Inventory. Como resultados obtuvo que la prevalencia del Síndrome de Burnout fue del 41.03%, nivel medio 26.56%, nivel bajo 32.42 % considerando que el nivel alto del síndrome se presentó en el 74,6% de todo el grupo.

Duran y García (2013), realizó la investigación: Prevalencia del síndrome de Burnout en médicos del ministerio de salud pública del Azuay según jornada laboral 2011. Estudio transversal. Muestra 124 profesionales médicos; aplicaron la escala Maslach Burnout. Como resultado 2011 Como resultado obtuvo que con una jornada laboral de 8 y 4 horas la prevalencia de Burnout es de 2.38%. En las dimensiones de Burnout tenemos una prevalencia de 8.73% en cansancio emocional, despersonalización 12.69% y falta de realización personal 20.63%.

Peralta, Eli. (2013), realizaron un estudio diseñado para evaluar la prevalencia del síndrome de burnout en anesthesiólogos de los Hospitales de la Junta de Beneficencia de la ciudad de Guayaquil. Fue un estudio de tipo transversal, observacional, y descriptivo, contó con la muestra de 50 Anesthesiólogos de 3 Hospitales de la J.B utilizó la adaptación de MBI Cuestio-

nario de Maslach, concluyó que la presencia del Síndrome de Burnout en el personal de anestesiología de los Hospitales de la Junta de Beneficencia fue de un 4 % frente a un 96% en el que no se presentó. Sin embargo refieren sintomatología subjetiva que no precisa la presencia del síndrome. Al igual determinaron que en un 37% existe una baja realización personal, despersonalización con el 8% y cansancio emocional con el 4%.

Gonzales y Luzuriaga (2013), realizaron un estudio analítico de las variables sociodemográficas y laborales, trastornos emocionales y perfiles de personalidad en médicos tratantes y residentes con síndrome de burnout hospital Carlos Andrade Marín. Tipo de investigación cuantitativo, transversal, exploratoria y descriptiva en una muestra de 369 participantes, distribuidos entre: 209 médicos tratantes, 140 residentes postgradistas y 20 residentes asistenciales del Hospital Carlos Andrade Marín, y sus resultados determinaron una prevalencia global del Síndrome de Burnout fue del 77,7%. La prevalencia sólo en médicos residentes fue del 83,22% y en médicos tratantes del 72,2%, se encontró que la prevalencia global de depresión fue de 10,5% y de ansiedad fue de 30,9%, de los tipos de personalidad, el más prevalente fue el rasgo obsesivo-compulsivo (37,3%).

Suárez (2014), efectuó un estudio en la ciudad de Guayaquil de tipo cuantitativo, observacional descriptivo de corte transversal, con el objetivo de determinar la prevalencia del Síndrome de Burnout y factores asociados, en una muestra de 95 médicos residentes del Hospital Teodoro Maldonado Carbo, utilizó el test de Maslach. Los resultados que obtuvo señalan que la prevalencia del Síndrome de Burnout, en los residentes se encuentra en un nivel moderado con un 51,6%, un nivel alto 48,4% no se encontró ningún caso donde el nivel del Síndrome de Burnout es leve.

Flor, Álvarez, Honores (2015), realizaron una investigación sobre síndrome de burnout que tuvo como objetivo describir y analizar las dimensiones del Síndrome de Burnout y sus factores asociados en médicos del Hospital de Especialidades Guayaquil “Dr. Abel Gilbert Pontón. Tipo de investigación transversal, descriptiva en una muestra de 155 médicos en el Hospital Guayaquil. Aplicaron el Inventario de Burnout de Maslach (MBI), adaptación de la versión Bresó, Salanova y Schaufeli, (2007) adaptada al español. Donde evidenciaron niveles altos y medios en los componentes de agotamiento y cinismo respectivamente, además se concluyó que si bien el porcentaje de prevalencia del Síndrome de Burnout es bajo; se encontraron perfiles de burnout con potenciales niveles de riesgo psicosociales.

Móntes (2016) realizó la investigación prevalencia síndrome de burnout asociado a variables fisiológicas, químicas y antropométricas en el personal médico tratante de los servicios de cada especialidad en el Hospital Enrique Garcés durante el periodo octubre –diciembre 2014. Tipo de investigación de prevalencia analítica contó con una muestra de 80 tratantes a quienes se les aplicó el cuestionario del Maslach Burnout Inventory (MBI). El 22.5% de los tratantes presentó la presencia de este síndrome y el análisis estadístico evidenció una asociación en los mayores de 45 años. Y no encontraron asociaciones estadísticamente significativas con las variables fisiológicas, químicas y antropométricas.

2.1.8 Síndrome de Burnout en médicos en proceso de formación

En estudios nacionales de Estados Unidos encontraron que el 35 -45% de los estudiantes de medicina tenía un elevado cansancio emocional, 26-38% tienen alta despersonalización y el 45-56% tienen síntomas sugestivos de burnout. (Dyrbye et al, 2014). Según estudios transversales sugieren que la prevalencia del burnout es mayor para los estudiantes en años supe-

riores de formación. El área mayormente afectada es la despersonalización (Dahlin et al, 2007) esto es preocupante porque principalmente los estudiantes se sienten insensibles o con aptitudes negativas hacia los pacientes, afectando su profesionalismo (Dyrbye et al, 2010).

Otro estudio de médicos en Estados Unidos, sugiere más bien grandes variaciones en la prevalencia de burnout entre los médicos de distintas especialidades, con la tasa más alta entre las personas que trabajan en las disciplinas en la primera línea de acceso a la atención médica como los son: medicina de emergencia, medicina interna, neurología y medicina de familia. (Shanafelt TD, Boone S & Tan L, 2012).

2.1.8.1 Consecuencias del Burnout en médicos en proceso de formación

EL burnout puede afectar el desarrollo profesional de los médicos y disminuir una serie de cualidades profesionales como por ejemplo, la honestidad, la integridad, la benevolencia y la auto-regulación. Muchos estudios señalan que la condición del lugar de trabajo, es el factor determinante del bienestar médico y también es conductor de la quemadura (Dyrbye L, & Shanafelt T, 2016).

En el 2010 Dyrbye et al. Sostienen que los estudiantes que tienen quemadura eran mucho más propensos a involucrarse en comportamientos poco profesionales por ejemplo: a nivel docente copiar y plagiar; así como poner en peligro la prestación de atención de los pacientes como por ejemplo al informar de un examen de laboratorio como pendiente cuando no está seguro de si se ha realizado o no, o informar de un examen físico para encontrar de forma normal cuando se lo ha omitido. Por lo cual se lo ha asociado con menor empatía así como comportamientos errados en su desempeño profesional.

En el 2016 Dyrbye L, & Shanafelt T refieren que el síndrome de burnout está fuertemente relacionado con la autoevaluación negativa hacia el trabajo y el yo que refleja la reducción de la autoestima. Las personas afectadas dudan excesivamente sus competencias profesionales, habilidades y presentan sentimientos de fracaso en el trabajo. Lo que se manifiesta de la siguiente manera:

- Disminución de la empatía
- Hacer trampa u otros comportamientos deshonestos
- La falta de honradez en relación con la atención al paciente
- Problemas para identificar y gestionar los conflictos de intereses
- La disminución de los valores profesionales altruistas
- Conductas inadecuadas de prescripción
- La disminución de la responsabilidad personal con respecto a sus colegas con discapacidad
- El abandono de los estudios
- Los errores médicos
- Disminución de los conocimientos médicos
- Ideación suicida
- Mayor sensación de estigma en relación con problemas de salud mental

Además los residentes con agotamiento tienen una mayor dificultad para concentrarse en el trabajo, como si el burnout impidiera los procesos cognitivos necesarios para el desarrollo del pensamiento, adquisición de nuevos conocimientos o habilidades y su aplicación (Fahrenkopf A, Sectish T & Barger, 2008). El Burnout se asoció de forma independiente con un mayor riesgo de abuso de sustancias o dependencia del alcohol, ideas suicidas, por lo cual éste síndrome es una amplia e insidiosa amenaza para el desarrollo profesional.

2.1.8.2 Factores de riesgo para Burnout en médicos en proceso de formación

Como lo indican en su estudio Dyrbye L, & Shanafelt T, 2016 aunque algunas fuentes de estrés persisten durante toda la formación y la práctica, otras fuentes de estrés varían en las diferentes etapas de su carrera, de los cuales se han identificado:

- Estresores específicos:
 - ✓ Responsabilidad de la atención al paciente
 - ✓ Productividad de la investigación
 - ✓ Los requisitos de licencias médicas
 - ✓ Búsqueda de trabajo
 - ✓ Falta de control
 - ✓ Tareas administrativas excesivas
- Factores de estrés en las etapas de formación:
 - ✓ Adaptación

- ✓ Las Competencias
- ✓ La toma de decisiones
- ✓ Evaluaciones de la especialidad
- ✓ La falta de tiempo personal
- ✓ Las preocupaciones financieras relacionadas con las deudas que pueden adquirir los estudiantes para solventar su educación
- ✓ Acontecimientos negativos de la vida personal
- Factores asociados al ambiente de aprendizaje y trabajo:
 - ✓ Horas laborales
 - ✓ Autonomía limitada
 - ✓ La falta de retroalimentación oportuna
 - ✓ Relaciones estresantes con los tutores
 - ✓ La incertidumbre sobre el futuro
 - ✓ El error médico
 - ✓ La percepción de que las necesidades personales son inconsecuentes al programa de formación.

Algunos estudios indican que entre los residentes el burnout se atribuye comúnmente a la carga de trabajo excesiva, con mayores volúmenes de pacientes, las llamadas nocturnas fre-

cuentes, más horas de trabajo y menor autonomía asociada con un mayor riesgo de agotamiento, pero la mayoría de ellos son inconsistentes (Dyrbye L, & Shanafelt T, 2016).

Estresantes de la vida diaria aumentan el riesgo de la quemadura, tales como enfermedad personal o de algún miembro de la familia, o que esté en proceso de divorcio, estrés relacionado con la familia y las preocupaciones financieras. Por lo cual el burnout es un fenómeno complejo, debido a la interacción de múltiples factores dependientes de las características personales, profesionales y medioambientales donde se desenvuelve el médico en formación.

2.1.8.3 Estrategias de prevención de Burnout en médicos en proceso de formación

Se debe aspirar a eliminar o reducir las causas fundamentales de la quemadura y promover recuperación y el bienestar. Ya que tener salud mental es fundamental para el bienestar personal y para la sociedad. Entre los que tienen la quemadura el 15-25% se recupera en el transcurso de los próximos 1-2 años sin ninguna intervención programática específica (Dyrbye et al, 2010).

Los programas de formación dirigidos a prevenir el síndrome de burnout debe incluir la formación en los distintos niveles. A nivel organizativo, formación de los trabajadores en el desarrollo organizacional. El nivel individual debe proporcionar soluciones a las necesidades personales de afrontamiento del estrés, grupos de trabajo y de interacción social, y por lo tanto, los programas de formación sobre el apoyo social, habilidades sociales, auto-eficacia, y el liderazgo, entre otros, deben ser incluidos.

2.1.8.3.1 Estrategias a nivel personal

Se nombran medidas que ayudan a mantener la salud personal, manejar el estrés y reducir el riesgo de burnout ya sean estrategias de afrontamiento constructivo, tales como la reformulación positiva, resolución de problemas, y promover la resiliencia.

Entre las principales estrategias a nivel personal se nombran a continuación: (Dyrbye L, & Shanafelt T, 2016).

- Estrategias específicas:
 - ✓ Buscar formación adicional con personal capacitado para las tareas relacionadas con los trabajos estresantes como por ejemplo la realización de procedimientos específicos de cada especialidad, como dar malas noticias, manejo de etapa de ira o negación de los pacientes hospitalizados.
 - ✓ Mejorar la capacidad de organización.
 - ✓ Reasignación de la asistencia del paciente al final del turno de trabajo, para evitar la sobrecarga horaria.
- Estrategias generales:
 - ✓ Utilización de herramientas disponibles para evaluar el nivel del bienestar personal.
 - ✓ Obtener tratamiento para problemas mentales o emocionales.
 - ✓ Administrar el tiempo fuera del trabajo para asegurar un sueño adecuado.
 - ✓ Construir relaciones con los compañeros, tutores y personal de la especialidad.

- ✓ Buscar el apoyo de los tutores cuando se sientan preocupados por el posible error médico.
- ✓ Encontrar el significado en el trabajo.
- ✓ Practicar con regularidad la recreación y pasatiempos para reducir el estrés.
- ✓ Mantener una actitud positiva.
- ✓ Concentrarse en lo que es más importante en la vida.
- ✓ Obtener entrenamiento de la mente para ser más consciente de sí mismo y poder evitar reacciones físicas y emocionales negativas durante el estrés.
- ✓ Asignar tiempo para el estudio y actividades personales.
- ✓ Encontrar formas de contribuir a la sociedad (por ejemplo, donar sangre).
- ✓ Obtener el control de la salud sexual.

También nombran como estrategia el entrenamiento de la mente, incluir la auto-conciencia y auto-refuerzo positivo, estrategias para reducir las reacciones físicas y emocionales a los factores de estrés, entrenamiento en habilidades comunicativas, la meditación y los ejercicios de yoga (Regehr C et al, 2014). La atención plena se define como una práctica autodirigida para relajar el cuerpo y calmar la mente a través de centrarse en la conciencia del momento presente, con una actitud de no juzgar y lograr una aceptación interna.

Otra estrategia poco conocida son las sesiones Balint que son sesiones de grupo que forman a los médicos sobre cómo aplicar un enfoque centrado en el paciente con un enfoque especial en la relación médico-paciente. Se les conoce como una estrategia terapéutica común que reduce los síntomas de estrés y agotamiento (Benson J, & Magraith K, 2005).

Para promover el bienestar entre los estudiantes también se deben tomar medidas para equilibrar la angustia personal y el bienestar, determinar si su salud mental está afectando negativamente a su aprendizaje o el cuidado de los pacientes, y buscar ayuda cuando sea apropiado.

2.1.8.3.2 Estrategias a nivel organizacional

Las organizaciones necesitan un enfoque de múltiples factores, que asiste a la prevención primaria, secundaria y terciaria para reducir el riesgo de experimentar la quemadura en los alumnos. A continuación se mencionan ciertos enfoques (Dyrbye L, & Shanafelt T, 2016).

- Plan de estudios:
 - ✓ Implementar y evaluar la eficacia de un programa de bienestar para los médicos en formación.
 - ✓ Proporcionar fondos y apoyo necesario.
 - ✓ Incluir la promoción de la salud mental personal.
 - ✓ Exigir el cumplimiento de la programación de estudios.
- Nuevas estrategias educativas:
 - ✓ Proporcionar oportunidades de atención directa al paciente con sentido de continuidad
 - ✓ Incluir la evaluación de casos clínicos, además la organización de una rotación con adecuada supervisión, que el estudiante tenga el apoyo necesario y se cree un clima de continuo aprendizaje.
 - ✓ Supervisar las ausencias del estudiante, para brindar apoyo si fuera necesario durante procesos de crisis y en acontecimientos cruciales de la vida.

- ✓ Organizar actividades sociales para fomentar las relaciones entre todo el equipo de salud.
- ✓ Subvencionar el acceso a instalaciones de fitness.
- ✓ Implementar en la carrera materias que incluyan la negociación de contratos, la facturación médica, la gestión de un consultorio, la ley reforma de salud y temas de buena práctica clínica para los residentes de alto nivel para facilitar la transición de la formación durante su práctica médica.
- ✓ Implementar el desarrollo personal, la facultad de crear conciencia y facilitar un ambiente de aprendizaje positivo con retroalimentación efectiva, oportuna y permitirles detectar y responder a la angustia emocional en los alumnos.
- ✓ Desarrollar una estrategia de compensación que permite a los miembros de la facultad dar prioridad a la educación de los alumnos.
 - Herramientas de cribado:
 - ✓ Hacer que las herramientas disponibles de cribado como el índice de bienestar médico se las pueda utilizar para evaluación de los estudiantes y residentes.
 - El acceso a la atención:
 - ✓ Empoderar y educar a los alumnos a dar prioridad a su propia salud a través de un acceso adecuado a la atención.
 - ✓ Reestructura curricular que permita asignaciones de trabajo para permitir el tiempo libre durante un día típico de trabajo.

- ✓ Combatir el estigma hacia los problemas de salud mental y las barreras a la búsqueda de ayuda mediante la educación de los alumnos y el personal docente acerca de las políticas y procedimientos de confidencialidad; monitorear y responder a los informes de discriminación debido a problemas de salud mental.

- ✓ Garantizar un acceso adecuado a los consejeros de salud mental convenientemente ubicados dentro y fuera del campus que no están involucrados con la evaluación de los pasantes.

Un estudio demostró que los programas de intervención individual son beneficiosos en la reducción de la quemadura en un corto plazo (6 meses o menos), mientras que una combinación de ambas intervenciones personales y organizacionales tiene efectos positivos más duraderos (12 meses y más) (Awa W, & Plaumann M, 2010).

2.1.9 Aspecto legal de los Médicos Residentes de Postgrado

2.1.9.1 Normativas para los médicos residentes de Postgrado en el Ecuador

La Constitución de la República del Ecuador del año 2008, en el Artículo 32 manda: “La Salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos, el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir”.

Es importante conocer que cuales son los principales ítems que dicta la Norma Técnica para Unidades Asistenciales – Docentes, publicada por el Ministerio de Salud Pública, Consejo de Educación Superior en Noviembre 2013:

2.1.9.1.1 De la capacidad de formación y del número de estudiantes

En el área de Hospitalización se requieren de un interno rotativo y de dos médicos postgradistas por cada tratante a cargo de un paciente. Respetando el principio de calidad y calidez en la atención.

En quirófanos se requieren de dos médicos postgradistas sean estos uno del área de anestesiología y uno del área quirúrgica, un interno rotativo y/o estudiante de enfermería en cada cirugía, y que podrían ser parte del equipo quirúrgico.

En lo que respecta a la sala de partos y Centro Obstétrico se requieren un médico de un postgrado ginecología, un interno rotativo, un estudiante sea este de medicina u obstetricia por cada tres camas de labor de parto.

En el área de emergencias se requiere un médico de posgrado y un interno rotativo por cada cuatro cubículos de atención.

2.1.9.1.2 Garantías de seguridad, protección y bienestar de los estudiantes

Los estudiantes de postgrado de especialidades médicas podrán gozar de una beca de estudio, esto no excluye que existan estudiantes de postgrado autofinanciados.

El párrafo segundo del artículo 59 de la LOSEP, señala: "Por estos convenios o contratos no se origina relación laboral ni dependencia alguna, no generan derechos ni obligaciones laborales o administrativas, se caracterizan por tener una duración limitada y podrán percibir un reconocimiento económico, establecido por el Ministerio de Relaciones Laborales.

La Resolución No.380 del IESS del 1 de Septiembre del 2011 establece que los estudiantes de postgrado de especialidades médicas e internos rotativos de medicina y enfermería, serán afiliados al IESS, por el tiempo que dure su entrenamiento.

2.1.9.1.3 Carga asistencial y horario de los estudiantes.

Las jornadas para los estudiantes de postgrado de especialidades médicas son de 80 horas semanales, las mismas que deben ser distribuidas de la siguiente manera: 80% (64 horas) en actividades asistenciales y 20% (16 horas) para actividades docentes y académicas como mínimo.

Las actividades asistenciales comprenden: guardias o turnos rotativos de atención médica, presentación de casos clínicos, visitas médicas programadas a pacientes, realización de procedimientos, acompañamiento a pacientes, vigilancia de pacientes críticos, participación en cirugías, estudio de casos, elaboración de documentos médicos y médico-legales, entre otros que el estado del arte de cada especialidad médica exija.

Por seguridad de los pacientes cada estudiante de postgrado de especialidades médicas y/o interno rotativo de medicina debe tener como mínimo un día completo de descanso a la semana. Las labores continuas en el sitio de trabajo, incluyendo los turnos de llamada, no deben exceder las 24 horas asistenciales consecutivas.

Luego de 16 horas de trabajo continuo los estudiantes de postgrado de especialidades médicas e internos rotativos de medicina deben tener como mínimo un período de descanso de una hora, especialmente entre las 10 pm y 8 am, horas con mayor riesgo de error médico. En los horarios nocturnos a partir de las 0h00, el horario podrá dividirse en períodos cortos de descanso de hasta 3 horas.

2.1.9.1.4 Responsabilidad de los estudiantes

La práctica formativa en salud debe incluir un programa de delegación progresiva de funciones y responsabilidades a los estudiantes de acuerdo con los avances teórico-prácticos del

estudiante en cada período académico, bajo la supervisión del docente y el personal asistencial responsable del servicio.

2.2 Comunicación

Es el proceso mediante el cual se puede transmitir información de una entidad a otra por medio de códigos orales, escritos y otro tipo de señales. Se requiere de un emisor, un mensaje y un receptor (Debrouwere Inge, 2008).

Existen tres elementos ligados a la comunicación:

- Aspecto comunicativo: se realiza intercambio de información, ideas y criterios
- Aspecto interactivo: acciones y planificación de ayuda.
- Aspecto perceptivo: como se percibe tanto el emisor como el receptor en la comunicación de lo cual depende la comprensión y efectividad en el intercambio comunicativo.

Las habilidades comunicativas efectivas en la relación médico paciente producen resultados efectivos en la salud física, mental, funcional y subjetiva del paciente y del médico.

2.2.1 Tipos de Comunicación

- **Directa:** Es la comunicación que se realiza entre emisor y receptor sin ayuda de ninguna herramienta, es la comunicación boca – oído.

- **Indirecta:** Es la comunicación en la cual se emplea una herramienta ya que el emisor se encuentra a larga distancia de su receptor, se puede dividir en personal o colectiva.

Indirecta/personal.- Para esta clase de comunicación se utiliza algún tipo de herramientas como el teléfono, correo electrónico, etc.

Indirecta/colectiva.- Se usa herramientas de uso masivo como periódicos, televisión, radio, cine página web, etc. (Ulloa, M. 2011).

2.2.2 Funciones de la comunicación

- Informativa: se realiza la transmisión y recepción de la información.
- Afectivo, valorativa: produce estabilidad emocional ya que se forma una imagen de sí y de los demás.
- Reguladora: en el cual se conoce el efecto que ocasiona el mensaje, se produce una retroalimentación y una evaluación así mismo (Moore Philippa, 2010).

2.2.3 Principios de la comunicación efectiva:

1.- Asegura una interacción en vez de una transmisión directa: asegura una retroalimentación, donde se intercambia preguntas y respuestas, clarificaciones. Mediante la interacción se logra el entendimiento del tema a tratar.

2.- Reduce la incertidumbre innecesaria: podemos reducirla al exteriorizar la forma en la que el médico realizará la entrevista, conociendo las expectativas del paciente, explicando la dinámica de trabajo del equipo de salud.

3.- Requiere planificación: que nos permitirá alcanzar objetivos claros y mayor efectividad.

4.- Demuestra dinamismo: al aplicar habilidades para interactuar con pacientes en distintos contextos, donde deberá primar la flexibilidad y empatía.

5.- Sigue un modelo helicoidal más que lineal: para lograr una comunicación efectiva se requiere por reiteradas ocasiones completar y obtener información precisa del paciente, subiendo por el espiral logrando una comprensión efectiva del problema del paciente (Simpson Michael, 1991).

2.2.4. Comunicación entre pacientes y profesionales sanitarios

Históricamente el papel del médico como el encargado en resolver problemas biológicos con adecuadas habilidades científico técnicas, en el cual el paciente se convertía en total receptor de las directrices dictaminadas, actualmente a evolucionado el modelo médico de atención vertical hacia uno más participativo, horizontal, en el cual el paciente tiene total autonomía y derechos en la decisión, al momento es corresponsable en la toma de decisiones sobre su problema de salud. En este campo el profesional actual centra su atención enfocada en el paciente, con un flujo de información bidireccional en donde tener habilidades comunicativas asertivas y eficaces es de suma importancia. Al momento el personal médico se convierte en un asesor en cuanto a ofrecer sus conocimientos y el paciente hoy en día es corresponsable en cuanto a la mejor decisión tomada. Actualmente si el paciente se encuentra mejor informado, afronta mejor su enfermedad, hay mayor adherencia y la relación médico paciente es efectiva. De acuerdo a las actitudes y formas de comunicarse de los profesionales con sus pacientes, existen varios modelos de profesionales sanitarios:

-Modelo tecnológico: El profesional sanitario provee un servicio de ciencia aplicada.

-Modelo sacerdotal: La suma de la experiencia técnica y la asesoría moral acaba desembocando en una relación paternalista.

-Modelo de asociación: Según este modelo, el profesional sanitario y el paciente persiguen el mismo objetivo y contribuyen por igual a su relación.

-Modelo contractualista: Tanto las obligaciones como los beneficios son negociados y compartidos por ambas partes.

-Modelo autoritario: Los profesionales sanitarios imponen sus decisiones y las solicitudes de información por parte de los pacientes son recibidas con irritación y rechazo.

-Modelo del guerrero: El médico considera que la enfermedad es el “enemigo” y que a él le corresponde luchar contra ella. El paciente permanece pasivo.

-Modelo gerencial: Similar al modelo contractual, en él participa el resto del personal sanitario (aparte del médico), de manera que se reduce la presión sobre él al no ser el único profesional que toma decisiones sobre cómo ayudar al paciente. Este modelo favorece, además, una mayor participación del paciente en la toma de decisiones. (MSD. Salud 2015)

2.2.4.1 Cualidades durante el proceso comunicativo Médico- Paciente

Es importante recalcar que la comunicación es el pilar fundamental de la relación médico paciente por lo que se aconseja tener ciertas facultades o cualidades durante el proceso comunicativo entre médico y pacientes. Es así que las siguientes pautas es importante tomarlas en cuenta.

2.2.4.1.1. Habilidades de Escucha:

- **Actitud General de escucha:** son manifestaciones transmitidas en la actitud del profesional durante la entrevista, como la mirada, gestos, expresiones faciales, tono y volumen de

voz. Manifiesta la predisposición del personal de salud a recibir información sobre lo acontecido.

- Postura Física del Terapeuta:

A.- Ángulo- frente: para que el paciente pueda tener mayor concentración en expresar su dolencia, consideran que el médico debería colocarse en un ángulo a 90 grados con respecto al paciente.

B.-Inclinación hacia adelante: esta postura indica interés e involucramiento durante el proceso de la entrevista clínica.

C.- Apertura de manos y brazos: en esta posición el profesional manifiesta su apertura y predisposición a la escucha.

D.- Contacto Visual: manifiesta interés y predisposición a la escucha durante la entrevista y diálogo en el proceso de la relación médico paciente.

E.- Relajación: las posturas rígidas o manifestaciones de nerviosismo producen en el paciente inseguridad e incomodan al paciente durante la entrevista.

- Actitud interna del entrevistador

A.- Silencio Intrapsíquico: es el compromiso del profesional de escuchar al paciente durante la entrevista, sin interrupciones ni pensamientos perturbadores.

B.- Suspensión del juicio: no realizar juicios de valor hacia el paciente y realizar una auto introspección cuando ocurra lo que permitirá comprender al paciente y tener una relación médico paciente adecuada.

C.- Atención a lo no explícito: atención a lo que no expresa el paciente o se encuentra explícito indirectamente en sus expresiones.

2.2.4.1.2. Comunicación no verbal:

- **Aspectos generales del paciente:** la apariencia del paciente refleja su estado general y su condición actual física o psicológica.

- **Auto cuidado del paciente:** es el reflejo del estado de ánimo, así como el reflejo del funcionamiento y cuidado de su red de apoyo.

- **Actitud corporal del paciente:** durante la entrevista médica refleja tanto el estado de ánimo y la respuesta que el paciente tiene ante las acciones brindadas por el personal de salud, es un indicador sobre la reacción del paciente durante la entrevista médica.

- **Voz:** el tono de voz además de ser un indicador del estado de ánimo del paciente, puede indicar inseguridad o miedo, por ejemplo un tono muy bajo, podría indicar un trastorno depresivo.

- **Reacciones neurovegetativas:** como la presencia de sudoración, palidez, es el reflejo del estado emocional del paciente. (MSD. Salud 2015).

2.2.5 Comunicación en la consulta médica

Mediante la comunicación efectiva se obtiene las tres cuartas partes de la información necesaria para dar un diagnóstico correcto y nos permite transmitir información hacia el paciente y su familia, es mucho más efectiva que el examen físico y los resultados de las pruebas complementarias para llegar a un diagnóstico acertado.

Durante la consulta médica es importante tener presente tres elementos:

1.- El conocimiento teórico relacionado al diagnóstico y plan terapéutico

2.- Las habilidades propedéuticas

3.- Las destrezas para la comunicación

Durante la entrevista clínica se desarrollan los tres aspectos previamente mencionados, los dos primeros son de primordial aprendizaje en universidades, sin embargo el tercero es el más importante, ya que para el paciente el mejor médico es aquel con mayor empatía, con una gran calidad de comunicación, con escucha activa, respetuosa, bondadosa, amable. Por lo tanto el tener destrezas de comunicación es primordial para establecer una relación médico paciente adecuado, para lo cual el personal de salud debe dominar estrategias habilidades y actitudes de comunicación, así como la estructura y funciones de la entrevista médica (De-brouwere Inge, 2008).

Por lo tanto es importante tomar en cuenta que durante la entrevista médica el médico debe alentar a su paciente a expresar sus preocupaciones sin interrupción, el uso de preguntas abiertas, clarificación y negociación en la toma de decisiones, dar explicaciones claras, y sobre todo comprobar la comprensión del paciente llevará a una comunicación efectiva.

2.2.6 Relación Médico Paciente

La interacción fomentada en el respeto, esperanza y confianza entre personal de salud y paciente es la relación fundamental desarrollada en la atención de salud. La vulnerabilidad del paciente y su familia le impulsa a confiar en el personal de salud, lo cual permitirá que el paciente sea escuchado y entendido en su momento de vulnerabilidad.

La mejor relación médico paciente es la centrada en el paciente, esto ayuda a fortalecer dicha relación ya que el paciente toma sus propias decisiones en aceptar o rechazar la terapéutica ofertada mediante el consentimiento informado; así como el conocimiento de la percepción y evaluación de la calidad de los servicios de salud.

“El consenso de los estudios es que el centrado en el paciente implica sentar el diálogo terapéutico más en un paradigma psicosocial que biomédico, con compromiso activo del paciente en ese diálogo, siendo el médico abierto, sensible a las perspectivas del paciente, incluyendo evocar intereses, expectativas, preferencias de tratamiento, y establecer la relación emocional” (Sogi Cecilia, 2006).

Además una comunicación efectiva produce una mayor satisfacción del médico y del paciente, una mayor adherencia hacia el tratamiento, disminución en la incidencia de demandas, decisiones médicas más adecuadas y mejores resultados en la salud de los pacientes.

2.2.7. Habilidades de comunicación en los Residentes de Postgrado:

Los pacientes confían su estado de salud y bienestar hacia el personal de salud, una relación médico paciente efectiva y de confianza sustentada en el respeto, honestidad y responsable permite obtener esta meta, para ello los médicos postgradistas en formación requieren de un entrenamiento y habilidad de comunicación efectiva para lograr dicho objetivo.

2.2.7.1 Elementos principales de la comunicación y Habilidades Interpersonales en los médicos residentes de postgrado

Existen tres elementos importantes que deben ser dominados por médicos postgradistas o adquirir dichas competencias durante su formación.

- Crear, mantener una relación terapéutica, ética con los pacientes y sus familias.

Para lograrlo es importante centrar la atención en el paciente y su familia, indagar sobre sentimientos, inquietudes, inseguridades, preocupaciones, sobre su estado emocional, lo cual permite que el paciente tenga una atención humanizada, basada en el respeto y centrada en su autonomía en cuanto a la toma de decisiones. El respeto hacia la diversidad de caracteres, culturas y el reconocimiento de las posibles barreras que podría afectar la comunicación y la relación médico paciente permite al profesional ser más receptivo, comprensivo, asertivo en el proceso comunicativo y en la relación médico paciente (Kathleen, Senn. 2017).

- La capacidad de escucha para facilitar la relación.

Escuchar las palabras del paciente mediante el lenguaje verbal y no verbal, como el contacto visual, asentir con la cabeza, inclinarse hacia adelante, parafrasear con las palabras expresadas por el paciente, pausas terapéuticas, preguntas abiertas y cerradas. Entregar y obtener información, responder con prontitud hacia sus interrogantes, lo que permite que el paciente se sienta comprendido, escuchado. Informar y conocer la perspectiva de la familia, sin juzgar a cerca de sus sentimientos y expresiones, llegar acuerdos, comprender la expresividad de sus emociones mediante sus palabras con tonalidad alta o baja impresas con emotividad sin afectar nuestras emociones es una de las habilidades que todo profesional en formación requiere para obtener una relación comunicativa adecuada (Kathleen, Senn. 2017).

- Trabajar eficazmente con los demás, como un miembro o líder del equipo de atención médica o de otro grupo profesional.

En el grupo que nos desenvolvamos es importante mantener respeto y empatía con todos sus miembros, una excelente atención es el resultado de cada una de las acciones de todo el personal de salud. Los elementos de un equipo altamente eficaz son el respeto, honestidad e

integridad, responsabilidad, cumplimiento de los compromisos, estar siempre predispuesto a aprender de los demás y ser colaborativos con todo el equipo (Kathleen, Senn. 2017).

2.2.7.2. Estrategias para una efectiva comunicación en médicos postgradistas

Las habilidades de comunicación efectivas no pueden ser adquiridas de una forma automática se requiere de programas de formación continua. Estas estrategias pueden aplicarse para el postgrado y educación médica de postgrado en todas las especialidades.

- El auto-conocimiento y la auto-reflexión.

Es importante la auto reflexión sobre diversos temas como la muerte y el morir, el género, la raza, la ira y la mala influencia al no comunicar adecuadamente malas noticias, cómo el profesional interactúa con los pacientes. Lo que permite que el profesional tenga conciencia de sus prejuicios que pueden dar lugar a comportamientos que interfieren con la relación médico-paciente, por lo tanto disminuir la empatía y la capacidad del médico para discutir temas sensibles, para obtener los datos necesarios, y para llegar a un acuerdo con el paciente. Por lo que se recomienda estrategias para lograr auto conciencia. Estos incluyen la lectura, sesiones con un mentor, y discusiones en grupos pequeños. Otras estrategias para el aprendizaje de habilidades de escucha y comunicación eficaces incluyen el modelado de roles en la cabecera, la observación en tiempo real de su retroalimentación, trabajar con un paciente estandarizado, juegos de rol, revisión de cinta de vídeo, y talleres (Kathleen, Senn. 2017).

2.2.8. La inteligencia emocional en el proceso comunicativo:

En la obra de Hendrie Weisinger: *La inteligencia emocional en el trabajo*, se halla la siguiente definición (2001:17):

“La inteligencia emocional es, en pocas palabras, el uso inteligente de las emociones: de forma intencional, hacemos que nuestras emociones trabajen para nosotros, utilizándolas con el fin de que nos ayuden a guiar nuestro comportamiento y a pensar de manera que mejoren nuestros resultados. La inteligencia emocional se utiliza de forma intrapersonal (cómo desarrollarla y utilizarla en relación a uno mismo) e interpersonal (cómo ser más efectivos en nuestras relaciones con los demás).”

La inteligencia emocional intrapersonal permite al profesional de salud tener una visión clara y precisa de su propia realidad y emociones, logra con una visión clara de sí mismo lo que le permitirá desenvolverse adecuadamente durante su interacción profesional y personal. La inteligencia emocional interpersonal es la capacidad de comprender a los demás, cómo interactuar adecuadamente con su entorno y ser asertivo en su proceso comunicativo. La inteligencia emocional tiene los siguientes componentes según Salovey:

1.- Conocer las propias emociones: al tener claridad sobre nuestros propios sentimientos podemos tomar el control de nuestras emociones, tomar acciones y decisiones acertadas.

2.- Manejar las emociones: controlarlas, serenarse, canalizar la irritabilidad, ansiedad y melancolía.

3.- La propia motivación: autodominio emocional, ordenar y controlar las emociones en pro de un objetivo.

4.- Reconocer emociones en los demás: mediante la empatía, ponerse en el lugar del otro comprender la realidad del distinto, ser tolerante y comprensivo con las diferencias.

5.- Manejar las relaciones: percibir las emociones de los demás y saber interactuar con ellas de una manera adecuada sin conflicto.

Mediante la inteligencia emocional permitirá al profesional mantener un autodominio, auto motivación frente a los obstáculos, evita que los conflictos disminuyan su capacidad de

autodominio y control, permite que el profesional mantenga la calma, la empatía y asertividad en el conflicto.

2.2.9. Habilidades Sociales y el desarrollo de la asertividad:

Las habilidades sociales consisten en las conductas, expresiones, pensamientos y emociones que generan una relación satisfactoria durante una interacción interpersonal.

“La conducta socialmente habilidosa es ese conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la posibilidad de futuros problemas.” (Carvallo, Vicente 2002).

Las habilidades sociales consideran tres dimensiones:

1.- Las conductas observables: el idioma gestual, la mirada, el contenido de la comunicación verbal, entre otros.

2.- Los componentes fisiológicos: se alude a la respuesta del sistema nervioso que se produce al experimentar la ira o la ansiedad.

3.- Las cogniciones, los pensamientos, creencias puesto que de nuestra forma de percibir y valorar la realidad se expresa un comportamiento.

La asertividad es el conjunto de actitudes y pensamientos que permite la autoafirmación de su ser y de sus derechos, con respeto, sin agredir ni permitir ser agredido. Lo que permite defender nuestros derechos e intereses, ideas, pensamientos con una comunicación honesta, directa y equilibrada sin perjudicar ni agredir a terceros

Las consecuencias de una conducta asertivas son:

- Facilita la comunicación y nuestros mensajes no son malinterpretados.
- Permite relaciones interpersonales más satisfactorias.
- Las posibilidades de conseguir lo que deseamos va en incremento.
- Las satisfacciones aumentas y reduce las molestias y conflictos producidos por la convivencia.
- Mejora la autoestima.
- Favorece las emociones positivas en uno mismo y los demás.
- Al relacionarse con una persona asertiva se obtiene una comunicación clara y no manipuladora, se mantiene el respeto y se percibe que el otro se siente bien con ellos (Carvallo, Vicente 2002).

2.2.10. La empatía y la simpatía

La empatía se define como la capacidad de sentir y compartir las emociones de los demás, es un estado de reacción afectivo emocional causada por el intercambio emocional entre médico y paciente. Se relaciona con la conciencia subjetiva, las emociones son el núcleo de la empatía, es un sentimiento que permite acceder a la mente de los demás en sus expresiones corporales y de comportamiento. La empatía y la simpatía consisten, respectivamente, de “sentirse en” y “sentir con” otra persona. La empatía abarca tres elementos básicos: sin cuerpo auto-ubicación permite ponerse mentalmente a sí mismo en el cuerpo de la otra; visuo-espacial codifica la perspectiva visuo-espacial de los otros y la codificación en paralelo de uno, de la posición del cuerpo en el espacio. Este triple proceso permite sentir, pensar y entender lo que el otro como otro. La “empatía clínica”, que define, por lo tanto, la empatía para el paciente como una categoría específica. Empatía clínica abarca cuatro dimensiones. El emocional, se refiere a la capacidad de imaginar lo que los pacientes están sintiendo y expe-

rimentando. La dimensión cognitiva es la capacidad de orden superior para identificar y representar la experiencia y punto de vista interno de los pacientes. La dimensión moral se refiere a la motivación del médico de empatizar con el paciente. Por último, la dimensión conductual se refiere a la capacidad del médico para comunicar al paciente que su punto de vista y el contenido de su experiencia se han entendido y tenido en cuenta.

Por el contrario, simpatía se refiere a que la persona está sintiendo lo mismo que otros están sintiendo, el mismo tipo de estado interno y al mismo tiempo, que tiende a fusionar las identidades.

2.2.11. Tipos de empatía

Existe un consenso sobre la existencia de una empatía cognitiva y afectiva. La primera sugiere que el médico reconoce la experiencia de los pacientes en curso personal, estados mentales, o la motivación. La segunda supone que el médico experimenta la misma sensación que el paciente. Se identificaron estilos adicionales de la empatía durante la práctica de la psicoterapia: empatía compartir y empatías nutricias. En el estilo empatía compartir, las acciones profesionales de la salud, algunas opiniones intervienen para comentar alguna acción o pensamientos de los pacientes. La empatía nutricia supone que el profesional es atento y ofrece atención y seguridad para el paciente.

El enfoque empático óptimo que debe tener el paciente es la empatía clínica, evitando que alcancen una posición demasiado compasiva o simpático, sin dejar de lado la reacción emocional y el sentimiento de los pacientes. “empatía clínica es principalmente una calidad cognitiva que implica una comprensión de las experiencias internas y perspectivas del paciente

como un individuo separado, combinada con una capacidad de comunicar esta comprensión para el paciente” (Zenasni, Fanck. 2012)

2.2.12. Burnout en la relación de cuidado: la confusión entre empatía y simpatía

El desgaste tiene una etiología multifactorial, debe conocerse los factores desencadenantes, que son respectivamente independientes (por ejemplo, rasgos de personalidad, medio ambiente, etc.) y dependientes del tipo de relación de cuidado. La empatía produce mayor satisfacción profesional por lo tanto se considera un factor preventivo de agotamiento. Los médicos con exageradas habilidades empáticas tendrían más probabilidades de sufrir de agotamiento emocional, que conduce a la fatiga por compasión y agotamiento, debido a las dificultades que enfrentan los médicos con ciertos pacientes, en una relación de cuidado que requiere la escucha y la atención sostenida. Por un estado de tensión extrema y la preocupación incesante por el dolor de los pacientes, lleva a que los médicos se sientan interiormente traumatizados. Por el contrario la teoría de la disonancia emocional postula que el burnout se asocia con capacidades empáticas disminuidas, esto se justificaría en la teoría de la alexitimia, que produce dificultad para identificar, diferenciar y describir las propias emociones, sentimientos, en asociación con las representaciones mentales empobrecidos de la propia y estados emocionales de los demás, por lo tanto tendrían dificultades para representar los sentimientos de los pacientes. La empatía es un factor preventivo de la dimensión agotamiento emocional, esto es debido a que la empatía abarca la autorregulación emocional que permite al médico sentir y entender las emociones del paciente. Además la empatía impide la despersonalización debido a que la empatía se basa en una conciencia clara y distinción del yo-otro

y por lo tanto permite la consideración de otros en su idiosincrasia y en su estado como sujeto (BerangereThirioux.2016)

Para mantener la empatía eficaz en la atención, el proveedor de salud debe estar en un estado de ánimo positivo y no estar afectado por el estrés o agotamiento. Agotamiento se produce cuando las personas se sienten emocionalmente abrumadas por las exigencias de su trabajo. Los médicos, en particular, son frecuentemente sobrecargados con las exigencias de cuidar a pacientes enfermos dentro de las limitaciones de tiempo y recursos. Médicos agotados serán menos capaces de ponerse en el lugar del paciente y escuchar empáticamente, y preferirían para protegerse la distancia (Zenasni, Fanck. 2012).

2.2.13. Empatía previene el Burnout

La empatía es un proceso intrapersonal que implica actividades conductuales, cognitivos y afectivos, los resultados intrapersonales e interpersonales son inmediatos sobre el paciente y el médico. La empatía se encuentra relacionada con la satisfacción en el trabajo por lo tanto se sugiere que puede proteger a los proveedores de salud del agotamiento. Ser empático supone tener conciencia de las emociones negativas, y requiere que el médico practique la auto-reflexión, y acepte la retroalimentación negativa; estas habilidades son recursos contra el estrés y el agotamiento. Por lo tanto, ayuda a los proveedores de salud para ser más empáticos, por lo tanto ayudará a protegerlos de agotamiento (Zenasni, 2012).

2.2.14. La Enseñanza de Habilidades de Comunicación

La mayoría de los médicos en formación aprenden comunicación verbal y no verbal observando a sus profesores y preceptores, que son considerados modelos a seguir, los estudiantes tienden a copiar actitudes, comportamientos consciente e inconscientemente, la comunicación médico-paciente requiere más énfasis y mejora, como lo demuestra un estudio reciente en el que los pacientes calificaron las habilidades de comunicación de medicina familiar de los residentes utilizando la Herramienta de Evaluación de Comunicación. Los autores encontraron que los residentes de primer año presentaron calificaciones más alta (77,0% de las respuestas fueron “excelentes”), que los de segundo año (69,5%) y de tercer año (68,1%). (Abdulaziz Al Odhayani, 2011)

Algunas de las estrategias disponibles para mejorar las habilidades de comunicación son:

1.- **Observando a Maestros:** los preceptores son los principales modelos de comportamiento para sus alumnos tanto en la comunicación profesional apropiada y la conducta ética, los preceptores influyen en sus alumnos poderosamente. Se debería discutir con los alumnos sobre empatía, la compasión, el asesoramiento, apoyo a los pacientes ya que a menudo se ocultan dentro del proceso de comunicación. Por otra parte, el comportamiento poco profesional o inapropiados tales como movimientos de los ojos, dedo del pie, y la falta de escucha atenta debe ser evitado.

2.- **Observando Cintas de Video:** de preceptores como de alumnos, suele ser una estrategia poderosa para mejorar las habilidades de comunicación mediante la corrección de errores. Además la observación de cintas de entrevistas ideales, mejora la motivación de los estudiantes para imitar esas habilidades. Los estudiantes pueden expresar sus sentimientos acerca de la entrevista e identificar señales verbales y no verbales adecuadas e inadecuadas. Además,

pueden compartir ideas y comentarios con los maestros y compañeros; como resultado, pueden identificar formas apropiadas de comunicación con los pacientes, puede observar el proceso de la entrevista desde la perspectiva del paciente, autoevaluar las fortalezas y debilidades de la comunicación, además observar y entender la reacción del paciente. Para aplicarlo se requiere el consentimiento del paciente y la cinta deberá ser eliminada posterior a su análisis.

3.- **Juego de Roles:** se define cuando alguien toma el papel de un paciente en un encuentro clínico, permite la práctica de la comunicación en un lugar seguro y controlado. El juego de roles entre alumno y profesor es la práctica más común, ya que permite la enseñanza uno a uno. El juego de roles a demostrado ser eficaz en mejorar las habilidades de comunicación, además permite ejercer un proceso de aprendizaje en un ambiente educativo seguro y de apoyo para lograr sus objetivos.

4.- **Trabajo en Equipo:** permite mejorar la retención de conocimientos, habilidades de trabajo y compartir, permite evaluar las diferentes capacidades comunicativas en diversas situaciones, así como centrar en el alumno el proceso de aprendizaje.

5.- **Pacientes estandarizados o simulados:** las simulaciones pueden reflejar la realidad muy de cerca, permite la mejora de habilidades de comunicación, así como aprender a dar malas noticias.

6.- **Pacientes reales:** el método clínico centrado en el paciente es un modelo para interactuar con los pacientes, así como aplicar la comunicación centrada en el paciente lo que permite conocer las opiniones y lo que desean los pacientes, además permite mejorar las habilidades comunicativas.

CAPÍTULO III. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

3.1 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN:

3.1.1. Objetivo General

Analizar la relación entre las habilidades de comunicación y la presencia de síndrome de burnout en médicos postgradistas de áreas clínicas y quirúrgicas como: Medicina Familiar, Pediatría, Medicina Interna, Emergencia, Cirugía General, Traumatología y Ginecología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

3.1.2. Objetivos Específicos

- Determinar la prevalencia de Burnout en médicos postgradistas de áreas clínico quirúrgica de la PUCE.
- Identificar las habilidades de comunicación de los médicos postgradistas de áreas clínicas- quirúrgicas.
- Establecer la relación entre las dimensiones del síndrome de Burnout y las habilidades de comunicación en los médicos postgradistas de áreas clínicas y quirúrgicas.

3.1 HIPÓTESIS

Las habilidades de comunicación efectivas en médicos residentes de áreas clínico-quirúrgicas de la PUCE se relacionan con un menor agotamiento emocional y despersonalización y una mayor realización personal, por tanto con menor desarrollo de síndrome de Burnout.

CAPÍTULO IV. METODOLOGÍA

4.1. Título de la Investigación

Habilidades de comunicación efectiva y su relación, con la presencia de Síndrome de Burnout en médicos postgradistas de áreas clínicas y quirúrgicas de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, en el período 2012 – 2016.

4.2. Lugar

La presente investigación se realizó en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

4.3. Línea de Investigación

Sociedad, comunicación, comunidad, dimensiones de la quemadura.

4.4. Aspectos Administrativos

Para el desarrollo y aplicación de la investigación se requirió la autorización de la Coordinación General de Estudiantes, de la Coordinación General del Postgrado y de cada uno de los Coordinadores de los postgrados participantes.

4.5. Recursos Humanos

- Un Director de Tesis del proyecto de investigación: Dra. Ana AVECILLAS
- Un Tutor Metodológico del proyecto de Investigación: Dra. Rosa GOYES
- Dos encuestadoras médicas del postgrado de Medicina Familiar y Comunitaria.

4.6 Operacionalización de variables del estudio

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ÍTEMS DEL INSTRUMENTO	CATEGORIA / ESCALA	INDICADOR
EDAD Número de años cumplidos del encuestado	Cuantitativa	Distribución del encuestado según rangos de edad	Años cumplidos hasta el momento	Rangos 25 – 30 31 – 35 36 – 40
SEXO Género que se considera el encuestado	Cualitativa	Distribución de los encuestados por género	Masculino Femenino	Porcentaje
ESTADO CIVIL Situación jurídica concreta que posee un individuo con respecto a la familia.	Cualitativa		Unión libre Soltero Casado Divorciado Viudo	Porcentaje
CARGA HORARIA Total de horas asignadas o atribuidas para el desarrollo de un postgrado	Cuantitativas	Distribución de las horas de trabajo semanales en las actividades asistenciales.	Número horas semanales	Porcentaje
CARGO PROFESIONAL Condición que describe el tipo de ocupación que desarrolla dentro del hospital.	Cuantitativa	Distribución de las distintas especialidades	Especialidad en la que se desenvuelve el postgradista	Porcentaje
DESGASTE PROFESIONAL Proceso de pérdida lenta del compromiso y la implicación personal en la tarea que se realiza	Cuantitativa	Agotamiento emocional, despersonalización, realización personal.	Escala MBI	Porcentaje
COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE Y SU ENTORNO Comunicación por distintos medios que permite entender y transmitir la información al paciente y a sus familias	Cuantitativa	Comunicación informativa, empatía, respeto, habilidad social	Escala EHC-PS	Porcentaje

4.7 Universo y muestra

El universo estuvo constituido por los 570 médicos residentes del postgrado modalidad abierto de las áreas Clínico – Quirúrgicas de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador que iniciaron su formación docente asistencial desde el primer semestre del año 2012 y la culminaron el segundo semestre del año 2016, excluyendo a las autoras de la presente investigación. El cálculo del tamaño de la muestra se recolectó de las siguientes especialidades clínicas: medicina familiar, pediatría, medicina interna, emergencia; y de las quirúrgicas: cirugía general, traumatología y ginecología. La muestra se calculó mediante la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 \sigma^2 N}{e^2(N-1) + Z^2 \sigma^2} = 307$$

Dónde:

n = el tamaño de la muestra = 307

N = tamaño de la población (570)

σ = Desviación estándar de la población, utilizando el valor de la constante de 0.5

Z = Niveles de confianza 99% (2.58)

e = Límite aceptable de error muestral del 5%, utilizando el valor de la constante de 0.05

4.8 Selección de los informantes

4.8.1 Criterios de inclusión:

- Médicos residentes que sean estudiantes regulares y que tengan aprobado el primer año de postgrado de la PUCE.

- Postgradistas que iniciaron sus formación docente asistencial en la PUCE desde el primer semestre del año 2012, hayan asistido regularmente y culminaron sus estudios en el segundo semestre del año 2016.
- Postgradistas que autorizaron ingresar en el estudio mediante consentimiento informado.

4.8.2 Criterios de exclusión:

- Postgradistas que tengan diagnósticos de trastornos mentales con certificado emitido por un psiquiatra.
- Postgradistas que tengan modalidad de estudio cerrado como convenio de postgrado.
- Postgradista con discapacidad física.
- Postgradista que no desee colaborar.

4.9 Tipo de estudio

El presente estudio es transversal, analítico. Evaluó la relación entre habilidades de comunicación efectiva y la presencia de síndrome de burnout en médicos postgradistas de la PUCE. Para el presente estudio la recolección de datos se realizó mediante la aplicación del test de Maslach Burnout Inventory, que reporta tres aspectos del síndrome de Burnout: cansancio emocional, despersonalización, realización personal. Además se aplicó la escala sobre habilidades de comunicación en profesionales de la salud (EHC-PS), que evaluó: comunicación informativa, empatía, respeto y habilidad social.

4.10 Procedimiento de recolección de la información

4.10.1 Instrumento

A los participantes que desearon formar parte de la investigación y manifestaron su aceptación con la firma del consentimiento informado, se les aplicaron dos escalas las mismas que se las describen a continuación:

4.10.1.1 El cuestionario de Maslach:

El cuestionario de burnout de Maslach de servicios humanos tiene una fiabilidad del 90%, está constituido por 22 ítems de carácter autoafirmativo que mide los 3 aspectos del síndrome de Burnout: cansancio emocional, despersonalización, realización personal (Anexo 1). El tiempo empleado para su realización fue de hasta 15 minutos y mide los 3 aspectos del síndrome:

1. La subescala de agotamiento emocional: Consta de nueve ítems que describen sentimientos de estar saturado y cansado por el trabajo. La conforman los ítems 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20. La puntuación máxima es de 54 puntos y su puntuación es directamente proporcional a la intensidad del síndrome. Puntuaciones superiores a 26 serían indicativas de un alto nivel de burnout, entre 19 y 26 corresponderían a puntuaciones intermedias siendo las puntuaciones por debajo de 19 indicativas de bajos niveles de burnout.

2. La subescala de despersonalización: Consta de cinco ítems que describen una respuesta apática, distanciamiento, e insensibilidad hacia los demás. Conformada por los ítems 5, 10, 11, 15 y 22. La puntuación máxima es de 30 puntos y su puntuación es directamente proporcional a la intensidad del síndrome. Puntuaciones superiores a 9 serían nivel alto, entre 9 y 6 medio, y menor de 6 bajo grado de despersonalización

3. La subescala de realización personal en el trabajo: Está compuesta por ocho ítems evalúa la tendencia del propio trabajo de forma negativa y vivencia de insuficiencia profesional. Está conformada por los ítems 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21. La puntuación máxima es de 48 puntos, la cual es inversamente proporcional al grado de burnout, y cuanto mayor es la puntuación en esta subescala mayor es la realización personal. Así de puntuaciones inferiores a 34 indicaría baja realización personal, de 34 a 39 moderada y superior a 39 establece un nivel leve y sensación de logro.

Puntuaciones altas en los dos primeros y baja en el tercero definen el síndrome Burnout. Valores predeterminados de agotamiento emocional > 26, despersonalización > 9 y realización personal < 34. (Maslach, et al, 1996)

	DIMENSIONES		
NIVELES	Agotamiento emocional	Despersonalización	Realización personal
Alto	27 y más	10 y más	40 y más
Medio	19 – 26	9 y 6	34 – 39
Bajo	18 y menos	5 y menos	33 y menos

Tabla Realizada por las autoras Karina Solís y Viviana Araujo tomado los valores de referencia según Maslach (1996).

La escala se mide según los siguientes rangos: 0 = Nunca, 1 = Pocas veces al año o menos, 2 = Una vez al mes o menos, 3 = Unas pocas veces al mes o menos, 4 = Una vez a la semana, 5 = Pocas veces a la semana, 6 = Todos los días.

4.10.1.2 Escala sobre habilidades de comunicación en profesionales de la salud (EHC-PS)

Compuesta por 18 ítems, con respuestas en escala tipo likert, evalúa la comunicación informativa compuesta por los 6 ítems (5, 8, 9, 14, 17 y 18) que refleja la manera que los profesionales de la salud obtienen y proporcionan la información en la relación médico-paciente; empatía compuesta por los 5 ítems (2, 4, 6, 11 y 12) refleja la capacidad de los profesionales de la salud para comprender los sentimientos de los pacientes, así como la actitud empática, la escucha activa y la respuesta empática; respeto compuesta por los 3 ítems (1, 3 y 15) evalúa el respeto que muestran los profesionales de la salud en la relación clínica que establecen con los pacientes: habilidad social compuesta por los 4 ítems (7, 10, 13 y 16) refleja la habilidad que los profesionales tienen de ser asertivos o tener conductas socialmente acertadas en la relación clínica. La escala utiliza 6 grados de respuesta, casi nunca, de vez en cuando, a veces, normalmente, muy a menudo, muchísimas veces. (Anexo 2).

4.11 Plan de análisis de datos

Para procesar la información se elaboró una base de datos en el programa informático SPSS v24, se realizó un análisis con las siguientes pruebas estadísticas:

- Estadística Descriptiva: donde se obtuvo la media, varianza, desviación típica, así como frecuencias y porcentajes de las variables sociodemográficas y profesionales.
- Correlaciones bivariadas de pearson entre las dimensiones de las habilidades de comunicación y las dimensiones del burnout, según la variable cargo profesional.

- Diferencia de medias (ANOVA, T de student) entre las diferentes dimensiones del MBI, la EHC-PS y la variable cargo profesional.

4.12 Aspectos Bioéticos

4.12.1. Obtención de consentimiento para la participación en el estudio

Este estudio se desarrolló en estricta sujeción a la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, sobre los Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, de la 64^a Asamblea general, fortaleza, Brasil, octubre 2013 en lo relativo al consentimiento informado.

Se aplicó dos cuestionarios clínicos previo firma del consentimiento informado (Anexo 3), se informó a los participantes de que la investigación es exenta de riesgos tanto físicos como económicos, de existir alguna anomalía en los resultados, estos les serían informados. La participación en el estudio no implicó ninguna remuneración o compensación; además se explicó que la participación es voluntaria.

CAPÍTULO V. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

5.1 RESULTADOS

Tabla 1. Distribución de los participantes que cumplen los criterios de inclusión.

		Genero				Total	
		Masculino		Femenino			
		N	%	N	%	N	%
Especialidad	Pediatría	16	5.2 %	60	19.5%	76	24.8%
	Ginecología	34	11.1%	31	10.1%	65	21.2%
	Medicina familiar	6	2.0%	29	9.4%	35	11.4%
	Medicina interna	15	4.9%	25	8.1%	40	13.0%
	Cirugía general	19	6.2%	6	2.0%	25	8.1%
	Traumatología	17	5.5%	2	0.7%	19	6.2%
	Emergencia	27	8.8%	20	6.5%	47	15.3%
Total		134	43.6%	173	56.4%	307	100%

Fuente: Datos de investigación **Elaborado por:** Karina Solís y Viviana Araujo

El universo de estudio estuvo conformado por un total de 307 participantes que cumplieron con los criterios de inclusión, el mayor grupo de encuestados corresponden a Pediatría con el 24.8%, siendo el género femenino el más predominante con el 19.5%. Del total de los postgradistas se observa que el 56.4 % son del género femenino, mientras el 43.6% son del género masculino.

Tabla 2. Distribución de los participantes por rangos de edad.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
25-30	188	61.2
31-35	111	36.2
36-40	8	2.6
Total	307	100.0

Fuente: Datos de investigación **Elaborado por:** Karina Solís y Viviana Araujo

Según se observa en esta tabla, el grupo etario más representativo es el de 25 a 30 años, con el 61.2%. Este dato indica una composición altamente joven de los participantes.

Tabla 3. Distribución de los participantes según el estado civil.

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	163	53.1
Casado	125	40.7
Divorciado	14	4.6
Unión libre	5	1.6
Total	307	100.0

Fuente: Datos de investigación **Elaborado por:** Karina Solís y Viviana Araujo

Este dato indica que la mayor distribución de los participantes a los cuales se les realizaron los test pertenece al grupo de solteros con el 53.1%.

Tabla 4. Distribución de los participantes por carga horaria.

Horas semanales	Frecuencia	Porcentaje
40 – 60	38	12.4
61 – 80	123	40.1
81 – 100	133	43.3
Mayores 121	13	4.2
Total	307	100.0

Fuente: Datos de investigación **Elaborado por:** Karina Solís y Viviana Araujo

Esta tabla demuestra que los postgradistas que trabajan entre los grupos de 81 – 100 y 61 – 80 horas semanales son los que presentan los mayores porcentajes con un 43.3% y 40.1% respectivamente. Esta distribución podría deberse a las distintas unidades asistenciales docentes por donde rotan los postgradistas de la PUCE.

Tabla 5. Distribución de los participantes por presencia de Síndrome de Burnout.

Burnout	Frecuencia	Porcentaje
Positivo	89	29.0
Negativo	218	71.0
Total	307	100.0

Fuente: Datos de investigación **Elaborado por:** Karina Solís y Viviana Araujo

Esta tabla demuestra que los casos positivos representan el 29% frente al 71% de casos negativos en el total de la población de postgradistas que participaron voluntariamente en nuestra investigación.

Tabla 6 Distribución de los participantes según la variable más involucrada en la aparición del Síndrome de Burnout.

Variables burnout		Cansancio emocional		Despersonalización		Realización personal	
Frecuencias y porcentajes		N	%	N	%	N	%
Niveles	Bajo	70	22.8	57	18.6	112	36.5
	Medio	73	23.8	75	24.4	98	31.9
	Alto	164	53.4	175	57.0	97	31.6
	Total	307	100.0	307	100.0	307	100.0

Fuente: Datos de investigación **Elaborado por:** Karina Solís y Viviana Araujo

Tabla 7. Distribución de los participantes por presencia de Síndrome de Burnout según el grado de cansancio emocional, despersonalización y realización personal.

Variables burnout		Cansancio emocional		Despersonalización		Realización personal	
Frecuencias y porcentajes		N	%	N	%	N	%
Niveles	Bajo	-	-	-	-	63	70.8
	Medio	2	2.2	1	1.1	-	-
	Alto	87	97.8	88	98.9	26	29.2
	Total	89	100.0	89	100.0	89	100.0

Fuente: Datos de investigación **Elaborado por:** Karina Solís y Viviana Araujo

Como podemos observar el factor más comprometido del total de los participantes es el nivel alto de despersonalización que representa el 57%. Además de la población estudiada con presencia de Burnout podemos observar un alto nivel de despersonalización con el 98.9% del total de población que tiene Síndrome de Burnout seguido del cansancio emocional con el 97,8%.

Tabla 8. Distribución de los participantes por presencia de Síndrome de Burnout según especialidad.

Burnout	Frecuencia	Porcentaje
Pediatría	21	23.6
Ginecología	13	14.6
Medicina familiar	9	10.1
Medicina interna	15	16.9
Cirugía general	15	16.9
Traumatología	9	10.1
Emergencia	7	7.9
Total	89	100.0

Fuente: Datos de investigación **Elaborado por:** Karina Solís y Viviana Araujo

Tabla 9. Análisis Descriptivo entre Síndrome de Burnout y especialidad.

Burnout						
	N	Media	Desviación estándar	Error estándar	95% del intervalo de confianza para la media	
					Límite inferior	Límite superior
Pediatría	76	1,72	,450	,052	1,62	1,83
Ginecología	65	1,80	,403	,050	1,70	1,90
Medicina familiar	35	1,74	,443	,075	1,59	1,90
Medicina interna	40	1,63	,490	,078	1,47	1,78
Cirugía general	25	1,40	,500	,100	1,19	1,61
Traumatología	19	1,53	,513	,118	1,28	1,77
Emergencia	47	1,85	,360	,052	1,75	1,96
Total	307	1,71	,454	,026	1,66	1,76

Fuente: Datos de investigación **Elaborado por:** Karina Solís y Viviana Araujo

Tabla 10. Análisis Anova entre Síndrome de Burnout y especialidad.

Prueba de homogeneidad de varianzas			
Burnout			
Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
7,615	6	300	,000

Anova					
Burnout					
	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	4,846	6	,808	4,153	,001
Dentro de grupos	58,352	300	,195		
Total	63,199	306			

Fuente: Datos de investigación **Elaborado por:** Karina Solís y Viviana Araujo

En los gráficos expuestos podemos observar que el mayor porcentaje de Burnout se encuentra en la especialidad de Pediatría, seguida de Cirugía General y Medicina Interna, cabe resaltar que del número total de postgradistas evaluados de Cirugía General son 25 personas, de los cuales 15 son positivos para Burnout que corresponde al 60% del total de Posgradistas de Cirugía General que participaron. La prueba estadística Anova concluye que existen diferencias de medias estadísticas significativas en la especialidad de Cirugía General y entre las especialidades de Ginecología, Emergencia y Pediatría. (Ver tabla 24).

Tabla 11. Distribución de los participantes por presencia de Síndrome de Burnout según edad.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
25-30	55	61.8
31-35	33	37.1
36-40	1	1.1
Total	89	100.0

Fuente: Datos de investigación **Elaborado por:** Karina Solís y Viviana Araujo

Podemos observar que los participantes afectados por el síndrome de burnout se encontraron en el grupo etario 25 – 30 años, representando el 61.8%.

Tabla 12. Análisis descriptivo entre el síndrome Burnout, la edad y especialidad.

Especialidad	N	Media	Desviación estándar	Error estándar	95% del intervalo de confianza para la media	
					Límite inferior	Límite superior
Pediatría	21	1,52	,512	,112	1,29	1,76
Ginecología	13	1,54	,660	,183	1,14	1,94
Medicina familiar	9	1,56	,527	,176	1,15	1,96
Medicina interna	15	1,27	,458	,118	1,01	1,52
Cirugía general	15	1,07	,258	,067	,92	1,21
Traumatología	9	1,22	,441	,147	,88	1,56
Emergencia	7	1,71	,488	,184	1,26	2,17

Fuente: Datos de investigación

Elaborado por: Karina Solís y Viviana Araujo

Tabla 13. Anova de un factor entre el Síndrome de Burnout, edad y especialidad.

Prueba de homogeneidad de varianzas					
Edad					
Especialidad	Estadístico de Levene	Gl1	Gl2	Sig.	
Pediatría	7,713	1	74	,007	
Ginecología	1,478	1	63	,229	
Medicina familiar	,243	1	33	,625	
Medicina interna	,284	1	38	,598	
Cirugía general	21,888	1	23	,000	
Traumatología	,050	1	17	,825	
Emergencia	2,450	1	45	,125	

Anova						
Especialidad		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Pediatría	Entre grupos	1,256	1	1,256	6,127	,016
	Dentro de grupos	15,165	74	,205		
	Total	16,421	75			
Ginecología	Entre grupos	,096	1	,096	,302	,585
	Dentro de grupos	20,058	63	,318		
	Total	20,154	64			
Medicina familiar	Entre grupos	,425	1	,425	1,367	,251
	Dentro de grupos	10,261	33	,311		
	Total	10,686	34			
Medicina interna	Entre grupos	,042	1	,042	,177	,676
	Dentro de grupos	8,933	38	,235		

	Total	8,975	39			
Cirugía general	Entre grupos	,667	1	,667	4,600	,043
	Dentro de grupos	3,333	23	,145		
	Total	4,000	24			
Traumatología	Entre grupos	,002	1	,002	,013	,912
	Dentro de grupos	3,156	17	,186		
	Total	3,158	18			
Emergencia	Entre grupos	,078	1	,078	,206	,652
	Dentro de grupos	17,029	45	,378		
	Total	17,106	46			

Fuente: Datos de investigación **Elaborado por:** Karina Solís y Viviana Araujo

Se realizó un análisis para identificar si la edad tiene significancia estadística por especialidad en los casos de síndrome de burnout, se puede observar que de acuerdo al análisis ANOVA existe una diferencia de varianza y significancia estadística en los grupos de Pediatría y Cirugía General donde se encuentran el mayor número de casos positivos de Burnout.

Tabla 14. Distribución de los participantes por presencia de Síndrome de Burnout según el sexo.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	41	46.1
Femenino	48	53.9
Total	89	100.0

Fuente: Datos de investigación **Elaborado por:** Karina Solís y Viviana Araujo

El sexo femenino es el más afectado con síndrome de burnout, representando el 53.9%.

Tabla 15. Análisis descriptivo entre el síndrome Burnout, género y especialidad.

Especialidad		N	Media	Desviación estándar	Error estándar	95% del intervalo de confianza para la media	
						Límite inferior	Límite superior
Pediatria	Masculino	16	1,69	,479	,120	1,43	1,94
	Femenino	60	1,73	,446	,058	1,62	1,85
	Total	76	1,72	,450	,052	1,62	1,83
Ginecología	Masculino	34	1,79	,410	,070	1,65	1,94
	Femenino	31	1,81	,402	,072	1,66	1,95
	Total	65	1,80	,403	,050	1,70	1,90
Medicina familiar	Masculino	6	1,50	,548	,224	,93	2,07
	Femenino	29	1,79	,412	,077	1,64	1,95
	Total	35	1,74	,443	,075	1,59	1,90
Medicina interna	Masculino	15	1,73	,458	,118	1,48	1,99
	Femenino	25	1,56	,507	,101	1,35	1,77
	Total	40	1,63	,490	,078	1,47	1,78
Cirugía general	Masculino	19	1,53	,513	,118	1,28	1,77
	Femenino	6	1,00	,000	,000	1,00	1,00
	Total	25	1,40	,500	,100	1,19	1,61
Traumatología	Masculino	17	1,53	,514	,125	1,26	1,79
	Femenino	2	1,50	,707	,500	-4,85	7,85
	Total	19	1,53	,513	,118	1,28	1,77
Emergencia	Masculino	27	1,81	,396	,076	1,66	1,97
	Femenino	20	1,90	,308	,069	1,76	2,04
	Total	47	1,85	,360	,052	1,75	1,96

Fuente: Datos de investigación **Elaborado por:** Karina Solís y Viviana Araujo

Tabla 16. Análisis Anova entre síndrome de Burnout, género y especialidad.

Prueba de homogeneidad de varianzas				
Burnout				
Especialidad	Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
Pediatria	,458	1	74	,501
Ginecología	,060	1	63	,807
Medicina familiar	2,962	1	33	,095
Medicina interna	5,064	1	38	,030
Cirugía general	1987,200	1	23	,000
Traumatología	,006	1	17	,938
Emergencia	2,771	1	45	,103

Anova						
Burnout						
Especialidad		Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig.
Pediatria	Entre grupos	,027	1	,027	,129	,720
	Dentro de grupos	15,171	74	,205		
	Total	15,197	75			
Ginecología	Entre grupos	,002	1	,002	,015	,903
	Dentro de grupos	10,398	63	,165		
	Total	10,400	64			
Medicina familiar	Entre grupos	,427	1	,427	2,252	,143
	Dentro de grupos	6,259	33	,190		
	Total	6,686	34			
Medicina interna	Entre grupos	,282	1	,282	1,177	,285
	Dentro de grupos	9,093	38	,239		
	Total	9,375	39			
Cirugía general	Entre grupos	1,263	1	1,263	6,133	,021
	Dentro de grupos	4,737	23	,206		
	Total	6,000	24			
Traumatología	Entre grupos	,002	1	,002	,006	,941
	Dentro de grupos	4,735	17	,279		
	Total	4,737	18			
Emergencia	Entre grupos	,083	1	,083	,639	,428
	Dentro de grupos	5,874	45	,131		
	Total	5,957	46			

Fuente: Datos de investigación **Elaborado por:** Karina Solís y Viviana Araujo

De acuerdo al sexo, la prueba estadística Anova concluye que existen diferencias entre los grupos de géneros estudiados que tienen síndrome de Burnout en la especialidad de Cirugía General.

Tabla 17. Distribución de los participantes con Síndrome de Burnout según estado civil.

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	50	56.2
Casado	35	39.3
Divorciado	4	4.5
Total	89	100.0

Fuente: Datos de investigación **Elaborado por:** Karina Solís y Viviana Araujo

Tabla 18. Análisis Descriptivo entre síndrome de Burnout, estado civil y especialidad.

Burnout							
Especialidad		N	Me- dia	Desvia- ción es- tándar	Error están- dar	95% del interva- lo de confianza para la media	
						Límite inferior	Límite superior
Pediatría	Soltero	41	1,71	,461	,072	1,56	1,85
	Casado	28	1,71	,460	,087	1,54	1,89
	Divorciado	5	1,80	,447	,200	1,24	2,36
	Unión libre	2	2,00	,000	,000	2,00	2,00
	Total	76	1,72	,450	,052	1,62	1,83
Ginecología	Soltero	34	1,79	,410	,070	1,65	1,94
	Casado	28	1,82	,390	,074	1,67	1,97
	Divorciado	3	1,67	,577	,333	,23	3,10
	Total	65	1,80	,403	,050	1,70	1,90
Medicina familiar	Soltero	15	1,80	,414	,107	1,57	2,03
	Casado	20	1,70	,470	,105	1,48	1,92
	Total	35	1,74	,443	,075	1,59	1,90
Medicina interna	Soltero	26	1,54	,508	,100	1,33	1,74
	Casado	12	1,75	,452	,131	1,46	2,04
	Divorciado	1	2,00	.	.	.	.
	Unión libre	1	2,00	.	.	.	.
	Total	40	1,63	,490	,078	1,47	1,78
Cirugía general	Soltero	13	1,38	,506	,140	1,08	1,69
	Casado	10	1,50	,527	,167	1,12	1,88
	Divorciado	2	1,00	,000	,000	1,00	1,00
	Total	25	1,40	,500	,100	1,19	1,61
Traumatología	Soltero	12	1,58	,515	,149	1,26	1,91
	Casado	6	1,33	,516	,211	,79	1,88
	Divorciado	1	2,00	.	.	.	.
	Total	19	1,53	,513	,118	1,28	1,77
Emergencia	Soltero	22	1,86	,351	,075	1,71	2,02
	Casado	21	1,81	,402	,088	1,63	1,99
	Divorciado	2	2,00	,000	,000	2,00	2,00
	Unión libre	2	2,00	,000	,000	2,00	2,00
	Total	47	1,85	,360	,052	1,75	1,96

Fuente: Datos de investigación

Elaborado por: Karina Solís y Viviana Araujo

Tabla 19. Análisis Anova entre síndrome de Burnout, estado civil y especialidad.

Prueba de homogeneidad de varianzas				
Burnout				
Especialidad	Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
Pediatría	3,088	3	72	,032
Ginecología	,568	2	62	,570

Medicina familiar	1,842	1	33	,184
Medicina interna	7,328 ^a	1	36	,010
Cirugía general	29,318	2	22	,000
Traumatología	,485 ^a	1	16	,496
Emergencia	1,790	3	43	,163

Anova						
Burnout						
Especialidad		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Pediatria	Entre grupos	,195	3	,065	,312	,816
	Dentro de grupos	15,002	72	,208		
	Total	15,197	75			
Ginecología	Entre grupos	,067	2	,034	,202	,818
	Dentro de grupos	10,333	62	,167		
	Total	10,400	64			
Medicina familiar	Entre grupos	,086	1	,086	,429	,517
	Dentro de grupos	6,600	33	,200		
	Total	6,686	34			
Medicina interna	Entre grupos	,663	3	,221	,914	,444
	Dentro de grupos	8,712	36	,242		
	Total	9,375	39			
Cirugía general	Entre grupos	,423	2	,212	,834	,447
	Dentro de grupos	5,577	22	,253		
	Total	6,000	24			
Traumatología	Entre grupos	,487	2	,243	,916	,420
	Dentro de grupos	4,250	16	,266		
	Total	4,737	18			
Emergencia	Entre grupos	,128	3	,043	,316	,814
	Dentro de grupos	5,829	43	,136		
	Total	5,957	46			

Fuente: Datos de investigación **Elaborado por:** Karina Solís y Viviana Araujo

De acuerdo a la tabla 17 el estado civil soltero representa el mayor porcentaje con el 56.2% de los casos de Burnout. Como podemos observar no existe diferencias de medias entre todos los grupos. La prueba estadística Anova concluye que no existen diferencias entre los grupos de estado civil según las especialidades estudiadas que tienen síndrome de Burnout.

Tabla 20. Distribución de los participantes por presencia de Síndrome de Burnout según carga horaria.

Carga horaria	Frecuencia	Porcentaje
40 - 60	4	4.5
61 - 80	30	33.7
81 - 100	45	50.6
Mayores 121	10	11.2
Total	89	100.0

Fuente: Datos de investigación **Elaborado por:** Karina Solís y Viviana Araujo

De acuerdo al porcentaje, el grupo carga horaria de 81- 100 horas semanales es el mayormente afectado representa el 50.6%.

Tabla 21. Porcentaje de carga horaria según la especialidad en los participantes afectados por Burnout.

Especialidad		Frecuencia	Porcentaje
Pediatría	40 - 60	1	4.8
	61 - 80	8	38.1
	81 - 100	10	47.6
	Mayores 121	2	9.5
	Total	21	100.0
Ginecología	61 - 80	8	61.5
	81 - 100	4	30.8
	Mayores 121	1	7.7
	Total	13	100.0
Medicina familiar	61 - 80	3	33.3
	81 - 100	6	66.7
	Total	9	100.0
Medicina interna	40 - 60	1	6.7
	61 - 80	1	6.7
	81 - 100	12	80.0
	Mayores 121	1	6.7
	Total	15	100.0
Cirugía general	81 - 100	9	60.0
	Mayores 121	6	40.0
	Total	15	100.0
Traumatología	61 - 80	5	55.6
	81 - 100	4	44.4

	Total	9	100.0
Emergencia	40 - 60	2	28.6
	61 - 80	5	71.4
	Total	7	100.0

Fuente: Datos de investigación **Elaborado por:** Karina Solís y Viviana Araujo

Podemos observar que las especialidades mayormente afectadas son Pediatría, Medicina Interna y Cirugía General en rango de 81-100 horas semanales. Además es importante resaltar que en el rango de mayor a 121 horas semanales laboradas los casos de Burnout se encuentran en la especialidad de Cirugía General.

Tabla 22. Análisis Descriptivo entre Síndrome de Burnout, carga horaria y especialidad.

Burnout							
Especialidad		N	Media	Desviación estándar	Error estándar	95% del intervalo de confianza para la media	
						Límite inferior	Límite superior
Pediatría	40 - 60	3	1,67	,577	,333	,23	3,10
	61 - 80	30	1,73	,450	,082	1,57	1,90
	81 - 100	41	1,76	,435	,068	1,62	1,89
	MAYORES 121	2	1,00	,000	,000	1,00	1,00
	Total	76	1,72	,450	,052	1,62	1,83
Ginecología	40 - 60	8	2,00	,000	,000	2,00	2,00
	61 - 80	40	1,80	,405	,064	1,67	1,93
	81 - 100	16	1,75	,447	,112	1,51	1,99
	5,00	1	1,00	.	.	.	.
	Total	65	1,80	,403	,050	1,70	1,90
Medicina familiar	40 - 60	1	2,00	.	.	.	.
	61 - 80	10	1,70	,483	,153	1,35	2,05
	81 - 100	21	1,71	,463	,101	1,50	1,92
	MAYORES 121	3	2,00	,000	,000	2,00	2,00
	Total	35	1,74	,443	,075	1,59	1,90
Medicina interna	40 - 60	2	1,50	,707	,500	-4,85	7,85
	61 - 80	9	1,89	,333	,111	1,63	2,15
	81 - 100	28	1,57	,504	,095	1,38	1,77
	MAYORES 121	1	1,00	.	.	.	.
	Total	40	1,63	,490	,078	1,47	1,78

Cirugía general	61 - 80	2	2,00	,000	,000	2,00	2,00
	81 - 100	17	1,47	,514	,125	1,21	1,74
	MAYORES 121	6	1,00	,000	,000	1,00	1,00
	Total	25	1,40	,500	,100	1,19	1,61
Traumatología	40 - 60	1	2,00	.	.	.	.
	61 - 80	10	1,50	,527	,167	1,12	1,88
	81 - 100	8	1,50	,535	,189	1,05	1,95
	Total	19	1,53	,513	,118	1,28	1,77
Emergencia	40 - 60	23	1,91	,288	,060	1,79	2,04
	61 - 80	22	1,77	,429	,091	1,58	1,96
	81 - 100	2	2,00	,000	,000	2,00	2,00
	Total	47	1,85	,360	,052	1,75	1,96

Fuente: Datos de investigación **Elaborado por:** Karina Solís y Viviana Araujo

Tabla 23. Análisis Anova entre Síndrome de Burnout, carga horaria y especialidad.

Prueba de homogeneidad de varianzas				
Burnout				
Especialidad	Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
Pediatría	2,186	3	72	,097
Ginecología	8,224 ^a	2	61	,001
Medicina familiar	6,420 ^a	2	31	,005
Medicina interna	15,786 ^a	2	36	,000
Cirugía general	1013,760	2	22	,000
Traumatología	,000 ^a	1	16	1,000
Emergencia	4,949	2	44	,012

Anova						
Burnout						
Especialidad		Suma de cuadrados	GI	Media cuadrática	F	Sig.
Pediatría	Entre grupos	1,103	3	,368	1,878	,141
	Dentro de grupos	14,094	72	,196		
	Total	15,197	75			
Ginecología	Entre grupos	1,000	3	,333	2,163	,102
	Dentro de grupos	9,400	61	,154		
	Total	10,400	64			
Medicina familiar	Entre grupos	,300	3	,100	,485	,695
	Dentro de grupos	6,386	31	,206		
	Total	6,686	34			
Medicina interna	Entre grupos	1,129	3	,376	1,643	,197
	Dentro de grupos	8,246	36	,229		
	Total	9,375	39			
Cirugía general	Entre grupos	1,765	2	,882	4,583	,022
	Dentro de grupos	4,235	22	,193		
	Total	6,000	24			
Traumatología	Entre grupos	,237	2	,118	,421	,663
	Dentro de grupos	4,500	16	,281		

	Total	4,737	18			
Emergencia	Entre grupos	,268	2	,134	1,035	,364
	Dentro de grupos	5,690	44	,129		
	Total	5,957	46			

Fuente: Datos de investigación **Elaborado por:** Karina Solís y Viviana Araujo

Tabla 24. Pruebas Post Hoc entre Síndrome de Burnout, carga horaria y especialidad.

Especialidad	(i) carga horaria	(j) carga horaria	Diferencia de medias (i-j)	Error estándar	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
						Límite inferior	Límite superior
Pediatria	40 – 60	61 - 80	-,067	,268	,995	-,77	,64
		81 - 100	-,089	,265	,987	-,79	,61
		Mayores 121	,667	,404	,357	-,40	1,73
	61 – 80	40 - 60	,067	,268	,995	-,64	,77
		81 - 100	-,023	,106	,996	-,30	,26
		Mayores 121	,733	,323	,115	-,12	1,58
	81 – 100	40 - 60	,089	,265	,987	-,61	,79
		61 - 80	,023	,106	,996	-,26	,30
		Mayores 121	,756	,320	,094	-,09	1,60
	Mayores 121	40 - 60	-,667	,404	,357	-1,73	,40
		61 - 80	-,733	,323	,115	-1,58	,12
		81 - 100	-,756	,320	,094	-1,60	,09
Cirugía general	61 – 80	81 - 100	,529	,328	,261	-,29	1,35
		Mayores 121	1,000*	,358	,028	,10	1,90
	81 – 100	61 - 80	-,529	,328	,261	-1,35	,29
		Mayores 121	,471	,208	,083	-,05	,99
	Mayores 121	61 - 80	-1,000*	,358	,028	-1,90	-,10
		81 - 100	-,471	,208	,083	-,99	,05
Emergencia	40 – 60	61 - 80	,140	,107	,398	-,12	,40
		81 - 100	-,087	,265	,942	-,73	,56
	61 – 80	40 - 60	-,140	,107	,398	-,40	,12
		81 - 100	-,227	,266	,671	-,87	,42
	81 – 100	40 - 60	,087	,265	,942	-,56	,73
		61 - 80	,227	,266	,671	-,42	,87

*. La diferencia de medias es significativa en el nivel 0.05.

Fuente: Datos de investigación **Elaborado por:** Karina Solís y Viviana Araujo

En el análisis descriptivo podemos observar que el nivel promedio de Burnout es igual para todas las cargas horarias. La prueba estadística Anova concluye que existe diferencia esta-

dísticamente significativa de las medias de los casos positivos de Burnout en la especialidad de Cirugía general entre los rangos de 61-80 y del rango mayor a 121 horas.

Tabla 25. Estadísticos descriptivos (media y desviación típica) de las puntuaciones del total de la muestra en cada una de las dimensiones del MBI-HSS según la variable cargo profesional.

		N	Media	Desviación estándar	Error estándar	95% del intervalo de confianza para la media	
						Límite inferior	Límite superior
Cansancio emocional	Pediatría	76	29.50	10.825	1.242	27.03	31.97
	Ginecología	65	24.17	12.080	1.498	21.18	27.16
	Medicina familiar	35	28.49	10.910	1.844	24.74	32.23
	Medicina interna	40	29.20	10.610	1.678	25.81	32.59
	Cirugía general	25	38.72	11.002	2.200	34.18	43.26
	Traumatología	19	30.21	9.437	2.165	25.66	34.76
	Emergencia	47	21.91	12.065	1.760	18.37	25.46
	Total	307	27.85	11.945	.682	26.51	29.19
Despersonalización	Pediatría	76	11.32	6.091	.699	9.92	12.71
	Ginecología	65	10.78	5.754	.714	9.36	12.21
	Medicina familiar	35	10.23	5.771	.975	8.25	12.21
	Medicina interna	40	11.70	4.869	.770	10.14	13.26
	Cirugía general	25	16.60	7.141	1.428	13.65	19.55
	Traumatología	19	14.11	5.990	1.374	11.22	16.99
	Emergencia	47	9.34	6.284	.917	7.50	11.19
	Total	307	11.43	6.193	.353	10.73	12.13
Realización personal	Pediatría	76	35.58	7.223	.828	33.93	37.23
	Ginecología	65	36.06	6.937	.860	34.34	37.78
	Medicina familiar	35	32.57	7.350	1.242	30.05	35.10
	Medicina interna	40	34.80	6.390	1.010	32.76	36.84
	Cirugía general	25	31.96	9.441	1.888	28.06	35.86
	Traumatología	19	32.16	8.441	1.937	28.09	36.23
	Emergencia	47	35.23	9.655	1.408	32.40	38.07
	Total	307	34.68	7.837	.447	33.80	35.56

Fuente: Datos de investigación **Elaborado por:** Karina Solís y Viviana Araujo

En la tabla se puede observar que los postgradistas de cirugía general son quienes poseen puntuaciones de medias altas en las dimensiones de cansancio emocional, despersonalización y un menor nivel de realización personal. En contraste los postgradistas de emergencias son los que presentan puntuaciones de medias bajas en cansancio emocional y despersonalización, mientras que los de ginecología son los que presentan mayor realización personal.

Tabla 26. Estadísticos descriptivos (media y desviación típica) de las puntuaciones del total de la muestra en cada una de las dimensiones de la EHC-PS según la variable cargo profesional.

		N	Media	Desviación estándar	Error estándar	95% del intervalo de confianza para la media	
						Límite superior	Límite inferior
Comunicación informativa	Pediatría	76	27.62	3.684	.423	26.78	28.46
	Ginecología	65	27.29	4.946	.613	26.07	28.52
	Medicina familiar	35	27.49	2.954	.499	26.47	28.50
	Medicina interna	40	28.33	2.795	.442	27.43	29.22
	Cirugía general	25	26.56	4.154	.831	24.85	28.27
	Traumatología	19	26.74	5.321	1.221	24.17	29.30
	Emergencia	47	27.47	4.122	.601	26.26	28.68
	Total	307	27.46	4.024	.230	27.01	27.91
Empatía	Pediatría	76	23.91	3.663	.420	23.07	24.74
	Ginecología	65	22.83	4.986	.618	21.60	24.07
	Medicina familiar	35	23.54	2.405	.407	22.72	24.37
	Medicina interna	40	23.70	3.488	.551	22.58	24.82
	Cirugía general	25	21.40	3.354	.671	20.02	22.78
	Traumatología	19	20.63	4.193	.962	18.61	22.65

	Emergencia	47	23.04	4.467	.652	21.73	24.35
	Total	307	23.07	4.057	.232	22.62	23.53
Respeto	Pediatría	76	15.14	2.183	.250	14.65	15.64
	Ginecología	65	15.09	2.390	.296	14.50	15.68
	Medicina familiar	35	15.14	1.987	.336	14.46	15.83
	Medicina interna	40	15.63	1.821	.288	15.04	16.21
	Cirugía general	25	14.32	2.750	.550	13.19	15.45
	Traumatología	19	14.16	2.794	.641	12.81	15.50
	Emergencia	47	14.83	2.316	.338	14.15	15.51
	Total	307	15.02	2.287	.131	14.76	15.28
Habilidad social	Pediatría	76	17.21	2.844	.326	16.56	17.86
	Ginecología	65	17.31	3.592	.446	16.42	18.20
	Medicina familiar	35	15.91	2.560	.433	15.04	16.79
	Medicina interna	40	17.03	2.236	.354	16.31	17.74
	Cirugía general	25	16.16	3.693	.739	14.64	17.68
	Traumatología	19	16.53	3.470	.796	14.85	18.20
	Emergencia	47	17.47	3.127	.456	16.55	18.39
	Total	307	16.97	3.093	.177	16.62	17.32

Fuente: Datos de investigación **Elaborado por:** Karina Solís y Viviana Araujo

En la tabla se puede apreciar que existen puntuaciones altas en las dimensiones de comunicación informativa y empatía en todas las especialidades investigadas que se les aplicó la escala de EHC-PS. Los postgradistas de medicina interna son los que tienen desarrolladas las habilidades de comunicación informativa y respeto, mientras que los de pediatría tienen mayor empatía; y los de emergencias tienen mayor habilidad social; mientras que los de cirugía general son los que tienen las puntuaciones más bajas en comunicación informativa, empatía y habilidad social.

Tabla 27. Análisis descriptivo entre las diferentes dimensiones del MBI y la variable cargo profesional en los participantes con Síndrome de Burnout.

Descriptivos							
Burnout		N	Media	Desviación estándar	Error estándar	95% del intervalo de confianza para la media	
						Límite inferior	Límite superior
Cansancio emocional	Pediatría	21	39.05	7.081	1.545	35.82	42.27
	Ginecología	13	36.00	7.047	1.955	31.74	40.26
	Medicina familiar	9	35.89	6.882	2.294	30.60	41.18
	Medicina interna	15	38.27	7.294	1.883	34.23	42.31
	Cirugía general	15	44.47	7.405	1.912	40.37	48.57
	Traumatología	9	34.33	6.021	2.007	29.71	38.96
	Emergencia	7	35.86	9.651	3.648	26.93	44.78
	Total	89	38.34	7.706	.817	36.71	39.96
Despersonalización	Pediatría	21	17.33	5.151	1.124	14.99	19.68
	Ginecología	13	15.00	5.083	1.410	11.93	18.07
	Medicina familiar	9	14.22	4.816	1.605	10.52	17.92
	Medicina interna	15	14.53	2.875	.742	12.94	16.13
	Cirugía general	15	18.93	6.330	1.634	15.43	22.44
	Traumatología	9	18.11	5.134	1.711	14.16	22.06
	Emergencia	7	17.14	4.811	1.818	12.69	21.59
	Total	89	16.54	5.130	.544	15.46	17.62
Realización personal	Pediatría	21	32.38	7.345	1.603	29.04	35.72
	Ginecología	13	31.23	8.516	2.362	26.08	36.38
	Medicina familiar	9	32.00	8.337	2.779	25.59	38.41
	Medicina interna	15	30.60	6.139	1.585	27.20	34.00
	Cirugía general	15	29.40	9.590	2.476	24.09	34.71
	Traumatología	9	30.00	8.718	2.906	23.30	36.70
	Emergencia	7	31.86	7.151	2.703	25.24	38.47
	Total	89	31.09	7.789	.826	29.45	32.73

Fuente: Datos de investigación **Elaborado por:** Karina Solís y Viviana Araujo

Entre las diferencias de medias de los participantes afectados por Burnout se observan, que hay una mayor afectación en las dimensiones cansancio emocional y despersonalización en los postgradistas de cirugía general y una baja realización personal. A su vez los postgradistas de traumatología se ven afectados en la dimensión de despersonalización.

Tabla 28. Análisis descriptivo entre las diferentes dimensiones de EHC-PS y la variable cargo profesional en los participantes con Síndrome de Burnout.

Descriptivos							
Burnout		N	Media	Desviación estándar	Error estándar	95% del intervalo de confianza para la media	
						Límite inferior	Límite superior
Comunicación informativa	Pediatría	21	26.48	3.763	.821	24.76	28.19
	Ginecología	13	26.38	4.629	1.284	23.59	29.18
	Medicina familiar	9	28.44	3.678	1.226	25.62	31.27
	Medicina interna	15	27.67	2.350	.607	26.37	28.97
	Cirugía general	15	25.40	4.273	1.103	23.03	27.77
	Traumatología	9	24.56	5.503	1.834	20.33	28.79
	Emergencia	7	27.43	4.685	1.771	23.10	31.76
	Total	89	26.56	4.084	.433	25.70	27.42
Empatía	Pediatría	21	22.95	3.993	.871	21.13	24.77
	Ginecología	13	22.69	4.697	1.303	19.85	25.53
	Medicina familiar	9	23.78	3.232	1.077	21.29	26.26
	Medicina interna	15	22.60	2.501	.646	21.21	23.99
	Cirugía general	15	20.60	3.269	.844	18.79	22.41
	Traumatología	9	20.11	4.226	1.409	16.86	23.36
	Emergencia	7	20.29	5.155	1.948	15.52	25.05
	Total	89	22.04	3.914	.415	21.22	22.87
Respeto	Pediatría	21	14.10	2.406	.525	13.00	15.19
	Ginecología	13	14.62	2.103	.583	13.34	15.89
	Medicina familiar	9	14.67	2.179	.726	12.99	16.34
	Medicina interna	15	14.73	1.792	.463	13.74	15.73
	Cirugía general	15	13.93	2.658	.686	12.46	15.41
	Traumatología	9	13.67	3.464	1.155	11.00	16.33
	Emergencia	7	13.71	2.812	1.063	11.11	16.31
	Total	89	14.24	2.403	.255	13.73	14.74
Habilidad social	Pediatría	21	16.86	2.903	.634	15.54	18.18
	Ginecología	13	17.00	3.719	1.032	14.75	19.25
	Medicina familiar	9	16.44	1.878	.626	15.00	17.89
	Medicina interna	15	16.73	2.344	.605	15.44	18.03
	Cirugía general	15	15.20	4.144	1.070	12.91	17.49

	Traumatología	9	15.56	3.127	1.042	13.15	17.96
	Emergencia	7	17.14	3.436	1.299	13.96	20.32
	Total	89	16.43	3.147	.334	15.76	17.09

Fuente: Datos de investigación **Elaborado por:** Karina Solís y Viviana Araujo

En comparación sobre las diferentes habilidades de comunicación que poseen los sujetos de la muestra que tiene síndrome de Burnout, se encontraron unas puntuaciones altas en: comunicación informativa y empatía, con mayor predominio para comunicación informativa en la especialidad de medicina familiar, emergencia y para empatía en medicina familiar. En cuanto habilidad social la especialidad con mayor puntaje es emergencia y en la dimensión respeto todas las especialidades mantuvieron valores similares. Las especialidades de cirugía general y traumatología reflejan valores bajos en las dimensiones de comunicación informativa, empatía y habilidad social.

Tabla 29. Análisis Anova entre las diferentes dimensiones del MBI y la EHC-PS y la variable cargo profesional en los participantes con Síndrome de Burnout.

		Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig.
Cansancio emocional	Entre grupos	886.523	6	147.754	2.792	.016
	Dentro de grupos	4339.365	82	52.919		
	Total	5225.888	88			
Despersonalización	Entre grupos	263.477	6	43.913	1.754	.119
	Dentro de grupos	2052.635	82	25.032		
	Total	2316.112	88			
Realización personal	Entre grupos	103.964	6	17.327	.271	.949
	Dentro de grupos	5235.317	82	63.845		
	Total	5339.281	88			
Comunicación informativa	Entre grupos	112.503	6	18.751	1.134	.350
	Dentro de grupos	1355.407	82	16.529		
	Total	1467.910	88			
Empatía	Entre grupos	141.026	6	23.504	1.597	.158
	Dentro de grupos	1206.795	82	14.717		
	Total	1347.820	88			
Respeto	Entre grupos	13.863	6	2.311	.383	.888

	Dentro de grupos	494.182	82	6.027		
	Total	508.045	88			
Habilidad social	Entre grupos	42.569	6	7.095	.702	.649
	Dentro de grupos	829.206	82	10.112		
	Total	871.775	88			
	Dentro de grupos	3330.417	211	15.784		
	Total	3384.720	217			

Fuente: Datos de investigación **Elaborado por:** Karina Solís y Viviana Araujo

La prueba estadística Anova de los participantes que tienen síndrome de Burnout para la variable cargo profesional concluye que no existe una diferencia estadística significativa con respecto a la comunicación informativa, respeto, empatía, habilidad social, en cuanto a las dimensiones de Burnout existe una diferencia estadística significativas en la dimensión cansancio emocional con predominio en la especialidad de Cirugía General.

Tabla 30. Estadística descriptiva (media, moda, máximo y mínimo) de las puntuaciones de la muestra en las dimensiones de la EHC-PS según la variable cargo profesional.

Especialidad		Comunicación informativa	Empatía	Respeto	Habilidad social
Pediatria	N | Válido	76	76	76	76
	Media	27,62	23,91	15,14	17,21
	Moda	31	24	18	17
	Mínimo	20	16	10	10
	Máximo	35	30	18	23
Ginecología	N | Válido	65	65	65	65
	Media	27,29	22,83	15,09	17,31
	Moda	27 ^a	23	16	17 ^a
	Mínimo	11	9	6	7
	Máximo	36	30	18	24
Medicina familiar	N | Válido	35	35	35	35
	Media	27,49	23,54	15,14	15,91
	Moda	27	25	16	14
	Mínimo	23	19	10	11
	Máximo	35	29	18	22
	Media	28,33	23,70	15,63	17,03

	Moda	28	27	15	17 ^a
	Mínimo	20	16	12	12
	Máximo	35	30	18	21
Cirugía general	N | Válido	25	25	25	25
	Media	26,56	21,40	14,32	16,16
	Moda	28	20	12	16
	Mínimo	19	15	10	9
	Máximo	36	29	18	23
Traumatología	N | Válido	19	19	19	19
	Media	26,74	20,63	14,16	16,53
	Moda	28 ^a	20	16	17
	Mínimo	14	14	9	10
	Máximo	36	29	18	24
Emergencia	N | Válido	47	47	47	47
	Media	27,47	23,04	14,83	17,47
	Moda	28	20 ^a	15	18 ^a
	Mínimo	17	12	9	10
	Máximo	35	30	18	24

Fuente: Datos de investigación **Elaborado por:** Karina Solís y Viviana Araujo

De acuerdo a las frecuencias seleccionadas por los participantes en la encuesta EHC-PS y de acuerdo a los resultados de la moda y media se puede observar que el tipo de comunicación que predomina en los postgradistas es la comunicación informativa seguida de la empatía, habilidad social y respeto.

Tabla 31. Comunicación informativa en médicos postgradistas de las áreas clínicas y quirúrgicas de la PUCE.

Comunicación informativa	Frecuencia	Porcentaje
Muy desfavorable	1	0,3
Desfavorable	7	2,3
Favorable	56	18,2
Muy favorable	243	79,2
Total	307	100,0

Fuente: Datos de investigación **Elaborado por:** Karina Solís y Viviana Araujo

Tabla 32. Comunicación Informativa de acuerdo a especialidades de los postgrados clínicos y quirúrgicos de la PUCE.

Especialidad	Comunicación informativa	Frecuencia	Porcentaje
Pediatría	Favorable	16	21,1
	Muy favorable	60	78,9
	Total	76	100,0
Ginecología	Muy desfavorable	1	1,5
	Desfavorable	3	4,6
	Favorable	13	20,0
	Muy favorable	48	73,8
	Total	65	100,0
Medicina familiar	Favorable	5	14,3
	Muy favorable	30	85,7
	Total	35	100,0
Medicina interna	Favorable	2	5,0
	Muy favorable	38	95,0
	Total	40	100,0
Cirugía general	Favorable	9	36,0
	Muy favorable	16	64,0
	Total	25	100,0
Traumatología	Desfavorable	2	10,5
	Favorable	2	10,5
	Muy favorable	15	78,9
	Total	19	100,0
Emergencia	Desfavorable	2	4,3
	Favorable	9	19,1
	Muy favorable	36	76,6
	Total	47	100,0

Fuente: Datos de investigación **Elaborado por:** Karina Solís y Viviana Araujo

Del total de postgradistas participantes se puede observar que el 79% tiene una muy favorable comunicación informativa, de acuerdo a los porcentajes obtenidos la especialidad con los mayores puntajes son: medicina interna y medicina familiar, las especialidades con menor porcentaje es ginecología y cirugía general. Los únicos porcentajes registrados con una desfavorable comunicación informativa se observan en el área de traumatología donde se registra el mayor porcentaje, seguido de ginecología y emergencia.

Tabla 33. Comunicación informativa en postgradistas con y sin Burnout de las áreas clínicas y quirúrgicas de la PUCE.

Burnout		Frecuencia	Porcentaje
Positivo	Desfavorable	3	3,4
	Favorable	22	24,7
	Muy favorable	64	71,9
	Total	89	100,0
Negativo	Muy desfavorable	1	,5
	Desfavorable	4	1,8
	Favorable	34	15,6
	Muy favorable	179	82,1
	Total	218	100,0

Fuente: Datos de investigación **Elaborado por:** Karina Solís y Viviana Araujo

Tabla 34. Comunicación Informativa en postgradistas con y sin Burnout de acuerdo a las especialidades clínicas y quirúrgicas de los participantes.

Especialidad	Burnout		Frecuencia	Porcentaje
Pediatría	Positivo	Favorable	6	28,6
		Muy favorable	15	71,4
		Total	21	100,0
	Negativo	Favorable	10	18,2
		Muy favorable	45	81,8
		Total	55	100,0
Ginecología	Positivo	Desfavorable	1	7,7
		Favorable	3	23,1
		Muy favorable	9	69,2
		Total	13	100,0
	Negativo	Muy desfavorable	1	1,9
		Desfavorable	2	3,8
		Favorable	10	19,2
		Muy favorable	39	75,0
Total	52	100,0		
Medicina familiar	Positivo	Favorable	2	22,2
		Muy favorable	7	77,8
		Total	9	100,0
	Negativo	Favorable	3	11,5
		Muy favorable	23	88,5
		Total	26	100,0
Medicina interna	Positivo	Favorable	1	6,7
		Muy favorable	14	93,3
		Total	15	100,0
	Negativo	Favorable	1	4,0
		Muy favorable	24	96,0
		Total	25	100,0

Cirugía general	Positivo	Favorable	7	46,7
		Muy favorable	8	53,3
		Total	15	100,0
	Negativo	Favorable	2	20,0
		Muy favorable	8	80,0
		Total	10	100,0
Traumatología	Positivo	Desfavorable	2	22,2
		Favorable	1	11,1
		Muy favorable	6	66,7
		Total	9	100,0
	Negativo	Favorable	1	10,0
		Muy favorable	9	90,0
Emergencia	Positivo	Favorable	2	28,6
		Muy favorable	5	71,4
		Total	7	100,0
	Negativo	Desfavorable	2	5,0
		Favorable	7	17,5
		Muy favorable	31	77,5
		Total	40	100,0

Fuente: Datos de investigación **Elaborado por:** Karina Solís y Viviana Araujo

Del total de postgradistas sin Burnout se puede observar que en comparación con el grupo de postgradistas con Burnout el porcentaje de comunicación informativa muy favorable desciende de 82% al 71,9%, si se compara entre todas las especialidades tienen la misma tendencia al descenso en el porcentaje de comunicación informativa, registrándose los porcentajes más bajos de descenso en Traumatología con el 66,7% y Cirugía General con el 53,3%.

Tabla 35. Comunicación Empática en médicos postgradistas de las áreas clínicas y quirúrgicas de la PUCE.

Empatía	Frecuencia	Porcentaje
Muy desfavorable	1	,3
Desfavorable	12	3,9
Favorable	64	20,8
Muy favorable	230	74,9
Total	307	100,0

Fuente: Datos de investigación **Elaborado por:** Karina Solís y Viviana Araujo

Tabla 36. Comunicación Empática en médicos postgradistas con y sin Burnout de las áreas clínicas y quirúrgicas de la PUCE.

Burnout		Frecuencia	Porcentaje
Positivo	Desfavorable	4	4,5
	Favorable	26	29,2
	Muy favorable	59	66,3
	Total	89	100,0
Negativo	Muy desfavorable	1	,5
	Desfavorable	8	3,7
	Favorable	38	17,4
	Muy favorable	171	78,4
	Total	218	100,0

Fuente: Datos de investigación **Elaborado por:** Karina Solís y Viviana Araujo

Tabla 37. Comunicación Empática en médicos postgradistas con y sin Burnout de acuerdo a las especialidades clínicas y quirúrgicas de la PUCE.

Especialidad	Burnout	Frecuencia	Porcentaje	
Pediatría	Positivo	Favorable	6	28,6
		Muy favorable	15	71,4
		Total	21	100,0
	Negativo	Favorable	8	14,5
		Muy favorable	47	85,5
		Total	55	100,0
Ginecología	Positivo	Desfavorable	1	7,7
		Favorable	2	15,4
		Muy favorable	10	76,9
		Total	13	100,0
	Negativo	Muy desfavorable	1	1,9
		Desfavorable	5	9,6
		Favorable	6	11,5
		Muy favorable	40	76,9
Total	52	100,0		
Medicina familiar	Positivo	Favorable	2	22,2
		Muy favorable	7	77,8
		Total	9	100,0
	Negativo	Favorable	2	7,7
		Muy favorable	24	92,3
		Total	26	100,0
Medicina interna	Positivo	Favorable	1	6,7
		Muy favorable	14	93,3
		Total	15	100,0
	Negativo	Favorable	5	20,0
		Muy favorable	20	80,0
		Total	25	100,0

Cirugía general	Positivo	Desfavorable	1	6,7
		Favorable	7	46,7
		Muy favorable	7	46,7
		Total	15	100,0
	Negativo	Favorable	5	50,0
		Muy favorable	5	50,0
Total		10	100,0	
Traumatología	Positivo	Desfavorable	1	11,1
		Favorable	5	55,6
		Muy favorable	3	33,3
		Total	9	100,0
	Negativo	Desfavorable	1	10,0
		Favorable	4	40,0
		Muy favorable	5	50,0
		Total	10	100,0
Emergencia	Positivo	Desfavorable	1	14,3
		Favorable	3	42,9
		Muy favorable	3	42,9
		Total	7	100,0
	Negativo	Desfavorable	2	5,0
		Favorable	8	20,0
		Muy favorable	30	75,0
		Total	40	100,0

Fuente: Datos de investigación **Elaborado por:** Karina Solís y Viviana Araujo

De acuerdo a los resultados obtenidos se puede observar que el 74,9% de los postgradistas participantes tienen una comunicación empática muy favorable. En los afectados por síndrome de Burnout se puede observar un descenso del 66.3% en la comunicación empática muy favorable y un incremento del 4.5% en la comunicación empática desfavorable. En comparación con los médicos postgradistas sin Burnout que mantienen un porcentaje elevado del 78,4% de muy favorable comunicación empática y un descenso del 3,7% que indica una desfavorable comunicación empática. En el grupo de postgradistas con Burnout según la especialidad, predomina la comunicación empática desfavorable con el 14.3% en emergencia, el 11.1% en traumatología, y el 6.7% en cirugía general; mientras que las especialidades que mantienen una comunicación empática muy favorable a pesar de la presencia de burnout es ginecología con el 76,9% y medicina interna con el 93%.

Tabla 38. Respeto durante la relación clínica en médicos postgradistas de las áreas clínicas y quirúrgicas de la PUCE.

Respeto	Frecuencia	Porcentaje
Muy desfavorable	1	,3
Desfavorable	4	1,3
Favorable	44	14,3
Muy favorable	258	84,0
Total	307	100,0

Fuente: Datos de investigación **Elaborado por:** Karina Solís y Viviana Araujo

Tabla 39. Respeto durante la relación clínica en médicos postgradistas con y sin Burnout de las áreas clínicas y quirúrgicas de la PUCE.

Burnout		Frecuencia	Porcentaje
Positivo	Desfavorable	3	3,4
	Favorable	22	24,7
	Muy favorable	64	71,9
	Total	89	100,0
Negativo	Muy desfavorable	1	,5
	Desfavorable	1	,5
	Favorable	22	10,1
	Muy favorable	194	89,0
	Total	218	100,0

Fuente: Datos de investigación **Elaborado por:** Karina Solís y Viviana Araujo

Tabla 40. Respeto durante la relación clínica en médicos postgradistas con y sin Burnout de acuerdo a las especialidades clínicas y quirúrgicas de la PUCE.

Especialidad	Burnout		Frecuencia	Porcentaje
Pediatría	Positivo	Favorable	7	33,3
		Muy favorable	14	66,7
		Total	21	100,0
	Negativo	Favorable	4	7,3
		Muy favorable	51	92,7
		Total	55	100,0
Ginecología	Positivo	Favorable	3	23,1
		Muy favorable	10	76,9
		Total	13	100,0
	Negativo	Muy desfavorable	1	1,9

		Desfavorable	1	1,9
		Favorable	4	7,7
		Muy favorable	46	88,5
		Total	52	100,0
Medicina familiar	Positivo	Favorable	1	11,1
		Muy favorable	8	88,9
		Total	9	100,0
	Negativo	Favorable	2	7,7
		Muy favorable	24	92,3
Total		26	100,0	
Medicina interna	Positivo	Favorable	2	13,3
		Muy favorable	13	86,7
		Total	15	100,0
	Negativo	Muy favorable	25	100,0
Cirugía general	Positivo	Favorable	7	46,7
		Muy favorable	8	53,3
		Total	15	100,0
	Negativo	Favorable	3	30,0
		Muy favorable	7	70,0
		Total	10	100,0
Traumatología	Positivo	Desfavorable	2	22,2
		Favorable	1	11,1
		Muy favorable	6	66,7
		Total	9	100,0
	Negativo	Favorable	2	20,0
		Muy favorable	8	80,0
Total	10	100,0		
Emergencia	Positivo	Desfavorable	1	14,3
		Favorable	1	14,3
		Muy favorable	5	71,4
		Total	7	100,0
	Negativo	Favorable	7	17,5
		Muy favorable	33	82,5
Total	40	100,0		

Fuente: Datos de investigación **Elaborado por:** Karina Solís y Viviana Araujo

De acuerdo a los resultados obtenidos se observa que el 84% de los postgradistas participantes mantienen muy favorable la habilidad comunicativa de respeto. En el grupo identificado con Burnout se puede observar que presentan un descenso en el porcentaje de esta habilidad, especialmente en las especialidades de cirugía general con 53,3%, pediatría y traumatología con el 66.7%; además las especialidades donde se observa un desfavorable respeto son: emergencias y traumatología con el 14,3% y 22,2% respectivamente.

Tabla 41. Habilidad Social durante la relación clínica en médicos postgradistas de las áreas clínicas y quirúrgicas de la PUCE.

Habilidad social	Frecuencia	Porcentaje
Muy desfavorable	2	0,7
Desfavorable	19	6,2
Favorable	108	35,2
Muy favorable	178	58,0
Total	307	100,0

Fuente: Datos de investigación **Elaborado por:** Karina Solís y Viviana Araujo

Tabla 42. Habilidad Social durante la relación clínica en médicos postgradistas con y sin Burnout de las áreas clínicas y quirúrgicas de la PUCE.

Burnout		Frecuencia	Porcentaje
Positivo	Muy desfavorable	1	1,1
	Desfavorable	7	7,9
	Favorable	32	36,0
	Muy favorable	49	55,1
	Total	89	100,0
Negativo	Muy desfavorable	1	,5
	Desfavorable	12	5,5
	Favorable	76	34,9
	Muy favorable	129	59,2
	Total	218	100,0

Fuente: Datos de investigación **Elaborado por:** Karina Solís y Viviana Araujo

Tabla 43. Habilidad Social durante la relación clínica en médicos postgradistas con y sin Burnout de acuerdo a las especialidades clínicas y quirúrgicas de la PUCE.

Especialidad	Burnout	Frecuencia	Porcentaje	
Pediatría	Positivo	Desfavorable	1	4,8
		Favorable	6	28,6
		Muy favorable	14	66,7
		Total	21	100,0
	Negativo	Desfavorable	2	3,6
		Favorable	18	32,7
		Muy favorable	35	63,6
		Total	55	100,0
Ginecología	Positivo	Muy desfavorable	1	7,7

		Favorable	3	23,1
		Muy favorable	9	69,2
		Total	13	100,0
	Negativo	Muy desfavorable	1	1,9
		Desfavorable	5	9,6
		Favorable	14	26,9
		Muy favorable	32	61,5
Total	52	100,0		
Medicina familiar	Positivo	Favorable	4	44,4
		Muy favorable	5	55,6
		Total	9	100,0
	Negativo	Desfavorable	2	7,7
		Favorable	15	57,7
		Muy favorable	9	34,6
Total	26	100,0		
Medicina interna	Positivo	Favorable	7	46,7
		Muy favorable	8	53,3
		Total	15	100,0
	Negativo	Desfavorable	1	4,0
		Favorable	8	32,0
		Muy favorable	16	64,0
Total	25	100,0		
Cirugía general	Positivo	Desfavorable	4	26,7
		Favorable	7	46,7
		Muy favorable	4	26,7
		Total	15	100,0
	Negativo	Favorable	4	40,0
		Muy favorable	6	60,0
Total	10	100,0		
Traumatología	Positivo	Desfavorable	2	22,2
		Favorable	2	22,2
		Muy favorable	5	55,6
		Total	9	100,0
	Negativo	Favorable	5	50,0
		Muy favorable	5	50,0
Total	10	100,0		
Emergencia	Positivo	Favorable	3	42,9
		Muy favorable	4	57,1
		Total	7	100,0
	Negativo	Desfavorable	2	5,0
		Favorable	12	30,0
		Muy favorable	26	65,0
Total	40	100,0		

Fuente: Datos de investigación

Elaborado por: Karina Solís y Viviana Araujo

Del total de postgradistas participantes se puede observar que el 58% presenta una muy favorable asertividad, llama la atención que el 6.2% presentan una asertividad desfavorable.

En el grupo de médicos postgradistas con Burnout se observa un descenso en el porcentaje

que indica una muy favorable asertividad y un ascenso en el porcentaje muy desfavorable con el 1,1%; las especialidades mayormente afectadas con una desfavorable asertividad son: cirugía general con el 26,7% y traumatología con el 22,2%.

Tabla 44. Análisis Descriptivo de Habilidades de comunicación en médicos postgradistas con Burnout de las áreas clínicas y quirúrgicas de la PUCE.

Descriptivos							
Burnout		N	Media	Desviación estándar	Error estándar	95% del intervalo de confianza para la media	
						Límite inferior	Límite superior
Comunicación informativa	Pediatría	21	26,48	3,763	,821	24,76	28,19
	Ginecología	13	26,38	4,629	1,284	23,59	29,18
	Medicina familiar	9	28,44	3,678	1,226	25,62	31,27
	Medicina interna	15	27,67	2,350	,607	26,37	28,97
	Cirugía general	15	25,40	4,273	1,103	23,03	27,77
	Traumatología	9	24,56	5,503	1,834	20,33	28,79
	Emergencia	7	27,43	4,685	1,771	23,10	31,76
	Total	89	26,56	4,084	,433	25,70	27,42
Empatía	Pediatría	21	22,95	3,993	,871	21,13	24,77
	Ginecología	13	22,69	4,697	1,303	19,85	25,53
	Medicina familiar	9	23,78	3,232	1,077	21,29	26,26
	Medicina interna	15	22,60	2,501	,646	21,21	23,99
	Cirugía general	15	20,60	3,269	,844	18,79	22,41
	Traumatología	9	20,11	4,226	1,409	16,86	23,36
	Emergencia	7	20,29	5,155	1,948	15,52	25,05
	Total	89	22,04	3,914	,415	21,22	22,87
Respeto	Pediatría	21	14,10	2,406	,525	13,00	15,19
	Ginecología	13	14,62	2,103	,583	13,34	15,89
	Medicina familiar	9	14,67	2,179	,726	12,99	16,34
	Medicina interna	15	14,73	1,792	,463	13,74	15,73
	Cirugía general	15	13,93	2,658	,686	12,46	15,41
	Traumatología	9	13,67	3,464	1,155	11,00	16,33

	Emergencia	7	13,71	2,812	1,063	11,11	16,31
	Total	89	14,24	2,403	,255	13,73	14,74
Habilidad social	Pediatría	21	16,86	2,903	,634	15,54	18,18
	Ginecología	13	17,00	3,719	1,032	14,75	19,25
	Medicina familiar	9	16,44	1,878	,626	15,00	17,89
	Medicina interna	15	16,73	2,344	,605	15,44	18,03
	Cirugía general	15	15,20	4,144	1,070	12,91	17,49
	Traumatología	9	15,56	3,127	1,042	13,15	17,96
	Emergencia	7	17,14	3,436	1,299	13,96	20,32
	Total	89	16,43	3,147	,334	15,76	17,09

Fuente: Datos de investigación **Elaborado por:** Karina Solís y Viviana Araujo

Tabla 45. Análisis Descriptivo de Habilidades de comunicación en médicos postgradistas sin Burnout de las áreas clínicas y quirúrgicas de la PUCE.

Descriptivos							
Burnout negativo		N	Media	Desviación estándar	Error estándar	95% del intervalo de confianza para la media	
						Límite inferior	Límite superior
Comunicación informativa	Pediatría	55	28,05	3,592	,484	27,08	29,03
	Ginecología	52	27,52	5,039	,699	26,12	28,92
	Medicina familiar	26	27,15	2,664	,522	26,08	28,23
	Medicina interna	25	28,72	3,007	,601	27,48	29,96
	Cirugía general	10	28,30	3,466	1,096	25,82	30,78
	Traumatología	10	28,70	4,547	1,438	25,45	31,95
	Emergencia	40	27,48	4,082	,645	26,17	28,78
	Total	218	27,83	3,949	,267	27,30	28,36
Empatía	Pediatría	55	24,27	3,498	,472	23,33	25,22
	Ginecología	52	22,87	5,099	,707	21,45	24,28
	Medicina familiar	26	23,46	2,121	,416	22,60	24,32
	Medicina interna	25	24,36	3,861	,772	22,77	25,95
	Cirugía general	10	22,60	3,273	1,035	20,26	24,94
	Traumatología	10	21,10	4,332	1,370	18,00	24,20

	Emergencia	40	23,53	4,224	,668	22,17	24,88
	Total	218	23,49	4,048	,274	22,95	24,03
Respeto	Pediatría	55	15,55	1,970	,266	15,01	16,08
	Ginecología	52	15,21	2,460	,341	14,53	15,90
	Medicina familiar	26	15,31	1,934	,379	14,53	16,09
	Medicina interna	25	16,16	1,650	,330	15,48	16,84
	Cirugía general	10	14,90	2,923	,924	12,81	16,99
	Traumatología	10	14,60	2,119	,670	13,08	16,12
	Emergencia	40	15,03	2,201	,348	14,32	15,73
	Total	218	15,34	2,163	,146	15,05	15,63
	Habilidad social	Pediatría	55	17,35	2,836	,382	16,58	18,11
Ginecología		52	17,38	3,593	,498	16,38	18,38
Medicina familiar		26	15,73	2,765	,542	14,61	16,85
Medicina interna		25	17,20	2,198	,440	16,29	18,11
Cirugía general		10	17,60	2,413	,763	15,87	19,33
Traumatología		10	17,40	3,688	1,166	14,76	20,04
Emergencia		40	17,53	3,113	,492	16,53	18,52
Total		218	17,19	3,049	,207	16,79	17,60

Fuente: Datos de investigación

Elaborado por: Karina Solís y Viviana Araujo

Tabla 46. Análisis ANOVA de Habilidades de comunicación en médicos postgradistas con y sin Burnout de las áreas clínicas y quirúrgicas de la PUCE.

Anova				
Burnout			F	Sig.
Positivo	Comunicación informativa	Entre grupos	1,134	,350
		Dentro de grupos		
		Total		
	Empatía	Entre grupos	1,597	,158
		Dentro de grupos		
		Total		
	Respeto	Entre grupos	,383	,888
		Dentro de grupos		
		Total		
	Habilidad social	Entre grupos	,702	,649
		Dentro de grupos		
		Total		
Negativo	Comunicación informativa	Entre grupos	,573	,751
		Dentro de grupos		
		Total		

	Empatía	Entre grupos	1,420	,208
		Dentro de grupos		
		Total		
	Respeto	Entre grupos	1,123	,350
		Dentro de grupos		
		Total		
	Habilidad social	Entre grupos	1,176	,321
		Dentro de grupos		
		Total		

Fuente: Datos de investigación **Elaborado por:** Karina Solís y Viviana Araujo

De acuerdo a los valores de medias reportados, se encontró que en el grupo de médicos postgradistas con Burnout en cuanto a la habilidad comunicación informativa las especialidades con menor puntaje son: cirugía general y traumatología; a su vez traumatología y emergencias presentan puntajes bajos en empatía. En los valores del área de respeto no hay mayor variación en cuanto a medias, en habilidad social las especialidades con puntajes bajos son: cirugía general y traumatología. En el grupo de médicos postgradistas sin Burnout el valor de medias reporta que las especialidades con mayor comunicación informativa son: pediatría, medicina interna y cirugía general; en cuanto a empatía las especialidades con mayor puntaje son: medicina interna y pediatría; en cuanto a respeto y habilidad social no hay variación en el valor de medias. De lo expuesto sin embargo de acuerdo al análisis ANOVA no hay significancia estadística entre grupos de especialidades.

Tabla 47. Análisis de medias en las Habilidades de comunicación en médicos postgradistas con y sin Burnout.

Estadísticas de grupo					
	Burnout	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
Comunicación informativa	Positivo	89	26,56	4,084	,433
	Negativo	218	27,83	3,949	,267
Empatía	Positivo	89	22,04	3,914	,415
	Negativo	218	23,49	4,048	,274

Respeto	Positivo	89	14,24	2,403	,255
	Negativo	218	15,34	2,163	,146
Habilidad social	Positivo	89	16,43	3,147	,334
	Negativo	218	17,19	3,049	,207

FUENTE: Datos de investigación **Elaborado por:** Karina Solís y Viviana Araujo

Tabla 48. Análisis T de Student de Habilidades de comunicación en médicos postgradistas con y sin Burnout de las áreas clínicas y quirúrgicas de la PUCE.

		prueba t para la igualdad de medias		
		gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias
Comunicación informativa	Se asumen varianzas iguales	305	,012	-1,268
	No se asumen varianzas iguales	158,637	,014	-1,268
Empatía	Se asumen varianzas iguales	305	,004	-1,446
	No se asumen varianzas iguales	168,631	,004	-1,446
Respeto	Se asumen varianzas iguales	305	,000	-1,103
	No se asumen varianzas iguales	149,215	,000	-1,103
Habilidad social	Se asumen varianzas iguales	305	,049	-,766
	No se asumen varianzas iguales	158,907	,053	-,766

Fuente: Datos de investigación **Elaborado por:** Karina Solís y Viviana Araujo

Al comparar las medias de las habilidades comunicativas entre los postgradistas con y sin Burnout, podemos observar que son representativas en la comunicación informativa y empatía; el análisis t- student muestra que hay diferencias estadísticamente significativas en todas las características comunicativas con mayor predominio en el área del respeto y empatía.

Tabla 49. Correlaciones bivariadas de Pearson en el total de la muestra, entre las dimensiones de las habilidades de comunicación (Comunicación informativa, empatía, respeto y habilidad social) y las dimensiones del burnout (agotamiento emocional, despersonalización y realización personal) según la variable cargo profesional más relevante.

Especialidad		Comuni- cación Informa- tiva	Em- patía	Res- peto	Habi- lidad Social	Can- sancio Emo- cional	Despersona- lización	Realí- zación Perso- nal
Gine- cología	Comunica- ción infor- mativa		.000	.000	.000	.521	-.869	.006
	Empatía	.000		.000	.000	.718	.960	.005
	Respeto	.000	.000		.000	-.613	-.164	.002
	Habilidad social	.000	.000	.000		.560	.661	.028
	Cansancio emocional	.521	.718	-.613	.560		.000	-.161
	Despersona- lización	-.869	.960	-.164	.661	.000		-.172
	Realización personal	.006	.005	.002	.028	-.161	-.172	
Cirugía general	Comunica- ción infor- mativa		.000	.000	.003	-.117	-.171	.329
	Empatía	.000		.000	.002	-.066	-.005	.083
	Respeto	.000	.000		.166	-.238	-.037	.156
	Habilidad social	.003	.002	.166		-.048	-.125	.245
	Cansancio emocional	-.117	-.066	-.238	-.048		.000	-.250
	Despersona- lización	-.171	-.005	-.037	-.125	.000		-.185
	Realización personal	.329	.083	.156	.245	-.250	-.185	
La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).								
La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).								

Fuente: Datos de investigación **Elaborado por:** Karina Solís y Viviana Araujo

Se observa una correlación negativa y estadísticamente significativa entre las dimensiones cansancio emocional, despersonalización, con las dimensiones de las habilidades de comunicación. Por otro lado, se observa una correlación positiva y estadísticamente significativa entre las dimensiones de las habilidades de comunicación en los profesionales de la salud y la

dimensión realización personal del SB (**Ver anexo 4**). Cabe destacar que éste análisis de correlaciones bivariantes fue realizado según las distintas especialidades participantes; se observa que el grupo de ginecología tiene una mayor correlación positiva y estadísticamente significativa entre las dimensiones de las habilidades de comunicación y la dimensión realización personal del burnout. Mientras que el grupo de cirugía general tiene correlación negativa y estadísticamente significativa entre las dimensiones empatía y respeto de las habilidades de comunicación y la dimensión despersonalización del SB.

Tabla 50. Análisis ANOVA entre las diferentes dimensiones del MBI y la EHC-PS y la variable cargo profesional.

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Cansancio emocional	Entre grupos	5889.969	6	981.661	7.797	.000
	Dentro de grupos	37769.139	300	125.897		
	Total	43659.107	306			
Despersonalización	Entre grupos	1090.925	6	181.821	5.124	.000
	Dentro de grupos	10644.320	300	35.481		
	Total	11735.244	306			
Realización personal	Entre grupos	661.911	6	110.319	1.825	.094
	Dentro de grupos	18131.163	300	60.437		
	Total	18793.075	306			
Comunicación informativa	Entre grupos	63.875	6	10.646	.653	.688
	Dentro de grupos	4890.445	300	16.301		
	Total	4954.319	306			
Empatía	Entre grupos	263.508	6	43.918	2.760	.013
	Dentro de grupos	4772.915	300	15.910		
	Total	5036.423	306			
Respeto	Entre grupos	44.763	6	7.461	1.439	.199
	Dentro de grupos	1555.119	300	5.184		
	Total	1599.883	306			
Habilidad social	Entre grupos	82.742	6	13.790	1.455	.194
	Dentro de	2843.995	300	9.480		

	grupos					
	Total	2926.736	306			

Fuente: Datos de investigación **Elaborado por:** Karina Solís y Viviana Araujo

La prueba estadística Anova para el cargo profesional concluye que existe una diferencia estadística significativa entre el total de los postgradistas investigados con respecto a la dimensión empatía de la encuesta EHC-PS y de cansancio emocional y despersonalización de la encuesta MBI.

Tabla 51. Correlaciones bivariadas de Pearson entre las dimensiones de las habilidades de comunicación (Comunicación informativa, empatía, respeto y habilidad social) y las dimensiones del burnout (agotamiento emocional, despersonalización y realización personal) según la variable cargo profesional más afectada con Síndrome de Burnout.

Especialidad		Can-sancio emocional	Despersona-lización	Realización personal	Comuni-cación informa-tiva	Em-patía	Res-peto	Habi-lidad social
Medi-cina inter-na	Cansancio emocional		.045	-.293	-.397	-.050	-.534	-.583
	Despersona-lización	.045		-.018	-.052	-.004	-.139	-.974
	Realización personal	-.293	-.018		.061	.132	.163	.814
	Comunica-ción informa-tiva	-.397	-.052	.061		.006	.178	-.668
	Empatía	-.050	-.004	.132	.006		.317	.503
	Respeto	-.534	-.139	.163	.178	.317		-.294
	Habilidad social	-.583	-.974	.814	-.668	.503	-.294	
Ciru-gía gene-ral	Cansancio emocional		.023	-.625	-.211	-.265	-.812	-.133
	Despersona-lización	.023		-.112	-.396	-.007	-.115	-.380
	Realización personal	-.625	-.112		.515	.214	.227	.425
	Comunica-ción informa-tiva	-.211	-.396	.515		.075	.023	.128

tiva								
Empatía	-.265	-.007	.214	.075		.001	.107	
Respeto	-.812	-.115	.227	.023	.001		.762	
Habilidad social	-.133	-.380	.425	.128	.107	.762		
La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).								
La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).								

Fuente: Datos de investigación

Elaborado por: Karina Solís y Viviana Araujo

Se observa que en los postgradistas estudiados con síndrome de Burnout en las dimensiones cansancio emocional y despersonalización del MBI en correlación con las dimensiones de la EHC-PS; en el grupo de medicina interna tiene una correlación negativa y estadísticamente significativa con la dimensión empatía. En el grupo de cirugía general todas las dimensiones de la encuesta EHC-PS tienen una correlación negativa con las dimensiones cansancio emocional y despersonalización del MBI, con valores estadísticamente significativos entre despersonalización y empatía; además una correlación positiva con realización personal, pero con valores no significativos estadísticamente. Al realizar el análisis de correlaciones bivariantes en los participantes con burnout podemos observar que al tener algún grado de cansancio emocional o despersonalización los postgradistas tendrán menores habilidades de comunicación.

CAPÍTULO VI. DISCUSIÓN

En la formación tradicional se cree erróneamente que la única función médica es la cura de enfermedades físicas, dejando de lado la importancia al enfoque psicológico-social y la percepción negativa que la comunicación ocurre de manera natural; es así que el enfoque tradicional impulsa la competencia en escucha activa y realizar preguntas abiertas, pero esto no resulta suficiente. Muchos médicos no consideran de importancia las habilidades comunicativas, lo cual lleva a consecuencias negativas como baja satisfacción del paciente, menor adherencia al tratamiento y denuncias contra médicos por negligencia. Un cambio en la visión de la atención médica daría cabida al enfoque psico-social y a las efectivas habilidades comunicativas en la práctica clínica, incorporándolas como disciplina tanto en la relación con el paciente, familia y sus cuidadores (Gerber, 2016).

Durante la formación del postgrado a más de los conocimientos teórico - prácticos es importante resaltar la preparación de habilidades interpersonales y de comunicación. Cuando el profesional tiene habilidades de comunicación efectivas se ha evidenciado que los pacientes tienen mejores resultados, una mayor adherencia del paciente, menos errores de medicación, una mejor gestión de las enfermedades crónicas, menos demandas por negligencia, una reducción en las pruebas de diagnóstico y referencia, una atención más eficiente, una mayor satisfacción del paciente y su familia, una mayor satisfacción del médico, una relación médico-paciente más eficaz y por lo tanto mejores resultados de salud. Los pacientes son más sensibles hacia señales verbales y no verbales, por lo cual la percepción de los pacientes sobre las cualidades del médico, como el cuidado, la apertura a la comunicación, y el nivel aparente de preocupación fueron los factores clave en la decisión de continuar estudiando la relación médico- paciente. (Kathleen, Senn. 2017).

En el estudio de Hirono Ishikawa realizado en Japón con médicos residentes durante el 2017, los que se encuentran más confiados con sus habilidades comunicativas, proporcionan más información a los pacientes, mientras que la satisfacción del paciente se asoció con la información proporcionada por el profesional por solicitud del paciente, cuando el profesional explica las razones de sus opiniones y recomendaciones los pacientes se encuentran más satisfechos, pero la satisfacción se asoció en menor grado cuando la información es administrada espontáneamente por el médico. Por lo tanto la medida de la confianza de los médicos residentes refleja su capacidad de comunicación real. Los médicos suelen subestimar la demanda de los pacientes por obtener información acerca de su condición de salud y sobreestimar la cantidad, la integridad y la eficacia de las explicaciones que proporcionan, la cantidad de información impartida por los médicos se asoció positivamente con los resultados del paciente tales como la satisfacción, el cumplimiento y sensibilidad / comprensión. Durante la formación de médicos residentes las habilidades comunicativas se centran en la construcción de la relación y recolección de información, por lo tanto los médicos residentes tienen menos confianza en el intercambio de información y la planificación del tratamiento (Hirono Ishikawa, 2017). La investigación realizada en médicos postgradistas de las áreas clínicas y quirúrgicas de la PUCE evidencia que el tipo de comunicación que predomina en los postgradistas es la comunicación informativa, seguida de la empatía, habilidad social y respeto. Los postgradistas de medicina interna, medicina familiar, emergencia son los que tienen más desarrolladas las habilidades de comunicación informativa, mientras que los postgradistas de pediatría, medicina familiar tienen mayor empatía; y la especialidad de Emergencia tiene la dimensión habilidad social más desarrollada. Mientras que los postgradistas de cirugía general, traumatología son los que tienen las puntuaciones más bajas de comunicación informativa, empatía y habilidad social; así mismo son los que tienen los niveles más altos de cansancio emocional y despersonalización conjuntamente con menor nivel de realización personal

en el trabajo. En la dimensión respeto todas las especialidades mantuvieron valores similares. En postgradistas con Burnout se encontró que la comunicación informativa se ve afectada, registrándose los valores más bajos en traumatología y cirugía general, en cuanto a la empatía se observó un descenso, la especialidad mayormente afectada fue emergencia, traumatología y cirugía general, además la dimensión respeto también fue afectado en decremento en las especialidades de cirugía general, traumatología, pediatría y emergencia, en cuanto a la dimensión habilidad social se registró un descenso en cuanto asertividad durante la relación clínica en la especialidad de cirugía general y traumatología.

Las habilidades interpersonales y de comunicación efectivas proporcionan al médico una sensación de satisfacción, una interacción hábil con una adecuada retroalimentación inmediata entre médico, paciente y familia sustentada en la confianza. El cuidado y la formación de un médico empático es un pilar fundamental que lo deseáramos para nosotros mismos, nuestros amigos y familia. Cuando un médico verdaderamente valora todo del paciente, el profesional a su vez está reafirmando el valor de su trabajo, lo que reduce el desgaste y la insatisfacción. (Kathleen, Senn. 2017)

El estrés crónico y el desgaste son inseparables. Burnout está asociado con un considerable sufrimiento subjetivo y problemas de salud física y mental, trastorno del sueño, reducción de la productividad, la motivación y un mayor riesgo de bajas por enfermedad, no sólo implica un problema para el paciente, también es un grave problema de salud pública, por lo tanto identificarlo en sus etapas tempranas y prevenir su desgaste es uno de los principales objetivos de esta investigación. Así la optimización de las capacidades en el control del estrés es uno de los principales objetivos preventivos. De acuerdo a estudios escandinavos basados en la población los niveles más altos de agotamiento y cansancio se asociaron con el sexo femenino. En nuestro estudio se registró que del total de postgradistas con Burnout el 53,9%

corresponde al sexo femenino. Estudios en los EE.UU. por Dyrbye han identificado que hay una mayor prevalencia de burnout en las mujeres, en particular las especializadas en cirugía, 43% de las mujeres estaban sufriendo de agotamiento, comparado con el 39% de los hombres. En este estudio también encontró que las mujeres tenían más probabilidades de experimentar conflictos en el trabajo, en el hogar y tenían un mayor riesgo de desarrollar el agotamiento como resultado de estos conflictos (E. Amofo, 2015).

Donabedian afirma que el grado de calidad de los servicios prestados por un sistema de salud está directamente relacionado con el nivel de satisfacción de los profesionales que trabajan en ella, y revela que su desmoralización es la principal dificultad que enfrentan los directores y gerentes de los centros de salud. Se ha demostrado que la insatisfacción de los profesionales de la salud implica un importante costo económico y social debido a su efecto sobre el medio ambiente de trabajo, rendimiento y suministro de atención de la salud. (M. Jarmer, 2016)

El Síndrome de Burnout en la atención médica es mayor que en otras profesiones. Tiene un origen multifactorial. El agotamiento depende de factores personales, el desarrollo psicodinámico profesional y ambiental. El debilitamiento del ser en el personal médico trae como consecuencia alteración del bienestar en la calidad de vida y la aparición de patologías orgánicas, psicológicas, repercutiendo en la calidad de la atención con un aumento de la negligencia y errores médicos. Se plantea que el agotamiento emocional depende del tipo de relación en el cuidado entre médico y paciente. En nuestra investigación se registra un alto porcentaje de cansancio emocional en el 53% de los participantes, en el grupo de postgradistas con Burnout se registra un alto porcentaje de cansancio emocional con el 97,8%. En estudios Europeos el porcentaje de casos de acuerdo a las dimensiones del Burnout es agotamiento emocional con el 43%, despersonalización con el 35% y disminución de la realización perso-

nal con el 32% (Berangere Thirioux, 2016). En nuestro estudio en médicos postgradistas se registra un alto nivel de porcentaje en la dimensión despersonalización con el 57%, seguido de cansancio emocional con el 53,4% y finalmente baja realización personal con el 36,5%. En postgradistas con Burnout se registró que el 98,9% tienen un grado alto de despersonalización, el 97,8% tiene un grado alto de cansancio emocional y el 70,8% una baja realización personal. En estudios internacionales europeos, los médicos residentes en formación presentan Burnout en un 58% y el 76% en residentes de áreas quirúrgicas, el 12% de ellos tienen agotamiento emocional, el 34% despersonalización, el 39% baja realización personal y el 7% de los residentes tienen alto puntaje en despersonalización y agotamiento emocional, asociado a puntajes extremadamente bajas en realización personal (Maya Romani, 2014); dicho porcentaje es similar a nuestro estudio, donde se registró una prevalencia de Burnout del 29% en médicos postgradistas, las especialidades con mayor porcentaje con Burnout fue pediatría, cirugía general y medicina interna.

Las puntuaciones de Burnout aumentan con una muy alta carga de trabajo y falta de reconocimiento, al contrario disminuye cuando se le da más tiempo a la vida privada. En nuestro estudio en médicos postgradistas, de acuerdo a la carga horaria el 50,6% de casos de burnout se encontraron en médicos residentes que laboraron de 81 a 100 horas semanales y las especialidades que registraron casos en el rango de horas mencionado fueron pediatría, medicina interna y cirugía general. Shanafelt llegó a la conclusión de que el desgaste es más probable que ocurra con los cirujanos traumatólogos, urólogos, otorrinolaringólogos, cirujanos vasculares y generales, y profesionales de la salud más jóvenes que tienen hijos, además de trabajar más de 60 horas por semana, teniendo más llamadas por semana que el normal (> 2 noches / semana), y tener una compensación determinada completamente basadas en la facturación (Berangere Thirioux, 2016), (Maya Romani, 2014). En el 2016 el Consejo de Acreditación de

Graduados en Educación Médica (ACGME) en EE.UU, publicó un estudio realizado en 665 residentes de cirugía (edad media, 30 años) de los cuáles el 69% cumplió con los criterios para el burnout, el 57% presentó puntuaciones altas en cansancio emocional, el 50% puntuaciones altas de despersonalización, el 16% puntuaciones bajas de realización personal y el 44% había considerado abandonar su programa de residencia. Las puntuaciones más altas de burnout ocurrieron en los residentes que realizaban la práctica privada; en comparación con los hombres, las mujeres tenían una probabilidad significativamente mayor de presentar burnout (73,4% vs 64,8%), con una mayor proporción de mujeres que de hombres que reportaron burnout. En promedio, los residentes informaron de 80 horas de trabajo semanales, y burnout fue significativamente más común en los que trabajaron 81 versus 79 horas semanales.

Al-Dubai y Rampal encontraron una asociación significativa entre la prevalencia de burnout en los médicos y largas horas de trabajo (más de 40hr por semana), es la tercera causa más común de agotamiento, siendo responsable del 16% de los casos. Carga de trabajo fue la causa más significativa, siendo responsable del 26% de los casos (E. Amofo, 2015). Arigoni encontró que largas horas de trabajo son predictivos de burnout en médicos de Suiza. El estudio incluyó a tres especialidades diferentes: médicos generales, pediatras y oncólogos. Los resultados mostraron que los médicos que trabajan sobre 50hr por semana tenían un riesgo alto de tener dos de los tres aspectos de agotamiento definidos por el MBI y por lo tanto eran más propensos a sufrir la enfermedad. (E. Amofo, 2015).

A medida que aumenta la edad y la experiencia, el riesgo de burnout disminuye, la evidencia sugiere que el desgaste es más frecuente entre los médicos más jóvenes, no se sabe si se trata de las características de los puestos de trabajo de los médicos más jóvenes o los factores más generales relacionados con la edad. En nuestro estudio en médicos postgradistas el

61,8% de casos de síndrome de Burnout se registró en el grupo etario de 25-30 años. La edad y las horas de trabajo pueden estar vinculadas ya que los médicos se enfrentan a una mayor presión para aumentar sus conocimientos y habilidades a través de la práctica. Por otra parte, la falta de experiencia puede significar que toman más tiempo para completar las tareas, lo que resulta en un aumento de las horas de trabajo. En la actualidad no se sabe si se trata de las características del trabajo de los médicos más jóvenes, o de otros factores más generales asociados con la edad, lo que les predisponen al agotamiento. Se requiere más investigación para combatir con eficacia la dimensión relacionada con la edad en el agotamiento. (E. Amofo, 2015).

Las principales cualidades que los pacientes esperan de sus médicos de cabecera son la humanidad, los esfuerzos notables en la comprensión de sus dificultades y buenas habilidades de comunicación. Los pacientes suelen recomendar sus médicos a otros pacientes si consideran que aquellos son empáticos. Muchos médicos obtienen una mayor confianza por parte de los pacientes gracias a sus habilidades empáticas, lo que mejora la adherencia de los pacientes al tratamiento, se registra que el 50% de todos los tratamientos se toman como fue prescrito. Estudios experimentales y enfoques teóricos sugieren que el agotamiento y la empatía están estrechamente relacionados. El agotamiento emocional aumenta y la empatía disminuye con el número de años de entrenamiento médico. Una adecuada empatía impide además la despersonalización de una manera directamente proporcional. En nuestro estudio en médicos postgradistas se registró valores estadísticamente significativos con la dimensión empatía y su relación con cansancio emocional y despersonalización. Es decir que a mayor cansancio emocional y despersonalización se presenta menor empatía en los médicos postgradistas. La empatía en médicos se asocia con mayores competencias y eficacia clínica en la atención, así como mayor adherencia de sus pacientes a sus tratamientos, mayor calidad de vida, bienestar

físico, psicológico y social. Así como también tiene un efecto positivo en la calidad de vida de los médicos y el bienestar ya que se logra una mayor satisfacción profesional cuando existe una relación empática adecuada (Berangere Thirioux, 2016). Cuando los médicos presentan un alto nivel de desgaste profesional, tienden a retirarse de las relaciones con los pacientes. Esta estrategia de retirada permite que los proveedores de salud instauren un sentido de equilibrio psicológico o la protección de sus recursos internos.

La formación puede alterar la comunicación en los proveedores médicos ya que cambian sus actitudes hacia los pacientes y hacia una situación clínica en particular, la construcción de habilidades comunicativas efectivas, mejorará la interacción con los pacientes. Por lo tanto el entrenamiento en habilidades comunicativas permitirá que el paciente perciba un profesional más seguro, presente menos angustia así como mayor adherencia y mejores resultados clínicos. El actuar médico se encuentra más centrado en el paciente, si éste se preocupa por la parte psicosocial, resultará una mayor empatía y capacidad de respuesta a la angustia psicosocial, lo cual permitiría que el paciente y su familia se encuentren más satisfechos con la atención y se desarrollará una adecuada relación médico paciente.

CAPÍTULO VII. CONCLUSIONES

El estudio realizado en los médicos postgradistas de la Pontificia Universidad Católica de Ecuador indica una alta prevalencia del Síndrome de Burnout correspondiente al 29% con niveles altos de las dimensiones despersonalización 98.9%, cansancio emocional 97.8% y baja realización personal 70.8%. Así mismo el grupo etéreo mayormente afectado son los adultos jóvenes del sexo femenino de la especialidad de Cirugía General con carga horaria mayor a 80 horas semanales, seguidos por las especialidades de Pediatría y Medicina Interna. Esto puede deberse a que la cirugía es una profesión de alto riesgo debido al variante entorno donde se desarrolla el ejercicio de la residencia profesional, enfrentando la presión social, jurídica, evoluciones en las técnicas quirúrgicas, permanentemente bajo presión institucional, lo que obliga al residente a un estado de estrés continuo. Así mismo los postgradistas de cirugía general son los que tienen menores habilidades de comunicación desarrolladas, con puntuaciones bajas en: comunicación informativa, empatía y habilidad social; mientras que los del área de medicina interna son los que tienen más desarrolladas las habilidades de comunicación informativa y respeto, la especialidad de pediatría tiene mayor empatía. Así mismo se encontró en el estudio de correlaciones que el grupo de cirugía general tiene correlación negativa y estadísticamente significativa entre la dimensión empatía de las habilidades de comunicación y la dimensión despersonalización del Burnout.

Esto debe llamar la atención al personal coordinador y administrativo de los postgrados sobre todo del área quirúrgica debido a que este síndrome tiene consecuencias devastadoras si se cronifica pero si se trata a tiempo el Burnout es reversible. Las personas más vulnerables a padecerlo son aquellas que no poseen un bienestar psicológico, (Risque, 2012), por lo cual se deben identificar las condiciones para que se desarrolle el Síndrome de Burnout, que genera desmotivación, indiferencia organizacional, deterioro en la relación médico paciente. Lo

que nos permite decir que existe un alto riesgo de afectación biopsicosocial en los estudiantes; se deberían tomar medidas urgentes para mejorar la calidad de vida estudiantil y prevenir el desarrollo del Burnout en los grupos de riesgo. Dentro de las habilidades de comunicación evaluadas podemos observar que son pocas las especialidades que las tienen desarrolladas quizás por el desconocimiento de las mismas, estudios proponen a la empatía como un factor preventivo de la dimensión agotamiento emocional, esto es debido a que abarca la autorregulación emocional que permite al médico sentir y entender las emociones del paciente. Al no tener efectivas habilidades de comunicación se considera un factor agravante para el desarrollo del burnout, ya que los médicos serán más distantes al no ponerse en el lugar del paciente y escuchar empáticamente; por lo cual se deberían implementar estrategias desde el inicio del postgrado a todas las especialidades tales como juego de roles, trabajo en equipo y pacientes simulados.

El sistema de salud ecuatoriano ha evolucionado positivamente en la última década pero aún no están establecidas las estrategias a nivel de gestión de la salud laboral para que se pueda enfrentar los riesgos laborales como el desarrollo del Burnout en los médicos postgradistas, también existe ausencia de un programa de enseñanza de adecuadas habilidades comunicativas durante el pregrado y postgrado, así como durante la ejecución profesional; además existen aspectos que deben mejorar como las condiciones de trabajo, las pocas becas estudiantiles y no adecuadamente remuneradas, la sobrecarga horaria que desafortunadamente afecta a los médicos que se encuentran en etapa de formación de postgrado quienes por su ímpetu de estudio y progreso profesional deben lidiar con dichas condiciones.

Podemos concluir con los resultados obtenidos que el grupo mayormente afectado con burnout tienen desarrolladas menores habilidades comunicativas; por lo cual se convierte en una necesidad el entrenamiento en la adquisición de efectivas habilidades de comunicación

que mejoraría las relaciones interpersonales, reduciría el estrés, fortalecería la relación médico-paciente, la adherencia al tratamiento y el profesional tendría mayor satisfacción. Por ende las habilidades de comunicación efectivas se relacionan con un menor agotamiento emocional y despersonalización, y una mayor realización personal; por tanto con menor desarrollo de síndrome de Burnout.

CAPÍTULO VIII. RECOMENDACIONES

La residencia médica es un periodo abrumador y estresante debido a las largas jornadas laborales, la constante presión por desarrollar competencias profesionales efectivas a medida que aumenta el nivel de conocimiento y años de estudio, la gran responsabilidad profesional, condiciones difíciles de trabajo en la cual el estudiante de postgrado tiene que cuidar de la vida de otros en medio de limitantes organizacionales. Todo esto predispone a un agotamiento y un desapego hacia sus actividades causado por el estrés crónico ocupacional que conlleva al médico postgradista a una afectación en la esfera biopsicosocial y la relación médico-paciente. Para evitar todo ello recomendamos.

- Socializar con autoridades de los diferentes postgrados los resultados de este estudio, a fin de realizar una campaña de concientización de los riesgos que poseen los médicos postgradistas de padecer Síndrome de Burnout y sus consecuencias; programar e impartir estrategias para disminuir el burnout, mediante técnicas de relajación, técnicas de entrenamiento para el autocontrol, técnicas de auto-conciencia y auto-refuerzo positivo, fomentar la recreación y pasatiempos para reducir el estrés, así como impartir durante toda la ejecución del postgrado un programa continuo de entrenamiento en habilidades de comunicación mediante juego de roles, trabajo en equipo y pacientes simulados, para mantener una adecuada salud mental en el estudiante.

- Plantear a la Coordinación General de los Postgrados la posibilidad de diseñar estrategias que permitan a los médicos residentes disminuir o eliminar los factores de riesgo del Síndrome de Burnout. Así como también incrementar las plazas para nuevos postgradistas con becas remuneradas, con el fin de que el postgradista se sienta valorado y adecuadamente re-

munerado, además el incremento de becas disminuiría la carga laboral, y el trabajo se fraccionaría durante las diferentes rotaciones hospitalarias.

- Fomentar el apoyo por parte de los Médicos Coordinadores de cada postgrado con sus residentes a la hora de la toma de decisiones durante el desarrollo de la actividad médica, estimulando un ambiente de trabajo en equipo con objetivos comunes, para que el residente desarrolle una adecuada adaptación a los eventos que se le presenten en su realidad cotidiana.

- En los distintos hospitales donde realicen los residentes sus prácticas asistenciales docentes minimizar la burocracia con mejora en la disponibilidad de recursos materiales, garantizar una capacitación continua no solo en temáticas técnico científicas, sino también en habilidades comunicativas, inteligencia emocional, relaciones humanas dentro de la jornada laboral permanente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. - Abdulaziz Al Odhayani. (2011). Teaching communication skills, Canadian Family Physician. Le Médecin de famille canadien, Vol 5.
- 2.- Alvarez, E., & Fernandez, L. (1991). El Síndrome de "Burnout" o el desgaste Profesional: revisión de estudios. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría., 257-265.
3. - Awa W, Plaumann M, Walter U. (2010). Burnout: una revisión de los programas de intervención. Couns Educ paciente. 78: 184-90.
- 4.- Andrew R. Barnosky, Timothy A. Peterson y Michael L. Epte. (2013) Bienestar, el estrés y el médico en esta condición, Medicina de Emergencia de Rosen, E79-E85.
5. - Bakker, A., Demerouti, E., & Schaufeli, W. (2003). Dual processes at work in a call centre: An application of the job demands–resources model. European Journal of Work and Organizational Psychology, 12(4), 393-417.
6. - Benson J, Magraith K. (2005). Compasión y el desgaste: el papel de grupos Balint. Médico Aust Fam. 34: 497-8.
7. - Berangere Thirioux.(2016). Empatthyis a protective factor of Burnout in Physicians: New Neuro- PhenomenologicalHypothesesRegardingEmpathy and Sympathy in CareRelationship,Bulgarian Academy of Sciences,Bulgaria.
- 8.- Bosqued M. (2008). El síndrome de burnout. Qué es y cómo superarlo Paidós: Barcelona.

- 9.- Bresó, E, Salanova, M., Schaufeli, W. & Nogareda, C. (2015). Síndrome de estar quemado por el trabajo "Burnout" (III): Instrumento de medición. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Barcelona, España: INSHT.
- 10.- Buunk, B. P., & Schaufeli, W. B. (1993). Burnout: A perspective from social comparison theory.
- 11.- Caballero, Carmen, (2009). El Burnout académico: delimitación del síndrome y factores asociados con su aparición. Universidad del Norte, Barranquilla, Colombia.
- 12.- carballo, Vicente, (2002). Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales, Editorial S.XXI.
- 13.- Carrillo-Esper R, Gómez-Hernández K, Espinoza de los Monteros-Estrada I. (2012). Síndrome de Burnout en la práctica médica. *MedIntMex* 28:579-584.
- 14.- Catsicaris Cristina, Eymann Alfredo, Cacchiarelli Nicolás, Usandivaras Ignacio. (2007). La persona del médico residente y el síndrome de desgaste profesional (burnout). Un modelo de prevención en la formación médica. *Arch Argent Pediatr*; 105: 236-240.
15. - Dahlin M, Joneborg N, Runeson B. (2007). Basado en el rendimiento autoestima y el desgaste en un estudio transversal de los estudiantes de medicina. *Med Enseñar*; 29: 43 - 8.
- 16.- Debrouwere, Inge, (2008) La Comunicación Médico- Paciente en la consulta médica, Universidad Católica de Lovaina- Bélgica, 1 era Edición.
- 17.- Dyrbye LN, West CP , Satele D et al .(2014) Burnout entre los estados de los estudiantes de medicina, residentes y médicos de carrera temprana en relación con la población general de Estados Unidos . *Acad Med*; 89: 443 - 51.

18.- Dyrbye LN , Massie FS Jr , Eacker A et al. (2010) Relación entre el agotamiento y la conducta profesional y las actitudes de los estudiantes de medicina de los Estados Unidos. JAMA. 304: 1173 - el 80.

19.- Dyrbye L, & Shanafelt T. (2016). Una revisión narrativa sobre el burnout experimentado por los estudiantes de medicina y residentes. Med Educ.50.1:1356 – 2923.

20.- Dyrbye LN , Massie FS , Eacker A , Harper W , Thomas MR , Szydlo DW , Sloan JA , Shanafelt TD. (2010).Factores asociados con la resistencia y la recuperación de agotamiento: un estudio prospectivo, multi-institucional de los estudiantes de medicina de Estados Unidos. Med Educ. 44 (10): 1.016 - 26.

21. - E. Amofo, (2015). What are the significant factors associated with burnout in doctors?, Imperial College Business School, London, UK, Occupational Medicine ;65:117–121

22. - Fahrenkopf A, Sectish T, Barger L et al. (2008). Las tasas de errores de medicación entre deprimidos y quemados residentes: estudio de cohorte prospectivo. BMJ. 336: 488 - 91.

23.- Freudenberg HJ. (1974). El agotamiento del personal. J Cuestiones Soc; 30 (1): 159-165.

24. - Gálvez M, Moreno B, Mingote JC. (2009). El desgaste profesional del médico. Revisión y Guía de Prácticas Buenas. El vuelo de Ícaro Madrid: Díaz de Santos.

25. - Gerber Berna. (2016).Should we use philosophy to teach clinical communication skills. African Journal of Primary Health Care & Family Medicine, ISSN: (Online) 2071-2936, (Print) 2071-2928.

26. - Hirono Ishikawa. (2017). Their formation-giving skills of resident physicians: relationships with confidence and simulated patient satisfaction, Ishikawa et al. BMC Medical Education, 17:34.

27. - Jean Karl Soler. (2008) Burnout in European family doctors: the EGPRN study, Oxford University Press. Family Practice Advance Access.

28. - Kathleen, Senn MD. (2017). Interpersonal and Communication Skills, ClinicalKey, Capítulo 5, 18-24.

29. - Kebza, V., Šolcová I. (1998). Burnout syndrom: Teoretická východiska, diagnostické a interpretační možnosti. Psychologie, XLII ,(5).

30. - Leal- Costa, César. (2015). Psychometric properties of the health professionals communication skills scale (HP-CSS), Universidad Miguel Hernández, Spain, May.

31.- Leal- Costa, César. (2015). Las Habilidades de comunicación como factor preventivo del síndrome de burnout en los profesionales de la salud, Anales del Sistema Sanitario de Navarra.

32.- Loreto, Moyano. (2012). Habilidades de Comunicación como herramienta útil para la prevención del síndrome de burnout.

33.- Martínez, A. (2010). El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. Vivat Académica., 1-40.

34. - MaritaStier-Jarmer. (2016). The Effectiveness of a Stress Reduction and Burnout Prevention Program, A Randomized Controlled Trial of an Outpatient Intervention in a Health Resort Setting, Deutsches Ärzteblatt International Dtsch Arztebl Int; 113: 781–8.

- 35.- Maslach C, Jackson SE. (1982). Burnout en profesionales de la salud: un análisis psicológico social. En GS. Sanders y J Suls. La psicología social de la salud y la enfermedad. Hillsdale: LEA.
36. - Maslach C, Jackson S. (1986) Maslach Burnout Inventory Manual. California: ConsultingPsycholPress.
37. - Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual review of psychology*, 52(1), 397-422.
38. - Maslach, C., & Leiter, M. P. (2008). Early predictors of job burnout and engagement. *Journal of applied psychology*, 93(3), 498.
39. - Maslach, C., & Leiter, M. P. (2008). *The truth about burnout: How organizations cause personal stress and what to do about it*. John Wiley & Sons.
40. - Maslanka, H. (1996). Burnout, social support and AIDS volunteers. *AIDS care*, 8(2), 195- 206.
41. - Maya Romani. (2014). *Burnout among physicians, Department of Family Medicine, American University of Beirut, Beirut, Lebanon*.
42. - McMurray, J. E., Linzer, M., Konrad, T. R., Douglas, J., Shugerman, R., & Nelson, K. (2000). The work lives of women physicians. *Journal of General Internal Medicine*, 15(6), 372-380.
- 43.- Mingote Adán JC, Pérez FQ. (1999) *El Estrés El Médico. Manual de autoayuda*. Madrid: Díaz de Santos.

44.- Moore, Philippa. (2010). La Comunicación médico- paciente: ¿Cuáles son las habilidades efectivas?; *RevMed Chile*; 138: 1047-1054.

45.- MSD, Salud, (2015). Comunicación pacientes profesionales sanitarios, Merck Sharp and Dohme de España.

46. - O'Driscoll, M., Brough, P., & Biggs, A. (2007). Work-family balance: Concepts, implications and interventions. In J. Houdmont & S. McIntyre (Eds.), *Occupational health psychology: European perspectives on research, education and practice* (pp. 193–217). Portugal: ISMAI.

47. - Regehr C, Glancy D , Pitts A , LeBlanc VR. (2014) Las intervenciones para reducir las consecuencias del estrés en los médicos: una revisión y meta-análisis. *J. Nerv Ment Dis*; 202: 353 – 9.

48. - Simpson Michael. (1991). Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement, Toronto-Bayview Regional Cancer Centre, University of Toronto, *BMJ*; 303:1385-7.

49. - Schaufeli, W., Leiter, M., Maslach, C. (2008). Burnout: 35 years of research and practice. Retrieved March, 20, 2015.

50. - Shanafelt TD , Boone S , Tan L et al. (2012). El agotamiento y la satisfacción con la conciliación de la vida entre los médicos de los Estados Unidos en relación con la población general de Estados Unidos. *Arch Intern Med*; 172: 1377 - 85.

51.- Sogi, Cecilia. (2006). Autoevaluación de formación en habilidades de entrevista, relación médico paciente y comunicación en médicos graduados; *Anales de la facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima*; 67.

52. - Tait D. Shanafelt.(2012). Burnout and Satisfaction With Work-Life Balance Among US Physicians Relative to the General US Population, American Medical Association, ARCH INTERN MED/VOL 172 (NO. 18).

53.- Tokuda, Y., Hayano, K., Ozaki, M., Bito, S., Yanai, H., & Koizumi, S. (2009). The interrelationships between working conditions, job satisfaction, burnout and mental health among hospital physicians in Japan: a path analysis. *Industrial health*, 47(2), 166-172.

54.- Ulloa, M. (2011). La comunicación organizacional y su Incidencia en la imagen corporativa de la asociación de personas con limitaciones pléjicas de Tungurahua. Universidad Técnica de Ambato. Ecuador”. P. 22-26.

55. - Zenasni Fanck. (2012). Burnout and empathy in primary care, *British Journal of General Practice*.

ANEXO 1.

MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI)

0= NUNCA. 1= POCAS VECES AL AÑO O MENOS. 2= UNA VEZ AL MES O MENOS.
3= UNAS POCAS VECES AL MES. 4= UNA VEZ A LA SEMANA. 5= POCAS VECES A LA SEMANA.
6= TODOS LOS DÍAS.

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

ANEXO 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del estudio:

Habilidades de comunicación efectiva y su relación, con la presencia de Síndrome de Burnout en Médicos Postgradistas de áreas clínicas y quirúrgicas de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, en el período 2012 – 2016.

Investigadores:

Viviana Araujo Lugo CI: 1500671605 Correo Electrónico: viviaralu@hotmail.com Teléfono: 0986658981

Karina Solís Marín CI: 0925712507 Correo Electrónico: md.elizabethsolism@hotmail.com Teléfono: 0985114958

Médicas Residentes del Tercer Año de postgrado de Medicina Familiar de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Dirección referencial de contactos: Hospital Padre José Carollo Un Canto a la Vida. Rumichaca S33-10 y Matilde Álvarez.

Nombre del participante:

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación médica ya que presenta las características necesarias para estar en el mismo. Su participación es completamente voluntaria.

Lea toda la información que se le ofrece en este documento y siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento.

1. Justificación:

La investigación está enfocada en la detección mediante cuestionarios que se le entregará el mismo que valorara la presencia o ausencia de Burnout; además se valorará las Habilidades de Comunicación desarrolladas durante su estadía en los años de residencia médica de postgrado. Son preguntas rápidas y respuestas sencillas. Dichas encuestas son validadas por organizaciones internacionales y aplicables en caso de resultar positivas se podrá identificar en qué fase están y se podrá recomendar medidas preventivas.

2. Objetivos:

Esta investigación tiene como objetivo evaluar la relación entre las habilidades de comunicación y la presencia o ausencia de síndrome de burnout en médicos postgradistas de áreas clínicas y quirúrgicas de la PUCE.

3. Beneficios del estudio:

Con este estudio se conocerá de manera clara si usted presenta síndrome burnout si está afectando sus esferas emocionales, despersonalización o realización personal. Además que se valorará como se desenvuelve con sus habilidades comunicativas como factor preventivo. En caso de reconocer el Burnout en los estudiantes se valora la esfera afectada, se realizará una notificación estadística al departamento de bienestar estudiantil, manteniendo la confidencialidad de los encuestados, para proponer programas tanto de afrontamiento, charlas de técnicas de comunicación efectiva, y técnicas de relajación como medida preventiva.

4. Procedimiento:

En caso de aceptar participar en el estudio se le realizarán algunas preguntas sobre usted y se le entregará las encuestas correspondientes al presente estudio.

5. Riesgos asociados con el estudio:

Este estudio no presenta ningún tipo de riesgo físico ni económico para usted.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación

Firma del participante

Fecha

He explicado la naturaleza y los propósitos de la investigación; se les ha explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella. Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Firma del investigador

Fecha

ANEXO 4. Correlaciones bivariadas de Pearson en el total de la muestra, entre las dimensiones de las habilidades de comunicación (Comunicación informativa, empatía, respeto y habilidad social) y las dimensiones del burnout (agotamiento emocional, despersonalización y realización personal) según la variable cargo profesional.

Especialidad			Comunicación informativa	Empatía	Respeto	Habilidad social	Cansancio emocional	Despersonalización	Realización personal
Pediatria	Comunicación informativa	Correlación de pearson	1	.786*	.667**	.607**	-.087	-.281*	.213
		Sig. (bilateral)		.000	.000	.000	.456	.014	.064
		N	76	76	76	76	76	76	76
	Empatía	Correlación de pearson	.786**	1	.767**	.534**	-.101	-.326**	.357**
		Sig. (bilateral)	.000		.000	.000	.385	.004	.002
		N	76	76	76	76	76	76	76
	Respeto	Correlación de pearson	.667**	.767*	1	.397**	-.125	-.334**	.338**
		Sig. (bilateral)	.000	.000		.000	.282	.003	.003
		N	76	76	76	76	76	76	76
	Habilidad Social	Correlación de pearson	.607**	.534*	.397**	1	-.081	-.197	.279*
		Sig. (bilateral)	.000	.000	.000		.484	.088	.015
		N	76	76	76	76	76	76	76
Cansancio emocional	Correlación de	-.087	-.101	-.125	-.081	1	.569**	-.341**	

		pear-son								
		Sig. (bilateral)	.456	.385	.282	.484		.000	.003	
		N	76	76	76	76	76	76	76	
	Desperso-nalización	Corre-lación de pear-son	-.281*	-.326*	-.334**	-.197	.569**	1	-.335**	
		Sig. (bilateral)	.014	.004	.003	.088	.000		.003	
		N	76	76	76	76	76	76	76	
	Realiza-ción perso-nal	Corre-lación de pear-son	.213	.357*	.338**	.279*	-.341**	-.335**	1	
		Sig. (bilateral)	.064	.002	.003	.015	.003	.003		
		N	76	76	76	76	76	76	76	
	Gineco-logia	Comunica-ción infor-mativa	Corre-lación de pear-son	1	.839*	.664**	.883**	.081	-.021	.337**
			Sig. (bilateral)		.000	.000	.000	.521	.869	.006
			N	65	65	65	65	65	65	65
Empatía		Corre-lación de pear-son	.839**	1	.633**	.818**	.046	.006	.347**	
		Sig. (bilateral)	.000		.000	.000	.718	.960	.005	
		N	65	65	65	65	65	65	65	
Respeto		Corre-lación de pear-son	.664**	.633*	1	.545**	-.064	-.175	.374**	
		Sig. (bilateral)	.000	.000		.000	.613	.164	.002	
		N	65	65	65	65	65	65	65	
Habilidad		Corre-	.883**	.818*	.545	1	.074	.055	.272*	

	social	lación de pear-son		*	**				
		Sig. (bilateral)	.000	.000	.000		.560	.661	.028
		N	65	65	65	65	65	65	65
	Cansancio emocional	Correlación de pear-son	.081	.046	-.064	.074	1	.599**	-.176
		Sig. (bilateral)	.521	.718	.613	.560		.000	.161
		N	65	65	65	65	65	65	65
	Despersonalización	Correlación de pear-son	-.021	.006	-.175	.055	.599**	1	-.172
		Sig. (bilateral)	.869	.960	.164	.661	.000		.172
		N	65	65	65	65	65	65	65
	Realización personal	Correlación de pear-son	.337**	.347*	.374**	.272*	-.176	-.172	1
		Sig. (bilateral)	.006	.005	.002	.028	.161	.172	
		N	65	65	65	65	65	65	65
Medicina familiar	Comunicación informativa	Correlación de pear-son	1	.715*	.684**	.367*	.087	.054	.132
		Sig. (bilateral)		.000	.000	.030	.618	.759	.450
		N	35	35	35	35	35	35	35
	Empatía	Correlación de pear-son	.715**	1	.672**	.552**	.225	.264	.240
		Sig. (bilateral)	.000		.000	.001	.194	.125	.165
		N	35	35	35	35	35	35	35

		N	35	35	35	35	35	35	35
	Respeto	Corre- lación de pear- son	.684**	.672* *	1	.274	.074	.048	.099
		Sig. (bila- teral)	.000	.000		.111	.673	.783	.572
		N	35	35	35	35	35	35	35
	Habilidad social	Corre- lación de pear- son	.367*	.552* *	.274	1	.164	.278	.197
		Sig. (bila- teral)	.030	.001	.111		.347	.106	.258
		N	35	35	35	35	35	35	35
	Cansancio emocional	Corre- lación de pear- son	.087	.225	.074	.164	1	.872**	.208
		Sig. (bila- teral)	.618	.194	.673	.347		.000	.230
		N	35	35	35	35	35	35	35
Desperso- nalización	Corre- lación de pear- son	.054	.264	.048	.278	.872**	1	.174	
	Sig. (bila- teral)	.759	.125	.783	.106	.000		.318	
	N	35	35	35	35	35	35	35	
Realiza- ción perso- nal	Corre- lación de pear- son	.132	.240	.099	.197	.208	.174	1	
	Sig. (bila- teral)	.450	.165	.572	.258	.230	.318		
	N	35	35	35	35	35	35	35	
Medici- na inter- na	Comunica- ción infor- mativa	Corre- lación de pear- son	1	.610* *	.493 **	.253	-.210	-.175	.401*
		Sig.		.000	.001	.115	.194	.279	.010

	(bilateral)								
	N	40	40	40	40	40	40	40	40
Empatía	Correlación de pearson	.610**	1	.571**	.277	-.265	-.268	.460**	
	Sig. (bilateral)	.000		.000	.083	.098	.094	.003	
	N	40	40	40	40	40	40	40	
Respeto	Correlación de pearson	.493**	.571*	1	-.054	-.287	-.308	.381*	
	Sig. (bilateral)	.001	.000		.739	.073	.053	.015	
	N	40	40	40	40	40	40	40	
Habilidad social	Correlación de pearson	.253	.277	-.054	1	-.018	.081	.101	
	Sig. (bilateral)	.115	.083	.739		.915	.620	.536	
	N	40	40	40	40	40	40	40	
Cansancio emocional	Correlación de pearson	-.210	-.265	-.287	-.018	1	.707**	-.499**	
	Sig. (bilateral)	.194	.098	.073	.915		.000	.001	
	N	40	40	40	40	40	40	40	
Despersonalización	Correlación de pearson	-.175	-.268	-.308	.081	.707**	1	-.377*	
	Sig. (bilateral)	.279	.094	.053	.620	.000		.016	
	N	40	40	40	40	40	40	40	
Realización personal	Correlación de pearson	.401*	.460*	.381*	.101	-.499**	-.377*	1	

		son							
		Sig. (bilateral)	.010	.003	.015	.536	.001	.016	
		N	40	40	40	40	40	40	40
Cirugía general	Comunicación informativa	Correlación de pearson	1	.647*	.655**	.564**	-.322	-.283	.204
		Sig. (bilateral)		.000	.000	.003	.117	.171	.329
		N	25	25	25	25	25	25	25
	Empatía	Correlación de pearson	.647**	1	.817**	.580**	-.374	-.544**	.353
		Sig. (bilateral)	.000		.000	.002	.066	.005	.083
		N	25	25	25	25	25	25	25
	Respeto	Correlación de pearson	.655**	.817*	1	.286	-.245	-.420*	.293
		Sig. (bilateral)	.000	.000		.166	.238	.037	.156
		N	25	25	25	25	25	25	25
	Habilidad social	Correlación de pearson	.564**	.580*	.286	1	-.399*	-.315	.242
		Sig. (bilateral)	.003	.002	.166		.048	.125	.245
		N	25	25	25	25	25	25	25
	Cansancio emocional	Correlación de pearson	-.322	-.374	-.245	-.399*	1	.723**	-.239
		Sig. (bilateral)	.117	.066	.238	.048		.000	.250
		N	25	25	25	25	25	25	25
Despersonalización	Correlación	-.283	-.544*	-.420	-.315	.723**	1	-.274	

		de pear-son		*	*				
		Sig. (bilateral)	.171	.005	.037	.125	.000		.185
		N	25	25	25	25	25	25	25
	Realización personal	Correlación de pear-son	.204	.353	.293	.242	-.239	-.274	1
		Sig. (bilateral)	.329	.083	.156	.245	.250	.185	
		N	25	25	25	25	25	25	25
Traumatología	Comunicación informativa	Correlación de pear-son	1	.625*	.750**	.829**	.311	.163	.770**
		Sig. (bilateral)		.004	.000	.000	.195	.505	.000
		N	19	19	19	19	19	19	19
	Empatía	Correlación de pear-son	.625**	1	.423	.400	.057	.112	.416
		Sig. (bilateral)	.004		.071	.090	.817	.647	.076
		N	19	19	19	19	19	19	19
	Respeto	Correlación de pear-son	.750**	.423	1	.696**	.367	.248	.600**
		Sig. (bilateral)	.000	.071		.001	.122	.306	.007
		N	19	19	19	19	19	19	19
	Habilidad social	Correlación de pear-son	.829**	.400	.696**	1	.436	.248	.600**
		Sig. (bilateral)	.000	.090	.001		.062	.305	.007
		N	19	19	19	19	19	19	19

	Cansancio emocional	Correlación de pearson	.311	.057	.367	.436	1	.751**	.235
		Sig. (bilateral)	.195	.817	.122	.062		.000	.332
		N	19	19	19	19	19	19	19
	Despersonalización	Correlación de pearson	.163	.112	.248	.248	.751**	1	.361
		Sig. (bilateral)	.505	.647	.306	.305	.000		.129
		N	19	19	19	19	19	19	19
	Realización personal	Correlación de pearson	.770**	.416	.600**	.600**	.235	.361	1
		Sig. (bilateral)	.000	.076	.007	.007	.332	.129	
		N	19	19	19	19	19	19	19
Emergencia	Comunicación informativa	Correlación de pearson	1	.677*	.603**	.772**	.061	-.162	.116
		Sig. (bilateral)		.000	.000	.000	.683	.278	.436
		N	47	47	47	47	47	47	47
	Empatía	Correlación de pearson	.677**	1	.785**	.565**	-.192	-.482**	.266
		Sig. (bilateral)	.000		.000	.000	.196	.001	.070
		N	47	47	47	47	47	47	47
	Respeto	Correlación de pearson	.603**	.785*	1	.360*	-.093	-.380**	.322*
		Sig. (bilateral)	.000	.000		.013	.534	.008	.027

		teral)							
		N	47	47	47	47	47	47	47
Habilidad social	Correlación de pearson	.772**	.565*	.360*	1	.122	-.078	-.009	
	Sig. (bilateral)	.000	.000	.013		.416	.602	.950	
	N	47	47	47	47	47	47	47	
Cansancio emocional	Correlación de pearson	.061	-.192	-.093	.122	1	.660**	.049	
	Sig. (bilateral)	.683	.196	.534	.416		.000	.741	
	N	47	47	47	47	47	47	47	
Despersonalización	Correlación de pearson	-.162	-.482*	-.380**	-.078	.660**	1	-.029	
	Sig. (bilateral)	.278	.001	.008	.602	.000		.849	
	N	47	47	47	47	47	47	47	
Realización personal	Correlación de pearson	.116	.266	.322*	-.009	.049	-.029	1	
	Sig. (bilateral)	.436	.070	.027	.950	.741	.849		
	N	47	47	47	47	47	47	47	
**. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).									
*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).									

FUENTE: Datos de investigación

Elaborado por: Karina Solís y Viviana Araujo