

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACIÓN EN ANESTESIOLOGÍA, REANIMACIÓN Y TERAPIA DEL
DOLOR

PREVALENCIA DE SÍNDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS POSGRADISTAS
Y DOCENTES DE ANESTESIOLOGÍA EN LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD
CATÓLICA DEL ECUADOR, Y SU ASOCIACIÓN A SU CONSUMO DE
SUSTANCIAS EN EL PERIODO 2021

DISERTACION PREVIA A LA OBTENCION DEL TITULO DE ESPECIALISTA
EN ANESTESIOLOGÍA, REANIMACIÓN Y TERAPIA DEL DOLOR

Autores

IVÁN ANDRÉS AGUIRRE SALAZAR

MARÍA JOSE CAMACHO

Director

DRA. MARÍA BELEN GARCÍA

Tutora Metodológica

DRA. MARÍA FERNANDA RIVADENEIRA

QUITO, 2021

Agradecimiento

Agradecemos a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y su personal docente, quienes nos han guiado en esta etapa de formación por cuatro años, con paciencia y sabiduría nos han guiado hacia la perfección profesional y académica.

Agradecemos a los docentes y compañeros, quienes nos brindaron su tiempo para ayudarnos con nuestro trabajo de Titulación en el presente año.

Agradecemos a Dios que nos mantuvo firmes en este proceso de formación, guiados y cuidados por él en nuestra práctica profesional.

Agradecemos a nuestras tutoras, la Dra. María Fernanda Rivadeneira y la Dra. María Belén García, quienes nos guiaron en este proceso de titulación.

Dedicatoria.

Queremos dedicar este trabajo toda nuestra familia, quienes con paciencia, trabajo y amor incondicional; nos han sabido brindar su apoyo en estos años de formación.

Años en los que nos hemos transformado en las personas y profesionales que seremos de aquí en adelante, compartiendo tanto formación humana como formación académica.

Y finalmente a Dios quien nos ha permitido llegar al final de nuestra meta y ha guiado nuestros pasos hacia un camino profesional y humano.

Andrés Aguirre

María José Camacho

Tabla de Contenidos

Resumen	9
Abstract	10
Capítulo I.....	11
Introducción:	11
Justificación.....	14
Problema de investigación	15
Objetivos	17
Hipótesis.....	18
Capítulo II	19
Marco teórico	19
1.	20
2.	21
3.	22
4.	23
Capítulo III.....	24
Materiales y métodos	24
1. Operacionalizacion de variables	24
2. Tipo y Diseño de la Investigación.....	29
3. Población del estudio:	29
4. Muestra poblacional:	29
5. Criterios de inclusión	30

6. Criterios de exclusión.....	30
7. Técnicas e instrumentos de recolección de muestra	30
8. Procedimientos de recolección de información:	30
9 Aspectos bioéticos.....	33
10 Plan de análisis de los datos	33
Capítulo IV.....	35
Resultados.....	35
Capítulo V	54
Discusión.....	54
Conclusiones	59
Recomendaciones.....	60
Referencias bibliográficas	72

LISTA DE GRAFICOS

Figura 1. Prevalencia de síndrome de Burnout en posgradistas y docentes de Anestesiología, 2021.....	37
Figura 2. Prevalencia del Síndrome de Burnout por esferas en posgradistas y docentes de Anestesiología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.....	38
Figura 3. Prevalencia de Consumo de sustancias en posgradistas y docentes de Anestesiología	39

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Operacionalización de Variable Dependiente.....	24
Tabla 2. Operacionalización de Variable Independiente.....	26
Tabla 3. Síndrome de Burnout y Subescalas a evaluar con la escala Maslach Burnout Inventory (MBI).....	31
Tabla 4. Puntos de corte de la escala ASSIST-LITE para evaluar potencial abuso de sustancias.....	32
Tabla 5. Características generales de los posgradistas y docentes de Anestesiología, 2021.....	35
Tabla 6. Características asociadas al Síndrome de Burnout en posgradistas y docentes de Anestesiología.....	40
Tabla 7. Regresión logística binaria entre características de los encuestados y cansancio emocional.....	42

Tabla 8. Regresión logística binaria entre características de los encuestados y despersonalización.....	44
Tabla 9. Regresión logística binaria entre características de los encuestados y realización personal.....	45
Tabla 10. Características asociadas al riesgo de consumo de alcohol, tabaco, cannabis en posgradistas y docentes de Anestesiología.....	47
Tabla 11. Características asociadas al riesgo de consumo de tabaco en posgradistas y docentes de Anestesiología.....	49
Tabla 12. Características asociadas al riesgo de consumo de cannabis en posgradistas y docentes de Anestesiología.....	51
Tabla 13. Características asociadas al riesgo de consumo de consumo sedantes, estimulantes y opioides en posgradistas y docentes de Anestesiología.....	52
Tabla 14. Asociación entre síndrome de Burnout y riesgo de consumo de sustancias Alcohol, Tabaco, Cannabis.....	54
Tabla 15. Asociación entre síndrome de Burnout y riesgo de consumo de sustancias Sedantes.....	55

LISTA DE ABREVIATURAS

ASSIST: Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test

CE: Cansancio Emocional

DP: Despersonalización

MBI: Maslach Burnout Inventory

RO: realización Personal

SB: Síndrome de Burnout

ANEXOS

Anexo 1 Instrumento de investigación	65
Anexo 2: Consentimiento informado para la participación en el proyecto de investigación:	70

Resumen

Introducción: El síndrome de Burnout es una entidad común en profesionales de la salud, debido al estrés emocional y otros factores psicosociales. Además, representa un factor potencial para el uso y abuso de sustancias estupefacientes, tabaco y alcohol. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de Síndrome Burnout y su asociación con el consumo de sustancias en posgradistas y docentes de anestesiología de La Pontificia Universidad Católica del Ecuador en el año 2021. **Métodos:** Estudio transversal analítico. Se incluyó a 89 profesionales de Anestesiología (docentes y residentes) quienes fueron evaluados con el test ASSIT-LITE para consumo de sustancias y el Inventario Maslach Burnout. Las variables cualitativas fueron analizadas con frecuencias absolutas y relativas. Se aplicaron modelos de regresión logística para definir fuerza de asociación de los factores de riesgo, utilizando la medida OR. **Resultados:** El 48.8% de participantes edad entre 30 a 35 años. El 73.8% se desempeña en hospitales públicos. Un 61.9% trabaja un rango de 40 a 80 horas a la semana. La prevalencia de síndrome de Burnout fue 10.7%. Rasgos de despersonalización fue observada en el 35.7% de participantes. El estado laboral como becario se asocia significativamente al síndrome de Burnout (OR: 9.0, IC95%: 1.1 – 71.9, p=0.038). La carga laboral sobre 80 horas se asocia significativamente a cansancio emocional (OR: 8.57, IC95%: 1.43 – 51.36, p=0.02). El síndrome de Burnout no tuvo asociación con el abuso de alcohol (OR: 4, IC95%: 0.65 – 4, p=0.134) o consumo de sustancias estupefacientes (OR: 1.43, IC95%: 0.15 – 13.5, p=0.751).

Conclusiones: La despersonalización es uno de los rasgos más frecuentes en profesionales de la salud. La carga laboral se asocia a la ocurrencia de Síndrome de Burnout. El síndrome de Burnout en los profesionales de Anestesiología parece no estar asociado al uso de sustancias.

Palabras Clave: Agotamiento Psicológico, Trabajadores de la Salud, Abuso de Sustancias, Anestesiología

Abstract

Background: Burnout syndrome is one of healthcare workers' most common psychological issues due to emotional stress and psychosocial risk factors. This syndrome is a potential risk factor for drug, alcohol, and tobacco abuse. **Aim:** To determine the prevalence of Burnout syndrome among medical residents and specialist of Anesthesiology and their association with psychoactive drug use in 2021. **Methods:** Cross-sectional, analytic study. A total of 89 professionals were included and surveyed with ASSIST-LITE for drug abuse and Maslach Burnout Inventory. Qualitative variables were analyzed with absolute and relative frequencies. A binary logistic regression model was applied to establish an association between risk factors with an odds ratio (OR). **Results:** The 48.8% had 30 to 35 years old. At least 73.8% work at public hospitals. A total of 61.9% had a work schedule over 40 to 80 hours per week. The prevalence of Burnout syndrome was 10.7%. Depersonalization was described in 35.7% of professionals. Working with a scholarship had a significant relationship with Burnout Syndrome (OR: 8.57, CI95%: 1.43 – 51.36, p=0.02). The Burnout Syndrome didn't have an association with alcohol use (OR: 4, CI95%: 0.65 – 5, p=0.134) or psychotropic drugs (OR: 1.43, CI95%: 0.15 – 13.5, p=0.751). **Conclusions:** Depersonalization was the most frequent characteristic in healthcare workers. Workload is associated with the occurrence of Burnout Syndrome. Burnout syndrome seems not to be associated with substance abuse.

Keywords: Psychologic Burnout, Healthcare Workers, Drug Abuse, Anesthesiology

Capítulo I

Introducción

El Síndrome de Burnout de etiología multifactorial relacionada con el trabajo y descrito por Freudenberg en el año 1974. Posteriormente Maslach desarrolla una encuesta dirigida para las profesiones implicadas en salud en los años ochenta, convirtiéndose en la escala de mayor uso actualmente. Describe tres categorías de síntomas: Agotamiento emocional, Despersonalización y Realización personal. El Agotamiento Emocional definido como fatiga extrema debida a la exposición continua a factores estresantes, con la sensación de estar cansados emocionalmente. La despersonalización ocurre cuando la actitud se vuelve negativa, fría y desapegada. Poco a poco, los trabajadores afectados se desvinculan de su trabajo, así como de sus relaciones con los compañeros de trabajo. La subcategoría Realización Personal hace reseña a una baja autoestima, reflejo del sentimiento de ineficacia. Siendo el SB considerado causa de baja laboral en muchos países, posee una prevalencia que varía dependiendo de la encuesta aplicada y la población a la que va dirigida.

Ishak W, et. Al en 2013 en su metaanálisis encuentran una prevalencia de SB entre los estudiantes de medicina de 17,6%. En nuestra sociedad y entorno, Cho, et al. (2018) encuentran una prevalencia del 30,7% en estudiantes de posgrado de Pediatría de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

El agotamiento, ansiedad y depresión pueden contribuir al desarrollo de abuso de sustancias, puede ponernos a nosotros y a nuestros pacientes en mayor riesgo. Aunque es más probable que los médicos abusen del alcohol o de los medicamentos recetados, el abuso de cannabis, cocaína y otras drogas ilícitas también está implicado en el deterioro médico (Fry, et al. 2015). De manera similar Jackson, et al (2016), describe la asociación de consumo de alcohol y SB; pudiendo llegar a ser un uso problemático, en algunos casos.

Ciertamente el abuso de fármacos anestésicos por parte de los profesionales sanitarios ha existido desde que se dispone de fármacos utilizados para dolor y otras patologías; con el advenimiento de nuevos medicamentos y la evolución de la anestesiología, se vuelve un tema frecuentemente abordado entre los profesionales.

Históricamente poco después de que se descubrieron y demostraron las propiedades del óxido nitroso y el éter, se informó de su uso ilícito, Duncum. RM, (1947).

El fentanilo es el ejemplo ideal de un medicamento que se ha convertido en una popular droga de abuso. Durante años, los únicos pacientes en tratamiento por adicción al fentanilo eran anestesiólogos u otros profesionales sanitarios entre los cuales también incluyen cirujanos, con conocimiento y acceso. Hoy en día, la droga se distribuye ampliamente, a menudo combinada con heroína u otras drogas ilícitas e incluso se puede comprar a través de Internet, sin prescripción.

A medida que continúa en aumentar el número de personas en nuestra sociedad adictas a medicamentos recetados y drogas ilícitas, es natural preguntarse si el número de médicos que presentan este trastorno por uso de sustancias también está incrementando. Investigaciones sugieren que este es el caso, posiblemente reflejando la actual epidemia de adicción que se están experimentando países del primer mundo.

Un consenso universal es que este síndrome tiene causas multifactoriales, pero los datos que respaldan las conclusiones sobre este tema van desde la opinión de los expertos hasta la inferencia y especulación.

La evidencia sugiere que el manejo de los fármacos anestésicos es causal, al igual que algunas de las condiciones asociadas con la práctica de la anestesia; las posibles asociaciones son: problemas de autoestima, aislamiento, presión de producción, estrés, jornadas de trabajo largas, disponibilidad de medicamentos, observación directa de las acciones de las drogas, la

personalidad del médico John E, en 2011. Es así que el SB, explora varias esferas en las que se ha demostrado asociación con uso de sustancias especialmente en anesthesiólogos.

Aunque la mayoría de los anesthesiólogos con trastorno por uso de sustancias abusarán del alcohol como droga de elección, la incidencia de abuso de agentes anestésicos opioides y no opioides, especialmente Propofol, está aumentando (Wischmeyer, et al. 2007).

Los anesthesiólogos tienen una tasa significativamente alta de abuso de sustancias alcanzando un factor de 2,7 veces mayor en comparación con otros médicos (Skipper, et al. 2009).

Nuestro trabajo plantea si el Síndrome de Burnout con todas las variables dependientes que contiene, tiene asociación directa para el consumo de sustancias en estudiantes de posgrado y docentes de Anestesiología; cursando el año 2021 en la ciudad de Quito, creemos importante abordar el tema por la creciente incidencia de casos de consumo de sustancias entre miembros de la especialidad, sin un diagnóstico y estadística adecuado; por lo que, a futuro tener una referencia en nuestro medio podría brindar una valiosa ayuda para implementar métodos de prevención y diagnóstico oportuno en el personal médico, con mayor riesgo de consumo de sustancias.

Justificación

Descrito por la Organización Mundial de la Salud como un riesgo laboral en 2019, el SB se lo incluyó en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades (CIE-11), se ha fijado su aplicación para el 2022. El SB una epidemia dentro de la pandemia del 2021 que ha afectado a infinidad de personas en múltiples actividades laborales; identificando: ansiedad, depresión y desmotivación entre los principales síntomas.

La anestesiología una rama fundamental de la medicina se ha visto obligada a realizar cambios en sus actividades; como todas las especialidades, durante la pandemia. Para las que están preparadas académicamente pero no formaban parte de su actividad cotidiana, sumando múltiples factores, consideramos de vital importancia tener un diagnóstico claro de este síndrome, para identificar el personal con mayor riesgo.

El abuso de fármacos anestésicos por parte de los profesionales sanitarios ha existido desde que se dispone de fármacos anestésicos Duncum. RM, (1947). Así como el abuso de sustancias, el estrés, el agotamiento, la depresión y la ansiedad están entrelazados y conducen al deterioro del médico aumentando la posibilidad de errores médicos y daños al paciente.

La incidencia del trastorno por uso de sustancias entre los residentes en anestesia disminuyó algo durante la década de 1990, pero ha incrementado constantemente desde el año 2000 al presente, Bryson, et al. 2018.

Los anestesiólogos han llamado especialmente la atención debido a su fácil acceso a sustancias potentes como los opioides intravenosos, aunque solo existe evidencia indirecta en nuestro país. Hay información limitada sobre la epidemiología del uso de sustancias en los médicos y anestesiólogos en particular. La apreciación de la incidencia se basa en encuestas, que poseen limitantes metodológicas. Además, no se conocen los resultados a largo plazo, y las estimaciones actuales se limitan a los resultados a corto plazo en la residencia proporcionados por encuestas, realizadas ocasionalmente en el periodo de formación de los médicos. La falta de esta información contribuye a las controversias actuales con respecto a la prevención y el manejo. Las discusiones a menudo se basan en anécdotas y series de casos en lugar de evidencia firme.

Conocer la prevalencia del SB, servirá para implementar actividades que ayuden a disminuir este síndrome, y más que nada prevenirlo en todo nivel desde estudiantes hasta profesionales en actividad.

John E, en 2011 ya nos menciona el incremento de riesgo de consumo de sustancias se incrementa en los primeros 5 años de iniciar anestesiología es decir podríamos implementar maneras de identificar casos de riesgo e iniciar una intervención oportuna antes de que se manifieste con adicción. Se creará el precedente y una base de datos con los datos obtenidos a medida que puedan ser utilizados en proyectos posteriores, puesto que la intervención personalizada al personal de salud puede beneficiarse si se sabe enfocar la ayuda a quienes realmente la necesitan, nos permitiría ayudar a manera de intervención futura, así como desestigmatizar una noble profesión.

Problema de Investigación

Cada día evidenciamos el Síndrome de Burnout entre trabajadores de la salud y su relación con el estrés laboral, especialmente en médicos residentes cursando su especialización. No conocemos la prevalencia del SB y es imperativo canalizar estrategias para el diagnóstico

acertado y su prevención. Actualmente médicos posgradistas durante su formación realizan varios cambios de unidades hospitalarias docentes para adquirir destrezas; sin embargo, la mayoría no tienen las condiciones de infraestructura ni ambientes laborales adecuados. La responsabilidad de los médicos posgradistas son enormes, ya que deben responder a la institución de salud, al paciente y a su formación académica por cuatro años, y no toda persona sabe manejar estas cargas emocionales y psicológicas.

En nuestro país no existen datos oficiales del síndrome de Burnout en médicos especialistas y médicos en formación de cuarto nivel.

La profesión galena es un trabajo humano que requiere una relación cercana con individuos que acuden con sufrimiento, dolor y entregan su confianza en las manos de los médicos. Quienes, sumidos en la rutina de trabajo, falta de dispositivos, medicación, inapropiado ambiente laboral, jornadas extensas, turnos nocturnos habituales, falta de apoyo organizacional, ayudan a ahondar una problemática sin aparente solución inmediata; por parte de autoridades quienes conocen la realidad actual de cada unidad hospitalaria.

El consumo de sustancias es un inconveniente, de difícil control y diagnóstico, pero para nuestro fin ya existe validación de test diagnósticos en países subdesarrollados así lo menciona Van Der Westhuizen C, et al. (2016), el abuso de alcohol y otras drogas presentó puntuaciones de corte por debajo de los niveles recomendados por la Organización Mundial de la Salud; confirmando que con menor puntuación hay mayor riesgo de consumo en estos países.

Destacar que el problema, puede iniciar desde mucho antes de la formación de posgrado así lo sugiere Musyoka et al., (2020), quienes manifiestan ya la importancia de manejar un sistema de prevención desde etapas tempranas de la formación médica.

Con la problemática descrita planteamos la siguiente pregunta de investigación:

¿Existe asociación entre el Síndrome de Burnout y el Riesgo de Consumo de Sustancias, en posgradistas y docentes de Anestesiología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador en el año 2021?

Objetivos

Objetivo general

Determinar la prevalencia de Síndrome Burnout y su asociación con el consumo de sustancias en posgradistas y docentes de anestesiología de La Pontificia Universidad Católica del Ecuador en el año 2021.

Objetivos específicos

- Identificar la prevalencia de Síndrome de Burnout en posgradistas y docentes de anestesiología de La Pontificia Universidad Católica del Ecuador en el año 2021.
- Analizar el nivel de riesgo de consumo de sustancias psicoactivas en posgradistas y docentes de anestesiología de La Pontificia Universidad Católica del Ecuador en el año 2021.
- Determinar la relación del Síndrome de Burnout con variables sociodemográficas, tales como edad, sexo, estado civil y número de hijos.
- Identificar la asociación del Síndrome de Burnout con los factores laborales y la carga horaria de trabajo.
- Asociar la prevalencia de Síndrome de Burnout con el consumo de sustancias psicoactivas en posgradistas y docentes de anestesiología de La Pontificia Universidad Católica del Ecuador 2021

Hipótesis

- La prevalencia del SB es elevada en médicos posgradistas y docentes Anestesiología.
- Existe riesgo de consumo de sustancias en médicos posgradistas y docentes de Anestesiología
- La prevalencia del SB es mayor según el año en curso de residencia.
- Presentar Síndrome de Burnout se asocia con mayor consumo de sustancias.

Capítulo II

Marco teórico

El síndrome de Burnout (SB) fue propuesto por primera vez en el año de 1977 por Cristina Maslach, quien lo describió como “una respuesta a un estrés emocional crónico, caracterizado por síntomas de agotamiento psicológico, actitud distante y despersonalizada en su relación con los demás y sentimiento de incompatibilidad con las tareas del trabajo.” Se trata de un síndrome multifactorial ligado a las condiciones laborales de cada persona y el impacto que tienen estos factores sobre su comportamiento y desempeño Maslach, C. (2009). Se desarrolla debido a la exposición continua y prolongada a elementos estresantes en el ámbito de trabajo. El individuo inicia con alteraciones cognitivas, conductuales, somáticas y afectivas que influyen de manera importante su salud emocional, mental y física. Es más frecuente en profesionales que tienen un continuo contacto con personas de difícil manejo y cada día se enfrentan a la toma de decisiones importantes, por ejemplo, en el personal de salud. Martini, S. et al (2004), manifiestan que entre el personal de salud existen distintas especialidades con mayor prevalencia unas sobre otras, siendo más frecuente en especialidades en áreas críticas.

Síndrome del burnout ha sido definido como el resultado final del estrés en la vida profesional del médico o de otros profesionales de la salud, que provoca apatía, suspicacia, autoprotección, pérdida de ilusiones, desmotivación y depresión, ligadas íntimamente a la inadaptación o insatisfacción laboral persistente. Maslach identificó tres aspectos específicos: agotamiento físico y psíquico, despersonalización y deshumanización en las relaciones interpersonales, actitud negativa hacia sí mismo, retraimiento y descenso en la productividad.

El cansancio emocional se presenta con disminución constante de energía, el deterioro, agotamiento y sensación de sobreesfuerzo; se manifiesta como consecuencia del contacto con otros individuos. La despersonalización demostrada a través de un cambio negativo de actitudes con respuestas de irritabilidad hacia sus congéneres y pérdida de motivación laboral. La realización personal inadecuada se expresa por respuestas negativas hacia sí mismo y el trabajo, produciéndose un desgaste en el sentimiento de competencia y éxito, refiriéndose a uno de manera negativa (Grecia del Valle, et al. 2021). Para Prieto Miranda., et al, en 2013 en su estudio en médicos residentes a nivel hospitalario, evidenció de manera más acertada al medir el SB y sus tres esferas a través del “Maslach Burnout Inventory” (MBI), que se trata de una herramienta diagnóstica que determina la presencia del síndrome en el personal de servicios humanos, por lo que utilizar esta herramienta para evaluar a los participantes sigue siendo de primera elección.

El Síndrome Burnout un problema social y de salud pública en muchos niveles, puesto que es una entidad adaptativa crónica que repercute en la salud y calidad de vida de cada profesional, además afecta la calidad de su trabajo diario; pudiéndose encontrar asociación a consumo de sustancias, nocivas para los seres humanos y asociado a estados de ánimo. Para Lichstein., et al. (2020), en su estudio menciona que la prevalencia de SB, depresión y uso de sustancias en médicos en formación de traumatología hallan elevadas prevalencias y depresión acompañados de uso de sustancias. Entre los factores de riesgo identificados con mayor asociación destacan ser hombre y estado civil divorciado; además de presentar Síndrome de Burnout.

Según Hyman., et al (2017), muchos anestesiólogos exhiben algunas características de alto riesgo de agotamiento y estas se asocian con puntajes de salud mental más bajos. El apoyo personal y profesional se asoció con un menor agotamiento emocional, pero las puntuaciones generales de agotamiento se asociaron con la satisfacción laboral y el apoyo profesional. Los encuestados estaban generalmente satisfechos económicamente, pero con sentimientos de poco control en el trabajo y el mismo los alejaba de sus amigos y familiares. Es posible que la asociación entre agotamiento y consumo de sustancias persista hasta épocas actuales y además señalar que la remuneración podría ser un factor a considerar en países en vías de desarrollo.

Los términos consumo y dependencia de drogas; han sido reemplazados por el de, trastorno por consumo de drogas en el lenguaje diagnóstico. Recientes investigaciones han mostrado que la distinción jerárquica previa entre consumo y dependencia, representando esta última la forma más grave del trastorno, resultó problemática y no está justificada. El trastorno por consumo de sustancias es un síndrome caracterizado en la quinta edición del Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales de la American Psychiatric Association como: “La característica esencial de un trastorno por consumo de drogas es un conjunto de síntomas cognitivos, conductuales y psicológicos que indican que la persona persiste con el consumo de una sustancia pese a los problemas relacionados con ella”. No existe un síntoma patognomónico que sea diagnóstico de tal trastorno. Más bien, consta de una serie de síntomas, de los cuales debe cumplir dos o más en un período de 12 meses para justificar el diagnóstico.

Son 3 categorías que incluyen: control alterado; consumo de una droga en cantidad y durante un tiempo prolongado; deseo persistente o intentos infructuosos de suspender o reducir el consumo; mucho tiempo invertido en consumir o mucho tiempo para recuperarse de los efectos y deseo ansioso de consumo. Degradación social; con incumplimiento de

obligaciones domésticas, educativas o laborales, consumo continuo a pesar de que este genera problemas interpersonales, disminución o abandono de actividades: sociales, laborales o de ocio. Usos de riesgo; consumo recurrente en situaciones de riesgo o a sabiendas de que la sustancia causa o agrava problemas físicos o psicológicos. Criterios farmacológicos; tolerancia y dependencia física, si procede; no todas las drogas las producen Roger, D. et al (2021).

La prevalencia actual del trastorno por uso de sustancias en la población de médicos es ligeramente más alta que en la población general y parece estar aumentando. Aunque la mayoría de los anesestesiólogos con trastornos de uso de sustancias abusarán del alcohol como droga de elección, está aumentando la incidencia de abuso de agentes anestésicos opioides y no opioides, especialmente Propofol (Warner, D. et al 2013). La incidencia del consumo de sustancias entre la población de anestesia disminuyó durante la década de 1990, pero ha incrementado continuamente desde el año 2000. Bryson, E. O. (2018).

Según la clasificación DSM-5 las sustancias psicoactivas se catalogan en 10 clases: alucinógenos, inhalantes, opiáceos, alcohol, cannabis, cafeína, estimulantes, tabaco, sedantes/hipnóticos/ansiolíticos y otras sustancias (American Psychiatric Association, 2013).

La Organización Mundial de la Salud desarrolló una prueba para la Detección de Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test [ASSIST]), identificando la problemática del uso de sustancias se ha empleado con éxito en muchos países. Tiburcio Sainz, et al (2016), propone la versión de ASSIST como un instrumento de tamizaje aceptable, con adecuada validez y sensible para la identificación de casos de riesgo de consumo de sustancias.

Mostardinha (2019), en Brasil concluye que las asociaciones observadas entre consumo peligroso y comportamientos de consumo, pueden explicarse por la relación entre el uso de alcohol como parte de la experiencia académica. Para los investigadores la escala ASSIST presentó características psicométricas satisfactorias, demostrando que es un instrumento adecuado para evaluar conductas de consumo de riesgo en estudiantes universitarios.

Detectar de manera oportuna y rápida el riesgo de consumo de sustancias se ha convertido en una necesidad creciente del personal de salud, por lo que Ali R, et al (2013). Proponen desarrollar una versión ultrarrápida denominada ASSIST-LITE para detectar el uso de sustancias problemáticas en los últimos tres meses. El objetivo era crear una nueva versión que garantiza precisión de diagnóstico y pruebas simples puntuales sin evidencia marcada de sesgo de género, edad y entornos especializados en salud mental. Siendo prometedor para enfoques rentables en entornos de menores recursos. Es así que incluir en la visita médica cotidiana al riesgo de consumo de sustancias presenta un reto a todo nivel por la inexperiencia de quienes aplican el test y el corto periodo de tiempo que se tiene por lo que Ali Robert, et al. en 2013 proponen una encuesta guiada a la pesquisa rápida de los potenciales consumidores.

Capítulo III

Materiales y métodos

Operacionalización de variables

Variable Dependiente

Tabla 1. Operacionalización de variable dependiente

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo	Escala/categorías	Indicador	Fuente
Síndrome de Burnout	Síndrome psicológico, caracterizado por cronificación del estrés laboral.	Presencia: altos puntajes en Agotamiento Emocional y Despersonalización sumado a bajos niveles de Realización Personal Tendencia: altos puntajes en Agotamiento Emocional y Despersonalización y niveles medios de Realización Personal	Cualitativa/Nominal	1.Presencia de Burnout 2.Tendencia al Burnout 3.No tiene Burnout	Porcentaje, Promedio	Encuesta

Dimensiones del Síndrome de Burnout VARIABLE	DEFINICIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO	CATEGORÍA	INDICADOR	FUENTE
Cansancio Emocional (CE)	Cansancio o fatiga, puede presentarse de manera física, psíquica o combinadas. Expresan sentimiento que nada se puede ofrecer.	27 puntos o mas en la escala Maslach	Cualitativa/Cuantitativa	1.Alto (>27 puntos) 2.Medio (19-26 puntos) 3.Bajo (<19 puntos)	Porcentaje, Promedio, Desviación Estándar, Mínimo, Máximo	Escala de Maslach
Despersonalización (DP)	Actitudes negativas, insensibles, desarrollando tensión psicofísica continua.	10 puntos o mas en la escala de Maslach	Cualitativa/Cuantitativa	1.Alto (>10 puntos) 2.Medio (6-9 puntos) 3.Bajo (<6 puntos)	Porcentaje/ Promedio, Desviación Estándar, Mínimo, Máximo Proporción y porcentaje	Escala de Maslach
Baja Realización Personal (RP)	Baja autoestima con evaluación negativa se su trabajo	33 puntos o menos en la escala de Maslach	Cualitativa/Cuantitativa	1.Alto (> 40 puntos) 2.Medio (34-39 Puntos) 3.Bajo (<33 puntos)	Porcentaje/ Promedio, Desviación Estándar, Mínimo, Máximo	Escala de Maslach

Variables Independientes

Tabla 2. Operacionalización de Variable Independiente.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Tipo	Escala/categoría	Indicador	Fuente
Riesgo de Consumo de Sustancias	Probabilidad de consumo por tipo de sustancia.	Puntaje que obtiene el encuestado en la aplicación de la Escala ASSIST-LITE	Tabaco Cannabis Estimulantes Sedantes Opioides	Cualitativa	Tabaco = Positivo o Negativo Cannabis = Positivo o Negativo Estimulantes = Positivo o Negativo Sedantes = Positivo o Negativo Opioides = Positivo o Negativo	Frecuencia, Porcentaje.	Escala ASSIST-LITE

Variables intervinientes:

Variable	Definición	Definición operacional	Tipo	Indicador	Escala	Fuente
Edad	Edad cronológica actualizada, número de años cumplidos	Edad al momento de la encuesta	Cuantitativa continua	Media, moda, mediana, desviación estándar, porcentaje por grupo, mínima, máxima.	1. 20-25 2. 25-30 3. 30-35 4. 35-40	Encuesta
Sexo	Características fenotípicas propias de cada género	Sexo de los encuestados	Cualitativa nominal	Frecuencia Porcentaje	1. Masculino 2. Femenino	Encuesta
Estado	Estado de	Estado civil	Cualitativa	Frecuencia	1. Casado/	Encuesta

Civil	unión de dos individuos.	de los encuestados	a	Porcentaje	Unión libre 2. Soltero 3. Divorciado/Separado	
Número de hijos	Número de descendientes respecto de su padre/madre	Número de hijos al momento que se realiza la encuesta	Cuantitativa Discreta	Media, moda, mediana, desviación estándar	1. 0 2. 1-2 3. 3-4	Encuesta
Situación laboral	Relación de estabilidad en donde trabaja	Situación laboral en la que se encuentra al momento	Cualitativa	Frecuencia Porcentaje	1. Autofinanciado 2. Becario 3. Ley Humanitaria. 4. Contrato 5. Nombramiento	Encuesta
Hospital cursando IDIS hospitalario	Lugar donde se encuentra realizando sus prácticas asistenciales	Hospital donde se encuentra realizando sus actividades	Cualitativa	Frecuencia Porcentaje	1. Hospital Público (MSP/IESS) 2. Hospital Privado	Encuesta
Años de residencia	Tiempo para obtener la titulación	Tiempo que lleva estudiando el posgrado	Cuantitativa Discreta	Media, moda, mediana, desviación estándar	1. Primer año 2. Segundo año	Encuesta

					3. Tercer año 4. Cuarto año	
Años de actividad laboral	Tiempo por el cual se encuentra laborando actualmente	Años de servicio en su actividad laboral.	Cuantitativa Discreta	Media, moda, mediana, desviación estándar	1. Dos años 2. Tres años 3. Cuatro años 4. Mayor o igual a 5 años	Encuesta
Número de horas semanales que trabaja	Tiempo transcurrido durante la estancia dentro de la institución desde la hora en que ingresa hasta la hora de salida de lunes a domingo	Tiempo que permanece en su sitio de actividad laboral	Cuantitativa	Frecuencia Porcentaje	1. 40 horas 2. 40 – 80 horas 3. Superior a 80 horas	Encuesta
Número de horas semanales que estudias	Tiempo transcurrido que estudia fuera de la institución	Tiempo utilizado en estudiar fuera del trabajo.	Cuantitativa	Frecuencia Porcentaje	1. 1-7 horas 2. 7-14 horas 3. Mayor de 14	Encuesta

					horas	
--	--	--	--	--	-------	--

Tipo y Diseño de la Investigación

Población y muestra del estudio

La población contiene posgradistas y docentes de la especialidad de Anestesiología, cursando sus estudios en la ciudad de Quito en el año 2021 de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Cálculo de la muestra

$$n = Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N / e^2(N-1) + Z^2 \cdot p \cdot q$$

N: Total de la población: 90 (FUENTE: Secretaría de medicina PUCE)

63 posgradistas

27 docentes anestesiólogos

e: margen de error 5% (0.05)

Z: nivel de confianza para una seguridad del 95 % = 1.96

p: proporción esperada = 0.5

q: 1-p = 0.5

$$n = ((90 * 1,96^2 * 0,5 * 0,5) / (0,05^2 * (90 - 1) + 1,96^2 * 0,5 * 0,5)) = 83$$

Muestra: 83

Criterios de inclusión

- Médico posgradistas de Anestesiología matriculados en el año 2021, en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Médicos docentes especialistas en Anestesiología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador
- Aceptan participar de la investigación con firma del consentimiento informado

Criterios de exclusión

- Mujeres posgradistas en el periodo 2021, cursando embarazo.
- Médicos posgradistas y docentes que se rehúsen a ser encuestados

Técnicas e instrumentos de recolección de muestra

Procedimientos de recolección de información

En el presente estudio, se empleó encuestas aplicadas por personas ajenas a la investigación para garantizar la confidencialidad de los encuestados y evitar un posible sesgo de información al percibir el encuestado que están siendo observados. Se aplicó una encuesta de datos sociodemográficos y laborales (Anexo 1) seguida de la encuesta diseñada por Maslach, C. (2009), para evaluar Síndrome de Burnout (Anexo 2) y acto seguido, la escala ASSIST-LITE (Anexo 3) diseñada por Ali Robert et al en 2013 para evaluar Riesgo de Consumo de Sustancias. Estas escalas se aplicaron previa autorización por parte de los encuestados bajo el consentimiento informado adjunto (Anexo 4).

El cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) consta de 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes en su trabajo para medir el desgaste profesional. Este test pretende medir la frecuencia y la intensidad del SB, (Maslach, C. et al 2009).

Mide los 3 aspectos del síndrome de Burnout: Subescala de agotamiento o cansancio emocional. Evalúa el estado emocional por las demandas del trabajo. Consta de 9 preguntas (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14,16, 20). Alcanzando una puntuación máxima 54 puntos trabajo. Subescala de despersonalización, valora y reconoce actitudes frías y de distanciamiento en su trabajo, constituida por 5 ítems (5, 10, 11, 15, 22) pudiendo alcanzar un máximo de 30 puntos. Finalmente, Subescala de realización personal, comprende sentimientos de eficiencia personal y realización personal en el trabajo como tendencia para evaluar baja autoestima, se compone de 8 ítems (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21) con una puntuación máxima de 48 puntos.

Los componentes o aspectos evaluados por la escala MBI y los puntajes considerados para cada componente se detallan a continuación:

Tabla 3. Síndrome de Burnout y Subescalas a evaluar con la escala Maslach Burnout Inventory

(MBI)

Aspecto evaluado	Preguntas a evaluar	Valor total obtenido	Indicios de Burnout
Cansancio emocional	1-2-3-6-8-13-14-16 -20	Ejemplo: 0	Más de 26
Despersonalización	5-10-11-15-22		Más de 9
Realización personal	4-7-9-12-17-18-19- 21		Menos de 34

Elaborado por: Aguirre A, Camacho M. 2021, en base a Maslach, C. (2009) Comprendiendo el Burnout. Ciencia y Trabajo, 32, 37-43.

Elevadas puntuaciones en las primeras subescalas y baja en la tercera constituyen el síndrome de Burnout. Destacar un análisis detallado en las distintas esferas para determinar el grado de afectación, pudiendo ser más o menos severo dependiendo, si los indicios aparecen en varios ámbitos; y de la diferencia de los resultados con respecto a las referencias que marcan los indicios del síndrome. Aunque el presente estudio no pretende evaluar de manera profunda al síndrome, creemos que nos permitirá mirar a futuro para evaluar medidas preventivas.

La escala ASSIST-LITE, propuesta por Ali Robert. et al en 2013, evalúa el consumo de sustancias y su potencial de abuso de las mismas; debido al tiempo que se dispone para realizar una encuesta apropiada de manera rutinaria a nivel de atención primaria y captación rápida de personas con riesgo potencial. Esta encuesta pretende realizar una rápida aproximación con respuestas afirmativas y negativas, para finalmente dar una aproximación de un posible riesgo de abuso. Los cortes para la encuesta son bajos por lo que se reduce a exponer resultados específicos para cada sustancia y así poder evaluar a futuro con una indagación más profunda acerca de este consumo riesgoso. Vamos a evaluar en las preguntas: Tipo de sustancia, Frecuencia, Impulso, Salud, Rol, Preocupación y Control; por lo que, nos dará un claro resultado final de riesgo positivo o negativo. Ali Robert., et al (2013), presenta una tabla en donde muestra: sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo; para riesgo de consumo de sustancias que a continuación se detalla.

Tabla 4. Puntos de corte de la escala ASSIST-LITE para evaluar potencial abuso de sustancias

	Alcohol	Tabaco	Cannabis	Estimulantes	Sedantes	Opioides
Punto de corte	3 preguntas	2 preguntas	2 preguntas	2 preguntas	2 preguntas	2 preguntas
	positivas =	positivas =	positivas =	positivas =	positivas =	positivas =
	Resultado	Resultado	Resultado	Resultado	Resultado	Resultado
	Positivo	Positivo	Positivo	Positivo	Positivo	Positivo
Sensibilidad	0.88 (0.85, 0.91)	1.00 (0.99, 1.00)	0.90 (0.85, 0.95)	0.96 (0.93, 0.99)	0.89 (0.78, 0.95)	0.98 (0.94, 1.00)
Especificidad	0.66 (0.60, 0.71)	0.71 (0.65, 0.76)	0.61 (0.49, 0.72)	0.71 (0.57, 0.86)	0.75 (0.35, 0.97)	0.76 (0.58, 0.89)
Valor Predictivo Positivo	0.80 (0.76, 0.83)	0.84 (0.80, 0.87)	0.83 (0.77, 0.89)	0.94 (0.90, 0.98)	0.96 (0.88, 1.00)	0.94 (0.89, 0.98)
Valor Predictivo Negativo	0.78 (0.73, 0.83)	1.00 (0.97, 1.00)	0.74 (0.63, 0.85)	0.81 (0.67, 0.95)	0.46 (0.19, 0.75)	0.89 (0.72, 0.98)

Fuente: Modificado de R. Ali et al. / Drug and Alcohol Dependence 132 (2013) 352–361

Basándonos en una prueba aparentemente eficaz y de aplicación rápida decidimos usarla y adjuntamos en anexos la encuesta a realizarse.

Aspectos bioéticos

Al tomar la declaración de Helsinki como base en este estudio establecemos que el propósito de la investigación médica va a enfocarse en mejorar los procedimientos tanto profilácticos, diagnósticos y terapéuticos. Además, daremos prioridad a los intereses y al bienestar de las personas por encima del interés científico y social.

Se explicó a los participantes acerca de la investigación, propósito, beneficios, duración, confidencialidad de la información, a qué entidades se presentarán los resultados obtenidos, a quién contactar en caso de preguntas acerca de la investigación y su derecho a participar o negarse a hacerlo

sin que afecte esto en su formación académica o laboral de forma clara en el consentimiento informado adjuntado en la sección de anexos (Anexo 3).

Los investigadores de este estudio declaramos no tener ningún conflicto de interés y garantizamos en todo momento la confidencialidad de los datos. Los resultados del estudio, servirán a futuro inmediato como fuente de datos estadísticos para análisis posteriores en médicos con potencial riesgo de consumo de sustancias. A partir de esta información, se podría implementar actividades de prevención y diagnóstico oportuno que permitan un tratamiento integral del personal afectado.

Plan de análisis de los datos

Para proceder con el análisis de datos se realizó estadística descriptiva de cada una de las variables. Se determinó frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas; mientras que para las variables cuantitativas se calculó medidas de tendencia central y dispersión. Adicionalmente, se determinarán las prevalencias de Síndrome de Burnout y de riesgo de consumo de sustancias. Se calcularán medidas de asociación entre Síndrome de Burnout y Riesgo de Consumo de Sustancias (OR, con IC al 95%) para lo cual se empleó el programa SPSS versión 25.

De igual manera, se utilizó a las variables intervinientes, para analizar si la situación sociodemográfica y laboral de los encuestados, intervienen en las asociaciones entre Síndrome de Burnout y Riesgo de Consumo de Sustancias. Se aplicó regresión logística bivariada y multivarada, ajustada para las variables intervinientes.

Capítulo IV

Resultados

Características de la muestra

Se estudiaron 89 posgradistas y docentes de Anestesiología. Las características de la muestra se observan en la Tabla 5. El 53,6% (n= 45) fueron de sexo femenino, el mayor porcentaje correspondió al grupo etario de 30-35 años de edad (n=41). Evidenciamos un proporción de las personas con estado civil soltero representan el 50% (n=42) y en la categoría de personas con hijos el 52,4% (n=44) no tienen hijos. Remarcar que en nuestra muestra las tanto docentes como estudiantes tienen mayor participación en hospitales públicos representando al 73,8% (n= 62).

Tabla 5. Características generales de los posgradistas y docentes de Anestesiología, 2021 (n= 89)

	Frecuencia absoluta	Porcentaje %
Sexo		
Masculino	39	46,4
Femenino	45	53,6
Edad		
25-29	19	22,6
30-35	41	48,8
Mayor o igual a 35	24	28,6
Estado civil		
Casado/Unión Libre	38	45,2
Soltero	42	50,0
Divorciado/Separado	4	4,8
Número de Hijos		
0	44	52,4
1 - 2	35	41,7
3 - 4	5	6,0
Situación Laboral		
Autofinanciado	26	31,0

Becario	7	8,3
Ley Humanitaria	26	31,0
Contrato	8	9,5
Nombramiento	17	20,2
Hospital		
Público	62	73,8
Privado	17	20,2
Público y Privado	5	6,0
Años de Residencia/ Años de Trabajo		
2 años	12	14,3
3 años	23	27,4
4 años	31	36,9
Mayor o igual a 5 años	18	21,4
Horas Semanales que trabaja		
40 horas	17	20,2
40 a 80 horas	52	61,9
Superior a 80 horas	15	17,9
Horas Semanales que estudia		
1 a 7 horas	15	17,9
7 a 14 horas	39	46,4
Mayor a 14 horas	30	35,7

Fuente: base de datos Prevalencia *Síndrome de Burnout en posgradistas y docentes de anestesiología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador*, Aguirre A. Camacho M.

Prevalencia de Síndrome de Burnout

A continuación, podemos observar la prevalencia del Síndrome de Burnout en nuestra muestra corresponde a un 10,7% (n=9), casos positivos entre estudiantes y docentes de Anestesiología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

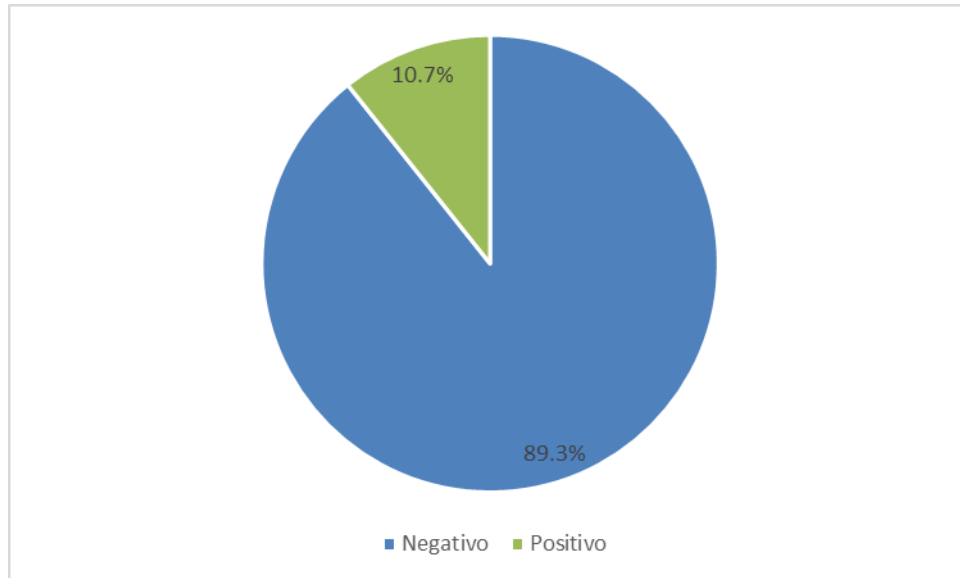


Figura 1. Prevalencia de síndrome de Burnout en posgradistas y docentes de Anestesiología, 2021 (n= 89)

Fuente: Base de datos, *Prevalencia Síndrome de Burnout en posgradistas y docentes de anestesiología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador*, Aguirre A. Camacho M.

Las 3 esferas del Síndrome de Burnout, detalladas a continuación observamos una correlación con la prevalencia total del Síndrome; es así que, para cansancio emocional tenemos una prevalencia de 29,8% (n= 25), Despersonalización 35,7% (n= 30), Realización Personal 27,4% (n= 23).

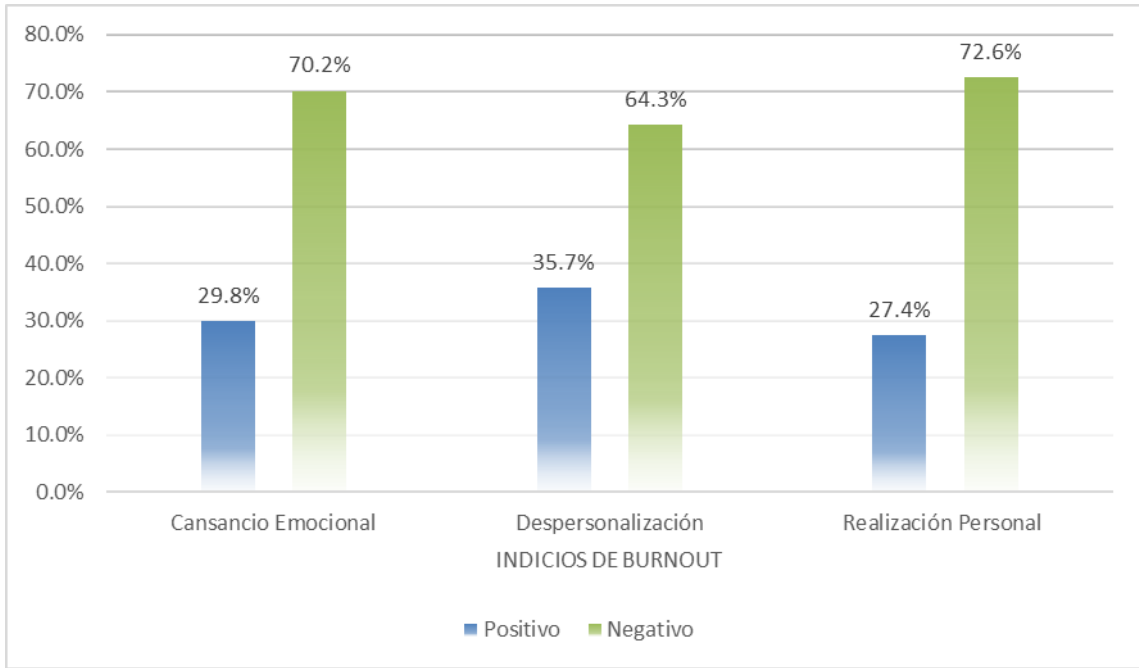


Figura 2. Prevalencia del Síndrome de Burnout por esferas en posgradistas y docentes de Anestesiología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Fuente: Base de datos, *Prevalencia Síndrome de Burnout en posgradistas y docentes de anestesiología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador*, Aguirre A. Camacho M.

Riesgo de consumo de sustancias

En la figura 3 se muestra la prevalencia de consumo de sustancias. Se encontró riesgo de consumo en: Tabaco 4,8% (n= 4), Alcohol 8,3% (n= 7), Cannabis 1,2% (n= 1).

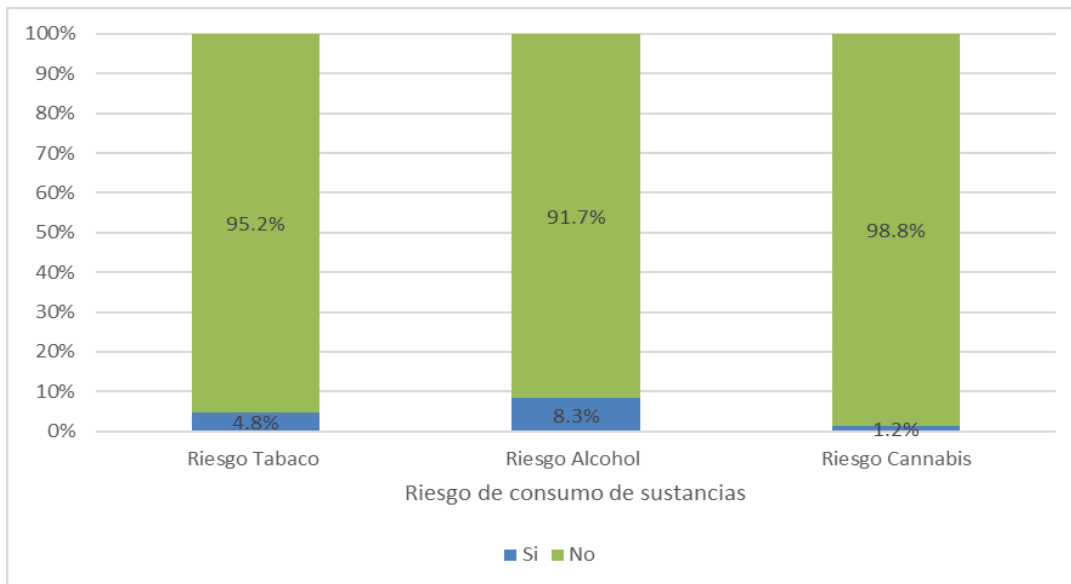


Figura 3. Prevalencia de Consumo de sustancias en posgradistas y docentes de Anestesiología

Fuente: Base de datos, *Prevalencia Síndrome de Burnout en posgradistas y docentes de anestesiología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador*, Aguirre A. Camacho M.

Características asociadas al Síndrome de Burnout

El 8,9% de las mujeres (n=4) y el 12,8% de los hombres (n=5) presentaron Síndrome de Burnout, sin encontrarse diferencias significativas por sexo. En la categoría de Situación Laboral; presentaron Síndrome de Burnout, los autofinanciados en un 7,7%, los becarios 42,9%, ley humanitaria 11,5%, contrato 0,0%, nombramiento 5,9%. Se encontró una asociación significativa entre Síndrome de Burnout y Becarios observándose que ellos tienen 9 (1,1 – 71,9) veces más probabilidad de padecer Síndrome de Burnout con respecto a los Autofinanciados (valor $p < 0,05$) (Tabla 2).

Tabla 6. Características asociadas al Síndrome de Burnout en posgradistas y docentes de

Anestesiología

	Síndrome de Burnout		OR (IC 95%)	Valor p
	Sí	No		
	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)		
Sexo				
Masculino	5 (12,8%)	34 (87,2%)	Referencia	
Femenino	4 (8,9%)	41 (91,1%)	0,66 (0,17-2,67)	0,56
Edad				
25 – 29	1 (5,3%)	18 (94,7%)	Referencia	
30 – 35	5(12,2%)	36 (87,8%)	2,50 (0,27 - 23,03)	0,42
Mayor o igual a 36	3 (12,5%)	21 (87,5%)	2,57 (0,25 - 26,94)	0,43
Estado civil				
Casado/Unión Libre	5 (13,2%)	33 (86,8%)	Referencia	
Soltero	3 (7,1%)	39 (92,9%)	0,5 (0,11 - 2,28)	0,37
Divorciado/Separado	1 (25,0%)	3 (75,0%)	2,2 (1,9 - 25,5)	0,52
Hospital				
Privado	3 (17,6%)	14 (82,4%)	Referencia	
Público	6 (9,7%)	56 (90,3%)	0,5 (0,11- 2,25)	0,36
Años de residencia/trabajo				
2 años	1 (8,3%)	11 (91,7%)	Referencia	
3 años	1 (4,3%)	22 (95,7%)	0,5 (0,02 – 8,77)	0,63
4 años	6 (19,4%)	25 (80,6%)	2,64 (0,28 – 24,6)	0,39
Mayor o igual a 5 años	1 (5,6%)	17 (94,4%)	0,67 (0,037 – 11,5)	0,76
Horas semanales de trabajo				
40 horas	1 (5,9%)	16 (94,1%)	Referencia	
40 a 80 horas	4 (7,7%)	48 (92,3%)	1,33 (0,13 – 12,8)	0,8
Superior a 80 horas	4 (26,7%)	11 (73,3%)	5,8 (0,5 – 59,3)	0,13
Número de hijos				

0	5 (11,4%)	39 (88,6%)	Referencia	
1 - 2	3 (8,6%)	32 (91,4%)	1,5 (0,13 – 16,5)	0,13
3 - 4	1 (20,0%)	4 (80,0%)	1,2 (0,33 – 4,6)	0,73
Situación laboral				
Autofinanciado	2 (7,7%)	24 (92,3%)	Referencia	
Becario	3 (42,9%)	4 (57,1%)	9,0 (1,1 – 71,9)	0,038*
Ley Humanitaria	3 (11,5%)	23 (88,5%)	1,5 (0,23 – 10,24)	0,64
Contrato	0 (0,0%)	8 (100,0%)	0 (0 -)	0,99
Nombramiento	1 (5,9%)	16 (94,1%)	0,75 (0,063 – 8,9)	0,82
Horas semanales de estudio				
1 a 7 horas	2 (13,3%)	13(86,7%)	Referencia	
7 a 14 horas	5 (12,8%)	34 (87,2%)	0,95 (0,16 – 5,5)	0,96
Mayor a 14 horas	2 (6,7%)	28 (93,3%)	0,46 (0,05 – 3,67)	0,46

*Estadísticamente significativo (valor $p < 0,05$).

Fuente: Base de datos, Prevalencia Síndrome de Burnout en posgradistas y docentes de anestesiología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Aguirre A. Camacho M.

Tanto para los componentes: cansancio emocional y realización personal se aprecia un predominio del sexo femenino con síndrome de burnout (33.3% vs 25.6% y 28,9 vs 25,6%) pero sin diferencias estadísticas. El componente de realización personal evidenció un predominio masculino, pero sin diferencias estadísticas. Ninguno de las variables introducidas al modelo demostró diferencias estadísticas como predictoras de burnout, a excepción de los años de residencia y cansancio emocional, en la que, aquellos profesionales con más de 4 años presentaron mayor prevalencia de la condición. Superar las 80 horas de trabajo semanales también se asoció mayores tasas de cansancio emocional (Tabla 3).

Tabla 7. Regresión logística binaria entre características de los encuestados y cansancio emocional

Indicios de Burnout – Cansancio emocional				
	Sí	No	OR (IC 95%)	P valor
Sexo				
Masculino	10 (25,6%)	29 (74,4%)	Referencia	
Femenino	15 (33,3%)	30 (66,7%)	1,45 (0,56 – 3,74)	0,44
Edad				
25 – 29	7 (36,8%)	12 (63,2%)	Referencia	
30 – 35	14 (34,1%)	27 (65,9%)	0,88 (0,28 – 2,76)	0,83
Mayor o igual a 36	4 (16,7%)	20 (83,3%)	0,34 (0,083 – 1,42)	0,14
Estado civil				
Casado/Unión Libre	13 (34,2%)	25 (65,8%)	Referencia	
Soltero	9 (21,4%)	33 (78,6%)	0,52 (0,19 – 1,42)	0,20
Divorciado/Separado	3 (75,0%)	1 (25,0%)	5,76 (0,54 – 61,12)	0,15
Hospital				
Público	19 (30,6%)	43 (69,4%)	Referencia	
Privado	4 (23,5%)	13 (76,5%)	0,69 (0,20– 2,41)	0,57
Público y Privado	2 (40,0%)	3 (60,0%)	1,50 (0,23– 9,77)	0,67
Años de residencia/trabajo				
2 años	2 (16,7%)	10 (83,3%)	Referencia	
3 años	6 (26,1%)	17 (73,9%)	1,76 (0,30 – 10,47)	0,53
4 años	15 (48,4%)	16 (51,6%)	4,68 (0,88 – 24,99)	0,07
Mayor o igual a 5 años	2 (11,1%)	16 (88,9%)	0,62 (0,08 – 5,17)	0,66
Horas semanales de trabajo				
40 horas	2 (11,8%)	15 (88,2%)	Referencia	
40 a 80 horas	15 (28,8%)	37 (71,2%)	3,04 (0,61 – 14,95)	0,17
Superior a 80 horas	8 (53,3%)	7 (46,7%)	8,57 (1,43 – 51,36)	0,02*
Número de hijos				
0	7 (21,9%)	25 (78,1%)	Referencia	

1 - 2	14 (40,0%)	21 (60,0%)	2,27 (0,85 – 6,02)	0,10
3 - 4	1 (20,0%)	4 (80,0%)	0,57 (0,85 – 8,49)	0,89
Situación laboral				
Autofinanciado	9 (34,6%)	17 (65,4%)	Referencia	
Becario	5 (71,4%)	2 (28,6%)	4,72 (0,76 – 29,38)	0,10
Ley Humanitaria	8 (30,8%)	18 (69,2%)	0,84 (0,26 – 2,68)	0,77
Contrato	1 (12,5%)	7 (87,5%)	0,27 (0,03 – 2,55)	0,25
Nombramiento	2 (11,8%)	15 (88,2%)	0,25 (0,05 – 1,35)	0,11
Horas semanales de estudio				
1 a 7 horas	2 (13,3%)	13 (86,7%)	Referencia	
7 a 14 horas	13 (33,3%)	26 (66,7%)	3,25 (0,64 – 16,60)	0,16
Mayor a 14 horas	10 (33,3%)	20 (66,7%)	3,25 (0,61 – 17,28)	0,17

*Estadísticamente significativo (valor $p < 0,05$).

Fuente base de datos, *Prevalencia Síndrome de Burnout en posgradistas y docentes de anestesiología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador*, Aguirre A. Camacho M.

La despersonalización la primera esfera evaluada, marca una tendencia en prevalencia de las personas de edad entre 30 – 35 años con el 41,5% ($n = 17$) y cursando el 2° y 3° año de residencia con el 43,5% y 38,7% respectivamente. El número de horas de estudio superior a 14 horas semanales evidencia 43,3% de despersonalización; como dato adicional se observa una tendencia a factor de protección aparentemente con el número de hijos puesto que entre 3 – 4 hijos presentan 80% de resultado negativo para esta esfera, aunque ningún resultado provee una estadística significativa.

Tabla 8. Regresión logística binaria entre características de los encuestados y despersonalización

	Indicios de Burnout – Despersonalización			OR (IC 95%)	
	Sí	No			
Sexo					
Masculino	15 (38,5%)	24 (61,5%)		Referencia	
Femenino	15 (33,3%)	30 (66,7%)		0,80 (0,33 – 1,96)	0,62
Edad					
25 – 29	6 (31,6%)	13 (68,4%)		Referencia	
30 – 35	17 (41,5%)	24 (58,5%)		1,53 (0,49 – 4,84)	0,46
Mayor o igual a 36	7 (29,2%)	17 (70,8%)		0,89 (0,24 – 3,30)	0,86
Estado civil					
Casado/Unión Libre	15 (39,5%)	23 (60,5%)		Referencia	
Soltero	13 (31,0%)	29 (69,0%)		0,69 (0,27 – 1,73)	0,43
Divorciado/Separado	2 (50,0%)	2(50,0%)		1,53 (0,19– 12,09)	0,68
Hospital					
Público	22 (35,5%)	40 (64,5%)		Referencia	
Privado	6 (35,3%)	11 (64,7%)		0,99 (0,32– 3,04)	0,99
Público y Privado	2 (40,0%)	3 (60,0%)		1,21 (0,19– 7,81)	0,84
Años de residencia/trabajo					
2 años	3 (25,0%)	9 (75,0%)		Referencia	
3 años	10 (43,5%)	13 (56,5%)		2,31 (0,49 – 10,82)	0,29
4 años	12 (38,7%)	19 (61,3%)		1,89 (0,43 – 8,43)	0,40
Mayor o igual a 5 años	5 (27,8%)	13 (72,2%)		1,15 (0,22 – 6,10)	0,87
Horas semanales de trabajo					
40 horas	4 (23,5%)	13 (76,5%)		Referencia	
40 a 80 horas	19 (36,5%)	33 (63,5%)		1,87 (0,53 – 6,56)	0,33
Superior a 80 horas	7 (46,7%)	8 (53,3%)		2,84 (0,63 – 12,89)	0,17
Número de hijos					

0	15 (34,1%)	29 (65,9%)	Referencia	
1 - 2	14 (40,0%)	21 (60,0%)	1,29 (0,51 – 3,23)	0,59
3 - 4	1 (20,0%)	4 (80,0%)	0,48 (0,05 – 4,71)	0,53
Situación laboral				
Autofinanciado	8 (30,8%)	18 (69,2%)	Referencia	
Becario	4 (57,1%)	3 (42,9%)	3 (0,54 – 16,63)	0,21
Ley Humanitaria	12 (46,2%)	14 (53,8%)	1,93 (0,62 – 6)	0,26
Contrato	1 (12,5%)	7 (87,5%)	0,32 (0,03 – 3,06)	0,32
Nombramiento	5 (29,4%)	12 (70,6%)	0,94 (0,25 – 3,56)	0,92
Horas semanales de estudio				
1 a 7 horas	2 (13,3%)	13 (86,7%)	Referencia	
7 a 14 horas	15 (38,5%)	24 (61,5%)	4,06 (0,80 – 20,57)	0,09
Mayor a 14 horas	13 (43,3%)	17 (56,7%)	4,97 (0,95 – 26)	0,06

Fuente base de datos, *Prevalencia Síndrome de Burnout en posgradistas y docentes de anestesiología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador*, Aguirre A. Camacho M.

Al estudiar la segunda esfera Realización Personal, evidenciamos un resultado satisfactorio aparentemente actúa como factor de protección la estabilidad laboral puesto que las personas quienes mantienen nombramiento presentan un resultado negativo en un 88,2%.

Tabla 9. Regresión logística binaria entre características de los encuestados y realización personal

	Indicios de Burnout – Realización personal		OR (IC 95%)	P valor
	Sí	No		
Sexo				
Masculino	10 (25,6%)	29 (74,4%)	Referencia	
Femenino	13 (28,9%)	32 (71,1%)	1,18 (0,45 – 3,09)	0,74
Edad				
25 – 29	7 (36,8%)	12 (63,2%)	Referencia	

30 – 35	12 (29,3%)	29 (70,7%)	0,71 (0,22 – 2,24)	0,56
Mayor o igual a 36	4 (16,7%)	20 (83,3%)	0,34 (0,08 – 1,42)	0,14
Estado civil				
Casado/Unión Libre				
Soltero	8 (21,1%)	30 (78,9%)	Referencia	
Divorciado/Separado	14 (33,3%)	28 (66,7%)	1,87 (0,68 – 5,15)	0,22
	1 (25,0%)	3 (75,0%)	1,25 (0,11– 13,69)	0,85
Hospital				
Público				
Público	18 (29,0%)	44 (71,0%)	Referencia	
Privado	5 (29,4%)	12 (70,6%)	1,01 (0,31– 3,31)	0,98
Público y Privado	0 (0,0%)	5 (100,0%)	0	0,99
Años de residencia/trabajo				
2 años	3 (25,0%)	9 (75,0%)	Referencia	
3 años	9 (39,1%)	14 (60,9%)	1,93 (0,41– 9,10)	0,41
4 años	9 (29,0%)	22 (71,0%)	1,23 (0,27– 5,61)	0,79
Mayor o igual a 5 años	2 (11,1%)	16 (88,9%)	0,37 (0,05 – 2,68)	0,33
Horas semanales de trabajo				
40 horas	5 (29,4%)	12 (70,6%)	Referencia	
40 a 80 horas	13 (25,0%)	39 (75,0%)	0,80 (0,24 – 2,70)	0,72
Superior a 80 horas	5 (33,3%)	10 (66,7%)	1,20 (0,27 – 5,36)	0,81
Número de hijos				
0	14 (31,8%)	30 (68,2%)	Referencia	
1 - 2	8 (22,9%)	27 (77,1%)	0,63 (0,23 – 1,75)	0,38
3 - 4	1 (20,0%)	4 (80,0%)	0,54 (0,05 – 5,24)	0,59
Situación laboral				
Autofinanciado				
Autofinanciado	8 (30,8%)	18 (69,2%)	Referencia	
Becario	3 (42,9%)	4 (57,1%)	1,69 (0,30 – 9,36)	0,55
Ley Humanitaria	10 (38,5%)	16 (61,5%)	1,41 (0,45 – 4,43)	0,56
Contrato	0 (0,0%)	8 (100,0%)	0	0,99
Nombramiento	2 (11,8%)	15 (88,2%)	0,30 (0,05 – 1,63)	0,16
Horas semanales de				

estudio

1 a 7 horas	2 (13,3%)	13 (86,7%)	Referencia	
7 a 14 horas	12 (30,8%)	27 (69,2%)	2,89 (0,56 – 14,84)	0,20
Mayor a 14 horas	9 (30,0%)	21 (70,0%)	2,79 (0,52 – 14,96)	0,23

Fuente base de datos, *Prevalencia Síndrome de Burnout en posgradistas y docentes de anestesiología de la Pontificia*

Universidad Católica del Ecuador, Aguirre A. Camacho M.

Riesgo de consumo de sustancias y características

Los participantes con 3 a 4 hijos demostraron catorce veces más riesgo de consumo de alcohol frente a los que tuvieron menos de 3 hijos (OR 14 IC 95% 1,4 - 137), estadísticamente significativo (valor $p < 0,05$). En el resto de la muestra no se evidenció riesgo de consumo de alcohol, tabaco o cannabis.

Tabla 10. Características asociadas al riesgo de consumo de alcohol, tabaco, cannabis en posgradistas y docentes de Anestesiología

	Alcohol			
	Riesgo	No riesgo	OR (IC 95%)	P valor
Sexo				
Masculino	4(10,3)	35(89,7)	Referencia	
Femenino	3(6,7)	42(93,3)	0,62 (0,13-2,98)	0,56
Edad				
20-29	1(5,3)	18(94,7)	Referencia	
30-35	3(7,3)	38(92,7)	1,42 (0,14-14,63)	0,77
36 y más	3(12,5)	21(87,5)	2,57 (0,24-26,94)	0,43
Estado civil				
Casado/Unión Libre	2(5,3)	36(94,7)	Referencia	
Soltero	4(9,5)	38(90,5)	1,89 (0,33-10,99)	0,48

Divorciado/Separado	1(25,0)	3(75,0)	6 (0,41-86,97)	0,19
Número de hijos				
0	2(4,5)	42(95,5)	Referencia	
1 - 2	3(8,6)	32(91,4)	1,96 (0,31-12,49)	0,47
3 - 4	2(40,0)	3(60,0)	14 (1,43-137,32)	0,02*
Situación Laboral				
Autofinanciado	2(7,7)	24(92,3)	Referencia	
Becario	1(14,3)	6(85,7)	2 (1,54-25,92)	0,60
Ley Humanitaria	2(7,7)	24(92,3)	1 (0,13-7,69)	1
Contrato	0(0,0)	8(100,0)	0	0,99
Nombramiento	2(11,8)	15(88,2)	1,6 (0,20-12,60)	0,65
Hospital				
Público	6(9,7)	56(90,3)	Referencia	
Privado	1(5,9)	16(94,1)	0,58 (0,06-5,20)	0,63
Público y Privado	0(0,0)	5(100,0)	0	0,99
Años residencia/trabajo				
2 años	0(0,0)	12(100,0)	Referencia	
3 años	1(4,3)	22(95,7)	0	0,99
4 años	4(12,9)	27(87,1)	0	0,99
Mayor o igual a 5 años	2(11,1)	16(88,9)	0	0,99
Horas semanales de trabajo				
40 horas	3(17,6)	14(82,4)	Referencia	
40 a 80 horas	3(5,8)	49(94,2)	0,29 (0,05-1,57)	0,15
Superior a 80 horas	1(6,7)	14(93,3)	0,33 (0,03-3,61)	0,37
Horas semanales de estudio				
1 a 7 horas	2(13,3)	13(86,7)	Referencia	
7 a 14 horas	5(12,8)	34(87,2)	0,96 (0,16-5,56)	0,96
Mayor a 14 horas	0(0,0)	30(100,0)	0	0,99

Fuente base de datos, *Prevalencia Síndrome de Burnout en posgradistas y docentes de anestesiología de la Pontificia*

Universidad Católica del Ecuador, Aguirre A. Camacho M.

La sustancia más aceptada socialmente el tabaco, sugiere que las personas con mas horas de estudio semanal son quienes presentan mayor riesgo de consumo con 13,3% (n= 13).

Tabla 11. Características asociadas al riesgo de consumo de tabaco en posgradistas y docentes de Anestesiología

	Tabaco		OR (IC 95%)	P valor
	Riesgo	No riesgo		
	n (%)	n (%)		
Sexo				
Masculino	2 (5,1)	37 (94,9)	Referencia	
Femenino	2 (4,4)	43 (95,6)	0,86 (0,11-6,41)	0,88
Edad				
20-29	2 (10,5)	17 (89,5)	Referencia	
30-35	1 (2,4)	40 (97,6)	0,21(0,02-2,50)	0,22
36 y más	1 (4,2)	23 (95,8)	0,37 (0,03-4,42)	0,43
Estado civil				
Casado/Unión Libre	1(2,6)	37(97,4)	Referencia	
Soltero	3(7,1)	39(92,9)	2,85 (0,28-28,60)	0,37
Divorciado/Separado	0(0,0)	4(100,0)	0	0,99
Número de hijos				
0	1(2,3)	43(97,7)	Referencia	
1 - 2	3(8,6)	32(91,4)	4,03 (0,40-40,57)	0,24
3 - 4	0(0,0)	5(100,0)	0	0,99
Situación Laboral				
Autofinanciado	1(3,8)	25(96,2)	Referencia	
Becario	0(0,0)	7(100,0)	0	0,99
Ley Humanitaria	2(7,7)	24(92,3)	2,08 (0,17-24,51)	0,56
Contrato	0(0,0)	8(100,0)	0	0,99
Nombramiento	1(5,9)	16(94,1)	1,56 (0,09-26,80)	0,76
Hospital				
Público	3(4,8)	59(95,2)	Referencia	

Privado	0(0,0)	17(100)	0	0,99
Público y Privado	1(20,0)	4(80,0)	4,92 (0,41-58,68)	0,21
Años residencia/trabajo				
2 años	0(0,0)	12(100,0)	Referencia	
3 años	3(13,0)	20(87,0)	0	0,99
4 años	0(0,0)	31(100,0)	0	0,99
Mayor o igual a 5 años	1(5,6)	17(94,4)	0	0,99
Horas semanales de trabajo				
40 horas	0(0,0)	17(100,0)	Referencia	
40 a 80 horas	3(5,8)	49(94,2)	0	0,99
Superior a 80 horas	1(6,7)	14(93,3)	0	0,99
Horas semanales de estudio				
1 a 7 horas	0(0,0)	15(100,0)	Referencia	
7 a 14 horas	0(0,0)	39(100,0)	0	0,99
Mayor a 14 horas	4(13,3)	26(86,7)	0	0,99

Fuente base de datos, *Prevalencia Síndrome de Burnout en posgradistas y docentes de anestesiología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador*, Aguirre A. Camacho M.

Al analizar el riesgo de consumo de Cannabis logramos detectar un caso de riesgo, el mismo que se asocia a ciertas características demográficas estudiadas.

Tabla 12. Características asociadas al riesgo de consumo de cannabis en posgradistas y docentes de Anestesiología

	Cannabis		P valor
	Riesgo	No riesgo	
Sexo			
Masculino	1(2,6)	38(97,4)	
Femenino	0(0,0)	45(100,0)	0,99

Edad			
20-29	0(0,0)	19(100,0)	
30-35	0(0,0)	41(100,0)	0,99
36 y más	1(4,2)	23(95,8)	0,99
Estado civil			
Casado/Unión Libre	1(2,6)	37(97,4)	
Soltero	0(0,0)	42(100,0)	0,99
Divorciado/Separado	0(0,0)	4(100,0)	0,99
Número de hijos			
0	0(0,0)	44(100,0)	
1 - 2	1(2,9)	34(97,1)	0,99
3 - 4	0(0,0)	5(100,0)	0,99
Situación Laboral			
Autofinanciado	0(0,0)	26(100,0)	
Becario	1(14,3)	6(85,7)	0,99
Ley Humanitaria	0(0,0)	26(100,0)	0,99
Contrato	0(0,0)	8(100,0)	0,99
Nombramiento	0(0,0)	17(100,0)	0,99
Hospital			
Público	1(1,6)	61(98,4)	
Privado	0(0,0)	17(100,0)	0,99
Público y Privado	0(0,0)	5(100,0)	0,99
Años residencia/trabajo			
2 años	0(0,0)	12(100,0)	
3 años	0(0,0)	23(100,0)	0,99
4 años	1(3,2)	30(96,8)	0,99
Mayor o igual a 5 años	0(0,0)	18(100,0)	0,99
Horas semanales de trabajo			
40 horas	0(0,0)	17(100,0)	
40 a 80 horas	0(0,0)	52(100,0)	0,99
Superior a 80 horas	1(6,7)	14(93,3)	0,99
Horas semanales de estudio			

1 a 7 horas	0(0,0)	15(100,0)	
7 a 14 horas	1(2,6)	38(97,4)	0,99
Mayor a 14 horas	0(0,0)	30(100,0)	0,99

Fuente base de datos, *Prevalencia Síndrome de Burnout en posgradistas y docentes de anestesiología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador*, Aguirre A. Camacho M.

Riesgo del consumo sedantes, estimulantes y opioides

Ninguno de los encuestados presentó riesgo de consumo de estimulantes y opioides. Se aprecia mayor número de participantes mujeres en riesgo de consumo de sedantes (6 vs 1) pero sin diferencias estadísticas. Ninguna otra variable demostró asociación con riesgo de consumo de sedantes (Tabla 9).

Tabla 13. Características asociadas al riesgo de consumo de *consumo sedantes, estimulantes y opioides* en posgradistas y docentes de Anestesiología

	Sedantes		OR (IC 95%)	P valor
	Riesgo	No riesgo		
Sexo				
Masculino	1(2,6)	38(97,4)	Referencia	
Femenino	6(13,3)	39(86,7)	5,85 (0,67-50,88)	0,11
Edad				
20-29	2(10,5)	17(89,5)	Referencia	
30-35	4(9,8)	37(90,2)	0,92 (0,15-5,51)	0,93
36 y más	1(4,2)	23(95,8)	0,37 (0,03-4,42)	0,43
Estado civil				
Casado/Unión Libre	2(5,3)	36(94,7)	Referencia	
Soltero	4(9,5)	38(90,5)	1,89 (0,33-10,99)	0,48
Divorciado/Separado	1(25,0)	3(75,0)	6 (0,41-86,97)	0,19
Número de hijos				
0	5(11,4)	39(88,6)	Referencia	
1 - 2	2(5,7)	33(94,3)	0,47 (0,08-2,60)	0,39
3 - 4	0(0,0)	5(100,0)	0	0,99

Situación Laboral				
Autofinanciado	3(11,5)	23(88,5)	Referencia	
Becario	2(28,6)	5(71,4)	3,07 (0,40-23,44)	0,28
Ley Humanitaria	1(3,8)	25(96,2)	0,30 (0,03-3,16)	0,32
Contrato	0(0,0)	8(100,0)	0	0,99
Nombramiento	1(5,9)	16(94,1)	0,48 (0,04-5,03)	0,54
Hospital				
Público	6(9,7)	56(90,3)	Referencia	
Privado	1(5,9)	16(94,1)	0,58(0,06-5,20)	0,63
Público y Privado	0(0,0)	5(100,0)	0	0,99
Años				
residencia/trabajo				
2 años	2(16,7)	10(83,3)	Referencia	
3 años	1(4,3)	22(95,7)	0,23 (0,02-2,80)	0,25
4 años	3(9,7)	28(90,3)	0,54 (0,08-3,69)	0,53
Mayor o igual a 5	1(5,6)	17(94,4)	0,29(0,02-3,67)	0,34
años				
Horas semanales de				
trabajo				
40 horas	1(5,9)	16(94,1)	Referencia	
40 a 80 horas	4(7,7)	48(92,3)	1,33 (0,14-12,82)	0,80
Superior a 80 horas	2(13,3)	13(86,7)	2,46 (0,20-30,27)	0,48
Horas semanales de				
estudio				
1 a 7 horas	0(0,0)	15(100)	Referencia	
7 a 14 horas	5(12,8)	34(87,2)	0	0,99
Mayor a 14 horas	2(6,7%)	28(93,3)	2,06 (0,37-11,43)	0,41

Fuente base de datos, *Prevalencia Síndrome de Burnout en posgradistas y docentes de anestesiología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador*, Aguirre A. Camacho M.

Asociación entre Síndrome de Burnout y riesgo de consumo de sustancias

La evidencia que se encontró en nuestra investigación no arroja resultados significativos para la asociación entre las 2 variables; manteniendo los intervalos de confianza demasiado amplios para extrapolar nuestra investigación a la población en general.

Tabla 14. Asociación entre síndrome de Burnout y riesgo de consumo de sustancias

	Alcohol			Valor p	Tabaco ^a		Cannabis ^a	
	Riesgo n (%)	No riesgo n (%)	OR (IC 95%)		Riesgo n (%)	No riesgo n (%)	Riesgo n (%)	No riesgo n (%)
Síndrome de Burnout								
NO	5(6,7)	70(93,3)	Referencia		4(5,3)	71(94,7)	0(0,0)	75(100,0)
SI	2(22,2%)	7(77,8)	4 (0,65 – 4)	0,134	0 (0,0)	9(100,0)	1(11,1)	8(88,9)

^aNo se puede obtener valor de OR porque una de las celdas contiene un cero.

Fuente base de datos, *Prevalencia Síndrome de Burnout en posgradistas y docentes de anestesiología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador*, Aguirre A. Camacho M.

El consumo de sedantes a pesar de encontrar 1 caso en nuestra investigación no demuestra una asociación de riesgo con el SB.

Tabla 15. Asociación entre síndrome de Burnout y riesgo de consumo de sustancias

	Sedantes			
	Riesgo n (%)	No riesgo n (%)	OR (IC 95%)	P
Síndrome de Burnout				
No	6(8,0)	69(92,0)	Referencia	
Sí	1(11,1)	8(88,9)	1,43(0,15 – 13,5)	0,751

Fuente base de datos, *Prevalencia Síndrome de Burnout en posgradistas y docentes de anestesiología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador*, Aguirre A. Camacho M.

CAPÍTULO V

Discusión

El síndrome de Burnout un problema cada vez más frecuente en la salud mental de los profesionales sanitarios, con consecuencias importantes y potencialmente serias para la calidad de vida de los afectados (Van Der Wal et al., 2018)(Sanfilippo et al., 2017); e inclusive relacionarse al abuso de sustancias como el alcohol, tabaco, y otras como sedantes, hipnóticos y opiáceos; lo cual, ineludiblemente conlleva a un impacto negativo tanto individual como colectivo en las áreas de salud. Investigaciones previas han mencionado que la Anestesiología, es una de las ramas de la salud con mayor frecuencia de casos de abusos de sustancias (Rose & Brown, 2010).

La prevalencia de Burnout es voluble entre los profesionales sanitarios. Una revisión sistemática con metaanálisis ejecutada por Rodrigues et al., 2018, establecen una prevalencia neta de Burnout del 35% en profesionales de la salud en especialidades clínicas, quirúrgicas y de diagnóstico especializado, y, de hasta un 41% en médicos relacionados con la Anestesiología, siendo la tercera más alta luego de las especialidades relativas a Cirugía General y Traumatología. Eslava-Schmalbach et al, (2020), evaluaron la ocurrencia de síndrome de Burnout en 702 especialistas y residentes de Anestesiología, encontrando una prevalencia del 19.2%.

Ambos estudios muestran prevalencias superiores a las encontradas en nuestro estudio, lo cual, puede deberse principalmente al tamaño muestral de los participantes, y a la variabilidad de contextos laborales (médicos con alto índice de rotación en diversas unidades operativas) en las que se ejecutó este análisis.

Los criterios del síndrome de Burnout, incluyen: despersonalización, cansancio emocional y falta de realización personal. Balan et al., 2019, evaluaron las dimensiones relativas al diagnóstico de síndrome de Burnout en 275 médicos residentes y especialistas de Anestesiología en Bucarest, encontrando que, la frecuencia de afectación en la falta de realización personal ocurrió entre el 44% a 50% de los participantes, en tanto que, la presencia de despersonalización tuvo lugar el 47% a 50% y de cansancio emocional en el 56% a 62%, además, en este estudio se estableció el grado de cada uno de los síntomas en bajo, medio y alto, lo cual, es una de las limitantes en nuestro estudio, pues, cada dimensión se evaluó de forma neta y no desglosada en severidad.

Sanfilippo et al, (2018), describieron el grado de afectación en cada uno de los criterios diagnósticos de síndrome de Burnout en 382 médicos especialistas en Anestesiología Cardiovascular, de los cuales, el 12.5% a 14.5% manifestó síntomas de cansancio emocional, 7.2% a 10.2% despersonalización y un 32.5% a 35.8% reducción de la realización personal.

Respecto al estudio de Balan et al, (2019), la frecuencia de presentación de cansancio emocional y reducción en la realización personal es mayor a la encontrada en nuestro estudio, sin embargo, es mayor a los datos descritos por Sanfilippo et al, (2018).

Tanto en el estudio de Balan et al, (2019), como en el de Sanfilippo et al, (2018), hay una mayor presencia de despersonalización frente a los otros dos criterios, lo cual, también ocurre con nuestros participantes, y por lo tanto, es común que, el síndrome de Burnout se manifieste principalmente con despersonalización como síntoma cardinal.

En el síndrome de Burnout intervienen factores tanto organizacionales como no organizacionales. Afonso et al, (2021), en un estudio que incluyó a 28677 profesionales de Anestesiología en Estados Unidos, determinaron que los factores organizacionales relacionados a síndrome de Burnout más importantes son: falta de compensación en el trabajo (OR: 6.7, IC95%: 5.3 -8.5), carga de trabajo mayor a 40 horas/semana (OR: 2.22, IC95%: 1.80 – 2.75), inestabilidad laboral (OR: 2.06, IC95%: 1.76 – 2.42) y falta de soporte emocional en el trabajo (OR: 10, IC95%: 5.4 – 18.3).

Además de los antes mencionados, Palmer et al, (2005), determinaron factores no organizacionales asociados al síndrome de Burnout en 97 médicos especialistas y residentes de Anestesiología en México, entre los que destacan los siguientes: uno más hijos (OR: 33.2, IC95%: 1.63 – 675, p=0.012), más de 13 años de labor profesional (OR: 1.17, IC95%: 1.02 – 1.34, p=0.02) y profesionales casados y divorciados (OR: 5.2, IC95%: 1.86 – 40.15, p=0.03).

De los condicionantes organizacionales especificados por Afonso et al, (2021), la situación laboral (becario) y las horas semanales de trabajo fueron demostrados como factores de riesgo de síndrome de Burnout en nuestros participantes, sin embargo, hay que considerar que el tamaño muestral pudo afectar en la estimación de la fuerza de asociación. En cuanto a los factores no organizacionales definidos por Palmer et al, (2005), no se logró encontrar asociación significativa en ninguno de los determinantes analizados en nuestros participantes.

Respecto al consumo de sustancias, una revisión sistemática cualitativa realizada por Mayall, 2016, establecen que, entre los médicos residentes y especialistas de Anestesiología, las principales sustancias consumidas son: opioides como el fentanilo hasta en el 64% de los

profesionales con conducta adictiva, alcohol hasta un 35%, marihuana un 14%, cocaína un 12%, hipnóticos hasta un 12% y opioides orales entre un 10% a 14%. En los profesionales que fueron analizados en esta investigación, la principal sustancia de consumo fue el alcohol, que no fue mayor del 10% de los participantes.

Jackson, et al (2016), analizaron los factores relacionados al consumo problemático de alcohol en 12500 estudiantes de posgrado, demostrando que, el diagnóstico de síndrome de Burnout se asocia significativamente a un incremento del riesgo de dependencia al alcohol (OR: 1.20, IC95%: 1.05 – 1.37, $p < 0.01$). En nuestros resultados, hay un incremento no estadísticamente significativo del riesgo de consumo problemático de alcohol en aquellos que tuvieron síndrome de Burnout, sin embargo, en la estratificación de los riesgos laborales en profesionales de Anestesiología, esto es clínicamente relevante.

Fernandes et al, (2018), evaluaron los factores relacionados al consumo de sustancias en 160 profesionales de enfermería de unidades críticas, en la que se estableció que, la presencia de síndrome de Burnout se asocia a consumo problemático de tabaco entre los participantes ($p = 0.0406$), lo cual, no pudo ser demostrado en nuestros participantes dada la baja tasa de consumo de tabaco.

En el estudio de Eslava-Schmalbach, et al (2020), en profesionales colombianos de Anestesiología, se establece que, la presencia de síndrome de Burnout -especialmente el componente de despersonalización- tuvo un incremento no significativo de riesgo para consumo de sustancias psicoactivas ilegales (OR: 1.38, IC95%: 0.54 – 3.54), siendo similar a lo encontrado en nuestros resultados, lo cual indica que, el síndrome de Burnout no es un factor independiente para el consumo de sustancias psicoactivas en profesionales de la Anestesiología, sino que, depende de un conjunto de factores de riesgo socioeconómicos

clínicos, no evaluados por completo en este estudio.

Las limitaciones que se encontraron en este estudio fueron: variabilidad en los tiempos de ejecución y respuesta, el cual, está asociado principalmente al acceso limitado que se tuvo al personal sanitario de interés debido al contexto de pandemia, imposibilidad de realizar test de forma presencial y aplazamientos en los compromisos para responder los diversos test por parte de los profesionales.

Además, se tuvo una variable cooperación entre los participantes, pues, algunos desistieron inicialmente su continuidad en el estudio, otros mencionaron no haber recibido la información electrónica, comprobándose después que indicaron información errónea de contacto, lo cual, obligó a reajustar los tamaños muestrales.

Entre las ventajas de este estudio destaca la simplicidad de su ejecución, que, si bien requiere una cooperación importante del participante, los instrumentos utilizados son fáciles de explicar, y sencillos de comprender por el participante, lo cual, mejoró la continuidad de los profesionales que finalmente participaron en el estudio.

Por otra parte, este estudio muestra un dato valioso a considerar dentro de la formación de posgrado, y es la situación laboral y prevalencia del síndrome de Burnout, lo cual, permite establecer una recomendación fuerte respecto al apoyo psicológico al residente de posgrado.

Finalmente mencionar que como todo estudio, el nuestro, nos deja una duda muy clara y probablemente sea un factor a considerar a futuro; los sesgos epidemiológicos, ciertamente el de información se refiere a los errores que se introducen durante la medición en la población en estudio, que en nuestro caso podemos inferir que se acerca al sesgo de información mas claramente al de atención en donde los pacientes o personas sometidas a estudios cambian su comportamiento al ser observados y pueden alterar los resultados. Por otra parte, es importante considerar que este estudio no pudo determinar causalidad dado el diseño del mismo.

CAPÍTULO VI

Conclusiones y recomendaciones del estudio

CONCLUSIONES

El síndrome de burnout en nuestro estudio arroja una prevalencia del 10.7% coincide con la bibliografía encontrada e incluso un poco menor, tomando en cuenta todas las características de la muestra y de las personas encuestadas podríamos decir que se acerca a la realidad. Cabe resaltar que este síndrome contiene tres esferas dentro de las cuales nosotros podemos decir si validaríamos uno por uno tendríamos una prevalencia aproximadamente del 30%, lo cual se podría lograr con una muestra más amplia y encuestas personalizadas por terceros. Sin embargo, el riesgo de consumo de sustancias en nuestro estudio tiene una prevalencia baja y probablemente es necesario profundizar, y de manera más personalizada identificar a las personas con riesgo ya que se tratan de seres humanos quienes deberán ser reinsertados a su formación profesional o trabajo.

Entre las sustancias a las que encontramos riesgo de consumo se encuentra la más habitual de consumo social, el alcohol alcanzando el 8% de prevalencia de riesgo en la población estudiada; aunque en nuestro estudio no encontramos relación directa entre el síndrome de burnout y alcohol, no podemos dejar de lado que el riesgo existe y podemos identificarlo con mayores estudios a futuro.

Bryson, et al (2018), remitiéndonos al año mencionado podemos afirmar que hay una estrecha relación entre el síndrome de burnout y el consumo de sustancias siendo una necesidad identificar los casos de manera precoz para realizar intervención oportuna como lo sugieren.

Cebria, J, et al (2003), incluso en el pasado se conoce la relación entre el síndrome de burnout y la capacidad para prescribir medicación en atención primaria, extrapolando estos resultados a anestesiología podemos decir qué es imperativo implementar normas que permitan a los anestesiólogos trabajar bajo las mejores condiciones de salud física y psíquica para el bienestar del paciente.

RECOMENDACIONES

El riesgo de consumo de sustancias entre la comunidad médica es una realidad cada vez más frecuente y más infra diagnosticada, el problema radica en lograr que la sociedad entienda que se trata de una enfermedad tratable y además en lograr identificar a las personas de riesgo sin que éstas se sientan juzgadas y observadas puesto que la las personas en riesgo son evaluadas por sus mismas instituciones y personal superior lo cual es un error en nuestra sociedad, debería ser una persona o prestación externa la que lleve esta información para impulsar la búsqueda de ayuda profesional en quienes lo necesiten.

Con respecto al síndrome de burnout podemos decir que es más común de lo que aparenta y probablemente tenga mayor influencia en las actividades cotidianas de las personas que lo padecen, por lo que prestar un servicio a docentes y residentes de anestesiología quienes se sientan sobrepasados por su trabajo parece ser una realidad a la cual deberíamos apuntar.

Las universidades quienes brindan la formación académica a los futuros profesionales podrían incluir entre su programa de formación aptitudes para identificar a los compañeros estudiantes y profesionales, los síntomas de SB y trastornos asociados al consumo de sustancias; ya que somos los mismos profesionales los que tenemos la obligación de ayudar a quien lo requiera, puesto que hay problemas sociales más profundos de lo que se puede observar a simple vista en nuestra sociedad. Incluir a las universidades para aportar seguimiento al abuso de sustancias es prioritario, puesto que ya se ha establecido en años anteriores que el riesgo de desarrollo de consumo de sustancias es alto en los primeros 5 años de iniciar las prácticas en anestesiología (Clark, et al. 1999)

Finalmente, la asociación entre estas 2 entidades necesita un estudio de mayor extensión para implementar estrategias de diagnóstico precoz e intervención oportuna en los

profesionales de la salud que así lo requieran guardando confidencialidad desde la primera aproximación.

ANEXOS

ANEXO 1:

Datos Sociodemográficos

Por favor señale con un círculo respuesta que corresponda:

Edad	20 a 24
	25 a 29
	30 a 35
	35 a 40
Sexo	Masculino
	Femenino
Estado Civil	Casado/Unión Libre
	Soltero
	Divorciado/Separado
Número de Hijos	0
	1 a 2
	3 a 4
Situación Laboral	Autofinanciado
	Becario
	Ley Humanitaria
	Contrato
	Nombramiento
Hospital Cursando IDIS	Publico
	Privado
Años de Residencia/Años de trabajo	1
	2
	3
	4
	5 o mas
Horas semanales que trabaja	40
	40 a 80
	Superior a 80
Horas semanales que estudia	1 a 7
	7 a 14
	Mayor a 14

Escala de Síndrome de Burnout de Maslach

A continuación, encontrará una serie de enunciados acerca de su trabajo y de sus sentimientos sobre él, por favor marque la respuesta que corresponda a su sentir con honestidad. No existen respuestas mejores o peores, la respuesta correcta es aquella que expresa verídicamente su propio sentir. A cada una de las frases debe responder expresando la frecuencia con que tiene ese sentimiento

	<i>PREGUNTAS</i>	<i>Nunca</i>	<i>Pocas veces al año o menos</i>	<i>Una vez al mes o menos</i>	<i>Pocas veces al mes</i>	<i>Una vez a la semana</i>	<i>Pocas veces a la semana</i>	<i>Todos los días</i>
	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo							
	Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío							
	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado							
	Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes							
	Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales							
	Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa							
	Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes							
	Siento que mi trabajo me está desgastando							
	Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo							
0	Siento que me he hecho más duro con la gente							
1	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente							

2	Me siento con mucha energía en mi trabajo							
3	Me siento frustrado en mi trabajo							
4	Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo							
5	Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes							
6	Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa							
7	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes							
8	Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes							
9	Creo que consigo muchas cosas valiosas con este trabajo							
0	Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades							
1	Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada							
2	Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas							

Escala ASSIST-LITE

Marque con un círculo su respuesta, en los últimos 3 MESES usted a::

Cigarrillo	
1 ¿Fumó un cigarrillo que contenía tabaco?	Sí [1] No [0]> No: pase a la P2
1a ¿Fumaba habitualmente más de 10 cigarrillos al día?	Sí [1] No [0]
1b ¿Fumaba habitualmente dentro de los 30 minutos después de despertarse?	Sí [1] No [0]
Resultado (encuestador)	Puntaje de tabaco: [0-3]
Alcohol	
2 ¿Tomó una bebida que contenía alcohol?	Sí [1] No [0]> No: pase a la P3
2a En alguna ocasión, ¿bebió más de 4 bebidas alcohólicas estándar?	* Sí [1] No [0] * 1 bebida estándar equivale aproximadamente a 1 copa pequeña de vino o una lata mediana cerveza fuerte o un trago de licor.
2b ¿Ha intentado y no ha podido controlar, reducir o dejar de beber?	Sí [1] No [0]
2c ¿Alguien ha expresado preocupación por su forma de beber?	Sí [1] No [0]
Resultados (encuestador)	Puntaje de alcohol: [0-4]
Cannabis	
3 ¿Usaste cannabis?	Sí [1] No [0]> No: pase a la P4

3a ¿Ha tenido un fuerte deseo o necesidad de consumir cannabis al menos una vez a la semana o más a menudo?	Sí [1] No [0]
3b ¿Alguien ha expresado preocupación por su consumo de cannabis?	Sí [1] No [0]
Resultado (encuestador)	Puntuación de cannabis: [0-3]
Estimulantes	
4 ¿Usó un estimulante de tipo anfetamínico, o cocaína, o un estimulante medico sin prescripción?	Sí [1] No [0]> No: pase a la P5
4a ¿Usó un estimulante al menos una vez a la semana o con más frecuencia?	Sí [1] No [0]
4b ¿Alguien ha expresado preocupación por su uso de un estimulante?	Sí [1] No [0]
Resultado (encuestador)	Puntuación del estimulante: [0-3]
Sedantes	
5 ¿Usó un sedante o un medicamento para dormir que no fue el indicado?	Sí [1] No [0]> No: pase a la P6
5a ¿Ha tenido un fuerte	Sí [1] No [0]

deseo o urgencia de usar un sedante o medicación para dormir al menos una vez a la semana o con más frecuencia?	
5b ¿Alguien le ha expresado preocupación por el uso de un sedante o medicación para dormir por?	Sí [1] No [0]
Resultados (encuestador)	Puntuación de sedantes: [0-3]
Opioides	
6 ¿Usó un opioide ilegal (por ejemplo, heroína) o un opioide sin prescripción?	Sí [1] No [0]> No: pase a la P7
6a ¿Ha intentado y no ha podido controlar, reducir o dejar de usar un opioide?	Sí [1] No [0]
6b ¿Alguien ha expresado preocupación por su uso de un opioide?	Sí [1] No [0]
Resultados (encuestador)	Puntuación de opioides: [0-3]
Otra sustancia	
7. ¿Usó alguna otra sustancia psicoactiva? No puntuado	Sí [0] No [0]
¿Que tomaste? No puntuado	

ANEXO 2:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Prevalencia de Síndrome de Burnout en médicos posgradistas y docentes de Anestesiología en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, y su asociación a su consumo de sustancias en el periodo 2021

Parte I: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado:

Introducción

Soy Andrés Aguirre/María José Camacho, encuestador/a de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador en Quito. Le invito a participar de la investigación titulada “**Prevalencia de Síndrome de Burnout en médicos posgradistas y docentes de Anestesiología en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, y su asociación a su consumo de sustancias en el periodo 2021**”

Explicación del estudio

El Síndrome Burnout se ha convertido en un problema social y de salud pública, puesto que es un trastorno adaptativo crónico que no sólo repercute en la salud y calidad de vida de cada profesional, sino también afecta la calidad de su labor asistencial; pudiéndose encontrar según varios estudios el aumento de depresión y con ello, el riesgo de asociación a consumo de sustancias psicotrópicas nocivas.

Por este motivo, esta investigación tiene por objetivo identificar la prevalencia de Síndrome de Burnout en personal de Anestesiología y su asociación al riesgo de consumo de sustancias (alcohol, tabaco y sustancias psicotrópicas).

Para decidir si está interesado o no en participar, es necesario que comprenda de qué se trata este proyecto, así como los posibles riesgos y beneficios que conlleva. Este proceso es conocido como consentimiento informado. Usted podrá decidir libre y voluntariamente si desea participar en esta investigación. En tal caso, se le pedirá que firme este documento en el que da su consentimiento para participar en esta investigación.

Descripción del proceso

En esta investigación le pediremos que realice la siguiente actividad:

1. Responder una encuesta sobre Datos Sociodemográficos
2. Responder una evaluación acerca del Síndrome De Burnout
3. Responder a una escala rápida de Riesgo de Consumo ASSIST-LITE

Tiempo aproximado 15 a 20 minutos.

Manejo de muestras y resultados

Las encuestas son anónimas y permanecerán de ese modo durante todo el tiempo de la investigación, no se usaran para fines diagnósticos o terapéuticos personales.

Posibles riesgos y molestias

Si piensa que alguna de las preguntas es demasiado privada o no desea compartir sus respuestas, puede negarse a responder y pasar a la siguiente pregunta. También puede terminar la entrevista en cualquier momento.

Beneficios

El participar en esta investigación puede brindarle beneficios inmediatos, al solicitar resultados personales a los encuestadores, permitirá posteriormente definir acciones para mejorar la situación de salud actual de ser necesario. Esperamos que la información de esta investigación nos ayude a entender mejor la salud de los profesionales de Anestesiología.

Confidencialidad

La información que nos proporcione será compartida solamente con el equipo de investigación, a ser divulgada mediante artículos científicos y presentaciones académicas, sin revelar su identidad personal. Se harán todos los esfuerzos necesarios para mantener la confidencialidad de su información. Los datos que serán colectados no se identificarán por su nombre, se hará una lista con un código y esta lista será guardada en un archivador al que tendrán acceso únicamente los investigadores.

Compensación

No habrá compensación por la participación en este estudio.

Información sobre autorizaciones para el estudio

Este estudio ha sido revisado y aprobado por Dr. Juan Pasquel Coordinador del Posgrado de Anestesiología, Reanimación y Terapia del Dolor, así como por el Subcomité de Bioética de la Facultad de Medicina

Parte II: DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ (nombre de posgradistas o docentes) Declaro que:
_____ (nombre de quien ha dado el consentimiento) me ha explicado:

- el fin del estudio propuesto
- el procedimiento para la recolección de datos
- los posibles riesgos y beneficios de la participación en el estudio
- los mecanismos para garantizar la confidencialidad en el manejo de los resultados y su almacenamiento
- mi participación en este estudio es completamente voluntaria.
- puedo dejar este estudio en cualquier momento

Persona que informa (delegado del equipo de investigación) _____ (nombre) con
_____ (Cédula de ciudadanía)

Declaro que, he informado a _____ (nombre), sobre:


- el propósito y la naturaleza del estudio,
- los criterios de exclusión y exclusión para la presente investigación,
- los posibles riesgos y beneficios de la participación en el estudio,
- los procesos para garantizar confidencialidad en el manejo de las muestras, datos personales del participante y resultados,
- he contestado todas las inquietudes del participante, respecto a este estudio,

Información de contacto

Usted puede hacer preguntas sobre este estudio en cualquier momento. Los investigadores responderán a sus preguntas según su conocimiento del tema. Si tiene preguntas sobre su trato o cualquier otro asunto relacionado con su participación, puede contactarse con Andrés Aguirre: 0995081195, María José Camacho: 0984059805.

En _____ a _____ - _____ - 2021 (lugar) (dd-mm-aa)
FIRMAS:

Participante del estudio o representante legal

El delegado del equipo de investigación
Si no es posible obtener una firma, utilice este espacio para la huella


Revocatoria del consentimiento:

____ Revoco mi decisión de participación en el estudio: **Prevalencia de Síndrome de Burnout en médicos posgradistas y docentes de Anestesiología en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, y su asociación a su consumo de sustancias en el periodo 2021**, en la fecha: ____ - ____ - ____, comprendo que esta decisión no afectará mi actual o futuro proceso de mi formación o situación laboral.

Firma del participante:

Referencias Bibliográficas

- Afonso, A. M., Cadwell, J. B., Staffa, S. J., Zurakowski, D., & Vinson, A. E. (2021). Burnout Rate and Risk Factors among Anesthesiologists in the United States. *Anesthesiology*, *134*, 683–696. <https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000003722>
- Ali R, Meena S, Eastwood B, Richards I & Marsden J. (2013). Ultra-rapid screening for substance-use disorders: the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST-Lite). *Drug & Alcohol Dependence*, *132*, 352-61.
- American Psychiatric Association. (2013). Cautionary statement for forensic use of *DSM-5*. In *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>.
CautionaryStatement
- Balan, S. A., Bubenek-Turconi, Ş. I., Droc, G., Marinescu, E., Nita, E., Popa, M. C., Popescu-Spineni, D., & Tomescu, D. (2019). Burnout syndrome in the anaesthesia and intensive care unit. *Romanian Journal of Anaesthesia and Intensive Care*, *26*(1), 31–36. <https://doi.org/10.2478/rjaic-2019-0005>
- Bryson, E. O. (2018). The opioid epidemic and the current prevalence of substance use disorder in anesthesiologists. *Current Opinion in Anaesthesiology*, *31*, 388-392. <https://dx.doi.org/10.1097/ACO.0000000000000589>
- Hyman, S. A., Shotwell, M. S., Michaels, D. R., Han, X., Card, E. B., Morse, J. L., Weinger, M. B. (2017). A survey evaluating burnout, health status,

depression, reported alcohol and substance use, and social support of anesthesiologists. *Anesthesia & Analgesia*, 125, 2009-2018.

<https://dx.doi.org/10.1213/ANE.0000000000002298>

Cebria, J., Sobreques, J., Rodriguez, C., Segura, J. (2003). [influence of burnout on pharmaceutical expenditure among primary care physicians]. *Gaceta Sanitaria*, 17, 483-9.

Clark GD, Stone JA. Assessment of the substance abuse curriculum in schools of nurse anesthesia. *J Addiction Nursing* 1999;11:123–35.

Duncum RM. The development of inhalation anaesthesia. London: Oxford University Press; 1947:86.

Eslava-Schmalbach, J., Garzón-Orejuela, N., Gonzalez-Gordon, L., Rosero, E., & Gómez-Restrepo, C. (2020). Prevalence and factors associated with Burnout Syndrome in Colombian Anesthesiologists. *International Journal of Preventive Medicine*, 11(5), 1–11. <https://doi.org/10.4103/ijpvm.IJPVM>

Fernandes, L. S., Nitsche, M. J. T., & De Godoy, I. (2018). Association between burnout syndrome, harmful use of alcohol and smoking in nursing in the ICU of a university hospital. *Ciencia e Saude Coletiva*, 23(1), 203–214. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018231.05612015>

Freudenberger H.J.: Staff burn-out. *J Soc Issues* 1974; 30: pp. 159-165.

Fry RA, Fry LE, Castanelli DJ. A retrospective survey of substance abuse in anaesthetists in Australia and New Zealand from 2004 to 2013. *Anaesth Intensive Care* 2015; 43:111–117.

Grecia del Valle Linares Parra y Yajaira Skye Guedez Salas Síndrome de burnout enfermedad invisible entre los profesionales de la salud Atención Primaria, 2021-05-01, Volumen 53, Número 5, Artículo 102017, Copyright © 2021 The Author(s)

Ishak W., et. al.: Burnout in medical students: a systematic review. *Clin Teach* 2013; 10: pp. 242-245.

Jackson, E. R., Shanafelt, T. D., Hasan, O., Satele, D. V., & Dyrbye, L. N. (2016). Burnout and alcohol abuse/dependence among U.S. Medical Students. *Academic Medicine*, 91(9), 1251–1256.

<https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001138>

John E. Tetzlaff, MD Drug Diversion, Chemical Dependence, and Anesthesiology
Advances in Anesthesia, 2011-01-01, Volumen 29, Número 1, Páginas 113-127, Copyright © 2011 Elsevier Inc.

Lichstein, P. M., He, J. K., Estok, D., Prather, J. C., Dyer, G. S., Ponce, B. A., Collaborative Orthopaedic Educational Research Group (2020). What is the prevalence of burnout, depression, and substance use among orthopaedic surgery residents and what are the risk factors? a collaborative orthopaedic educational research group survey study. *Clinical Orthopaedics & Related Research*, 478, 1709-1718.

<https://dx.doi.org/10.1097/CORR.0000000000001310>

Lin AN, Bause GS. Adjoniram Judson Shurtleff: a tragic picture of anesthetic drug abuse. *J Anesth Hist* 2017; 3:108–109.

Martini, S., Arfken, C., Churchill, A., & Balon, R. (2004). Burnout Comparison Among Residents in Different Medical Specialties. *Academic Psychiatry*. 28:240-242.

Maslach, C. (2009). Comprendiendo el Burnout. *Ciencia y Trabajo*, 32, 37–43.

Recuperado a partir de www.cienciaytrabajo.cl

Mayall, R. M. (2016). Substance abuse in anaesthetists. *BJA Education*, 16(7), 236–241. <https://doi.org/10.1093/bjaed/mkv054>

McRee B, Babor TF, Lynch ML & Vendetti JA. (2018). Reliability and Validity of a Two-Question Version of the World Health Organization's Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test: The ASSIST-FC. *Journal of Studies on Alcohol & Drugs*, 79(4), 649-657. Retrieved from <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=med15&N=EWS=N&AN=30079882>.

Mostardinha AR, Bartolo A, Bonifacio J & Pereira A. (2019). [Validation of The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) Among University Students]. *Acta Medica Portuguesa*, 32, 279-288. <https://doi.org/10.20344/amp.10650>, [10.20344/amp.10650](https://doi.org/10.20344/amp.10650)

Musyoka CM, Mbwayo A, Donovan D & Mathai M. (2020). Alcohol and substance use among first-year students at the University of Nairobi, Kenya: Prevalence and patterns. *PLoS ONE [Electronic Resource]*, 15, e0238170. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238170>, [10.1371/journal.pone.0238170](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238170)

Palmer, Y., Gómez-Vera, A., Cabrera-Pivaral, C., Prince-Vélez, R., & Searcy, R. (2005). Factores de riesgo organizacionales asociados al Síndrome de Burnout en médicos anestesiólogos. *Salud Mental*, 28(1), 82–91.

Pierre-Clément Thiebaud, Camille Martin , Diane Naouri , Alexandre Le Joncour , Jennifer Truchot y Youri Yordanov (2020) Alcohol consumption among French physicians: A cross-sectional study. *Drug and Alcohol Dependence*, 2021-01-01, Volumen 218, Artículo 108356, Copyright © 2020 Elsevier B.V.

Prieto-Miranda SE, Rodriguez-Gallardo GB, Jimenez-Bernardino CA & Guerrero-Quintero LG. (2013). [Burnout and quality of life in medical residents].

Revista Medica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 51(5), 574-9.

Retrieved from

<http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=med10&NEWS=N&AN=24144152>.

Rodrigues, H., Cobucci, R., Cabral, V., Medeiros, L., Gurgel, K., Souza, T., & Goncalvez, A. K. (2018). Burnout syndrome among medical residents : A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, 1–17.

Roger D. Weiss Consumo de Drogas Goldman-Cecil. Tratado de medicina interna, 31, 150-156

Rose, G. L., & Brown, R. E. (2010). The impaired anesthesiologist: Not just about drugs and alcohol anymore. *Journal of Clinical Anesthesia*, 22(5), 379–384. <https://doi.org/10.1016/j.jclinane.2009.09.009>

Sanfilippo, F., Noto, A., Foresta, G., Santonocito, C., Palumbo, G. J., Arcadipane, A., Maybauer, D. M., & Maybauer, M. O. (2017). Incidence and factors associated with burnout in anesthesiology: A systematic review. *BioMed Research International*, 1–10. <https://doi.org/10.1155/2017/8648925>

Sanfilippo, F., Noto, A., Palumbo, G. J., Ippolito, M., Gagliardone, M., Scarlata, M., Bignami, E., Sangalli, F., Cattaneo, S., Blangetti, I., Scolletta, S., Locatelli, A., Tritapepe, L., Lorini, F. L., & Arcadipane, A. (2018). Burnout in Cardiac Anesthesiologists: Results From a National Survey in Italy. *Journal of Cardiothoracic and Vascular Anesthesia*, 32(6), 2459–2466. <https://doi.org/10.1053/j.jvca.2018.05.016>

- Skipper GE, Campbell MD, DuPont RL. Anesthesiologists with substance use disorders: a 5-year outcome study from 16 state physician health programs. *Anesth Analg* 2009; 109:891–896
- Soto-Brandt G, Portilla Huidobro R, Huepe Artigas D, Rivera-Rei A, Escobar MJ, Salas Guzman N, et al. (2014). [Validity evidence of the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) in Chile]. *Adicciones*, 26, 291-302. <https://doi.org/10.20882/adicciones.27>
- Tiburcio Sainz M, Rosete-Mohedano MG, Natera Rey G, Martinez Velez NA, Carreno Garcia S & Perez Cisneros D. (2016). Validity and Reliability of the Alcohol, Smoking, and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) in University Students. *Adicciones*, 28, 19-27.
<https://doi.org/10.20882/adicciones.786>, [10.20882/adicciones.786](https://doi.org/10.20882/adicciones.786)
- Van Der Wal, R. A. B., Wallage, J., & Bucx, M. J. L. (2018). Occupational stress, burnout and personality in anesthesiologists. *Current Opinion in Anaesthesiology*, 31(3), 351–356.
<https://doi.org/10.1097/ACO.0000000000000587>
- van der Westhuizen C, Wyatt G, Williams JK, Stein DJ & Sorsdahl K. (2016). Validation of the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test in a low- and middle-income country cross-sectional emergency centre study. *Drug & Alcohol Review*, 35, 702-709.
<https://doi.org/10.1111/dar.12424>, [10.1111/dar.12424](https://doi.org/10.1111/dar.12424)
- Warner, D. O., Berge, K., Sun, H., Harman, A., Hanson, A., Schroeder, D. R. (2013). Substance use disorder among anesthesiology residents, 1975-2009. *JAMA*, 310, 2289-96. <https://dx.doi.org/10.1001/jama.2013.281954>

Wischmeyer PE, Johnson BR, Wilson JE, et al. A survey of propofol abuse in academic anesthesia programs. *Anesth Analg* 2007; 105:1066–1071.