



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA.
FACULTAD DE MEDICINA.
COORDINACION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO.
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN ADMINISTRACIÓN EN SALUD PÚBLICA.
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA.

**SÍNDROME DE BURNOUT. FACTORES ASOCIADOS
EN MEDICOS DE UN HOSPITAL TIPO III.**

Trabajo Especial de Grado que se presenta para optar al título de
Especialista en Administración en Salud Pública.

Jesús Fernando Lugo Rodríguez.

Tutor: Profa. Ligia Sequera Melean.

Caracas, Julio 2018.

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
VICERRECTORADO ACADEMICO
SISTEMA DE INFORMACIÓN CIENTÍFICA, HUMANÍSTICA Y TECNOLÓGICA (SICHT)

FECHA: CARACAS, 10 DE JULIO DE 2018

AUTORIZACIÓN PARA LA DIFUSIÓN ELECTRÓNICA DE LOS TRABAJOS DE LICENCIATURA, TRABAJO ESPECIAL DE GRADO, TRABAJO DE GRADO Y TESIS DOCTORAL DE LA UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA.

Yo, JESUS FERNANDO LUGO RODRIGUEZ, autor del trabajo o tesis SINDROME DE BURNOUT. FACTORES ASOCIADOS EN MEDICOS DE UN HOSPITAL TIPO III, presentado para optar al TITULO DE ESPECIALISTA EN ADMINISTRACIÓN EN SALUD PUBLICA,

Autorizo a la Universidad Central de Venezuela, a difundir la versión electrónica de este trabajo, a través de los servicios de información que ofrece la institución, solo con fines académicos y de investigación, de acuerdo a lo previsto en la Ley sobre Derecho de Autor, artículos 18, 23 y 42 (Gaceta Oficial N° 4.638 Extraordinaria, 01-10-1993).

<input checked="" type="checkbox"/>	Si autorizo
<input type="checkbox"/>	Autorizo después de 1 año
<input type="checkbox"/>	No autorizo
<input type="checkbox"/>	Autorizo difundir solo algunas partes del trabajo
Indique:	

Firma del Autor



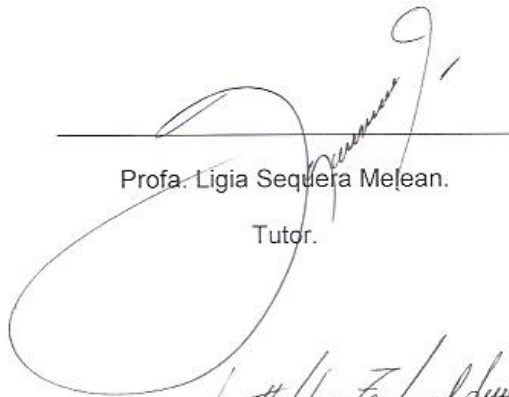
C.I. N° V-14.428.942

e-mail: lugojf@gmail.com

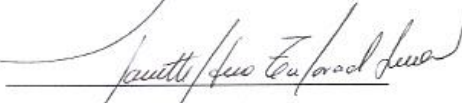
En Caracas, a los 10 días del mes de Julio de 2018

Nota: En caso de no autorizarse la Escuela o Comisión de Estudios de Postgrado, publicara: la referencia bibliográfica, tabla de contenido (índice) y un resumen descriptivo, palabras clave y se indicara que el autor decidió no autorizar el acceso al documento a texto completo.

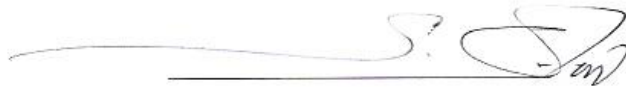
La cesión de los derechos de difusión electrónica, no es cesión de los derechos de autor, porque este es intransferible.



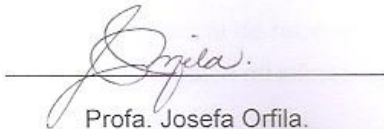
Profa. Ligia Sequera Melean.
Tutor.



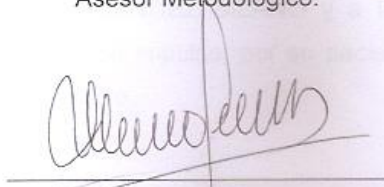
Profa. Janette Torres.
Director del Curso.



Prof. Sergio Otero.
Coordinador del Curso.



Profa. Josefa Orfila.
Asesor Metodológico.



Prof. Mariano Fernández.
Asesor Estadístico.

RESUMEN	5
INTRODUCCIÓN	7
MÉTODOS	35
RESULTADOS	45
DISCUSION	71
CONCLUSIONES	80
RECOMENDACIONES	81
REFERENCIAS	86
ANEXOS	95

SÍNDROME DE BURNOUT. FACTORES ASOCIADOS EN MEDICOS DE UN HOSPITAL TIPO III.

Jesús Fernando Lugo Rodríguez, C.I.: 14.428.942, Sexo: Masculino
Email: lugojf@gmail.com. Telef: 0424-2682222 / 0212-5771219.
Dirección: Av. Francisco de Miranda– La California Norte, Caracas.
Curso de Especialización en Administración en Salud Pública.

Tutor: Profa. Ligia Sequera Melean, C.I.: 2.948.038, Sexo: Femenino
Email: ligiasequeram@gmail.com. Telef: 0416-6140148 / 0212-3397204.
Dirección: Complejo Hospitalario “Dr. José Ignacio Baldo” – Escuela de Salud Pública
– Caracas. Doctorado en Administración de Salud. Magister en Educación Superior.

RESUMEN

Objetivos: Analizar la prevalencia y factores asociados al Síndrome de Burnout en médicos residentes y médicos especialistas del Hospital tipo III “Dr. Rafael Medina Jiménez” de la localidad de Pariata, municipio Vargas, estado Vargas, Venezuela, durante los meses de julio a septiembre de 2016. **Métodos:** Investigación de tipo descriptivo transversal. La muestra estuvo constituida por 67 médicos residentes y 89 médicos especialistas que laboran en la institución. Las variables de investigación son variable dependiente: síndrome de Burnout y variable independiente: nivel profesional, la edad, sexo y estado civil, horario de trabajo, horas de contacto con pacientes, servicio hospitalario al que pertenece, satisfacción por el salario y presencia de síntomas físicos y emocionales asociados con Burnout. El instrumento de recolección fue encuesta sociodemográfica y Maslach Burnout Inventory. La interpretación de resultados se hizo mediante baremo validado para Venezuela. Para el tratamiento estadístico del cruce de variables se utilizó el estadístico Chi². **Resultados:** La prevalencia del síndrome fue de 24,4%. Se encontró asociación estadísticamente significativa entre Burnout y grupo etario, estado civil y número de horas de contacto con los pacientes. No hubo asociación con sexo, nivel profesional, horas de trabajo en el centro asistencial, servicio hospitalario al que pertenece, satisfacción salarial y presencia de síntomas físicos y emocionales.

Palabras clave: Síndrome de Burnout – Salud laboral – Estrés laboral – Indicador Maslach.

**BURNOUT SYNDROME. ASSOCIATED FACTORS
IN PHYSICIANS OF A TYPE III HOSPITAL.**

Jesús Fernando Lugo Rodríguez, C.I. : 14.428.942, Sex: Male
Email: lugoif@gmail.com Phone: 0424-2682222 / 0212-5771219.
Address: Francisco de Miranda Avenue- La California Norte, Caracas.
Specialization Course in Public Health Administration.

Tutor: Profa. Ligia Sequera Melean, C.I. : 2.948.038, Sex: Female
Email: ligiasequeram@gmail.com Phone: 0416-6140148 / 0212-3397204.
Address: Complejo Hospitalario "Dr. José Ignacio Baldo "- School of Public Health -
Caracas. Doctorate in Health Administration. Magister in Higher Education

ABSTRACT

Objectives: To analyze the prevalence and factors associated with Burnout Syndrome in resident physicians and specialist physicians of Hospital Type III "Dr. Rafael Medina Jiménez "from the town of Pariata, Vargas municipality, Vargas state, Venezuela, during the months of July to September 2016. **Methods:** Cross-sectional descriptive research. The sample consisted of 67 resident physicians and 89 specialist physicians who work in the institution. The research variables are dependent variable: Burnout syndrome and independent variable: professional level, age, sex and marital status, work schedule, contact hours with patients, hospital service to which it belongs, satisfaction with the salary and presence of symptoms physical and emotional associated with Burnout. The collection instrument was a sociodemographic survey and Maslach Burnout Inventory. The interpretation of results was done through a validated scale for Venezuela. For the statistical treatment of the crossing of variables, the Chi2 statistic was used. **Results:** The prevalence of the syndrome was 24.4%. A statistically significant association was found between Burnout and age group, marital status and number of contact hours with patients. There was no association with sex, professional level, hours of work in the health center, hospital service to which it belongs, salary satisfaction and presence of physical and emotional symptoms

Key words: Burnout syndrome - Occupational health - Work stress - Maslach indicator.

INTRODUCCIÓN.

El síndrome de Burnout, ha sido identificado como una condición que goza de prevalencia entre los profesionales de la medicina, siendo considerado un problema importante ya que el mismo puede llegar a rebasar el ámbito laboral y trasladarse a otros ámbitos de la vida de estas personas como lo es el afectivo, familiar, económico y personal del médico.

El término de síndrome de Burnout, se utiliza para describir un fenómeno de agotamiento emocional, deshumanización y baja realización personal que puede ocurrir en individuos cuyo trabajo requiere contacto continuo con otras personas que resultan ser los beneficiarios del mismo, tal como es el caso de los médicos. El síndrome es una respuesta al estrés laboral crónico integrado por sentimientos y actitudes negativas hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como encontrarse emocionalmente agotado.

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) reconoce que el síndrome de Burnout, se ha convertido en un verdadero problema de salud pública, indicando que las consecuencias para quien padece este síndrome pueden ser graves.

Sobre la base de lo anterior, se considera entonces que el principal objetivo de esta investigación fue el de analizar los factores asociados que conllevan al síndrome de Burnout, en médicos residentes y médicos especialistas del Hospital tipo III "Dr. Rafael Medina Jiménez" ubicado en la localidad de Pariata, municipio Vargas del estado Vargas, Venezuela, durante el período de julio a septiembre de 2016.

La novedad de la presente investigación radicó en primer orden en abordar desde una perspectiva salubrista, el fenómeno del síndrome de Burnout en el personal de médicos residentes y médicos especialistas del Hospital tipo III "Dr. Rafael Medina Jiménez". Este tema muchas veces ha sido ya abordado en diversas profesiones pero focalizado desde una perspectiva predominantemente clínica. En un segundo orden se pretendió develar la relevancia de este fenómeno que podría demandar una mayor atención por el sistema e identificar sus relaciones con otras variables.

Se realizó a tal fin un estudio descriptivo transversal, el cual tuvo una muestra determinada por método selectivo en base a criterios de inclusión de médicos residentes y especialistas a los cuales previa consideración de los aspectos éticos respectivos, proporcionando consentimiento informado y actuando bajo los principios de responsabilidad, no maleficencia, justicia, beneficencia, autonomía y precaución, se les aplicó un instrumento de recolección de datos diseñado para recabar información necesaria para la investigación complementada con el Maslach Burnout Inventory. Las variables a considerar en el presente estudio están constituidas por una dependiente correspondiente al síndrome de Burnout, las independientes conformadas por los factores a evaluar asociados al síndrome. Para el análisis estadístico se aplicó pruebas de significancia estadística dada por Chi Cuadrado de Pearson, con tablas de contingencia para la comparación de resultados de referencia y de la investigación con un intervalo de confianza de un 95% ($p < 0,05$).

En el presente trabajo se realiza la presentación y análisis de los resultados, así como la discusión, conclusiones y recomendaciones del mismo sobre la base de las observaciones realizadas y hallazgos.

Planteamiento y delimitación del problema.

Quienes trabajan en profesiones que se encuentran en íntima relación con el sufrimiento humano, son vulnerables al síndrome de Burnout. Los médicos entre otros profesionales del área de la salud no escapan a esta situación. Ellos están descritos como profesionales de ayuda y están propensos a desarrollar el síndrome de Burnout por encontrarse en un ambiente que propicia el desencadenamiento de diversos factores generadores de este como lo son: exceso de pacientes, largas jornadas laborales, deficiente remuneración, inadecuado ambiente de trabajo, entre otros, lo cual conforma un grupo de factores asociados, destacándose dentro de ellos los estresores laborales de índole psicosocial.

Los factores asociados de índole psicosocial a los cuales deben enfrentarse los médicos están relacionados con su práctica laboral, constituyendo características

propias de la profesión, como trabajar en contacto con el sufrimiento y la muerte de los pacientes.

El síndrome de Burnout está enmarcado dentro de las enfermedades de riesgo ocupacional y actualmente está considerado como un grave problema social y de salud pública que afecta a miles de trabajadores, en particular a aquellos cuyas profesiones demandan una gran interrelación y capacidad de respuesta con las personas hacia las cuales va dirigida su labor, tal como es el caso de los profesionales de la medicina. Se describe como un trastorno adaptativo crónico asociado al inadecuado afrontamiento de las demandas psicológicas del trabajo, sin embargo es más bien un efecto en respuesta a las condiciones organizacionales adversas en las que se desempeña el médico y que afecta y deteriora la calidad de vida de la persona que lo padece y que pudiera disminuir la efectividad de sus labores. No solo hay una dependencia de los recursos del trabajador, sino que también implica los de la organización en la cual se labora

Según la información obtenida en entrevista con personal de la Secretaria Sectorial de Salud de la Gobernación del estado Vargas, el Hospital tipo III “Dr. Rafael Medina Jiménez” de Pariata, por su ubicación y por ser considerado un “hospital de choque” tiene una cobertura de atención estimada entre 50 y 60% de la población del único municipio que conforma al estado Vargas y que es el municipio Vargas, mientras que el restante de la población consultante es asumido por la red ambulatoria y por el otro hospital presente en el estado que corresponde al del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales “Dr. José María Vargas” de la Guaira. Esto probablemente hace que los trabajadores del hospital de Pariata y en particular los médicos residentes y especialistas por tener que enfrentar una serie de acontecimientos diarios relacionados con la profesión, estén en riesgo de experimentar una variedad de problemas de salud tanto físicos, como psicológicos e incluso laborales.

El trabajo del médico ejecutado en condiciones favorables, permite el desarrollo personal, profesional y la obtención de una remuneración, que de ser adecuada y estar en consonancia con el nivel de responsabilidad que tiene el profesional de la salud le permitiría llevar la satisfacción de sus necesidades a un nivel óptimo; sin

embargo en Venezuela en los últimos tiempos se ha observado con preocupación como un importante número de profesionales de la medicina han emigrado, siendo probablemente una de las razones la forma poco adecuada en cómo se les incentiva o retribuye el esfuerzo de los médicos, la cual no es la más adecuada o innovadora, pudiendo esto llevarlos a padecer síndrome de Burnout. Para el año 2017, información suministrada por la Federación Médica de Venezuela indica que una de las razones por la cual médicos venezolanos se han marchado del país es debido a que no reciben un ingreso mensual lo suficientemente adecuado para sentirse satisfechos, si se compara el paquete de ingreso mensual de estos profesionales en otros países que oscilaba para ese entonces entre sesenta mil y más de ciento veinte mil dólares al año. Adicionalmente se hace mención a la agresión permanente a la que son sometidos los médicos en los hospitales la cual constituye otra causa común por la que deciden renunciar. Sumado a ello, está la falta de insumos para poder atender a los enfermos.

A pesar que el síndrome de Burnout podría considerarse ampliamente difundido y estudiado en numerosas instituciones y grupos ocupacionales diversos, en el estado Vargas, en la revisión de la bibliografía sobre este tema no fue posible encontrar información relacionada a nivel local; lo cual constituye una motivación adicional a la pertinencia de esta línea de investigación a los fines de impulsar medidas que tiendan a proteger al trabajador de este síndrome y contribuir de alguna forma con la salud de los profesionales de la medicina en la caracterización de los determinantes de dicha problemática, buscando la respuesta a las siguientes interrogantes de la investigación:

¿Con que frecuencia se presenta el síndrome de Burnout en médicos residentes y médicos especialistas del Hospital tipo III “Dr. Rafael Medina Jiménez” durante el periodo de julio a septiembre de 2016?, ¿Cuáles son las características de los médicos expuestos a padecer el síndrome de Burnout?, ¿Cuáles son los factores asociados al síndrome de Burnout?.

Justificación e importancia.

Contribuir con los profesionales médicos que deben estar formados y capacitados para aceptar, asumir y analizar los problemas de su profesión y desarrollar estrategias adaptativas estables para que su salud mental permanezca íntegra a lo largo del tiempo; siendo necesario para ello, su adiestramiento en recursos adaptativos eficaces con los que poder afrontar las dificultades de la vida profesional y lograr el autocontrol.

Realizar la valoración del ejercicio médico y la implicación que sobre éste tiene un alto nivel de estrés laboral, comprendido a través de altas demandas laborales psicológicas conformadas por grandes cantidades de trabajo en poco tiempo, así como la necesidad de una continua adquisición de conocimientos para mantenerse profesionalmente actualizados, el alto nivel de exigencia, y la necesidad de mantener elevados estándares frente a situaciones cualitativamente complejas.

Generar información que contribuya a comprender que cada vez resulta importante conocer y entender los efectos del trabajo sobre la salud de las personas, y en concreto encontrar medios que permitan prevenir el estrés y sus consecuencias, para contar con una fuerza de trabajo productiva, motivada y saludable.

Verificar si la gran cantidad de pacientes que conlleva al corto tiempo dedicado a las consultas, siendo considerado este exceso de pacientes como una consecuencia de la distribución demográfica de la población, así como la desarticulación entre los sistemas de atención a la salud, tiene influencia sobre el padecimiento del síndrome de Burnout.

Debido a lo antes expuesto se considera importante el abordaje de la problemática ya planteada en los médicos residentes y médicos especialistas del Hospital tipo III “Dr. Rafael Medina Jiménez”, ubicado en la localidad de Pariata, municipio Vargas, estado Vargas, Venezuela, durante los meses de julio a septiembre de 2016, debido a la influencia que esto puede tener sobre la salud física y mental de estos profesionales y sus consecuencias en el desempeño laboral.

Antecedentes.

Pando et al ⁽¹⁾, en el año 2000, llevaron a cabo un estudio transversal con 78 trabajadores del Hospital Ambulatorio de Guayana. El instrumento utilizado para medir el Burnout fue el Maslach Burnout Inventory (MBI). Para medir el estrés se utilizó el Epiestrés como herramienta de auto administración útil para el tamizaje de poblaciones estresada. Los resultados obtenidos demostraron que el 25% de los participantes califico como estresados, un 10,3% de los sujetos presento un nivel medio de Burnout y 6,5% presentaron niveles altos.

En 2002 Sobreques ⁽²⁾, realizó un estudio observacional transversal en la provincia de Barcelona, para describir la satisfacción laboral de los médicos de la atención primaria y analizar su relación con el desgaste profesional y las características sociodemográficas de los médicos. En el estudio participaron 603 médicos de 93 centros de salud de atención primaria. Para la recolección de datos se utilizó un cuestionario para las características sociodemográficas, el Maslach Burnout Inventory (MBI) y el de satisfacción profesional (Font Roja-9-dimensiones). Se obtuvo como resultado una satisfacción media global de 3,02 en una escala del 1 al 5, siendo el 5 el máximo de satisfacción profesional; se encontró asociación positiva entre la satisfacción global y las siguientes variables: menos años trabajando, centros acreditados para la docencia, y deseo de recibir información de la encuesta; bajos niveles de satisfacción se asociaron a puntuaciones altas de cansancio emocional y despersonalización y bajo en realización personal. El análisis de la satisfacción global (Font Roja) puso de manifiesto correlaciones significativas con las tres subescalas: cansancio emocional ($r = -0,58$; $p < 0,001$), despersonalización($r = -0,26$; $p < 0,001$) y realización personal($r = -0,30$; $p < 0,001$).

Ese mismo año, Cedeño et al ⁽³⁾, realizó un estudio descriptivo para conocer la prevalencia del Síndrome de Burnout en Médicos Residentes de Postgrado de Medicina Familiar y Médicos Familiares en Venezuela. Para ello se encuestó a un grupo de 127 médicos a través del cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) y otro de datos socioeconómicos y laborales. Las variables a analizar fueron: Desgaste Profesional (Burnout) con sus componentes Cansancio Emocional,

Despersonalización y Logros Personales; y las variables género, estado civil, ocupación, institución donde labora, años de ejercicio profesional realización de guardias y tipo de contratación. Se clasificó el Burnout en Alto, Medio y Bajo y se relacionó con las variables referidas. Se resumieron en porcentajes y las diferencias se contrastaron con el Chi cuadrado y un nivel alfa de 0,05. Se consiguió Bajo nivel de Burnout, Baja Despersonalización, Altos Logros Personales y Bajo Cansancio Emocional. El nivel Alto de Burnout fue mayor en residentes, en contratados y en los primeros años de ejercicio profesional, no hubo diferencias en cuanto a género, estado civil, institución donde labora, ni realización de guardias.

En 2003, Cordero ⁽⁴⁾, desarrolló una investigación descriptiva transversal en Residentes en Puericultura y Pediatría del Hospital Universitario Pediátrico “Dr. Agustín Zubillaga” en Barquisimeto, Venezuela; cuyo fin fue el de desarrollar las fuentes de estrés laboral, en donde se utilizó la escala de Ajetreos Diarios de Kanner; encontrando una prevalencia del 60% en la muestra estudiada, la cual fue de 40 individuos, siendo los médicos residentes de segundo año el grupo académico más afectado, y las fuentes individuales las que siempre causan estrés laboral.

Para el año 2004, Cabello et al ⁽⁵⁾, mediante una investigación transversal en Residentes del Hospital Universitario de los Andes, cuyo principal objetivo fue determinar la prevalencia de Síndrome de Quemado en muestra de 187 individuos pertenecientes a postgrados académicos, clínicos y quirúrgicos, en edades comprendidas entre 28 y 42 años, se utilizó como instrumento de recolección de datos el Maslach Burnout Inventory, en donde el agotamiento personal fue la única dimensión de este síndrome presente en la población estudiada, con predominio de niveles moderados a altos, siendo el grupo más afectado, los residentes de primer año; así mismo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los sexos.

En 2007, Volcanes et al ⁽⁶⁾, determinaron la frecuencia del síndrome de Burnout en los médicos de familia que laboran en los diferentes establecimientos de la red ambulatoria de salud en el estado Mérida. En su investigación de tipo descriptiva transversal que involucró una muestra de 120 médicos de familia y en el cual se

utilizó el Maslach Burnout Inventory como instrumento de recolección de datos arrojó que se encontró un nivel bajo de Burnout (4.9%). Los valores obtenidos en las dimensiones del síndrome fueron de 11.9 +/- 9.8 en Cansancio Emocional, 2.3 +/- 4.2 en Despersonalización y 44.7 +/- 5.8 en Realización Personal. Al integrar los niveles medio y alto en Cansancio Emocional y Despersonalización y los valores medio y bajo en Realización Personal se obtuvo valores de 23.4%, 16% y 11.1%. Concluyeron para su estudio que el síndrome de Burnout no es una patología prevalente en los médicos de familia estudiados, aunque está presente un riesgo epidemiológico importante caracterizado de la siguiente manera: personal con menos de 20 años de servicio que trabaja en una sola institución, que realizan labora en el hogar y permanecen más de 4 horas en contacto con paciente. Se obtuvo una relación baja entre las variables socio demográficas y las dimensiones de éste síndrome.

Rueda M ⁽⁷⁾, en 2009, en su trabajo de investigación correlacional prospectivo titulado “Síndrome de desgaste profesional en Residentes de Cirugía”, del Servicio Autónomo Hospital Universitario de Maracaibo, contando con una muestra de 24 individuos y en el que igualmente al analizar los porcentajes para las dimensiones del síndrome de Burnout se obtuvo que fueron bajos para Agotamiento Emocional y Despersonalización y altos para Realización Personal. Se consideró la frecuencia del cansancio emocional con respecto a la edad y sexo y al año de residencia obteniendo que de los 16 masculinos, 14 presentaron puntuación baja (58.33%) y 2 elevada (8.33%) del 1er año los 2, y de los 6 femeninos todas presentaron puntuación baja. Con respecto a la despersonalización, todos los residentes femeninos y masculinos de cualquier año presentaron puntuación baja y con respecto a la realización personal todos los residentes presentaron puntuación alta.

En 2010, Torrealba et al ⁽⁸⁾, en su investigación titulada “Síndrome de Burnout en los médicos del Servicio de Emergencia del Hospital “Dr. José Francisco Molina Sierra”, I.V.S.S., Puerto Cabello, y su relación con la calidad de la atención médica prestada”, la cual consistió en una investigación descriptiva, de tipo prospectivo, seccional, basada en la aplicación de 2 encuestas, una dirigida a los médicos y otra dirigida a

los pacientes. La población total de los médicos en 48 médicos y 100 de pacientes. Los datos recolectados se les aplicó el test de homogeneidad de la varianza de Bartlett's, ANOVA (para datos distribuidos normalmente) y test de Kruskal-Wallis (para dos grupos). En el caso de las variables cuantitativas se realizó una regresión. Los datos de los pacientes se analizaron en forma porcentual. Respecto a las observaciones encontradas en el personal médico se obtuvo como resultado que las mujeres presentan una mayor realización personal ($X = 28,05$). Los solteros son los que mayor nivel de despersonalización poseen ($X = 10,3$). Se puede observar que los médicos residentes tienen mayor cansancio emocional ($X = 17,15$). Según las medias son los que trabajan en 3 turnos los que sufren mayor despersonalización ($X = 12,60$) Los de mayor despersonalización son los que trabajan en el servicio de Medicina Interna ($X = 10,56$).

Ese mismo año Tepedino et al ⁽⁹⁾, realizaron una investigación sobre el síndrome de Burnout en médicos residentes del Hospital Universitario de Caracas. En su estudio analítico de corte transversal que evaluó a 203 residentes de postgrado del Hospital Universitario de Caracas y en el que se empleó el cuestionario de Maslach (MBI-HSS) en español, la participación fue voluntaria y fueron excluidos aquellos con padecimientos psiquiátricos mayores. Resultados: se determinó que 17,7% poseen grados altos en dos dimensiones y moderado en alguna. De la misma forma, se determinó que 15,8% presentan bajos grados en todas las dimensiones. El 55,2% de los evaluados presentan diversos grados de afectación en las 3 dimensiones, sin cumplir con los criterios diagnósticos de desgaste profesional. En la dimensión de agotamiento emocional del desgaste profesional, la media fue 24,85 puntos (Moda=18; D.T. $\pm 10,997$; Variación=2-51) correspondiendo con un nivel medio de agotamiento emocional. Se observó alto grado de agotamiento emocional en 42,9% y bajo grado en 31,5%. Al evaluar la despersonalización de los evaluados, se evidenció una variación en los puntajes desde cero hasta 29 puntos (Media=8,19; D.T. $\pm 6,597$), el 41,9% de los encuestados presentó bajo grado de despersonalización, mientras que 32% presentó alto grado. En la dimensión de realización personal, el promedio fue 37,73 puntos (Moda=42; D.T. $\pm 6,722$; Variación=12-48), correspondiendo con un grado bajo de baja realización personal

en 39,9% de los evaluados, mientras que 29,1% presentó alto grado de baja realización personal. No existe asociación entre el sexo y el desgaste profesional ($X^2=0,841$; $p=0,362$; RR 1,5 / I.C.95%=0,592-4,200). Podría existir mayor riesgo de padecer desgaste profesional en las mujeres, pero no puede aseverarse con suficiente exactitud. La condición de unión estable (residentes casados o concubinos) no constituye un factor de riesgo para desarrollar desgaste profesional. Se determinó que pertenecer al servicio de Ginecología y Obstetricia eleva el riesgo de padecer desgaste profesional hasta 3 veces (Test Exacto de Fisher= $0,059$; $p=0,036$; RR=3,358 / I.C.95%=1,017-12,453).

También en 2010, Dávila et al ⁽¹⁰⁾, en su investigación titulada “Relación entre el síndrome de Burnout y la percepción sobre el clima organizacional en médicos del área de emergencia” encontraron que respecto al Burnout en su dimensión agotamiento emocional una media de 22, lo que quiere decir que sus niveles de cansancio emocional por las altas demandas del trabajo están ubicadas en un nivel medio. Respecto a la dimensión despersonalización se obtuvo una media de 6, lo que indica que los médicos reconocen en sí mismos actitudes de frialdad y distanciamiento relacional con los pacientes de manera moderada, ubicándolos en un grado medio de padecimiento del síndrome de Burnout. Y en la última dimensión, realización personal se obtuvo una media de 42, lo cual se encuentra en el nivel bajo, lo cual revela que los médicos tienden a evaluarse negativamente sintiendo que no se desempeñan tan bien como lo hacían al comienzo.

Escalona et al ⁽¹¹⁾, en 2011, estudiaron la prevalencia del Síndrome de Desgaste Profesional en Médicos Residentes de los Postgrados de Medicina Interna, Pediatría, Cirugía y Ginecología-Obstetricia del Hospital Central de Maracay, y su relación con variables socio-demográficas y laborales. En su estudio de corte transversal con un universo de 194 Médicos Residentes, y muestra de 153 médicos, haciendo uso del Cuestionario de Maslach Burnout y un cuestionario de variables socio-demográficas y laborales encontraron que la prevalencia del Síndrome fue 11,76% y que la prevalencia fue mayor en mujeres, solteras, sin hijos. Así mismo concluyen que el apoyo familiar es un factor protector contra la aparición del síndrome.

Para el año 2012, Parra P ⁽¹²⁾, realiza investigación titulada “Síndrome de desgaste profesional (Burnout) en médicos cursantes de postgrados de la Facultad de Medicina de la Universidad de los Andes”, y por medio de un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal, con una población conformada por 215 médicos cursantes de postgrados universitarios de la Universidad de los Andes, encuentra que 8,37% de los individuos estudiados presentan síntomas crónicos de agotamiento emocional. Según la investigación, en escala de despersonalización 45,12% presentan síntomas leves y 3,72% síntomas moderados. Para la escala de falta de realización personal 42,33% presentan síntomas leves, 0,93% síntomas moderados y 0,47% presentan manifestaciones en forma crónica relacionadas con falta de realización profesional.

Ese mismo año, Orozco et al ⁽¹³⁾, en su investigación descriptiva transversal titulada “Estudio Comparativo del Desgaste Profesional en Residentes de Postgrado Clínico de la Universidad de Carabobo. Venezuela”, trabajando con una muestra de 88 médicos residentes y 52 odontólogos y haciendo uso para la evaluación del cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI), se encontró que el MBI fue alto en los residentes de odontología (69,81%) y de nivel medio en los de medicina (56,66%). En las dimensiones evaluadas, se observó mayor agotamiento emocional y deshumanización en los residentes de odontología, en ambos sexos, con altos niveles de realización personal en los de medicina. El agotamiento emocional fue mayor en el sexo femenino ($p= \leq 0,05$) y el mismo se presentó en un nivel alto en los residentes de odontología 66,2% ($p= \leq 0,05$).

En 2013, Tariffe M ⁽¹⁴⁾, publica su trabajo intitulado “Síndrome de Burnout en residentes del postgrado de Medicina Interna, de la Universidad de Carabobo, Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera”. Con una investigación no experimental, de diseño transversal descriptivo y correlacional, estudia el Síndrome de Burnout como una patología derivada de la interacción del individuo con condiciones psicosociales nocivas de trabajo, crónica, caracterizado por altos niveles de Agotamiento Emocional y Despersonalización, y bajos niveles de Realización Personal, en una población y muestra de 48 residentes del Postgrado de Medicina Interna, de la

Universidad de Carabobo (UC), que laboran en la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”. Hace uso del cuestionario Maslach Burnout Inventory, bajo consentimiento informado, durante actividades de postguardia y no postguardia, considerando las variables sexo, estado civil, descendencia, tiempo de graduación, año de postgrado, área de desempeño laboral. Concluye que los médicos presentan altos niveles de Agotamiento Emocional y Despersonalización, con niveles medios de Realización Personal, indistintamente si se encuentran de postguardia o no. Recomiendan establecer programas de mejoramiento psicosocial y trabajo en equipo como herramientas para evitar o disminuir el síndrome de Burnout.

Ya para 2015, Kurusis, et al ⁽¹⁵⁾, en una investigación de campo, descriptiva transversal que lleva por título “Burnout en médicos residentes del Postgrado de Cirugía del Hospital Central de Maracay”, aplicando el Test de Maslach Bournot Inventory a los 24 residentes de postgrado del Hospital Central de Maracay, que accedieron a participar. Se establece que efectivamente hay un nivel de síndrome de Burnout elevado en los residentes del Servicio de Cirugía del Hospital Central de Maracay, lo cual queda evidenciado en cada una de las subescalas de evaluación. Los resultados de la Escala de Maslach Burnout Inventory para la dimensión Agotamiento emocional, arroja un nivel alto de agotamiento emocional representando por 50%, seguido de nivel medio 16,67%, y un nivel bajo 33,33%. Realización Personal arrojó un nivel alto con 33,33%; nivel medio 50% y nivel bajo con 16,67%; tomando en cuenta que a mayor puntuación mayor es el nivel de realización personal.

En ese año, Pérez I ⁽¹⁶⁾, realizó una investigación titulada “Síndrome de Burnout y Estrés Laboral en Residentes de Medicina Interna de un Hospital Tipo IV”. El trabajo se fundamentó en un estudio transversal, observacional y comparativo. La población estuvo constituida por 20 médicos residentes del postgrado de medicina interna de diferentes grados, seleccionados al azar del Hospital Universitario de Maracaibo, ubicado en el municipio Maracaibo, Estado Zulia-Venezuela. Se implementó la observación directa y dos encuestas formales (Burnout de Maslach y estrés laboral). Según los resultados obtenidos, la estadística descriptiva en cuanto a la

media y la desviación estándar de las variables: Agotamiento emocional, realización personal en el trabajo y despersonalización, la población encuestada posee un grado de Burnout medio y un estrés laboral alto.

Marco Teórico.

El trabajo es un elemento del desarrollo humano de incalculable valor, ya que por medio de este no solo se logra la satisfacción de muchas necesidades, sino que permite poner en práctica y ejecutar una serie de conocimientos, así como relacionarse y sentirse útil como individuo. ⁽¹⁰⁾

El ser humano, en el desempeño de su trabajo está relacionado con unas condiciones y con un ambiente en el cual ejecuta su trabajo; sin embargo, como consecuencia de la ejecución del mismo, cuando las condiciones no son favorables, a pesar de conseguir los logros previstos, pueden originarse daños a la salud del trabajador expresado en accidentes de trabajo, enfermedades ocupacionales, fatiga y estrés, entre otros. ⁽¹⁷⁾

El ambiente en el que se ejecuta el trabajo posee particularidades dentro de las cuales deben desenvolverse los trabajadores, y es así pues como las situaciones que puedan presentarse con motivo del trabajo van a tener una incidencia (positiva o negativa) sobre la efectividad laboral. En este ambiente, uno de los factores fundamentales es el rendimiento del trabajador, por lo que es importante que el personal no trabaje más allá de los límites máximos de sus resistencias y debe evitarse a toda costa en cuanto sea posible la exposición constante e innecesaria a riesgos de diversa índole que puedan ser responsables en lo inmediato de accidentes y en lo futuro de enfermedades ocupacionales. ⁽¹⁷⁾

La práctica médica, como trabajo, debido a sus características propias, que en muchos casos requiere inmediatez en la respuesta y ejecutarla en un ambiente laboral en donde muchas veces las condiciones son adversas por factores como las debilidades en cuanto a espacio físico, carencia de insumos, entre otros; implica un alto nivel de estrés laboral, por el enfrentamiento que debe realizar el medico a situaciones complejas, originándose así factores que pueden influir en forma

negativa sobre la salud y la calidad de vida del personal que presta asistencia médica, pudiendo traer como consecuencia una disminución en la efectividad de la atención sanitaria.

En los últimos 40 años se han realizado numerosas investigaciones desde diferentes aproximaciones sobre estrés y el síndrome de Burnout, las cuales han intentado, inicialmente, delimitar conceptos y generar modelos explicativos, pasando posteriormente a un acentuado interés por la evaluación y el diagnóstico de esta problemática, lo que permitiría finalmente generar estrategias eficaces de prevención e intervención. ⁽¹⁸⁾

Sin embargo, la información disponible respecto a la prevalencia e incidencia de estas patologías es fragmentada. No hay algún estudio epidemiológico que permita visualizar el porcentaje de la población real que la padece, y aunque hay investigaciones que se han abocado a realizar esfuerzos en torno a determinar la prevalencia en diferentes campos y diferentes poblaciones, su información no ha sido unificada ⁽¹⁹⁾, pudiendo encontrar en el caso del personal de salud, por ejemplo, que las incidencias del síndrome de Burnout son diferentes. Así pues, en el estudio de Grau et al del año 2007, en donde se toman más de diez mil personas de habla hispana, que laboran en salud a través del portal electrónico de la página intramed, se muestran incidencias muy variables según el país, por ejemplo: 14,9% en España, 14,4% en Argentina, 7,9% en Uruguay, 4,2% en México, 4% en Ecuador, 4,3% en Perú, 5,9% en Colombia, 4,5% en Guatemala y 2,5% en El Salvador. ⁽¹⁹⁾

En Venezuela, datos encontrados en otras investigaciones relacionadas con el síndrome de Burnout en personal de salud en las cuales se usa como instrumento de medición el Maslach Burnout Inventory, muestran grandes diferencias en la prevalencia, encontrando así por ejemplo que en el estudio de Quiroz et al en el año 2000, reportan una prevalencia de 12,3% en una muestra de 137 profesionales de la salud; mientras que Prada et al en una muestra de 104 individuos trabajadores del sector salud reportan una prevalencia de 6,73%. ⁽¹⁹⁾

Se dice que la prevalencia del síndrome de Burnout tiene un pico en dos periodos de tiempo, el primero durante los dos primeros años de carrera profesional y el segundo en personas que han cumplido diez años de labores. ⁽¹⁹⁾

El riesgo equivale a efecto, y es concebido desde el punto de vista epidemiológico como ocurrencia de una patología (o evento) en una población expuesta a un factor o factores de riesgo, expresado a través del tasas de incidencia ⁽²⁰⁾; mientras que un factor de riesgo, es cualquier característica o circunstancia que se sabe asociada con un aumento en la probabilidad de causar o desarrollar un proceso mórbido. Estos factores de riesgo pueden ser biológicos, ambientales, de comportamiento, socioculturales, económicos, etc., y pueden sumándose unos a otros, aumentar el efecto aislado de cada uno de ellos produciendo a su vez un efecto de interacción ⁽²¹⁾. Entre los factores que se saben asociados para el síndrome de Burnout, el estrés es el más determinante.

Encontramos que el síndrome de Burnout o desgaste profesional y el estrés fueron considerados durante mucho tiempo como un mismo fenómeno. Shwartzmann definió el primero como un “trastorno adaptativo crónico asociado a demandas y exigencias laborales, cuyo desarrollo es insidioso y frecuentemente no reconocido por la persona, con sintomatología múltiple, predominando el agotamiento emocional”. ⁽²²⁾

No obstante a ello, este fenómeno se ha venido estudiado desde 1974, cuando Freudenberg describió un cuadro de agotamiento laboral en voluntarios de la Clínica Libre para toxicómanos en Nueva York, que los transformaba en personas rígidas, tercas e inflexibles, apareciendo desmotivados, poco comprensivos y hasta agresivos con los pacientes. Estos sujetos refirieron el fenómeno como fracaso y agotamiento por haber realizado excesivas demandas a la energía propia y a los recursos personales. ⁽²³⁾

En 1976 Cristina Maslach empleó por primera vez el término Burnout o quemado, siendo pionera en el uso del MBI (Measure of BurnoutInstrument), que es ampliamente usado en la actualidad. Esta psicóloga social describió el fenómeno

como un “síndrome de agotamiento emocional, deshumanización y baja realización personal” que puede ocurrir en individuos cuyo trabajo requiere contacto continuo con otras personas ⁽²⁴⁾. Así mismo estableció los elementos de este trastorno, los cuales son: Cansancio Emocional, Despersonalización y Baja Realización Personal.

El síndrome de Burnout es concebido como un trastorno adaptativo ante el estrés crónico, el cual ha sido caracterizado por ⁽²⁵⁾:

- Un marcado agotamiento o cansancio emocional representado por tedio (o aburrimiento), disminución de energía y sentimiento de incapacidad afectiva.
- Despersonalización o mecanismo de defensa ante el aumento de sentimiento de impotencia y expresado por pérdida de empatía humana y cinismo ante las personas, objeto del trabajo.
- Baja realización personal, entendida como una desvalorización profesional manifiesta en el cuestionamiento de las tareas y de las capacidades propias.

Respecto a los factores asociados al síndrome de Burnout, se ha encontrado que muchos de los estudios que se han realizado en torno a la investigación del síndrome, han intentado buscar una correlación entre los componentes del Burnout y los posibles antecedentes a la presentación de éste. ⁽¹⁹⁾

Leiter y Harvie en 1996, en su investigación titulada Burnout Among Mental Health Workers: a Review and a Research Agenda International, publicada en el Journal of Social Psychiatry agruparon estos antecedentes en 3 grandes grupos: las características individuales, las características del cliente y las características del ambiente de trabajo. ⁽¹⁹⁾

- Características individuales.

Según Ackerley, la posición teológica o ideológica tiene una gran influencia en el desarrollo del Burnout, otros factores asociados son el hecho de que las personas tengan conocimiento de técnicas de prevención del Burnout, el grado de

satisfacción que obtienen con actividades de ocio, su capacidad de empatía, el grado de aceptación de perspectivas de los otros, la capacidad de exteriorización o internalización del enojo, las estrategias de afrontamiento o de Coping, el tener un sentido o propósito en la vida, el grado de tensión experimentada en situaciones interpersonales, la práctica de ejercicio físico, relajación y calidad y cantidad de sueño, entre otras.⁽¹⁹⁾

En los últimos años, se le está prestando atención a otro factor individual conocido con el nombre de inteligencia emocional, que se refiere a “la habilidad de percibir con exactitud, valorar y expresar emociones, la habilidad de generar sentimientos que faciliten el pensamiento, la habilidad de comprensión emocional y conocimiento emocional y la habilidad de regular emociones para promover el crecimiento intelectual y emocional”. Este concepto plantea una nueva forma de visión en el estudio de las emociones, ya que dejan de ser elementos perturbadores de los procesos cognitivos para convertirse en fenómenos vitales del ser humano que proporcionan información útil para solventar problemas cotidianos. Así pues, el uso inteligente de las emociones puede ayudar a nuestra adaptación psicológica y física.⁽¹⁹⁾

La relación del concepto de inteligencia emocional con el Burnout radica en el hecho de que éste último se caracteriza por la presencia de diversas emociones negativas que llevan a una pérdida tanto de la calidad como del rendimiento en el trabajo que puede extenderse a otras áreas que afectan la calidad de vida de las personas.⁽¹⁹⁾

- Características del cliente.

Consideramos para esta investigación como cliente a esa persona que acude al servicio de salud buscando atención bajo la modalidad de paciente.

Según Maslach y Jackson, las características del cliente y el tipo de contacto con este son un factor definitivo para el desarrollo de Burnout en todos los prestadores de servicios humanos.⁽¹⁹⁾

Se hace una focalización en factores como el número y el tipo de casos, así como el nivel de contacto con el cliente (el contacto será bajo con 50% o menos de

contacto directo con el cliente). Factores importantes a considerar incluyen la percepción de tener demasiados casos, altos niveles de tensión, poco tiempo para realizar el trabajo y el número de horas de contacto con el paciente por semana. ⁽¹⁹⁾

Las actitudes de los clientes tienen un gran impacto sobre el trabajador, el comportamiento negativo o agresivo de parte de un cliente ha correlacionado positivamente para Burnout en algunos subgrupos de salud mental como psicoterapeutas y enfermeros. ⁽¹⁹⁾

- Factores sociodemográficos.

La mayor incidencia de Burnout se da en personas jóvenes, género femenino, solteros, sin pareja estable, portadores de personalidades optimistas, con expectativas altruistas elevadas, deseos de prestigio y mayores ingresos económicos, portadores de alguna psicopatología de fondo. ⁽¹⁹⁾

- Características del trabajo o Factores psicosociales laborales

Numerosos estudios han relacionado las características de los ambientes laborales con la aparición de Burnout. Por ejemplo se ha demostrado una clara diferencia entre laborar en entornos privados versus instituciones públicas. La ambigüedad de roles, en cuanto a que un trabajador no tenga un perfil claro de trabajo y sea sobrecargado con labores de otros funcionarios, el tipo de administración del liderazgo hacia los empleados, una percepción de poco o nulo apoyo por parte de los superiores, dificultad para acceder a los recursos para los clientes, falta de satisfacción en el trabajo y autoestima profesional, carencia de innovación en el trabajo y ambientes confortables, son algunas de las características asociadas al desarrollo del Burnout . ⁽¹⁹⁾

La violencia en el lugar de trabajo aparece como una amenaza grave y a veces letal, contra la efectividad y el éxito de las organizaciones y es causa de perturbaciones inmediatas a largo plazo. La empresa u organización afectada por

violencia ve deteriorada su imagen corporativa, las relaciones interpersonales, la organización del trabajo, la productividad, el ambiente laboral y la atención a los clientes. Esto se refiere no solo a aspectos concernientes a violencia física, sino también la que se produce a través de un comportamiento repetitivo que paulatinamente va dañando la integridad psicológica del afectado y que puede llegar a tener repercusiones incluso mayores que la violencia física. ⁽¹⁹⁾

La violencia puede tener resultados negativos sobre la organización por ejemplo, desarrollo de baja moral del trabajador, estrés laboral progresivo, mayor rotación del personal, disminución en la confianza hacia la dirección y hacia los compañeros de trabajo, y un entorno de trabajo hostil. ⁽¹⁹⁾

El que a nivel organizacional no se posibilite la toma de decisiones, que haya excesiva burocratización o demasiada complejidad y formalización de la empresa o institución para la cual se labora; ambientes donde no se posibilite la promoción y se frustren las expectativas de los empleados, trabajos con cambios en los turnos laborales y el horario de trabajo, empresas que no brinden seguridad y estabilidad en el puesto, ambiente laboral que no permite al empleado controlar las actividades a realizar, ambientes donde no haya retroalimentación de la propia tarea, trabajos mal remunerados, empresas con una estrategia de minimización de costos en las que se reduce el personal ampliando las funciones y responsabilidades de los trabajadores o que no invierten en el desarrollo y capacitación del personal, ambientes físicos de trabajo con problemas de condiciones ambientales, ruido, temperatura, etc. Ambientes donde las relaciones interpersonales con compañeros, clientes y otros sean de difícil comunicación, mayores turnos laborales o sobrecarga laboral ⁽¹⁹⁾ son causa probable para la aparición del Burnout.

Definitivamente hay factores organizacionales relacionados con la aparición del Burnout , tales como pesadas cargas de trabajo, escasez de tiempo para cumplir con los deberes y el clima de interacción en unidades de cuidado de la salud, sin embargo, no todos los trabajadores en un mismo lugar de trabajo se ven

afectados. De ahí la importancia de considerar los factores individuales que podrían inducir susceptibilidad para desarrollar el Burnout. ⁽¹⁹⁾

Dentro de las características ⁽²⁶⁾ del síndrome se puede señalar que:

- Es insidioso, se va impregnando poco a poco. El trabajador deja de tener un día libre y al día siguiente al despertar ya se siente “quemado”.
- Es oscilatorio, dentro de una misma persona con intensidad variable, presentándose y aparentemente desapareciendo luego.
- Se tiende a negar, ya que se vive como una experiencia de fracaso profesional y/o personal.
- Puede llegar a ser irreversible, pues en algunos casos su “virulencia” es tal, que la única alternativa de escape del trabajador afectado es el abandono de la asistencia.
- Está ligado a profesiones que requieren frecuentemente interaccionar con otras personas, en donde tiene importancia la carga emocional derivada de esta interacción y las condiciones en las cuales se lleva a cabo la misma.

Las condiciones de trabajo del personal de salud son de tipo internas y externas, siendo las internas dependientes del individuo y de la actividad específica de la tarea, y las externas conformadas por las características socioeconómicas y los factores ambientales. ⁽²⁶⁾

Dentro de las condiciones externas están ⁽²⁶⁾:

- Condiciones del entorno físico para el trabajo: constituido por la higiene, áreas de descanso, ruido, falta de espacio físico, mala iluminación, e inadecuada ventilación.
- Organización del trabajo.
- Competencia Laboral: causada por los pocos cargos, con un bajo pago que no recompensa adecuadamente las tareas realizadas.

- Insuficiencia de recursos: por la falta de presupuesto, que conlleva a la carencia de materiales médico-quirúrgicos.
- Las guardias nocturnas: que conllevan a trastornos biológicos y emocionales por alteraciones del ritmo circadiano.
- Sobrecarga de trabajo: siendo esta cualitativa y cuantitativa. La cualitativa implica la competencia, el conocimiento y las habilidades del personal de salud. Y la cuantitativa, el exceso de pacientes, tareas y horas de trabajo.
- Exposición de riesgos y peligros: constituida por el riesgo de infección con agentes biológicos.

Las Fases del Síndrome de Burnout ⁽¹⁰⁾ son las siguientes:

- a. Fase inicial de entusiasmo: Se experimenta, ante el nuevo puesto de trabajo, entusiasmo, gran energía y se dan expectativas positivas. Se presta poca importancia a que se extienda la jornada laboral.
- b. Fase de estancamiento: No se cumplen las expectativas profesionales. Se comienza a valorar las contraprestaciones del trabajo, percibiendo que la relación entre el esfuerzo y la recompensa no es equilibrada. En esta fase tiene lugar un desequilibrio entre la demanda y los recursos (estrés).
- c. Fase de frustración: Se puede describir una tercera fase en la que la frustración, desilusión o desmoralización hace presencia en el individuo. Aquí el trabajo carece de sentido, la persona se torna irritable y provoca conflictos dentro del ambiente de trabajo. La salud puede comenzar a fallar y dar paso a la aparición de problemas emocionales, fisiológicos y conductuales.
- d. Fase de apatía: En esta fase suceden una serie de cambios actitudinales y conductuales como mecanismo de defensa, como la tendencia a tratar a las personas con las que se interactúa con distancia y de forma mecánica. Se da una anteposición cínica de la satisfacción de las propias necesidades al mejor servicio

de con quien se interactúa (paciente o cliente) y por un afrontamiento defensivo-
evitativo de las tareas estresantes y de retirada personal.

- e. Fase de quemado: Esta dada por el colapso emocional y cognitivo, fundamentalmente con importantes consecuencias para la salud. En esta fase el trabajador se puede ver obligado a dejar el empleo y arrastrarle a una vida profesional de frustración e insatisfacción.

Los procesos determinantes del síndrome de Burnout ⁽¹⁰⁾, que se describe según Cynthia L. Cordes y Thomas proponen un modelo explicativo mediante el cual se adquiere esta patología y el mismo contempla:

1. La existencia de altos niveles de demanda para la realización del trabajo es el determinante primario del agotamiento emocional. Estas demandas incluyen la sobrecarga laboral, conflictividad del puesto de trabajo y contactos personales en el ejercicio de las funciones laborales directas, frecuentes y extensas.
2. La presencia de altos niveles de agotamiento emocional son el primer desencadenante de la despersonalización, siendo esta proposición especialmente verificable en varones que han sido socializados laboralmente de forma altamente profesionalizada e impersonal.
3. Quienes experimentan agotamiento emocional son más proclives a “cosificar” a las personas con las que se relacionan laboralmente, intensificándose esta tendencia si trabajan en un ambiente burocrático, rígido, con escasa o nula participación en la adopción de decisiones y con un sistema de incentivos no equitativo respecto de las contingencias organizacionales (efectividad, dedicación, etc.).
4. Los trabajadores que padecen de altos niveles de despersonalización alteran sus relaciones con los “clientes”, con sus colegas, y con la organización de forma tal que inhiben su percepción de auto efectividad.
5. Cuando las personas juzgan que su esfuerzo no espreciado, o que es inefectivo o inadecuado, disminuyen la autovaloración de sus capacidades.

6. La disponibilidad de recursos que tiene la persona para proteger su sensación de bienestar laboral amortigua el efecto del proceso que instaura la patología del “quemado laboral”.
7. La percepción del soporte organizacional y personal aminora el riesgo de agotamiento emocional, despersonalización y deterioro de la auto-evaluación de competencia personal.

Hay diferentes tipos de manifestaciones del síndrome de Burnout ⁽²⁷⁾, a saber:

- Manifestaciones mentales: sentimientos de vacío, agotamiento, fracaso, impotencia, baja autoestima y pobre realización personal. Es frecuente apreciar nerviosismo, inquietud, dificultad para la concentración y una baja tolerancia a la frustración, con comportamientos paranoides y/o agresivos hacia los pacientes, compañeros de trabajo y la propia familia.
- Manifestaciones físicas: el espectro clínico abarca cefalea, insomnio, algias osteo-musculares, alteraciones gastrointestinales, taquicardia, hipertensión, disminución de la libido, depresión transitoria del sistema inmunológico que lo hace susceptible al padecimiento frecuente de afecciones respiratorias.
- Manifestaciones conductuales: predominan las conductas adictivas y evitativas, consumo aumentado de café, alcohol, fármacos, drogas ilícitas, absentismo laboral, bajo rendimiento personal, distanciamiento afectivo de los enfermos y compañeros de trabajo y frecuentes conflictos interpersonales en el ámbito de trabajo y dentro de la propia familia.

Se describen además otras manifestaciones desde perspectivas distintas ⁽¹⁰⁾:

- Manifestaciones socio-laborales: problemas interpersonales con pacientes, compañeros, superiores o subordinados, distanciamiento afectivo-defensivo al llevar a la casa los problemas laborales, lo cual se traduce en conflictos de pareja, hay hipercriticismo y desconfianza hostil. La persona con Burnout no se siente querida o valorada por los colegas o por la organización y por eso se defiende “pagando con la misma moneda con la que él se siente pagado”.

- Manifestaciones organizacionales: hay intención de abandonar el trabajo, cambiar de puesto y un importante ausentismo y/o incumplimiento del horario laboral, así como disminución de la productividad individual.

Tanto en Medicina del Trabajo como en Salud Ocupacional se han realizado esfuerzos para evaluar esta problemática así como para tratarla.

Con respecto al tratamiento y prevención del síndrome de Burnout, las medidas deben estar estrechamente ligadas a mejorar la calidad de vida del trabajador en lo físico, social y laboral. En tal sentido, deberá orientarse al trabajador acerca de cuál es el mejor tipo de actividad o ejercicio físico que pueda realizar (por ejemplo caminatas, trote, actividades ciclísticas, y otras). Deberá estimularse hábitos y conductas saludables en la alimentación y dar importancia a la higiene del sueño.

Así mismo, es fundamental que el trabajador disponga de tiempo libre para actividades de recreación, esparcimiento e interacción social con amigos y familiares.

A nivel laboral, las intervenciones de prevención dependen en gran parte del respaldo y de la decisión institucional para crear y mantener condiciones que permitan una revisión permanente de las dinámicas y problemas laborales.⁽²⁷⁾

Otros elementos que deben tomarse en cuenta son⁽¹⁰⁾:

- A nivel individual: control de gestión de tiempo, programas de formación curricular, manejo de estrés, cursos de formación continua para aumentar las competitividades, evitar el aislamiento laboral.
- A nivel socio-laboral: soporte social basado en una buena comunicación así como fomentar el trabajo en equipo interdisciplinario.
- A nivel organizacional: definición clara de los objetivos y metas del trabajo, establecimiento de incentivos económicos y profesionales, así como un aumento de la participación de los mismos en la toma de decisiones. Las organizaciones sanitarias deben protagonizar la intervención psicosocial en la formación y el control del estrés laboral. Se hace necesario mejorar la comunicación en el

sistema sanitario a todos los niveles, así mismo debe establecerse una tendencia a la mejora de las relaciones jurídico-laborales de los médicos con sus empleadores. Todo esto estará destinado no solo a mejorar las condiciones del trabajador, sino a mejorar la calidad de la atención en beneficio del usuario lo cual repercutirá de manera positiva en la atención de los pacientes, calidad de vida del médico y efectividad del sistema sanitario

Objetivo General.

- Analizar la prevalencia y factores asociados al síndrome de Burnout en médicos residentes y médicos especialistas del Hospital tipo III “Dr. Rafael Medina Jiménez”, durante los meses de julio a septiembre de 2016.

Objetivos Específicos.

- Determinar la tasa de prevalencia del síndrome de Burnout en el personal mencionado.
- Describir el nivel profesional, la edad, sexo y estado civil de los participantes en la investigación y su asociación con síndrome de Burnout.
- Relacionar factores laborales (horario de trabajo, horas de contacto con pacientes, servicio hospitalario al que pertenece, satisfacción por el salario) como posibles factores asociados al síndrome de Burnout.
- Determinar la presencia de síntomas físicos y emocionales asociados al síndrome de Burnout.

Aspectos Éticos.

Para la realización de esta investigación se solicitó a la dirección del Hospital tipo III “Dr. Rafael Medina Jiménez”, previa valoración de los aspectos éticos, autorización para la realización del mismo, efectuando la explicación de la finalidad e importancia del estudio.

Así mismo se presentó Consentimiento Informado a cada participante, explicando los objetivos y propósito de la investigación. De igual forma se les explico en qué consistiría su participación, se les indicó que la misma sería voluntaria, sin recibir ningún pago por ella, garantizándole el carácter anónimo de la misma y la confidencialidad de la información aportada.

De igual manera se toma en consideración para la realización de la presente investigación aspectos establecidos en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial sobre Principios éticos para las investigaciones médicas ⁽²⁸⁾, donde se aplicará lo siguiente:

- “El deber del médico es promover y velar por la salud de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber”. Lo cual será aplicado en la presente investigación como base ética fundamental.
- “El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas”. Con la presente investigación se pretende considerar una serie de aspectos relativos a cómo afecta el síndrome de Burnout a un grupo de profesionales de la medicina en su actividad prestadora de salud, a los fines de que se planteen las acciones necesarias para el abordaje integral de este problema de salud pública.
- “En investigación médica en seres humanos, el bienestar de la persona que participa en la investigación debe tener siempre primacía sobre todos los otros intereses”. En este sentido, este es uno de los nortes de la investigación ya que

no existe ningún interés económico o material sobre la misma, y si bien el propósito de su realización se enmarca en un contexto académico-formativo el fin último de la misma es considerar los elementos involucrados en el desarrollo del síndrome de Burnout en un grupo de médicos residentes y especialistas a los fines de que se puedan plantear las intervenciones diagnósticas, preventivas y terapéuticas a que hubiera lugar.

- “La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales...”. En tal sentido, para dar cumplimiento a este enunciado es que se realiza la consideración de los presentes aspectos

Siguiendo el mismo orden de ideas, la presente investigación se realiza apegada entre otros a los siguientes principios:

- “Proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación”. En la presente investigación predomina el carácter voluntario y anónimo de participación de cada paciente.
- “La participación de personas competentes en la investigación médica debe ser voluntaria. Aunque puede ser apropiado consultar a familiares o líderes de la comunidad, ninguna persona competente debe ser incluida en un estudio, a menos que ella acepte libremente” y “Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física, mental y social”. En este sentido como ya se hizo mención se garantiza la participación voluntaria y el carácter anónimo de la información aportada por el paciente participante. Esto se hace informado por escrito a través de un consentimiento diseñado para tal fin.

También se consideran para la realización de la presente investigación los aspectos éticos establecidos en el Código de Ética del Fondo Nacional para la Ciencia, Tecnología e Innovación (FONACIT) del Ministerio del Poder Popular para la Ciencia,

Tecnología e Industrias Intermedias (MPPCTII) de la República Bolivariana de Venezuela en cuanto a los Principios de: Responsabilidad, No Maleficencia, Justicia, Beneficencia, Autonomía y Precaución ⁽²⁹⁾.

MÉTODOS.

Tipo de estudio.

La investigación es un estudio descriptivo transversal y de campo. Es descriptivo transversal porque permite en un punto específico del tiempo describir la frecuencia de exposición a un factor en una población definida y de campo porque se realizara la investigación acudiendo a la fuente de información en este caso los médicos residentes y médicos especialistas en el Hospital tipo III “Dr. Rafael Medina Jiménez” de Pariata, municipio Vargas, estado Vargas, Venezuela, durante los meses de julio a septiembre de 2016.

Población y muestra.

La población de médicos del Hospital tipo III “Dr. Rafael Medina Jiménez” de la localidad de Pariata, municipio Vargas, estado Vargas, Venezuela está conformada por un total de ciento cincuenta y seis (156) individuos, de los cuales se seleccionara una muestra la cual estará constituida por sesenta y siete (67) médicos residentes y ochenta y nueve (89) médicos especialistas que laboran en los servicios de Cirugía, Emergencia, Epidemiología, Ginecología, Medicina General, Medicina Interna, Nutrición, Pediatría, Psiquiatría, Terapia Intensiva y Traumatología, lo cual equivale al 98,11% de la población de médicos del centro de salud y que son los que reúnen los criterios de inclusión considerados para poder participar en la investigación.

El muestreo será selectivo porque el investigador selecciona la muestra siguiendo los criterios de inclusión y exclusión, identificados para los fines de este estudio y que son:

- Ser Médico Residente o médico especialista del Hospital tipo III “Dr. Rafael Medina Jiménez” independientemente del tipo de contrato.
- Encontrarse en jornada laboral en el Hospital tipo III “Dr. Rafael Medina Jiménez” al momento de aplicación del instrumento de recolección de datos.

- Haber llenado consentimiento informado y voluntario.
- Se excluirán los Médicos que se desempeñen al momento de realizar la investigación en cargos administrativos, los que manifiesten su negación a la aplicación del instrumento de recolección de datos, y los que al momento de aplicación de la misma no se encuentren realizando actividades laborales en el Hospital tipo III “Dr. Rafael Medina Jiménez”, por motivos de rotaciones extramurales, vacaciones o reposo.

Para la determinación del tamaño de la muestra se realizó a través de un muestreo probabilístico, donde todos los individuos tienen la misma posibilidad de ser seleccionados para suministrarles el instrumento de recolección de datos y con cuyos resultados se pueda generalizar al resto de la población.

Variables

- Variable independiente son los factores asociados a evaluar (sexo, edad, estado civil, nivel profesional, horario de trabajo, horas de contacto con pacientes, servicio hospitalario al que pertenece, satisfacción por el salario, presencia de síntomas físicos y emocionales relacionados con el síndrome de Burnout).
- Variable dependiente es el síndrome de Burnout. Siendo esta una variable cualitativa nominal, haciendo uso del Indicador de medida de Burnout (Maslach Burnout Inventory y del Baremo para su interpretación se convierte en una variable cualitativa ordinal en niveles de síndrome de Burnout expresados en bajo, medio, alto y muy alto.

Operacionalización de las Variables.

Variables Independientes

Variables	Dimensión	Definición	Indicadores	Escala
ASPECTOS SOCIO-DEMOGRAFICOS	Sexo	Condición orgánica femenina o masculina, determinada por la carga cromosómica, expresada por el participante al momento de aplicación del instrumento de recolección de información	Sexo	De razón: masculino o femenino
	Edad	Edad expresada en número de años de cada sujeto participante en la investigación contados a partir de su fecha de nacimiento hasta el día de aplicación del instrumento de recolección de	Edad	Nominal: rangos de grupos de edad
	Estado Civil	Definido por la situación conyugal actual del participante (soltero, casado, divorciado, viudo y otro)	Estado Civil	Nominal: soltero, casado, divorciado, viudo, otro
	Nivel Profesional	Definido por el título obtenido al final de las distintas etapas de la educación médica, siendo estas médico general (para residente asistencial de 1º o 2º año) y médico especialista.	Mención del título académico	Nominal: médico general (residente 1º o 2º año) o médico especialista

VARIABLES INDEPENDIENTES

Variables	Dimensión	Definición	Indicadores	Escala
FACTORES ASOCIADOS	Horario de trabajo	Número de horas de trabajo que cumple el médico incluyendo la cantidad de guardias de 24 horas que realiza al mes dentro de la institución.	Número de horas que labora y Número de guardias por mes	Intervalo: número de horas que labora al día y número de guardias laboradas al mes.
	Servicio Hospitalario	Servicio hospitalario en el cual trabaja el médico (por ejemplo, Servicio de Medicina Interna, Servicio de Cirugía, Servicio de Pediatría, Servicio de Ginecología y Obstetricia)	Servicio Hospitalario en el cual trabaja.	Nominal: Cirugía, Pediatría, Traumatología, Medicina Interna, Anestesiología, Psiquiatría, Terapia, Emergencia, Epidemiología, Medicina General, Ginecología, Neurocirugía, Nutrición
	Satisfacción Salarial	Percepción personal del médico respecto a cuán satisfecho se encuentra con el salario que percibe en función del trabajo realizado.	Satisfacción por el salario	Muy satisfecho, Bastante satisfecho, Poco satisfecho, Nada satisfecho
	Síntomas Físicos y Emocionales relacionados	Síntomas de enfermedad, molestia o dolor físico y Síntomas de probable trastorno emocional	Síntomas físicos y emocionales	Nominal: si o no

Operacionalización de las Variables.

Variables Dependientes

Variables	Dimensión	Definición	Indicadores	Escala	Instrumento
SINDROME DE BURNOUT	Cansancio Emocional	Vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo	Pérdida de energía Agotamiento físico y psíquico Sensación de estar al límite Sensación de no poder dar más de sí mismo a los demás.	Alto → mayor de 27	Maslach Burnout Inventory/Items: 1-2-3-6-8-13-14-16-20
				Medio → 19 a 27	
				Bajo → menor de 18	
	Despersonalización	Grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento relacional médico – paciente	Cambio negativo en las actitudes y respuesta hacia los demás. Distanciamiento, cinismo, uso de etiquetas despectivas Frustración	Alto → mayor de 9	Maslach Burnout Inventory/Items: 5-10-11-15-22
				Medio → 6 a 9	
				Bajo → menor de 6	
	Realización Personal	Sentimientos de autoefectividad y realización personal en el trabajo	Sensación de inadecuación personal Sensación de inadecuación profesional Sentimientos de incapacidad, baja autoestima e ideas de fracaso.	Alto → mayor de 40	Maslach Burnout Inventory/Items: 4-7-9-12-17-18-19-21
				Medio → 34 a 39	
				Bajo → menor de 33	

Procedimientos.

Para la recolección de datos se diseñó un instrumento tipo encuesta auto contestada que contiene los ítems necesarios para recabar la información de la investigación.

Cabe destacar que se hizo una prueba piloto con diez médicos del Hospital tipo III “Dr. Rafael Medina Jiménez” para determinar si el instrumento era entendido con facilidad y si se adaptaba al contexto venezolano y al gremio médico, obteniendo como resultado que el instrumento fuera entendido con claridad y que no requería de modificaciones.

El instrumento está compuesto por tres partes que se describen a continuación:

Primera Parte: esta parte de la encuesta corresponde a datos socio-demográficos. Fue elaborada ad hoc para obtener antecedentes de los sujetos de la muestra, respecto a variables de estratificación social: Sexo: masculino, femenino; edad (en años); estado civil: soltero, casado, divorciado, viudo u otro; si está casado o vive en pareja; número de hijos.

Segunda Parte: Corresponde a los datos laborales en donde se recaba información sobre Nivel Profesional, Servicio hospitalario en el cual trabaja, Horas de trabajo diarias dentro del Centro Asistencial, Número de horas de contacto con los pacientes en su turno de trabajo dentro del Centro, Numero de Guardias por mes, sí o no Trabaja los días festivos o feriados, si Trabaja en otras instituciones, entre otros elementos de interés relacionados con el área laboral.

Tercera parte: Corresponde a los elementos relacionados con el Estado de Salud. Acá se realiza la indagación de síntomas que haya podido experimentar el trabajador durante su trabajo tales como: dolor de cabeza, dolor de estómago, dolor de espalda, tensión muscular en cuello, hombros y aumento de la presión arterial como elementos relacionados con el bienestar físico, mientras que se consideran como elementos del bienestar emocional o mental la presencia de síntomas como: fatiga, llanto, olvido, autoritarismo, comer apurado, angustia, ansiedad, depresión,

impaciencia, enojo, aislamiento, ineffectividad en el trabajo, frustración, fumar en forma compulsiva.

En su aparte número 2 se presenta el segmento instrumental con la que se pretende evaluar el Síndrome de Burnout.

Para apreciar el síndrome de Burnout, existen múltiples instrumentos para evaluar este padecimiento, adaptados a cada profesión, como el Maslach Burnout Inventory (MBI) de Maslach y Jackson, el Burnout Measure (BM) de Pines y Aronson, el Cuestionario Breve de Burnout (CBB) de Moreno-Jiménez, Bustos, Matallana y Miralles, el cuestionario Staff Burnout Scale for Health Professionals (SBS-HP) de Jones, la Escala de Efectos Psíquicos de Burnout de García Izquierdo y Velandrino y el Cuestionario de Estés Laboral CEOIT – OMS. Pese a esta variedad de instrumentos es el Maslach Burnout Inventory (MBI) el escogido en esta investigación por ser el instrumento que ha sido más ampliamente utilizado e incluso goza de validación en nuestro país, mientras que el resto de los instrumentos apenas han tenido un desarrollo significativo en la literatura científica.⁽¹⁴⁾

El MBI cuenta con dos versiones (1981 y 1986). En su versión original de 1981, la escala constaba de dos formas para valorar los ítems: una de frecuencia y otra de intensidad, donde el individuo debía contestar a cada ítem a partir de preguntas relativas a sentimientos y pensamientos relacionados con el ámbito de trabajo y su desempeño habitual en éste. Sin embargo, en la versión de 1986 no se presenta la forma de intensidad, porque Maslach y Jackson consideraron que ambas formas se solapaban.⁽³⁰⁾

Este instrumento versátil tiene varias versiones de acuerdo a su campo de aplicación, teniendo así el Maslach Burnout Inventory General Survey (MBI-GS), o versión general que es la más reciente, es para profesiones no asistenciales, mientras que el Maslach Burnout Inventory Human Services Survey (MBI-HSS) y el Maslach Burnout Inventory Educators Survey (MBI-ES), son versiones equivalentes para profesiones asistenciales o de servicio a personas y para educadores.⁽¹⁰⁾

Este ha sido el instrumento con más aceptación dentro de la literatura científica y el más utilizado en la investigación sobre este síndrome. En un estudio realizado por Buzzeti M, en el año 2005, cuyo objetivo era el de medir la validez del instrumento Maslach Burnout Inventory, obtuvo como resultado un índice de confiabilidad de 0,89 para la prueba global lo cual es considerado muy satisfactorio. Luego, para las dimensiones, obtiene para agotamiento emocional una confiabilidad de 0,92, para despersonalización 0,76, el cual se encuentra en el límite inferior de aceptabilidad, y para la realización personal de 0,55, la cual está por debajo del límite inferior de aceptabilidad, pero al eliminar el ítem 21 aumenta la confiabilidad al límite inferior de aceptabilidad y a su vez aumentando la confiabilidad global a 0,9. ⁽¹⁰⁾

En Venezuela este instrumento fue validado en Caracas por la Doctora María Lombarda, médico psiquiatra, en su momento jefe de cátedra de Ética Profesional de la Escuela de Enfermería de la Universidad Central de Venezuela. Posteriormente en el año 2001 la profesora Silvana D´anello Koch del Centro de Investigaciones Psicológicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de los Andes realiza la adaptación para la población venezolana del Maslach Burnout Inventory. ⁽³¹⁾

Los elementos del Maslach Burnout Inventory están redactados de forma directa para expresar los sentimientos o actitudes personales en su trabajo y hacia sus pacientes, siendo un estándar para el tema ⁽¹⁰⁾. El instrumento contiene en su totalidad 22 preguntas. Evalúa 3 subescalas ⁽³²⁾: Agotamiento emocional, despersonalización, baja autoestima o falta de logros personales. Estas subescalas se describen a continuación:

- Subescala de agotamiento emocional, consta de 9 preguntas, valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Evaluada a través de los enunciados N° 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20, con un puntaje máximo de 54 puntos
- Subescala de despersonalización, está formada por 5 ítems, valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad, insensibilidad, distanciamiento entre sí mismo y al que recibe el servicio en diversos aspectos del trabajo. Evaluada a

través de los enunciados N° 5, 10, 11, 15, 22, con un puntaje máximo de 30 puntos

- Subescala de realización personal, se compone de 8 ítems, evalúa los sentimientos de auto efectividad y realización personal en el trabajo. Evaluada a través de los enunciados N° 4, 7, 9, 12, 17,18, 19, 21, con un puntaje máximo de 48 puntos

Cada enunciado de las de las dimensiones se valoran con una escala tipo Likert de siete puntos, donde cero (0) corresponde a nunca y seis (6) corresponde a todos los días. Esta puntuación está en relación con la frecuencia con la que se experimentan las actitudes y sentimientos hacia el trabajo. La escala se mide según los siguientes rangos: 0 = Nunca; 1 = Pocas veces al año o menos; 2 = Una vez al mes o menos; 3 = Unas pocas veces al mes o menos; 4 = Una vez a la semana; 5 = Pocas veces a la semana, y 6 = Todos los días.

Interpretación del Maslach Burnout Inventory:

La relación entre la puntuación y el grado o nivel de Burnout es dimensional, es decir, no existe un punto de corte que indique si existe o no existe tal entidad. Lo que se hace es distribuir los rangos de las puntuaciones totales de cada sub escala en tres tramos que definen un nivel de Burnout experimentado: Cansancio Emocional (Alto: mayor de 27, Medio: 19 – 27 y Bajo: menor de 18), Despersonalización (Alto: mayor de 9, Medio: 6 – 9 y Bajo: menor de 6) y Realización Personal (Bajo: mayor de 40, Medio: 34 – 39 y Alto: menor de 33).

Los valores anteriormente presentados tienen como finalidad determinar el nivel del síndrome de Burnout en cada una de las dimensiones, pero para una mejor comprensión y posterior análisis, se decidió transformar las puntuaciones absolutas a puntuaciones escalares partiendo del baremo propuesto en la investigación de D´anello S., del año 2001 donde adapta a la población venezolana el Maslach Burnout Inventory. Este procedimiento consiste en dividir la puntuación obtenida por escala entre el número total de ítems. Esto arrojará puntajes ubicados entre 1 y 5 puntos donde los puntajes ubicados entre 1 y 1,79 indican ausencia del síndrome de

Burnout, entre 1,80 y 2,59 un nivel bajo, entre 2,60 y 3,39 un nivel moderado, entre 3,40 y 4,19 un nivel alto y entre 4,20 y 5 puntos un nivel muy alto de síndrome de Burnout. ⁽³¹⁾

Para detectar los posibles casos con síndrome de Burnout e interpretar de forma adecuada los resultados, se deben transformar los puntajes absolutos en puntajes escalares, a través de la fórmula propuesta por D'Anello et al, en la cual se divide el puntaje total obtenido entre el número de enunciados evaluados (que corresponde a 22 para el instrumento) y luego se aplica el baremo estadístico diseñado a tal fin que establece sobre la base del puntaje obtenido el criterio de presencia o no del síndrome de Burnout. ⁽²⁵⁾.

De un total de 156 instrumentos entregados, se recolectó la totalidad de encuestas completa y correctamente resueltas, correspondientes a 67 médicos residentes y 89 médicos especialistas pertenecientes a los diferentes servicios del hospital tomándose la totalidad de estos por su tamaño muestral para la investigación.

Tratamiento estadístico adecuado.

Por tratarse de un estudio descriptivo transversal, se observó la presencia o no, en el momento en el que se realizó la investigación de los factores que se supone tienen relación con la patología en estudio

Una vez realizada la aplicación del instrumento, se procedió a la codificación de cada pregunta para lo cual se diseñó una base de datos utilizando hoja de cálculo de Microsoft Excel® 2010. Posteriormente se creó una matriz en el programa SSPS® versión 19.0 y EPI-Info® versión 7 para el procesamiento estadístico.

De los resultados obtenidos de los distintos cruces de variables se les aplicó pruebas de significancia estadística (Chi Cuadrado de Pearson) con tablas de contingencia para la comparación de resultados de referencia y de la investigación. Se consideró como significancia estadística un valor de $p < 0,05$.

RESULTADOS

Se procedió a realizar el análisis de los resultados de todas las operaciones conducidas con el objetivo de describir, conocer el comportamiento y las relaciones de las variables propuestas y representadas en la investigación.

Es así pues como en primer lugar se presenta una caracterización de la muestra. Seguidamente se encontrara la presentación y análisis de los resultados obtenidos, el cual gira en función de los objetivos específicos de la investigación.

A continuación se presentan los datos obtenidos debidamente tabulados:

Cuadro N° 1
Síndrome de Burnout en Médicos. Participantes según sexo
en frecuencia y porcentaje. Hospital "Dr. Rafael Medina Jiménez", Edo. Vargas. 2016

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	84	53,8
Femenino	72	46,2
Total	156	100,0

En el cuadro anterior se observa la distribución de la población estudiada según sexo en frecuencia y porcentaje, encontrando que el 53,8% de la muestra corresponde al sexo masculino (n=84), mientras que el 46,2% restante representa al sexo femenino (n=72).

Cuadro N°2

Síndrome de Burnout en Médicos. Participantes según grupos de edad en frecuencia y porcentaje. Hospital "Dr. Rafael Medina Jiménez", Edo. Vargas. 2016

Grupos de edad	Frecuencia	Porcentaje
23 a 32 años	56	35,9
33 a 42 años	85	54,5
43 a 52 años	12	7,7
53 y más años	3	1,9
Total	156	100,0

El cuadro anterior representa la distribución de la población estudiada según frecuencia y porcentaje de acuerdo al grupo etario que representan, encontrando que el 54,5% de los participantes tienen edades comprendidas entre los 33 a 42 años, seguidos por los de 23 a 32 años quienes representan el 35,9%. Así mismo observamos que el grupo etario de 43 a 52 años representan el 7,7% y los de 53 y más años solo ocupan el 1,9%. Sobre estos resultados se puede inferir que la muestra estudiada está conformada en su mayoría por adultos jóvenes entre los 23 a 42 años de edad.

Cuadro N° 3

Síndrome de Burnout en Médicos. Participantes según estado civil en frecuencia y porcentaje. Hospital "Dr. Rafael Medina Jiménez", Edo. Vargas. 2016

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	90	57,7
Casado	31	19,9
Divorciado	10	6,4
Otro	25	16,0
Total	156	100,0

En el cuadro que precede a estas líneas, observamos la distribución de los participantes en esta investigación en frecuencia y porcentaje según su estado civil, observando que el 57,7% de los encuestados declaro encontrarse en la actualidad

soltero(a), el 19,9% se encuentra casado, los profesionales de salud divorciados representan el 6,4%, mientras que 16% manifiesta encontrarse en otro estado civil (Unión estable de hecho).

Cuadro N° 4
Síndrome de Burnout en Médicos. Participantes según nivel profesional en frecuencia y porcentaje. Hospital “Dr. Rafael Medina Jiménez”, Edo. Vargas. 2016

Nivel profesional	Frecuencia	Porcentaje
Residente	67	42,9
Especialista	89	57,1
Total	156	100,0

El cuadro anterior describe la distribución de la población según nivel profesional en frecuencia y porcentaje, encontrando que para el momento la cantidad de Médicos Especialistas del Hospital “Dr. Rafael Medina Jiménez” representa el 57,1% del total de la plantilla de profesionales médicos, mientras que los Médicos Residentes ocupan el 42,9%.

Cuadro N° 5
Síndrome de Burnout en Médicos. Participantes según sexo y nivel profesional en frecuencia y porcentaje. Hospital “Dr. Rafael Medina Jiménez”, Edo. Vargas. 2016

Sexo	Nivel Profesional				Total	
	Residente		Especialista		Frec	%
	Frec	%	Frec	%		
Masculino	38	56,7%	46	51,7%	84	53,8%
Femenino	29	43,3%	43	48,3%	72	46,2%
Total	67	100,0%	89	100,0%	156	100,0%

En este cuadro se presenta la información relativa a la distribución de la población según sexo y nivel profesional en frecuencia y porcentaje, observando que con respecto al sexo masculino el 56,7% son médicos residentes, mientras que los médicos especialistas representan para este género el 51,7%. Ahora bien, para el

sexo femenino encontramos que el 43,3% de las encuestadas son médicos residentes y el 48,3 % son médicos con alguna especialidad.

Cuadro N° 6
Síndrome de Burnout en Médicos. Participantes según servicio hospitalario en frecuencia y porcentaje. Hospital “Dr. Rafael Medina Jiménez”, Edo. Vargas. 2016

Servicio hospitalario	Frecuencia	%
Cirugía	36	23,1
Pediatría	32	20,5
Traumatología	32	20,5
Medicina Interna	24	15,4
Anestesiología	8	5,1
Psiquiatría	6	3,8
Terapia	4	2,6
Emergencia	3	1,9
Epidemiología	3	1,9
Medicina General	3	1,9
Ginecología	2	1,3
Neurocirugía	2	1,3
Nutrición	1	0,6
Total	156	100,0

El presente cuadro representa la distribución de la población según servicio hospitalario en frecuencia y porcentaje y de esto se desprende que los servicios que más agrupan a los profesionales médicos en el Hospital “Dr. Rafael Medina Jiménez” son Cirugía con 23,1%, seguido de Traumatología y Pediatría con 20,5% cada uno respectivamente, mientras que Medicina Interna congrega el 15,4% de los profesionales médicos del nosocomio.

Cuadro N° 7
 Síndrome de Burnout en Médicos. Participantes según especialidades clínicas
 “madres” en frecuencia y porcentaje. Hospital “Dr. Rafael Medina Jiménez”, Edo.
 Vargas. 2016

Especialidad Clínica	Nivel Profesional					
	Residente		Especialista		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Medicina	18	26,9%	34	38,2%	52	33,3%
Cirugía	34	50,7%	36	40,4%	70	44,9%
Pediatría	15	22,4%	17	19,1%	32	20,5%
Ginecología	0	,0%	2	2,2%	2	1,3%
Total	67	100,0%	89	100,0%	156	100,0%

En el cuadro anterior se observa la distribución de los participantes de la investigación agrupados de acuerdo a las especialidades clínicas “madres” (Medicina, Cirugía, Pediatría y Ginecología), observando que el mayor porcentaje de médicos residentes y especialistas se localizan la especialidad de Cirugía y sus subespecialidades representando estos el 44,9% (n= 70) de los individuos encuestados, seguido por el grupo de médicos de la especialidad de Medicina y sus subespecialidades concentrando el 33,3% (n= 52) de profesionales. Es así pues como en tercer lugar de este grupo de 4 categorías o especialidades clínicas encontramos a los galenos del servicio de Pediatría con 20,5% (n= 32) del total de médicos participantes y finalmente en el cuarto lugar se encuentran los profesionales adscritos al servicio de Ginecología concentrando el 1,3% (n= 2) del total de participantes en la investigación.

Cuadro N° 8

Síndrome de Burnout en Médicos. Participantes según horas de trabajo en frecuencia y porcentaje. Hospital "Dr. Rafael Medina Jiménez", Edo. Vargas. 2016

Horas de trabajo	Frecuencia	Porcentaje
6	5	3,2
8	76	48,7
Más de 8 Horas	75	48,1
Total	156	100,0

Del cuadro anterior se puede apreciar que el 48,7% de los participantes en la investigación laboran en el Hospital una jornada laboral de 8 horas, seguido en segundo lugar por el personal médico que labora más de 8 horas lo cual representa el 48,1%.

Ahora, si bien es cierto que la jornada laboral promedio para personal asistencial en un centro de salud está establecida a 6 horas diarias y que para esta investigación este grupo solo represento el 3,2%, observando los valores ya descritos pudiera plantearse como explicación del hecho el déficit de personal en algunas áreas lo que obligaría al personal a extender su jornada de trabajo más allá del número de horas de contratación y poder así suplir la debilidad generada; adicionalmente pudiera influenciar los resultados, sobre todo en el caso de los médicos especialistas, aquellos que solo por necesidad de servicio cubren una jornada laboral de 12 y/o 24 horas.

Cuadro N° 9

Síndrome de Burnout en Médicos. Participantes según número de guardias por mes en frecuencia y porcentaje. Hospital "Dr. Rafael Medina Jiménez", Edo. Vargas. 2016

N° de Guardias por mes	Frecuencia	Porcentaje
5-7 guardias	149	95,5
No Realiza Guardias	7	4,5
Total	156	100,0

Del cuadro anterior se puede apreciar que el 95,5% de los participantes en el estudio realizan en promedio entre 5 a 7 guardias al mes, mientras que solo el 4,5% refirió no

realizar guardias. Este hecho probablemente guarde relación directa con el tipo de especialidad de que se trate, observando por ejemplo que el personal médico de especialidades como epidemiología o medicina general no realiza guardias.

Cuadro N° 10

Síndrome de Burnout en Médicos. Participantes según trabajo en otras instituciones en frecuencia y porcentaje. Hospital "Dr. Rafael Medina Jiménez", Edo. Vargas. 2016

Trabajo en Otras instituciones	Frecuencia	Porcentaje
No	29	18,6
Si	127	81,4
Total	156	100,0

En el cuadro ut supra presentado se pone de manifiesto que el 81,4% de los participantes refirió tener otro empleo y trabajar en otra institución mientras que solo el 18,6% indico que solo labora en el Hospital. Estas respuestas podrían estar sustentadas en el hecho de que dependiendo de la especialidad que se trate, esta puede tener cierta flexibilidad con el manejo del horario y de los pacientes lo cual haría factible que el médico pueda laborar en más de una institución.

Cuadro N° 11

Síndrome de Burnout en Médicos. Participantes según horas de contacto con pacientes en frecuencia y porcentaje. Hospital "Dr. Rafael Medina Jiménez", Edo. Vargas. 2016

N° de horas de contacto con los pacientes	Frecuencia	Porcentaje
2-3horas	18	11,5
3-4horas	6	3,8
>4horas	132	84,6
Total	156	100,0

Observamos en la información presentada que el 84,6% de los médicos participantes en la investigación refirieron tener contacto con pacientes durante un periodo superior a 4 horas, mientras que el 11,5% señalo que solo interactúa con los pacientes entre 2 y 3 horas al día, y finaliza el 3,8% de los encuestados quienes

indicaron que su tiempo de permanencia o contacto con los pacientes oscilaba entre 3 y 4 horas. La probable explicación de estos resultados podría estar fundamentada en el hecho de que en primer lugar la razón de ser del médico es el paciente y en segundo lugar dependiendo de la especialidad de que se trate se extenderá más o menos según sea el caso la duración del tiempo de contacto con los pacientes.

Cuadro N° 12

Síndrome de Burnout en Médicos. Participantes según relación con equipo de trabajo en frecuencia y porcentaje. Hospital “Dr. Rafael Medina Jiménez”, Edo. Vargas. 2016

Relaciones con equipo de trabajo	Frecuencia	Porcentaje
Muy buenas	31	19,9
Buenas	125	80,1
Total	156	100,0

En lo que respecta a la descripción por parte de los participantes en la investigación sobre cómo eran sus relaciones interpersonales con el equipo de trabajo, el 80,1% indicó que eran buenas, mientras que el 19,9% las describió como muy buenas. No se recibieron descripciones negativas sobre este particular.

Cuadro N° 13

Síndrome de Burnout en Médicos. Participantes según autonomía para toma de decisiones en frecuencia y porcentaje. Hospital “Dr. Rafael Medina Jiménez”, Edo. Vargas. 2016

Autonomía toma de decisiones	Frecuencia	Porcentaje
Sí	121	77,6
No	35	22,4
Total	156	100,0

En el cuadro anterior se puede apreciar que el 77,6% de los encuestados indicaron tener autonomía en la toma de decisiones, mientras que solo el 22,4% señaló que no la posee. Esto puede deberse a que en algunos casos las decisiones de carácter médico deben pasar y cumplir con la cadena “jerárquica” en la cual los médicos

residentes son lo de menor rango, mientras que los médicos especialistas (o adjuntos) son la máxima autoridad en su servicio y las decisiones deben ser aprobadas o desaprobadas por ellos.

Cuadro N° 14

Síndrome de Burnout en Médicos. Participantes según opinión que afecta el trabajo en frecuencia y porcentaje. Hospital “Dr. Rafael Medina Jiménez”, Edo. Vargas. 2016

Opinión jefe decisiones que afectan trabajo	Frecuencia	Porcentaje
Sí	118	75,6
No	38	24,4
Total	156	100,0

Similar comportamiento al observado con el cuadro precedente es el que apreciamos en el siguiente. Es así pues como encontramos que el 75,6% de los participantes en la investigación indico su jefe solicitaba su opinión en las decisiones que afectan el trabajo, mientras el 24,4% restante indico que su opinión no era tomada en cuenta

Cuadro N° 15

Síndrome de Burnout en Médicos. Participantes según reconocimiento del trabajo hecho en frecuencia y porcentaje. Hospital “Dr. Rafael Medina Jiménez”, Edo. Vargas. 2016

Reconocimiento por el trabajo bien hecho	Frecuencia	Porcentaje
Sí	95	60,9
No	61	39,1
Total	156	100,0

Con tendencia similar, observamos en el cuadro precedente que en cuanto al reconocimiento del trabajo bien hecho por parte de los supervisores inmediatos, el 60,9% manifestó de forma afirmativa que su trabajo era reconocido mientras que el 39,1% indico que no.

Cuadro N° 16
 Síndrome de Burnout en Médicos. Participantes según atención a las sugerencias en el trabajo en frecuencia y porcentaje. Hospital “Dr. Rafael Medina Jiménez”, Edo. Vargas. 2016

Atención a las sugerencias en el trabajo	Frecuencia	Porcentaje
Sí	124	79,4
No	32	20,5
Total	156	100,0

En este cuadro se pone en evidencia que al personal médico si se le toma en cuenta las sugerencias realizadas en el trabajo, ya que el 79,4% respondió de manera afirmativa, mientras que solo el 20,5% indico que sus sugerencias no eran tomadas en cuenta para el desempeño laboral.

Cuadro N° 17
 Síndrome de Burnout en Médicos. Participantes según satisfacción con el salario percibido en frecuencia y porcentaje. Hospital “Dr. Rafael Medina Jiménez”, Edo. Vargas. 2016

Nivel de satisfacción	Frecuencia	Porcentaje
Poco satisfecho	81	51,9
Nada satisfecho	75	48,1
Total	156	100,0

Acá, en este cuadro se describe la distribución en frecuencia y porcentaje de la población estudiada según nivel de satisfacción con el salario percibido, encontrando que el 51,9% se encuentra poco satisfecho con el salario percibido por servicios profesionales, mientras que el 48,1% declaro estar nada satisfecho con la remuneración percibida por su trabajo. Estos grados de insatisfacción salarial pudieran estar en relación con el hecho de que el patrono no se encuentra al día con la actualización de los salarios en comparación con los percibidos por otros entes prestadores de servicios de salud a nivel público y a la presencia de pasivos laborales que desalientan en muchos casos a los profesionales médicos a prestar un servicio de calidad.

Cuadro N° 18

Síndrome de Burnout en Médicos. Participantes según satisfacción por el trabajo realizado en frecuencia y porcentaje. Hospital “Dr. Rafael Medina Jiménez”, Edo. Vargas. 2016

Nivel de satisfacción	Frecuencia	Porcentaje
Muy Satisfecho	33	21,2
Bastante Satisfecho	108	69,2
Poco Satisfecho	15	9,6
Total	156	100,0

Este cuadro representa la distribución de la población según nivel de satisfacción por el trabajo realizado en frecuencia y porcentaje, observando en contraste con la información presentada en el cuadro precedente (N° 7), que el personal médico pese a los niveles de insatisfacción salarial, se halla con algún grado de satisfacción positiva por el trabajo realizado, encontrando que el 69,2% manifestó estar bastante satisfecho con su trabajo y el 21,2% dijo quedar muy satisfecho con la labor realizada. Se observó además que solo el 9,6% indico tener poca satisfacción laboral respecto al trabajo realizado en el Hospital “Dr. Rafael Medina Jiménez”.

Cuadro N° 19

Síndrome de Burnout en Médicos. Participantes según satisfacción por el sitio de trabajo en frecuencia y porcentaje. Hospital “Dr. Rafael Medina Jiménez”, Edo. Vargas. 2016

	Frecuencia	Porcentaje
Poco Satisfecho	130	83,3
Nada Satisfecho	26	16,7
Total	156	100,0

En este cuadro se presenta la información referente a la distribución de la población según nivel de satisfacción por el sitio de trabajo en frecuencia y porcentaje, encontrando que el 83,3% manifestó encontrarse poco satisfecho, mientras que el 16,7% restante indico estar nada satisfecho con el sitio de trabajo. Estos niveles de insatisfacción pudieran estar relacionados con las fallas y debilidades de

infraestructura y planta física en donde se evidencian espacios inadecuados, filtraciones, ventilación deficiente, desconfort térmico, entre otros, aunado a las carencias de medicamentos y material médico-quirúrgico necesario para brindar una atención de calidad a los usuarios.

Cuadro N° 20
Síndrome de Burnout en Médicos. Participantes según conocimiento de peligros de higiene en el trabajo en frecuencia y porcentaje. Hospital “Dr. Rafael Medina Jiménez”, Edo. Vargas. 2016

Conocimiento sobre peligros de higiene en el trabajo	Frecuencia	Porcentaje
Sí	156	100,0
No	0	0
Total	156	100,00

Cuadro N° 21
Síndrome de Burnout en Médicos. Participantes según conocimiento de peligros de seguridad en el trabajo capaces de generar accidentes en frecuencia y porcentaje. Hospital “Dr. Rafael Medina Jiménez”, Edo. Vargas. 2016

peligros de seguridad en el trabajo capaces de generar accidentes	Frecuencia	Porcentaje
Sí	156	100,0
No	0	0
Total	156	100,0

En los cuadros N° 20 y 21 que preceden estas líneas se presenta la información referente a la afirmación o negación sobre el conocimiento de peligros de higiene en el trabajo, así como de peligros de seguridad en el trabajo capaces de generar accidentes que tiene el personal médico residente y especialista que labora en el Hospital “Dr. Rafael Medina Jiménez” de Pariata, encontrando que el 100% (n=156) de los encuestados refirió que si conoce en ambos casos peligros de higiene y seguridad en el trabajo.

Cuadro N° 22

Síndrome de Burnout en Médicos. Participantes según presencia de síntomas físicos en frecuencia y porcentaje. Hospital "Dr. Rafael Medina Jiménez", Edo. Vargas. 2016

Ha presentado algún síntoma físico	Frecuencia	Porcentaje
No	11	7,1
Si	145	92,9
Total	156	100,0

En el cuadro anterior se plasma en frecuencia y porcentaje la presencia o no de síntomas físicos tales como dolor de cabeza, dolor de espalda, tensión muscular o aumento de la presión arterial que pudieron haber experimentado los participantes de la investigación en el curso de su desempeño laboral, encontrando que el 92,9% (n=145) respondió de manera afirmativa respecto a que si ha presentado algún síntoma físico, mientras que el 7,1% (n=11) negó presentar algún tipo de dolencia o malestar.

Cuadro N° 23

Síndrome de Burnout en Médicos. Participantes según presencia de síntomas emocionales en frecuencia y porcentaje. Hospital "Dr. Rafael Medina Jiménez", Edo. Vargas. 2016

Ha presentado algún síntoma emocional	Frecuencia	Porcentaje
No	18	11,5
Si	138	88,5
Total	156	100,0

Al igual que en el cuadro anterior, en este, se presenta en frecuencia y porcentaje la presencia o no de síntomas emocionales tales como ansiedad, depresión, impaciencia, enojo, aislamiento o frustración que pudieron haber experimentado los participantes de la investigación en el curso de su desempeño laboral, encontrando que el 88,5% (n=138) respondió de manera afirmativa respecto a que si ha presentado alguno de estos síntomas emocionales, mientras que el 11,5% (n=18) negó presentar algún tipo de síntoma emocional.

Cuadro N° 24

Síndrome de Burnout en Médicos. Participantes según dimensiones del síndrome en frecuencia y porcentaje. Hospital "Dr. Rafael Medina Jiménez", Edo. Vargas. 2016

Escalas de Medición	Dimensiones del Síndrome de Burnout					
	Agot. Emoc. (AE)		Despers. (D)		Realiz. Person.(RP)	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
ALTO	104	66,7	63	40,4	15	9,6
MEDIO	32	20,5	53	34,0	20	12,8
BAJO	20	12,8	40	25,6	121	77,6
Total	156	100,0	156	100,0	156	100,0

El cuadro presentado ilustra la distribución de los puntajes por cada dimensión del Síndrome de Burn-Out, conformando tres grupos categorizados en alto, medio y bajo. Es así pues que en relación a lo descrito observamos que en la muestra estudiada el 66,7% se ubicó con puntajes altos para la dimensión Agotamiento Emocional (AE), el 40,4% presento niveles altos de Despersonalización (D), mientras que el 77,6% se ubicó en la escala baja de Realización Personal (RP). Teniendo en consideración la los elementos que definen la presencia del Síndrome de Burn-Out y que a saber son niveles altos en las dimensiones de Agotamiento Emocional y Despersonalización y niveles bajos para la dimensión denominada Realización Personal, con esta información se pone en evidencia la presencia del síndrome entre los participantes de la investigación.

Cuadro N° 25
 Síndrome de Burnout en Médicos. Participantes según escala de medición y nivel profesional en frecuencia y porcentaje. Hospital “Dr. Rafael Medina Jiménez”, Edo. Vargas. 2016

Escalas de Medición	Dimensiones del Síndrome Burnout											
	Agot. Emoc (AE)				Despers. (D)				Realiz. Person. (RP)			
	Residente		Especialista		Residente		Especialista		Residente		Especialista	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
ALTO	46	29,5%	58	37,2%	25	16,0%	38	24,4%	7	4,5%	8	5,1%
MEDIO	12	7,7%	20	12,8%	26	16,7%	27	17,3%	10	6,4%	10	6,4%
BAJO	9	5,8%	11	7,1%	16	10,3%	24	15,4%	50	32,1%	71	45,5%
Total	67	42,9%	89	57,1%	67	42,9%	89	57,1%	67	42,9%	89	57,1%

El cuadro anterior representa la distribución de los puntajes por cada dimensión del Síndrome de Burn-Out, en sus tres niveles de medición (alto, medio y bajo) en relación con el nivel profesional de los participantes en la investigación bien sea si se trata de médicos residentes o médicos especialistas. Observamos para los médicos residentes que en la muestra estudiada el mayor porcentaje (29,5%) se ubicó con puntajes altos para la dimensión Agotamiento Emocional (AE) con un valor de n de 46 individuos, el 16,0% ($n=25$) presento niveles altos de Despersonalización (D), mientras que el 32,1% ($n=50$) se ubicó en nivel de medición bajo para Realización Personal (RP).

En lo que respecta a los médicos especialistas encontramos que para la dimensión Agotamiento Emocional (AE) el 37,2% ($n=58$) presento niveles altos en la escala de medición para las dimensiones a evaluar en el Síndrome de Burnout; en cuanto a la dimensión Despersonalización (D) el 24,4% ($n=38$) presento igualmente niveles altos para este ítem y para la dimensión Realización Personal (RP), 45,5% ($n=71$) registro en la escala de medición niveles bajos.

Ahora bien, si consideramos la totalidad de médicos residentes ($n=67$) sobre la base de los resultados anteriores podemos decir que el 23,9% ($n=16$) presenta los

elementos del síndrome. De igual manera si consideramos la totalidad de médicos especialistas (n=89), de acuerdo a las observaciones realizadas, el 24,7% (n=22) cumple con los elementos que definen clásicamente el Síndrome de Burnout.

Cuadro N° 26
Síndrome de Burnout en Médicos. Participantes según nivel de medición en frecuencia y porcentaje. Hospital “Dr. Rafael Medina Jiménez”, Edo. Vargas. 2016

Niveles de Síndrome de Burnout	Frecuencia	%
Nivel Bajo de Sind Burnout	11	7,1
Nivel Medio de Sind Burnout	19	12,2
Nivel Alto de Sind Burnout	108	69,2
Nivel Muy Alto de Sind Burnout	18	11,5
Total	156	100,0

En el cuadro que precede estas líneas, observamos la distribución de los participantes en frecuencia y porcentaje según el nivel del síndrome de Burnout que presentan. Tomando como referencia el baremo para interpretación utilizado por la autora D´anello S., en su investigación y en el cual se establecen de acuerdo a la conversión a un puntaje escalar de los puntos obtenidos en las escalas de medición del síndrome por el Maslach Burnout Inventory y del cual se desprenden los diferentes niveles de síndrome de Burnout y que para la presente investigación fueron los siguientes: 11,5% (n=18) de los participantes presento niveles muy altos del síndrome de Burnout, mientras que el 69,2% (n=108) registro niveles altos de este padecimiento. Ahora bien, si agrupamos estos dos niveles encontramos que el 80,5% (n=126) presenta niveles importantes del síndrome de Burnout. Por su parte, solo 12,2% (n=19) pusieron en evidencia niveles medios del síndrome, mientras que solo el 7,1% (n=11) demostró niveles bajos de Burnout. Vale la pena señalar que de la totalidad de los encuestados, haciendo uso de este baremo, ninguno obtuvo una puntuación que pusiera en evidencia la ausencia total del síndrome.

Cuadro N° 27

Síndrome de Burnout en Médicos. Participantes según nivel de medición bajo o alto en frecuencia y porcentaje. Hospital "Dr. Rafael Medina Jiménez", Edo. Vargas. 2016

Niveles de Síndrome de Burnout	Frecuencia	%
Bajo Burnout	30	19,2
Alto Burnout	126	80,8
Total	156	100,0

Con fines prácticos y con el propósito de simplificar aún más la información para el análisis y posterior discusión de los distintos cruces de variables, en el presente cuadro se agruparon los niveles de medición de Burnout bajo y medio en una nueva categoría denominada Bajo Burnout, mientras que los niveles altos y muy altos se agruparon de igual manera en una sola categoría denominada Alto Burnout. A tal efecto encontramos que el 19,2% (n= 30) de los participantes en la investigación resultaron con niveles bajos de Burnout, mientras que el 80,8% (n= 126) tuvieron un nivel de Burnout considerado como alto.

Cuadro N° 28

Síndrome de Burnout en Médicos. Participantes según nivel de medición bajo o alto y sexo en frecuencia y porcentaje. Hospital "Dr. Rafael Medina Jiménez", Edo. Vargas. 2016

Niveles de Síndrome de Burnout	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Bajo Burnout	11	13,1%	19	26,4%	30	19,2%
Alto Burnout	73	86,9%	53	73,6%	126	80,8%
Total	84	100,0%	72	100,0%	156	100,0%

El cuadro anterior muestra la distribución de los participantes en frecuencia y porcentaje según nivel de medición del síndrome de Burnout y sexo. Sobre este particular tenemos como datos relevantes que para el sexo masculino el 86,9% (n=73) presento niveles altos del síndrome en comparación con el sexo femenino que

para este mismo nivel de medición obtuvo un porcentaje un tanto menor equivalente al 73,6% (n=53). En lo que respecta al nivel bajo, la relación se invierte, encontrando que es en el sexo femenino en donde se registra mayor número de casos con nivel bajo de Burnout representado por el 26,4% (n= 19), mientras que en el sexo masculino se halló que 11 individuos tenían bajo Burnout lo que represento 13,1%.

En lo que respecta a la significancia estadística el valor de $p=0,036$, lo cual se traduce en que en la presente investigación hay asociación estadísticamente significativa entre el sexo y el síndrome de Burnout.

En relación al riesgo encontramos que el sexo femenino tiene 1,506 veces más probabilidades de desarrollar el síndrome de Burnout que los del sexo masculino.

Cuadro N° 29
Síndrome de Burnout en Médicos. Participantes según nivel de medición bajo o alto y grupos etarios en frecuencia y porcentaje. Hospital “Dr. Rafael Medina Jiménez”, Edo. Vargas. 2016

Niveles de Síndrome de Burnout	Rangos de Edad				Total	
	23 a 32 años		33 y más años		Frec	%
	Frec	%	Frec	%		
Bajo Burnout	4	7,1	26	26,0%	30	19,2%
Alto Burnout	52	92,9	74	74,0%	126	80,8%
Total	56	100,0%	100	100,0%	156	100,0%

En el cuadro que antecede estas líneas se presenta la distribución de participantes de la investigación en frecuencia y porcentaje según nivel de medición bajo o alto de Burnout y grupos etarios. Es así pues como en esta relación encontramos un mayor registro de alto Burnout en el grupo etario de 23 a 32 años con un 92,9% (n=52), seguido del grupo etario de 33 y más años con 74,0% (n=74).

En lo que respecta a la significancia estadística, el valor de $p=0,004$, lo cual se traduce en que en la presente investigación si hay asociación estadística entre la edad (o en este caso el grupo etario) y el presentar o no el síndrome de Burnout.

En relación al riesgo encontramos que el grupo de edad de 23 a 32 años presenta 0,323 veces más probabilidades de sufrir del síndrome de Burnout en comparación

con el otro grupo etario de 33 años y mas quien tiene 1,476 veces mas posibilidades de sufrir el síndrome de Burnout.

Cuadro N° 30
Síndrome de Burnout en Médicos. Participantes según nivel de medición bajo o alto y estado civil en frecuencia y porcentaje. Hospital “Dr. Rafael Medina Jiménez”, Edo. Vargas. 2016

Niveles de Síndrome de Burnout	Estado Civil					
	Soltero		Casado u Otro		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Bajo Burnout	11	12,2%	19	28,8%	30	19,2%
Alto Burnout	79	87,8%	47	71,2%	126	80,8%
Total	90	100,0%	66	100,0%	156	100,0%

En el cuadro anterior se muestra los participantes en frecuencia y porcentaje relacionando los niveles bajos o altos Burnout y el estado civil. Sobre este respecto observamos que se registran niveles altos con 87,8% (n= 79) en el grupo de los solteros en comparación con el resto de los participantes quienes refirieron a través de la recolección de datos algún estado civil diferente a este.

En lo que respecta a la significancia estadística, el valor de $p=0,009$, lo cual se traduce en la presente investigación en que si hay asociación estadística significativa entre el estado civil y el síndrome de Burnout.

En cuanto al riesgo, el ser soltero tiene 0,585 veces más probabilidades de tener síndrome de Burnout, mientras que el ser casado o tener cual otro estado civil (viudo, divorciado, unión estable de hecho) tiene 1,698 veces mas riesgo.

Cuadro N° 31
 Síndrome de Burnout en Médicos. Participantes según nivel de medición bajo o alto y nivel profesional en frecuencia y porcentaje. Hospital “Dr. Rafael Medina Jiménez”, Edo. Vargas. 2016

Niveles de Síndrome de Burnout	Nivel Profesional					
	Residente		Especialista		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Bajo Burnout	15	22,4%	15	16,9%	30	19,2%
Alto Burnout	52	77,6%	74	83,1%	126	80,8%
Total	67	100,0%	89	100,0%	156	100,0%

En el cuadro presentado, se observa la distribución en frecuencia y porcentaje de los participantes según nivel de medición de bajo o alto Burnout y nivel profesional, encontrando que en el caso de los médicos residentes, el 77,6% (n=52) presentaron niveles altos de Burnout respectivamente, mientras que en el caso de los médicos especialistas los niveles registrados fueron un poco mayores ya que el 83,1% (n=74) tenía niveles altos del síndrome. Acá hay que considerar que la cantidad de médicos especialistas es mayor en comparación con la cantidad de médicos residentes para este nivel de afectación, esta situación de falta de homogeneidad entre ambos grupos pudiera ser la explicación para este hallazgo. En lo que respecta al nivel bajo encontramos 22,4% de los médicos residentes (n= 15) versus 16,9% de los médicos especialistas (n= 15).

En lo que respecta a la significancia estadística, el valor de $p=0,385$, lo cual se traduce en la presente investigación en que no hay asociación estadística significativa entre el nivel profesional (médico residente o especialista) y el síndrome de Burnout.

En relación al riesgo, se encontró que los médicos residentes tienen 1,212 veces más posibilidades de desarrollar Burnout en comparación con los médicos especialistas.

Cuadro N° 32
 Síndrome de Burnout en Médicos. Participantes según nivel de medición bajo o alto y horas de trabajo en el Centro Asistencial en frecuencia y porcentaje. Hospital “Dr. Rafael Medina Jiménez”, Edo. Vargas. 2016

Niveles de Síndrome de Burnout	Horas de Trabajo					
	6 a 8 Horas		Más de 8 Horas		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Bajo Burnout	20	24,7%	10	13,3%	30	19,2%
Alto Burnout	61	75,3%	65	86,7%	126	80,8%
Total	81	100,0%	75	100,0%	156	100,0%

El presente cuadro refleja en frecuencia y porcentaje la relación entre el nivel bajo o alto de Burnout y el número de horas de trabajo en el centro asistencial. De la información presentada podemos observar que del personal que labora entre 6 y 8 horas en la institución, el 75,3% (n=61) presento alto Burnout. Por su parte en lo que respecta al personal que trabaja más de 12 horas en el hospital, el 86,7% (n=65) fueron los que presentaron niveles altos del síndrome.

En lo que respecta a la significancia estadística, el valor de $p=0,072$, lo cual se traduce en la presente investigación en que no hay asociación estadística significativa entre el horario de trabajo y el padecer o no del síndrome de Burnout.

En cuanto al riesgo, se observó que trabajar más de 8 horas incrementa la probabilidad de desarrollar el síndrome en 0,646 veces.

Cuadro N° 33
 Síndrome de Burnout en Médicos. Participantes según nivel de medición y horas de contacto con los pacientes, en frecuencia y porcentaje.
 Hospital “Dr. Rafael Medina Jiménez”, Edo. Vargas. 2016

Niveles de Síndrome de Burnout	Horas de Contacto Pacientes					
	2 a 4 Horas		Más de 4 Horas		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Bajo Burnout	7	29,2%	23	17,4%	30	19,2%
Alto Burnout	17	70,8%	109	82,6%	126	80,8%
Total	24	100,0%	132	100,0%	156	100,0%

El este cuadro se presenta en frecuencia y porcentaje la relación entre el nivel de síndrome de Burnout y el número de horas de contacto con el paciente en el turno de trabajo por parte del personal médico. Sobre este particular se observa que los niveles más altos del síndrome se encontraron en los médicos que refirieron a través del instrumento de recolección de datos permanecer en contacto con los pacientes durante más de 4 horas, representando este grupo el 82,6% (n=109).

En lo que respecta a la significancia estadística, el valor de $p=0,000$, lo cual se traduce en la presente investigación en que si hay asociación estadística significativa entre el número de horas de contacto del médico con los pacientes y el presentar o no el síndrome de Burnout.

En relación al riesgo el grupo que trabaja más de 4 horas de contacto con los pacientes tiene 0,886 más veces la probabilidad de desarrollar el síndrome.

Cuadro N° 34
 Síndrome de Burnout en Médicos. Participantes según nivel de medición bajo o alto y tipo de especialidad clínica (médica o quirúrgica) en frecuencia y porcentaje.
 Hospital “Dr. Rafael Medina Jiménez”, Edo. Vargas. 2016

Niveles de Síndrome de Burnout	Tipo de Especialidad					
	Médica		Quirúrgica		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Bajo Burnout	16	19,0%	14	19,4%	30	19,2%
Alto Burnout	68	81,0%	58	80,6%	126	80,8%
Total	84	100,0%	72	100,0%	156	100,0%

El cuadro anterior muestra en frecuencia y porcentaje la distribución de los participantes de acuerdo al nivel de Burnout bajo o alto y el tipo de especialidad clínica a la que pertenecen, encontrando que en el caso de las especialidades médicas en este establecimiento el 81% (n= 68) tienen alto Burnout mientras que en el caso de las quirúrgicas, estas se encuentran debajo del grupo anterior solo por 0,4% teniendo entonces una representación muestral del 80,6% (n= 58).

En lo que respecta a la significancia estadística, el valor de $p=0,950$, lo cual se traduce en la presente investigación en que no hay asociación estadística significativa entre el hecho de pertenecer a determinada especialidad clínica y el presentar o no el síndrome de Burnout.

En cuanto al riesgo se encontró que laborar en una especialidad quirúrgica incrementa el riesgo de desarrollar Burnout en 1,014 veces, mientras que en el caso de las especialidades médicas, el riesgo de presentar el síndrome es de 0,988 veces.

Cuadro N° 35
 Síndrome de Burnout en Médicos. Participantes según nivel de medición bajo o alto y
 satisfacción por el salario percibido en frecuencia y porcentaje.
 Hospital “Dr. Rafael Medina Jiménez”, Edo. Vargas. 2016

Niveles de Síndrome de Burnout	Satisfacción por el Salario					
	Poco Satisfecho		Nada Satisfecho		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Bajo Burnout	18	22,2%	12	16,0%	30	19,2%
Alto Burnout	63	77,8%	63	84,0%	126	80,8%
Total	81	100,0%	75	100,0%	156	100,0%

El cuadro sobre estas líneas representa la distribución de los participantes en frecuencia y porcentaje en relación con el nivel de Burnout bajo o alto y la percepción sobre el salario recibido por los profesionales médicos. Previamente hay que recordar tal y como se presentó en el cuadro N° 17, que los médicos no se encuentran satisfechos con el salario recibido por el trabajo realizado pues el 51,9% manifestó encontrarse poco satisfecho, mientras que el 48,1% refirió encontrarse nada satisfecho. Ahora bien, teniendo en consideración la percepción salarial de estos dos grupos, encontramos en el presente cuadro que en su relación con los niveles del síndrome de Burnout el grupo que manifestó encontrarse nada satisfecho es el que presenta alto Burnout con 84% (n=63).

En lo que respecta a la significancia estadística, el valor de $p=0,325$, lo cual se traduce en la presente investigación en que no hay asociación estadística significativa entre la percepción de la satisfacción salarial y el presentar o no el síndrome de Burnout.

En cuanto al riesgo, tener poca satisfacción por el salario incrementa el riesgo de padecer Burnout en 1,200 veces.

Cuadro N° 36
 Síndrome de Burnout en Médicos. Participantes según nivel de medición bajo o alto y
 síntomas físicos en frecuencia y porcentaje.
 Hospital “Dr. Rafael Medina Jiménez”, Edo. Vargas. 2016

Niveles de Síndrome de Burnout	Síntomas Físicos					
	No		Si		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Bajo Burnout	3	27,3%	27	18,6%	30	19,2%
Alto Burnout	8	72,7%	118	81,4%	126	80,8%
Total	11	100,0%	145	100,0%	156	100,0%

Cuadro N° 37
 Síndrome de Burnout en Médicos. Participantes según nivel de medición bajo o alto y
 síntomas emocionales en frecuencia y porcentaje.
 Hospital “Dr. Rafael Medina Jiménez”, Edo. Vargas. 2016

Niveles de Síndrome de Burnout	Síntomas Emocionales					
	No		Si		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Bajo Burnout	3	16,7%	27	19,6%	30	19,2%
Alto Burnout	15	83,3%	111	80,4%	126	80,8%
Total	18	100,0%	138	100,0%	156	100,0%

En los dos cuadros precedentes a estas líneas encontramos la distribución de los participantes en frecuencia y porcentaje y la relación entre los niveles bajos o altos de Burnout y la presencia de síntomas físicos y emocionales. Respecto esto, el 81,4% (n=118) presentaron síntomas físicos, dados por dolor de cabeza, dolor de espalda, dolor de estómago y tensión muscular, relacionados con niveles altos de Burnout. En relación a los síntomas emocionales donde fundamentalmente se consideraron cambios en el estado anímico, el 80,4% (n=111), presentaron igualmente niveles altos para el síndrome de Burnout.

En lo que respecta a la significancia estadística, el valor de $p=0,483$, para síntomas físicos y de $p=0,769$, para síntomas emocionales lo cual se traduce en la presente

investigación en que no hay asociación estadística significativa entre la presencia de síntomas físicos y emocionales y la posibilidad de desarrollar el síndrome de Burnout.

En cuanto al riesgo, no referir síntomas físicos incrementa el riesgo de padecer Burnout en 1,575 veces, mientras que el presentar síntomas emocionales incrementa la posibilidad de desarrollar Burnout en 1,022 veces.

DISCUSIÓN.

Las nociones de salud y de enfermedad se han concebido de diversas formas a lo largo del tiempo en las diferentes culturas. La noción de salud cambia según el sector de que se trate: el común de la gente; los científicos de los siglos XIX y XX, quienes concebían la salud como ausencia de enfermedad u homeostasis entre medios interno y externo, o instituciones como la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), que la define como un "completo estado de bienestar físico, psíquico y social, y no sólo la ausencia de enfermedad". Además, el concepto también incluye la reflexión posterior sobre su alcance, o su significado en términos de la potencialidad para lograr una función plena y con calidad de vida, lo que está influenciado por factores biológicos, por el estilo de vida, el ambiente físico y comunitario, etc.

La noción de enfermedad en el siglo XXI va mucho más allá del consultorio o de las paredes de un hospital, pues un conjunto de signos y síntomas confluyen para confirmar la presencia o la ausencia de una patología que requiere de un tratamiento adecuado. Así, las nociones de salud y de enfermedad han cambiado a medida que la capacidad de diagnóstico ha mejorado.

Es así pues, que la investigación en salud pública no solo debe estudiar y propender por una mejor salud de las poblaciones, sino también por la del grupo de profesionales que se encargan de atenderla. Segura O. ⁽³³⁾, señala que este objetivo está inscrito en la definición, los propósitos y las funciones de la salud pública y que esta es un quehacer, pero también la manifestación de acciones y condiciones orientadas a proteger a la población de los factores que inciden sobre su estado de salud.

Se llega entonces en este contexto a las llamadas funciones esenciales de la salud pública, dentro de la que está presente la vigilancia en salud, la cual tiene como piedra angular a la Epidemiología con sus herramientas para la vigilancia epidemiológica de eventos puntuales o centinelas que gozan de particular interés por tratarse de por ejemplo una enfermedad prevenible o de la ocurrencia de una defunción por una causa específica cuyo hecho significa un encendido de las

alarmas de este sistema de vigilancia tradicional, el cual, en nuestro actual contexto – país, es probable que no este lo suficientemente preparado para la detección, confirmación y seguimiento de patologías crónicas relacionadas con el entorno y actividad laboral como lo es el síndrome de Burnout.

Cuando el personal médico que labora en un hospital presenta síndrome de Burnout, se evidencia como el producto de la interacción negativa entre elementos como el lugar de trabajo, los demás integrantes del equipo de trabajo, el contacto con los pacientes, las exigencias de los directivos del establecimiento, la responsabilidad en la toma de decisiones críticas con implicaciones graves no solo por el peso de la vida humana, sino por el carácter médico – legal que estas tienen hacia el paciente, sus familiares y la sociedad, conforman una situación compleja donde el trabajador se encuentra emocionalmente afectado y en muchos casos no dispone de las herramientas necesarias y suficientes para amortiguar estos efectos negativos derivados de su actividad laboral.

Es así pues, como los médicos se encuentran inmersos en una multiplicidad de situaciones (compromisos personales, familiares, profesionales, laborales, etc.) que pueden jugar en su contra y convertirse en factores generadores del síndrome de Burnout ⁽¹³⁾

La definición clásica del síndrome de Burnout dada por Cristina Maslach ^{(24) (25)}, indica que este fenómeno está dado por tres elementos que son: agotamiento emocional, deshumanización y realización personal. Niveles altos en las dos primeras dimensiones (agotamiento emocional y deshumanización) y bajos en la última dimensión (realización personal) son criterios para diagnosticar el síndrome.

Sobre esta definición clásica encontramos en esta investigación que el 67% de los participantes tenían niveles altos de agotamiento emocional, 40,4% tenían niveles altos de despersonalización y 77,6% tenían niveles bajos de realización personal. En datos crudos considerando el tamaño de la población estudiada (N=156), el 24,4% (n=38) presento criterios para el síndrome. Esta prevalencia es significativamente

mayor a la encontrada por Gil Monte et al ⁽³⁴⁾ en su investigación donde la prevalencia reportada estuvo entre 5 y 15% o a la encontrada por Pando et al ⁽¹⁾ donde se encuentran cifras entre 6,5 y 10,3%, pero es una prevalencia baja si la comparamos con el estudio de Aranda et al, ⁽³⁵⁾ donde la prevalencia encontrada fue de 41,8% o el de Manzo S. ⁽²⁷⁾, quien en su investigación obtuvo una prevalencia 85,3% lo que represento una población afectada de 128 médicos internos y residentes de un total de 150 individuos. Se puede citar también la investigación realizada por Escalona E., et al ⁽¹¹⁾, donde su prevalencia del síndrome fue de 11,76%. Si bien la cifra de prevalencia encontrada en la presente investigación no es tan alta como la observada en otros estudios, ello hace pensar que el síndrome de Burnout está presente y que los factores demográficos y laborales acá considerados, pese a que en algunos casos carecen de significancia estadística, sus valores encontrados no son nada despreciables y pudieran jugar un papel importante en la aparición progresiva del Burnout.

Aplicando el baremo establecido por D´anello S., donde se establecen los niveles de síndrome de Burnout para su análisis, encontramos que el 80,7% de los participantes presentaron niveles altos y muy altos del síndrome de Burnout, mientras que 12,2% presento niveles medios y solo 7,1% presento elementos que permitieron clasificarlos sobre la base de este baremo como un nivel bajo.

En lo que respecta a la relación entre el la presencia del síndrome de Burnout y las diferentes variables asociadas en la presente investigación se observó que sobre la relación Burnout – Sexo, no se encontró asociación estadísticamente significativa. Sobre este particular la información tiende a ser contradictoria. Hay estudios como el de Sobreques J, et al ⁽²⁾ en el que ponen en evidencia de que el pertenecer al sexo femenino es un factor que está asociado al padecimiento del síndrome. Perez I., en su investigación ⁽¹⁶⁾ señala que las mujeres son las que se encuentran con mayor vulnerabilidad debido a presentar un doble rol en la tarea profesional y familiar. Igualmente, Atance J. ⁽³⁶⁾ señala que según el sexo sería principalmente las mujeres el grupo más vulnerable, quizá en este caso de los profesionales de salud por razones diferentes como podrían ser la doble carga de trabajo que conlleva la

práctica profesional y la tarea familiar así como la elección de determinadas especialidades profesionales que prolongarían el rol de mujer. Para otros investigadores como Caballero M ⁽³⁷⁾ se detecta una mayor vulnerabilidad en el sexo masculino respecto al femenino, quizás causado por unas expectativas profesionales mayores al inicio de su carrera que no se ven satisfechas con el paso del tiempo. En este caso, al igual que lo observado por Cedeño E, et al ⁽³⁾ y por Cabello et al ⁽⁵⁾ en su investigación no hubo diferencia significativa en cuanto al sexo y el padecer o no de síndrome de Burnout. El fundamento teórico planteado en esta investigación propuesto por Leiter y Harvie ⁽¹⁹⁾, da cuenta de que el sexo femenino tiene mayor tendencia a desarrollar el síndrome de Burnout.

Sobre la relación Burnout – Grupo etario, en la presente investigación se demostró que existe relación significativa entre estas dos variables. Similar hallazgo se evidencia en la investigación realizada por Ortega et al ⁽³⁸⁾ en el año 2011 donde evalúan los aspectos epidemiológicos de este síndrome en personal sanitario. De igual manera la observación concuerda con lo planteado por Perez I. ⁽¹⁶⁾, quien en su investigación realizada en el año 2015 pone de manifiesto como factor asociado al padecimiento del síndrome de Burnout la edad, haciendo referencia a que los grupos de edad más jóvenes son los que tienen mayor tendencia a presentar el síndrome de Burnout. Atance J. ⁽³⁶⁾, señala que la edad aunque parece no influir en la aparición del síndrome se considera que puede existir un periodo de sensibilización debido a que habría unos años en los que el profesional sería especialmente vulnerable a éste, siendo éstos los primeros años de carrera profesional dado que sería el período en el que se produce la transición de las expectativas idealistas hacia la práctica cotidiana, aprendiéndose en este tiempo que tanto las recompensas personales, profesionales y económicas, no son ni las prometidas ni las esperada. Carrillo et al ⁽³⁹⁾ señala que en cuanto a la edad varios estudios revelan que a mayor edad existe un menor nivel de Burnout, quizás porque el trabajador adquiere mayor seguridad en las tareas que desempeñan y se hace menos vulnerable al síndrome.

En cuanto a la asociación Burnout – Estado civil, se encontró que hubo significancia desde el punto de vista estadístico. En este sentido Pérez I ⁽¹⁶⁾, en su investigación

hace referencia a que el estado civil está asociado al síndrome, dado que es determinante que las personas sin pareja estable (solteros) y sin hijos presentan menor capacidad para afrontar problemas y conflictos emocionales por no contar con el apoyo familiar. Similar opinión es la que reporta en su investigación Atance J ⁽³⁶⁾, quien indica que aunque se ha asociado el síndrome más con las personas que no tienen pareja estable, tampoco hay un acuerdo unánime, parece que las personas solteras tienen mayor cansancio emocional, menor realización personal y mayor despersonalización, que aquellas otras que bien están casadas o conviven con parejas estable. En contraposición a esta apreciación hay investigaciones como la de Arias et al ⁽¹⁹⁾ en la que demuestran que no existe asociación significativa desde el punto de vista estadístico entre el estado civil y el síndrome de Burnout. Berrios et al ⁽⁴⁰⁾, señalan en su investigación que según Cooper y Davidson es más probable desarrollar síndrome de Burnout por personas con estado civil casado o con familia estable debido al nivel de responsabilidad que esto implica, lo cual unido a la actividad laboral, no solo da lugar a problemas emocionales, sino que se ha relacionado con la aparición de enfermedades físicas relacionadas con el estrés.

Si bien los resultados obtenidos en esta investigación presentan variaciones en cuanto a la significancia estadística en los diferentes cruces de variables realizados, los mismos se encuentran enmarcados dentro de los fundamentos teóricos propuestos por Leiter y Harvie ⁽¹⁹⁾ en donde reflejan que la mayor incidencia del síndrome de Burnout se da en personas jóvenes, género femenino, solteros, sin pareja estable, y que muy probablemente son portadores de alguna psicopatología de fondo, lo cual no fue objeto de valoración en la presente investigación.

En la revisión de la relación Burnout – Nivel profesional, aunque en la presente investigación no hubo asociación estadísticamente significativa, Bethelmy L ⁽⁴¹⁾, en su investigación señala que los médicos residentes son más propensos a presentar Burnout que los médicos de otros cargos (como el caso de los médicos adjuntos o especialistas). Por lo que el cargo ejercido dentro de la institución médica es otra de las variables a tomar en cuenta a la hora de estudiar los factores involucrados dentro

del síndrome de Burnout. Cedeño et al ⁽³⁾ encontró en su investigación niveles altos de Burnout en residentes, en comparación con médicos especialistas.

Esto está fundamentado en el hecho de que los residentes están cargados de mayor presión laboral, sobrecargas de turnos y exigencias propias del proceso de formación académica, dentro de una dinámica de interrelación continua con el paciente. Este perfil es diferente al de los médicos especialistas, ya que estos perciben un mayor control en la toma de decisiones, mayor apoyo social y están sometidos a menores demandas laborales en comparación con los médicos residentes.

En lo que respecta a la relación Burnout – Horario de trabajo, considerando que en la investigación acá realizada no hubo significancia estadística al realizar el cruce de variables, no podemos dejar de mencionar la observación encontrada en la que se aprecia que a medida que se incrementa el número de horas que permanece el médico en el centro asistencial es directamente proporcional el número de profesionales que presentan niveles altos del síndrome de Burnout. Lo anterior quizás sea consecuencia de aspectos como las condiciones de trabajo, limitación importante de recursos, entre otros, incluyendo el tiempo de contacto con los pacientes y las demandas de estos.

En la relación Burnout – Número de horas de contacto con el paciente encontramos significancia estadística. Sobre este particular, Atance J ⁽³⁶⁾ señala que es conocida la relación entre Burnout y sobrecarga laboral expresada sobre el número de horas de contacto con los pacientes en los profesionales asistenciales, de manera que este factor produciría una disminución de la calidad de las prestaciones ofrecidas por estos trabajadores, tanto cualitativa como cuantitativamente. Al mismo tiempo señala que otros autores plantean que no parece existir una clara relación entre el número de horas de contacto con los pacientes y la aparición de Burnout.

Hay que recordar que la profesión médica dentro de una institución hospitalaria está sujeta a largas jornadas laborales. Generalmente en estas jornadas laborales estos profesionales desarrollan gran agotamiento físico y mental, que los hace proclives al

síndrome de Burnout. Las intensas cargas de trabajo, volumen de pacientes atendidos y lo extenso de las jornadas laborales pueden ir en menoscabo del tiempo personal y de ocio, tal y como lo señalan Berrios et al ⁽⁴⁰⁾ en su investigación.

Al igual que la relación entre elementos anteriormente presentados, este resultado se circunscribe por lo planteado en el fundamento teórico propuestos por Leiter y Harvie ⁽¹⁹⁾ dentro de los factores propios del trabajo, en donde la carga horaria, aunado al número de horas de contacto con los pacientes que demandan atención pudieran estar jugando un papel predominante en la aparición del síndrome de Burnout, por lo que se hace necesario dar la importancia que merece la consideración de los factores individuales que podrían inducir susceptibilidad en el desarrollo del Burnout.

En la asociación Burnout – Especialidad clínica, a pesar de que no hubo significancia estadística, se puede observar altos niveles del síndrome más en especialidades quirúrgicas que en las especialidades médicas. Bethelmy L. ⁽⁴¹⁾ señala que pese a esto, son las especialidades médicas las que se enfrentan a una menor planificación y coordinación del trabajo en equipo, mayor incertidumbre acerca de la adecuación de los tratamientos y a una mayor presión temporal. Estas especialidades han sido catalogadas como unidades críticas, debido a las altas demandas laborales físicas y psicológicas (características de las diferentes especializaciones que agrupan), al involucramiento personal (en intensidad, compromiso e injerencia de valores morales), a la rápida toma de decisiones, al impacto en el paciente y sus allegados de las consecuencias de esa toma de decisiones y al poco control de los recursos del entorno (sobre todo en el contexto de los hospitales públicos venezolanos).

En cuanto a la relación Burnout – Satisfacción por el salario no encontramos asociación estadísticamente significativa. Atance J. ⁽³⁶⁾, señala que el salario ha sido invocado como otro factor que afectaría al desarrollo de Burnout en estos profesionales, aunque no queda claro en la literatura. En nuestro caso llama la atención el hecho de la escasa satisfacción que tienen los médicos respecto al salario percibido y el trabajo realizado. Hay que recordar que actualmente el salario es una de las motivaciones principales para una adecuada realización de la actividad

laboral. Entonces, si evaluamos esta situación en perspectiva podemos fácilmente visualizar un personal descontento, inconforme, debido a la poca o insuficiente remuneración salarial recibida, lo cual, por supuesto tendría incidencia directa generar desmotivación del personal, lo cual en concordancia con las observaciones realizadas por Berrios M., et al ⁽⁴⁰⁾, constituye un factor asociado a la predisposición de sufrir el síndrome de Burnout, ya que ingresos bajos ocasionan una gran carga de estrés en este personal al no poder cubrir todos sus gastos personales y familiares.

Respecto a Burnout – Síntomas físicos y emocionales, teniendo en cuenta que no se encontró asociación estadísticamente significativa, sin embargo, pese a esto observamos en esta investigación que los participantes presentan ciertos síntomas físicos y emocionales que no se deben pasar por alto, pues podrían ser una clara señal de alarma sobre lo que está sucediendo o lo que podría estar por venir. Esto se encuentra claramente definido en la literatura médica como por ejemplo en la Guía del Departamento de Asistencia Técnica para la Prevención de Riesgos Laborales ⁽⁴²⁾. En ella se señala que las experiencias de esta forma de estrés crónico como lo es el Burnout provocan en los individuos respuestas fisiológicas cognitivo – afectivas y conductuales además de generar importantes consecuencias para la organización a la que se pertenece. Se tendrán entonces consecuencias personales dadas por una multiplicidad de síntomas físicos, emocionales y conductuales y consecuencias sociales que pueden afectar el trabajo y las relaciones interpersonales, asociados a conductas y actitudes de carácter negativo, las cuales no terminan cuando el sujeto deja el trabajo, sino que por el contrario afectan su vida privada, pues las actitudes cínicas y de desprecio impactan posteriormente sobre su familia y amigos.

Finalmente, luego de esta investigación realizada se debe pensar en las implicaciones del llamado síndrome de Burnout para la salud pública, las cuales pueden agruparse en dos categorías. La primera debe abordar la relevancia de su estudio, que lleva implícito el preguntarse sobre el síndrome en sí mismo, sobre las consecuencias que este tiene para el individuo, y sobre el efecto de las condiciones de trabajo o del entorno. La segunda categoría consideraría la forma en que debe ser

tipificado e investigado el síndrome, incluyendo los métodos que pueden emplearse para tal fin. Adicional a esta consideración, hay que tener en cuenta que más que un síndrome, podríamos estar hablando de una verdadera enfermedad ya que: a) existen factores (individuales y del entorno) que en presencia o ausencia tienen asociación con la aparición del mismo, b) sus manifestaciones clínicas son medibles y cuantificables con instrumentos diseñados para tal fin y que en el caso del idioma español se encuentran debidamente validados y en el caso de nuestro país han sido correctamente adaptados a tal fin, y que permiten distinguirlo de otras condiciones como la depresión, alienación, ansiedad, insatisfacción laboral, fatiga, estrés, etc., c) afecta uno o más sistemas orgánicos del individuo, d) puede curarse con un plan terapéutico adecuado, e) ha sido estudiado por un entorno multidisciplinario y en diferentes grupos ocupacionales y f) los profesionales de la salud afectados trabajan por debajo de su mejor nivel de desempeño y comodidad, con lo cual puede aumentar la frecuencia de errores de juicio o de procedimiento, que pueden tener consecuencias negativas para los pacientes y sus familias, para otros usuarios y para las instituciones donde trabajan.

Dado que el Burnout se ha observado también en actividades profesionales relacionadas con la prestación de servicios de diverso tipo, como educación, y especialmente entre profesionales de la salud, se le considera como un problema de salud pública que con las herramientas adecuadas puede y debe ser investigado.

CONCLUSIONES.

En relación con los objetivos propuestos dentro de la presente investigación se puede concluir que:

- La prevalencia encontrada del síndrome de Burnout en médicos residentes y especialistas de un hospital tipo III fue de 24,4%.
- Las variables que obtuvieron valores de $p < 0,005$ en relación con los niveles del síndrome de Burnout, interpretando los resultados de asociación como estadísticamente significativos fueron: grupo etario, estado civil y número de horas de contacto con los pacientes.
- Las variables que obtuvieron valores de $p > 0,05$ en relación con los niveles del síndrome de Burnout, interpretando los resultados de asociación como no estadísticamente significativos fueron: sexo, nivel profesional, horas de trabajo en el centro asistencial, servicio hospitalario al que pertenece, satisfacción salarial y presencia de síntomas físicos y emocionales.

RECOMENDACIONES.

Si bien la metodología empleada en este estudio tiene la restricción de que sus datos fueron obtenidos en un breve periodo de tiempo, trabajando solo con médicos residentes y especialistas de un hospital local, sin embargo como autor se espera que la información acá presentada tenga valor para orientar el desarrollo futuro de estudios e intervenciones en esta área.

De esta investigación se desprenden elementos que permiten plantear e identificar que el trabajo llevado a cabo por el personal de salud requiere la aplicación de medidas de cuidado y prevención tanto personales como institucionales. En este contexto la presente investigación aporta evidencia teórica y empírica en un ámbito que es de creciente interés para las investigaciones de esta área temática en el campo de la salud ocupacional como elemento contenido dentro de la salud pública.

Para prevenir el síndrome de Burnout en el personal médico, se recomienda el seguimiento de los casos detectados con factores asociados para el desarrollo del mismo y considerar otros elementos como moduladores del síndrome como lo serían el estrés laboral y los factores de riesgo psicosociales y laborales y que deberían ser objeto de consideración en venideras investigaciones.

De igual forma es importante la aplicación de estrategias de intervención en cuatro niveles: organizacional, grupal e interpersonal laboral, individual o personal, y del entorno relacionado con los pacientes y sus familiares, debido a lo complejo de los factores que involucra el síndrome. A nivel organizacional se pueden establecer programas que integren un trabajo de ajuste entre los objetivos del servicio y los perseguidos por el individuo, determinar las condiciones de trabajo del personal médico y mejorarlas, fomentar la flexibilidad horaria, promover el trabajo en equipo, implementar horas de descanso en horas laborales y horas de comida, redefinición de roles, promover seguridad en el empleo, y facilitar a los trabajadores los recursos adecuados para conseguir los objetivos del trabajo, promover la ayuda profesional

entre los que casos ya existentes y los sospechosos. También será de utilidad garantizar una satisfacción laboral en el sentido más amplio (teniendo como arista principal el tema salarial), mejorar las redes de comunicación organizacional, impulsar el desarrollo formativo profesional de los trabajadores a través de organización, promoción e invitación a congresos y jornadas científicas de actualización y aumentar hacia los trabajadores los estímulos por el cumplimiento laboral. A nivel grupal e interpersonal se sugiere fomentar el entrenamiento del personal de salud en la conformación de “grupos de apoyo” en los cuales se haga un feedback sobre la base de las experiencias laborales que permitan un mejor afrontamiento de situaciones particulares. Este tipo de apoyo servirá de fuente periódica de información en áreas como el desempeño laboral y lo que tiene que ver con la percepción, entendimiento y vivencia de sus modos de comportamiento dentro de la institución. A nivel individual se recomienda establecer cursos o programas de adquisición de destrezas en áreas como solución de problemas donde se busque reinterpretar positivamente las situaciones, asertividad, manejo eficaz del tiempo, comunicaciones y relaciones sociales. Es de valor personal el distanciamiento del trabajo al finalizar la jornada laboral, establecer cortas pausas activas de descanso durante el trabajo y trazarse objetivos o metas factibles de conseguir con los recursos disponibles, así mismo, la práctica de alguna actividad deportiva o ejercicio físico facilitaría el distanciamiento de los sujetos del problema. A nivel del entorno del paciente y sus familiares, con una visión un poco idealista, se deben planificar programas de educación para este grupo de personas en lo concerniente a como debe ser la relación del personal sanitario con los pacientes y familiares y cuál es el trato que esperan recibir de estos el personal de salud. Adicionalmente, y como aporte desde una perspectiva salubrista al tema del síndrome de Burnout se propone que la organización se convierta en promotor de trabajo saludable a través de un plan de acción que involucra seis sencillos pasos⁽⁴³⁾:

1. Paso: Identificar quien necesita ayuda.

El objetivo básico es ayudar al trabajador lo antes posible. El Departamento de Recursos Humanos (RRHH) debería poder identificar de forma precoz al

trabajador ausente y remitirlo al responsable de la vigilancia de la salud o a otro facultativo médico, para que elabore un informe sobre las limitaciones que éste presenta.

2. Paso: Contacto.

Al averiguar que un trabajador está ausente por una enfermedad crónica (como el síndrome de Burnout), la organización debe contactarlo lo antes posible. Es importante convencer al trabajador para que confíe desde el principio en su superior directo (o quienquiera que represente a la organización) en el momento en que éste contacte con él ya sea por escrito, por teléfono o en persona.

3. Paso: Entrevista inicial.

Si el trabajador lo desea y puede, la organización debe invitarlo a participar en una entrevista. Esta consulta inicial debe hacerse en privado. Para que la entrevista sea útil, se debe centrar la atención sobre las expectativas de cada uno de los asistentes.

4. Paso: Revisión del caso.

Esta revisión servirá para recoger todos los datos relevantes y opiniones médicas pertinentes. El objetivo es reunir la información suficiente para entender la situación, y elaborar un plan conjunto para asistir al trabajador en su vuelta al trabajo con el apoyo necesario dentro y fuera del ámbito laboral.

5. Paso: Desarrollar un programa de “vuelta al trabajo”.

Sobre este particular, la organización debe establecer qué medidas hay que tomar, cuándo, cómo, dónde, cuántas, y hasta qué punto está el trabajador dispuesto a implicarse en cada una de ellas. El plan debe incluir las medidas de prevención, rehabilitación y cómo se integran las limitaciones de salud a largo plazo del trabajador.

Algunas medidas de rehabilitación podrían ser: permitir una vuelta al trabajo escalonada, monitorizar el estrés y sus factores asociados, dar acceso a terapia ocupacional o apoyo médico y profesional a través de fórmulas ambulatorias, atención de día o servicios hospitalarios. Aquí se debe considerar la adaptación del puesto de trabajo al trabajador y no al contrario.

6. Paso: Seguimiento del plan.

El plan de vuelta al trabajo no acaba con el retorno del trabajador. Hay que evaluar el plan. La evaluación constituye la última fase de este proceso en seis fases. Para asegurarse de que ofrece lo que se esperaba, y para recabar información fiable que se usará para mejorar el proceso para otros trabajadores, debe monitorizarse la salud del trabajador para comprobar si ha mejorado a raíz de las acciones emprendidas. Un seguimiento regular mediante entrevistas periódicas permitirá estimar los progresos y las dificultades.

AGRADECIMIENTOS.

A la Msc. Myrna Yasmira González, Secretaria Sectorial de Salud de la Gobernación del Estado Vargas por la información proporcionada que sirvió de punto de partida para realizar la presente investigación.

Al Dr. Juan José Lara García, Director de la Junta Medica Evaluadora Ocupacional de la Gobernación del Estado Vargas, por su incondicional apoyo técnico y operativo para la realización de la presente investigación.

A la Escuela de Salud Pública de la Universidad Central de Venezuela y a los integrantes de su cuerpo profesoral por los conocimientos y aprendizajes que me permitieron adquirir hasta la culminación del Programa de Especialización en Administración en Salud Publica.

REFERENCIAS.

1. Pando M, Bermúdez M, Pérez C. El síndrome de quemado en los trabajadores de la salud. *Revista Salud y Trabajo*. 2000; 1(1): p. 12-15.
2. Sobrequés J, Cebriá J, Segura J, Rodríguez C, García M. La satisfacción laboral y el desgaste profesional de los médicos de atención primaria. *Atención Primaria*. 2003; 31(4): p. 227-233.
3. Cedeño E, Brandt C. Síndrome de Burnout en los residentes de postgrado de medicina familiar y en los médicos familiares en Venezuela. *Medicina Familiar*. 2002 Jul-Dic; 10(2): p. 91-99.
4. Cordero R. Estrés laboral en médicos residentes del Postgrado de Puericultura y Pediatría del Hospital Universitario "Dr. Agustín Zubillaga". Tesis de grado para optar al Título de Especialista en Puericultura y Pediatría. Barquisimeto, estado Lara: Universidad Centrooccidental "Lisandro Alvarado"; 2003.
5. Cabello L, D'Anello S. Síndrome de desgaste profesional (Burnout) y apoyo familiar en médicos residentes de la Universidad de los Andes. *Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad de los Andes*. 2004; 10: p. 1-4.
6. Volcanes I, Rivas F. Síndrome de Burn-Out en médicos de familia del estado Mérida. *MedULA*. 2007; 19: p. 19-35.

7. Rueda M. Síndrome de desgaste profesional en residentes de Cirugía. Servicio Autónomo Hospital Universitario de Maracaibo. Tesis de Grado para optar al Título de Especialista en Cirugía General. Maracaibo, estado Zulia: Universidad del Zulia; 2009.
8. Vargas M. Portalesmedicos.com. [Online].; 2010 [cited 2016 Junio 11. Available from: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2611/1/Sindrome-de-Burnout-en-los-medicos-del-Servicio-de-Emergencia>.
9. Tepedino D, Peña C. Síndrome de desgaste profesional en residentes del Hospital Universitario de Caracas. Medicina Interna. 2011; 27(1): p. 38-50.
10. Davila J, Romero P. Relación entre el síndrome de Burnout y la percepción sobre el clima organizacional en médicos del área de Emergencia. Tesis de Grado para optar al Título de Especialista en Relaciones Industriales. Caracas: Universidad Católica Andrés Bello; 2010.
11. Escalona E, Estanga I, González A, Escalante M. Prevalencia del síndrome de desgaste profesional en médicos residentes de postgrado del Hospital Central de Maracay. Publicación Oficial del IX Congreso Internacional de Riesgos Laborales (ORP 2011). 2011 Noviembre.
12. Parra P. Síndrome de desgaste profesional (Burnout) en médicos cursantes de postgrados de la Facultad de Medicina de la Universidad de los Andes. Tesis de Grado para optar al Título de Especialista en Psiquiatría. Mérida, estado Mérida: Universidad de los Andes; 2012.

13. Orozco G, Chapín M, González E, Corujo M. Estudio comparativo del desgaste profesional en residentes de Postgrados Clínicos de la Universidad de Carabobo. Informe Médico. 2012; 14(9): p. 323-397.

14. Tariffe M. Síndrome de Burnout en residentes del Postgrado de Medicina Interna, de la Universidad de Carabobo, Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera". Tesis de Grado para optar al Título de Especialista en Medicina Interna. Universidad de Carabobo; 2013.

15. Kurusis S, Ordaz M, Peña A, Aguirre J. Burnout en médicos residentes del Postgrado de Cirugía del Hospital Central de Maracay. Revista Electrónica de Investigación y Postgrado NEXOS. 2015; 4(1): p. 17-25.

16. Pérez I. Síndrome de Burnout y Estrés Laboral en Residentes de Medicina Interna de un Hospital Tipo IV. Revista Iberoamericana de Investigación Aplicada. 2015 Enero-Junio; 3(1): p. 37-56.

17. Bellorin H. Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de la Emergencia de Adulto de un Hospital Tipo IV. Tesis de grado para optar al Título de Especialista en Salud Ocupacional. Maturín, estado Monagas: Universidad Nacional Experimental de Guayana (UNEG); 2008.

18. Bámbula F, Gómez I. La investigación sobre el síndrome de Burn-Out en Latinoamérica entre 2000 y el 2010. Psicología desde el Caribe. 2016 Enero-Abril; 33(1): p. 113-131.

19. Arias P, Castro M. Prevalencia del Síndrome de Burn-Out y factores sociodemográficos y laborales asociados en enfermeros(as) profesionales del Hospital Nacional de Niños. Tesis de grado para optar al Título de Especialista en Psiquiatría. San José, Costa Rica: Universidad de Costa Rica, CENDEISSS-CCSS; 2012.
20. De Almeida N, Castiel L, Ayres J. Riesgo: Concepto básico de la epidemiología. Salud Colectiva. 2009 Septiembre-Diciembre; 5(3): p. 323-344.
21. Pita S, Vila M, Carpenente J. Determinación de Factores de Riesgo. Cad. Aten. Primaria. 1997; 4: p. 75-78.
22. Schwartzmann L. Estrés laboral, síndrome de desgaste (quemado), depresión: ¿Estamos hablando de lo mismo? Ciencia y Trabajo. 2004; 6(14): p. 174-184.
23. Freudenberg HJ. Staff burnout. Journal of Social Issues. 1974; 30: p. 159-164.
24. Maslach C. Burned-out. Human Behaviour. 1976; 9(5): p. 16-22.
25. D'Anello S, Marcano E, Guerra JC. Estrés ocupacional y satisfacción laboral en médicos del Hospital Universitario de los Andes. MedUla - Revista de la Facultad de Medicina. 2003; 9(1-4): p. 4-9.
26. Maslach C, Jackson S. The measurement of experience burnout. Journal of Occupational Behaviour. 1981; 2: p. 99-113.

27. Manzo S. El Síndrome de Burnout en los trabajadores de la salud. Tesis de grado para optar al Título de Especialista en Gerencia de Servicios Asistenciales de Salud. Caracas: Universidad Católica Andrés Bello; 2006.
28. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. [Online].; 2008 [cited 2016 Abril 21. Available from: http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/17c_es.pdf.
29. Ministerio del Poder Popular para la Ciencia, Tecnología e Industrias Intermedias. Código de Ética para la Vida Perez E, Villalon M, Barreto G, Borges P, Mendoza R, editors. Caracas: Fondo Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación (FONACIT); 2010.
30. Jara E. Prevalencia del síndrome de Burnout en residentes de medicina del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el año 2015. Tesis de grado para optar al Título Profesional de Médico Cirujano. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016.
31. Matos M, Mendoza L, Pires N, Mora V. Factores asociados con la incidencia del síndrome de Burnout en el personal de enfermería que labora en la Unidad de Emergencia y Medicina Crítica del Hospital Central Universitario "Antonio María Pineda". Tesis de grado para optar al Título de Licenciatura en Enfermería. Barquisimeto, estado Lara: Universidad Centrooccidental "Lisandro Alvarado"; 2004.

32. Jofre V, Valenzuela S. Burnout en el personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrico. Revista Aquichan. 2005; 5(1): p. 56-63.

33. Segura O. Agotamiento profesional: concepciones e implicaciones en la salud pública. Biomédica. 2014 Octubre; 34(4).

34. Gil-Monte P. Situación actual y perspectiva de futuro en el estudio del estrés laboral: La psicología de la Salud Ocupacional. Información Psicológica. 2010; 100: p. 68-83.

35. Aranda C, Pando M, Torres T, Salazar J, Franco-Chávez S. Factores psicosociales y síndrome de Burnout en médicos de familia. Anales de la Facultad de Medicina. 2005; 3(65): p. 225-231.

36. Atance J. Aspectos epidemiológicos del Síndrome de Burnout en personal sanitario. Revista Española de Salud Pública. 1997 Mayo-Junio; 71(3).

37. Caballero M. Prevalencia y factores asociados al Burnout en un área de salud. Atención primaria. 2001 Marzo; 27(5).

38. Ortega C, Salas R, Correa R. Aspectos epidemiológicos del síndrome de Burnout en el personal sanitario. Archivos de Medicina. 2011; 7(2:4).

39. Carrillo L, Nieves P. Síndrome de Burnout en médicos generales de consulta externa de una ips de Bogotá. Trabajo de Grado. Argentina: Universidad del Rosario, Salud Ocupacional; 2009.

40. Berrios M, Centeno A. Estudio del síndrome de Burnout en el personal Médico, Paramédico y Enfermeras de la emergencia del Hospital "Dr. Luis Rafael González Espinoza" - Punta de Mata, Estado Monagas. Trabajo de Grado. Maturín: Universidad de Oriente, Gerencia de Recursos Humanos; 2011.

41. Bethelmy L. Estrés laboral, Diferencias individuales y salud en médicos de hospitales públicos de Caracas. Trabajo de Grado. Caracas: Universidad Simón Bolívar, Maestría en Psicología; 2006.

42. Departamento de Asistencia Técnica para la Prevención de Riesgos Laborales. Guía de Prevención de Riesgos Psicosociales en el Trabajo. 1st ed. Laborales FpIPdR, editor. Andalucía: UGT Andalucía; 2010.

43. Knoche K, Sochert R, Houston K. La Promoción de un trabajo saludable para los trabajadores con enfermedades crónicas: Guía para una buena práctica Unión THPotE, editor. Reino Unido: European Network for Workplace Health Promotion; 2012.

44. Seward JP. Estrés Laboral. In La Dou J. Medicina laboral y ambiental. 2nd ed. Caracas: Manual Moderno; 1999. p. 651-669.

45. Frias R. Diccionario Crítico de Ciencias Sociales. [Online].; 2008 [cited 2016 Abril 10. Available from: <http://pendientedemigracion.ucm.es/info/eurotheo/diccionario/S/stress.htm>.
46. Chrousos G, Gold P. The concept of stress and stress system disorders: Overview of physical and behavioural homeostasis. *Journal of American Medical Association*. 1992; 267(9): p. 1944-1951.
47. Szabo S, Tache Y, Samogyi A. The legacy of Hans Selye and the origins of the stress research: A retrospective 75 years after. *The International Journal on Biology of Stress*. 2012; 15(5): p. 472-478.
48. Daneri M. Psicobiología del estrés. [Online].; 2012 [cited 2016 Abril 10. Available from: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/090_comportamiento/material/tp_estres.pdf.
49. Hammar N, Alfredsson L, Johnson J. Job strain support at work and incidence of myocardial infarction. *Occupational Environmental Medicine*. 1998; 55(13): p. 548-553.
50. Ha M, Park J. Shiftwork and metabolic risk factors of cardiovascular disease. *Journal of Occupational Health*. 2005; 47: p. 89-95.

51. Schnall P, Schwartz J, Landsbergis P, Warren K, Pickering T. Relation between job strain, alcohol and ambulatory blood pressure. *Hypertension*. 1992; 5: p. 488-494.
52. CDC.gov. El estrés en el trabajo. [Online].; 1999 [cited 2016 Abril 10. Available from: http://www.cdc.gov/spanish/niosh/docs/99-101_sp/.
53. CDC.gov. Exposición al estrés: Riesgos Ocupacionales en los Hospitales. [Online].; 2008 [cited 2016 Abril 10. Available from: http://www.cdc.gov/spanish/niosh/docs/2008-136_sp/.
54. Gil-Monte P. Algunas razones para considerar los riesgos psicosociales en el trabajo y sus consecuencias en la Salud Pública. *Revista Española de Salud Pública*. 2009; 83: p. 169-173.
55. Sauter S, Hurrell J, Murphy L, Levi L. Factores Psicosociales y Organizativos. In Stellman J. *Enciclopedia de Salud y Seguridad Ocupacional*. Ginebra: Oficina de Trabajo Internacional; 1997. p. 34.1-34.77.
56. Organización Internacional del Trabajo (OIT). El trabajo en el mundo. *Boletín Mexicano de Derecho Comparado*. 1994 Agosto; 80(27): p. 117.
57. Miranda B. Estrés laboral en el personal que labora en el Servicio de Bioanálisis del Hospital "Dr. Domingo Luciani". Tesis de grado para optar al Título de Especialista en Gerencia en Servicios de Salud. Caracas: Universidad Católica Andrés Bello (UCAB); 2008.

ANEXOS.

ANEXO N°1

Consentimiento Informado

Información y Consentimiento

Título del Trabajo:

SINDROME DE BURNOUT. FACTORES ASOCIADOS EN MEDICOS DE UN HOSPITAL TIPO III

Investigadores:

- Tutor: Dra. Ligia Sequera Melean
- Investigador: Jesús Fernando Lugo Rodríguez.

Objetivo General:

Determinar la prevalencia y los factores asociados al Síndrome de Burnout en médicos residentes y médicos especialistas del Hospital tipo III "Dr. Rafael Medina Jiménez" de la localidad de Pariata, municipio Vargas, estado Vargas, Venezuela, durante los meses de Julio a Septiembre de 2016

Confidencialidad:

La información recabada en este cuestionario será utilizada de manera exclusiva en la investigación antes nombrada. Su participación es completamente anónima y los datos obtenidos serán manejados con absoluta confidencialidad.

Participación:

Participar de esta investigación es un acto voluntario. Su abstención está permitida, sin embargo agradecemos su colaboración, ya que esta ayuda a obtener resultados más exactos.

Riesgo y Beneficios:

Participar en la presente investigación no representa riesgo para Usted. Los resultados de la misma serán publicados para que otras personas interesadas en el tema puedan aprender de la presente investigación y para que la instancia competente adopte las recomendaciones y medidas a las que haya lugar.

Declaración de Participación:

Nombres y Apellidos: _____

C.I.: _____ Firma: _____ Fecha: _____

ANEXO Nº2

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

INSTRUMENTO DE EVALUACION SINDROME DE BURN-OUT

El propósito de este instrumento es conocer como consideran distintos profesionales pertenecientes a los Servicios Asistenciales su trabajo, a los pacientes y a los familiares de estos a los que se les brinda atención

Se utiliza el término paciente para señalar el conjunto de sujetos a los que se les proporciona el servicio, cuidado o atención médica.

Cualquier duda en lo referente a cómo responder el instrumento acuda a la persona que le facilita el instrumento y atienda sus instrucciones.

La participación es **TOTALMENTE VOLUNTARIA y ANONIMA.**

PRIMERA PARTE

DATOS PERSONALES:

Marque con una equis (X) el recuadro o complete la información solicitada sobre la línea

1) Sexo:

Masculino Femenino

2) Edad: _____ Años

3) Estado Civil

Soltero(a)

Casado(a)

Divorciado(a)

Viudo(a)

Otro: _____

4) Si está casado o vive en pareja, ¿Cuántos años lleva con su actual pareja?

_____ Años

5) Número de Hijos

No tengo hijos

Un solo hijo

Más de un hijo: ¿Cuántos? _____

SEGUNDA PARTE

DATOS LABORALES:

Marque con una equis (X) el recuadro o complete la información solicitada sobre la línea

- 1) Nivel Profesional
 Médico Residente Médico Especialista

- 2) Servicio hospitalario en el cual trabaja
 Anestesiología Cirugía Emergencia Epidemiología
 Ginecología Medicina General Medicina Interna Nutrición
 Neurocirugía Pediatría Psiquiatría Terapia Intensiva
 Traumatología

- 3) Horas de trabajo por jornada dentro del Centro Asistencial: _____ Horas

- 4) Número de Guardias por mes
 2 a 4 5 a 7 Más de 8

- 5) ¿Trabaja los días festivos o feriados?
 No Sí

- 6) ¿Trabaja en otras instituciones?
 No Sí

- 7) En caso de que su respuesta al ítem anterior sea afirmativa, indique el número de instituciones donde trabaja. Si su respuesta es negativa, avance al siguiente ítem
 1 institución hasta 2 instituciones más de 2 instituciones

- 8) Número de horas de contacto con los pacientes en su turno de trabajo dentro del Centro Asistencial
 Menos de 2 horas Entre 2 y 3 horas Entre 3 y 4 horas Más de 4 horas

- 9) Las relaciones interpersonales con mi equipo de trabajo son:
 Muy Buenas Buenas Regulares Malas

- 10) En su trabajo, ¿Tiene autonomía para la toma de decisiones?
 No Si

- 11) En su trabajo, ¿Su jefe inmediato pide su opinión en las decisiones que afectan el trabajo que Usted realiza?
 No Si

- 12) Cuando a Usted se le encarga una nueva tarea, ¿Discuten con Usted la forma de llevarla a cabo?
No Si
- 13) En su trabajo, ¿Obtiene reconocimiento cuando su trabajo está bien hecho por Usted?
No Si
- 14) En su trabajo, ¿Se le presta atención a las sugerencias que Usted hace?
No Si
- 15) Con relación al salario que Usted percibe, Usted esta:
Muy satisfecho Bastante satisfecho Poco satisfecho Nada satisfecho
- 16) Con relación al tipo de trabajo que realiza, Usted esta:
Muy satisfecho Bastante satisfecho Poco satisfecho Nada satisfecho
- 17) Con relación al sitio de trabajo y organización del mismo, Usted esta:
Muy satisfecho Bastante satisfecho Poco satisfecho Nada satisfecho
- 18) En su trabajo, ¿Conoce Usted los riesgos a los cuales está sometido?
No Si
- 19) ¿Existen PELIGROS DE HIGIENE (ruido, frio, calor, radiaciones, vibraciones, enfermedades infecciosas, posturas incomodas, movimientos repetitivos) presentes en su área de trabajo?
No Si
- 20) ¿Existen PELIGROS DE SEGURIDAD (falta de orden y limpieza, iluminación y ventilación inadecuada, instalaciones eléctricas inadecuadas) en su área de trabajo que generen accidentes y lesiones?
No Si
-

TERCERA PARTE
ESTADO DE SALUD

1) Marque con una equis (X) el recuadro que corresponda al o los síntomas que haya podido experimentar Usted en su trabajo. Marque la casilla con la que más se identifique

#	ITEM	SI	NO
01	Dolor de cabeza		
02	Dolor de estomago		
03	Dolor de espalda		
04	Tensión muscular en cuello y hombros		
05	Aumento de la presión arterial		
06	Fatiga		
07	Llanto		
08	Olvido		
09	Comer apurado		
10	Angustia		
11	Ansiedad		
12	Depresión		
13	Impaciencia		
14	Enojo		
15	Aislamiento		
16	Inefectividad en el trabajo		
17	Frustración		
18	Fumar en forma compulsiva		

2) A continuación se le presentan 22 ítems relacionados con los sentimientos que experimenta Usted en relación con su trabajo. Lea cada frase y responda marcando la frecuencia con la que ha tenido este sentimiento de acuerdo a la escala siguiente:

0	1	2	3	4	5	6
Nunca	Pocas Veces al año	Una Vez al mes	Pocas Veces al mes	Una Vez a la semana	Pocas Veces a la semana	Todos los días

Vea el siguiente ejemplo:

“Me siento deprimido con el trabajo”

Si **NUNCA** se siente deprimido en el trabajo, debe contestar con un cero (0).
Si esto le ocurre alguna vez indique la frecuencia con los números del uno (1) al seis (6) según sea el caso.

		0	1	2	3	4	5	6
Nº	Ítem	Nunca	Pocas Veces al año	Una Vez al mes	Pocas Veces al mes	Una Vez a la semana	Pocas Veces a la semana	Todos los días
01	Me siento emocionalmente agobiado por mi trabajo							
02	Me siento cansado al final de la jornada de trabajo.							
03	Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar.							
04	Comprendo fácilmente cómo se sienten los pacientes.							
05	5) Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales.							
06	Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo.							
07	Trabajo muy eficazmente los problemas de los pacientes.							
08	Me siento 'quemado' por mi trabajo.							
09	Creo que influyó positivamente con mi trabajo en la vida de las personas.							
10	Me he vuelto más sensible con la gente desde que ejerzo esta profesión.							
11	Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente.							
12	Me siento muy activo.							
13	Me siento frustrado en el trabajo.							
14	Creo que estoy trabajando demasiado							
15	Realmente no me preocupa lo que le ocurre a mis pacientes.							
16	Trabajar directamente con personas me produce estrés.							
17	Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes.							
18	Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes.							
19	He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión.							
20	Me siento acabado.							
21	En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma.							
22	Siento que los pacientes me culpan por algunos de sus problemas.							

ANEXO 3:

DIMENSIONES DEL SINDROME DE BURNOUT

Dimensión de la escala	Preguntas de cada escala	Puntaje
<p><u>Cansancio emocional:</u></p> <p>Es el rasgo fundamental y supone síntomas de pérdida de energía, de agotamiento físico y psíquico y una sensación de estar al límite, de no poder dar más de sí mismo a los demás. Puede incluir síntomas indistinguibles de los depresivos.</p>	1-2-3-6-8-13-14-16-20	<ul style="list-style-type: none">• Alto → mayor de 27• Medio → 19 – 27• Bajo → menor de 18
<p><u>Despersonalización:</u></p> <p>Para protegerse, el sujeto puede realizar un cambio negativo en las actitudes y respuesta hacia los demás, especialmente hacia los beneficios del propio trabajo, mostrándose distanciado, cínico, utilizando etiquetas despectivas para referirse a los demás o tratando de culparlos de sus frustraciones y del descenso del compromiso laboral</p>	5-10-11-15-22	<ul style="list-style-type: none">• Alto → mayor de 9• Medio → 6 – 9• Bajo → menor de 6
<p><u>Realización personal:</u></p> <p>Es una sensación presente o no, de inadecuación personal profesional para ejercer el trabajo. Implica sentimientos de incapacidad, baja autoestima e ideas de fracaso.</p>	4-7-9-12-17-18-19-21	<ul style="list-style-type: none">• Bajo → mayor de 40• Medio → 34 – 39• Alto → menor de 33