



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Facultad de Ciencias Químicas

Maestría en Seguridad e Higiene Industrial

Prevalencia del síndrome de Burnout, factores asociados y calidad de vida laboral en los médicos del servicio de emergencia del Hospital Vicente Corral Moscoso. 2018

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de Magíster en Seguridad e Higiene Industrial.

Modalidad: Proyecto de investigación.

Autora:

MD. Mirian Cristina Illescas Capelo

CI: 0104435334

Directora:

MD. Angélica María Ochoa Avilés. PhD.

CI: 0104452693

Cuenca, Ecuador

23-septiembre-2019



RESUMEN

A los médicos de emergencia clásicamente se les ha relacionado con el síndrome de Burnout que tiene un efecto negativo en la calidad de vida laboral.

Determinar la prevalencia del síndrome de Burnout, factores asociados, y calidad de vida laboral de médicos de emergencia del Hospital Vicente Corral Moscoso durante el 2018.

Estudio observacional descriptivo correlacional de corte transversal en 64 médicos de emergencia. Se aplicaron formularios validados: cuestionario Maslach; encuesta sociodemográfica-laboral; cuestionario Calidad de Vida Profesional 35. Los datos fueron tabulados en el programa Stata versión 13.0. Se usó frecuencias, porcentajes, prevalencias, estadísticos descriptivos y análisis correlacionales.

La prevalencia del síndrome de Burnout en el HVCM fue de 1.67%. Existió asociación con significancia estadística entre el síndrome de Burnout y sexo masculino, $\beta = -7.90$, $p = .011$, IC 95% [-13.93, -1.87], edad más joven, $\beta = -0.67$, $p = .001$, IC 95% [-1.04, -.31] y laborar en un solo empleo, $\beta = 6.11$, $p = .048$, IC 95% [.06, 12.15], no se vio correlación alguna con estado civil ni especialización médica. La calidad de vida laboral fue entre buena (78.33%) y excelente (16.67%).

La prevalencia del síndrome de Burnout fue menor a la reportada en la bibliografía. Se encontró asociación con edad más joven, sexo masculino y laborar en un solo empleo. La calidad de vida laboral, al igual que en otros estudios fue entre buena y excelente.

Palabras claves: Calidad de vida laboral. Síndrome de Burnout. Médicos de emergencia. Agotamiento emocional. Factores asociados. Factores de riesgo.



ABSTRACT

Emergency physicians have classically been associated with Burnout syndrome that has a negative effect on the quality of working life.

To determine the prevalence of Burnout syndrome, associated factors, and quality of working life of emergency physicians at Hospital Vicente Corral Moscoso during 2018.

Cross-sectional, descriptive, descriptive observational study in 64 emergency physicians. Validated forms were applied: Maslach questionnaire; sociodemographic-labor survey; Professional Quality of Life Questionnaire 35. The data was tabulated in the Stata program version 13.0. Frequencies, percentages, prevalences, descriptive statistics, and correlational analyzes were used.

The prevalence of Burnout syndrome in HVCM was 1.67%. There was an association with statistical significance between Burnout syndrome and male sex, $\beta = -7.90$, $p = .011$, 95% CI [-13.93, -1.87], younger age, $\beta = -0.67$, $p = .001$, CI 95% [-1.04, -.31] and work in a single job, $\beta = 6.11$, $p = .048$, 95% CI [.06, 12.15], no correlation was found with marital status or medical specialization. The quality of working life was between good (78.33%) and excellent (16.67%).

The prevalence of Burnout syndrome was lower than that reported in the literature. An association was found with younger age, male sex and working in a single job. The quality of working life, as in other studies was between good and excellent.

Keywords: Quality of work life. Burnout syndrome. Emergency doctors. Emotional exhaustion. Associated factors. Risk factor's.



ÍNDICE

RESUMEN	2
ABSTRACT	3
CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN	
1.1.- Línea de investigación y lugar de ejecución.....	10
1.2.- Planteamiento del problema.....	10
1.3.- Justificación.....	12
1.4.- Objetivos.....	14
1.5.- Hipótesis.....	15
CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO	
2.1.- Introducción.....	16
2.2.- Síndrome de Burnout.....	18
2.3.- Factores Asociados al Síndrome de Burnout.....	27
2.4.- Calidad de Vida Laboral.....	29
2.5.- Discusión de Estudios afines.....	33
2.6.- Conclusión.....	38
CAPÍTULO 3: MARCO METODOLÓGICO	
3.1.- Diseño de estudio y contexto.....	40
3.2.- Participantes.....	40
3.3.- Consideraciones Éticas.....	41
3.4.- Instrumentos de Medición y Variables Cuantitativas.....	41
3.5.- Técnicas y procedimientos de recolección de datos.....	45
3.6.- Variables de estudio.....	46
3.7.- Métodos Estadísticos.....	46



CAPÍTULO 4: RESULTADOS

4.1.- Descripción de los sujetos de estudio.....48
4.2.- Validez del MBI y CVP 35.....48
4.3.- Estadística descriptiva correlacional.....48

CAPÍTULO 5: DISCUSIÓN.....58

CONCLUSIONES.....65

RECOMENDACIONES.....66

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.....68

ANEXOS.....72



Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio Institucional

Mirian Cristina Illescas Capelo, en calidad de autor/a y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación "Prevalencia del síndrome de Burnout, factores asociados y calidad de vida laboral en los médicos del servicio de emergencia, del Hospital Vicente Corral Moscoso. 2018", de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 23 de septiembre de 2019.

Mirian Cristina Illescas Capelo

C.I: 0104435334



Cláusula de Propiedad Intelectual

Mirian Cristina Illescas Capelo, autor/a del trabajo de titulación "Prevalencia del síndrome de Burnout, factores asociados y calidad de vida laboral en los médicos del servicio de emergencia del Hospital Vicente Corral Moscoso. 2018", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor/a.

Cuenca, 23 de septiembre de 2019.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Mirian Illescas', written over a horizontal line.

Mirian Cristina Illescas Capelo

C.I: 0104435334



DEDICATORIA

Esta tesis está dedicada a mis padres Luis y Miriam, quienes con su amor y paciencia han inculcado en mí, los valores de responsabilidad, esfuerzo, valentía, perseverancia, y el de no temer ante las adversidades porque Dios está siempre conmigo, lo que me ha permitido llegar a cumplir hoy una meta más en mi vida.

A mi esposo Santiago y a mis hijas Danna y Valeska, por su gran amor que me brindan, por su apoyo incondicional y por ser el motor que me incentivan a superarme y ser mejor cada día.



AGRADECIMIENTO

En primer lugar, agradezco a Dios por darme la vida, por ser mi fortaleza y apoyo en aquellos momentos de dificultad y debilidad.

A mis padres, Luis y Miriam, a mi esposo Santiago y a mis hijas Danna y Valeska, por ser los principales promotores de mis sueños, por confiar y creer en mí, por su apoyo, sus consejos, valores y principios que me han inculcado y brindado.

A la Universidad de Cuenca, a mis profesores de la maestría de Seguridad e Higiene Industrial quienes, con su paciencia, dedicación, enseñanzas y sus valiosos conocimientos y experiencias compartidas, hicieron que pueda crecer como profesional y como persona.

A mi directora de tesis, Angélica Ochoa, principal colaboradora durante todo este proceso, quien, con su dirección, conocimiento, enseñanza, paciencia y cooperación permitió el desarrollo de este trabajo.

Al Hospital Vicente Corral Moscoso y en especial al Dr. Pablo Bolaños y a la Lcda. Carolina Álvarez, por confiar en mí, por brindarme su apoyo incondicional para poder culminar mis estudios, por abrirme las puertas y permitirme realizar todo el proceso investigativo dentro del servicio de emergencia del establecimiento de salud.



CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN

1.1.- Línea de investigación y lugar de ejecución

El presente trabajo es multidisciplinario, corresponde al área de las Ciencias Sociales, Humanas y de la Salud, dentro del ámbito de la Higiene Industrial. El proyecto se realizó en el Hospital Vicente Corral Moscoso (HVCM), un hospital docente de nivel II, perteneciente al Distrito 2, zona 6, de la Ciudad de Cuenca, país Ecuador.

1.2.- Planteamiento del problema

Los médicos que laboran en los servicios de emergencia están expuestos a altos niveles de estrés y por lo tanto son particularmente susceptibles a experimentar el síndrome de Burnout, siendo un síndrome tridimensional de cansancio emocional, despersonalización, y baja realización personal en respuesta a un estrés crónico (Maslach, 1976). Al hablar de la prevalencia del síndrome de Burnout en profesionales de la salud, en una investigación realizada en países de Latinoamérica (Argentina, México, Ecuador, Perú, Colombia, Uruguay, Guatemala, Bolivia, Brasil, Chile, Costa Rica, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Panamá, Paraguay, República Dominicana, Venezuela, España y entre otros), se determinó que el 36.3% de la muestra tiene la percepción de “estar quemado” (Grau et al., 2007). Por otro lado, en un artículo de revisión, se estableció que los médicos que laboran en el área de emergencia tienen niveles de Burnout superiores al 60% en comparación con un 38% de los demás médicos en general, además que tanto factores relacionados con



el trabajo (horas de trabajo, años de Práctica, actividades de desarrollo profesional, tareas no clínicas, etc.) y no relacionados con el trabajo (edad, sexo, factores de estilo de vida, etc.) se asocian con el síndrome de Burnout (Arora, Asha, Chinnappa & Diwan, 2013). En otro estudio realizado en el Hospital José Carrasco Arteaga de la ciudad de Cuenca se identificó que el 12.2% del personal del departamento de emergencia presentó estrés laboral, el 17% cansancio emocional, el 38% despersonalización y, el 53.3% de falta de realización personal, y se determinó que ninguno de los factores considerados de riesgo como turnos nocturnos, relación laboral, pluriempleo, etc., mostró asociación ni significancia estadística con los niveles altos de estrés (Abambari et al., 2014). En un hospital público de Nueva Zelanda se estimó que el 50% de los encuestados fueron identificados como con alto Burnout personal, 42.1% con alto Burnout relacionado con el trabajo y 15.7% con Burnout alto atribuido a las interacciones con los pacientes, además las mujeres encuestadas en el grupo de edad de 30 a 39 años ($n = 88$) tuvieron una prevalencia muy alta de Burnout personal con un 70,5% (Chambers, Frampton, Barclay & McKee, 2016). Por otro parte, en el Hospital III Emergencias Grau se determinó que los médicos asistenciales de especialidad quirúrgica presentaron mayor porcentaje de síndrome de Burnout con 36.73% (Miraval, 2016). En una institución de salud de Bogotá al estudiar la calidad de vida laboral del personal asistencial se observó que hay un mayor apoyo directivo con una media de 5.82, que la motivación intrínseca es más positiva con una media de 7.84 y que la carga de trabajo con una media de 5.33 es relativamente la misma que en otros estudios realizados anteriormente, además que el alto nivel de realización personal unido a la motivación intrínseca constituyó



un factor protector para el síndrome de Burnout ante la alta carga laboral y el escaso apoyo directivo (Caballero et al., 2017). El síndrome de desgaste profesional es multicausal, se debe a factores personales, organizacionales y laborales, tales como características de personalidad, falta de estrategias de afrontamiento, baja autonomía, insatisfacción laboral, relaciones conflictivas, alta demanda de pacientes, falta de reconocimiento por sus directivos y la sociedad, entre otros, lo cual a largo plazo produce un desequilibrio entre sus expectativas y la realidad, generando consecuencias para la salud como son síntomas físicos de estrés, enfermedades físicas, deterioro psíquico-emocional, trastornos de la conducta e intelectuales (Tobie-Gutiérrez & Nava-López, 2012; Grau et al., 2007). También el síndrome de Burnout afecta a la calidad de vida laboral del personal de salud siendo una de las más importantes causas de deterioro de la salud en estos profesionales y a su vez influye negativamente en el desempeño de los trabajadores con impacto en la calidad de la atención ofrecida a los usuarios (Caballero, Contreras, Vega & Gómez, 2017).

1.3.- Justificación

Sin embargo, a pesar de los efectos negativos que el síndrome de Burnout causa en los médicos, pacientes, e instituciones de salud existen pocos estudios que lo evalúan entre los médicos que laboran en el servicio de emergencia, además muchas de las investigaciones del síndrome de Burnout en médicos de emergencia se han llevado a cabo en América del Norte y muy pocos en América del Sur. De



igual forma hay un trabajo limitado en cuanto a factores asociados al síndrome de Burnout (Arora et al., 2013). Es así, que luego de una búsqueda exhaustiva del tema a nivel de América del Sur y de Ecuador se encontraron muy pocos estudios. En cuanto a la calidad de vida laboral en médicos que trabajan en el servicio de emergencia, las investigaciones son casi nulas y a nivel de Ecuador no se encontró ningún estudio realizado. Es importante diagnosticar este síndrome en el personal de emergencia para implementar futuras campañas a nivel de los usuarios internos enfocándose en la actitud, compromiso en la atención al paciente, realización de talleres y actividades que puedan servir de terapia para disminuir la incidencia y prevalencia de esta enfermedad, y de esta manera, evitar una mala calidad de atención y servicio brindado al usuario externo (Pinto, 2015). Además, se resalta la importancia de un liderazgo en salud más centrado en las personas que en las tareas, en el que el líder se preocupe por el bienestar de los trabajadores, pues la relación entre el síndrome de Burnout y la calidad de vida laboral se ve influida por el apoyo del directivo y la motivación que brinden a los miembros de su organización (Caballero et al., 2017).

Es así que, al determinar la prevalencia del síndrome de Burnout, los factores asociados y la calidad de vida laboral en los médicos que trabajan en el servicio de emergencia del HVCM, se sentarán bases para emprender futuras estrategias de medidas preventivas para disminuir la incidencia y prevalencia de esta enfermedad, así como la baja calidad de vida laboral de los médicos, la baja calidad de atención a los usuarios y los problemas de salud que conlleva. De igual forma ayudará a demostrar la importancia de una mayor motivación y apoyo por parte de los



directivos hacia los médicos, para concientizarlos sobre la importancia de acciones de sostén hacia las personas que están bajo su cargo, lo que a su vez influirá positivamente en cuanto a la disminución de la prevalencia e indecencia del síndrome de Burnout.

1.4.- Objetivos

1.4.1.- Objetivo General

Determinar la prevalencia del síndrome de Burnout, sus factores asociados, y la calidad de vida laboral del personal médico del servicio de emergencia del Hospital Vicente Corral Moscoso de Cuenca durante el año 2018.

1.4.2.- Objetivos Específicos

-Identificar la prevalencia del síndrome de Burnout en el personal médico del servicio de emergencia del HVCM durante el año 2018.

-Identificar los factores asociados al síndrome de Burnout en el personal médico del servicio de emergencia del HVCM durante el año 2018.

-Identificar la calidad de vida laboral y su asociación con el síndrome de Burnout en el personal médico del servicio de emergencia del HVCM durante el año 2018.



1.5.- Hipótesis

La prevalencia del síndrome de Burnout es alta. El síndrome de Burnout se asocia con factores relacionados y no relacionados al trabajo. Existe una mala calidad de vida laboral. Existe relación entre síndrome de Burnout y calidad de vida laboral, entre los médicos que laboran en el servicio de emergencia del HVCM durante el año 2018.



CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO

2.1. Introducción

Los médicos están expuestos a altos niveles de estrés en el transcurso de su profesión y son particularmente susceptibles a experimentar el síndrome de Burnout (Kumar, 2016), siendo un síndrome tridimensional de cansancio emocional, despersonalización, y baja realización personal en respuesta a un estrés crónico (Maslach, 1976). Los médicos que laboran en el área de emergencia tiene niveles de burnout superiores al 60% en comparación con un 38% de los demás médicos en general es por ello que los médicos especialistas en medicina de emergencia son altamente propensos al agotamiento, con niveles de Burnout más alto que cualquier otra área de especialidad (Arora et al., 2013). En Latinoamérica el Burnout también se presenta y está en aumento (Díaz & Gómez, 2016). El síndrome de Burnout afecta a la calidad de vida del personal de salud siendo una de las más importantes causas de deterioro de la salud en estos profesionales y a su vez afecta en el desempeño de los trabajadores con impacto en la calidad de la atención ofrecida a los usuarios (Caballero, Contreras, Vega & Gómez, 2017). Tantos factores relacionados con el trabajo (horas de trabajo, años de práctica, actividades de desarrollo profesional, tareas no clínicas, etc.) y no relacionados con el trabajo (edad, sexo, factores de estilo de vida, etc.) se asocian con el síndrome de Burnout (Arora, Asha, Chinnappa & D Diwan, 2013). En un estudio realizado en el Hospital José Carrasco Arteaga de la ciudad de Cuenca se



determinó una prevalencia notable de estrés laboral en el personal del departamento de Emergencia, siendo de un 12.2% cuyos factores demográficos de las personas participantes demostraron que la edad media se ubicó en 29.93 años, el 61.1% perteneció al sexo femenino, el 46.7% eran casados, además en cuanto a los componentes del cuestionario se determinó niveles altos de cansancio emocional en un 16.7%, de despersonalización en un 37.8% y de falta de realización personal en un 53.3%, además se vio que ninguno de los factores considerados de riesgo como turnos nocturnos, relación laboral, pluriempleo, etc mostró asociación ni significancia estadística con los niveles altos de estrés (Abambari et al., 2014). En un hospital público de Nueva Zelanda se determinó puntuaciones particularmente altas para el agotamiento con un 50.1% de alto Burnout personal y un 42.1% con alto Burnout relacionado con el trabajo, las mujeres eran significativamente más quemadas que los hombres, con un 59,4% con alto Burnout personal y 46,9% con alto Burnout relacionado con el trabajo, de igual forma las mujeres en el grupo de edad de 30 a 39 años tuvieron una prevalencia muy alta de Burnout personal con un 70,5% (Chambers, Frampton, Barclay & McKee, 2016). En una institución de salud de Bogotá al estudiar la calidad de vida laboral del personal asistencial se observa que hay un mayor apoyo directivo con una media de 5.82, que la motivación intrínseca es más positiva con una media de 7.84 y que la carga de trabajo con una media de 5.33 es relativamente la misma que en otros estudios realizados anteriormente, además se vio que el alto nivel de realización personal unido a la motivación intrínseca constituyó un factor protector para el síndrome de Burnout ante la alta carga laboral y el escaso apoyo directivo (Caballero et al., 2017).



2.2. Síndrome de Burnout

2.2.1. Concepto

Ptacek et al. (2013) indica que el Burnout es un síndrome de comportamiento multifacético que consiste en respuestas individuales adaptativas después de situaciones estresantes prolongadas. Dada la intensa demanda física y cognitiva de proporcionar atención de salud de alta calidad a un amplio espectro de pacientes, los profesionales de la salud son particularmente susceptibles a desarrollar síndrome de Burnout.

Para Maslach (2009) el Burnout laboral es un síndrome psicológico que implica una respuesta prolongada a estresores interpersonales crónicos en el trabajo, en donde se valora tres dimensiones claves de esta respuesta que son un agotamiento extenuante, sentimiento de cinismo y desapego por el trabajo, y una sensación de ineficacia y falta de logros.

Alvarado (2016) nos habla del desgaste profesional como una respuesta al estrés laboral crónico, que implica una vivencia interna subjetiva y negativa de sentimientos, cogniciones y actitudes que llevan a problemas y disfunciones psicológicas y fisiológicas para la persona, afectando las relaciones interpersonales, acrecentando la frustración en el trabajo y la insatisfacción laboral lo que repercute nocivamente en la calidad del servicio y la propia estructura funcional de una institución u organización.

A diferencia de las reacciones de estrés agudo, que se dan en respuesta a incidentes críticos específicos, el Burnout es una reacción crónica a la constante



acumulación de estresores ocupacionales en curso que tiende a ser bastante estable con el tiempo, además es un problema que surgió de inicio en trabajos de cuidado y servicio humano como cuidado de salud, salud mental, servicios sociales, el sistema de justicia criminal, profesiones religiosas, orientación, y educación (Maslach, 2009).

2.2.2 Fisiopatología

La ciencia biomédica actual proporciona evidencia clara de la relación causal de las experiencias estresantes crónicas en la disminución de los procesos fisiológicos y de salud mental. A nivel de especies de vertebrados existen principalmente dos componentes funcionalmente relacionados de autorregulación en respuestas al estrés que son el eje hipotalámico-hipofisario-suprarrenal (HPA) y el sistema medular simpático-adrenal (SAM), por otro lado ante el estrés se producen alteraciones en la producción, secreción, liberación y metabolismo de cortisol, epinefrina, norepinefrina, y óxido nítrico, es por ello que la alteración en la regulación eje hipotalámico-hipofisario-suprarrenal (HPA) y el sistema medular simpático-adrenal (SAM), puede dar lugar a la falta de regulación de los mecanismos de protección originales que pueden conducir a un círculo vicioso de la enfermedad, es por ello que los desafíos estresantes prolongados al bienestar físico y mental de un organismo vivo requieren adaptaciones conductuales, psicológicas y fisiológicas que se pueden poner en práctica con éxito para mantener los procesos homeostáticos normativos (Ptacek et al., 2013).



2.2.3. Causas

El síndrome de Burnout se presenta cuando la persona se ha agotado “emocionalmente” para enfrentar lo que su trabajo demanda de él, con una exposición gradual y continuada de por lo menos seis meses a los estresores existentes en el medio que rodea al trabajador.

Existen 4 tipos de desencadenantes: a) ambiente físico de trabajo y contenidos del puesto, b) estrés por desempeño de roles, relaciones interpersonales y desarrollo de la carrera, c) estresores relacionados con nuevas tecnologías y otros aspectos organizacionales, y, d) fuentes extra organizacionales como son las relaciones trabajo-familia (Alvarado, 2016).

Para Lee, Medford & Halim (2015) y Ptacek et al., (2013) la incidencia y la intensidad del síndrome de Burnout pueden estar influidas por: 1) factores demográficos y rasgos de personalidad, 2) decisiones de estilo de vida y 3) factores de trabajo y organizacionales.

Los ambientes organizacionales para los trabajos de servicio humano están conformados por diversos factores sociales, políticos y económicos como son financiamiento de reducciones o restricciones de política, que dan lugar a ambientes de trabajo de elevada exigencia y bajos recursos, además se puede identificar seis áreas principales de riesgo organizacional siendo: carga de trabajo, control, recompensa, comunidad, equidad, y valores (Maslach, 2009).



El agotamiento plantea factores de riesgo psicosociales y psicosomáticos con consecuencias negativas potencialmente graves para los profesionales médicos afectados y, globalmente, para sus organizaciones sanitarias asociadas, por otro lado, los modelos explicativos sugieren que altas cargas de trabajo, falta de control y apoyo social insuficiente pueden conducir a respuestas de estrés elevadas (Ptacek et al., 2013).

Es por ello que el Burnout se debe en gran medida a la naturaleza del trabajo, más que a las características de cada empleado, mientras mayor es la brecha, o desajuste, entre la persona y el trabajo, mayor es la probabilidad de Burnout.

Para Maslach (2009) existen cinco situaciones que causan estrés laboral:

1) *Sobrecarga en el trabajo*

Los empleados sienten que tienen demasiado que hacer, no tienen suficiente tiempo para realizar las tareas y no tienen suficientes recursos para hacer bien el trabajo existiendo una falta de equilibrio, o desajuste, entre las exigencias del trabajo y la capacidad del individuo de satisfacer esas exigencias es por ello que las personas que experimenta sobrecarga en el trabajo están experimentando un desequilibrio en la carga entre su trabajo y su vida familiar.

2) *Falta de control*

Las personas sienten que no tienen mucha libertad de resolución personal y autonomía en su trabajo debido a que no se les permite usar su propia sabiduría o



experiencia para tomar decisiones, pudiendo sentir que se les está haciendo responsables y, sin embargo, no tienen la capacidad para controlar aquello por lo cual se les está responsabilizando, es por ello que la falta de control tiene un importante impacto en los niveles de estrés y Burnout.

3) *Falta de recompensas*

Los empleados piensan que no están siendo apropiadamente recompensados por su desempeño ya sea, a través del sueldo o beneficios especiales. El reconocimiento positivo es muy importante para prevenir el Burnout porque no ocurre como una parte rutinaria del trabajo.

4) *Ruptura de la comunidad*

Se refiere a las relaciones continuas de los empleados con otras personas en el trabajo , tales como los que reciben sus servicios, sus colegas, su jefe, las personas que ellos supervisan, representantes o vendedores externos, o gente de la comunidad fuera de la organización es así que cuando estas relaciones se caracterizan por una falta de apoyo y confianza, y por un conflicto no resuelto, entonces hay una ruptura en el sentido de comunidad con verdadera hostilidad y competencia, lo que hace difícil resolver conflictos, es por ello que bajo dichas condiciones, el estrés y el Burnout son altos, y el trabajo se hace difícil, por el contrario si las relaciones asociadas con el trabajo están funcionando bien, entonces hay un gran apoyo social, y los empleados tienen medios efectivos de resolver desacuerdos.

5) *Problemas de valor*



Más allá que el intercambio utilitario de tiempo y trabajo por sueldo los valores son la conexión motivante entre el trabajador y el lugar de trabajo, son los ideales y metas que originalmente atrajeron a las personas a su trabajo, por ello si los empleados están experimentando este tipo de desajuste en los valores de manera crónica, entonces es probable que surja el Burnout.

2.2.4. Manifestaciones

Ptacek et al. (2013) y Maslach (2009) nos hablan del síndrome de agotamiento como un conjunto tripartito de síntomas:

1) *Agotamiento Emocional*: La sobrecarga laboral y el conflicto personal en el trabajo agotan la energía del individuo, muestra sentimientos de estar sobre exigido y vacío de recursos emocionales y físicos, desarrollando indiferencia, inmovilidad y falta de deseo de iniciar acciones / comportamientos que pueden considerarse como estrategias de afrontamiento diseñadas para aliviar la enfermedad. Representa el componente de estrés individual básico.

2) *Despersonalización y cinismo*: Existe una respuesta negativa, insensible, o excesivamente apática a diversos aspectos del trabajo en respuesta al exceso de agotamiento emocional con posterior pérdida de idealismo, deshumanización, y disminución de la calidad de desempeño. Representa el componente del contexto interpersonal.

3) *Ineficacia o inadecuación*: Hay sentimientos de incompetencia y carencia de logros y productividad en el trabajo siendo exacerbado por una falta de recursos



de trabajo, así como por un deficiente apoyo social y de oportunidades para desarrollarse profesionalmente llegando a tener una consideración negativa de ellos, así como de los demás.

Sintomáticamente, puede afectar la salud física y / o mental de una persona. El primer síntoma es el agotamiento, el individuo carece de energía para enfrentar un nuevo día de trabajo, siente dificultad para recuperarse del cansancio del día anterior, no se trata de la fatiga que normalmente puede sentir después de varias horas de labor (Alvarado, 2016).

Álvarez Gallego & Fernández Ríos (1991) agrupan los síntomas en cuatro áreas:

1) *Psicosomáticos*: Fatiga crónica, cefaleas, alteraciones de sueño, úlceras, problemas gastrointestinales, pérdida de peso, hipertensión, asma, dolores musculares (espalda y cuello) y en las mujeres, pérdida de ciclos menstruales.

2) *Conductuales*: Absentismo laboral, abuso de drogas, aumento de la conducta violenta, comportamientos de alto riesgo (conducción suicida, juegos de azar peligrosos).

3) *Emocionales*: Distanciamiento afectivo, irritabilidad, celos, incapacidad para concentrarse, baja autoestima y deseos de abandonar el trabajo, ideas suicidas.

4) *Defensivos*: Negación de las emociones, atención selectiva, ironía, racionalización, desplazamiento de afectos.



2.2.5. Consecuencias

Es evidente que la manifestación generalizada del agotamiento de los profesionales de la salud representa una seria amenaza potencial para la calidad general de la atención al paciente y para la realización de resultados positivos en múltiples estrategias de tratamiento, a su vez produciendo un grave impacto negativo en la viabilidad económica de todo el sistema de salud (Ptacek et al., 2013).

Entre las consecuencias que interfieren con la efectividad y la calidad de la atención se encuentran la insatisfacción laboral, errores injustificados, negligencias, ausentismo, enrarecimiento del clima laboral, y mal manejo de la relación con el paciente (Alvarado, 2016).

La investigación ha descubierto que el estrés laboral y el síndrome de Burnout son predictores de un menor rendimiento en el trabajo, problemas con las relaciones de familia y mala salud.

Por ello Maslach (2009) nos habla de las consecuencias a nivel de estas tres áreas:

Impacto a nivel del área laboral

Los empleados con síndrome de Burnout cambian su desempeño resultando en estándares mínimos de trabajo y mínima calidad de producción en vez de desempeñarse al máximo, cometen más errores, se ponen menos minuciosos, y tienen menos creatividad para resolver problemas además puede haber un impacto negativo en sus colegas, ya sea causando mayores conflictos personales, o alterando las tareas del trabajo.



Impacto a nivel del área personal

Existe un impacto negativo del estrés humano sobre la salud personal tanto en el área de salud física especialmente a lo que se refiere a problemas cardiovasculares, así como en el área psicológica en lo que se refiere a disfunción mental (depresión, ansiedad, y baja autoestima), es por ello que el Burnout es un importante factor de riesgo para la salud mental.

Impacto a nivel del área familiar

La mayor parte de la investigación sobre el burnout se ha dedicado al ambiente del lugar de trabajo, prestando relativamente menos atención a la manera en que este afecta a la vida familiar, sin embargo, los estudios de investigación han descubierto un efecto negativo "indirecto" del síndrome de Burnout sobre la vida familiar.

2.2.6. Prevención y tratamiento

Para la prevención y el tratamiento del síndrome de Burnout, la literatura clínica actual ha sugerido varios enfoques multifacéticos que usualmente se aplican en combinación con otros y / o además de otras opciones médicas. Existen cuatro enfoques de las estrategias de manejo del estrés profesional que suelen ser la nutrición (dieta saludable), el ejercicio, el comportamiento (intervenciones cognitivas conductuales, psicología positiva) y la relajación, incluyendo el apoyo social y espiritualidad, es por ello que se requiere de un tratamiento psicológico específico como son psicoterapia y técnicas de relajación siendo estos eficaces hasta cierto



punto y la tasa de recuperación es muy variable. Para una gestión eficaz del agotamiento también se debe incluir cambios en la naturaleza del trabajo y en el entorno laboral, es decir que implica cambios de la carga de trabajo, organización del trabajo, etc. Además, se cree que la prevención más efectiva comienza en el nivel de la educación médica siendo aconsejable que los estudiantes de medicina reciban capacitación en el manejo efectivo de las demandas emocionales de su trabajo. Las técnicas de manejo del estrés pueden tener un potencial significativo para el tratamiento eficaz del síndrome de Burnout entre los profesionales médicos (Ptacek et al., 2013).

2.3. Factores Asociados al Síndrome de Burnout

Para Álvarez Gallego & Fernández Ríos (1991), y Maslach (2009) existen factores personales y pertenecientes al marco del trabajo y de la organización que se asocian al síndrome de Burnout:

Factores Personales:

Edad: Tiende a mostrar una correlación con el Burnout, es así que los trabajadores más jóvenes tienen un nivel de Burnout más alto que entre aquellos con más de 30 o 40 años de edad; la edad se confunde claramente con la experiencia laboral, de manera que el Burnout parece ser más un riesgo al principio de la carrera



de una persona que más tarde, ya que cuando los años avanzan, se va adquiriendo mayor seguridad en las tareas y menor vulnerabilidad a la tensión laboral.

Sexo: No ha sido un predictor sólido de Burnout, la única diferencia es que los hombres a menudo tienen una puntuación ligeramente más alta en la dimensión del cinismo, y en unos pocos estudios existe una tendencia de que las mujeres tienen una puntuación ligeramente más alta en agotamiento. Estos resultados podrían estar relacionados con estereotipos de rol de género, pero es posible que reflejen también la confusión de sexo con ocupación. Sin embargo, parece ser que las mujeres sobrellevan mejor que los hombres las situaciones conflictivas en el trabajo.

Estado civil: Aquellos que no son casados parecen ser más propensos al Burnout comparados con aquellos que están casados, los solteros parecen experimentar incluso niveles más altos de Burnout que aquellos que están divorciados.

Marco de trabajo y organización:

Variables intrínsecas o motivacionales: Son las relacionadas con el contenido del trabajo, que indican el grado en que la institución estimula las capacidades del profesional, tales como la autonomía del profesional en la toma de decisiones, variedad en las ocupaciones, pluriempleo, cantidad de trabajo, importancia de la labor, desarrollo personal.

Variables extrínsecas, se agrupan en tres dimensiones:



- Física: Se refiere las condiciones ambientales y de habitabilidad en las que se realiza la labor como son ruido, iluminación, espacio físico, etc.
- Social: Es la gente con la que el profesional se relaciona y está en contacto como son compañeros, clientes, pacientes, jefes o supervisores. Esta es la variable que, junto con las intrínsecas, tienen más relación con el desgaste laboral.
- Organizacional: Tales como excesivos trámites burocráticos, estructura jerárquica, horarios rotativos, turno nocturno, normas y regulaciones, etc.

2.4. Calidad de Vida Laboral

2.4.1. Conceptos

2.4.1.1. *Calidad de vida*

Calidad de vida es un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos. Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social. Incluye como aspectos subjetivos la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud objetiva. Como aspectos objetivos el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico y social y con la comunidad, y la salud objetivamente percibida (Ardila, 2003).

Para Martínez, J.P., Méndez, I., Secanilla, E., Benavente, A., & García Sevilla, J. (2014) la calidad de vida es un conjunto inter dimensional que depende de una serie de variables como son la familia, los amigos, la pensión o los ingresos, el



trabajo, la actividad física y la interacción con los cuidadores y demás personas, es decir es la capacidad para sentirse satisfecho con la vida.

Es importante recalcar que a pesar del interés en la calidad de vida no existe una definición acertada de la misma, ya que varios autores utilizan diferentes definiciones implícitas, pero no las explicitan, además la mayor parte de las investigaciones se han llevado a cabo, por un lado, en el campo de la salud como calidad de vida y salud y por otra parte en el campo del trabajo como calidad de vida laboral (Ardila, 2003).

2.4.1.2. *Calidad de vida laboral o del trabajo*

Concepto multidimensional que se basa en la satisfacción, a través del empleo, de una amplia gama de necesidades personales, ubicándolo como la clave para la realización personal, familiar y social y como medio para preservar la economía y la salud. Ello implica la valoración objetiva y subjetiva de las siguientes dimensiones: soporte institucional para el trabajo, seguridad en el trabajo, integración al puesto de trabajo, satisfacción por el trabajo, bienestar logrado a través del trabajo, desarrollo personal del trabajador y administración del tiempo libre (González, Hidalgo, Salazar, 2007).

Para Casas, J., Ramón Repullo, J., Lorenzo, S., Cañas, J.J. (2002), la CVL es un proceso dinámico y continuo en donde la actividad laboral está organizada objetiva y subjetivamente, tanto en sus aspectos operativos, organizacionales como relacionales, que influyen en la satisfacción, la motivación y el rendimiento laboral.



2.4.2. Perspectivas teórico-metodológicas

Segurado y Agulló (2002) nos habla de la existencia de dos perspectivas de la calidad de vida del trabajo tanto del entorno laboral como la psicológica:

2.4.2.1. *Calidad de vida laboral del entorno del trabajo*

Da mayor importancia a la organización entendida como un sistema con sus diferentes subsistemas que la conforman. Busca alcanzar una mayor productividad y eficacia organizacionales como paso previo sin el cual no sería posible satisfacer las necesidades y demandas de cada trabajador.

2.4.2.2. *Calidad de vida laboral psicológica*

Muestra mayor interés hacia el trabajador, con las diferentes situaciones laborales en las que participa directamente el individuo. Persigue fundamentalmente la satisfacción, la salud y el bienestar del trabajador anteponiendo los intereses individuales a los de la organización.

Mientras la calidad de vida psicológica nos habla de la importancia de los aspectos subjetivos de la vida laboral y, por tanto, concede al trabajador un papel destacado, la perspectiva de la calidad del entorno de trabajo subordina tales aspectos a las condiciones de trabajo y a los elementos estructurales de la organización.

Es por ello que Casas, J., et al. (2002) nos hablan de dimensiones de la CVL, a las cuales les clasifican en dos grupos:



Tabla 2.1

Dimensiones conceptuales de la Calidad de Vida Laboral

-
- 1) Condiciones Objetivas del entorno en que se realiza el trabajo
- 1.1 Medioambiente físico
 - Condiciones de confort y funcionalidad
 - Seguridad (higiene, manejo de productos tóxicos o peligrosos, contagios)
 - 1.2. Medioambiente tecnológico
 - Adecuación equipos e instrumentos
 - Mantenimiento y suministros
 - 1.3. Medioambiente contractual
 - Salario (Objetivo y Subjetivo)
 - Estabilidad laboral (explorada en carátula)
 - Cobertura jurídica
 - 1.4. Medioambiente productivo
 - Horarios
 - Recursos: a) Adecuación de medios humanos (sobrecarga cuantitativa) b) Adecuación demandas (sobrecarga cualitativa: -positiva: demanda competencias excesivas; -negativa: infrautilización)
 - 1.5. Medioambiente profesional
 - Promoción y carrera profesional
 - Formación e investigación
-
- 2) Condiciones subjetivas de la experiencia psicológica de los trabajadores
- 2.1. Esfera privada y mundo laboral
 - Interacción afectiva entre lo privado y lo laboral
 - 2.2. Individuo y actividad profesional
 - Satisfacción con el propio trabajo (Autonomía, Implicación, Reputación del puesto)
 - Relación con pacientes
 - 2.3. Individuo y grupo laboral
 - Plano humano: relaciones de compañerismo y amistad
 - Plano técnico: cohesión y apoyo/soporte mutuo
 - Plano organizativo: comunicación horizontal
 - Plano jerárquico micro: liderazgo: comunicación ascen/descen, organización del trabajo, control, incentivos
 - 2.4. Individuo, grupo laboral e institución
 - Apoyo y colaboración entre unidades
 - 2.5. Institución y función directiva
 - Percepción de estar dirigidos
 - Canales de participación en decisiones
-



2.5. Discusión de estudios afines

Abambari et al. (2014), Chambers et al. (2016), Prieto, Rodríguez, Jiménez & Guerrero (2013), en sus respectivas investigaciones determinaron una prevalencia elevada de agotamiento a nivel de médicos. Patlan (2013), por el contrario, identifica mayores niveles de síndrome de Burnout en el personal de enfermería, dietología y laboratorio.

En cuanto a factores asociados: Patlan (2013), Amofo, Hanbali, Patel & Singh (2015), Chambers et al. (2016), encuentran asociación entre el síndrome de burnout, el sexo femenino y la edad más joven. En el Hospital de Nueva Zelanda hay asociación entre el síndrome de Burnout y las especialidades de medicina de emergencia, psiquiatría y odontología, entre las fortalezas indican un enfoque multicéntrico siendo el primer estudio para reportar los niveles de Burnout a través del Inventario de Burnout de Copenhague en una encuesta nacional de multi especialidades de médicos y dentistas de cualquier país y ofrece un enfoque que podría ser emulado en otros lugares, entre las limitaciones incluyen una tasa de participación moderada, datos auto reportados y el diseño transversal con su limitación de la inferencia causal (Chambers et al., 2016). Arora et al. (2013), coincide con Chambers et al., al identificar que la especialidad de medicina de emergencia es altamente propensa al agotamiento. Al contrario de lo indicado anteriormente Miraval (2016), determinó que los médicos asistenciales de especialidad quirúrgica presentaron mayor porcentaje de síndrome de Burnout. Y por otra parte en un estudio sobre desgaste profesional y calidad de vida en médicos



residentes se vio que la especialidad de medicina interna obtuvo mayores niveles de agotamiento (Prieto et al., 2013).

En una revisión sistemática sobre los factores asociados con el agotamiento vieron que eran predictivos del síndrome de Burnout las mujeres especializadas en cirugía, el estado civil soltero, las largas horas de trabajo y la baja satisfacción en el trabajo. Sin embargo, no se pudo establecer la causalidad debido al número limitado de estudios longitudinales. Este estudio es el primero de su tipo en identificar y analizar los factores asociados al Burnout en médicos de diferentes especialidades y grados. Una fuerza de esta revisión es la amplia gama de estudios incluidos en todo el mundo, muchos de ellos con grandes tamaños de muestra. Sin embargo, los problemas pueden surgir cuando se aplica información en entornos ajenos a aquellos de los que se origina, ya que los resultados pueden no ser aplicables a otros países, culturas y circunstancias. Otra limitación fue el sesgo de selección entre los participantes del estudio (Amoafo et al., 2015).

Bragarda, Dupuis & Fleete (2015), y Patlan (2013) encuentran asociación entre el síndrome de Burnout y el turno nocturno.

A diferencia de los anteriores, en el estudio del HJCA de Cuenca se vio que ninguno de los factores considerados de riesgo (relación laboral, turnos nocturnos, consumo de tabaco y alcohol, motivación en el trabajo, pluriempleo) mostró asociación ni significancia estadística con niveles altos de estrés. Una ventaja del estudio es que se centró en una población que clásicamente se la ha relacionado con síndrome de Burnout como es el personal de Emergencia, siendo una desventaja la falta de correlación con los datos de otros estudios, pero a su vez



siendo una oportunidad para abordar nuevos factores o condicionantes que generan estas diferencias en los resultados (Abambari et al., 2014).

En cuanto a la calidad de vida laboral: Caballero et al., (2017) y Quezada, Sanhueza & Silva, (2015), observaron que al igual que en otros estudios hay una alta motivación intrínseca, además Quezada et al., vio que el apoyo directivo es la dimensión peor evaluada. Caballero et al., (2017), Patlan (2013)

y Prieto et al. (2013) concuerdan al determinar que el síndrome de Burnout afecta negativamente a la calidad de vida laboral.

En una institución de salud en Bogotá, el cansancio emocional correlacionó directamente con la carga laboral e inversamente con la motivación intrínseca, así mismo, la motivación intrínseca correlacionó positivamente con la realización personal, no obstante, el alto nivel de realización personal unido a la motivación intrínseca constituyó un factor protector ante la alta carga laboral y el escaso apoyo directivo (Caballero et al., 2017). Por otro lado, Patlan (2013) identificó que la sobrecarga de trabajo repercute de manera negativa en la satisfacción laboral y en el conflicto trabajo-familia (CTF).

Lee et al. (2015), nos habla de la existencia de 3 escalas para identificar y medir el síndrome de Burnout, entre ellos el Inventario de Burnout de Maslach (MBI), Inventario de Burnout de Oldenburg (OBI) y el Inventario de Burnout de Copenhague (CBI), cuyas ventajas y desventajas se especifican en la siguiente tabla:



Tabla 2.2

Ventajas y desventajas de las principales escalas de Burnout

Escalas de Burnout Comunes	Ventajas	Desventajas
Inventario de burnout de Maslach	<ul style="list-style-type: none"> -Más ampliamente utilizado / conocido -Tres dimensiones - Principalmente servicios humanos pero ideados para uso general. 	<ul style="list-style-type: none"> -Todos los ítems expresados negativamente -Más énfasis en el aspecto emocional del agotamiento -Con derechos de autor / distribuido por un editor comercial.
Inventario de Burnout de Oldenburg	<ul style="list-style-type: none"> - Ítems con una mezcla de frases positivas y negativas. -Abarca los aspectos físicos y cognitivos del agotamiento. - Libre de usar 	<ul style="list-style-type: none"> -Dos dimensiones (la eficacia profesional no está incluida, aunque muchos consideran que esta es una construcción más débil)
Inventario de Burnout de Copenhague	<ul style="list-style-type: none"> -Además del aspecto personal del agotamiento, también se evalúan los aspectos del desgaste por el trabajo y los clientes. - Libre de usar 	<ul style="list-style-type: none"> - Dimensión única (sólo agotamiento)

Realizado por: YY Lee, ARL Medford, AS Halim.

En las investigaciones de Arora et al. (2013) y del Hospital de Nueva Zelanda, muestran al CBI como una herramienta válida para evaluar el agotamiento, y en contraste con el MBI, el CBI intenta simplificar el concepto de Burnout a un estado de agotamiento emocional y físico (Chambers et al., 2016). Arora et al. (2013), Chambers et al. (2016), Díaz & Gómez (2016), Abambari et al. (2014), afirman que el Inventario de Burnout de Maslach es la herramienta de medición validada más comúnmente utilizada. Por lo tanto, podemos decir que el MBI es considerado como



“el ‘estándar de oro’ para evaluar el burnout (Díaz & Gómez, 2016). En cuanto a la Calidad de Vida Laboral (CVL) existen varias escalas para su medición: Trujillo et al. (2014), Fernández, González, Torres, Iribar-ibabe & Peinado (2014), utilizan el cuestionario de salud SF-36 (Short Form 36 Health Survey) que a partir de 8 dimensiones (función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental) y 36 ítems, mide tanto estados positivos como negativos de la calidad de vida relacionada con la salud física y psíquica. Por otra parte, Patlan (2013) valora la CVL a través de dos variables: 1) satisfacción laboral mediante el empleo del Índice Descriptivo del Trabajo (BGSU, 2009) y 2) Conflicto Trabajo Familia (CTF) mediante la escala de Sobrecarga de Adams. Quezada et al. (2015), al igual que Paltan, utilizan la escala de conciliación trabajo familia (CTF-CFT) que mide la presencia o ausencia de conflicto entre roles laborales y familiares, en el cual los requerimientos asociados a cada uno, interfieren o bien son incompatibles con el otro rol, también usan el cuestionario de Calidad de Vida Laboral de los trabajadores (CVP-35). Este último también fue aplicado en una institución de salud de Bogotá, ya que evalúan la experiencia de bienestar derivada del equilibrio que percibe el individuo entre las demandas de trabajo y los recursos psicológicos, organizacionales y relacionales de los que dispone para afrontarlas, de manera que a lo largo de la vida se consiga un desarrollo óptimo de la esferas profesional, familiar y personal, por lo tanto el CVP 35 es uno de los cuestionarios más recomendados para identificar los niveles de calidad de vida laboral en los profesionales de la salud, es un instrumento válido y confiable con una consistencia interna aceptable para los todos factores (Caballero et al., 2017).



2.6. Conclusión

Los médicos a lo largo de su profesión están expuestos a altos niveles de estrés y por lo tanto son vulnerables a presentar el síndrome de Burnout, siendo una de las enfermedades más prevalentes sobre todo a nivel de los médicos que laboran en los servicios de emergencia. Se ha encontrado una serie de factores ocupacionales y personales significativamente asociados con el agotamiento (Amofo, Hanbali, Patel & Singh, 2014). El síndrome de Burnout afecta la calidad de vida laboral de los médicos, influyendo negativamente en su salud, en el desempeño de sus actividades, en la calidad de atención a sus pacientes y en sus relaciones laborales y familiares.

Arora et al. (2013) nos hablan sobre la poca existencia de estudios que evalúan al síndrome de Burnout entre los médicos que laboran en el servicio de emergencia, y sobre un trabajo limitado en cuanto a factores asociados con el síndrome de burnout. Bragarda, Dupuis & Fleete (2015) coinciden con Arora et al., al indicar que la investigación sobre el agotamiento en los departamentos de urgencias es limitada. Lee, Medford & Halim (2015) corroboran con las anteriores investigaciones al indicar que se requieren estudios adicionales para evaluar la magnitud, y las intervenciones para el Burnout en médicos.

La edad se confunde claramente con la experiencia laboral, de manera que el Burnout parece ser un riesgo en los médicos más jóvenes, por lo tanto, Amofo et al. (2014) y Maslach (2009), en sus respectivos estudios coinciden en que se necesitan



más investigaciones para determinar la asociación entre la edad y el síndrome de Burnout.

En América Latina poco se conoce sobre la CVT, y mucho menos se han llevado a cabo proyectos en este campo (González, Hidalgo, Salazar, 2007). Es así que muchos autores coinciden en que existe un trabajo limitado en este tema sobre todo a nivel de las instituciones de salud, de donde radica la importancia de la realización de investigaciones en esta área.



CAPÍTULO 3: MARCO METODOLÓGICO

3.1.- Diseño de estudio y contexto

El diseño de investigación es un estudio observacional descriptivo correlacional de corte transversal, que se llevó a cabo en el servicio de emergencia del Hospital “Vicente Corral Moscoso” de la ciudad de Cuenca durante el año 2018. En una primera etapa, se determinó la prevalencia del síndrome de Burnout, mediante la aplicación del cuestionario de Maslach (MBI), validado en español (Embriaco et al., 2007; Olivares y Gil-Monte, 2009), durante los meses de mayo a junio de 2018, en una segunda etapa, se identificó los factores sociodemográficos y laborales que se asociaron al síndrome, a través del uso de una encuesta de elaboración propia del investigador, durante julio a agosto de 2018 y finalmente en una tercera etapa, durante septiembre a octubre de 2018, se empleó el cuestionario de Calidad de Vida Profesional 35, validado en español (CVP 35) (Karasek, 1989; Cabezas, 1998; Cabezas, 2000) para establecer la calidad de vida de los médicos.

3.2.- Participantes

Se identificó al universo, los 64 médicos que laboran en el servicio de emergencia del HVCN mediante la obtención del listado de los mismos, a los cuales se aplicaron las encuestas. Se estableció los criterios de elegibilidad:

-Criterios de Inclusión: Médicos especialistas y médicos residentes asistenciales que pertenezcan al servicio de emergencia, cualquiera que sea su tipo



de contrato y que se encuentren laborando activamente durante el periodo de intervención.

-Criterios de Exclusión: Médicos residentes postgradistas e internos que se encuentren rotando por el servicio de emergencia, y aquellos que estén ausentes durante el periodo de intervención, por motivo de vacaciones, permiso médico o cualquier otra razón.

Posterior a la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión, fueron estudiados un total de 60 profesionales en cada una de las tres etapas del proyecto.

3.3.-Consideraciones Éticas

La presente investigación requirió de la aprobación del Comité de Bioética de la Universidad de San Francisco de Quito-Ecuador, cuyo código de aprobación es 2018-024E, debido a que se utilizaron encuestas con temas sobre información personal y psicológica/emocional.

Por otra parte, se requirió de la aprobación de la Unidad de Docencia e Investigación del Hospital Vicente Corral Moscoso, para la realización de los diferentes cuestionarios.

Todos los médicos que aceptaron participar en la presente investigación firmaron un consentimiento informado por escrito.

3.4.- Instrumentos de Medición y Variables Cuantitativas

Para la Medición de las variables se usaron formularios de recolección de la información validados en español.



En una primera etapa se aplicó el cuestionario de Maslach (MBI), en su versión clásica como MBI-Human Services Survey (MBI-HSS), dirigido a los profesionales de la salud, el cual, está constituido por 22 preguntas que se distribuyen en 3 subescalas, denominadas: agotamiento emocional, con 9 ítems (1,2,3,6,8,13,14,16,20), identifica los sentimientos de estar sobre exigido emocionalmente y agotado en el trabajo, la subescala de despersonalización, con cinco ítems (5,10,11,15,22), mide una respuesta insensible e impersonal hacia los destinatarios de un servicio, cuidado, tratamiento (pacientes) y finalmente la subescala de realización personal, con ocho ítems (4,7,9,12,17,18,19,21), evalúa los sentimientos de competencia y éxito en el trabajo (Embriaco et al., 2007; Olivares y Gil-Monte, 2009). Las 22 preguntas son valoradas según una escala de Likert, desde 0 a 6 puntos: (0) Nunca (1) Una vez al año (2) Algunas veces al año (3) Algunas veces al mes, (4) Algunas veces a la semana, (5) Dos veces a la semana (6) Todos los días.

Las puntuaciones de corte fueron las mismas que las utilizadas por Maslach, en donde se consideran a cada sub escala como alta, moderada o baja, por lo tanto, las puntuaciones mayores o iguales a 27 indican agotamiento emocional grave; 17 a 26 agotamiento moderado, y una puntuación igual o inferior a 16 puntos clasificada como un bajo grado de agotamiento emocional. Las puntuaciones de despersonalización de 13 o más indican una despersonalización grave, mientras que de 7 a 12 se clasifican como moderadas y de 6 o menos como bajas. La escala de ineficacia o realización personal se invierte, ya que las puntuaciones de cero a 31 indican una ineficacia grave, de 32 a 38 son moderadas y mayor o igual a 39 indica



un bajo grado de ineficacia (Maslach, 1998; Maslach y Jackson, 1986; Tironi et al., 2010).

De Melo Tucunduva et al. (2006), Tironi et al. (2010), Miraval (2016), Maslach y Jacson (1986) y Ramírez et al. (1995), definen síndrome de Burnout cuando coexisten un agotamiento emocional alto, una despersonalización alta y una realización personal baja. Es por ello que para la actual investigación se determinó la prevalencia del síndrome de Burnout con un puntaje alto en agotamiento emocional (igual o mayor a 27), alto en despersonalización (igual o mayor a 13), y bajo en realización personal (0 a 31), y se calculó el promedio y la desviación estándar para cada sub escala.

En una segunda etapa se utilizó una encuesta elaborada por el investigador sobre datos generales: edad, sexo, estado civil, relación laboral, turno nocturno, pluriempleo y especialidad médica, con lo que se procedió a identificar los factores asociados al síndrome de Burnout.

En una tercera etapa se empleó el cuestionario de Calidad de Vida Profesional, versión en castellano del PQL-35 (Karasek, 1989), validada y adaptada por Cabezas (Cabezas, 1998; Cabezas, 2000), con la sigla en español CVP-35, el cual mide la percepción de bienestar proveniente del equilibrio entre las demandas o cargas de trabajo y los recursos psicológicos, organizacionales y relacionales que dispone el individuo para afrontarlos (Quezada et al., 2015).

El CVP 35, posee tres dimensiones: 1) Apoyo directivo, con 13 ítems (2,3,4,5,10,11,14,16,20,22,23,28,30), 2) Demanda o cargas de trabajo, con 11 ítems (1,6,7,8,17,18,19,21,24,25,33), 3) Motivación intrínseca, con 10 ítems (9, 12, 13, 15,



26, 27, 29, 31, 32, 35), y una medida general de calidad de vida percibida por el sujeto, con 1 ítem (34) (Caballero et al., 2016). Las 35 preguntas son valoradas según una escala de Likert, desde 1 a 10 puntos, a la que se superponen las categorías «nada o deficiente» (valores 1 y 2), «algo o regular» (valores 3, 4 y 5), «bastante o bueno» (valores 6, 7 y 8) y «mucho o excelente» (valores 9 y 10) (Martín et al., 2004), (Contreras et al., 2013)

Posteriormente se consideró los siguientes valores para la interpretación de las variables (Gutiérrez, Loredo & Manzano, 2010):

Tabla 3.1

Valores de las subescalas del CVP 35

Subescala	Puntaje	Interpretación
Apoyo Directivo	13 a 26	Deficiente
	27 a 65	Regular
	66 a 104	Bueno
	105 a 130	Excelente
Cargas de Trabajo	11 a 22	Baja
	23 a 55	Regular
	56 a 88	Alta
	89 a 110	Excesiva
Motivación Intrínseca	10 a 20	Deficiente
	21 a 50	Regular
	51 a 80	Bueno
	81 a 100	Excelente



CVP Percibida	1 a 2	Deficiente
	3 a 5	Regular
	6 a 8	Bueno
	9 a 10	Excelente
CVP Total	35 a 70	Deficiente
	71 a 175	Regular
	176 a 280	Bueno
	281 a 350	Excelente

3.5.-Técnicas y procedimientos de recolección de datos

Se solicitó en el área de secretaría de emergencia el listado de los 64 médicos que laboran y pertenecen a dicho servicio. Se aplicaron los criterios de inclusión y exclusión, se descartaron a 4 médicos debido a que se encontraban con permiso médico y en periodo de vacaciones, siendo estudiados un total de 60 profesionales. Se procedió a localizar a la población objeto de investigación, en el sitio de trabajo, de acuerdo a sus horarios y se les explicó verbalmente sobre el proyecto de investigación y posterior a obtener su firma de consentimiento informado de participación en el mismo, se aplicaron los diferentes cuestionarios en tres etapas, cuyo período de intervención fueron durante los meses de mayo a octubre de 2018, y dichos cuestionarios fueron aplicados de forma anónima para garantizar la confidencialidad y privacidad de los participantes de la investigación.



3.6.- Variables de estudio

Las variables consideradas independientes fueron: edad, sexo, estado civil, relación laboral, turnos nocturnos, pluriempleo, especialidad médica; las variables dependientes fueron el síndrome de Burnout con sus indicadores: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal. Posteriormente se consideró como variables dependientes las subescalas del MBI y como independientes las dimensiones de la calidad de vida profesional: apoyo directivo, cargas de trabajo y motivación intrínseca.

3.7.- Métodos Estadísticos

Una vez recogida la información, se ingresaron y analizaron los datos a través del software estadístico Stata/SE versión 13.0; este programa permite la gestión de datos, análisis estadístico, trazado de gráficos y simulaciones, cuyos resultados pueden ser generados con el correcto ingreso de datos.

Se determinó la frecuencia y porcentaje para cada una de características sociodemográficas y laborales: sexo, edad, estado civil, especialidad médica, turno-nocturno, relación laboral y pluriempleo; así como para cada una de las subescalas del MBI (cansancio emocional, despersonalización y realización personal) y CVP 35 (apoyo directivo, carga de trabajo, motivación intrínseca y CVP percibida). Se aplicaron estadísticos descriptivos para identificar la media y desviación estándar para cada una de las subescalas del MBI y CVP 35. Posteriormente se determinó la prevalencia del síndrome de Burnout y de la calidad de vida profesional. Finalmente se usó análisis correlacionales a través del método de regresión lineal para



establecer la asociación entre sexo, edad, estado civil, especialidad y pluriempleo, como variables independientes y las subescalas del MBI, como variables dependientes, y entre las subescalas del CVP 35, como variables independientes y las subescalas del MBI, como variables dependientes; en todos los casos se obtuvo el coeficiente beta, el valor p para ver significancia estadística, con un intervalo de confianza del 95%. Para el análisis de los resultados se usó el programa Stata versión 13.0, y se elaboraron tablas simples y tablas de doble entrada.



CAPÍTULO 4: RESULTADOS

4.1.- Descripción de los sujetos de estudio

El sujeto de estudio fue el universo, es decir, los 64 médicos especialistas y residentes asistenciales, cualquiera que sea su tipo de contrato, que laboran y pertenecen al servicio de emergencia del Hospital General Docente “Vicente Corral Moscoso” de la ciudad de Cuenca, siendo excluidos 4 médicos que se encontraban en período de vacaciones y con permiso médico, obteniéndose un total de 60 médicos, a quienes fueron aplicados todos los cuestionarios.

4.2.- Validez del MBI y CVP 35

Para determinar la validez y fiabilidad del MBI se determinó alfa de Cronbach obteniéndose los valores de 0.905 para cansancio emocional, 0.787 para despersonalización y 0.843 para realización profesional. En cuanto al CVP 35 se alcanzó un alfa de Cronbach de 0.911 para apoyo directivo, 0.844 para demanda de trabajo y 0.902 para motivación intrínseca.

4.3.- Estadística descriptiva y correlacional

En la tabla 4.1, se describe las características sociodemográficas y laborales de los médicos del servicio de emergencia del HVCM, en donde determinamos que en su mayoría son mujeres (60%), de edad joven, entre los 21 a 36 años (66.7%), casados (61.7%), además prevalece los médicos generales (36.7%), seguidos de



pediatras y médicos internistas en igual proporción (15%), casi todos los médicos laboran en turnos (95%), tienen una relación cordial con sus compañeros de trabajo (96.7%), y muchos de ellos tienen un solo empleo (70%).

Tabla 4.1

Características sociodemográficas y laborales

	Frecuencia	Porcentaje
Sexo		
Masculino	24	40
Femenino	36	60
Edad		
21-36	40	66.7
37-51	15	25
52 o más	5	8.3
Estado civil		
Soltero	16	26.7
Casado	37	61.7
Divorciado	5	8.3
Unión libre	2	3.3
Especialidad médica		
Pediatría	9	15
Ginecología	7	11.7
Medicina interna	9	15
Cirugía	8	13.3
Medicina de urgencias	5	8.3
Medicina general	22	36.7
Turno-nocturno		
Si	57	95
No	3	5
Relación Laboral		
Cordial	58	96.7
Conflictiva	2	3.3
Pluriempleo		
Si	18	30
No	42	70



En cuanto al cuestionario de Maslach, los resultados se detallan en la tabla 4.2, en donde observamos que una gran parte de la población médica tiene un agotamiento emocional bajo (51.7%), seguido de un nivel moderado con el 28.3%, la mayoría experimenta una baja despersonalización (56.6%), con igual proporción en despersonalización moderada y alta (21.7%), además muchos muestran una moderada realización personal (46.7%), seguido de un nivel baja con el 31.6%.

Tabla 4.2

Subescalas del Cuestionario de Maslach

	Frecuencia	Porcentaje
Cansancio Emocional		
Bajo	31	51.7
Moderado	17	28.3
Alto	12	20
Despersonalización		
Baja	34	56.6
Moderada	13	21.7
Alta	13	21.7
Realización Personal		
Baja	19	31.6
Moderada	28	46.7
Alta	13	21.7

Los resultados del cuestionario calidad de vida profesional 35, se encuentran en la tabla 4.3, en donde es notorio el apoyo por parte de los directivos del servicio de emergencia con niveles en su mayoría entre bueno y excelente, 51.7% y 35%, respectivamente. Más de la mitad de médicos, experimentan una alta carga de trabajo (56.6%), seguido de un nivel regular (31.7%), pero a pesar de ello, la mayoría indican tener una excesiva motivación intrínseca (75%). En cuanto a la sub escala



del CVP 35 percibida por el sujeto, una gran parte de la población en estudio muestra una buena calidad de vida profesional, seguida de una excesiva y regular, en igual proporción (26.7%).

Tabla 4.3

Sub escalas del Cuestionario Calidad de Vida Profesional 3

	Frecuencia	Porcentaje
Apoyo directivo		
Regular	8	13.3
Buena	31	51.7
Excelente	21	35
Carga de trabajo		
Regular	19	31.7
Alta	34	56.6
Excesiva	7	11.7
Motivación intrínseca		
Regular	2	3.3
Buena	13	21.7
Excesiva	45	75
CVP percibida		
Deficiente	6	10
Regular	16	26.7
Buena	22	36.6
Excesiva	16	26.7

En cuanto a la estadística descriptiva del MBI, al determinar la media, identificamos un grado moderado a nivel de las tres subescalas: cansancio emocional (M=18.3; SD=11.5), despersonalización (M=7.5; SD=6.2) y realización personal (M=33.9; SD=6.9). Además, se evidencian medias elevadas en realización



personal, con un cansancio emocional notablemente más alto que la despersonalización. Por otro lado, al obtener la media, de las diferentes subescalas del CVP 35, observamos un nivel de un buen apoyo por parte de los directivos (M=91.1; SD=22.6), con una excelente motivación intrínseca (M=84.3; SD=13.8), y a pesar de haber una alta carga de trabajo (M=63.6; SD=18.1) los médicos perciben una buena calidad de vida profesional (M=6.6; SD=2.6) (ver la tabla 4.4). También, vemos medias altas en apoyo directivo, seguida de medias elevadas en motivación intrínseca, incluso mayores a la carga laboral.

Tabla 4.4

Estadísticos descriptivos de las subescalas del MBI y CVP 35

	N (60)	Media	Desviación estándar
MBI			
Cansancio emocional		18.3	11.5
Despersonalización		7.5	6.2
Realización Personal		33.9	6.9
CVP 35			
Apoyo directivo		91.1	22.6
Carga de trabajo		63.6	18.1
Motivación intrínseca		84.3	13.8
CVP percibida		6.6	2.6



Al establecer la prevalencia del síndrome de Burnout, se determinó que únicamente el 1.67% del universo posee el síndrome (ver la tabla 4.5), esto se debe, a que, para ser diagnosticado del mismo, se debe cumplir con los criterios de niveles altos en cansancio emocional, despersonalización y bajos en realización personal, es por ello que, al obtener la media, en cada una de las sub escalas en forma independiente, se identificó niveles moderados a nivel de las tres subescalas.

Tabla 4.5

Prevalencia del Síndrome de Burnout

	Frecuencia	Porcentaje
No	59	98.33
Si	1	1.67

Por otro lado, en su mayoría los profesionales de la salud reportan una calidad de vida profesional entre buena y excelente con el 78.33% y 16.67%, respectivamente (ver la tabla 4.6).

Tabla 4.6

Prevalencia de Calidad de Vida Profesional

	Frecuencia	Porcentaje
Regular	3	5.00
Buena	47	78.33
Excelente	10	16.67



Para establecer los factores asociados al síndrome de Burnout se empleó el método de regresión lineal, cuyas variables independientes fueron el sexo, edad, estado civil, especialidad y pluriempleo, y como variables dependientes las subescalas del MBI: Cansancio emocional, despersonalización y realización personal. Posteriormente se obtuvo el coeficiente beta, el cual, al ser positivo, indica una asociación directamente proporcional entre las variables, mientras que, al ser negativo, la asociación es inversamente proporcional. Además, se obtuvo el valor p, el cual, refleja significancia estadística y correlación, al ser menor a 0,05. Se calculó con un intervalo de confianza del 95%.

En la Tabla 4.7, notamos diferencias estadísticamente significativas, en las subescalas cansancio emocional y despersonalización, se identifica que el sexo femenino tiene 8 puntos menos en la subescala de cansancio emocional que los varones, existiendo por lo tanto asociación entre el sexo masculino y cansancio emocional, $\beta = -7.90$, $p = .011$, IC 95% [-13.93, -1.87]. Por cada año que aumenta la edad, disminuye en 0.67 el cansancio emocional, por lo tanto, a mayor edad, menor es el cansancio emocional, $\beta = -0.67$, $p = .001$, IC 95% [-1.04, -.31]. Al trabajar en un único empleo, el cansancio emocional aumenta en 6 puntos, $\beta = 6.11$, $p = .048$, IC 95% [.06, 12.15], esto se explica a que el 70% de la población médica labora únicamente en el servicio de emergencia del HVCM, debido a que por factores laborales como su carga horaria, y extra laborales como su familia (61.7% casados), se les dificulta laborar en más de un empleo, además el estar inmersos en un solo ambiente de trabajo muchas horas al día, con trato a pacientes y bajo presión, aumenta su nivel de cansancio emocional.



En la subescala despersonalización, únicamente la variable edad es significativa, por cada año que aumenta la edad, la despersonalización disminuye en 0.31, es decir que, a mayor edad, los médicos son menos insensibles o impersonales hacia sus pacientes, $\beta = -0.31$, $p = .006$, IC 95% [-.52, -.093].

Ante lo indicado anteriormente, podemos concluir, que en este estudio se encontró asociación del síndrome de burnout con el sexo masculino, la edad más joven, y el laborar en un solo empleo.

Tabla 4.7

Factores asociados al Síndrome de Burnout

Subescalas del MBI			
Cansancio emocional			
Variable	β	<i>p</i>	95% IC
Sexo *	-7.90	0.011	[-13.93, -1.87]
Edad (años)*	-0.67	0.001	[-1.04, -.31]
Estado civil	-1.64	0.333	[-4.99, 1.72]
Especialidad	-1.28	0.080	[-2.73, .16]
Pluriempleo*	6.11	0.048	[.06, 12.15]
Despersonalización			
Sexo	-1.64	0.355	[-5.16, 1.88]
Edad	-0.31	0.006	[-.52, -.093]
Estado civil	-0.34	0.733	[-2.29, 1.62]
Especialidad	-0.42	0.318	[-1.27, .42]
Pluriempleo	-1.03	0.561	[-4.56, 2.50]



Realización Personal

Sexo	-1.36	0.493	[-5.30, 2.59]
Edad	-0.16	0.192	[-.40, .08]
Estado civil	1.54	0.165	[-.65, 3.73]
Especialidad	-0.30	0.531	[-1.24, .65]
Pluriempleo	-3.49	0.082	[-7.45, .46]

Nota: β = Coeficiente beta. p = Valor p. IC= Intervalo de confianza

*Sexo: 1=M, 2=F; Edad en años; Pluriempleo: 1=Sí, 2=No

Se estableció correlaciones entre los cuestionarios MBI y CVP 35, tomando como variables dependientes las subescalas del MBI: cansancio emocional, despersonalización, realización personal, y como variables independientes las subescalas del CVP 35: apoyo directivo, carga de trabajo y motivación intrínseca.

En la tabla 4.8 se observa que tanto las subescalas del MBI como del CVP 35, se encuentran asociadas: Al aumentar en uno el apoyo directivo, disminuye en 0.25 el cansancio emocional, $\beta = -0.25$, $p = .055$, y en 0.28 la despersonalización, $\beta = -0.28$, $p = .032$, así, mientras mayor es el apoyo directivo, menor es el cansancio emocional y menor es el trato insensible e impersonal hacia sus pacientes, al aumentar en uno la carga de trabajo, aumenta en 0.74 el cansancio emocional, $\beta = 0.74$, $p = -.001$, en 0.48 la despersonalización, $\beta = 0.48$, $p = -.001$, y en 0.31 la realización personal, $\beta = 0.31$, $p = .018$, por lo tanto a mayor carga de trabajo, mayor es el agotamiento emocional, mayor la despersonalización, y mayor la realización personal. Al



aumentar en uno la motivación intrínseca, aumenta en 0.45 la realización personal, entonces a mayor motivación intrínseca, mayor es la realización personal en su trabajo, $\beta = 0.45$, $p = -.001$.

Tabla 4.8

Coefficientes de correlación entre las subescalas del MBI y CVP 35

CVP 35	MBI					
	Cansancio Emocional		Despersonalización		Realización Personal	
	β	p	β	p	β	p
Apoyo directivo	-0.25	0.055	-0.28	0.032	0.20	0.133
Carga trabajo	0.74	-0.001	0.48	-0.001	0.31	0.018
Motivación intrínseca	-0.05	0.710	-0.15	0.265	0.45	-0.001

Nota: β = Coeficiente beta. p = Valor p.



CAPÍTULO 5: DISCUSIÓN

Los resultados de la presente investigación indica una baja prevalencia del síndrome de Burnout (1.67%), entre los médicos que laboran y pertenecen al servicio de emergencia del Hospital Vicente Corral Moscoso, en comparación con la prevalencia de estrés laboral reportada en la bibliografía que fue más elevada. A pesar de que las investigaciones son limitadas, una revisión de la literatura del 2006 muestra que los médicos del departamento de emergencias tienen altos niveles de burnout debido a varios problemas laborales y extra laborales que contribuyeron al síndrome, la mayoría de los estudios utilizaron muestras grandes (Bragarda, Dupuis & Fleete, 2015). En la actual población en estudio se esperó una prevalencia más elevada debido al tipo de servicio en el que el personal labora (Emergencia), sin embargo, la presencia de liderazgo, factores organizacionales, e intrínsecos personales, tales como medidas de afrontación frente al estrés, es de suponer que favorecen a la obtención de niveles bajos de estrés (Abambari et al., 2014). Además, se evidenciaron medias elevadas en realización personal, seguido de un cansancio emocional notablemente más alto que la despersonalización, patrón que coincide con un estudio realizado en una institución de Bogotá (Caballero et al., 2017). Es importante recalcar que la realización personal resultó ser mayor en comparación con anteriores estudios, lo que se convierte en un importante recurso para esta población, el agotamiento emocional es ligeramente más bajo y la despersonalización se encuentra similar a lo hallado en otras investigaciones, lo que



nos demuestra la existencia de prácticas laborales adecuadas que conllevan a la satisfacción y realización de los trabajadores, sin embargo no se debe descuidar a la población con despersonalización debido a que podría afectar en la calidad de la atención al paciente. Por otra parte, la prevalencia global del Burnout, así como de cada una de las subescalas: cansancio emocional, despersonalización y realización personal, pueden variar de un país a otro; en un metaanálisis reciente se encontró que los médicos del área de emergencia de Europa presentaban niveles más altos de agotamiento emocional en comparación con los de Estados Unidos donde la calidad, la cultura de seguridad y las oportunidades de desarrollo profesional eran mayores (Kumar, 2016). En cuanto a factores asociados a las subescalas del síndrome de Burnout se encontró significancia estadística en edad más joven, sexo masculino y el laborar en un solo empleo, no hubo asociación alguna con estado civil ni especialidad médica. Es importante recalcar que en la mayoría de revisiones sistemáticas e investigaciones a nivel de América del Norte y del Sur se determinó al sexo femenino como un factor de riesgo significativo para desarrollar Burnout, sin embargo hay algunas pruebas que sugieren que la asociación entre el género y el Burnout puede variar de un país a otro, es así, que publicaciones de los EE.UU han informado de una mayor prevalencia de Burnout entre las mujeres doctores, mientras que los estudios europeos han informado de la tendencia opuesta, es decir, una mayor prevalencia entre los hombres (Kumar, 2016). Por otro lado, Soler et al. (2008) en un estudio realizado en Europa encontraron que el agotamiento era más frecuente entre los hombres, de igual forma en un estudio realizado en Bogotá concluye que los hombres son quienes tienen mayor cansancio emocional,



resultados que concuerdan con la actual investigación, lo cual puede explicarse a partir de una elevada carga laboral con menores capacidades de afrontación frente al estrés y menores aspectos de carácter motivacional intrínseco (Caballero et al., 2017). En la totalidad de la literatura investigada como en el presente estudio se identificó asociación estadísticamente significativa con la edad más joven. En la actualidad no se conoce si son las características de los trabajos de los médicos más jóvenes o los factores más generales relacionados con la edad que los predispone al síndrome de Burnout, por lo que se requiere más investigación en esta área con el fin de combatir eficazmente cualquier dimensión de Burnout (Amofo et al., 2015). Para Paltan (2013), existe más vulnerabilidad a desarrollar el síndrome en los primeros años de la carrera profesional y laboral, explicado por un período de sensibilización y transición de expectativas idealistas hacia una realidad cotidiana después del cual el trabajador logra adaptarse y desarrollar estrategias para afrontar las demandas laborales. Sin embargo, es claro que con el aumento de la edad y la experiencia el riesgo de agotamiento disminuye. Al igual que en la investigación realizada en el Hospital José Carrasco Arteaga de Cuenca, no se encontró asociación alguna con estado civil ni especialidad, mientras que en una revisión sistemática se encontró significancia estadística con estado civil soltero (Kumar, 2016), lo que podría deberse al universo pequeño de estudio, por otra parte, se encontró variabilidad al hablar de la asociación del síndrome con especialidades médicas como urgencias, cirugía y medicina interna (Amofo et al., 2015), (Prieto et al., 2013). Sin embargo, una diferencia notable es que en la presente investigación se encontró significancia estadística con laborar en un solo empleo, situación que no



se halló en ningún otro estudio. Estos resultados versátiles pueden atribuirse a la población cambiante, al tamaño muestral y a las características propias del personal (Abambari et al., 2014), así como a otros factores que aún no han sido medidos, por lo que se requiere de más estudios para evaluar dicha asociación. Esto se explica ya que, al haber una alta carga laboral, la mayoría (70%) de los médicos del servicio de emergencia del Hospital Vicente Corral Moscoso laboran en un único empleo, y al estar inmersos en un solo ambiente de trabajo, se sospecha que se convierte en un factor de riesgo que les predispone a desarrollar Burnout.

Al hablar de la Calidad de Vida Laboral, al igual que en los estudios de Quezada et al. (2015), y Contreras et al. (2013), la mayoría de los profesionales la reportaron de una manera positiva entre buena y excelente, situación que no se vio en los médicos de atención primaria en España, quienes tuvieron una percepción baja de calidad de vida profesional (Rodríguez, Ramos, Pérez, García & Diz, 2005). Al obtener las medias de las diferentes subescalas del CVP 35, en el actual estudio, notamos una gran diferencia al identificar medias altas en apoyo directivo, seguida de medias elevadas en motivación intrínseca, incluso mayores a la carga laboral, factores considerados como protectores del síndrome y que llevan a una calidad de vida laboral satisfactoria. Situación que marca la disimilitud con otros estudios realizados en los Ángeles (Quezada et al., 2015), Bogotá (Caballero et al., 2017), (Contreras et al., 2013) y España (Rodríguez et al., 2005), en donde es notable una alta motivación intrínseca con un moderado a bajo apoyo de los directivos. El alto apoyo directivo por parte de las jefaturas directas es consecuencia de un elevado nivel de satisfacción con el tipo de trabajo que realiza la persona, con su sueldo, con



las expectativas de promoción y ascenso, con el reconocimiento y apoyo de sus pares y superiores directos, con el fomento de la iniciativa y creatividad, la participación en la toma de decisiones y autonomía percibida por los funcionarios (Quezada et al., 2015). Es importante recalcar que durante la presente investigación se mantuvo anonimato, por lo que los directivos no tuvieron acceso ni influencia sobre los resultados. Además, las direcciones departamentales tienen comportamientos de líderes orientados al empleado (Bragarda et al., 2015). Por otra parte, la motivación intrínseca se evidencia cuando el individuo realiza sus funciones por el simple placer de hacerlas, sin que nadie de manera obvia le de algún incentivo externo, lo que le permite afrontar los aspectos adversos y negativos de las condiciones laborales actuales, es decir, es probable que los médicos deban recurrir principalmente a sus recursos personales para compensar la escasez, limitación y las condiciones desfavorables de los servicios de salud, además se ha visto que la motivación intrínseca no depende del estilo de liderazgo, pero se ve potenciada por este (Contreras et al., 2013).

Al determinar las correlaciones entre las sub escalas del MBI y CVP 35, pudimos identificar que tanto en nuestro estudio como en el de Rodríguez et al. (2005), la percepción del apoyo de la dirección se relaciona de manera inversa con el cansancio emocional y la despersonalización.

Caballero et al. (2017), Patlan (2013) y Rodríguez et al. (2005), coinciden con la presente investigación al indicar que la sobrecarga en el trabajo tiene un efecto directo y significativo en dos factores del Burnout: agotamiento emocional y despersonalización. Las razones de este problema se basan en el aumento del



número de pacientes atendidos con la misma cantidad de médicos de la plantilla, la creación de nuevas áreas o servicios médicos, cuyas demandas son cubiertas por el mismo personal de salud, la insuficiencia de médicos para el reemplazo en caso de permisos y vacaciones, y a pesar de que la población se ha incrementado notablemente, no se ha creado una nueva casa de salud de segundo nivel, siendo el HVCM, el único hospital de referencia a nivel de la zona seis, lo que repercute en una sobrecarga laboral del personal existente y en menores niveles de calidad de vida de trabajo, además es importante indicar que ante un menor agotamiento emocional y un menor trato impersonal hacia sus paciente, existe una mayor CVT, lo que pone de evidencia que la CVT es afectada por el Burnout (Patlan, 2013).

Es importante señalar que la carga laboral correlacionó de forma directa con la realización personal, situación que no se encontró en ninguna de las investigaciones mencionadas, debido a que es de suponer que mientras mayor es la cantidad de pacientes atendidos, mayores son los sentimientos de éxito y logro de un médico en su trabajo, pues el hecho de que sea competente, eficaz, eficiente y efectivo, en la atención y trato a sus pacientes, genera una mayor demanda de los mismos, quienes muchas veces optan por prolongar los tiempos de espera, con tal de ser valorados por el médico de su preferencia, sin embargo se requiere de más estudios con mayores tamaños de universo o muestra para confirmar lo reportado en la presente investigación.

Finalmente, al igual que en los estudios realizados en España (Rodríguez et al., 2005) y Bogotá (Caballero et al., 2017) la motivación intrínseca se asoció de manera directa con la realización personal, debido a que el médico suple las



condiciones laborales desfavorables, en gran parte, con su entusiasmo personal (Rodríguez et al., 2005), además, el liderazgo efectivo y eficiente de sus jefes directos incrementa la motivación intrínseca y por ende los sentimientos de competencia y éxito en el trabajo (realización personal), lo que tendría una importante implicación positiva en la calidad de vida del personal médico generando a su vez una reacción efectiva en el bienestar de los pacientes (Caballero et al., 2017). Es así que la elevada realización personal y motivación intrínseca protegen a esta población de desarrollar el síndrome.

El actual estudio es el primero a nivel del Ecuador, en determinar la calidad de vida laboral en los médicos del servicio de emergencia, siendo ésta una fortaleza. Entre sus limitaciones podemos mencionar que el universo de estudio fue pequeño a diferencia de la mayoría de investigaciones en donde utilizan muestras grandes, no se cuenta con estudios previos de CVL en el HVCM, para poder comparar y sacar conclusiones entre las distintas áreas de atención; pero este será la base para futuros estudios, las pruebas estadísticas descriptivas son similares a las aplicadas en otros estudios; pero no son idénticas, pues cada autor tiene sus objetivos o preferencias y finalmente los resultados de esta investigación no se pueden generalizar a otras instituciones ya que se limitan a la casa de salud en estudio.



CONCLUSIONES

La prevalencia del síndrome de Burnout del HVCM de Cuenca fue menor a la reportada en la bibliografía investigada siendo del 1.67%. A nivel de las subescalas del MBI se evidenciaron medias elevadas en realización personal, seguido de un cansancio emocional notablemente más alto que la despersonalización. En cuanto a factores asociados al síndrome se encontró significancia estadística en la edad más joven, sexo masculino y laborar en un solo empleo, no hubo asociación alguna con estado civil ni especialidad médica. Al hablar de la calidad de vida laboral, la mayoría de los profesionales la reportaron entre buena y excelente con medias altas en apoyo directivo, seguida de medias elevadas en motivación intrínseca, incluso mayores a la carga laboral. Al determinar las correlaciones entre las sub escalas del MBI y CVP 35, pudimos identificar que el apoyo directivo se relaciona de manera inversa con el cansancio emocional y la despersonalización, que la sobrecarga laboral tiene un efecto directo sobre el agotamiento emocional, despersonalización y realización personal y finalmente la motivación intrínseca se asoció de manera directa con la realización personal. Podemos notar que los niveles altos de realización personal, apoyo directivo y motivación intrínseca se convierten en factores protectores ante el síndrome, por otro lado, aunque la dimensiones cansancio emocional, despersonalización y carga laboral no fueron significativamente altas, predisponen a desarrollar el síndrome y por ende a una mala calidad de vida profesional.



RECOMENDACIONES

Las subescalas cansancio emocional, despersonalización y carga laboral al ser precursoras del síndrome deberían ser gestionadas desde sus inicios, a través del desarrollo de intervenciones por parte de los directivos como son: la distribución del trabajo en forma equitativa, la valoración de las capacidades del trabajador para hacer frente a los estresores y demandas laborales, y una adecuada organización de los procesos (Patlan, 2013), con el fin de que estas acciones permitan mitigar los factores de riesgo para evitar consecuencias negativas en la salud ocupacional, en el bienestar de los trabajadores y por ende en la calidad de vida laboral, pues solo en la medida que nos preocupemos del bienestar y satisfacción de nuestros trabajadores, tendremos a funcionarios más conformes, motivados y comprometidos en superar las dificultades y en ofrecer un servicio de calidad, con calidez y buen trato hacia los usuarios de nuestro sistema público de salud. Por otra parte, es importante estudiar la relación existente entre el trabajo y la familia ya que aquellas personas que perciben que su trabajo les impide hacer aquello que anhelan como es pasar mayor y mejor tiempo de calidad con su familia, tienden a ver su trabajo de una manera desfavorable, lo que disminuye su grado de satisfacción laboral y predispone a desarrollar el síndrome (Quezada et al., 2015). Es por ello que se recomienda estudiar a la variable conflicto trabajo familia (CTF) en futuras investigaciones. De igual forma se sugiere realizar nuevos estudios similares con



universos o muestras más grandes para poder comparar con los resultados obtenidos en la presente investigación.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abambari Ortíz, C.F., Barros Pulla, I.E., Dután Cajamarca, M.T., García Parra, D.C., Yumbra Sanmartín, L.P., Narváez Campos, M.S. (2014). Prevalencia y factores asociados a estrés laboral en el personal del servicio de emergencia del hospital “José Carrasco Arteaga”. 2014. *Revista Médica HJCA*, 7(2), 134-138.
- Alvarado Sánchez, L. (2016). Desgaste profesional en médicos del Hospital Regional “Teodoro Maldonado Carbo” del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. *Revista Cubana de Salud y Trabajo* 17(2), 47-56.
- Álvarez Gallego, E. & Fernández Ríos, L. (1991). El Síndrome de "Burnout" o el desgaste profesional (1): revisión de estudios. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 11(39), 257-265.
- Amofo, E., Hanbali, N., Patel, A., Singh, P. (2015). What are the significant factors associated with burnout in doctors? *Occupational Medicine*, 65, 117–121. doi:10.1093/occmed/kqu144.
- Arora, M., Asha, S., Chinnappa, J., Diwan, A. D. (2013). Burnout in emergency medicine physicians. *Emergency Medicine Australasia*, 25 (6), 491–495. doi: 10.1111/1742-6723.12135.
- Bragarda, I., Dupuis, G., Fleete, R. (2015). Quality of work life, burnout, and stress in emergency department physicians: a qualitative review. *European Journal of Emergency Medicine*, 22 (4), 227-234. DOI: 10.1097/MEJ.0000000000000194.
- Caballero Pedraza, I.M., Vega Chávez, E.P., Contreras Torres, F., Gómez Shaikh, J.J. (2017). Síndrome de Burnout y calidad de vida laboral en el personal asistencial de una institución de salud en Bogotá. *Informes Psicológicos*, 17 (1), 87-105.
- Cabezas, C. (1998). Síndrome de desgaste profesional, estrés laboral y calidad de vida profesional. *Formación Médica Continua*, 5, 491 - 492.
- Cabezas, C. (2000). La calidad de vida de los profesionales. *Formación Médica Continua*, 7(7), 53-68.
- Casas, J., Ramón Repullo, J., Lorenzo, S., Cañas, J.J. (2002). Dimensiones y medición de la calidad de vida laboral en profesionales sanitarios. *Revista de Administración Sanitaria Volumen*, 6 (23), 143-160.



- Contreras, F., Espinosa, J. C., Hernández, F., & Acosta, N. (2013). Calidad de vida laboral y liderazgo en trabajadores asistenciales y administrativos en un centro oncológico de Bogotá (Colombia). *Psicología desde el caribe*, 30(3), 569-590.
- Chambers, C., Frampton, C., Barclay, M., McKee, M. (2016). Burnout prevalence in New Zealand's Public hospital senior medical workforce: a cross-sectional mixed methods study. *BMJ Open*, 6, 1-10.doi:10.1136/bmjopen-2016-013947.
- De Melo Tucunduva, L. T. C., Garcia, A. P., Prudente, F. V. B., Centofanti, G., de Souza, C. M., Monteiro, T. A., ... & Del Giglio, A. (2006). A Síndrome Da Estafa Profissional Em Médicos Cancerologistas Brasileiros. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 52(2), 108-112.
- Díaz Bambula, F., Gómez, I.C. (2016). La investigación sobre el Síndrome de Burnout en Latinoamérica entre 2000 y el 2010. *Psicología desde el Caribe*, 33 (1), 113-131.
- Embriaco, N., Azoulay, E., Barrau, K., Kentish, N., Pochard, F., Loundou, A., & Papazian, L. (2007). High level of burnout in intensivists: prevalence and associated factors. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 175(7), 686-692.
- Fernández Prada, M., González Cabrera, J., Torres, F., Iribar Ibabe, C., Peinado, J.M. (2014). Calidad de vida relacionada con la salud en una muestra de médicos internos residentes que realizan guardias en un Servicio de Urgencias: una perspectiva de género. *Revista Médica Chile*, 142, 193-198.
- González Baltazar, R., Hidalgo Santacruz, G., Salazar Estrada, J.G. (2007). "Calidad de vida en el trabajo": un término de moda con problemas de conceptualización. *Psicología y Salud*, 17, (1), 115-123.
- Grau, A., Flichtentrei, D., Suñer, R., Font-Mayolas, S., Prats, M., & Braga, F. (2007). El burnout percibido o sensación de estar quemado en profesionales sanitarios: prevalencia y factores asociados. *Informació psicològica*, (91-92), 64-79.
- Gutiérrez Castro, E., Loredó Pérez, M., & Manzano Hernández, R. (2010). *Calidad de vida profesional del personal de enfermería del hospital del niño y la mujer en San Luis Potosí*. (Tesis de grado de Licenciada en Enfermería), Universidad Autónoma de San Luis Potosí.
- Karasek, R. (1989). PQL-35 questionnaire. *International Journal of Health Service*, 19(3), 481-508. Kumar, S. (2016). Burnout and doctors: prevalence, prevention and intervention. In *Healthcare*, 4 (3), 37. Multidisciplinary Digital Publishing Institute. doi:10.3390/healthcare4030037.



- Lee, Y.Y., Medford, A.R.L., Halim, A.S. (2015). Burnout in physicians. *J R Coll Physicians Edinb*, 45,104–107. doi.org/10.4997/JRCPE.2015.203.
- Martín, J., Cortés, J. A., Morente, M., Caboblanco, M., Garijo, J., & Rodríguez, A. (2004). Características métricas del cuestionario de calidad de vida profesional (CVP-35). *Gaceta Sanitaria*, 18(2), 129-136.
- Martínez, J.P., Méndez, I., Secanilla, E., Benavente, A., & García Sevilla, J. (2014). Burnout en cuidadores profesionales y calidad de vida en residentes de centros institucionalizado. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 4 (1), 41-53.
- Maslach, C. (1976). Burned out. *Human Behavior*, 59, 16-22.
- Maslach, C. (1998). A multidimensional theory of burnout. *Theories of organizational stress*, 68, 85.
- Maslach, C. (2009). Comprendiendo el Burnout. *Ciencia & Trabajo*, 11 (32), 37-43.
- Maslach, C., Jackson, S. E., Leiter, M. P., Schaufeli, W. B., & Schwab, R. L. (1986). *Maslach burnout inventory* (Vol. 21, pp. 3463-3464). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Miraval, E. (2016). *Síndrome de burnout en personal médico del hospital III emergencias Grau en el periodo octubre a diciembre del 2016*. (Tesis de postgrado de Cirugía), Universidad Ricardo Palma, Lima-Perú.
- Olivares Faúndez, V. E., & Gil-Monte, P. R. (2009). Análisis de las Principales Fortalezas y Debilidades del " Maslach Burnout Inventory" (MBI). *Ciencia & Trabajo*, 11, 160-167.
- Patlán Pérez, J. (2013). Efecto del burnout y la sobrecarga en la calidad de vida en el trabajo. *Estudios Gerenciales* 29, 445-455.
- Pinto, J.C. (2015). *Síndrome de burnout en el personal de emergencia del hospital "Pablo Arturo Suárez" de Quito, y sus efectos en el clima laboral y la calidad de la atención de salud. 2015*. (Tesis de Postgrado de Gerencia en Salud), Universidad San Francisco, Quito-Ecuador.
- Prieto Miranda, S.E., Rodríguez Gallardo, G.B., Jiménez Bernardino, C.A., Guerrero Quintero, L.G. (2013). Desgaste profesional y calidad de vida en médicos residentes. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.*, 51 (5), 574-579.



- Ptacek, R., Stefano, G.B., Kuzelova, H., Raboch, J., Harsa, P., Kream, R.M. (2013). Burnout syndrome in medical professionals: a manifestation of chronic stress with counterintuitive passive characteristics. *Neuroendocrinol Lett*, 34 (4), 259–264.
- Quezada Quezada, F., Sanhueza Castro, A., Silva Cabezas, F. (2015). Diagnóstico de la calidad de vida laboral percibida por los trabajadores de cuatro servicios clínicos del complejo asistencial “Dr. Víctor Ríos Ruiz” de los Ángeles (CAVRR). *Horizontes Empresariales*, 55-68.
- Ramirez, A. J., Graham, J., Richards, M. A., Cull, A., Gregory, W. M., Leaning, M. S., ... & Timothy, A. R. (1995). Burnout and psychiatric disorder among cancer clinicians. *British Journal of Cancer*, 71(6), 1263-1269.
- Rodríguez, F. J., Ramos, M. B., Pérez, S. I., García, L. R., & Diz, P. G. (2005). Relación de la calidad de vida profesional y el burnout en médicos de atención primaria. *Atención primaria*, 36(8), 442-447
- Segurado Torres, A., Agulló Tomás, E. (2002). Calidad de vida laboral: hacia un enfoque integrador desde la Psicología Social. *Psicothema*, 14, (4), 828-836.
- Soler, J. K., Yaman, H., Esteva, M., Dobbs, F., Asenova, R. S., Katic, M., ... & Kotányi, P. (2008). European General Practice Research Network Burnout Study Group. *Fam Pract*, 25, 245-265.
- Tironi, M. O. S., Nascimento Sobrinho, C. L., Barros, D. D. S., Reis, E. J. F. B., Marques Filho, E. S., Almeida, A., ... & França, J. (2010). Professional Burnout Syndrome among intensive care physicians in Salvador, Brazil. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 55(6), 656-662.
- Tobie-Gutiérrez, W. A., & Nava-López, J. A. (2012). Burnout, su impacto en la residencia médica y en la atención de los pacientes. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 35(S1), 233-237.
- Trujillo Blanco, W.G., Román Hernández, J.J., Lombard Hernández, A.M., Remior Falco, E., Arredondo Naite, O.F., Martínez Porro, E.....Valdivieso Romero, J.F. (2014). Adaptación del cuestionario SF-36 para medir calidad de vida relacionada con la salud en trabajadores cubanos. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*, 15 (1), 62- 70.



ANEXO 1



Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos
Universidad San Francisco de Quito

El Comité de Revisión Institucional de la USFQ

The Institutional Review Board of the USFQ

Formulario de Consentimiento Informado Modificado

Título de la investigación: PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT, FACTORES ASOCIADOS Y CALIDAD DE VIDA LABORAL EN LOS MÉDICOS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO. 2018

Versión y Fecha: Versión #1 - 2018

Organización del investigador: Universidad de Cuenca

Nombre del investigador principal: Mirian Cristina Illescas Capelo

Usted ha sido invitado a participar en un estudio de investigación sobre la Prevalencia del Síndrome de Burnout, Factores Asociados y Calidad de Vida Laboral en los médicos del servicio de emergencia del Hospital Vicente Corral Moscoso durante el año 2018, porque los médicos que laboran en los servicios de emergencia están expuestos a altos niveles de estrés y por lo tanto son particularmente susceptibles a experimentar el síndrome de burnout (SBO), siendo un síndrome tridimensional de cansancio emocional, despersonalización, y baja realización personal en respuesta a un estrés crónico, además el SBO afecta a la calidad de vida laboral siendo una de las más importantes causas de deterioro de la salud y a su vez afecta su desempeño con impacto en la calidad de la atención a los usuarios. Tantos factores relacionados con el trabajo (horas de trabajo, años de práctica, actividades de desarrollo profesional, tareas no clínicas, etc.) y no relacionados con el trabajo (edad, sexo, factores de estilo de vida, etc.) se asocian con el SBO. Se desea realizar un estudio sobre la prevalencia del síndrome de burnout, los factores asociados al síndrome de burnout, la calidad de vida laboral y su asociación con el SBO en el personal médico del servicio de emergencia del HVCM durante el año 2018.

El estudio consiste en la aplicación de tres etapas durante el proceso de intervención: En una primera etapa se aplicará el cuestionario de Maslach (MBI), validado en español, que nos ayudará a determinar el nivel de Síndrome de Burnout. En una segunda etapa se utilizará una encuesta autoadministrada sobre datos generales: edad, sexo, estado civil, relación laboral, turno nocturno, pluriempleo y especialidad médica, con lo que se identificará los factores asociados al SBO. Y finalmente en una tercera etapa se empleará el cuestionario de Calidad de



Vida Profesional (CVP 35), validado en español, que nos permitirá identificar el nivel de Calidad de Vida Laboral. Los cuestionarios serán aplicados de manera anónima, en cuyo caso se asignará un número al azar a cada una de las encuestas realizadas para facilitar el ingreso y tabulación de datos en el sistema SPSS, a la cual tendrá acceso únicamente la investigadora del proyecto. Además, dicha información se conservará por el tiempo que dure la investigación y será eliminada. Posteriormente se procederá a los diferentes análisis estadísticos y elaboración del informe final para la presentación de resultados.

Para esto, se seleccionará al universo, los 74 médicos especialistas y médicos residentes asistenciales que pertenezcan al servicio de emergencia, cualquiera que sea su tipo de contrato y que se encuentren laborando activamente durante el periodo de intervención.

Los riesgos de participar son mínimos ya que podrían o no presentar sentimientos de insatisfacción, malestar, enojo, angustia, tristeza, etc., dependiendo de la sensibilidad de cada persona, al momento de la realización del cuestionario de Maslach y Calidad de Vida Profesional 35.

Los beneficios para usted son poder identificar el nivel de prevalencia del síndrome de burnout, su asociación o no a factores relacionados y no al trabajo, el nivel de calidad de vida laboral y su asociación o no con el síndrome de burnout, en los médicos que laboran en el servicio de emergencia del HVCM durante el año 2018, cuyos resultados se darán a conocer a todos los participantes de la investigación, al líder del área de emergencia y demás directivos con lo que se sentarán bases para emprender futuras estrategias de medidas preventivas, además ayudará a demostrar la importancia de una mayor motivación y apoyo por parte de los directivos hacia los médicos, para concientizarlos sobre la importancia de acciones de sostén hacia las personas que están bajo su cargo.

Para proteger su privacidad se tomarán todas las medidas:

No es obligatorio participar en la investigación ni existen costos asociados para los participantes. Como mencionado su participación en este estudio es voluntaria, es decir, usted puede decidir NO participar. Si usted decide participar, puede retirarse del estudio en cualquier momento. No habrá sanciones ni pérdida de beneficios si usted decide no participar, o decide retirarse del estudio antes de su conclusión.

Si acepta voluntariamente participar dando respuesta a los cuestionarios MBI, CVP 35 y encuesta auto administrada, procederemos a recolectar y tabular lo datos, eliminando cualquier información personal que permita la identificación del encuestado.



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Me han explicado de manera detallada el propósito de este estudio, así como los riesgos, beneficios y mis opciones como participante. Entiendo que se guardará absoluta confidencialidad sobre las respuestas dadas en los diferentes cuestionarios aplicados a mi persona, por lo cual acepto voluntariamente realizar las encuestas para esta investigación.

Firma del encuestado: _____

Fecha: _____

Nombre del investigador que entrega o explica este formulario de consentimiento informado:

Mirian Cristina Illescas Capelo

Firma del investigador: _____



ANEXO 2

MBI-HSS (INVENTARIO DE BURNOUT DE MASLACH- ENCUESTA DE SERVICIOS HUMANOS)

En el siguiente cuestionario encontrará una serie de enunciados acerca de su trabajo y de sus sentimientos en él, su respuesta correcta es aquella que expresa verídicamente su propia existencia. Es anónimo y sus resultados estrictamente confidenciales. Su objeto es contribuir al conocimiento de las condiciones de su trabajo y mejorar su nivel de satisfacción.

Lea con cuidado las frases y responder expresando la frecuencia con que tiene ese sentimiento de la siguiente forma:

(0) Nunca, (1) Una vez al año, (2) Algunas veces al año, (3) Algunas veces al mes, (4) Algunas veces a la semana, (5) Dos veces a la semana, (6) Todos los días

	ENUNCIADOS	0	1	2	3	4	5	6
1	Me siento emocionalmente defraudado en 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 agotado							
4	Siento que puedo entender fácilmente a las personas que tengo que atender							
5	Siento que estoy tratando a algunos beneficiados de mí, 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 el trabajo							
14	Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo							
15	Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a las personas a las 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 de forma adecuada							
22	Me parece que los beneficiarios de mi trabajo me culpan de algunos problemas							



ANEXO 3

ENCUESTA SOBRE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y LABORALES

Marque con una X la opción que considere adecuada para usted y anote lo solicitado según corresponda.

1.- Cuál es su sexo:

1	Masculino	
2	Femenino	

2.- Cuántos años cumplidos tiene:

3.- Estado civil actual:

1	Soltero	
2	Casado	
3	Divorciado	
4	Viudo	
5	Unión Libre	

4.- Cuál es su especialidad en medicina:

1	Pediatría	
2	Ginecología	
3	Medicina Interna	
4	Cirugía	
5	Medicina de Urgencias	
6	Medicina General	

5.- Su jornada laboral es turno-nocturno:



1	Si	
2	No	

6.- Su relación laboral es:

1	Cordial	
2	Conflictiva	

7.- Usted labora en más de un empleo:

1	Si	
2	No	



ANEXO 4

CUESTIONARIO CVP 35

Lea cuidadosamente cada una de las siguientes aseveraciones y califique la percepción que usted tiene sobre las demandas y cargas de la profesión, considerando que 1 es la menor frecuencia o intensidad y 10 la mayor frecuencia o intensidad con que se presentan los eventos que a continuación se exponen. Marque con una (X) sólo una de las opciones de las columnas.

	PREGUNTAS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	Carga de trabajo a la semana										
2	Mi satisfacción con el tipo de trabajo que realizo										
3	Mi satisfacción con el sueldo que recibo es										
4	Cuál es la posibilidad de desarrollo en mi trabajo										
5	Obtengo reconocimiento del esfuerzo en mi trabajo por las personas donde laboro										
6	La presión que recibo para mantener la carga de mi trabajo es										
7	Presión recibida para cumplir la calidad de mi trabajo										
8	Prisas por falta de tiempo para hacer mi trabajo										
9	Me siento motivado (a), con ganas de esforzarme										
10	Recibo apoyo de mis jefes o directivos respecto a mi trabajo										
11	Apoyo de mis compañeros para realizar mis actividades										
12	El apoyo familiar es										
13	Mi deseo de ser creativa (o) es										
14	Se me permite ser creativa (o) en mi trabajo										



34	Mi calidad de vida en el trabajo											
35	Recibo apoyo de mis compañeros para cumplir con la responsabilidad que me delegan											



ANEXO 5

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Etiqueta	Definición Conceptual	Unidades de Medición	Procedimiento de Medición	Operaciones matemáticas o procedimientos	Niveles de medición
Síndrome de Burnout	Estado de alto cansancio emocional, alta despersonalización, y baja realización personal en respuesta a un estrés crónico laboral.	Escala	-Aplicación de la escala de Maslach a los participantes -Identificar el nivel de cansancio emocional, despersonalización, y realización personal	-Suma de los puntajes obtenidos en cada una de las sub escalas de Maslach, obtención de frecuencias, porcentajes, medias y desviación estándar	1. Cansancio emocional: => 27 como ALTO, 17 a 26 como MODERADO y <= 16 como BAJO. 2. Despersonalización: => 13 como ALTO, 7 a 12 como MODERADO y <= a 6 como BAJO. 3. Falta de realización personal: => a 39 como ALTO, 32 a 38 como MODERADO y <= 31 como BAJO.
Calidad de Vida Laboral	Concepto multidimensional basado en la satisfacción de necesidades personales, siendo la clave para la	Escala	-Aplicación de la escala de CVP 35 a los participantes. -Identificar el nivel apoyo directivo, cargas de	-Suma de los puntajes obtenidos en cada una de las sub escalas de CVP 35, obtención de frecuencias,	-nada: valores 1 y 2. -algo: valores 3, 4 y 5. -bastante: valores 6, 7 y 8. -mucho: valores 9 y 10.



	realización personal, familiar, laboral y social.		trabajo y motivación intrínseca.	porcentajes, medias y desviación estándar	
Especialidad Medica	Estudios concluidos por un Médico General en su período de posgrado universitario.	Escala	Se les preguntara a los médicos el tipo de especialidad que tienen y se verificará de acuerdo a su registro en el senescyt.	No son necesarias	-Pediatra -Ginecología -Medicina Interna -Cirugía -Medicina de Urgencias -Medicina General
Edad	Edad que tendrán los participantes al ser reclutados para la investigación.	Años	Se calculará la edad en años a partir de la fecha de nacimiento.	Edad en años= fecha de reclutamiento - fecha de nacimiento/365.25	21-36 años 37-51 años 52 o más años
Sexo	Sexo reportado por los participantes	Escala	Reportado por los participantes	No son necesarias	-Masculino -Femenino
Estado Civil	Condición de una persona en lo concerniente a vínculos personales que tiene con otros del mismo o diferente sexo y que son reconocidos jurídicamente.	Escala	Reportado por los participantes	No son necesarias	Soltero Casado Divorciado Viudo Unión libre



Turno Nocturno	Jornada laboral desempeñada durante la noche.	Escala	Reportado por los participantes	No son necesarias	Si No
Relación Laboral	Vínculo que se establece entre dos o más personas durante el trabajo.	Escala	Reportado por los participantes	No son necesarias	Cordial Conflictiva
Pluriempleo	Desempeño de dos o más empleos por una misma persona.	Escala	Reportado por los participantes	No son necesarias	Si No