



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CURSO DE POSTGRADO DE ANESTESIOLOGÍA

**Prevalencia y factores asociados al Síndrome de Burnout
en los anesthesiólogos de la ciudad de Cuenca. Cuenca,
2013 - 2014.**

*Tesis previa a la obtención del
título de Especialista en
Anestesiología.*

AUTORA

Md. Johanna Gabriela Farez Picón

DIRECTOR

Dr. Miguel Leonardo Morales Paredes

ASESOR

Dr. Iván Eladio Orellana Cabrera

Cuenca, Ecuador
2016



Resumen

Objetivo. Determinar la prevalencia del Síndrome de Burnout en los anestesiólogos que laboran en la ciudad de Cuenca y estimar la asociación a: *sobrecarga de trabajo, injusticia en el reconocimiento del trabajo desempeñado y ambiente laboral no comfortable.*

Material y métodos. Con un diseño transversal se recopiló información de los anestesiólogos que desearon participar en el estudio y respondieron el formulario Maslach Burnout Inventory (MBI), versión HSS (Human Services Survey),

Resultados. Se incluyeron 65 anestesiólogos, 61% varones y 76% casados. Medianas de: edad 44 (30 a 69), años de ejercicio 10 (1 a 38), anestésias/día 5 (2 a 10) y horas semanales de trabajo 40 (4 a 90). El 98% considera estresante la especialidad pero 80% califica al ambiente laboral como bueno.

La *sobrecarga de trabajo* fue más prevalente en cansancio emocional [OR 2.1 (IC95% 0.4 – 9.9)] y despersonalización [OR 3.6 (IC95% 0.6 – 20.7)]; la *injusticia en el reconocimiento del trabajo* en cansancio emocional [OR 13.3 (IC95% 1.3 – 316.4)] y despersonalización [OR 8.1 (IC95% 1.3 – 63.01)] ($P < 0.05$) y el *ambiente laboral no comfortable* en cansancio emocional [OR 3.6 (IC95% 0.5 – 23.9)], despersonalización [OR 4.1 (IC95% 0.7 – 23.5)] y falta de realización [OR 3.8 (IC95% 0.9 – 16.6)].

Discusión. La prevalencia del burnout varía según los estudios y nuestra cifra se ubica en el intermedio. La baja realización personal aparece como el dato más relevante en la literatura confrontada y se advierte una relación entre burnout, depresión e ideas suicidas en los anestesiólogos en formación.

Palabras clave: BURNOUT, CANSANCIO EMOCIONAL, DESPERSONALIZACION Y FALTA DE REALIZACION.



Abstract

Objective. Determine the prevalence of burnout syndrome in anesthesiologists working in the city of Cuenca and estimate the association to: work overload, injustice in recognition of the work performed and not comfortable working environment.

Material and methods. With a cross-sectional information anesthesiologists working in the city of Cuenca, who wish to participate in the study, which included answering an interview form Maslach Burnout Inventory (MBI), HSS (Human Services Survey) version in Spanish it was collected, consisting of 22 questions as statements about feelings and attitudes of the professional in his work.

Results. 65 anesthesiologists, 61% male and 76% were included married. Median: age 44 (30 to 69) years of exercise 10 (1 to 38), anesthesia/day 5 (2 to 10) and 40 hours a week (4 to 90). 98% considered the specialty stressful but 80% qualifies as a good work environment.

The prevalence of burnout syndrome was 36.9% with dimensions: 27% *emotional exhaustion*, *depersonalization* 27% and 84% *lack of implementation*.

The *workload* was more prevalent in emotional distress [OR 2.1 (95% CI 0.4 - 9.9)] and *depersonalization* [OR 3.6 (95% CI 0.6 - 20.7)]; *injustice in recognition of work* in emotional distress [OR 13.3 (95% CI 1.3 - 316.4)] and *depersonalization* [OR 8.1 (95% CI 1.3 - 63.01)] ($P < 0.05$) and *not comfortable working environment* in emotional distress [OR 3.6 (95% CI 0.5 - 23.9)], *depersonalization* [OR 4.1 (95% CI 0.7 - 23.5)] and *failure to carry* [OR 3.8 (95% CI 0.9 - 16.6)].

Discussion. The prevalence of burnout varies among studies and our number is located in the middle. Reduced personal accomplishment appears as the most relevant in the literature and confronted a relationship between burnout, depression and suicidal thoughts in training anesthesiologists warns.

Keywords: BURNOUT, EMOTIONAL EXHAUSTION, DEPERSONALIZATION AND LACK OF FULFILLMENT.



ÍNDICE

Resumen	2
Abstract	3
1. Introducción	9
1.2. Justificación	10
2. Fundamento teórico	11
3. Hipótesis y Objetivos.....	14
3.1. Hipótesis	14
3.2. Objetivos.....	14
4. Metodología.....	15
4.1. Diseño	15
4.2. Área de estudio	15
4.3. Período de estudio	15
4.4. Población de estudio.....	15
4.5. Tamaño de la muestra.....	15
4.6. Variables de estudio.....	15
4.7. Operacionalización de las variables	15
4.8. Criterios de inclusión.....	15
4.9. Criterios de exclusión	15
4.10. Procedimientos y técnicas	16
4.11. Análisis de la información y presentación de los resultados	16
4.12. Aspectos éticos de la información	16
5. Resultados.....	19
5.1 Evaluación del diseño.....	19
5.2 Características de la población de estudio.....	20
5.3 Indicadores de satisfacción profesional.....	21
5.4 Dimensiones de Burnout	23
5.5 Factores asociados al Burnout	25
6. Discusión	28
7. Conclusiones y Recomendaciones.....	34
7.1. Conclusiones.....	34
7.2. Recomendaciones	34
Referencias bibliográficas	35
Anexos	38



RESPONSABILIDAD

Yo Johanna Gabriela Farez Picón, autor/a de la tesis **“Prevalencia y factores asociados al Síndrome de Burnout en los anestesiólogos de la ciudad de Cuenca. Cuenca, 2013 - 2014.”**, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor/a.

Cuenca, 9 de marzo del 2016

Md. Johanna Gabriela Farez Picón
CC 0105478630



DERECHOS DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Yo, Johanna Gabriela Farez Picón autor/a de la tesis **“Prevalencia y factores asociados al Síndrome de Burnout en los anestesiólogos de la ciudad de Cuenca. Cuenca, 2013 - 2014”**, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser éste un requisito para la obtención de mi título de Especialista en Anestesiología. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor.

Cuenca, 9 de marzo del 2016

Md. Johanna Gabriela Farez Picón
CC 0105478630



DEDICATORIA

A la persona más importante de mi vida, mi hijo, quien ha sido la razón de luchar y prepararme día a día hasta culminar mi carrera y a toda mi familia por su apoyo y comprensión durante estos años de estudio.



AGRADECIMIENTO

A todos los médicos anestesiólogos que formaron parte de éste estudio y de manera muy especial al Dr. Iván Orellana y al Dr. Miguel Morales por brindarme el apoyo y la asesoría necesaria para la realización de esta tesis.



1. Introducción

El Síndrome de Burnout, también llamado Síndrome de Agotamiento Profesional, considerado según la Organización Mundial de la Salud (OMS), como un riesgo laboral, agrupa un conjunto de signos, síntomas y comportamientos que reflejan un desgaste en el ámbito profesional.

Ocurre generalmente entre los profesionales de la salud y presenta tres componentes esenciales: agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización profesional. El cansancio emocional está caracterizado por la pérdida progresiva de energía, desgaste y agotamiento; la despersonalización se evidencia por un desarrollo de sentimientos, actitudes y respuestas negativas especialmente hacia los pacientes, acompañado de un incremento en la irritabilidad y una pérdida de motivación hacia el trabajo y, la falta de realización profesional con manifestaciones pseudodepresivas, y un descenso en la productividad en el trabajo.

No existe una causa precisa para su aparición, y en situaciones similares unos profesionales lo desarrollan y otros no. Se considera un proceso continuo y de aparición gradual, insidiosa y oscilante.

En 1986 los doctores Maslach y Leiter desarrollaron un cuestionario para medir el síndrome, el “Maslach Burnout Inventory”, que constituye el instrumento más utilizado en el mundo y que valora sus tres aspectos fundamentales: cansancio emocional, despersonalización y falta de realización.

La mayor parte de investigaciones sobre el síndrome la utilizan y han sido validadas todas sus traducciones obteniéndose alta confiabilidad a través del análisis de la consistencia interna.

La pregunta de investigación que motivó la presente investigación fue ¿cuál es la prevalencia del Síndrome de Bornout entre los anestesiólogos que laboran en la ciudad de Cuenca en el año 2013 y cuáles son los factores asociados a su prevalencia?



1.2 Justificación

La práctica médica de la Anestesiología constituye una de las especialidades en donde la ansiedad y el estrés se presentan con mayor frecuencia, pues se corre un potencial riesgo mientras se realiza la anestesia a un paciente, además es frecuente que el anestesiólogo trabaje en diferentes lugares realizando un número importante de turnos laborales a la semana, en distintos horarios y sin contar con un descanso adecuado; sin tomar en cuenta la situación familiar y personal que se pueda tener, todo esto podría crear en el anestesiólogo una situación de angustia y estrés que repercutirá en su desempeño profesional y de manera directa en la atención al paciente y la calidad de la misma.



2. Fundamento teórico

El síndrome de Burnout se define como la respuesta física y emocional al estrés crónico y sostenido del ambiente laboral, convirtiéndose en un trastorno adaptativo crónico que se asocia con un inadecuado afrontamiento de las exigencias psicológicas del trabajo, lo que afecta la calidad de vida y la salud mental del profesional que lo padece y repercute además en la calidad de atención hacia el paciente.

En 1949 el médico Hans Selye introdujo por primera vez el término *estrés*, describiendo tres etapas del mismo: alarma, adaptación y agotamiento. En esta última se produce la pérdida de recursos adaptativos que va acompañada de un grupo típico de síntomas de ansiedad (1).

El término Burnout fue utilizado por primera vez por el médico psiquiatra Freudenberg en 1974, quien trabajaba en una clínica de toxicómanos en Nueva York, en donde observó que la mayoría de profesionales de la salud al cumplir un año de trabajo, sufrían una progresiva pérdida de la energía, hasta llegar al agotamiento, por lo que lo denominó Burnout (2).

En la década de 1980, la psicóloga Cristina Maslach (3-5) de la Universidad de Berkeley, California, en los Estados Unidos de Norteamérica, retoma el término utilizado por Freudenberg para definir el "Síndrome de Burnout", y en unión con el psicólogo Michael P. Leiter de la Universidad de Acadia Nova Escotia, Canadá, desarrolla un instrumento para diagnosticarlo, denominándolo Cuestionario de Maslach. Este cuestionario fue traducido al español por José Carlos Mingote Adán, de la Universidad Complutense de Madrid, España (6).

Se trata de un cuestionario autoadministrado, constituido por 22 reactivos en forma de afirmaciones sobre sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo. El instrumento valora los tres aspectos fundamentales del síndrome que son: el agotamiento emocional, el cinismo y la baja realización personal en el trabajo (2).

En 1994, Hidalgo y Díaz informaron que 156 médicos generales y especialistas del Hospital de Ávila, en Barcelona, presentaban el síndrome con más frecuencia (7,8). Osborne, en un estudio en 340 odontólogos del sudeste de Inglaterra, documenta este síndrome, debido al contacto estrecho de los profesionales con los pacientes y a la sobrecarga de trabajo (9). En



la ciudad de Nueva York, EUA, en un informe en enfermeras que laboran con pacientes con VIH, éstas mostraron un alto grado de síndrome de burnout (10,11). Guntpalli, en 1996, en un estudio multicéntrico en 248 médicos internistas-intensivistas de los EUA, informó que 40% de los sujetos del estudio presentó este síndrome, con detrimento emocional, principalmente atribuible a los factores organizacionales, administrativos y a los conflictos interpersonales, como desencadenantes (12,13). Coincide con otros autores que señalan estas características en enfermeras que atienden a pacientes con cuidados paliativos (1) y a otros con transplante de medula ósea (14).

En 1998 González, en un estudio realizado en Zaragoza, España, con 286 médicos familiares, documentó que 59.7% presentaban alto nivel del síndrome. En 1999, en Leicester, Inglaterra se realizó un estudio en psiquiatras, documentándose un alto grado de burnout, relacionado con el agotamiento emocional al pasar por severas depresiones, sufrir actitudes negativas y estrés en el trabajo, también relacionado con el agotamiento emocional posiblemente causado por la estrecha interrelación del médico con la salud emocional de los pacientes, sus necesidades y sus problemas. Condición similar fue observada en psicoterapeutas y demás personal que labora en esta área. Los psiquiatras tienen la mayor tasa de suicidio y problemas de salud mental (2,15,16). Jacovides documentó una correlación significativa entre la depresión y el síndrome (9,17). Kapur asocia el estrés psicológico con este síndrome, e indicó en un estudio con 285 médicos generales una prevalencia del 48% (18).

En el 2000, García documentó en 56 residentes de especialidades médicas, en el Hospital La Fe, en Valencia, España que presentaron el síndrome, que de ellos 7.1% presentó agotamiento emocional, 17.8% cinismo y el 23.2% pérdida del logro profesional (9). Esto coincidió con un estudio realizado en 115 residentes de medicina interna de 45 escuelas, en los Estados Unidos (19).

En Alemania, Bakker, de la Universidad de Dusseldorf, documentó en 204 enfermeras correlación entre las exigencias laborales y la falta de estímulos en el trabajo desempeñado, como factores de riesgo para presentar el síndrome (5,20). En un estudio multicéntrico en 582 médicos cirujanos, realizado en el 2001 en los Estados Unidos, se informa que 32% presenta alto grado de agotamiento emocional, 13% alto grado de cinismo y 4% bajo grado de pérdida del logro profesional (21-23). En otro estudio multicéntrico realizado en el 2002



en 131 médicos ginecólogos con actividades docentes en los EUA y Puerto Rico, se documentan alto grado de agotamiento emocional, moderado grado de cinismo y alto grado de pérdida del logro profesional (24). Johnstone, cirujano pediatra de Sudáfrica, describe su propia experiencia con el síndrome y cómo al cambiar sus hábitos laborales disminuyó el mismo.

En México se reportó una prevalencia del 44% en médicos anestesiólogos, en la ciudad de Mexicali, Baja California en 2005 (25).



3 Hipótesis y Objetivos

3.1 Hipótesis

La prevalencia del Síndrome de Burnout en los médicos anestesiólogos que laboran en la ciudad de Cuenca es más alta de lo que reporta la literatura y está asociada a la sobrecarga de trabajo, injusticia en el reconocimiento del trabajo desempeñado y ambiente laboral no comfortable.

3.2. Objetivos

Objetivo General

- Determinar la prevalencia y factores asociados al Síndrome de Burnout en los Anestesiólogos que laboran en la ciudad de Cuenca en el año 2013.

Objetivos Específicos

- Determinar, las características de los anestesiólogos que laboran en la ciudad de Cuenca.
- Estimar la prevalencia del síndrome de burnout en los anestesiólogos que laboran en la ciudad de Cuenca.
- Identificar, la asociación entre la prevalencia del síndrome de burnout en los anestesiólogos que laboran en la ciudad de Cuenca y las condiciones de: sobrecarga de trabajo, injusticia en el reconocimiento del trabajo y ambiente laboral no agradable.



4. Metodología

4.1 Diseño. Estudio transversal.

4.2 Área de estudio. Áreas de anestesiología de las unidades quirúrgicas de los centros médicos públicos y privados de la ciudad de Cuenca.

4.3 Período de estudio. Desde febrero de 2014.

4.4 Población de estudio. Médicos anestesiólogos que laboran en la ciudad de Cuenca.

4.5 Tamaño de muestra. No se calculó tamaño de muestra, se incluyó a todos los anestesiólogos que se formaron en la Universidad de Cuenca.

4.6 Variables de estudio

- *Variables independientes:* sobrecarga de trabajo, injusticia en el reconocimiento del trabajo desempeñado y ambiente laboral no confortable.
- *Variable dependiente:* síndrome de burnout (cansancio emocional, despersonalización y falta de realización).
- *Variables contextuales:* edad, sexo, estado civil, tenencia de hijos, años de ejercicio profesional, patología individual e indicadores de satisfacción profesional.

4.7 Operacionalización de las variables

Véase matriz de operacionalización de las variables. Anexo 1.

4.8 Criterios de inclusión

- Anestesiólogos que laboren en la ciudad de Cuenca y que deseen participar en el estudio.

4.9 Criterios de exclusión

- Anestesiólogos bajo tratamiento psiquiátrico.



4.10 Procedimiento y técnicas

- *Aprobación* del protocolo por el Comité de Ética de la Facultad de CC Médicas.
- Entrevista a cada uno de los anestesiólogos que laboran en la ciudad de Cuenca.
- *Selección* de la población de estudio según criterios de inclusión y exclusión.
- Firma del consentimiento informado. Anexo 2.
- Recopilación de la información en: 1) formulario para recopilación de la información que contiene: A) datos personales y B) indicadores de satisfacción profesional (anexo 3), y 2) y cuestionario de Maslach (anexo 4).

4.11 Análisis de la información y presentación de los resultados

- Una vez recopilada la información se ingresó en una matriz de datos de un programa de computadora, el SPSS™ vers 15.0 en español para Windows™ y se procesó con estadística descriptiva. Se incluyen algunos elementos de estadística inferencial sin que por esto se modifique el diseño del estudio.
- Las variables discretas se analizan en frecuencias absolutas (n) y frecuencias relativas (%) y las continuas en promedio \pm desviación estándar ($X \pm DE$).
- Para la comparación de subgrupos se consideró a éstos como independientes y se aplicó diferencia de proporciones para variables categóricas. Se consideran significativos los valores de $P < 0,05$.
- Se analizó la consistencia interna del cuestionario de Maslach tomando los ítems de las dimensiones: despersonalización y baja realización profesional (anexo 4):

1 Me siento emocionalmente defraudado por mi trabajo.

2 Cuando termino mi jornada de trabajo me siento agotado.

3 Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado.

5 Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fuesen objetos impersonales.

6 Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa.

8 Siento que mi trabajo me está desgastando.

10 Siento que me he hecho más duro con la gente.

11 Me preocupa que este trabajo me está endureciendo emocionalmente.

13 Me siento frustrado por mi trabajo.

14 Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo.

15 Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a las personas que tengo que atender

16 Siento que trabajar en contacto directo con la gente, me cansa.

22 Me parece que los beneficiarios de mi trabajo me culpan de algunos de sus problemas.

El coeficiente alfa de Cronbach fue de 0,866 (anexo 5).



- **Manejo de la herramienta de trabajo**

El cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI), versión HSS (Human Services Survey) en español consta de 22 preguntas en forma de afirmaciones sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo; explora los tres componentes del síndrome de burnout y cada pregunta tiene 7 opciones de respuesta que oscilan entre 0 (nunca) y 6 (todos los días). Analiza las tres escalas: *cansancio emocional* (9 ítems), *despersonalización* (5 ítems) y *realización personal* (8 ítems); las puntuaciones de cada escala se obtienen al sumar los valores de los ítems que la componen.

En la escala *cansancio emocional*, puntuaciones de 27 o superiores son indicativas de un alto nivel, el intervalo 19 a 26 corresponde a puntuaciones intermedias y las puntuaciones por debajo de 19 son indicativas de niveles bajos. En la escala *despersonalización*, puntuaciones superiores a 10 son nivel alto, 6 a 9 medio y menos de 6 bajo grado de despersonalización. La escala *realización profesional* funciona en sentido opuesto, 0 a 33 puntos indica baja realización, 34 a 39 intermedia y más de 40 alta sensación de logro.

- Para identificar los factores asociados se consideró: 1) *sobrecarga de trabajo*, a la jornada mayor de 40 horas a la semana, 2) *injusticia en el reconocimiento del trabajo*, a las condiciones de: ningún estímulo por parte de la institución (ítem 12 de los indicadores de satisfacción profesional, anexo 3), la apreciación injusta de las decisiones del anestesiólogo por parte de los directivos (ítem 14 de los indicadores de satisfacción profesional, anexo 3) y la percepción de acciones injustas por parte de los directivos (ítem 17 de los indicadores de satisfacción profesional, anexo 3) y *ambiente laboral no confortable* a las categorías malo y muy malo del ítem 13 de los indicadores de satisfacción profesional.
- Para estimar la magnitud de asociación con los factores: utilizamos una tabla de 2 x 2 para cálculo de la Odds con su respectivo intervalo de confianza del 95%.
- Los datos se presentan en tablas simples de distribución de frecuencias y tablas de doble entrada para cruce de variables. Para algunos datos utilizamos gráficos de acuerdo a las recomendaciones metodológicas.

4.12 Aspectos éticos de la investigación

La realización de una entrevista no modifica las prácticas de salud en el sentido del respeto al principio de no discriminación, la autonomía y libre determinación, la integridad física y psíquica, y la dignidad de toda persona, consagrado en numerosos tratados internacionales

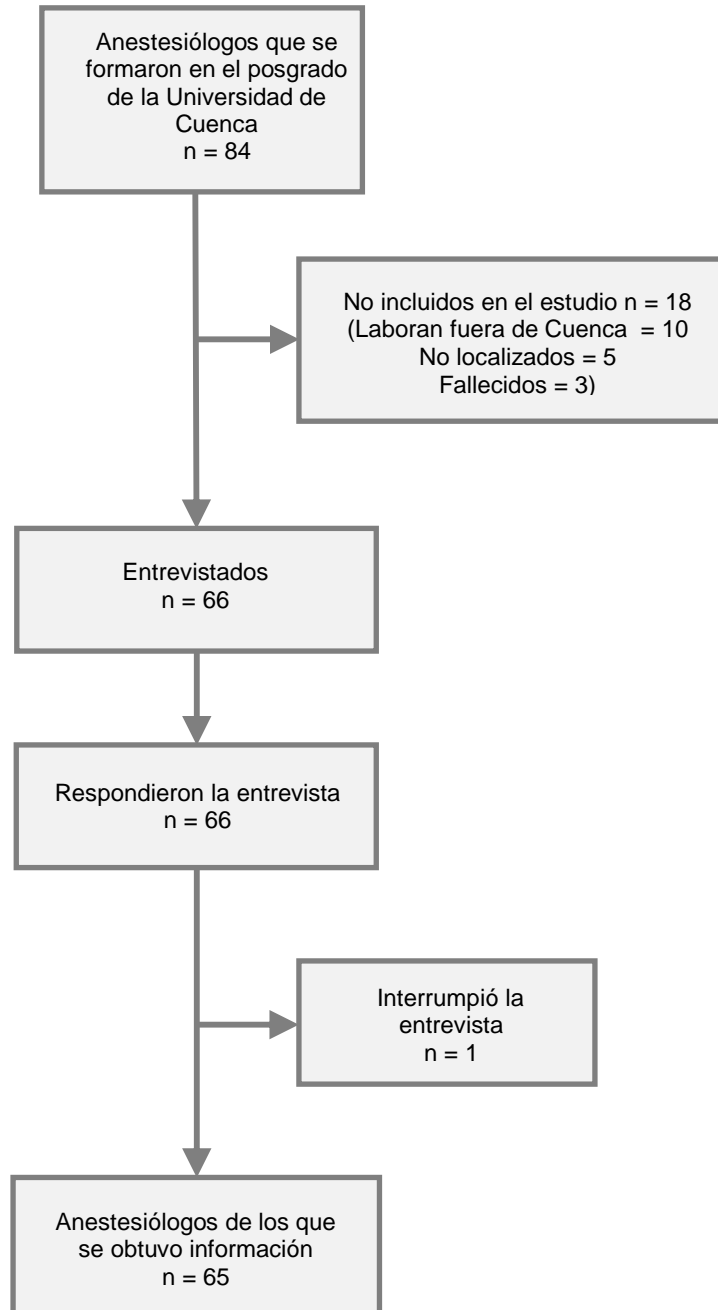


de derechos humanos. Sin embargo, se aplicó el consentimiento informado y se garantizó la privacidad de la información identificando a los entrevistados únicamente por el número de formulario y el compromiso de manejar la información únicamente con fines de la investigación.



5 Resultados

5.1 Evaluación del diseño



Gráf. 1. Diagrama de flujo del estudio



5.2. Características de la población de estudio

Cuadro 1

Características de 65 anesthesiólogos que laboran en la ciudad de Cuenca.

	n	%
<i>Sexo</i>		
Femenino	25	38.5
Masculino	40	61.5
<i>Estado civil</i>		
Soltera/o	10	15.4
Casada/o	50	76.9
Unión libre	2	3.1
Divorciado	3	4.6
<i>Tiene hijos</i>	59	90.7
<i>Edad</i>		
30 a 49 años	43	66.1
50 a 69 años	22	33.9
<i>Antecedentes patológicos individuales</i>		
Diabetes mellitus	1	1.5
Hipertensión arterial	8	12.3
<i>Turno principal de actividad laboral</i>		
Matutino	27	41.5
Matutino y vespertino	15	23.1
Vespertino	11	16.9
Matutino, vespertino y nocturno	8	12.3

Fuente: formulario de investigación

Elaboración: Md. Gabriela Farez

Hubo un predominio de varones entre los especialistas. Tres de cada cuatro anesthesiólogos son casados y nueve de cada diez tienen hijos.

El 66% de los entrevistados tiene menos de 50 años. El promedio de años de ejercicio profesional de los anesthesiólogos que se formaron en la Universidad de Cuenca fue de 12.1 \pm 9.9 entre un mínimo de 1 y un máximo de 38 años.

El 12% de especialistas tiene hipertensión bajo tratamiento y el 1% diabetes mellitus.

El 41% de los especialistas labora en turno matutino y el 23% en turno matutino y vespertino. La jornada vespertina correspondió al 16% y uno de cada 8 especialistas labora ininterrumpidamente.



5.3. Indicadores de satisfacción profesional

Cuadro 2

Distribución de indicadores de satisfacción profesional de 65 anestesiólogos que laboran en la ciudad de Cuenca.

	n	%
<i>Tiene actividad laboral privada</i>	50	76.9
<i>Ha pensado en dejar de ejercer como anestesiólogo</i>	26	40.0
<i>Ha pensado seguir trabajando después de jubilarse</i>	18	27.7
<i>El ejercer la anestesiología le estresa</i>		
Mucho	8	12.3
Regular	26	40.0
Poco	30	46.2
No le estresa	1	1.5
<i>Piensa que la institución limita sus decisiones</i>	41	63.1
<i>La institución estimula su desempeño</i>	13	20.0
<i>Considera que el ambiente de trabajo es</i>		
Bueno	52	80.0
Regular	13	20.0
<i>Directivos institucionales reconocen su trabajo</i>		
En forma justa	45	69.2
En forma injusta	20	30.8
<i>Acepta procedimientos en contra de su voluntad?</i>	23	35.4
<i>Cómo califica la relación entre sus decisiones y la política institucional?</i>		
Congruentes	19	29.2
Poco congruentes	38	58.5
Discrepantes	6	9.2
Muy discrepantes	2	3.1
<i>En qué situaciones siente usted que pierde el control?</i>		
Falta de apoyo del equipo de trabajo	22	41.5
Exceso de pacientes	16	30.1
Falta de material	15	28.3

Fuente: formulario de investigación

Elaboración: Md. Gabriela Farez

Tres de cada cuatro entrevistados laboran en la medicina privada. El 40% manifestó haber pensado en abandonar la especialidad y un 27% piensa continuar en la especialidad después de jubilarse.



La carga laboral se traduce por un promedio de procedimientos anestésicos en 24 horas de 5.1 ± 1.8 con un mínimo de 2 y un máximo de 10 y un promedio de horas semanales de trabajo de 40.7 ± 18.0 entre un mínimo de 4 y un máximo de 90 horas.

Uno de cada tres anestesiólogos considera que es tratado injustamente y un 35% asegura que acepta realizar procedimientos en contra de su voluntad.

Un 29% califica de congruentes la relación entre sus decisiones y la política institucional y un 12% califica de discrepantes.

Las situaciones que llevan a perder el control al anestesiólogo fueron: la falta de apoyo del equipo de trabajo (41%), el exceso de pacientes (30%) y la falta de material (28%).



5.4. Dimensiones de Burnout

Cuadro 3

Dimensiones de burnout en 65 anestesiólogos que laboran en la ciudad de Cuenca.

	n	%
<i>Cansancio emocional</i>		
Alto	7	10.8
Moderado	11	16.9
Bajo	47	72.3
<i>Despersonalización</i>		
Alta	9	13.8
Moderada	9	13.8
Baja	47	72.3
<i>Falta de realización</i>		
Alta	36	55.4
Moderada	19	29.2
Baja	10	15.4

Fuente: formulario de investigación

Elaboración: Md. Gabriela Farez

La falta de realización, de alto grado, fue la dimensión de burnout más prevalente, uno de cada dos anestesiólogos lo manifiesta (55%), luego la despersonalización que lo exterioriza uno de cada siete (13%) y finalmente el cansancio emocional, lo manifiesta uno de cada diez (10%).

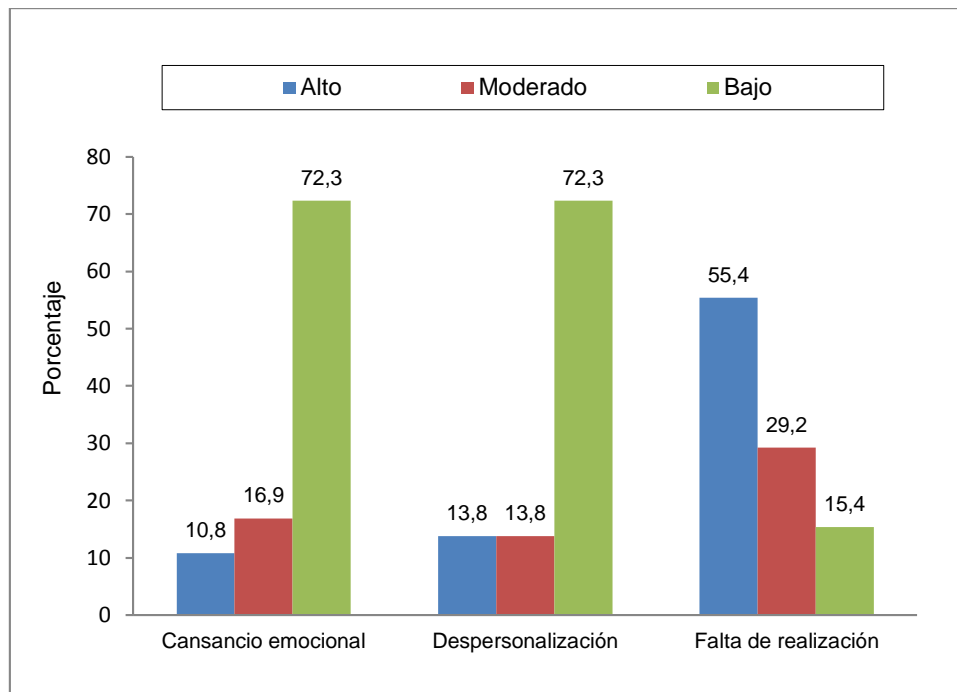
Adicionando, al grado alto, el grado moderado en las tres dimensiones del burnout la falta de realización fue aún mayor, se elevó al 84% ($P < 0.001$). El cansancio emocional y la despersonalización se elevaron al 27%.

El bajo cansancio emocional y la baja despersonalización fueron similares (72%) no así la baja falta de realización (15%).

Estas diferencias se aprecian visualmente en el siguiente gráfico:



Gráf. 2



Representación gráfica de las dimensiones de burnout en 65 anestesiólogos que laboran en la ciudad de Cuenca.



5.5. Factores asociados al Burnout

Cuadro 4

Estimación de la asociación de *sobrecarga de trabajo* a tres dimensiones de burnout: *cansancio emocional*, *despersonalización* y *falta de realización*, en 65 anestesiólogos que laboran en la ciudad de Cuenca.

	Si n = 26	No n = 39	OR (IC95%)	Valor P
<i>Cansancio emocional</i>				
Alto	3	4	1.1 (0.1 – 6.8)	0.806
Moderado	6	5	2.1 (0.4 – 9.09)	0.279
Bajo	17	30	0.5 (0.1 – 1.9)	0.308
<i>Despersonalización</i>				
Alta	6	3	3.6 (0.6 – 20.7)	0.163
Moderada	4	5	1.3 (0.2 – 6.5)	0.995
Baja	16	31	0.4 (0.1 – 1.4)	0.113
<i>Falta de realización</i>				
Alta	14	22	0.9 (0.3 – 2.7)	0.959
Moderada	8	11	1.1 (0.3 – 3.8)	0.823
Baja	4	6	1.0 (0.2 – 4.6)	1.000

Fuente: formulario de investigación

Elaboración: Md. Gabriela Farez

La sobrecarga de trabajo estuvo asociada, aunque no significativamente, a la despersonalización de alto grado [OR 3.6 (IC95% 0.6 – 20.7)].

Con el cansancio emocional alto y moderado, la despersonalización moderada y la falta de realización moderada, la asociación fue leve.



Cuadro 5

Estimación de la asociación de *injusticia en el reconocimiento del trabajo* a tres dimensiones de burnout: *cansancio emocional*, *despersonalización* y *falta de realización*, en 65 anestesiólogos que laboran en la ciudad de Cuenca

	Si n = 24	No n = 41	OR (IC95%)	Valor P
<i>Cansancio emocional</i>				
Alto	6	1	13.3 (1.3 – 316.4)	0.015*
Moderado	7	4	3.8 (0.8 – 18.3)	0.094
Bajo	11	36	0.1 (0.03 – 0.4)	0.007
<i>Despersonalización</i>				
Alta	7	2	8.1 (1.3 – 63.01)	0.018*
Moderada	4	5	1.4 (0.2 – 7.2)	0.895
Baja	13	34	0.2 (0.07 – 0.8)	0.026
<i>Falta de realización</i>				
Alta	12	24	0.7 (0.2 – 2.2)	0.504
Moderada	7	12	1.0 (0.2 – 3.4)	0.993
Baja	5	5	1.8 (0.4 – 8.9)	0.351

Fuente: formulario de investigación

Elaboración: Md. Gabriela Farez

Hubo asociación significativa entre la injusticia en el reconocimiento del trabajo y cansancio emocional [OR 13.3 (IC95% 1.3 – 316.4)] así como con la despersonalización [OR 8.1 (IC95% 1.3 – 63.1)], ambas de alto grado ($P < 0.05$).

Aunque no significativa, también hubo asociación con el cansancio emocional moderado [OR 3.8 (IC95% 0.8 – 18.3)].

Con la despersonalización de grado moderado la asociación fue leve.



Cuadro 6

Estimación de la asociación de *ambiente laboral no comfortable* a tres dimensiones de burnout: *cansancio emocional*, *despersonalización* y *falta de realización*, en 65 anestesiólogos que laboran en la ciudad de Cuenca

	Si n = 13	No n = 52	OR (IC95%)	Valor P
<i>Cansancio emocional</i>				
Alto	3	4	3.6 (0.5 – 23.9)	0.271
Moderado	2	9	0.8 (0.1 – 5.4)	0.804
Bajo	8	39	0.5 (0.1 – 2.3)	0.331
<i>Despersonalización</i>				
Alta	3	6	2.3 (0.3 – 13.2)	0.529
Moderada	4	5	4.1 (0.7 – 23.5)	0.126
Baja	6	41	0.2 (0.05 – 0.9)	0.018
<i>Falta de realización</i>				
Alta	4	32	0.2 (0.06 – 1.1)	0.092
Moderada	7	12	3.8 (0.9 – 16.6)	0.065
Baja	2	8	1.0 (0.1 – 6.3)	1.000

Fuente: formulario de investigación

Elaboración: Md. Gabriela Farez

El ambiente laboral no comfortable estuvo asociado, aunque no significativamente, al cansancio emocional alto [OR 3.6 (IC95% 0.5 – 23.9)], a la despersonalización alta [OR 2.3 (IC95% 0.3 – 13.2)] y moderada [OR 4.1 (IC95% 0.7 – 23.5)] y a la falta de realización moderada [OR 3.8 (IC95% 0.8 – 16.6)].



6. DISCUSIÓN

El síndrome de burnout, llamado también síndrome de desgaste profesional, síndrome de desgaste ocupacional (SDO), síndrome del trabajador desgastado, síndrome del trabajador consumido, síndrome de quemarse por el trabajo, síndrome de la cabeza quemada, es un padecimiento que se caracteriza por la presencia de una respuesta orgánica prolongada frente a factores estresantes de tipo emocional e interpersonal que ocurren como consecuencia del trabajo y consta de tres dimensiones definidas como cansancio emocional (CE), despersonalización (DP) y realización personal (RP) (26).

En algunos países europeos se considera como una forma de enfermedad mental y la Organización Mundial de la Salud la ha incluido en la Clasificación Internacional de las enfermedades (CIE), bajo el código Z73.0 dentro del apartado relacionado con el manejo de las dificultades vitales (27).

En nuestra realidad el síndrome ha sido incluido como un tema de interés sanitario recién en los últimos cinco años, concretamente, dentro de las especialidades consideradas de alto riesgo laboral como la anestesiología. Una formación médica que prioriza el beneficio económico de la especialidad y un mercado laboral, en relación de dependencia, que mide la eficacia del especialista en términos de “producción” pueden ser criterios que han impedido advertir que una gran parte de las actividades profesionales están expuestas a grandes riesgos. Ya en 1983 se publicó un artículo especial, de autoría de Philip J. Helliwell, past presidente de la Asociación de Anestesiólogos de Gran Bretaña e Irlanda, en el que se buscaba alguna relación entre la exposición a períodos de tensión indebida generados por la formación académica y los suicidios ocurridos en cinco de seis anestesiólogos en entrenamiento. A pesar de que el análisis de las historias clínicas de los cinco médicos afectados, se dijo, no muestran evidencia de que el estrés asociado con su formación fuese un factor significativo se recomendó que un estudio mucho más sofisticado sería necesario antes de que esta posibilidad esté completamente excluida. El período de entrenamiento de los anestesiólogos que se suicidaron fluctuó entre 6 meses y 6 años y en todos los casos el factor común más sorprendente fue que cada individuo había experimentado una experiencia emocional profundamente desagradable inmediatamente antes de su suicidio (28).



Una de las primeras descripciones del burnout en los médicos, registrado en la base de datos de la Biblioteca Nacional de Medicina de los EUA (PubMed), aparece en 1985. Su autor, el psiquiatra canadiense León M Lauroche, concluye que el síndrome en su forma severa, tiene todos los signos y síntomas de una depresión mayor y debería tratarse como tal. La recomendación se basa en el análisis del Dr. Grantham quien no cree que se debería reconocerlo como una enfermedad industrial o laboral sino más bien como un *trastorno de adaptación con inhibición en el trabajo* (29).

Desde 1986, con la validación del Maslach Burnout Inventory (MBI), herramienta psicométrica elaborada a inicios de esa década, los reportes sobre el burnout como resultado del desgaste profesional son más frecuentes. El cuestionario MBI ha sido validado en su idioma original en países de América, Europa y en los de habla hispana, en su versión traducida al español. La confiabilidad del cuestionario ha sido demostrada en los resultados (30-32). En los últimos quince años se han publicado más de mil artículos científicos sobre el tema y el cincuenta por ciento de ellos devienen del año dos mil diez hasta la actualidad.

Al respecto, el análisis de nuestros resultados se inició con un cálculo del coeficiente alfa de Cronbach y el 0,866 que se obtuvo no solo cumple el requisito metodológico exigido para el uso de herramientas de otros autores sino le proporciona gran confiabilidad tipo consistencia interna porque demuestra la correlación de los ítems que estructuran el cuestionario. Seleccionamos trece ítems de las dimensiones *despersonalización* y *baja realización profesional* porque consideramos que tienen mayor correspondencia entre las dimensiones del síndrome. Igual criterio fue seguido para la validación realizada en la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile quienes mediante análisis factorial fueron discriminando la confiabilidad del cuestionario MBI según las tres dimensiones. Los resultados proporcionaron alta confiabilidad global al instrumento (33).

La mayor parte de investigaciones sobre burnout en los profesionales sanitarios han sido realizadas en médicos familiares, enfermeras, odontólogos, farmacéuticos, médicos internistas, médicos de atención primaria y médicos especialistas en general. Dentro de las especialidades se ha incluido a las quirúrgicas, oncológicas, radiológicas y a las relacionadas con la medicina intensiva y medicina de emergencias pero la comunidad de anesestiólogos había sido relegada hasta 2003 en que se realiza un estudio sobre el estrés y el desgaste



profesional en el Departamento de Anestesia y Medicina de Cuidados Intensivos de la Universidad de Liège, Bélgica, con la inclusión de anesthesiólogos. Los investigadores utilizaron herramientas metodológicas de propia construcción que permitían identificar el estrés y el agotamiento físico relacionado con la intensidad de trabajo. Se encontró un nivel medio de estrés del 50.6% considerado por los autores similar al reportado en otras profesiones incluidas las no sanitarias. Las condiciones de burnout se encontraron en el 40% del grupo investigado y este porcentaje fue mayor en los menores de 30 años de edad (34).

En los demás reportes, posteriores a 2003, se analiza la prevalencia del burnout en sus tres dimensiones: cansancio emocional, despersonalización y falta de realización y se utiliza el inventario MBI. Nuestra serie, que incluyó a todos los anesthesiólogos que se formaron en la Universidad de Cuenca, se realizó con una estrategia similar pero con un diseño transversal, esto es con una recopilación única de información mediante una entrevista personal. Una investigación con modalidad prospectiva, es decir con diseño longitudinal, sobre una corte dinámica, permite además estimar tasas de incidencia como el realizado sobre 987 médicos de todos los centros de atención primaria de Burgos, España, donde en tres años de estudio, 2005 a 2007, encontraron una prevalencia de burnout del 47% y una incidencia de un médico por cada 113 que padecerá el síndrome en el transcurso de un año (26).

En la mayoría de investigaciones que incluyen poblaciones sanitarias la estimación de la prevalencia del síndrome es importante pero lo es más la prevalencia de sus dimensiones; particularmente en la anestesiología, sometida a una carga laboral impredecible y a un estrés constante por la naturaleza misma de la especialidad.

En nuestro estudio, sobre una población de 65 médicos anesthesiólogos en ejercicio de su especialidad entre 1 y 38 años, la prevalencia de burnout fue de 36.9% cifra menor al 44% encontrado en Mexicali, Baja California (35), al 50.6% de Bélgica (34), al 62.3% de Francia (36) y al 41% de Chicago, EUA (37), pero mayor al 10.4% encontrado en Brasil (38). Todos estas investigaciones fueron realizadas en anesthesiólogos en estudios con diseño transversal similar al utilizado por nosotros.

Sobre la prevalencia de las tres dimensiones del síndrome, criterio con que la mayor parte de investigadores coincide cuando analiza el impacto del burnout, nuestros resultados tienen



algunas similitudes pero también diferencias con la bibliografía consultada. Para el cansancio emocional, la despersonalización y la falta de realización, encontramos las siguientes prevalencias: 27%, 27% y 84%, en su orden (cuadro 3). Para los 57 especialistas del Departamento de Anestesiología del Centro Médico de Tufts de Boston, EUA, en su estudio realizado en 2012, estas cifras fueron: 61%, 31% y 64% (39) y para los 134 anesthesiólogos brasileños del Centro de Anestesiología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Brasilia las prevalencias fueron: 23%, 28% y 47% (38).

En un estudio nacional realizado en España con la inclusión de 300 especialistas de medicina interna, medicina intensiva, traumatología, oncología y radiología, las prevalencias de estas dimensiones fueron: 42%, 73% y 59%. (40). Como puede apreciarse, la prevalencia de estas dimensiones parece estar en relación con la realidad socio sanitaria en donde se han realizado los estudios y más no con los criterios que definen el cansancio emocional, la despersonalización y la falta de realización. Para nuestros resultados el hallazgo más relevante es que entre los anesthesiólogos la falta de realización es la más prevalente y las explicaciones podrían encontrarse en una discriminación de las condiciones que lo crean, información que podría obtenerse con otro tipo de diseño que debería incluir un seguimiento a la población de estudio requisito que caracteriza a los estudios analíticos con prueba de hipótesis. Al respecto, nuestra propuesta metodológica incluyó un planteamiento hipotético, ciertamente de tipo descriptivo, concordante con el diseño, y en el análisis de asociación a los posibles factores que estarían influenciando sobre la prevalencia del síndrome de burnout encontramos: a) que si bien la sobrecarga de trabajo fue más prevalente en los anesthesiólogos con cansancio emocional [OR 2.1 (IC95% 0.4 – 9.9)] y despersonalización [OR 3.6 (IC95% 0.6 – 20.7)] esta asociación no fue significativa (cuadro 4), b) que la injusticia en el reconocimiento del trabajo fue significativamente más prevalente en los anesthesiólogos con cansancio emocional [OR 13.3 (IC95% 1.3 – 316.4)] y despersonalización [OR 8.1 (IC95% 1.3 – 63.01)] (cuadro 5) y c) que el ambiente laboral no confortable fue más prevalente en los anesthesiólogos con cansancio emocional [OR 3.6 (IC95% 0.5 – 23.9)], despersonalización [OR 4.1 (IC95% 0.7 – 23.5)] y falta de realización [OR 3.8 (IC95% 0.9 – 16.6)], aunque la asociación no fue significativa (cuadro 6). Estos hallazgos reafirmarían, por una parte, lo que describe la literatura médica sobre los factores de mayor peso asociados al síndrome de desgaste ocupacional en una especialidad de alto estrés como la anestesiología y por otra



abren las puertas a la necesidad de realizar nuevas investigaciones buscando otros factores no descritos aún (41).

Entre estos factores estarían los más frecuentemente encontrados por autores brasileños (38), norteamericanos (37), polacos (42) y franceses (36) en sus encuestas: ejercer la especialidad más de 10 años, laborar en guardias nocturnas, sedentarismo, laborar más de 70 horas a la semana, ingerir licor más de 5 veces por semana, alcoholismo, fumar, soportar carga administrativa, laborar en exceso, perder los espacios de entretenimiento, sueño irregular, conflictos interpersonales, ideas suicidas, depresión, consumo de drogas y accidentes después de guardias nocturnas.

Resultados un tanto comunes a la mayor parte de estudios en poblaciones de anestesiólogos, incluido el nuestro, fueron el predominio del sexo masculino, la edad de 30 a 50 años como la de mayor carga laboral y el mayor nivel de estrés durante los primeros años de ejercicio.

Otros resultados que concuerdan con los nuestros están reportados en el estudio realizado en el Departamento de Anestesiología y Terapia Intensiva de la Universidad de Medicina de Lodz, Polonia, y se refieren a los indicadores de satisfacción personal. De los 177 anestesiólogos, de 14 hospitales, el 86% estaba satisfecho con su estatus económico, el 77% refería que su estado de salud era satisfactorio y el 52% miraba su futuro con optimismo. En un análisis global el 71% de los encuestados estaban satisfechos con su situación laboral (42). En nuestra recopilación el 80% considera que el ambiente de trabajo es bueno, porcentaje que tiene similitud con el 76% de especialistas que ejerce privadamente además de laborar en instituciones públicas (cuadro 2). Un análisis de subgrupos nos permitió ver percepciones diferentes entre el anestesiólogo de ejercicio privado y el anestesiólogo empleado. De los 50 entrevistados que tienen ejercicio privado 34 de ellos (68%) no piensa en dejar de ejercer la especialidad y 18 (36%) piensa volver a ejercer después de su jubilación. En cambio, de los 15 entrevistados que no tienen actividad laboral privada, 10 de ellos (66%) piensan dejar de ejercer y sólo 1 (6%) piensa volver a ejercer después de su jubilación. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de ampliar las investigaciones en este ámbito que relaciona más el ambiente psicosocial con la satisfacción laboral dado por el hecho que los médicos parecen tener una mejor salud física pero una salud mental peor que la población general (40).



Una información de mucho interés para nuestra especialidad es la que proporciona el estudio realizado en el Departamento de Anestesiología de la Escuela de Medicina de Feinberg, Chicago, EUA. En una encuesta realizada a 2773 anesthesiólogos se reconoció depresión en uno de cada cinco de ellos y depresión y burnout en uno de cada seis. La conclusión de los autores fue que burnout, depresión e ideas suicidas son muy prevalentes entre los anesthesiólogos lo cual afecta a los cuidados y seguridad que este especialista debe proporcionar al paciente (37).

Por su traducción, el entendimiento del burnout tiende a generalizarse con nombres como el *síndrome de los profesionales quemados* o *síndrome de los profesionales desengañados*, en tal caso sería más apropiada la reflexión de los psiquiatras en identificarlo como un *síndrome de los profesionales con trastornos psicopatológicos* (43). Esta insinuación debe servir para conceder la necesaria importancia a esta amenaza para la salud recordando, a la vez, que pertenece a la esfera social y psicológica, ámbitos en los que la terapéutica farmacológica no ha conseguido éxitos notables todavía.



7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1. Conclusiones

- La población de anestesiólogos que labora en la ciudad de Cuenca, representada por 65 especialistas, muestra características demográficas similares a las que reporta la literatura médica consultada.
- La prevalencia del síndrome de *burnout* en los anestesiólogos que laboran en la ciudad fue de 36%. De sus dimensiones: cansancio emocional 27%, despersonalización 27% y falta de realización 84%.
- La **sobrecarga de trabajo** fue más prevalente en los anestesiólogos con *cansancio emocional* [OR 2.1 (IC95% 0.4 – 9.9)] y *despersonalización* [OR 3.6 (IC95% 0.6 – 20.7)] pero la asociación no fue significativa. La **injusticia en el reconocimiento del trabajo** fue significativamente más prevalente en los anestesiólogos con *cansancio emocional* [OR 13.3 (IC95% 1.3 – 316.4)] y *despersonalización* [OR 8.1 (IC95% 1.3 – 63.01)]. El **ambiente laboral no comfortable** fue más prevalente en anestesiólogos con *cansancio emocional* [OR 3.6 (IC95% 0.5 – 23.9)], *despersonalización* [OR 4.1 (IC95% 0.7 – 23.5)] y *falta de realización* [OR 3.8 (IC95% 0.9 – 16.6)], aunque la asociación no fue significativa.

7.2. Recomendaciones

- El burnout se incrementa cada vez más dentro de las profesiones sanitarias y sin duda tiene muchos factores que lo determinan pero hacen falta estudios para identificarlos correctamente atendiendo las sugerencias de estudios previos: *ejercer más de 10 años, guardias nocturnas, sedentarismo, laborar más de 70 h a la semana, ingerir licor más de 5 veces por semana, alcoholismo, fumar, carga administrativa, laborar en exceso, perder espacios de entretenimiento, sueño irregular, conflictos interpersonales, ideas suicidas, depresión, consumo de drogas y accidentes después de guardias nocturnas.*



Referencias bibliográficas

1. Myers G. Psicología, Editorial Médica Panamericana, Madrid 1999.
2. Brown C. Understanding stress and Burnout in shelter workers. *Professional Psychol Research Practice*, 1998; 29(4):383-385.
3. Maslach C. Burnout. *Hum Behav* 1976; 5:16-22.
4. Maslach C. The measurment of experienced burnout, *J Occup Behav* 1981; 2:99-113.
5. Maslach C. Job Burnout. *Annu Rev Psychol* 2001; 52:397-422.
6. Pérez-Corral MA. Estrés del médico, Manual de Autoayuda. Ed. Díaz de Santos, Madrid, 1999.
7. Díaz- González R, Hidalgo-Rodrigo I. El Síndrome de Burnout en los médicos del sistema sanitario o público de un área de salud. *Rev Clin Esp* 1994; 194(9):670-6.
8. Hidalgo-Rodrigo I. Estudio de la influencia de los factores laborales y sociodemográficos en el desarrollo del síndrome de agotamiento profesional en el área de medicina especializada del Insalud de Avila. *Med Clin Barc* 1994; 103(11):408-12.
9. Osborne D, Croucher R. Levels of burnout in general dental practitioners in the South east of England. *British Dental J* 1994; 177(10):372-7.
10. Glass-David C. Depression, Burnout and perceptions of control in hospital nurses. *J consulting Clinical Psychol* 1993; 61(1):147-155.
11. Van Servellen D. Emotional exhaustion and distress among nurses: how important are AIDA care specific factors? *J Assoc Nurses* 1994; 5(2):11-9,.
12. Guntupalli K, Fromm JR. Burnout in the internistintensivist. *Intensive Care Med* 1996; 22:625-630.
13. Rubin-Bruce K. The well stressed intensivist. *Crit Care Med* 2000; 28(9):3362-3363.
14. Molassiotis A, Haberman M. Evaluation of burnout and job satisfaction in marrow transplant nurses. *Cancer Nurs* 1996; 19(5):360-7.
15. Raquepaw J. Psychotherapist burnout: A componential analysis. *Professional Psychol Research Practice* 1989; 20(1):32-36.
16. Stanley R, Feldman D. Stress and intervention strategies in mental health professionals. *British J Medical Psychology*, 72(2):159-169, 1999.
17. Calabrase G. Riesgos Profesionales del Anestesiólogo. XXXV Congreso Mexicano de Anestesiología, Cancún, 2001.



18. Kapur N, Appleton K. Sources of job satisfaction and psychological distress in GP and medical house officers. *Fam Prac* 1999; 16(6):600-1.
19. Tait D: Resident burnout and self reported patient care. *Annals Internal Medicine* 2002; 136(5):358-367.
20. Bakker AB, Killmer CH. Effort-reward imbalance and burnout among nurses. *J Adv Nurs* 2000; 31(4):884-91.
21. Campbell A. Burnout among American surgeons. *Surgery* 2001;130(4):696-705.
22. Gabbe S. Burnout in chairs of obstetrics and gynecology. *Am J Obstet Gynecol* 2002, 186; 601-12.
23. Palmer-Morales LY, Gómez-Vera A, Cabrera-Pivaral C, Prince-Vélez R, Searcy-Bernal R. Prevalencia del síndrome de agotamiento profesional en médicos anestesiólogos en la ciudad de Mexicali, Baja California, México. *Gac Med Méx* 2005;141;181-3.
24. Astudillo W, Mendinueta C. Exhaustion syndrome in palliative care. *Support-Care-Cancer* 1996; 4(6):408-15.
25. García B, Renovell F. Síndrome de Agotamiento profesional en los médicos residentes de especialidades médicas hospitalarias. *An Med Interna* 2000; 17(3):118-22.
26. Matía AC, Cordero J, Mediavilla JJ, Pereda MJ, González ML et al. Evolución del burnout y variables asociadas en los médicos de atención primaria. *Aten Primaria* 2012;44(9):532-9.
27. World Health Organization (1994). *ICD-10 International Classification of Diseases*. Geneva: American Psychiatric Publishing, Inc. p. 1244. ISBN 9789241544191.
28. Helliwell PJ. Suicide amongst anaesthetics-in-training. *Anaesthesia*, 1983;38:1097.
29. Larouche LM. Manifestations cliniques du "burn out" chez les médecins. *Santé mentale au Québec* 1985; 10(2): 145-50.
30. Rafferty JP, Lemkau JP, Purdy RR, Rudisill JR. Validity of the Maslach Burnout Inventory for family practice physicians. *J Clin Psychol*. 1986;42(3):488-92.
31. Briaa M, Spanua F, Babana A, Dumitrascub. Maslach Burnout Inventory – General Survey: Factorial validity and invariance among Romanian healthcare professionals. *Burnout Research* 2014; 1(3): 103–11.
32. Gil-Monte PR. Validez factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory-General Survey. *Salud Pública Méx [revista en la Internet]*. 2002 Ene [citado 2015 Mayo 24]; 44(1): 33-40.



33. Buzzetti MA, Wenk E, Heins A. Validación del Maslach Burnout Inventory (MBI), en dirigentes del colegio de profesores A. G. de Chile. Tesis de Grado. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile. 2005.
34. Nyssen AS, Hansez I, Baele P, Lamy M and De Keyser V. Occupational stress and burnout in anaesthesia. *British Journal of Anaesthesia* 2003; 90(3): 333-7.
35. Palmer-Morales LY, Gómez-Vera A, Cabrera-Pivaral C, Prince-Vélez R, Searcy-Bernal R. Prevalencia del síndrome de agotamiento profesional en médicos anestesiólogos en la ciudad de Mexicali, Baja California, México. *Gac Med Méx* 2005;141;181-183.
36. Mion G , Libert N, Journois D. Burnout-associated factors in anesthesia and intensive care medicine. 2009 survey of the French Society of Anesthesiology and Intensive Care. *Ann Fr Anesth Reanim.* 2013 Mar;32(3):175-88.
37. De Oliveira GS, Chang R, Fitzgerald PC, Almeida MD, Castro-Alves LS et al. The prevalence of burnout and depression and their association with adherence to safety and practice standards: a survey of United States anesthesiology trainees. *Anesth Analg* 2013 117(1):182-93.
38. Magalhães E, Oliveira AC, Govêia CS, Ladeira LC, Queiroz DM et al. Prevalence of burnout syndrome among anesthesiologists in the Federal District. *Rev Bras Anesthesiol.* 2015 Mar-Apr;65(2):104-10.
39. Downey RL , Farhat T, Schumann R. Burnout and coping amongst anesthesiologists in a US metropolitan area: a pilot study. *Middle East J Anaesthesiol.* 2012 Feb;21(4):529-34.
40. Escribà-Agüira V, Artazcoza L, Pérez-Hoyosa S. Efecto del ambiente psicosocial y de la satisfacción laboral en el síndrome de burnout en médicos especialistas. *Gac Sanit.* 2008;22(4):300-8.
41. Palmer Y. Síndrome de Burnout, una enfermedad de la posmodernidad. *Anestesia en México* 2009;21(1):23-25.
42. Gaszynska E, Stankiewicz-Rudnicki M, Szatko F, Wiczorek A, Gaszynski T. Life satisfaction and work-related satisfaction among anesthesiologists in Poland. *Scientific World Journal.* 2014;2014:601865. doi: 10.1155/2014/601865. Epub 2014 Jun 9.
43. Tizón JL. ¿Profesionales «quemados», profesionales «desengañados» o profesionales con trastornos psicopatológicos? *Aten Primaria* 2004;33(6):326-30.



ANEXOS

Anexo 1

Matriz de operacionalización de las variables

Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	Escala	Medición
Burnout	Síndrome de agotamiento profesional caracterizado por cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal	Cansancio emocional	Valoración del cuestionario de Maslach	Ordinal	0 Nunca 1 Pocas veces al año 2 Una vez al mes o menos 3 Pocas veces al mes 4 Una vez a la semana 5 Pocas veces a la semana 6 Todos los días
		Despersonalización			
		Falta de realización personal			
Sobrecarga de trabajo	Realización de actividades en exceso	Exceso de tiempo	> número de horas	Nominal	Sobrecargado No sobrecargado
		Exceso de tareas	> número de procedimientos		
Injusticia en el reconocimiento del trabajo	No conceder el mérito al cumplimiento de las actividades		Percepción del entrevistado	Nominal	Trato injusto Trato justo
Ambiente laboral no confortable	Falta de confort en el grupo humano de trabajo		Percepción del entrevistado	Nominal	Cordial No cordial
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento		Años cumplidos	Continua	Valor absoluto
Sexo	Condición que diferencia al hombre de la mujer		Fenotipo	Nominal	Femenino Masculino
Estado civil	Situación de convivencia respecto de la pareja		Información del entrevistado	Nominal	Soltero Casado Viudo Divorciado Unión libre
Tenencia de hijos	Procreación de descendencia		Información del entrevistado	Nominal	Tiene hijos No tiene hijos
Años de labor profesional	Tiempo en años que ejerce la especialidad		Información del entrevistado	Continua	Valor absoluto
Patología individual	Enfermedad crónica que adolece el entrevistado		Información del entrevistado	Nominal	Diabetes HTA Cardiopatías
Indicadores de satisfacción profesional (ISP)	Situaciones que significan realización individual respecto de la profesión		Percepción del entrevistado	Nominal	Ítems de la escala de ISP



Anexo 2

Consentimiento informado



**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CURSO DE POSTGRADO DE ANESTESIOLOGÍA**

Título del estudio
**Prevalencia y factores asociados al Síndrome de Burnout en los
anestesiólogos de Cuenca**
Nombre, dirección y teléfono del investigador principal
Md. Gabriela Fárez, Calle Manuel A. Cisneros 2-26, 0998890441
Sitio donde se realizará el estudio: CUENCA

Se le está pidiendo que conteste unas preguntas que permitan recolectar datos sobre Ud. Este tipo de estudios se realiza para poder saber sobre su estado emocional y físico relacionado con su trabajo y así poder encontrar mejores condiciones que le permitan desenvolverse más a gusto en su ámbito laboral.

Su participación es completamente voluntaria.

Lea toda la información que se le ofrece en este documento y haga todas las preguntas que necesite al investigador que se lo está explicando, antes de tomar una decisión.

El propósito de esta investigación es determinar la prevalencia y factores asociados con el Síndrome de Burnout en los anestesiólogos de la ciudad de Cuenca. Este Síndrome está siendo estudiado ampliamente en otros países debido a las graves repercusiones que lo acompañan, pero en nuestra ciudad no se ha realizado este estudio antes.

El presente trabajo de investigación ha sido evaluado y autorizado por el Comité de Investigación del Centro de Posgrados de la Universidad de Cuenca, que evalúa y monitorea el estudio desde su inicio hasta su finalización.

En caso de que los resultados de este estudio sean publicados en revistas médicas o presentados en congresos médicos, su identidad no será revelada.

Yo,.....
.....He leído la hoja de información del Consentimiento



Informado, he recibido una explicación satisfactoria sobre los procedimientos del estudio y su finalidad.

He quedado satisfecho con la información recibida, la he comprendido y se me han respondido todas mis dudas. Comprendo que mi decisión de participar es voluntaria.

Presto mi consentimiento para la recolección de datos/la realización de la encuesta propuesta y conozco mi derecho a retirarlo cuando lo desee, con la única obligación de informar mi decisión al médico responsable del estudio.

Firma, número de CI del encuestado

Fecha:



Anexo 3

Formulario para recopilación de la información



**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CURSO DE POSTGRADO DE ANESTESIOLOGÍA**

A. DATOS PERSONALES

Instrucciones: Lea cuidadosamente las siguientes preguntas y conteste marcando una X en el espacio adecuado o anotando a un lado la respuesta, según sea el caso.

1. Edad cumplida en años _____
2. Sexo biológico. Femenino _____ Masculino _____
3. ¿Padece usted de Diabetes Mellitus? sí _____ no _____ ¿controlada? _____
4. ¿Padece usted de alguna colagenopatía? sí _____ no _____ ¿cual? _____
controlada? _____
5. ¿Padece usted de alguna enfermedad cardiovascular? sí _____ no _____ ¿cuál? _____
6. Estado civil. Casado _____ Viudo _____ Divorciado _____ Unión libre _____ Soltero _____
7. ¿Tiene hijos? Ninguno _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 o más _____
8. Años ejerciendo la especialidad _____
9. Turno principal de actividad laboral. Matutino _____ Vespertino _____ Nocturno _____

B. INDICADORES DE SATISFACCIÓN PROFESIONAL (ISP)

1. ¿Tiene actividad laboral privada? Sí _____ No _____
2. ¿Cuántos procedimientos anestésicos realiza durante una jornada laboral de 24 horas? _____
3. ¿Cuántas horas/anestesia trabaja en una semana? _____
4. En algún momento de su actividad laboral ¿ha pensado en dejar de ejercer como anestesiólogo?

5. Si contestó afirmativo a la pregunta 15, ¿en cuánto tiempo? _____
6. Cómo calificaría usted el ambiente laboral donde se desempeña? _____



- 7 ¿Ha pensado continuar trabajando en la anestesiología después de su jubilación? Sí ___ No ___
- 8 ¿Piensa usted que al estar ejerciendo la anestesiología se estresa? Poco _____ Regular _____
Mucho _____
- 9 ¿Siente usted que las normas institucionales le limitan en las tomas de decisión en relación a su trabajo? Sí _____ No _____
- 10 En una escala del 0 al 10, ¿cómo calificaría usted la pérdida de control de su trabajo? _____
- 11 ¿Siente usted que se le reconoce su trabajo mediante estímulos institucionales a su desempeño? Sí _____
No _____
- 12 En una escala del 0 al 10, ¿cómo calificaría usted estos estímulos por parte de la institución? _____
- 13 Considera que el ambiente de trabajo en su desempeño es:
Bueno _____ Regular _____ Malo _____ Muy malo _____
- 14 Siente usted que sus directivos aprecian sus decisiones en el trabajo en forma... Justa _____
Injusta _____
- 15 ¿Se ha visto usted frecuentemente en la necesidad de aceptar un procedimiento en contra de su opinión personal? Sí _____ No _____
- 16 En una escala del 0 al 10, ¿cómo calificaría usted la relación entre sus decisiones de trabajo y las políticas de la institución? Congruentes _____ Regularmente congruentes _____
Discrepantes _____ Muy discrepantes _____
- 17 En una escala del 0 al 10, ¿qué tan justos son sus directivos? _____
- 18 ¿En qué situaciones siente usted que pierde el control?
- a) exceso de pacientes
 - b) falta de material
 - c) falta de apoyo del equipo de trabajo



Anexo 4

CUESTIONARIO DE MASLACH

Por favor lea cuidadosamente el siguiente cuestionario y conteste las preguntas acerca de cómo se siente lo más honestamente posible.

Qué tan seguido (QTS):

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

QTS Oraciones

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



Anexo 5

Información adicional

Análisis de validez interna

	Alfa de Cronbach
Emocionalmente defraudado del trabajo	0,862
Cuando termino mi jornada de trabajo me siento agotado	0,857
Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado.	0,859
Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fuesen objetos impersonales.	0,856
Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa.	0,855
Siento que mi trabajo me está desgastando.	0,846
Siento que me he hecho más duro con la gente.	0,848
Me preocupa que este trabajo me está endureciendo emocionalmente.	0,845
Me siento frustrado por mi trabajo.	0,861
Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo.	0,866
Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a las personas que tengo que atender profesionalmente.	0,861
Siento que trabajar en contacto directo con la gente, me cansa.	0,854
Me parece que los beneficiarios de mi trabajo me culpan de algunos de sus problemas.	0,858