

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERIA, NUTRICIÓN Y
TECNOLOGIA MÉDICA
UNIDAD DE POSTGRADO



SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL MÉDICO
ASISTENCIAL DE HOSPITALES DE 2º Y 3º NIVEL EN LA
CIUDAD DE LA PAZ – BOLIVIA, GESTION 2015

POSTULANTE: Dra. INES REBECA VASQUEZ MONLLOR

TUTOR: Dr. M.Sc.MARCEL OTTO FERNANDEZ PERALTA

TESIS DE GRADO PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE MAGISTER
SCIENTIARUM EN SALUD PÚBLICA MENCIÓN EPIDEMIOLOGÍA

LA PAZ – BOLIVIA

2016

**SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL MÉDICO
ASISTENCIAL DE HOSPITALES DE 2º Y 3º NIVEL EN LA
CIUDAD DE LA PAZ – BOLIVIA, GESTION 2015**

En memoria de Alfonso Monllor Gisbert.
Q.E.P.D.

Agradecimientos especiales al Dr. Marcel
Otto Fernández por su colaboración en el
desarrollo de este trabajo, igualmente al
Dr. José Zambrana, Dr. Herland Tejerina y

Dr. Víctor Estrada por sus valiosos comentarios y orientaciones.

Finalmente se agradece a todas las personas que de una manera u otra brindaron su apoyo en la elaboración del presente estudio.

TABLA DE CONTENIDOS.

SECCION I

RESUMEN.

El Síndrome de Burnout, desde su primera descripción en 1974 por Freudenberg, y poco tiempo después por Cristina Maslach que lo calificaron como “Sobrecarga emocional”, ha despertado gran interés en el público que llevó a iniciar su estudio primeramente en una fase de descripción clínica y luego en el análisis de los factores subyacentes, llegando posteriormente a recibir un reconocimiento internacional como problema no solamente individual sino social y académico también. .

Si bien cualquier persona que trabaje puede llegar a desarrollar este síndrome, se da con mayor frecuencia en profesionales dedicados a la enseñanza y en profesionales del área de la salud como médicos, enfermeros y psicólogos. De acuerdo con Maslach, Jackson y Leiter (1996) el burnout es una respuesta prolongada a factores estresantes crónicos emocionales e interpersonales en el trabajo que se define por tres dimensiones interrelacionadas entre sí: 1) agotamiento emocional, 2) despersonalización y 3) baja realización personal.

De entre las diversas herramientas que existen actualmente para la evaluación de este síndrome, una de las más frecuentemente utilizadas es el Maslach Burnout Inventory, del que existen tres versiones actualmente disponibles además de las adaptaciones en español de los mismos. Cabe mencionar que el MBI, aunque es insuficiente para la realización de un diagnóstico definitivo de síndrome de Burnout por sí solo, es la herramienta más popular para la estimación psicométrica del síndrome ya que evalúa el grado de afectación en el individuo de las dimensiones que componen el síndrome de Burnout.

En el presente estudio se utiliza este instrumento en su versión adaptada y validada en América Latina para personal médico, con el objetivo de lograr así una estimación en la magnitud del problema que representa el síndrome de Burnout en los profesionales médicos que realizan actividad asistencial. Se busca probar la relación que existe entre los horarios laborales prolongados como lo

que sucede en las guardias clínicas de 12 ó 24 horas y el desarrollo de síndrome de Burnout mediante un estudio de casos y controles realizado en personal médico que desempeña la actividad asistencial en hospitales de segundo y tercer nivel de la ciudad de La Paz – Bolivia.

Entre los resultados obtenidos se ha encontrado que el 33,6% de los sujetos presenta un resultado positivo para el test de Maslach y se ha verificado la asociación directa que tiene el hecho de realizar turnos o guardias laborales con duración de 12 horas o mayor y una probabilidad incrementada para obtener puntuaciones más altas en las estimaciones psicométricas del síndrome de Burnout que en aquellos que no trabajan guardias, con un OR de 6,83. Si bien hay otras variables tomadas en cuenta en este estudio que también han demostrado tener cierta asociación con el resultado final del mismo como se la carga horaria semanal mayor a 40 horas que presenta un incremento de la probabilidad de tener resultados positivos para Burnout en 3,49 veces y el sector laboral público que muestra un OR de 2,16 en su asociación con la estimación positiva del síndrome, se considera necesario realizar mayor investigación al respecto de este tema en nuestro medio.

SECCION II

1. INTRODUCCION

El desarrollo del concepto de burnout como fenómeno psicológico tiene su origen en Estados Unidos asociándose a trabajos realizados a mediados de la década de los setenta. Desde entonces, este síndrome supuso un campo de estudio científico definido y fecundo.

Las razones para tan acentuada popularidad han sido analizadas por diversos autores y justifican su aceptación social. Según han manifestado algunos autores, el burnout no significa un estigma para el individuo, al contrario de lo que ocurre con la mayoría de las perturbaciones mentales, dado que en su comprensión se enfatizan determinantes contextuales, de naturaleza socio-profesional y se le otorga un papel que no culpa a la persona.

Estas razones son particularmente importantes en el caso de las profesiones de ayuda, como la docencia, los servicios sociales, o los profesionales de la salud, en que las que junto a elevadas expectativas y exigencias sociales existe generalmente escasez de recursos, lo cual resulta en una mayor carga laboral y en mayor tensión impuesta sobre la persona con el subsecuente incremento del riesgo de llegar a desarrollar Burnout en periodos de tiempo más cortos que lo sucedido en otras profesiones. (1-4)

El presente estudio lo realizaremos en el personal médico asistencial de diferentes centros hospitalarios de la ciudad de La Paz – Bolivia, buscando demostrar la relación entre las jornadas laborales prolongadas en los turnos de más de 12 horas continuas con el desarrollo de Burnout.

2. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACION

ANTECEDENTES.

Durante la revisión de literatura publicada hemos notado que existe una gran variación entre los resultados obtenidos acerca del síndrome de Burnout en personal sanitario, mostrando en algunos casos hasta contradicciones en lo que respecta a su frecuencia de presentación en médicos asistenciales la cual oscila entre un 5% como resultado más bajo y 52% como cifra mayor dependiendo el lugar donde se han realizado dichos estudios, todos ellos realizados en países extranjeros ya que no se ha encontrado disponible ninguna publicación que nos dé un dato estadístico aproximado de la situación en nuestro medio respecto al tema de estrés laboral en personal de salud, más específicamente hablando, del personal médico asistencial. (5,6)

En cuanto a la presentación del síndrome de acuerdo a las especialidades médicas, la mayoría de los artículos concuerda que son los profesionales dentro las especialidades de medicina intensiva, emergencias, cirugía y psiquiatría las más afectadas por éste, sin embargo se encuentran otros estudios que más bien indican a los médicos de los servicios de pediatría como aquellos más propensos a desarrollar Burnout.

Refiriéndonos a otras variables asociadas al trabajo, en las que mayor correspondencia con la aparición de estrés laboral y síndrome de Burnout en personal del área de la salud se ha encontrado es en la carga horaria laboral y los años de servicio en actividad asistencial. (7,9,11,13)

Además, las variables demográficas y sociales también pueden tener participación en el desarrollo del síndrome de burnout a pesar de ser puestas a un lado en muchos estudios, a favor de las variables laborales, existen afirmaciones que indican estas variables juegan también un papel importante en su asociación con el síndrome de Burnout especialmente el sexo, aunque aquí también se ha

evidenciado la disparidad en los artículos revisados respecto a quienes son más vulnerables a desarrollar Burnout. De igual manera se ha visto que la edad de la persona puede tener un papel importante, estando posiblemente relacionado con los años de servicio laboral. (14,16,17)

JUSTIFICACIÓN.

Si bien el burnout se desarrolla como consecuencia de estrés laboral prolongado sumado a las condiciones laborales y el contexto social que han sido ampliamente estudiados en otros países, en nuestro medio aún no se han realizado estudios formales sobre este fenómeno de una manera específica en personal de salud, lo cual nos da a suponer que los centros hospitalarios no cuentan con un plan de acción para el tratamiento y la prevención del mismo en el personal médico asistencial.

Teniendo en cuenta las funciones del médico y las repercusiones negativas que puede tener la presencia del síndrome Burnout especialmente en lo que refiere al desempeño de la práctica médica no solo en referencia a la posibilidad de errores diagnósticos y errores de tratamiento sino también a la calidad y calidez del trato inter personal con los pacientes y sus familiares, consideramos necesario llevar a cabo este estudio para valorar tanto la presencia del mismo como para estimar la magnitud del problema en los profesionales del área médica así como reconocer los principales factores laborales asociados de forma que sea posible el sugerir la necesidad de plantearse acciones destinadas a mejorar las condiciones tanto laborales como emocionales del personal médico asistencial en base a datos propios obtenidos de nuestro medio y no solamente en referencia a los múltiples estudios en el exterior, que a la larga no solo resultaran en beneficio a los profesionales de la salud y los centro hospitalarios sino a población en general que acude a los servicios de salud en calidad de cliente o usuario.

3. MARCO TEORICO

El síndrome de Burnout.

El concepto de estrés fue introducido por primera vez en el ámbito de la salud en el año de 1926 por Hans Selye, definió el estrés como “la respuesta general del organismo ante cualquier estímulo estresor o situación estresante”. Sin embargo existen múltiples formas de definirlo y diferentes puntos de vista que ha generado grandes controversias. El concepto de Cox y Mckay sobre el estrés lo presenta tanto como estímulo, respuesta, percepción o como interacción persona-ambiente. La Organización Mundial de la Salud define estrés como “el conjunto de reacciones fisiológicas que prepara al organismo para la acción” (1,2,3)

Por otra parte, el estrés en el trabajo se puede definir como “las nocivas reacciones físicas y emocionales que ocurren cuando las exigencias del trabajo no igualan las capacidades, los recursos o las necesidades del trabajador” (4,8)

Estas respuestas del individuo bajo determinadas condiciones de intensidad y tiempo de exposición pueden ocasionar efectos fisiológicos y emocionales que llegan a comprometer la funcionalidad en el ámbito laboral, social y familiar. (4,8)

El fenómeno del burnout de acuerdo a Maslach y Jackson aparece como resultado de un estrés laboral crónico. Está integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja (actitudes de despersonalización) y hacia el propio rol profesional (falta de realización profesional en el trabajo), así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado. (2,3,4)

Antecedentes.

El burnout se trata de un síndrome clínico descrito en 1974 por Freudenberg, psiquiatra, que trabajaba en una clínica para toxicómanos en Nueva York. Observó que al año de trabajar, la mayoría de los voluntarios sufría una progresiva pérdida de energía, hasta llegar al agotamiento, síntomas de ansiedad y de depresión, así como desmotivación en su trabajo y agresividad con los pacientes, y propone el nombre de “Burnout” para tal situación, por analogía con el término utilizado en el área de la farmacología clínica para aludir a consecuencias del uso crónico de fármacos. (2,3,8)

En las mismas fechas, la psicóloga social Cristina Maslach, estudiando las respuestas emocionales de los profesionales de ayuda, calificó a los afectados de "Sobrecarga emocional" o síndrome del Burnout (quemado). Esta autora lo describió como "un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas". (1,3)

Hasta 1990, fecha de la Primera Conferencia Europea sobre Burnout Profesional, realizada en Polonia, se publicaron cerca de 2.500 artículos sobre burnout. Ocho años más tarde una revisión realizada por Schaufeli y Enzmann (1998) en bases de datos y bibliografías especializadas, reveló 5.500 entradas sobre el tema.

En el año 2000, la Organización Mundial de la Salud consideraba que los trabajadores estaban expuestos a sufrir riesgos a la salud debido a las condiciones inseguras con las que laboran día a día. La presencia de estresantes y la percepción que el trabajador tiene de que estos riesgos laborales junto con otros estresantes extra laborales (personales, sociales, etc.) afectan su salud se conoce como factores psicosociales laborales. (7,8)

De esta manera, desde su introducción, el término burnout despierta el interés del público en general y en particular de los profesionales de ayuda afectados por este síndrome, dándose inicio a una fase de estudio esencialmente clínico, orientado hacia la descripción de los síntomas manifestados y el análisis de factores individuales subyacentes, pero con ausencia de un cuadro teórico definido o de una aproximación empírica consistente. (4,7)

Este síndrome, originalmente observado en profesiones altamente demandantes tales como médicos, psicoanalistas, guardia cárceles, asistentes sociales y bomberos, hoy se extiende a todos aquellos que interactúan en forma activa con otras personas y aquellos profesionales dentro de estructuras funcionales complejas. Pasó de "personas que cuidan personas de alto riesgo" a personas que interactúan en contextos de interacción conflictiva, con mayor o menor soporte dentro del ambiente laboral. Puesto que actualmente, estas personas interactúan cuidando y /o solucionando problemas de otras, con técnicas y cualidades específicas exigidas, dentro de medios laborales competitivos y/u organizaciones

de logros evaluados en mayor o menor medida, son susceptibles a desarrollar el síndrome de Burnout. (5,6,9)

Si bien cualquier persona que trabaje puede llegar a desarrollar este síndrome, se da con mayor frecuencia en profesionales dedicados a la enseñanza y en profesionales del área de la salud como médicos, enfermeros y psicólogos. Actualmente también se identifica como potenciales poseedores del síndrome de Burnout a personas que trabajan como operarios de maquinarias especializadas en el sector de producción industrial. (6,9)

De inicio se relacionó la presencia de este síndrome en profesionales médicos a la identificación con la angustia del enfermo y de sus familiares, por la reactivación de sus conflictos propios y la frustración de sus perspectivas diagnósticos-terapéuticas con respecto al padecimiento del enfermo, lo cual es causante de elevados niveles de estrés en el trabajo y que finalmente conducen a un estado de agotamiento emocional y físico. (5,6)

Epidemiología.

Según referencias emitidas por la OMS y la Organización Internacional del Trabajo (OIT), tanto los accidentes como las enfermedades laborales van en aumento. Así, para el año 2002 a nivel mundial habría alrededor de 1,2 millones de muertes laborales, 250 millones de accidentes y 160 millones de enfermedades profesionales en el mundo, a diferencia de las presentadas en el 2001 con cifras de 1,1 millones de enfermedades y accidentes laborales, entre las cuales el estrés ocupaba un lugar importante. (10,11,12)

Estos datos ponen de manifiesto el reconocimiento internacional del burnout como un importante problema individual, social y académico.

Los estudios realizados respecto a este tema indican una alta prevalencia de síndrome de Burnout entre los profesionales médicos que realizan actividad asistencial y han demostrado que aproximadamente un tercio de los profesionales médicos ha experimentado el síndrome en algún punto durante el ejercicio de su actividad laboral; generalmente el síndrome de Burnout tiene sus orígenes en la

etapa formativa del individuo, primero durante los años de estudio de la carrera médica, para continuar desarrollándose durante los años de la residencia y finalmente mostrarse durante la etapa de ejercicio profesional del individuo. (12,13,14)

En América del Norte la prevalencia del síndrome de Burnout en estudiantes de medicina varía entre el 31% y el 49,6%; entre médicos residentes de cirugía y medicina interna en cambio, el rango se encuentra entre el 59 y 76%, en otras especialidades de la residencia médica se han encontrado cifras alrededor de un tercio de afectados en al menos una de las dimensiones valoradas para el síndrome y alrededor del 12,5% presentaban el síndrome de Burnout. (15,16,17)

En Estados Unidos la prevalencia del síndrome parece ser mayor entre los profesionales médicos que realizan actividad asistencial, llegando a evidenciarse que un 45,8% de los médicos presentan al menos un síntoma de Burnout. De forma similar en los países europeos se ve una afectación del 43% en el área de agotamiento emocional, 35% de afectados en lo que respecta a la despersonalización y un 32% presenta puntajes elevados en falta de realización profesional, mientras en un 12% se ven las tres dimensiones del burnout afectadas. De igual manera los estudios realizados en Reino Unido y países de medio Oriente y Asia, incluso aquellos realizados en América Latina otorgan resultados similares en los que aproximadamente un tercio de los profesionales médicos que realizan actividad asistencial presentan características del síndrome de Burnout, mientras que entre los médicos residentes la prevalencia es notoriamente más elevada. (5,6,10,14)

Factores que influyen en el desarrollo del burnout

El burnout es un síndrome que resulta básicamente de la interacción del trabajador con el ambiente laboral o también producto de las relaciones interpersonales entre el trabajador y las personas para las que trabaja. Así, el desarrollo de este síndrome dependerá, básicamente de tres tipos de variables:

Variables individuales, variables sociales y variables organizacionales o laborales.
(8,9)

Entre los factores predisponentes relacionados al trabajo en si podemos mencionar la falta de motivación laboral, el volumen excesivo de trabajo o exceso de horas de trabajo, la sobrecarga de pacientes, las relaciones defectuosas con los colegas y/o autoridades, la baja remuneración económica o sueldos insuficientes, la falta de reconocimiento de los logros laborales, la falta de una oferta de capacitación continua, la dificultad o incapacidad de ascender laboralmente, los espacios físicos inadecuados para el ejercicio laboral y la ausencia de seguridad legal ante el riesgo de juicios por “mala praxis” . Asimismo, recientemente se ha reportado que la sobrecarga laboral actuaría como variable predictiva de la calidad de la atención médica ofrecida a los beneficiarios de los servicios de salud. (13, 15,16,17,18,19)

Dentro de los factores individuales se encuentran las condiciones personales del profesional como ser la baja edad observándose mayor predisposición a sufrir burnout en profesionales jóvenes, la personalidad competitiva y la formación profesional deficiente; en cuanto al papel de que desempeña el género en el desarrollo del síndrome de burnout no es claro ya que mientras algunos estudios señalan al género femenino con puntuaciones altas en la falta de realización profesional y el agotamiento emocional, esto posiblemente desencadenado por las relaciones de poder dentro del ambiente laboral y las situaciones de discriminación hacia la mujer tanto por el sexo como por la edad; existen otros que a la inversa indican que el género masculino tienen mayor tendencia a mostrar actitudes negativas en el trabajo. (20,21,22,23)

Las variables sociales son de importancia manifiesta en el desarrollo de burnout, ya que las condiciones familiares y del entorno social hacen referencia a la ayuda percibida por la persona para sobrellevar las condiciones estresantes en el trabajo, así vemos mayor predisposición en aquellos individuos que presentan una ausencia de estabilidad afectiva o falta de una pareja estable, en aquellos con

hogares mono parentales, así como en profesionales jóvenes con uno o más hijos. (23,24,25,26)

El burnout es considerado en la actualidad como uno de los daños laborales de carácter psicosocial más importantes. Se trata de un proceso que surge como consecuencia del estrés laboral crónico en el cual se combinan variables de carácter individual, social y organizacional. Se constituye por tanto en un síndrome con connotaciones afectivas negativas que afecta a los trabajadores en distintos niveles: personal, social y laboral. (3,7,27)

Componentes y definiciones del síndrome de Burnout

De acuerdo con Maslach, Jackson y Leiter (1996) el burnout es una respuesta prolongada a factores estresantes crónicos emocionales e interpersonales en el trabajo que se define por tres dimensiones interrelacionadas entre sí: 1) agotamiento emocional, 2) despersonalización y 3) baja realización personal. (2,3,4)

El agotamiento emocional o cansancio emocional constituye el elemento primordial en el desarrollo del síndrome de Burnout, consiste en una sensación creciente de agotamiento que experimenta el individuo en el trabajo luego de varios intentos fallidos de adaptarse a un ambiente estresante, se caracteriza por la manifestación de cansancio o fatiga tanto física como psíquica y la sensación de falta de recursos emocionales propios y el sentimiento de que nada se puede ofrecer a la otra persona (paciente), que ya no se puede dar más de uno mismo a nivel afectivo. Se trata de una experiencia de malestar emocional y agotamiento físico debido al contacto diario y mantenido con las personas que son objeto de trabajo (Hernández-Vargas, Dickinson, y Fernandez, 2008; Maslach y Jackson 1981). El agotamiento finalmente gatilla en la personas la necesidad de aislarse emocional y cognitivamente del entorno de trabajo, presumiblemente como una forma de enfrentar la sobrecarga; en profesionales de servicios médicos, éste puede llegar a minar la capacidad de involucrarse y ser responsivo a las necesidades particulares de los pacientes. (28,29,30,31,32,33)

La despersonalización es de inicio un mecanismo de defensa del individuo que reacciona ante el agotamiento emocional tratando de aislarse de los demás y de su entorno laboral estresante. Con la despersonalización, denominada también cinismo por algunos autores, se desarrollan sentimientos y actitudes negativas, cínicas e insensibles hacia los destinatarios de los servicios que se prestan, los cuales son vistos por los profesionales de una forma impersonal, así el trato se torna distante y deshumanizado debido a un endurecimiento afectivo, que se hace evidente en las relaciones hacia los pacientes y también en la interacción con los miembros del equipo de trabajo en salud. (Maslach y Jackson 1981). Lo característico del trato deshumanizado está en darse a base de generalizaciones, etiquetas y descalificaciones como un intento de evitar cualquier tipo de acercamiento emocional que pueda suponer mayor desgaste, ignorando activamente las cualidades y las necesidades de las personas. Se utiliza el cinismo como mecanismo para reducir al mínimo la intensidad de las emociones que se consideran como potencial interferencia al equilibrio emocional de la persona o desencadenantes de situaciones de crisis llevando esto a un distanciamiento extremo y disfuncional hacia las personas. (34,35,36,37,38)

Por último, en un tiempo variable posterior a la aparición de las anteriores se presenta en el individuo la falta de realización personal en la profesión, que se define como un sentimiento complejo de inadecuación personal al puesto de trabajo, mismo que surge al auto comprobarse que las demandas requeridas exceden la propia capacidad de atenderlas adecuadamente a pesar de los intentos de adaptación, la percepción de que las posibilidades de logro personal en el trabajo han desaparecido, lo que hace que disminuyan las expectativas personales e implica una autoevaluación negativa en donde se incluye un rechazo de sí mismo y hacia los logros personales, así como sentimientos de fracaso y baja autoestima. La falta de realización profesional generalmente va acompañada de impuntualidad, frecuentes interrupciones durante la jornada de trabajo, la evitación del trabajo, el ausentismo laboral y el abandono de la profesión que aparecen como síntomas habituales y típicos de esta patología. En otros casos el bajo logro profesional puede aparecer encubierto por una sensación paradójica de

omnipotencia. Llegado a este punto se instala una pérdida de empatía y de satisfacción por brindar asistencia a las personas o pacientes. (39,40,41,42)

El Burnout propiamente dicho constituiría la fase final del proceso y vendría a ser la respuesta a una situación laboral intolerable. En general el Síndrome de Burnout se caracteriza por lo siguiente:

- Desarrollo insidioso: Se impregna poco a poco, uno no está libre un día y al siguiente se levanta quemado, va oscilando con intensidad variable dentro de una misma persona.
- Con frecuencia es difícil establecer hasta qué punto se padece el síndrome o simplemente sufre el desgaste propio de la profesión y dónde está la frontera entre una cosa y la otra.
- Negación de los sucesos: Ya que se vive como un fracaso profesional y personal. Son los compañeros los que primero lo notan.
- Tiene una fase irreversible: Entre un 5% y 10 % del síndrome en su fase final adquiere tal virulencia que resulta irreversible y la única solución es el abandono de la profesión. (2,7,43,44,45)

Por su parte Schaufeli y Enzmann, así como Llorens y Salanova, proponen una definición sintética de burnout y lo definen como un “estado mental, persistente, negativo, relacionado con el trabajo, que aparece en personas normales como consecuencia de un estrés prolongado que se caracteriza principalmente por agotamiento, que se acompaña de malestar, un sentimiento de reducida competencia y motivación y el desarrollo de actitudes disfuncionales en el trabajo, debido a esta pérdida de energía”. (6,7)

Manifestaciones clínicas y desarrollo del síndrome de burnout.

El síndrome de Burnout característico incluye lo siguiente:

- Agotamiento emocional, que se refiere a la disminución y pérdida de recursos emocionales
- Despersonalización o deshumanización, consistente en el desarrollo de actitudes negativas, de insensibilidad y de cinismo hacia los receptores de servicio prestado.

- Falta de realización personal, con tendencias a evaluar el propio trabajo de forma negativa, con vivencias de insuficiencia profesional y baja autoestima personal.

Sin embargo más allá de las tres dimensiones mencionadas, conforme avanza la afectación del burnout se puede observar también manifestaciones psicósomáticas además de las anteriores, como ser:

- Síntomas físicos de estrés, como cansancio y malestar general.

- Manifestaciones o alteraciones 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 comportamiento paranoides y/o agresivos hacia los clientes, compañeros y la propia familia.

- Manifestaciones físicas: Cefaleas, alteraciones del sueño e insomnio, dolores osteo-musculares generalizados, lumbalgias, alteraciones gastrointestinales, taquicardia, problemas alérgicos inespecíficos, etc.

- Manifestaciones conductuales: Predominio de conductas adictivas y de evitación, consumo incrementado de café, alcohol, fármacos e incluso consumo de drogas ilegales; ausentismo laboral, bajo rendimiento personal, distanciamiento afectivo de los clientes y compañeros, y frecuentes conflictos interpersonales en el ámbito del trabajo y dentro de la propia familia. (14,27,34,37,46,47,48)

Según Chernis, el desarrollo de este síndrome se da en tres fases:

En la primera, tiene lugar un desbalance entre las demandas y los recursos, es decir se trataría de una situación de estrés psicosocial sin alteraciones a nivel físico.

En la segunda, se produce un estado de tensión psicofísica, donde comienzan a manifestarse síntomas físicos de estrés.

En la tercera, se suceden una serie de cambios conductuales, consecuencia de un afrontamiento de tipo defensivo y huidizo, que evita las tareas estresantes y procura el alejamiento personal, por lo que hay una tendencia a tratar a los pacientes de forma distanciada, rutinaria y mecánica, anteponiendo cínicamente la gratificación de las propias necesidades al servicio prestado. (2,3,7,27,48)

Una vez instalado el síndrome su cuadro evolutivo tiene cuatro niveles de manifestación:

1er nivel - Falta de ganas de ir a trabajar. Dolor de espaldas y cuello. Ante la pregunta ¿qué te pasa?, la respuesta es "no sé, no me siento bien"

2do nivel - Empieza a molestar la relación con otros. Comienza una sensación de persecución o estado paranoide donde es frecuente la afirmación de "todos están en mi contra", se incrementa el ausentismo y la rotación laboral.

3er nivel - Disminución notable en la capacidad laboral. Pueden comenzar a aparecer enfermedades psicosomáticas como ser alergias, soriasis, picos de hipertensión y otros. En esta etapa suele comenzar la automedicación, que al principio tratarse de dosis bajas tiene un efecto placebo pero posteriormente requiere de mayores dosis convirtiéndose en una estado de dependencia medicamentosa. En este nivel también se ha verificado el comienzo de la ingesta de alcohol y consumo de otras sustancias nocivas de venta libre en un intento de aliviar las consecuencias del burnout.

4to nivel - Esta etapa se caracteriza por el alcoholismo evidente, drogadicción e intentos de suicidio en cualquiera de sus formas; suelen aparecer enfermedades severas tales como cáncer y accidentes cardiovasculares. Durante esta etapa, en los períodos previos, se tiende a abandonar el trabajo ya sea en forma de renuncia voluntaria o provocando el despido como consecuencia de las conductas inapropiadas. (45,46,48,49,50)

Evaluación e instrumentos de medida del síndrome de burnout

Habitualmente, se concluye que el síndrome de burnout afecta a los trabajadores cuando las consecuencias o manifestaciones que presenta la persona coinciden con el referente teórico-experimental que caracteriza el síndrome. Los síntomas patognomónicos que lo caracterizan no indican necesariamente la presencia del síndrome, por ejemplo un profesional puede ser cínico e incluso cruel con los clientes de la organización, por motivos de educación o personalidad, sin que por ello haya desarrollado el Burnout.

Es necesario, desde esta perspectiva clínica, tener presente el contexto en el que surge la patología y su proceso de desarrollo, así como que concurren varios síntomas que deterioran el plano cognitivo, afectivo y la actitud del profesional para considerar la presencia de síndrome de Burnout. (4,6,16)

En la historia de este síndrome se observa que la mayor parte de los esfuerzos se ha orientado a diseñar herramientas que recojan los datos acerca del abanico de síntomas que luego definirán el daño para la salud que supone padecer el síndrome de Burnout. Si desde el punto de vista clínico o de vigilancia a la salud los especialistas pueden diagnosticar el síndrome, también en el campo de la prevención psicosocial, los expertos deberían realizar una evaluación preventiva o primaria con el fin de identificar los factores de riesgo que por su impacto puedan favorecer la aparición del síndrome de Burnout. Para realizar este trabajo de evaluación hay que tener claro, no solamente el diagnóstico clínico, sino que es esencial que desde la psicología se estudie la etiología y el proceso que lleva al desarrollo de esta patología laboral. (27,34,37,43)

Es evidente que los desencadenantes en los que se van a tomar en cuenta pueden ser diferentes dependiendo el caso y el lugar donde se realiza el estudio, y que el grado de impacto sobre los trabajadores es variable, por decirlo de otro modo, que en muchos casos será necesario conocer indicios sintomáticos, mismos que pueden sondearse de forma colectiva, anónima y con consentimiento informado en caso de requerirse información que pueda identificar al sujeto o a la institución donde trabaja, para estimar el grado de exposición. La vigilancia de la salud en una acción coordinada con los técnicos de prevención de riesgos psicosociales permite alcanzar, en estas situaciones, la disminución de riesgos por estrés laboral y finalmente un beneficio no solamente para el profesional trabajador sino para la empresa u organización. (2,27,43,51,52)

Los síntomas que se producen en el síndrome de Burnout son indicadores de que se puede manifestar la exposición a factores de riesgo cuando estos ya se encuentran actuando sobre el trabajador de un modo nocivo, los síntomas aparecen en el individuo en cantidades diferentes, de mayor porcentaje desde un

80% que manifiesta ansiedad al menos de un 22% que presentan indiferencia, entre ellos se encuentra: irritación, tristeza, inadecuación, impotencia, fatiga, inquietud, dificultad de concentración, frustración, depresión, incompetencia, sentimientos de culpa, excesivas horas de trabajo, poca realización personal, disminución de interés por el trabajo, sentimiento de inutilidad, negatividad, disminución de la motivación y disminución de intereses extra-laborales. (47,49,53,54,55,56)

Los procedimientos que habitualmente son más usados para la evaluación se pueden agrupar como:

- Cualitativos: en esa categoría se engloba a las entrevistas diagnósticas
- Cuantitativos: se refiere a la aplicación de pruebas psicométricas, para determinar el grado de incidencia de la patología y los antecedentes organizativos relevantes que originan su desarrollo

Luego se procede a identificar mediante criterios normativos de las escalas y mediante índices estadísticos el grado de asociación existente entre las fuentes de estrés, los síntomas del síndrome de Burnout y las consecuencias. Es aquí donde las estimaciones psicométricas a través de las herramientas de evaluación de riesgos psicosociales cobran una importancia preventiva y de intervención, a fin de actuar sobre el origen. (50,57-61)

Los instrumentos más utilizados como estimación de la presencia de la patología han sido los cuestionarios, en detrimento de otras técnicas como la entrevista estructurada, técnicas proyectivas y la observación clínica. Una de las herramientas más frecuentemente utilizadas para evaluar burnout es el Maslach Burnout Inventory, del que existen tres versiones actualmente. En español hay una adaptación del mismo. Hay que decir que el MBI, aunque es insuficiente para la realización de un diagnóstico de síndrome de Burnout por sí solo, es la herramienta más utilizada para la estimación psicométrica del síndrome. Este instrumento evalúa en qué grado están afectadas en el individuo las dimensiones que componen el síndrome, es decir, la existencia sintomatología que da lugar a identificar la presencia del síndrome de Burnout. (3,62,63)

El test de Maslach no alude a las posibles causas, a cuáles son los factores sobre los que hemos de incidir para poder actuar de un modo realmente preventivos. Para ello es necesario evaluar las condiciones psicosociales del trabajo y establecer las correlaciones oportunas con los indicios, variables o consecuencias del Burnout presentes. Además, es conveniente utilizar la entrevista especializada como herramienta de evaluación y examinar los datos existentes en la empresa respecto a absentismo, bajas, rotaciones, abandonos, etc.(62-66)

El síndrome de Burnout se puede estimar por medio de cuestionario Maslach, que de forma auto aplicada, mide el desgaste profesional. Se complementa en 10-15 minutos y mide los 3 aspectos del síndrome: Cansancio emocional, despersonalización, falta de realización personal. El cuestionario más utilizado en la escala de Maslach de 1986 Esta escala tiene una alta consistencia interna y una fiabilidad cercana al 0,9.

Se trata de un cuestionario auto administrado, constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes. Las preguntas se valoran individualmente con una puntuación que va del cero al seis y los resultados finales se obtienen sumando las cifras obtenidas en cada una de las pregunta para lograr un puntaje total del test, de igual forma se pueden seleccionar las áreas evaluadas y lograr un puntaje específico para cada una de ellas.

En el resultado global del cuestionario se consideran puntuaciones bajas las menores o igual es a 33, que se corresponden con el percentil 25, entre el percentil 25 y 75 se considera una puntuación media, correspondiéndose a calificaciones comprendidas entre 34 y 99, por encima de 99 la puntuación se encuentra dentro del percentil 75 y se considera alta. Desagregando las tres dimensiones valoradas por el cuestionario, tenemos que la sub-escala de agotamiento emocional consiste en 9 ítems cuyo valor máximo es 54, la sub-escala de despersonalización consta de 5 ítems y con un valor máximo de 30, mientras que la ponderación de falta de logros profesionales consiste en 8 ítems con una valoración máxima de 48. En cada una de ellas se puede aplicar la regla

de los percentiles para clasificar los resultados como bajos, medios o altos. (64,65,66,67,68)

Además en el estudio del síndrome de Burnout se recomienda también evaluar de forma paralela los acontecimientos vitales de la persona para tener una visión más acertada del problema y de ser posible aplicar una segunda escala de evaluación psicométrica si los recursos lo permiten. Existen otras escalas diseñadas para la medición del nivel de estrés laboral que pueden complementar y hasta suplantar al test de Maslach pero de ninguna forma a la evaluación de los acontecimientos vitales. (34,49,59,69)

Diferenciación del síndrome de Burnout de otras situaciones laborales.

Una de las observaciones más frecuentemente realizada sobre el concepto de burnout ha sido la afirmación de considerarlo algo distinto de otras situaciones que se presentan en el individuo profesional como son el estrés laboral, la depresión, la fatiga o la ansiedad.

No hay que confundirlo con el estrés laboral propiamente dicho, ya que se considera al síndrome de Burnout como una de las posibles respuestas al impacto acumulativo del estrés laboral crónico, en el contexto de servicios asistenciales.

Para diferenciarlos se deben evaluar una serie de parámetros:

- Valorar de síntomas que presenta el trabajador
- Analizar del proceso de aparición
- Discriminarlo de otros procesos, diagnóstico diferencial
- Evaluar la frecuencia e intensidad de los síntomas
- Identificar las fuentes de estrés, origen de las consecuencias

Primeramente hay que considerar una distinción entre estrés y burnout, la misma se puede realizar atendiendo al proceso de desarrollo de este síndrome. Mientras que el estrés hace referencia a procesos relativamente breves en la vida laboral de un individuo, el burnout es considerado como la consecuencia de una situación prolongada de estrés y desajuste entre las demandas y los recursos laborales.

Además, el burnout implica el desarrollo de actitudes negativas hacia el trabajo y el estrés no necesariamente implica la presencia de dichas actitudes. No obstante, tanto estrés como burnout son fruto de la falta de balance entre la demanda y la capacidad de respuesta del individuo considerándose una consecuencia emocionalmente negativa en el estado mental del trabajador. (25,27,39,40,42)

Por otro lado, con respecto a la diferencia entre el síndrome de burnout y fatiga generalmente causada por un periodo de sobrecarga laboral, se ha señalado que la recuperación física y/o emocional de la fatiga en el trabajador es relativamente rápida, mientras que la recuperación del burnout es mucho más lenta y costosa emocionalmente, sin mencionar que no siempre es exitosa. Así, la fatiga se define como el resultado de la exposición a unas exigencias de trabajo durante un cierto tiempo que se traduce en una alteración temporal de la eficiencia funcional mental y física de la persona y está en correspondencia de la actividad precedente, considerándose entonces a la fatiga como un mecanismo regulador del organismo en cuanto que es indicador de la necesidad de descanso para recuperar la capacidad habitual de respuesta ya que la incidencia de la fatiga se da en el estado de alerta dándose una reducción en la capacidad de atención y concentración; ésta puede ser de distinta intensidad, desde ligera hasta el agotamiento, pero se recupera con el descanso adecuado. Por último, la fatiga suele ir acompañada de sentimientos de competencia y realización personal, mientras que el burnout conlleva una auto-evaluación negativa y sentimiento de ineficacia laboral. (27, 40,46,70,71,72)

Estrategias y técnicas de afrontamiento del problema.

Desde la perspectiva de Gil-Monte y Peiró (1997), se plantea que las estrategias de afrontamiento constituyen los esfuerzos, tanto conductuales como cognitivos, que realiza una persona ya sea de forma voluntaria o involuntaria para dominar, reducir y/o tolerar las exigencias creadas por situaciones laborales estresantes. Se asume aquí la distinción que realizan Carver, Sheier y Wientraub (1989) para el afrontamiento, distinguiendo un afrontamiento centrado en el problema, afrontamiento centrado en la emoción y evitación al afrontamiento. (73,74,75)

El Afrontamiento centrado en el problema está referido a la resolución del problema o “hacer algo” para cambiar el curso de la situación estresante. Es un afrontamiento activo de la situación, implica planificación, supresión de actividades distractoras, refreno del afrontamiento con la condición estresante y búsqueda de apoyo social. (76,77)

El Afrontamiento centrado en la emoción consiste en reducir o manejar el estrés emocional causado por la situación laboral, comprende la búsqueda de apoyo emocional y social, la reinterpretación positiva de la situación problemática, la aceptación de las condiciones estresantes, el desahogo de las emociones negativas y la religión como medio de solución a los problemas. (76,78)

La Evitación al afrontamiento está en referencia a las conductas de evasión del afrontamiento a la realidad. Existe la negación del problema, una desconexión conductual a la situación, desconexión mental del ambiente laboral estresante, el consumo de drogas como evasión o escape y el uso del humor para negar las consecuencias del estrés. (79,80)

A partir de esta distinción en tres tipos generales de estrategias, Carver y col. (1989) asocian quince Técnicas de Afrontamiento:

- Afrontamiento Activo: Se refiere a las acciones directas llevadas a cabo por el sujeto para alterar la situación e intentar cambiarla. En otras palabras, podemos decir que es un proceso activo de afrontamiento, lo cual implica un incremento del esfuerzo propio a fin de remover el estímulo estresor o amortiguar sus efectos. Esta técnica es similar en sus fundamentos a lo que Lazarus y Folkman (1984, en Carver y col, 1989) llaman afrontamiento centrado en el problema. (77,78)

- Planificación: Es un modo analítico de afrontamiento y se refiere específicamente, a pensar en cómo reaccionar ante un estímulo estresor, creando estrategias de acción paso a paso y buscando la mejor manera de manejar el problema. Podemos mencionar que la planificación ocurre durante el período que Lazarus y Folkman (1984, en Carver, 1989) denominan evaluación cognitiva secundaria. (76,78)

- Búsqueda de Apoyo Social: Los individuos pueden buscar apoyo social por dos medios: el apoyo social instrumental y el emocional. Ambos son conceptualmente distintos, aunque, generalmente, se suelen utilizar conjuntamente.
- Búsqueda de Apoyo Social Instrumental: consiste en la búsqueda de recursos humanos que puedan dar al sujeto un apoyo instrumental para manejar el problema en forma de información, consejo, apoyo económico y otros. Esta estrategia corresponde al periodo de afrontamiento centrado en el problema.
- Búsqueda de Apoyo Social Emocional: comprende las acciones iniciadas por el sujeto para buscar en otras personas razones emocionales paliativas del estrés como por ejemplo el cariño, la simpatía y la comprensión. Se trata de buscar apoyo básicamente afectivo. Corresponde a un afrontamiento centrado en la emoción. (81,82,83)
- Supresión de Actividades Distractoras: Se refiere a todas aquellas conductas que permiten al sujeto centrarse en el acontecimiento estresante al que debe enfrentar, y que al mismo tiempo permiten evitar otras actividades o pensamientos que lo distraigan su concentración. Consiste en dejar de lado otros proyectos, evitando la distracción, y sobrellevando la situación estresante. (81,83)
- Religión: Se refiere a actividades pasivas, como rezar o centrarse en la religión, las cuales permiten al sujeto aceptar el acontecimiento estresante. La religión puede servir como una fuente de apoyo emocional, como vehículo para una reinterpretación positiva y como una técnica de afrontamiento activo. (76,78)
- Reinterpretación positiva: Engloba lo referente a aquellos aspectos de crecimiento personal que pueden derivarse de la experiencia de estrés. Esto significa que la persona reconstruye e interpreta una situación estresante en términos positivos. Lazarus y Folkman (1984, en Carver y col. 1989) consideran esta técnica como un tipo de afrontamiento emocional, el cual maneja el estrés emocional más que afronta el estímulo estresor mismo. (77, 82)
- Refrenar el Afrontamiento: representa los esfuerzos por demorar el momento adecuado para afrontar el problema y evitar que afecte al sujeto negativamente, así como evitan también la toma de decisiones precipitada. Es, en pocas palabras, esperar una oportunidad apropiada para actuar, manteniendo una actitud

expectante. Este puede ser considerado un afrontamiento activo porque el comportamiento de la persona se concentra en sobrellevar efectivamente el estímulo estresor, pero también es una estrategia pasiva en el sentido que implica un “no actuar”. (81,82)

- Aceptación: Se refiere a la aceptación del problema. Según Carver y col.(1989) la persona que acepta la realidad de una situación estresante parecería ser alguien interesado en sobrellevar la situación. La aceptación consiste en dos fases del proceso de afrontamiento; la aceptación de una situación estresante como real ocurre en la evaluación cognitiva primaria, y por otra parte la aceptación de la ausencia de una estrategia de afrontamiento, que es parte de la evaluación cognitiva secundaria.

- Desahogarse o Centrarse en las Emociones: se refiere a las respuestas emocionales asociadas a la situación estresante. Generalmente utilizan este tipo de estrategia los sujetos que visualizan el estímulo estresor como perdurable e inmodificable. Implica concentrarse en el estrés o las situaciones molestas que se están viviendo y exteriorizar estos sentimientos negativos. Según Carver y col. (1989) esta respuesta puede, a veces, ser funcional, sin embargo concentrarse en estas emociones por largos períodos puede dificultar el ajuste a la realidad, además de distraer a las personas del afrontamiento activo de la situación estresante. (76,77)

- Negación: El sujeto niega y evita el afrontamiento activo del suceso estresante y actúa “como si nada sucediera”. A menudo se sugiere que la negación es útil para minimizar el estrés y facilitando el afrontamiento, sin embargo se puede cuestionar que la negación crea problemas adicionales, a menos que el estímulo estresor pueda ser realmente ignorado. Carver y col. (1989) plantean que negar la realidad de los eventos hace que el evento incremente su gravedad y que el afrontamiento se haga más dificultoso. (79,80, 84,85)

- Desconexión Conductual: está en referencia al empleo de acciones que evitan afrontar activamente la situación estresante. Lo cual reduce el esfuerzo propio para afrontar la situación, es posible que incluso el sujeto desista al intento de lograr metas ante la interferencia del estímulo estresor.

- Desconexión mental: Es una variante de la desconexión conductual. La desconexión mental sucede mediante una amplia variedad de actividades distractoras, las cuales permiten al sujeto distraerse de la situación estresante.

Estas actividades alternativas pueden ser soñar despierto, dormir, escapar por inmersión en la televisión y otras actividades recreativas. Aunque desconectarse de una situación es en ocasiones una respuesta altamente adaptativa, a menudo impide un afrontamiento adecuado la misma. (82,84,85)

- Consumo de Drogas: Esta se traduce a conductas motoras de adicción, de escape-evitación de la situación estresante, con el fin de disminuir el discomfort ocasionado por ésta. (70,80,83,84)

- *Humor*: la persona recurre al empleo del humor como estrategia distractora y que ayuda a quitar aparentemente la gravedad de la situación.

Respecto de la relación entre estas técnicas de afrontamiento y el síndrome de Burnout, De la Rosa y col.(1998) plantean que los hombres tienden a utilizar menos el desahogo como estrategia, y que las mujeres buscan más aquellas relacionadas con el soporte social. Se plantea además, que la reinterpretación positiva como técnica de afrontamiento parece ayudar a aliviar el agotamiento físico y emocional, y acrecentar el sentimiento de logro personal.

Basándose en lo anteriormente mencionado, Gil-Monte y Peiró (1997) proponen que el empleo de estrategias de control o centradas en el problema previene el desarrollo del síndrome de Burnout y el empleo de estrategias de evitación, de escape y centradas en la emoción, facilita su aparición. (76,78)

Consecuencias del síndrome de Burnout

Las consecuencias que tiene esta patología laboral no solamente se limitan al individuo sino que también repercuten en la institución u organización para la cual trabaja. De manera progresiva el trabajador se va viendo afectado en su salud, debido a la exposición prolongada a determinadas condiciones de trabajo que no le resultan controlables a pesar de haber utilizado todos sus recursos personales para contrarrestarla. No se puede suponer que la sensibilidad individual es la responsable de que el individuo sufra daños en su salud, a pesar que pueden

jugar un rol predisponente al mismo, sino que son las condiciones del ambiente laboral a las que está expuesto las responsables de esto. Sin embargo es posible que, a través de sus recursos personales de afrontamiento y del apoyo social del que se provea, pueda protegerse de la exposición a los factores de riesgo del síndrome de Burnout, es decir, éste no puede ser definido como un problema de adaptación, puesto que es obligación de la empresa u organización adaptar el trabajo a la persona, así como de proveer ambientes laborales saludables para sus trabajadores. (9,27, 85,86)

En la persona se produce un deterioro cognitivo progresivo, que consiste en la aparición de la frustración profesional, en una crisis de la capacidad propia percibida para el desempeño de la actividad ejercida y en una crisis existencial. El deterioro afectivo se identifica con el desgaste emocional y en algunos casos está acompañado por sentimientos de culpa. El deterioro actitudinal cursa con actitudes de cinismo, indolencia e indiferencia con los clientes y con la propia organización. Estas consecuencias, el trabajador puede vivirlas agrediéndose a sí mismo con sentimientos de culpa por tratar así a las demás personas, o bien puede justificar esas actitudes negativas e ir sosteniéndose en esa situación sin generar un daño mayor a su salud, pero deteriorando la calidad de servicio prestado de manera notable. (46,47,66,87,88)

Asimismo, las principales consecuencias emocionales tienen que ver con la sintomatología ansioso-depresiva, propensión a los sentimientos de culpa y respuestas hostiles producto de la frecuente irritabilidad y actitudes negativas. Desde el punto de vista clínico el síndrome de Burnout es un proceso que se acaba manifestando como una enfermedad incapacitante para el ejercicio de la actividad profesional cuando éste se presenta en su total magnitud. Se encuentran descritos más de 100 síntomas relacionados con este síndrome que afectan las emociones y afectos, las cogniciones, las actitudes, las conductas y al sistema fisiológico. Algunos de ellos se intensifican al hacerse crónicos y degeneran a procesos de mayor gravedad. Esta respuesta surge cuando fallan las estrategias funcionales de afrontamiento que suelen emplear los profesionales ante las situaciones estresantes dentro del ambiente laboral. (72,74,89)

Llegado a este punto, la respuesta desarrollada está constituida por sentimientos de baja realización personal en el trabajo y de agotamiento emocional. Ante esos sentimientos, el individuo genera actitudes y conductas de despersonalización como una nueva forma de afrontamiento. Así, el síndrome de Burnout es un paso intermedio en la relación entre el estrés laboral y las consecuencias de este estrés, de forma que, si perdura en el tiempo, el estrés laboral tendrá consecuencias nocivas para el individuo, con alteraciones psicósomáticas, y también para la organización en la que ejerce su actividad profesional. Este síndrome se ha calificado también como una de las causas de retiro prematuro y abandono de la profesión en personal médico en especial aquellos que realizan actividad asistencial. (27,80,90,91,92)

Prevención del estrés laboral y tratamiento del Burnout.

En términos de prevención de riesgos laborales relacionados al síndrome de Burnout, la perspectiva clínica posee una potencia limitada, puesto que significa que la prevención ha fallado y pasamos a identificar los riesgos mediante el diagnóstico de daños en los individuos.

Hace más de cuarenta años, con la aparición del concepto de estrés laboral y de Burnout, se han intentado desarrollar estrategias para eliminar o reducir los riesgos que dan lugar a su aparición, así como para mejorar la calidad de vida laboral y prevenir el estrés en el trabajo. De manera contradictoria, se suele dirigir la mayor parte de los esfuerzos en la intervención individual sobre el individuo, cuando se sabe más que de sobra que las causas residen en el entorno de trabajo. (9,27)

Los gestores de recursos humanos han de colaborar para prevenir este riesgo, así como los servicios de prevención, que deben conocer el proceso de este fenómeno y las estrategias de prevención e intervención.

En el campo de la prevención de los riesgos laborales, en referencia al síndrome de Burnout concretamente, cabe aclarar que el análisis no debe centrarse en las supuestas características, debilidades estructurales o funcionales del individuo, mismas que pudieran revelar una hipotética propensión o una cierta falta de

resistencia a las exigencias del trabajo, ya que este tipo de análisis trae consecuencias negativas al ser por lo general mal interpretado los resultados derivando en medidas enfocadas al trabajador "sensible" y no así la modificación o adecuación del entorno de trabajo. (9, 93)

Numerosos estudios indican que una de los principales desencadenantes del estrés laboral en profesionales médicos se debe a la incapacidad de lograr un balance emocional entre el ejercicio de la profesión y la vida personal, por ello se sugieren tres niveles de intervención tanto el tratamiento como la prevención: una intervención directa en el individuo, una intervención interpersonal y una intervención en el medio laboral. En un caso implementando acciones de corte fundamentalmente "organizativas", en otro fomentando o regulando las "interacciones" que se producen en la empresa entre los individuos, y finalmente se categorizan aquellas acciones que están focalizadas en el trabajador, las "individuales". No obstante, todas las acciones preventivas que se exponen deben ser implementadas desde y por la organización. (93,94)

Intervenciones a nivel individual

- cursos para el manejo del estrés.

Estos comprenden un amplio rango de actividades que van desde terapias de relajación hasta aprendizaje conductual y la terapia centrada en el paciente, siendo las terapias conductuales aquellas que mejores resultados han demostrado en el tratamiento del estrés laboral y síndrome de burnout en profesionales de la salud.

La aplicación de este tipo de terapias puede darse en los niveles de prevención primarios, secundarios y terciarios, según las necesidades de la persona, sin embargo su efectividad a largo plazo en el manejo del estrés laboral va a depender de la combinación en el tratamiento psicológico y las sesiones de seguimiento con el control del problema desencadenante.

Se ha demostrado que la aplicación de terapias de relajación acompañadas de sesiones de meditación y terapias en grupos de discusión conformados por profesionales del área médica, así como el entrenamiento psicológico-social logra disminuir el nivel de burnout influenciando de manera positiva en los aspectos de

la personalidad más propensos a sufrir estrés, de la misma manera se ha comprobado que la calidad de vida de los profesionales manifestaba una mejora en un plazo de 12 semanas posterior a la aplicación de estas medidas preventivas, igualmente se evidenció que las prácticas de meditación en personal médico favorecen el desempeño de la actividad asistencial centrada en el paciente, aunque la evidencia a largo plazo podría ser considerada aún como insuficiente. (93,94,95,96)

- ejercicio físico.

Se ha demostrado que sesiones de ejercicios de estiramiento de 10 minutos en el lugar de trabajo disminuyen el nivel de ansiedad e influyen de manera positiva en el bienestar físico y mental de los trabajadores; de la misma forma se ha demostrado una asociación entre la práctica de ejercicios aeróbicos y la disminución del estrés y la depresión, aumentando los niveles de marcadores biológicos que podría intervenir en el desarrollo de enfermedades cardiovasculares relacionadas a estrés, igualmente se ve una disminución del grado de agotamiento emocional en profesionales que se practican ejercicios físicos con regularidad, aunque en el área de la despersonalización el efecto no es tan significativo. (95,97,98)

- sesiones didácticas grupales.

Se trata de sesiones grupales interactivas donde se combina la lectura y discusión de artículos con la interpretación de roles en el grupo de trabajo a manera de entrenamiento para el personal en salud dirigido al ejercicio de la profesión asistencial centrada en el paciente focalizándose en la relación médico-paciente. Se afirma que su aplicación puede ser de utilidad en la disminución del estrés laboral en residentes y profesionales jóvenes, mientras que en aquellos que han ejercido por más de 3 años los resultados son visibles en el incremento de la satisfacción laboral y la auto estima profesional sin embargo no se ha demostrado que su aplicación provoque una disminución significativa en los niveles de burnout. (94,99,100)

Además de las anteriormente descritas existen otras medidas que pueden aplicarse al individuo como forma de prevención del estrés laboral y el síndrome de Burnout

Realizar una orientación profesional al inicio del trabajo por parte de personal capacitado.

Tener en cuenta la diversificación de las tareas y la rotación en las mismas.

Poner en práctica programas de formación continua y reciclaje.

Mejorar los recursos de resistencia y proteger a la persona para afrontar las situaciones estresantes.

Establecer programas de supervisión profesional individual.

Aumentar los recursos o habilidades comunicativas y de negociación.

Trabajar el feedback, reconociendo adecuadamente las actividades finalizadas.

Entrenamiento a fin de conseguir un ajuste del individuo al puesto de trabajo.
(100,101)

Intervenciones a nivel interpersonal

Para este fin es preciso fortalecer los vínculos sociales entre los trabajadores, favorecer el trabajo en grupo y evitar el aislamiento. Es posible que para ello sea necesario el recurrir a personal especializado en el entrenamiento de habilidades sociales y la formación de los profesionales en las áreas de estrategias de colaboración laboral y de cooperación grupal. Se recomienda además:

Promover y planificar el apoyo social en el trabajo

Establecer sistemas democráticos-participativos en el trabajo.

Consolidar la dinámica grupal para aumentar el control del trabajador sobre las demandas psicológicas del trabajo.

Establecer trabajos de supervisión profesional en grupo a los trabajadores.
(102,103,104)

Intervenciones en el lugar de trabajo o de nivel organizativo.

Al contrario de las intervenciones realizadas directamente en el individuo, existen muy pocos datos acerca de medidas destinadas a la prevención del estrés en

personal de salud aplicadas al lugar de trabajo, éstas consisten básicamente en la detección de factores que producen estrés dentro del ambiente laboral por el mismo personal de una institución utilizando instrumentos validados y una posterior planificación e intervención sobre dichos factores. Asimismo se recomienda aplicar alguna de las sugerencias siguientes a nivel de la organización para disminuir el riesgo de estrés en los trabajadores:

Establecer programas de acogida que integren un trabajo de ajuste entre los objetivos de la organización y los percibidos por el individuo.

Disponer de oportunidad para la formación continua y desarrollo del trabajo.

Aumentar el grado de autonomía y control del trabajo, descentralizando la toma de decisiones.

Disponer del análisis y la definición de los puestos de trabajo, evitando ambigüedades y conflictos de roles, estableciendo objetivos claros para los profesionales, así como definiendo las líneas de autoridad en el trabajo.

Elaborar una definición de competencias y responsabilidades. Siendo esencial conseguir un diseño óptimo de las funciones y responsabilidades propias de la actividad laboral para reducir el estrés de la misma.

Regular y adecuar las demandas en lo referente a la carga de trabajo.

Mejorar las redes de comunicación y promover la participación del personal en la organización.

Fomentar la colaboración y no la competitividad en la organización.

Fomentar la flexibilidad horaria.

Promover la seguridad en el empleo.

Facilitar a los trabajadores recursos adecuados para conseguir los objetivos personales así como los objetivos de la institución en el trabajo

Se puede promover la disponibilidad de asistencia, por parte de personal especializado ya sea dentro o fuera de la institución para facilitar al profesional el manejo de las situaciones estresantes. (103-107)

De la misma forma se ha estudiado que la combinación de terapias personales junto a la modificación de las condiciones laborales produce resultados más

duraderos que la aplicación de una de ellas solamente. Sin embargo es también discutible su utilidad en las etapas avanzadas del síndrome de burnout, ya que las mismas se acompañan de cambios psicológicos que son difícilmente reversibles. (93,106,107)

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El *burnout* es un proceso que surge como consecuencia del estrés laboral crónico en el cual se combinan variables de carácter individual, social y organizacional. Se trata por tanto de un síndrome con connotaciones afectivas negativas que afecta a los trabajadores en distintos niveles (personal, social y laboral).

Dado el incremento de las enfermedades derivadas del estrés en el trabajo se hace necesario conocer el estado actual de la problemática en nuestro medio, en especial entre aquellos trabajadores del área de la salud que realizan actividad asistencial. En este estudio se tomarán en cuenta solamente al personal médico de los niveles de atención segundo y tercero, que corresponden a los hospitales que prestan servicios de atención las 24 horas al día durante los 365 días del año en medicina general y especialidades, esto debido a que son éstos los que se adecúan mejor a los objetivos planteados para la investigación.

5. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el riesgo para desarrollar Síndrome de Burnout en personal médico asistencial que trabaja guardias de duración mayor o igual a 12 horas en la gestión 2015 en el área urbana de la ciudad de La Paz?

6. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

1.- Maya Romani and Khalil Ashkar. Burnout among physicians. Libyan J Med. 2014; 9: 10.3402/ljm.v9.23556.

- Burnout is a common syndrome seen in healthcare workers, particularly physicians who are exposed to a high level of stress at work; it includes emotional exhaustion, depersonalization, and low personal accomplishment. Burnout among physicians has garnered significant attention because of the negative impact it renders on patient care and medical personnel. Physicians who had high burnout levels reportedly committed more medical errors.

2.- Carolina Aranda-Beltrán, Manuel Pando-Moreno, Teresa Torres-López, José Salazar-Estrada, Sergio Franco-Chávez. Factores psicosociales y síndrome de burnout en médicos de familia. México. An. Fac. med. v.66 n.3 Lima sep. 2005.

- Según referencias emitidas por la OMS y la Organización Internacional del Trabajo (OIT), tanto los accidentes como las enfermedades laborales van en aumento. Así, para el año 2002 habría alrededor de 1,2 millones de muertes laborales, 250 millones de accidentes y 160 millones de enfermedades profesionales en el mundo, a diferencia de las presentadas en el 2001 con cifras de 1,1 millones de enfermedades y accidentes laborales, entre las cuales el estrés ocupaba un lugar importante.

En tal caso, los estudios sobre el estrés laboral crónico, también conocido como síndrome de *burnout* o de desgaste profesional o asistencial, lo consideran (no en México) como una patología laboral debida al estrés continuo al que es sometido el médico durante su jornada laboral. Así, el estrés y el malestar acaban por instalarse de modo crónico, provocando trastornos psicosomáticos y de conducta, manifestaciones que nos alertan ante un problema de salud como lo es el síndrome de *burnout*.

3.- Ptacek R, Stefano GB, Kuzelova H, Raboch J, Harsa P, Kream RM. Burnout syndrome in medical professionals: a manifestation of chronic stress with counterintuitive passive characteristics. Neuro Endocrinol Lett. 2013;34(4):259-64.

- By operational criteria, burnout appears to be a multifaceted behavioral syndrome consisting of maladaptive individual responses subsequent to prolonged stressful situations. Given the intense physical and cognitive demands of providing high quality healthcare to a wide spectrum of patients, healthcare professionals are particularly susceptible to developing burnout syndrome, a notable phenomenon that has gleaned significant societal attention in recent years. Clearly, widespread manifestation of burnout by health care professionals represents a serious potential threat to the overall quality of patient care and to the realization of positive outcomes to multiple treatment strategies. It will most certainly engender a serious negative impact on the economic viability of the entire healthcare system.

4.- Li-Ping Chou, Chung-Yi Li, Susan C Hu.

Job stress and burnout in hospital employees: comparison of different medical professions in a regional hospital in Taiwan. *BMJ Open*. 2014; 4(2): e004185.

- Medical practice is stressful. This is because medical personnel must respond to the needs of patients and families very quickly. However, medical knowledge and procedures usually include limitations and uncertainties. Any medical errors or mistakes may be costly, harmful to a patient's life and sometimes irreversible. Moreover, night work, shift work and long work hours are also very common in medical professions.

7. HIPÓTESIS

Ho: El trabajar en guardias de más de 12 horas no presenta riesgo para desarrollar síndrome de burnout.

H1: Existe un riesgo mayor para desarrollar síndrome de Burnout en personal médico que trabaja guardias de más de 12 horas.

8. OBJETIVOS.

8.1. OBJETIVO GENERAL

Establecer el incremento en el riesgo para desarrollar síndrome de Burnout en personal médico asistencial que trabaja guardias de duración igual o mayor a 12 horas en la gestión 2015 en el área urbana de la ciudad de La Paz.

8.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1- Establecer la distribución del síndrome de Burnout en personal médico asistencial de acuerdo a edad, género y estado civil.
- 2- Relacionar la presencia de síndrome de Burnout con las diferentes especialidades médicas que realizan actividad asistencial tomadas en cuenta en este estudio.
- 3- Comparar la presencia de síndrome de Burnout entre médicos del sector público y el privado.
- 4- Relacionar la cantidad de horas semanales trabajadas con la presencia de síndrome de Burnout en personal médico asistencial.
- 5- Determinar cuál de las tres esferas evaluadas dentro del síndrome de Burnout es la que se ve afectada con mayor frecuencia en la población de estudio.

9. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

9.1. CONTEXTO O LUGAR DE INTERVENCIONES

Bolivia es un país situado en el centro de Sud América, que se caracteriza por ser un país multicultural y plurilingüe, presenta grandes contrastes geográficos, contando con tres pisos ecológicos básicos y gran riqueza en recursos naturales, así como atractivos turísticos reconocidos a nivel mundial.

La ciudad de La Paz, Sede de Gobierno, situada en la provincia Murillo del departamento de La Paz se encuentra dentro de la zona andina del país, situada a una altitud de 3650 msnm presenta un clima frío y seco con temperaturas que oscilan entre los 23°C y 5°C con un promedio de temperatura anual de 14°C.

Según el censo de población y vivienda realizado el año 2012, Bolivia cuenta con una población total de 10.027.254 habitantes distribuidos en las áreas urbanas y rurales de sus nueve departamentos. El departamento de La Paz reúne a una población de 2.706.351 habitantes comprendidos entre las áreas rurales y las dos ciudades principales del área urbana: la ciudad de La Paz, Sede de Gobierno y la ciudad de El Alto. Teniendo en cuenta que en el anterior censo realizado el año 2001 se calcula que la población del área urbana es aproximadamente el 58,6% del total de población del departamento y que la ciudad de La Paz agrupa por sí misma a un 33,7% de la población departamental podemos decir que cuenta con una población aproximadamente de 912.041 habitantes

* Los datos del censo 2012 publicados por el INE son departamentales sin existir cifras desagregadas del área urbana.

La distribución poblacional por edades muestra que el 11,94% de la población tiene una edad comprendida entre 0-4 años, el 24,03% está comprendido entre los 5 y 14 años, el 19,53% entre los 15 y 24 años, el 32,16% entre los 25 y 59 años y el 7,9% de la población es mayor a los 60 años. (109)

En cuanto a las estadísticas referentes a salud Bolivia para el año 2012 cuenta con 3.574 establecimientos de salud clasificados de esta forma: 1.604 puestos de salud, 1.671 centros de salud, 233 hospitales básicos, 38 hospitales generales y 28 institutos especializados. El departamento de La Paz presenta para el año 2012 con 732 establecimientos de salud distribuidos por niveles de atención de la siguiente manera: 303 puestos de salud, 368 centros de salud, 45 hospitales básicos, 6 hospitales generales y 10 institutos especializados. En lo que respecta a su correspondencia con la población, en las cifras globales del país para el año 2012 vemos que existen 3.028 habitantes por cada centro de salud, para el primer nivel de atención se tienen 3.305 habitantes por establecimiento, mientras que para los niveles segundo y tercero tenemos una población de 36.196 habitantes por establecimiento. En el departamento de La Paz, las estadísticas indican 3.993 habitantes por establecimiento de salud, correspondiendo al primer nivel de atención 4.356 habitantes por establecimiento y para los niveles segundo y tercero 47.911 habitantes por centro hospitalario. (110)

Por definición los segundos y terceros niveles son aquellos que brindan servicios de atención médica ambulatoria y de internación las 24 horas del día durante 365 días al año de forma continua e ininterrumpida, diferenciándose por el hecho que en el segundo nivel los establecimientos cuentan con las especialidades básicas de cirugía, gineco-obstetricia, pediatría, medicina interna y anestesiología además de servicios de emergencias y medicina general mientras que los establecimientos de tercer nivel cuentan con mayor número de especialidades y de sub especialidades. (111)

9.2. MEDICIONES

9.2.1. *Diseño del estudio.*

El presente se trata de un estudio cuantitativo analítico de tipo casos y controles, realizado en una muestra calculada mediante fórmulas ajustadas para una población finita conocida-ver anexos-.

9.2.2. *Unidad de observación*

Persona profesional del área médica.

a) Casos.

Criterios de Inclusión.

- Ser profesional médico.
- Dar consentimiento para participar en el estudio.
- Tener como mínimo 1 año en su trabajo actual.

Criterios de exclusión:

- Presentar cualquier tipo de discapacidad o enfermedad mental.
- Ser profesional médico en etapa formativa (residente).
- Ser profesional médico que no realiza actividad asistencial.
- Tener contrato de trabajo eventual o de reemplazo.

b) Controles.

Criterios de Inclusión.

- Ser profesional médico.
- Dar consentimiento para participar en el estudio.
- Tener como mínimo 1 año en su trabajo actual.

Criterios de exclusión:

- Presentar cualquier tipo de discapacidad o enfermedad mental.
- Ser profesional médico en etapa formativa (residente).
- Ser profesional médico que no realiza actividad asistencial.
- Tener contrato de trabajo eventual o de reemplazo.

9.2.3. Marco de muestra.

Se calcula el marco de muestra de acuerdo a la fórmula para muestreo aleatorio simple, ajustado a la población, tomando en cuenta como referencia de población total el número de profesionales médicos que se reporta tanto en las publicaciones del Servicio Departamental de Salud La Paz y del Instituto Nacional de Seguros de Salud. (111, 112)

Resultando el cálculo en una muestra necesaria de 298 individuos, basándonos en una población finita de 1328 profesionales médicos que ejercen dentro del área urbana de la ciudad de La Paz (no se tomará en cuenta a profesionales de la ciudad de El Alto ni de las zonas rurales o provincias).

El proceso de selección de la muestra se llevo a cabo utilizando como referencia a los establecimientos que se encuentran figurando en las listas de las redes de salud del municipio de La Paz (113). Dentro de los mismos se tomó en cuenta a los profesionales de salud que cumplieran los criterios de inclusión ya mencionados y que además aceptaran de forma voluntaria la participación en el presente estudio.

9.2.4. Instrumento.

Para la obtención de datos se utilizará el formulario de 22 preguntas del test de Maslach, así como una encuesta para obtener información demográfica y laboral.

9.2.4.1. Ponderación del test de Maslach.

Se obtiene tanto un resultado global del test como una puntuación dividida por las tres áreas analizadas es decir agotamiento emocional, despersonalización y logros personales.

Agotamiento emocional: se deben sumar los números obtenidos en la valoración de las preguntas 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20.

Despersonalización: se deben sumar los números obtenidos en la valoración de las preguntas 5, 10, 11, 15 y 22.

Falta de logros personales: se deben sumar los números obtenidos en la valoración de las preguntas 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21. Cabe notar que la ponderación de las preguntas correspondientes a esta esfera se realiza de manera inversa a las dos anteriores.

Para saber el grado de estrés laboral en cada una de estas áreas se utiliza la siguiente tabla:

Tabla 1: Clasificación de resultados del test según percentiles.

| | BAJO. Hasta 25% | MEDIO. 25 al 75% | ALTO. Mayor al 75% |
|-------------------------------|---------------------------|----------------------------|------------------------------|
| Agotamiento emocional. | Inferior o igual a 13. | 14-40 | 41 o superior. |

| | | | |
|------------------------------------|------------------------|-------|----------------|
| Despersonalización. | Inferior o igual a 7. | 8-22 | 23 o superior. |
| Falta de logros personales. | Inferior o igual a 12. | 13-36 | 37 o superior. |

Fuente propia.

9.2.4.2. Operacionalización de variables.

| Variable | Definición | Funcionalidad | Clasificación | Objetivos. | Instrumento | Valores. |
|----------------------------------|--|--|---------------------------|--|------------------|--|
| Turnos de 12 o más horas. | Horario laboral continuo diurno y/o nocturno por periodos iguales o mayores a 12 horas. | Variable independiente o de exposición | Cualitativa dicotómica | Objetivo general | Encuesta. | 1. Si 2. No |
| Síndrome de Burnout | Consecuencia del estrés laboral crónico, valorada por la estimación positiva del Test de Maslach. | Variable dependiente o de resultado. | Cualitativa dicotómica | Objetivo general y objetivos específicos | Test de Maslach. | 1. presente. 2. ausente |
| Des-personalización | Componente del síndrome de burnout, evaluado por las preguntas 5, 10, 11, 15 y 22 del test de Maslach. | Variable dependiente o de resultado. | Cualitativa dicotómica | Objetivo general, objetivo específico 3 | Test de Maslach. | 1. presente. 2. ausente |
| Agotamiento emocional | Componente del síndrome de burnout, evaluado por las preguntas 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20 del test de Maslach. | Variable dependiente o de resultado. | Cualitativa dicotómica | Objetivo general, objetivo específico 3 | Test de Maslach. | 1. presente. 2. ausente |
| Realización de logros personales | Componente del síndrome de burnout, evaluado por las preguntas 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21 del test de Maslach. | Variable dependiente o de resultado. | Cualitativa dicotómica | Objetivo general, objetivo específico 3 | Test de Maslach. | 1. presente. 2. ausente |
| Edad | Años de vida cumplidos. | Variable de control. | Cuantitativa discontinua | Objetivo específico 1 | Encuesta. | Mayores de 21 años. |
| Género | Identificación personal de género | Variable de control. | Cualitativa dicotómica | Objetivo específico 1 | Encuesta. | Femenino Masculino |
| Estado civil | Situación de la persona determinada por su relación de pareja. | Variable de control. | Cualitativa politómica. | Objetivo específico 1 | Encuesta. | 1. Pareja estable 2. Pareja no estable 3. Sin pareja |
| Especialidad médica | Área de especialización dentro de la profesión médica. | Variable de control. | Cualitativa politómica | Objetivo específico 2 | Encuesta. | 1. Anestesiología. 2. Cirugía. 3. Gineco-obstetricia 4. Med. General 5. Med. Interna 6. Pediatría |
| Sector de trabajo | División de los servicios de salud de acuerdo a la propiedad de los medios. | Variable de control. | Cualitativa dicotómica | Objetivo específico 4 | Encuesta. | 1. publico. 2. privado. |
| Horas semanales trabajadas | Cantidad de horas semanales cumplidas en actividad laboral. | Variable de control. | Cuantitativa discontinua. | Objetivo específico 5 | Encuesta. | Valores entre 1 hora y 168 horas |

Tabla 2: cuadro operativo de variables

9.3. PLAN DE ANÁLISIS.

Primero se realizará una descripción general de la población estudiada y su distribución de acuerdo a las variables estudiadas.

Para el análisis en este trabajo se considerará cada una de las áreas del Burnout como presente o ausente de acuerdo a la siguiente tabla:

Tabla 3: Puntos de corte para resultados de área.

| | AUSENTE. | PRESENTE. |
|------------------------------------|------------------------|------------------------|
| Agotamiento emocional. | Inferior o igual a 13. | Igual o superior a 14. |
| Despersonalización. | Inferior o igual a 7. | Igual o superior a 8. |
| Falta de logros personales. | Inferior o igual a 12. | Igual o superior a 13. |

Fuente propia.

Considerándose los niveles bajos de afectación como ausente y tomando como punto de corte el inicio de un nivel medio de presentación según la escala estándar.

De igual forma, en el puntaje global del test se realizará la discriminación entre los casos y los controles como se indica en la tabla 4.

Tabla 4: Selección de casos por puntaje total del test.

| | Puntaje global. |
|-------------------|------------------------|
| Controles. | Igual o inferior a 33. |
| Casos. | Igual o superior a 34. |

Fuente propia.

Se realizará el análisis de la frecuencia de presentación de Burnout de acuerdo a las siguientes variables socio-demográficas:

- Edad. Tomando en cuenta cuatro grupos de edad: menores de 30 años, de 30 a 39 años, de 40 a 49 años y de 50 años en adelante.
- Sexo. Considerando femenino y masculino.
- Estado civil. Con pareja estable, con pareja no estable y sin pareja.

Entre las variables laborales que se tomarán en cuenta están:

- Especialidad. De acuerdo a las especialidades médicas.
- Sector. Si corresponde a un centro hospitalario del sector público o a un hospital del sector privado / clínica privada.
- Horas trabajadas. Por conteo de horas semanales trabajadas totales incluyendo los turnos nocturnos.

Análisis estadísticos.

Para el análisis estadístico se utilizarán los programas Epi Info y SPSS.

Se realizarán los respectivos cálculos de frecuencia para cada una de las variables, Chi cuadrado como prueba de significancia con el cálculo de Mantel-Haenszel para obtener los intervalos de confianza del mismo, tablas de contingencia para cálculo del Odds Ratio como corresponde al modelo de estudio y correlaciones de Pearson dentro de lo casos requerido en variables nominales para alcanzar los objetivos de la investigación.

9.4. ASPECTOS ÉTICOS.

El presente estudio, al contar con la participación directa de sujetos humanos se rige por los tres principios éticos básicos de respeto por la persona, beneficencia y justicia. La participación es completamente voluntaria, la hoja de encuesta para recolección de datos demográficos y laborales básicos presenta una introducción a manera consentimiento informado a pesar que se trata de un test anónimo, en el cual el participante no brinda ningún dato que le pueda identificar como persona y no existe manera de relacionar al sujeto con las respuestas entregadas, además no se solicita el nombre de los centros hospitalarios donde se realiza el estudio, de forma que no se compromete en ningún momento a las instituciones ni se relaciona a las mismas con los sujetos o los resultados obtenidos en la calificación de los test. Esta condición de anonimato total en la que ni el investigador conoce la identidad de los sujetos es debido principalmente al

rechazo por parte de los directivos hacia la propuesta de realizar estudios similares dentro de diferentes instituciones y la susceptibilidad que existe en los profesionales de ser identificados con información que pueda – interpretado a criterio de ellos mismos- poner en riesgo su seguridad laboral.

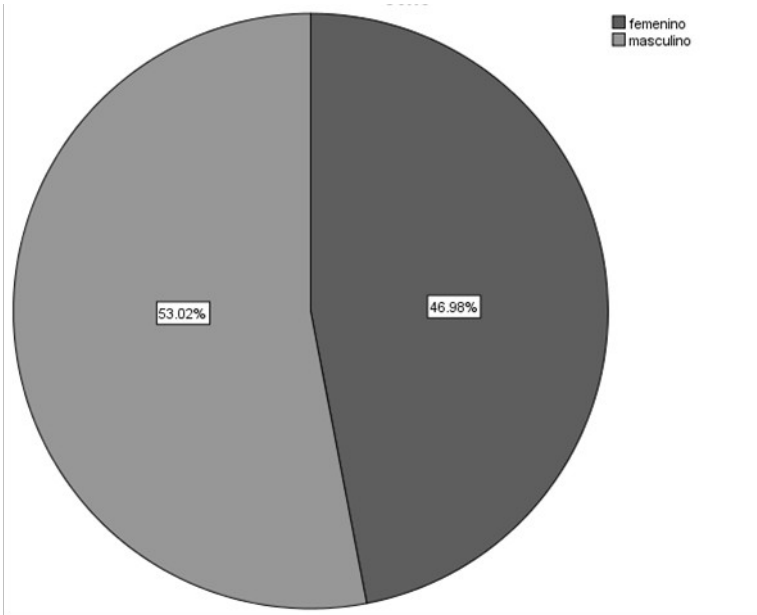
9.5. RESULTADOS.

9.5.1. Cuantitativos

La recolección de datos fue llevada a cabo durante los primeros cuatro meses de la gestión 2015, hasta completarse la muestra mínima requerida según cálculos previos como necesaria para este estudio.

La población total de estudio comprende 298 sujetos encuestados que cumplen con los criterios de inclusión y exclusión expuestos anteriormente, de los mismos el 47 % (140 sujetos) son de sexo femenino y el 53% (158 sujetos) son de sexo masculino, mostrado en la imagen 1.

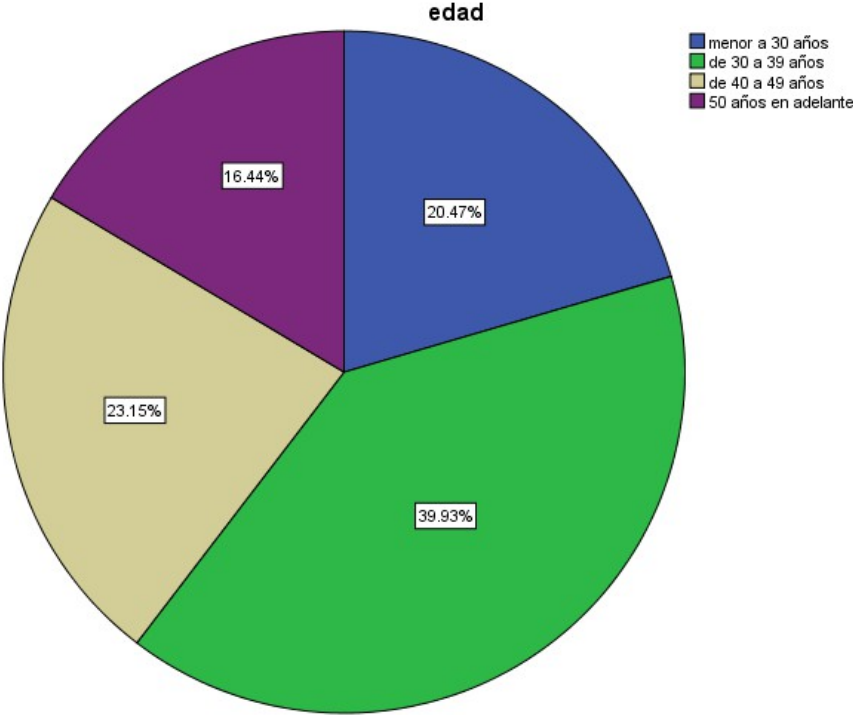
Imagen 1: Distribución por género.



Fuente propia

En cuanto a las edades de las personas estudiadas el 20,5% (61) son menores de 30 años, un 39,9% (119) se halla comprendido entre los 30 y 39 años, 23,2% (69) está entre los 40 y 49 años, y finalmente un 16,4% (49) presentan una edad de 50 años o mayor como se muestra en la imagen 2.

Imagen 2: distribución por edad



Fuente propia

Las variables sociales que se tomaron en cuenta fueron el estado civil y el número de hijos, de la población estudiada el 51,7% (154) cuenta con una pareja estable (casado o conviviente), el 18,8% indica tener una pareja no estable o una relación temporal y por último un 29,5% indica encontrarse sin pareja al momento de responder la encuesta, como se ve en las imágenes 3A y 3B. En cuanto al número de hijos el 46,3% (138) de los sujetos estudiados no tiene hijos, el 25,8% (77) cuenta con un solo hijo y el 27,9% (83) que indica tener dos o más hijos, como se muestra en la imagen 4.

Imágenes 3A y 3B: Distribución de acuerdo a estado civil.

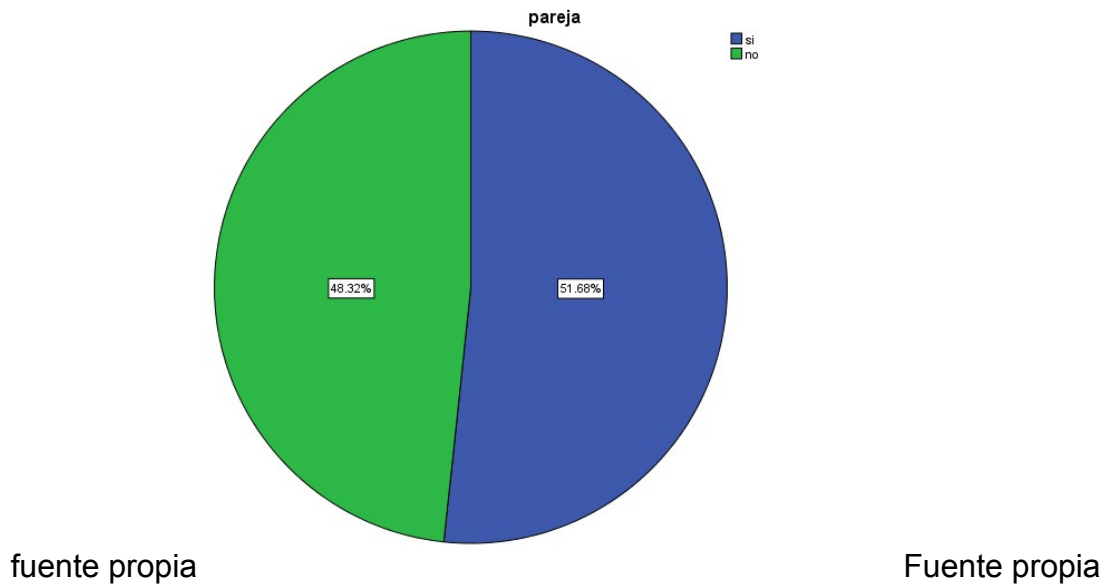
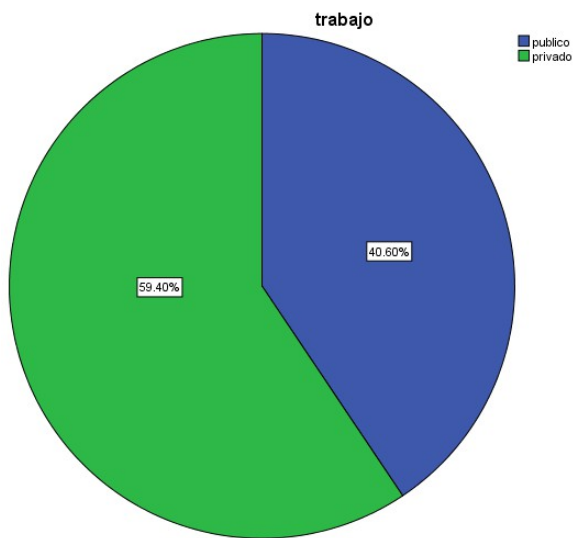


Imagen 4: Distribución por número de hijos.

Fuente propia.

En lo que a las variables laborales se refiere, tenemos que en el sector de trabajo el 40,6% (121) de los sujetos estudiados pertenecen al sector público mientras que el 59,4% (177) pertenece al sector privado – ver imagen 5-. Respecto a la cantidad total de trabajos con la que cuenta al momento el sujeto incluyendo la consulta privada en caso de tenerla, el 48% (143) personas indican tener una única fuente laboral, el 30,9% (92) indica trabajar en dos lugares diferentes, el 18,5% (55) cuenta con tres trabajos y el 2,7% (8) cuenta con cuatro lugares de trabajo-ver imagen 6-.

Imagen 5: Distribución por sector laboral



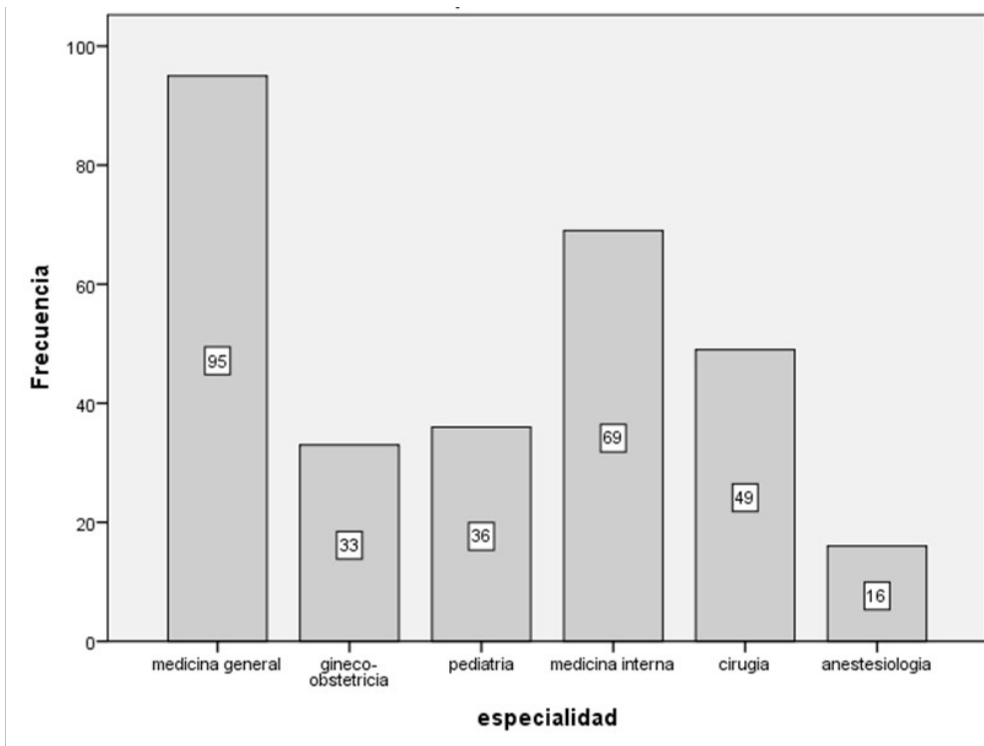
fuentes propia

Imagen 6: Distribución por cantidad de trabajos

Fuentes propia

Por fines prácticos este estudio tomó en cuenta solamente seis especialidades de la profesión médica, mismas que se presentan con las siguientes frecuencias de los encuestados: medicina general 31,9% (95), ginecología y obstetricia 11,1% (33), pediatría 12,1% (36), medicina interna 23,2% (69), cirugía 16,4% (49) y anestesiología 5,4% (16), como se muestra en la imagen 7.

Imagen 7: distribución por especialidad médica



fuentes

propia

En cuanto al tiempo total trabajado o los años de experiencia laboral de los sujetos de estudio tenemos un valor promedio de 9,91 años, siendo el valor de la mediana para 7 años y de la moda 2 años, con una desviación típica de 8,40. Mientras que en lo que se refiere al número de años de servicio en su trabajo actual el promedio fue de 4,82 años, con valores para la mediana de 3 años y para la moda de 1 año, la desviación típica resulta en 4,58, como se ve en la tabla 5.

Tabla 5: Estadísticas de variables antigüedad y años trabajados.

| | antigüedad | años trabajados |
|------------|------------|-----------------|
| N | | |
| Válidos | 298 | 298 |
| Perdidos | 0 | 0 |
| Media | 4.82 | 9.91 |
| Mediana | 3.00 | 7.00 |
| Moda | 1 | 2 |
| Desv. típ. | 4.583 | 8.401 |

| | | |
|--------|----|----|
| Mínimo | 1 | 1 |
| Máximo | 25 | 40 |

Fuente propia

En lo que se refiere a las horas semanales trabajadas, la cantidad promedio es de 44,52 horas por semana, la mediana y la moda están en 40 horas semanales de trabajo, la desviación típica de esta variable es de 21,79 como se muestra en la tabla 6.

Tabla 6: Estadísticas de variable horas semanales

| horas semanales | | |
|-----------------|----------|---------|
| N | Válidos | 298 |
| | Perdidos | 0 |
| Media | | 44.52 |
| Mediana | | 40.00 |
| Moda | | 40 |
| Desv. típ. | | 21.791 |
| Varianza | | 474.850 |
| Mínimo | | 9 |
| Máximo | | 126 |

Fuente propia.

Revisando la presencia de guardias laborales mayores o iguales a 12 horas, tenemos que un 37,9% (113) de los sujetos estudiados no realiza guardias mientras que el 62,8% (185) de los sujetos si realiza al menos un turno de trabajo con duración mayor o igual a 12 horas por semana (sin hacer diferencias entre horarios diurnos y nocturnos), como se ve en la imagen 8.

Imagen 8: Distribución por presencia de guardias laborales.

Fuente propia

En los valores obtenidos para la ponderación del test de Maslach tenemos un promedio de 30,21 para la puntuación total de la encuesta con una mediana de 29 y la menor de las modas de 25. La desviación típica es de 13,73. Teniendo en cuenta las puntuaciones consideradas como negativas y positivas para la estimación del síndrome de Burnout, podemos indicar que el 66,4% (198) de los sujetos encuestados califica como negativo o ausente al presentar una puntuación menor o igual a 33 en el test, mientras que un 33,6%(100) de los sujetos califica

como positivo o presente al haber obtenido puntuaciones mayores o iguales a 34, como se muestra en la imagen 9.

Imagen 9: distribución de resultados positivos y negativos para el test de Maslach

Fuente propia

En el grupo de preguntas destinado a la evaluación del agotamiento emocional se obtuvo un puntaje promedio de 18,29 con una mediana en 18 y el valor de la moda en 19. La desviación típica es de 7,34. Considerando la puntuación mínima para considerar esta esfera como afectada tenemos un 74,2% (222) de los sujetos que califican como positivos, mientras que el 25,5% (76) de los encuestados no presenta alteraciones en la evaluación, como se muestra en la imagen 10.

Imagen 10: Distribución de resultados positivos y negativos para agotamiento emocional.

Fuente propia

En las preguntas que evalúan la despersonalización tenemos una calificación promedio de 4,57, con un valor de 3 para la mediana y de 0 para la moda. La desviación típica es de 4,86. Aplicando la discriminación por puntuaciones del test en esta área tenemos que el 75,5% (225) de los sujetos se encuentra dentro del margen de ausente de alteración o negativo mientras que el 24,5% (73) de los sujetos presenta puntuaciones consideradas positivas, ver imagen 11.

Imagen 11: distribución de resultados positivos y negativos para despersonalización.

Fuente propia

Las preguntas correspondientes a la evaluación de ausencia de la realización personal en el trabajo el puntaje promedio fue de 7,38, con una mediana de valor 6 y una moda de 0. La desviación típica es de 5,42. Teniendo en cuenta las puntuaciones en la evaluación de esta esfera podemos indicar que el 85,6% (255) de los sujetos estudiados están dentro del grupo considerado como negativo o sin

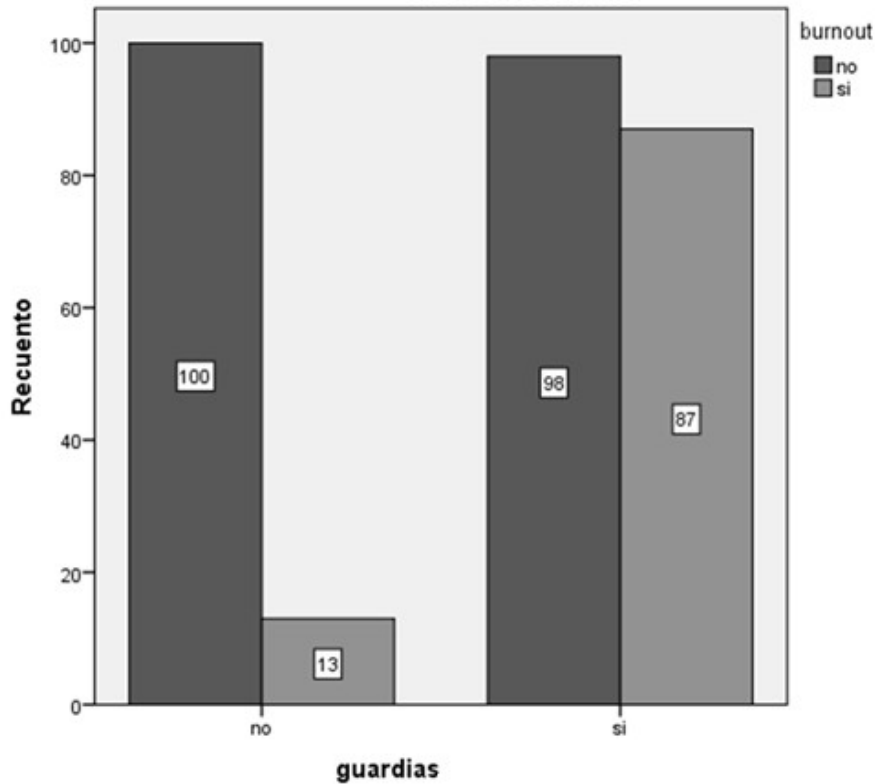
afectación mientras que el 14,4 % (43) de los estudiados presenta una calificación positiva para considerarlos como afectados, ver imagen 12.

Imagen 12: distribución de resultados positivos y negativos para baja realización personal.

Fuente propia

Respecto a la correlación entre las variables de exposición y resultado, se ha encontrado que 87% de los sujetos que obtuvieron una estimación positiva para la presencia de síndrome de burnout realizaban guardias laborales de 12 o más horas al menos una vez por semana, mientras que el 13% de este grupo de casos no realizaba guardias. Del grupo de control o aquellos sujetos con una estimación negativa a la presencia de síndrome de burnout el 49.5% realizaba guardias laborales de 12 horas o más y el 50,5% no realizaba guardias, la distribución se muestra en la imagen 13. En el análisis de los datos obtenidos, utilizando una tabla de 2 x 2 se calcula el OR correspondiente mismo que resulta de 6,83 con un IC de 3,44 a 13,76 con un límite de confianza de Cornfield del 95%. El valor de la prueba de Chi cuadrado sin corrección es de 39,70 mientras que el estadístico de Mantel-Haenszel es de 39,57.

Imagen 13: Distribución de resultados positivos y negativos de acuerdo a la presencia de guardias laborales.

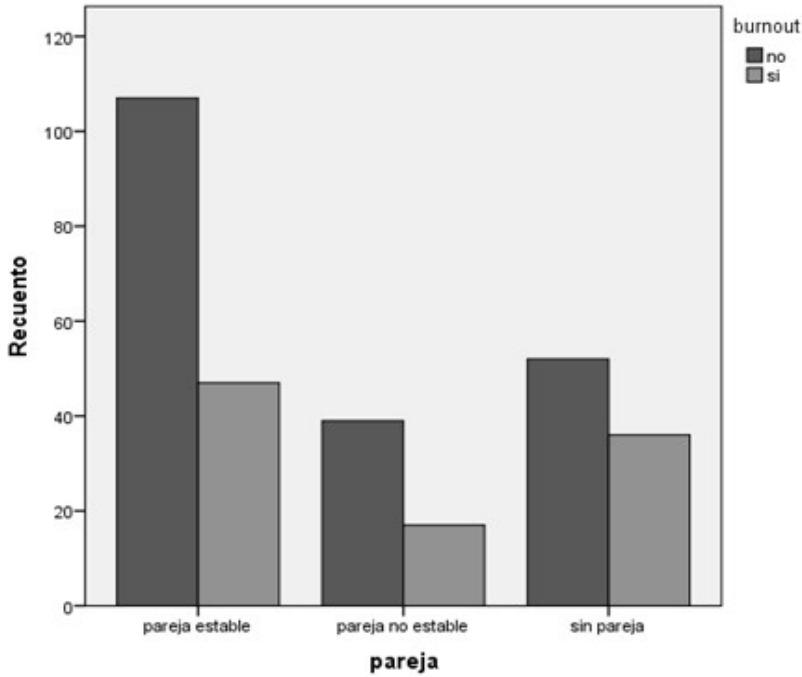


Fuente: propia

De la misma manera se procede relacionando las variables de control con la variable de resultado:

Para estado civil, considerando aquellos con pareja estable como un grupo positivo y aquellos con pareja temporal o sin pareja como un grupo negativo. OR 0,75 con IC 0,45 a 1,14 con un límite de confianza de Cornfield del 95%. El valor para Chi cuadrado de 1,32 sin corrección y de 1,31 para el estadístico de Mantel-Haenszel. La distribución de resultados positivos y negativos es como se muestra en la imagen 14.

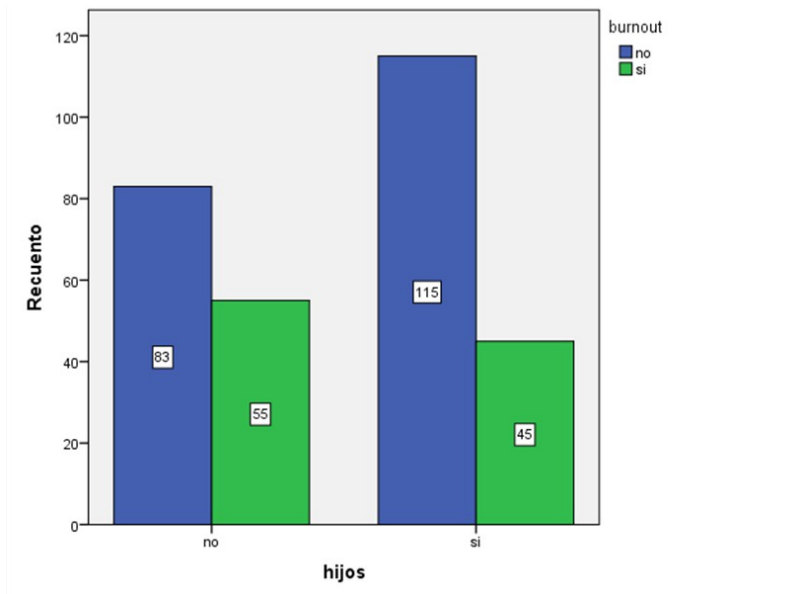
Imagen 14: distribución de resultados según estado civil.



Fuente propia

Para la variable hijos, separado en dos grupos uno sin hijos y otro con hijos sin importar el número, ver imagen 15. OR 0,59 con IC de 0,35 a 0,97. El valor de Chi cuadrado es 4,57 sin corrección y de 4,56 para el estadístico de Mantel-Haenszel.

Imagen 15: distribución de resultados de acuerdo a la variable “hijos”.



Fuente propia

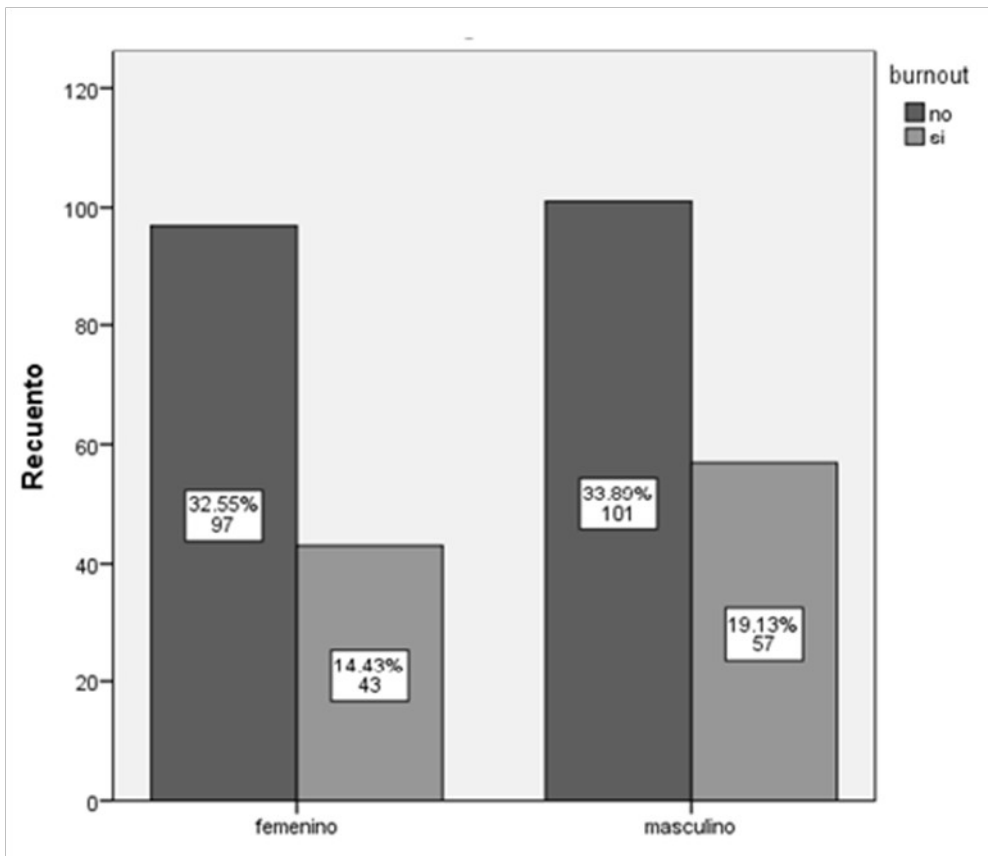
En cuanto a la relación entre la presentación de burnout según el grupo de edad, tomando en cuenta los grupos de edad señalados en plan de análisis obtenemos una correlación de -0.141 según Pearson, significativa a nivel de 0,05 con Sig. (bilateral) de 0,15. El valor para el Chi cuadrado de Pearson es de 9,51. La distribución se muestra en la imagen 16.

Imagen 16: Distribución de resultados según edad.

Fuente propia

Para la variable género tomándose en cuenta masculino y femenino. OR 1,26 con IC de 0,78 a 2,06. El valor del Chi cuadrado de 0,96 sin corrección y 0,95 para el estadístico de Mantel-Haenszel. La distribución se muestra en la imagen 17.

Imagen 17: distribución de resultados por género.



Fuente propia

En lo que respecta a las horas semanales, se utiliza el valor de la mediana como medida de discriminación, creando así un grupo de sujetos con una carga horaria igual o menor a 40 horas por semana y un grupo con una carga horaria laboral mayor a 40 horas semanales. Los datos obtenidos son los siguientes OR 3,49 con IC 2,03 a 5,99. El valor Chi cuadrado es de 24,14 sin corrección y de 24,07 el estadístico de Mantel-Haenszel. La cantidad de horas semanales trabajadas de igual manera presenta una relación con la presencia de guardias laborales mayores o iguales a 12 horas de duración. La distribución en ambos casos es como se observa en las imágenes 18 y 19 respectivamente.

Imagen 18: distribución de resultados según carga horaria semanal

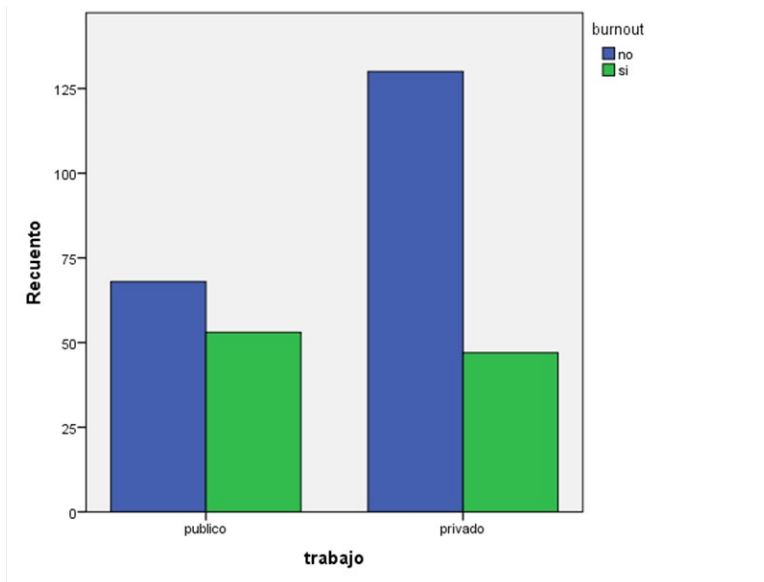
Fuente propia

Imagen 19: distribución de carga horaria de acuerdo a la presencia de guardias

Fuente propia

Para la variable del sector laboral OR 2,16 con IC 1,28 a 3,63 en un límite de confianza de Cornfield del 95%. El valor para el Chi cuadrado de 9,59 sin corrección. Esto si se considera al sector publico de trabajo como un factor predisponente al desarrollo de estrés laboral. La imagen 20 muestra la distribución.

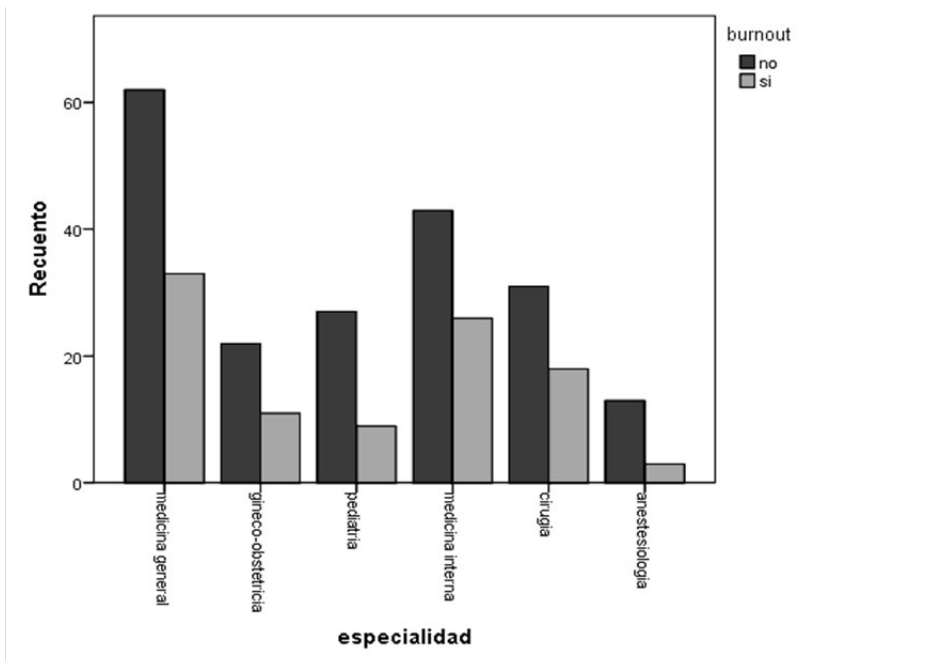
Imagen 20: distribución de resultados según sector laboral.



Fuente propia

Para la variable de especialidad médica se tomaron en cuenta los seis grupos mencionados en el plan de análisis, obteniéndose resultados para el Chi cuadrado de Pearson de 3,56, así como el valor de la V de Cramer de 0,109, la distribución es como se muestra en la imagen 21.

Imagen 21: distribución de resultados según especialidad.



Fuente propia

9.5.2. Cualitativos.

No corresponden al caso de este estudio.

9.6. DISCUSIÓN.

En el presente trabajo de tesis se tuvo como propósito investigar la relación existente entre las guardias laborales de duración mayor o igual a 12 horas que frecuentemente realizan los profesionales del área de la salud, con la presencia de síndrome de Burnout o estrés laboral crónico. El estudio se realizó en profesionales médicos del radio urbano de la ciudad de La Paz – Bolivia, que trabajan en hospitales de segundo y tercer nivel identificados los mismos de acuerdo a las listas de las redes de salud del Servicio Departamental de Salud (SEDES) LA Paz; el número de participantes fue de 298 profesionales cuyas características se ajustaban a los criterios de inclusión y exclusión planteados previamente, los mismos que fueron escogidos al azar entre las especialidades de ginecología y obstetricia, pediatria, medicina interna y cirugia, además de anestesiología y medicina general .

La investigación se llevó a cabo mediante la aplicación del test de Maslach en su versión adaptada a profesionales que realizan actividad asistencial junto a una

encuesta destinada a recolectar los datos demográficos y laborales. Siguiendo el modelo de estudio planteado se consideraron dos grupos, el primero de ellos considerado el grupo de casos y el segundo el grupo de control, la división se llevo a cabo una vez recolectada la muestra en base al puntaje obtenido en la calificación del test de Maslach.

La distribución de la población estudiada de acuerdo a género se encuentra equilibrada con un ligero predominio del género masculino entre los sujetos encuestados. En cuanto a edad se refiere el grupo mayoritario se halla comprendido entre los 30 y 39 años, seguido por el grupo que va de 40 a 49 años, en tercer lugar tenemos aquellos profesionales menores de 30 años y por ultimo aquellos mayores de 50 años, esta selección al momento de recolectar la muestra se basa en la literatura que indica como más susceptibles a sufrir del síndrome de Burnout a aquellos profesionales jóvenes en sus tres primeros años de ejercicio junto a aquellos que llevan más de 10 años de servicio, sin que haya un consenso sobre cuál de los géneros se ve más afectado.

De los datos recolectados acerca de los factores sociales y familiares que se toman en cuenta como variables de control en este estudio tenemos que poco más de la mitad de los participantes (51,6%) se encuentra en una relación de pareja estable así como un grupo mayoritario(53,7%) indica tener uno o más hijos, de la misma forma que con las anteriores variables se intenta que los dos grupos sean lo más similares posible en cuanto a cantidad de participantes para evitar interferencias de las variables de control en los resultados finales de la investigación.

En cuanto a los datos obtenidos de las variables laborales tenemos que una mayoría del 59,4% de los sujetos se identifica como sector privado, esto debido a la mejor predisposición que han tenido los profesionales de centros privados para colaborar con las encuestas durante su horario de trabajo en comparación con aquellos médicos de hospitales públicos. De igual manera y por la misma razón que en el caso anterior, en la distribución por especialidades tenemos un grupo sobresaliente de médicos generales que comprende el 31,9% de la población total estudiada, quedando repartido el restante de los sujetos repartido entre las cuatro

especialidades básicas a las que se incluye la especialidad de anestesiología. Respecto a la cantidad de lugares en los cuales trabaja el profesional, el 48% refiere un solo centro hospitalario mientras que la mayoría de los sujetos trabaja en dos o más centros diferentes, cabe hacer notar en este momento que no se especifica el tiempo laboral en cada trabajo o el motivo por el cual el sujeto tiene múltiples trabajos puesto que dicha información no se corresponde con los objetivos del estudio presente.

Pasando a las variables de experiencia laboral en años trabajados y la antigüedad o tiempo que lleva en profesional en el cargo actual dentro de la institución, siguiendo los criterios de inclusión y exclusión requieren ambas un mínimo de 1 año, por lo tanto este se constituye el valor más bajo posible que presentan los sujetos de estudio, el valor máximo para la experiencia laboral fue de 40 años y para la antigüedad en el centro de trabajo fue de 25 años, los valores promedio son de 9,91 años para la primera y de 4,82 para la segunda, mediante un proceso de toma de muestra al azar sin que haya ocurrido una inclinación intencional hacia determinados grupos que pueda resultar en la desviación de los resultados finales, ya que como se ha mencionado antes lo revisado en la literatura indica que es más frecuente encontrar síndrome de Burnout en profesionales que se encuentran en sus 3 primeros años de trabajo así como en aquellos que sobrepasan los 10 años de ejercicio profesional, sin embargo hemos encontrado que en la distribución de la antigüedad en el puesto actual la mayoría de los sujetos estudiados, en un 75,8%, indica entre 1 a 5 años, decreciendo notablemente la cantidad de sujetos con una permanencia a partir de los 6 años de trabajo en su centro actual.

En lo que respecta a la carga horaria semanal del profesional, se observa que es correspondiente con los establecidos por reglamento para los trabajadores médicos de tiempo completo en el sistema público que es de 40 horas a la semana (jornadas de 8 horas durante 5 días) en sus valores del promedio que es de 44,52 horas así como también la mediana y la moda que están ambas en 40 horas por semana, sin embargo en la tabla de frecuencias podemos ver una

variación que va desde un mínimo de 9 horas trabajadas por semana hasta un valor máximo de 126 horas semanales.

Para la variable de trabajo en guardias laborales de 12 horas o más tenemos un grupo mayoritario con el 62,1% de la población que si realiza al menos una jornada laboral de duración igual o mayor a 12 horas por semana, mientras que solamente el 37,1% de los sujetos indica no realizar guardias, si bien lo ideal hubiera sido que ambos grupos se encuentren cercanos al 50% en su distribución no se ha considerado que las cifras obtenidas puedan ser causa de una anomalía en los resultados finales del estudio ya que lo que se busca relacionar es la presencia de guardias laborales prolongadas con el desarrollo de síndrome de Burnout estimado mediante las puntuaciones del el test de Maslach. Cabe resaltar aquí se ha evidenciado en los sujetos que realizan guardias laborales de duración mayor o igual a 12 horas al menos una vez por semana presentan una tendencia a contar con cargas horarias semanales por encima de los valores de la tendencia central a una razón de 3,82 veces más que aquellos sujetos que no realizan guardias de este tipo, lo cual explicaría según lo revisado en la literatura su asociación al síndrome de Burnout tanto por exceso en el volumen de trabajo como en la carga horaria laboral que supone la realización de guardias con duración mayor o igual a 12 horas..

Después de calificar las respuestas al test de Maslach, en el análisis de las puntuaciones obtenidas como total del test encontramos un valor promedio de 30,21 puntos y una mediana de 29 puntos, ambos valores por debajo del límite del percentil 25 siendo considerados como puntuaciones bajas y para el caso como negativas en la estimación del síndrome de Burnout. Los valores obtenidos se encuentran entre 2 como puntaje mínimo y 77 como puntaje máximo, llegando por lo tanto hasta un nivel considerado medio-alto comprendido entre los percentiles 50 y 75, sin que se hayan encontrado valores considerados como altos en la muestra estudiada.

Si revisamos los valores individuales obtenidos de cada una de las tres esferas evaluadas por este test tenemos que en la sumatoria de las preguntas correspondientes a la evaluación del agotamiento emocional el valor promedio es

de 18,29 puntos con una mediana en 18 y una moda en 19, encontrándose todas estas cifras por encima del puntaje considerado como negativo, el valor mínimo obtenido es de 0 (cero) puntos y el valor máximo de 39 puntos; aplicando una discriminación de acuerdo a las puntuaciones podemos indicar que el 74,5% de los sujetos muestra afectada esta esfera al haber obtenido una calificación en este grupo de preguntas mayor al percentil 25. En las preguntas correspondientes a la evaluación de la despersonalización tenemos una media de 4,75, una mediana de 3 y una moda de 0 puntos, en este caso a diferencia del anterior los valores de tendencia central se encuentran por debajo del límite considerado como positivo o afectado, el valor mínimo obtenido en este grupo de preguntas es 0 (cero) y el máximo es de 22 puntos, al separar a los sujetos de acuerdo a su calificación en grupo de positivo y negativo tenemos un resultado inverso al encontrado en la anterior esfera, siendo en este caso solamente el 24,5% de los sujetos considerados como afectados por la despersonalización mientras que la mayoría de la población muestra un resultado negativo para la misma. Por último en el grupo de preguntas que se dedica a evaluar la falta de realización personal en el trabajo tenemos que el puntaje mínimo obtenido es de 0 (cero) mientras que el máximo es de 34 puntos, con los valores de la media en 7,38 puntos, la mediana en 6 y la moda en 8 puntos, al realizar la selección de sujetos positivos encontramos un grupo minoritario correspondiente al 14,4% de la población que muestra afectada esta esfera mientras que al igual que en la anterior la gran mayoría de la muestra obtuvo un resultado negativo. Es preciso mencionar que al igual que en el caso del puntaje total del test de Maslach, los puntajes individuales no sobrepasan de los niveles medios-altos, es decir ninguno de los resultados obtenidos por los sujetos de estudio sobrepasa el 75% del puntaje máximo posible para cada una de las esferas evaluadas. Estas cifras obtenidas son un tanto peculiares ya que en los estudios anteriores que se revisaron dentro la literatura se indica que la afectación en cada una de las tres esferas que evalúa el test que se encuentra entre el 30% y 40%, sin embargo aquí se han encontrado cifras mucho mayores para el agotamiento emocional y menores en la despersonalización así como en la baja realización personal; además si vemos la

distribución de puntuaciones ente los sujetos calificados como positivos encontramos que todos ellos se encuentran dentro de los límites considerados medios, sin que se hayan presentado sujetos con puntajes altos (mayores al percentil 75) en ninguna de las áreas que en la teoría representan entre el 5 a 15% de los casos positivos dependiendo el lugar del estudio.

Una vez se procede a la separación de los sujetos de acuerdo a la puntuación final del test llegamos al hallazgo que el 33,6% de los sujetos presentan una estimación positiva para el síndrome con valores obtenidos en la puntuación del test de Maslach mayores al establecido por el percentil 25, lo cual concuerda con la literatura revisada en donde la mayoría de los artículos reportan aproximadamente una tercera parte de los profesionales médicos tienden a desarrollar esta patología, pudiendo incluso llegar a sobrepasar el 70% de acuerdo al grupo poblacional estudiado y el lugar del estudio. Este grupo de sujetos de estudio con resultado positivo serán los considerados “casos” mientras que el restante 66,4% serán los “controles”, ahora, del grupo de casos se ha encontrado que el 87% de ellos ha indicado que si realiza turnos o guardias laborales de duración igual o mayor a 12 horas al menos una vez por semana mientras que solamente el 13% de los sujetos casos indicó no realizar guardias de 12 o más horas; en lo que refiere a la distribución de los controles tenemos que el 49,5% de ellos realiza guardias en tanto que el 50,5% refiere no realizar. Traspasando estos datos a una tabla de 2x2, obtenemos un valor para el Odds Ratio de 6,83 con un intervalo de confianza estadísticamente significativo para un límite del 95% y valor p de 0,05 con lo cual nos es posible afirmar que el realizar guardias laborales mayores o iguales a 12 horas de duración incrementa la probabilidad de desarrollar síndrome de Burnout en profesionales médicos de forma evidente respecto a aquellos que no presentan esta característica, estos resultados obtenidos son concordantes a lo encontrado en artículos anteriores donde se encuentra demostrado una relación directa entre el trabajo en guardias junto la sobrecarga laboral tanto en horas como en cantidad de pacientes atendidos así como de la privación del sueño con el desarrollo de síndrome de Burnout en profesionales médicos.

A continuación y procediendo de forma similar se analiza la relación de las variables tomadas como control con la variable de exposición, llegando a las siguientes conclusiones:

En la variable estado civil de inicio aparenta que la estabilidad de pareja actúa como factor de prevención al obtener un O R menor a 1 sin embargo su intervalo de confianza no es estadísticamente significativo por lo cual se descarta su relación con el desarrollo de Burnout, resultados muy parecidos al anterior han sido encontrados para la variable género en la cual el intervalo de confianza tampoco es significativo para un valor p de 0,05 a pesar que en la literatura se menciona la existencia de una relación de pareja y familiar estable como factores que disminuyen la predisposición de la persona al desarrollo del Burnout

La variable edad por su cuenta muestra una asociación inversamente proporcional con la estimación positiva para síndrome de Burnout de acuerdo a los resultados estadísticos, aunque es ligera nos indica que a mayor edad es menor la probabilidad de desarrollar el síndrome, estos resultados son probablemente debidos a la asociación que existe entre la edad del profesional y la experiencia laboral o años trabajados.

Respecto a la relación que tiene el hecho que la persona tenga o no hijos, según lo encontrado la presencia de hijos actúa aparentemente como medida de disminución del riesgo de desarrollar síndrome de Burnout, lo cual posiblemente se deba a la estrecha relación que tiene de manera directa con la variable edad aunque en los estudios revisados no se ha encontrado mención directa a la variable en relación al desarrollo del síndrome.

Relacionando las especialidades médicas que se consideran para este estudio, vemos que no existe una asociación entre las mismas con un incremento o disminución de la tendencia a obtener resultados positivos en el test, si bien mediante la prueba de V de Cramer parece existir una ligera asociación el Chi cuadrado no es significativo teniendo un valor p mayor a 0,05 lo cual se contradice con la literatura encontrada donde la mayoría de los artículos indican que las especialidades quirúrgicas son aquellas más propensas a desarrollar Burnout.

En lo que se refiere al sector de trabajo, los resultados obtenidos muestran que aquellos profesionales pertenecientes al sector público presentan una frecuencia más elevada en la estimación positiva en el test de Maslach y tienen una probabilidad de desarrollar síndrome de Burnout 2,16 veces superior que los identificados con el sector privado, además no se ha encontrado que la variable sector de trabajo tenga una asociación con la variable guardias semanales ni con la variable horas semanales trabajadas, si bien no se han encontrado estudios previos que respalden este resultado es posible que se encuentre asociado a particularidades de los servicios de salud locales.

Las horas semanales trabajadas por otra parte, muestran una asociación con los resultados de estimación positiva para síndrome de Burnout encontrados durante el estudio, tomándose en cuenta dos grupos de sujetos: primero uno de aquellos que cumplen 40 horas de trabajo por semana o menos y un segundo grupo que trabaja más de 40 horas a la semana, en el grupo de sujetos que trabajan más de 40 horas semanales se obtiene un OR de 3,49 para obtener puntuaciones positivas en el test de Maslach con respecto al primer grupo. Sin embargo también se encuentra una fuerte asociación directa entre el hecho de realizar guardias de duración mayor o igual a 12 horas y el presentar una carga horaria semanal mayor a las 40 horas, por lo tanto nos pone en duda si la asociación entre la cantidad de horas trabajadas y el síndrome de Burnout es o no debida a la presencia de guardias laborales prolongadas, de todas formas la literatura indica a la sobrecarga en horas laborales como un factor directamente relacionado al desarrollo del síndrome, aunque en una tendencia mayor a la encontrada en el presente estudio, lo cual concuerda con los resultados obtenidos.

9.7. IMPLICACIONES DE LOS RESULTADOS.

Si bien esta investigación fue realizada con el número mínimo de muestra requerido para su validez, nos revela un problema existente al cual no podemos

restar importancia, a pesar que se trata de un tema bastante nuevo en discusión dentro de nuestro medio.

9.8. AUDIENCIAS INTERESADAS EN LOS RESULTADOS.

Si bien los interesados en los hallazgos del presente estudio son en su mayoría del área médica, se deben considerar también como aludidos a las áreas administrativas de los centros hospitalarios.

En primer lugar se considera como interesado al profesional médico que desempeña actividad asistencial, sea esta en consultorio, emergencias o en sala internaciones, en especial a aquellos que trabajan guardias o turnos con duración mayor o igual a 12 horas, puesto que tienen mayor predisposición a desarrollar estrés laboral crónico y posteriormente síndrome de Burnout.

En un segundo lugar están otros interesados en estos resultados como son los directores de hospitales y centros de salud así como los responsables del manejo de recursos humanos, por las consecuencias que podría tener el problema para las instituciones.

También se puede mencionar como audiencias interesadas a funcionarios de los ministerios de salud y de trabajo que están en desempeño de cargos relacionados con la elaboración de normas y toma de decisiones acerca de la salud del trabajador y las enfermedades laborales.

9.9. CONCLUSIONES.

Como recapitulación de todo lo anteriormente expuesto en este documento se procederá a dejar establecidas las conclusiones a las que se ha llegado con la realización de este estudio respondiendo a las hipótesis y objetivos planteados al inicio del mismo.

Primeramente en respuesta de la pregunta de investigación, la hipótesis alterna y el objetivo general del estudio se han obtenido resultado que permiten afirmar la

hipótesis alterna es cierta y que el realizar guardias laborales de duración igual o mayor a 12 horas incrementa el riesgo de desarrollar síndrome de Burnout en personal médico asistencial en la gestión 2015.

En segundo lugar, respondiendo a los objetivos específicos se tienen las siguientes conclusiones:

La distribución de los casos estimados como positivos para síndrome de Burnout no están relacionados en su distribución con el género ni con el estado civil de los sujetos, sin embargo tienen una ligera asociación con la edad, siendo más frecuente su presentación en profesionales jóvenes.

En cuanto a las especialidades dentro de la profesión médica, entre las estudiadas no se ha encontrado que tengan una relación significativa con los resultados positivos obtenidos en la calificación del test de Maslach

Comparando el sector de trabajo entre el público y el privado, encontramos que la frecuencia de presentación de casos es mayor en el primero, los motivos no parecen asociados a otras variables como son la realización de guardias o las horas trabajadas semanalmente.

La carga horaria semanal o cantidad de horas trabajadas por semana también se ha evidenciado, cuando es mayor de 40 horas/semana, supone un incremento del riesgo para desarrollar síndrome de Burnout, aunque dicho incremento es mucho menor que el encontrado para la presencia de guardias laborales de duración mayor o igual a 12 horas.

En lo que se refiere a las tres áreas o componentes del síndrome de Burnout evaluadas por el test de Maslach, se ha encontrado que es la esfera del agotamiento emocional la que se ve afectada con mayor frecuencia, ya que el 74,5% de los sujetos obtuvieron puntuaciones positivas en el resultado de la evaluación al grupo de preguntas correspondientes a la misma, mientras que la frecuencia de resultados positivos en las dos áreas restantes es considerablemente menor.

9.10. RECOMENDACIONES.

A la vista de los resultados obtenidos en el presente estudio se considera recomendable antes de sugerir la implementación de acciones al respecto, una ampliación de los estudios sobre este tema en el medio y de manera especial en aquellos grupos que se ha visto tienen una mayor susceptibilidad a presentar el problema, así como también acompañar las investigaciones cuantitativas con un estudio cualitativo de satisfacción laboral que permita determinar si existen factores subyacentes a las variables estudiadas.

En caso que los estudios posteriores corroboren los resultados obtenidos, sería recomendable proponer acciones coordinadas con el ministerio de salud, servicio departamental de salud y colegio médico, destinadas no solo al tratamiento del problema sino también a la prevención del mismo. Se sugiere poner en consideración el reducir los horarios de trabajo de los médicos asistenciales, evitando este tipo de jornadas laborales prolongadas de 12 horas continuas o mayores.

Se recomienda de igual manera la socialización de los resultados, a manera de informar y alertar a los profesionales del área de la salud, no solamente a los médicos acerca de la problemática del estrés laboral y el síndrome de Burnout en nuestro medio de forma que la población directamente interesada sea más receptiva a las acciones preventivas que se pueda implementar a futuro.

Finalmente se recomienda alertar a las universidades acerca del tema, de forma que se incluyan estrategias para prevención de Burnout entre los contenidos académicos que se imparte a los estudiantes.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Fidalgo Vega M. Nota Técnica de Prevención 704: Síndrome de estar quemado por el trabajo o "burnout" (I): definición y proceso de generación. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, 2005.
2. Jackson SE, Schwab RL, Schuler RS. Toward an understanding of the Burnout phenomenon. *Journal of applied psychology* 1986; 4: 630-640.
3. Maslach C., Schaufeli W. B., Leiter M. P. Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 2001;52, 397-422.
4. Maslach C., Jackson S. E.. The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, 1981; 2, 99- 113.
5. Romani M., Ashkar K. Burnout among physicians. *Libyan J Med.* 2014; 9: 10.3402/ljm.v9.23556.
6. Schaufeli W.B., Enzmann D. The burnout companion to study and practice: A critical analysis. London: Taylor & Francis.1998.
7. Salanova M., Schaufeli W.B., Llorens S., Peiró J.M., Grau R. Desde el "burnout" al "engagement": ¿una nueva perspectiva?. *Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones*, 2000; 16, (2), 117-134.
8. Daza F.M. Nota Técnica de Prevención 318: El estrés: proceso de generación en el ámbito laboral. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. 2005.
9. Leka S., Griffiths A., Cox T. La Organización del Trabajo y el Estrés. Serie protección de la salud de los trabajadores (3), WHO, 2004.
10. Al-Sareai NS, Al-Khaldi YM, Mostafa OA, Abdel-Fattah MM. Magnitude and risk factors for burnout among primary health care physicians in Asir Province, Saudi Arabia. *East Mediterr Health J.* 2013 May;19(5):426-34.
11. Al-Dubai SA, Rampal KG. Prevalence and associated factors of burnout among doctors in Yemen. *J Occup Health.* 2010;52(1):58-65. Epub 2009 Nov 10.
12. Encinas C.A., Reyes J.M., Gómez K.A., et al. El Síndrome de Burnout en Personal Médico y de Enfermería del Hospital de la localidad de San Luis del Palamr, Corrientes, Argentina. *Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina.* 2007; 174.
13. Ahmadi O., Azizkhani R., Basravi M. Correlation between workplace and occupational burnout syndrome in nurses. *Adv Biomed Res.* 2014; 3: 44. Published online Jan 24, 2014. doi: 10.4103/2277-9175.125751
14. Khanna R., Khanna R. Is medicine turning into unhappy profession?. *Indian J Occup Environ Med.* 2013 Jan-Apr; 17(1): 2–6.

15. Cook AF, Arora VM, Rasinski KA, Curlin FA, Yoon JD. The Prevalence of Medical Student Mistreatment and Its Association With Burnout. *Acad Med*. 2014 Mar 24. PMID: 24667503.
16. Gabel S. Demoralization in health professional practice: development, amelioration, and implications for continuing education. *J Contin Educ Health Prof*. 2013 Spring;33(2):118-26. doi: 10.1002/chp.21175.
17. López-Morales A, González-Velázquez F, Morales-Guzmán MI, Espinoza-Martínez CE. The burnout syndrome in medical residents working long periods. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2007 May-Jun;45(3):233-42.
18. Al-Dubai S., Ganasegeran K., Perianayagam W., Rampal K. Emotional Burnout, perceived sources of job stress, professional fulfillment, and engagement among medical resident in Malaysia. *Scientific World Journal*. 2013; 2013: 137620.
19. Li-Ping C, Chung-Yi L, Hu S. Job stress and burnout in hospital employees: comparisons of different medical professions in a regional hospital in Taiwan. *Job stress and burnout in hospital employees :BMJ Open*. 2014; 4(2): e004185.
20. Gleichgerrcht E, Decety J. Empathy in clinical practice: how individual dispositions, gender, and experience moderate empathic concern, burnout, and emotional distress in physicians. *PLoS One*. 2013 Apr 19;8(4):e61526. doi: 10.1371/journal.pone.0061526.
21. Franco OL, Ortiz OL. Síndrome de Burnout y estrés en médicos estudiantes de salud ocupacional. UdeI Rosarío, Bogotá. Diciembre 2011.
22. Zhihui W, Zhenyu X, Junming D, et al. Physician Burnout and Its Associated Factors: A Cross-sectional Study in Shanghai. *J Occup Health* 2014; 56: 73-83.
23. Frutos-Llanes R, Jiménez-Blanco S, Blanco-Montagut LE. Burnout syndrome in general practitioners of Avila. *Semergen*. 2014 Oct;40(7):357-65. doi: 10.1016/j.semereg.2014.02.008.

24. Escriba -Aguir V, Martin-Baena D, Perez-Hoyos S. Psychosocial work environment and burnout among emergency medical and nursing staff. *Int Arch Occup Environ Health* 2006; 80(2): -127-33.
25. Waldman SV, Diez JC, Arazi HC, et al. Burnout, perceived stress, and depression among cardiology residents in Argentina. *Acad Psychiatry*. 2009 Jul-Aug;33(4):296-301. doi: 10.1176/appi.ap.33.4.296.
26. Aranda-Beltrán C., Pando-Moreno M., Torres-López T., et.al.. Factores psicosociales y síndrome de burnout en médicos de familia. México. *An. Fac. ed. v.66 (3)*, 2005.
27. Fidalgo Vega M. Nota Técnica de Prevención 705: Síndrome de estar quemado por el trabajo o "burnout" (II): consecuencias, evaluación y prevención. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, 2005.
28. Curiel-García JA, Rodríguez-Morán M, Guerrero-Romero F. Burnout syndrome among health staff. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2006 May-Jun;44(3):221-6.
29. Morais A, Maia P, Azevedo A, Amaral C, Tavares J. Stress and burnout among Portuguese anaesthesiologists. *Eur J Anaesthesiol*. 2006 May;23(5):433-9. Epub 2006 Feb 10.
30. Pantaleoni JL, Augustine EM, Sourkes BM, Bachrach LK. Burnout in Pediatric Residents Over a 2-Year Period: A Longitudinal Study. *ACAP Vol 14, (2)*, 2014: 167–172.
31. Guntupalli K., Wachtel S., Mallampalli A., Surani S.. Burnout in the intensive care unit professionals. *Indian J Crit Care Med*. Mar 2014; 18(3): 139–143.
32. Al-Youbi R., Jan M. Burnout Syndrome in Pediatric Practice. *Oman Med J*. Jul 2013; 28(4): 252–254.
33. Pirincci E, Vicdanli SS. Burnout levels of assistant physician working at Turkish University Hospital. *Southeast Asian J Trop Med Public Health*. 2015 Mar;46(2):330-8.
34. Della Valle E, De Pascale G, Cuccaro A, Di Mare M, Padovano L, Carbone U, Farinaro E. Burnout: rising interest phenomenon in stressful workplace. *Ann Ig*. 2006 Mar-Apr;18(2):171-7.

35. Gurman GM, Klein M, Weksler N. Professional stress in anesthesiology: a review. *J Clin Monit Comput.* 2012 Aug;26(4):329-35. doi: 10.1007/s10877-011-9328-7.
36. Fonseca M, Sanclemente G, Hernández C, Et al. Residents, duties and burnout syndrome. *Rev Clin Esp.* 2010 May;210(5):209-15. doi: 10.1016/j.rce.2009.12.006.
37. Gandini BJ, Paulini SS, Marcos IJ, et al. The professional wearing down or syndrome of welfare labor stress ("burnout") among health professionals in the city of Cordoba. *Rev Fac Cien Med Univ Nac Cordoba.* 2006;63(1):18-25.
38. Demirci S, Yildirim YK, Ozsaran Z, et al. Evaluation of burnout syndrome in oncology employees. *Med Oncol.* 2010 Sep;27(3):968-74. doi: 10.1007/s12032-009-9318-5. Epub 2009 Sep 26.
39. Scheurer D, McKean S, Miller J, Wetterneck T. U.S. physician satisfaction: a systematic review. *J Hosp Med.* 2009 Nov;4(9):560-8. doi: 10.1002/jhm.496.
40. Cetina-Tabares RE, Chan-Canul AG, Sandoval-Jurado L. Correlation between the level of work satisfaction and professional burnout in family physicians. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2006 Nov-Dec;44(6):535-40.
41. Guntupalli K., Wachtel S., Mallampalli A., Surani S. Burnout in the intensive care unit professionals. *Indian J Crit Care Med.* Mar 2014; 18(3): 139–143.
42. Kang SH, Boo YJ, Lee JS, et al. High occupational stress and low career satisfaction of Korean surgeons. *J Korean Med Sci.* 2015 Feb;30(2):133-9. doi: 10.3346/jkms.2015.30.2.133. Epub 2015 Jan 21.
43. Felton JS. Burnout as a clinical entity--its importance in health care workers. *Occup Med (Lond).* 1998 May;48(4):237-50.
44. Matía Cubillo AC, Cordero Guevara J, Mediavilla Bravo JJ, et al. Evolution of burnout and associated factors in primary care physicians. *Aten Primaria.* 2012 Sep;44(9):532-9. doi: 10.1016/j.aprim.2010.05.021. Epub 2012 May 17.
45. Priebe S, Fakhoury WK, Hoffmann K, Powell RA. Morale and job perception of community mental health professionals in Berlin and London. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2005 Mar;40(3):223-32.

46. Ashtari Z, Farhady Y, Khodaei MR. Relationship between job burnout and work performance in a sample of Iranian mental health staff. *Afr J Psychiatry (Johannesbg)*. 2009 Feb;12(1):71-4.
47. West CP, Huschka MM, Novotny PJ, et al. Association of perceived medical errors with resident distress and empathy: a prospective longitudinal study. *JAMA*. 2006 Sep 6;296(9):1071-8.
48. Aranda Beltrán C. Diferencias por sexo, Síndrome de burnout y manifestaciones clínicas, en los médicos familiares de dos instituciones de salud, Guadalajara, México. *Rev. costarric. salud pública*, 2006; vol.15 no.29.
49. Grau-Martín A, Suñer-Soler R. Burnout syndrome and medical residents: reflections on the magnitude of the phenomena. *Rev Clin Esp*. 2011 Feb;211(2):112-3. doi: 10.1016/j.rce.2010.06.010.
50. Liang Y, Wang H, Tao X. Quality of life of young clinical doctors in public hospitals in China's developed cities as measured by the Nottingham Health Profile (NHP). *Int J Equity Health*. 2015 Sep 24;14(1):85. doi: 10.1186/s12939-015-0199-2.
51. Hernández JR. Estrés y burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención. *Revista Cubana de Salud Pública* 2003; 29(29): 103-110.
52. Esquivel-Molina CG, Buendía-Cano F, Martínez-García O, et al. Burnout syndrome in medical staff affiliated to a tertiary care hospital. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2007 Sep-Oct;45(5):427-36.
53. Palmer-Morales LY, Gómez-Vera A, Cabrera-Pivaral C, et al. Prevalence of Burnout syndrome among anesthesiologists in Mexicali. *Gac Med Mex*. 2005 May-Jun;141(3):181-3.
54. Ashkar K, Romani M, Musharrafieh U, Chaaya M. Prevalence of burnout syndrome among medical residents: experience of a developing country. *Postgrad Med J*. 2010 May;86(1015):266-71.
55. Paro H., Silveira P., Perotta B., Et al. Empathy among medical students: is there a relation with quality of life and burnout?. *PLoS One*. 2014; 9(4): e94133.

56. Gil-Monte PR, Marucco MA. Burnout prevalence in pediatricians of general hospitals. *Rev Saude Publica*. 2008 Jun;42(3):450-6.
57. Araújo dos Santos Lima R, Impieri de Souza A, Hirschle Galindo R, de Oliveira Feliciano KV. Vulnerabilidade ao burnout entre médicos de hospital público do Recife. *Ciênc. saúde coletiva* vol.18 no.4 Rio de Janeiro Apr. 2013.
58. Garcia Izquierdo M, Velandrino AP. EPB: una escala para la evaluación de burnout en las organizaciones. *Anales de psicología*, 1992, 8 (1-2), 131-138. U de Murcia, España.
59. Schaufeli W. B., Leiter M. P, Maslach C., Jackson S. E. Maslach Burnout Inventory – General Survey, *The Maslach Burnout Inventory-Test Manual* (3rd ed.). 1996. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
60. Maslach C., Jackson S. E. *The Maslach Burnout Inventory. Manual* (2nd ed.). 1986. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
61. Hernández Vargas C., Llorens Gumbau S., Rodríguez Sánchez A. Burnout en personal sanitario: validación de la escala MBI en México. *Fórum de Recerca* nº 16: 837 – 846.
62. Schaufeli W. B., Salanova M., Gonzales-Romá V., Bakker A. The measurement of burnout and engagement: A confirmatory factor analytic approach. *Journal of Happiness Studies*, 2002; 3, 71-92.
63. Esteve EB. Nota Técnica de Prevención 732: Síndrome de estar quemado por el trabajo "Burnout" (III): Instrumento de medición. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, 2005.
64. Moreno-Jimenez B, Rodriguez Carvajal R, Escobar Redonda E, et al. La evaluación del burnout profesional. *Factorialización del MBI-GS. Ansiedad y estrés*, 2001, 7, (1), pp 69-78.
65. Lourel M, Gueguen N. A meta-analysis of job burnout using the MBI scale. *Encephale*. 2007 Dec;33(6):947-53. doi: 10.1016/j.encep.2006.10.001. Epub 2007 Sep 4.
66. Domínguez P, Grosso ML, Pagotto B, et al. Effects of sleep deprivation on medical performance of pediatric residents. *Arch Argent Pediatr*. 2009 Jun;107(3):241-5. doi: 10.1590/S0325-00752009000300012.

67. Balch CM, Shanafelt T. Combating stress and burnout in surgical practice: a review. *Adv Surg*. 2010;44:29-47.
68. Fontán Atalaya IM, Dueñas Díez JL. Burnout syndrome in an obstetrics and gynaecology management unit. *Rev Calid Asist*. 2010 Sep-Oct;25(5):260-7. doi: 10.1016/j.cali.2010.05.001.
69. Fernández Torres B, Roldán Pérez LM, Guerra Vélez A, et al. Prevalence of burnout among anesthesiologists at Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla. *Rev Esp Anesthesiol Reanim*. 2006 Jun-Jul;53(6):359-62.
70. Mas C, Villamil Cajoto I. Burnout in continuing attention of a medical area. *An Med Interna*. 2007 Jan;24(1):50-1.
71. Palmer-Morales Y, Prince-Vélez R, Searcy-Bernal R. Burnout syndrome associated factors in gynecologists. *Ginecol Obstet Mex*. 2007 Jul;75(7):379-83.
72. Ptacek R, Stefano GB, Kuzelova H, et al. Burnout syndrome in medical professionals: a manifestation of chronic stress with counterintuitive passive characteristics. *Neuro Endocrinol Lett*. 2013;34(4):259-64.
73. Escribà-Agüir V, Artazcoz L, Pérez-Hoyos S. Effect of psychosocial work environment and job satisfaction on burnout syndrome among specialist physicians. *Gac Sanit*. 2008 Jul-Aug;22(4):300-8.
74. Mészáros V., Cserhádi Z., Oláh A., et al. Coping with work-related stress in health care professionals— strategies for prevention of burnout and depression. 2013. 154. évfolyam, 12: 449–454.
75. Salyers MP, Flanagan ME, Firmin R, Rollins AL. Clinicians' perceptions of how burnout affects their work. *Psychiatr Serv*. 2015 Feb 1;66(2):204-7. doi: 10.1176/appi.ps.201400138. Epub 2014 Dec 1.
76. Volpe U, Luciano M, Palumbo C, et al. Risk of burnout among early career mental health professionals. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2014;21(9):774-81. doi: 10.1111/jpm.12137. Epub 2014 Feb 20.

77. Quaas C. Diagnóstico del Burnout y técnicas de afrontamiento al estrés en profesores universitarios de la Quinta región de Chile. *Psicoperspectivas*. revista de la escuela de psicología ,facultad de filosofía y educación pontificia universidad católica de Valparaíso vol. V (1) 2006 [pp. 65 - 75].
78. Dunwoodie DA, Auret K. Psychological morbidity and burnout in palliative care doctors in Western Australia. *Intern Med J*. 2007 Oct;37(10):693-8.
79. Esteva M, Larraz C, Jiménez F. Mental health in family doctors: effects of satisfaction and stress at work. *Rev Clin Esp*. 2006 Feb;206(2):77-83.
80. Dyrbye LN, Thomas MR, Power DV, et.al. Burnout and serious thoughts of dropping out of medical school: a multi-institutional study. *Acad Med*. 2010 Jan;85(1):94-102. doi: 10.1097/ACM.0b013e3181c46aad.
81. Prieto-Miranda SE, Rodríguez-Gallardo GB, Jiménez-Bernardino CA, Guerrero-Quintero LG. Burnout and quality of life in medical residents. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2013 Sep-Oct;51(5):574-9.
82. Kacnelonen N, Offermans AM, Roland M. Burnout of general practitioners in Belgium: societal consequences and paths to solutions. *Rev Med Brux*. 2011 Sep;32(4):413-23.
83. Van Wyk BE, Pillay-Van Wyk V. Preventive staff-support interventions for health workers. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010 Mar 17;(3):CD003541. doi: 10.1002/14651858.CD003541.
84. Sigsbee B, Bernat JL. Physician burnout: A neurologic crisis. *Neurology*. 2014 Dec 9;83(24):2302-6.
85. Segura O. Agotamiento profesional: concepciones e implicaciones en la salud pública. *Biomédica* vol.34 no.4 Bogotá Oct./Dec. 2014.
86. Dewa CS, Jacobs P, Thanh NX, Loong D. An estimate of the cost of burnout on early retirement and reduction in clinical hours of practicing physicians in Canada. *BMC Health Serv Res*. 2014 Jun 13;14:254.
87. Harry E. Stress and the healthcare worker. As complicated or as simple as fear and hope. *J Med Pract Manage*. 2014 Jul-Aug;30(1):28-30.

88. Amini A, Munesan MR, Kariman H, et al. Quality of Life in Emergency Medicine Specialists of Teaching Hospitals. *Emerg (Tehran)*. 2014 Summer;2(3):134-7.
89. Ding Y, Qu J, Yu X, Wang S. The mediating effects of burnout on the relationship between anxiety symptoms and occupational stress among community healthcare workers in China: a cross-sectional study. *PLoS One*. 2014 Sep 11;9(9):e107130.
90. Qureshi HA, Rawlani R, Mioton LM, et al. Burnout phenomenon in U.S. plastic surgeons: risk factors and impact on quality of life. *Plast Reconstr Surg*. 2015 Feb;135(2):619-26. doi: 10.1097.
91. Dewa CS, Loong D, Bonato S, et al. How does burnout affect physician productivity? A systematic literature review. *BMC Health Serv Res*. 2014 Jul 28;14:325.
92. Oreskovich MR, Shanafelt T, Dyrbye LN, et al. The prevalence of substance use disorders in American physicians. *Am J Addict*. 2014 Nov 19.
93. Goodman MJ, Schorling JB. A mindfulness course decreases burnout and improves well-being among healthcare providers. *Int J Psychiatry Med*. 2012;43(2):119-28.
94. Ruotsalainen JH, Verbeek JH, Mariné A, Serra C. Preventing occupational stress in healthcare workers. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Dec 8;12:CD002892.
95. McClafferty H, Brown OW; Committee on Practice And Ambulatory Medicine; Section on Integrative Medicine. Physician health and wellness. *Pediatrics*. 2014 Oct;134(4):830-5.
96. Surawicz CM. J. Edward Berk distinguished lecture: avoiding burnout: finding balance between work and everything else. *Am J Gastroenterol*. 2014 Apr;109(4):511-4.
97. Bitonte RA, DeSanto DJ 2nd. Mandatory physical exercise for the prevention of mental illness in medical students. *Ment Illn*. 2014 Sep 19;6(2):5549.

98. Liang HL, Kao YT, Lin CC. Moderating effect of regulatory focus on burnout and exercise behavior. *Percept Mot Skills*. 2013 Dec;117(3):696-708.
99. Samborska-Sablik A, Sablik Z, Gaszyński T, Drożdż J. Interpersonal games as a method for doctors' occupational stress. *Pol Merkur Lekarski*. 2015 Mar;38(225):180-2.
100. Gunasingam N, Burns K, Edwards J, et al. Reducing stress and burnout in junior doctors: the impact of debriefing sessions. *Postgrad Med J*. 2015 Apr;91(1074):182-7.
101. Chou CM, Kellom K, Shea JA. Attitudes and habits of highly humanistic physicians. *Acad Med*. 2014 Sep;89(9):1252-8.
102. Cao X, Chen L, Tian L, Diao Y. The effect of perceived organisational support on burnout among community health nurses in China: the mediating role of professional self-concept. *J Nurs Manag*. 2015 Feb 26. doi: 10.1111.
103. Stewart W, Terry L. Reducing burnout in nurses and care workers in secure settings. *Nurs Stand*. 2014 Apr 29;28(34):37-45.
104. Smith SA. Mindfulness-based stress reduction: an intervention to enhance the effectiveness of nurses' coping with work-related stress. *Int J Nurs Knowl*. 2014 Jun;25(2):119-30.
105. Walsh T, Breslin G, Curry P, Foreman M, McCormack M. A whole-hospital approach? Some staff views of a hospital bereavement care service. *Death Stud*. 2013 Jul;37(6):552-68.
106. West CP, Dyrbye LN, Rabatin JT, et al. Intervention to promote physician well-being, job satisfaction, and professionalism: a randomized clinical trial. *JAMA Intern Med*. 2014 Apr;174(4):527-33.
107. Gómez-Gascón T, Martín-Fernández J, Gálvez-Herrer Et al; Grupo EDESPROAP-Madrid. Effectiveness of an intervention for prevention and treatment of burnout in primary health care professionals. *BMC Fam Pract*. 2013 Nov 17;14:173.
108. Miranda Román L. Desconocimiento del síndrome de Burnuot en médicos y enfermeras del instituto psiquiátrico Gregorio Pacheco. Centro de

estudios de posgrado e investigación, Universidad San Francisco Xavier.
2007

109. Instituto Nacional de Estadística. Bolivia características de población y vivienda. Censo Nacional de Población y Vivienda Bolivia, año 2012.
110. Sistema departamental de información en salud. Estadísticas de Salud La Paz 2013. Servicio Departamental de Salud La Paz – Bolivia.
111. Espinoza Montellano D. La atención pública de la salud en la ciudad de La Paz. Observatorio La Paz Como Vamos. La Paz-Bolivia, 2014.
112. Oficialía Mayor de Planificación para el Desarrollo del Gobierno Autónomo Municipal de La Paz. La Salud en el Municipio de La Paz. La Paz – Bolivia, 2013
113. Servicio Departamental de Salud. Estructura de Establecimientos de Salud de la Ciudad de la Paz. La Paz – Bolivia, 2010.
114. Colque Mollo R, Calani Lazcano F, Alarcón M, Arratia Calderón J. Situación de los recursos humanos del sector público de salud, en el departamento de La Paz. Cuadernos del hosp de clínicas vol 47-1:96-102.
115. Esquivel Velásquez A. Reflexiones sobre el recurso humano del sector salud en Bolivia. Unidad de análisis de políticas sociales y económicas. Documentos de Trabajo 02/2006.

Para finalizar, conteste con sinceridad, como en las ocasiones anteriores las siguientes frases indicando la frecuencia con que Ud ha experimentado cada una de las situaciones siguientes. Marque con una X en la cuadrícula del número correspondiente a su respuesta. Recuerde que sus respuestas son confidenciales.

0: nunca

1: algunas veces al año o menos

2: una vez al mes

3: algunas veces al mes

4: una vez a la semana

5: algunas veces a la semana

6: todos los días

| | CUESTIONARIO | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|----|--|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Me siento emocionalmente agotado (a) por mi trabajo | | | | | | | |
| 2 | Me siento cansado(a) al final de la jornada de trabajo | | | | | | | |
| 3 | Me siento fatigado(a) cuando me levanto y tengo que ir a trabajar | | | | | | | |
| 4 | Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes | | | | | | | |
| 5 | Creo que trato algunos pacientes como si fueran objetos impersonales | | | | | | | |
| 6 | Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo | | | | | | | |
| 7 | Trato muy eficazmente los problemas de mis pacientes | | | | | | | |
| 8 | Me siento quemado o acabado por mi trabajo | | | | | | | |
| 9 | Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de los pacientes | | | | | | | |
| 10 | Me he vuelto mas insensible con la gente desde uqe ejerzo mi profesión | | | | | | | |
| 11 | Me preocupa el hecho que este trabajo me endurezca emocionalmente | | | | | | | |
| 12 | Me siento muy activo(a) | | | | | | | |
| 13 | Me he vuelto más cínico, inseguro de si mi trabajo sirve para algo | | | | | | | |
| 14 | Creo que estoy trabajando demasiado | | | | | | | |
| 15 | Realmente no me preocupa lo que le suceda a mis pacientes | | | | | | | |
| 16 | Trabajar directamente con personas me produce estrés. | | | | | | | |
| 17 | Puedo crear fácilmente una atmosfera relajada con mis pacientes | | | | | | | |
| 18 | Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes. Me siento realizado cuando llevo a cabo algo en mi trabajo | | | | | | | |
| 19 | Siento que estoy haciendo una buena contribución a la actividad de mi centro laboral. He conseguido muchas cosas útiles con mi profesión | | | | | | | |
| 20 | Me siento acabado(a) | | | | | | | |
| 21 | En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma | | | | | | | |
| 22 | Siento que los pacientes me culpan por algunos de sus problemas. | | | | | | | |

Resumen de prueba de hipótesis

| | Hipótesis nula | Test | Sig. | Decisión |
|----|---|--|------|-----------------------------|
| 1 | Las categorías definidas por sexo = masculino y femenino se producen con las probabilidades de 0.5 y 0.5. | Prueba binomial de una muestra | .325 | Retener la hipótesis nula. |
| 2 | Las categorías de pareja se producen con probabilidades iguales. | Prueba de chi-cuadrado de una muestra | .000 | Rechazar la hipótesis nula. |
| 3 | Las categorías definidas por trabajo = privado y publico se producen con las probabilidades de 0.5 y 0.5. | Prueba binomial de una muestra | .001 | Rechazar la hipótesis nula. |
| 4 | Las categorías de especialidad se producen con probabilidades iguales. | Prueba de chi-cuadrado de una muestra | .000 | Rechazar la hipótesis nula. |
| 5 | Las categorías definidas por cargo = jefe de servicio y medico de servicio se producen con las probabilidades de 0.5 y 0.5. | Prueba binomial de una muestra | .000 | Rechazar la hipótesis nula. |
| 6 | La distribución de codigo es normal con la media 149.49 y la desviación típica 86.16. | Prueba Kolmogorov-Smirnov de una muestra | .259 | Retener la hipótesis nula. |
| 7 | La distribución de fecha es normal con la media 1,502.49 y la desviación típica 1.14. | Prueba Kolmogorov-Smirnov de una muestra | .000 | Rechazar la hipótesis nula. |
| 8 | La distribución de edad es normal con la media 38.80 y la desviación típica 10.07. | Prueba Kolmogorov-Smirnov de una muestra | .001 | Rechazar la hipótesis nula. |
| 9 | La distribución de hijos es normal con la media 1.25 y la desviación típica 4.99. | Prueba Kolmogorov-Smirnov de una muestra | .000 | Rechazar la hipótesis nula. |
| 10 | La distribución de antigüedad es normal con la media 4.82 y la desviación típica 4.58. | Prueba Kolmogorov-Smirnov de una muestra | .000 | Rechazar la hipótesis nula. |
| 11 | La distribución de cantidad_trabajos es normal con la media 1.76 y la desviación típica 0.85. | Prueba Kolmogorov-Smirnov de una muestra | .000 | Rechazar la hipótesis nula. |
| 12 | La distribución de años_trabajados es normal con la media 9.91 y la desviación típica 8.40. | Prueba Kolmogorov-Smirnov de una muestra | .000 | Rechazar la hipótesis nula. |

Se muestran las significancias asintóticas. El nivel de significancia es .05.

Prueba para una muestra

| | Valor de prueba = 0 | | | | | |
|-----------------|---------------------|-----|------------------|----------------------|---|----------|
| | t | gl | Sig. (bilateral) | Diferencia de medias | 95% Intervalo de confianza para la diferencia | |
| | | | | | Inferior | Superior |
| guardias_semana | 18.109 | 297 | .000 | 1.198 | 1.07 | 1.33 |
| puntaje_total | 37.987 | 297 | .000 | 30.215 | 28.65 | 31.78 |

FORMULA PARA MUESTREO ALEATORIO SIMPLE CON POBLACION DESCONOCIDA.

$$n_0 = \frac{Z^2 \times Pq}{e^2}$$

FORMULA AJUSTADA PARA CÁLCULO DE MUESTRA EN UNA POBLACIÓN FINITA CONOCIDA.

$$N_1 = \frac{n_0}{1 + \frac{(n_0 - 1)}{N}}$$

TABLAS DE FRECUENCIA

edad

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-------------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| menor a 30 años | 61 | 20.5 | 20.5 | 20.5 |
| de 30 a 39 años | 119 | 39.9 | 39.9 | 60.4 |
| Válidos de 40 a 49 años | 69 | 23.2 | 23.2 | 83.6 |
| 50 años en adelante | 49 | 16.4 | 16.4 | 100.0 |
| Total | 298 | 100.0 | 100.0 | |

sexo

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| femenino | 140 | 47.0 | 47.0 | 47.0 |
| Válidos masculino | 158 | 53.0 | 53.0 | 100.0 |
| Total | 298 | 100.0 | 100.0 | |

pareja

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|-------------------|------------|----------------------|-------------------------|
| Válidos | pareja estable | 154 | 51.7 | 51.7 |
| | pareja no estable | 56 | 18.8 | 70.5 |
| | sin pareja | 88 | 29.5 | 100.0 |
| | Total | 298 | 100.0 | 100.0 |

pareja

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|------------|------------|----------------------|-------------------------|
| Válidos | si | 154 | 51.7 | 51.7 |
| | no | 144 | 48.3 | 100.0 |
| | Total | 298 | 100.0 | 100.0 |

trabajo

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|------------|------------|----------------------|-------------------------|
| Válidos | publico | 121 | 40.6 | 40.6 |
| | privado | 177 | 59.4 | 100.0 |
| | Total | 298 | 100.0 | 100.0 |

especialidad

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|--------------------|------------|----------------------|-------------------------|
| Válidos | medicina general | 95 | 31.9 | 31.9 |
| | gineco-obstetricia | 33 | 11.1 | 43.0 |
| | pediatria | 36 | 12.1 | 55.0 |
| | medicina interna | 69 | 23.2 | 78.2 |
| | cirugia | 49 | 16.4 | 94.6 |
| | anestesiologia | 16 | 5.4 | 100.0 |
| | Total | 298 | 100.0 | 100.0 |

guardias semana

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-----------|------------|------------|----------------------|-------------------------|
| 0 | 113 | 37.9 | 37.9 | 37.9 |
| 1 | 61 | 20.5 | 20.5 | 58.4 |
| 2 | 82 | 27.5 | 27.5 | 85.9 |
| Válidos 3 | 38 | 12.8 | 12.8 | 98.7 |
| 4 | 3 | 1.0 | 1.0 | 99.7 |
| 6 | 1 | .3 | .3 | 100.0 |
| Total | 298 | 100.0 | 100.0 | |

guardias semana

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|------------|------------|------------|----------------------|-------------------------|
| Válidos no | 113 | 37.9 | 37.9 | 37.9 |
| si | 185 | 62.1 | 62.1 | 100.0 |
| Total | 298 | 100.0 | 100.0 | |

cantidad trabajos

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-----------|------------|------------|----------------------|-------------------------|
| 1 | 143 | 48.0 | 48.0 | 48.0 |
| 2 | 92 | 30.9 | 30.9 | 78.9 |
| Válidos 3 | 55 | 18.5 | 18.5 | 97.3 |
| 4 | 8 | 2.7 | 2.7 | 100.0 |
| Total | 298 | 100.0 | 100.0 | |

horas semana

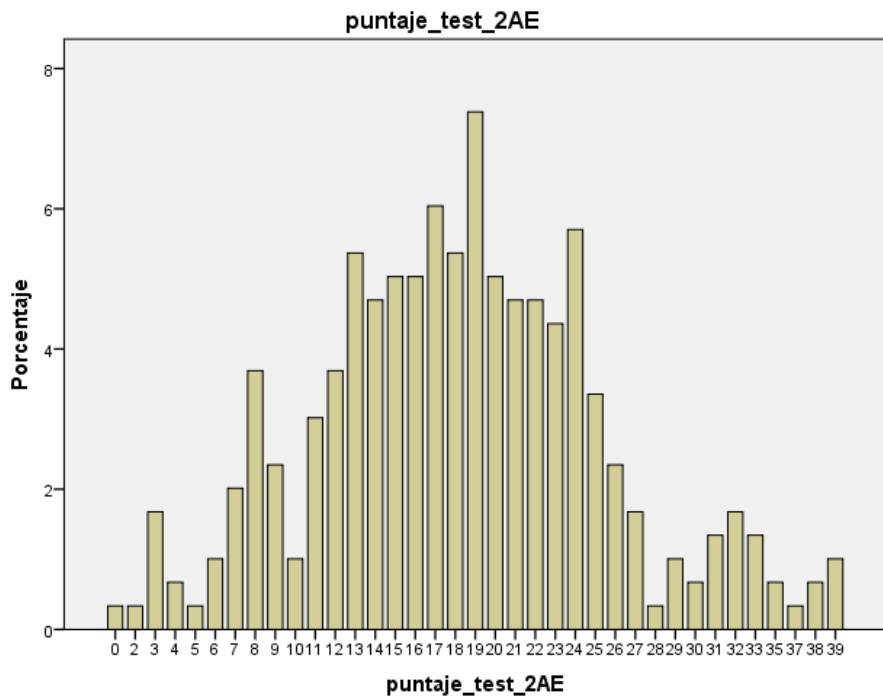
| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------------------|------------|------------|----------------------|-------------------------|
| Válidos menor a 40 | 155 | 52.0 | 52.0 | 52.0 |

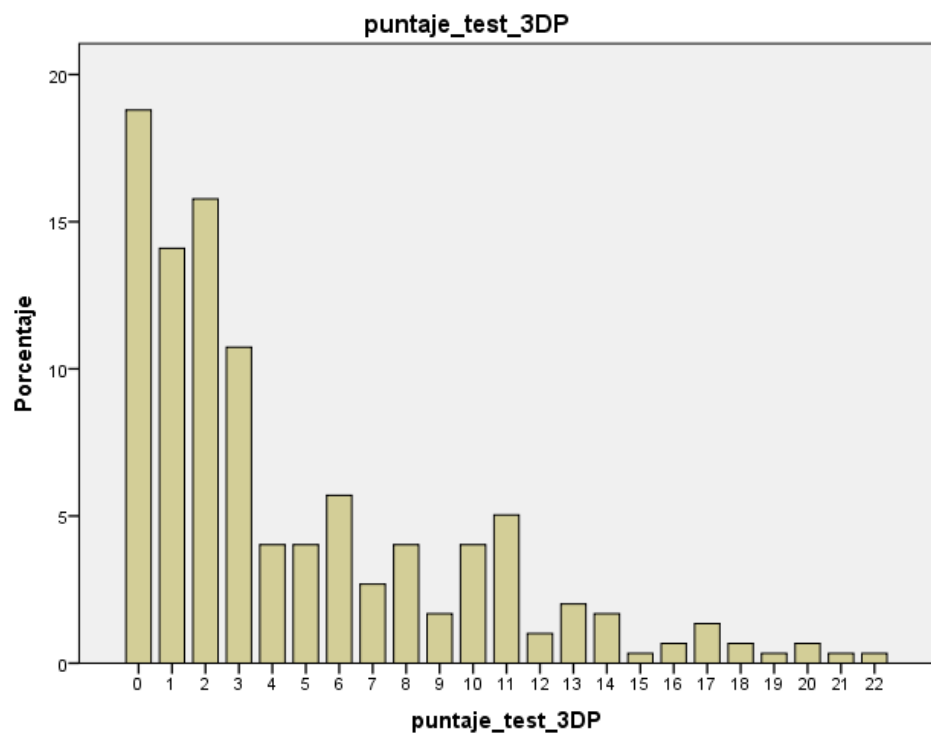
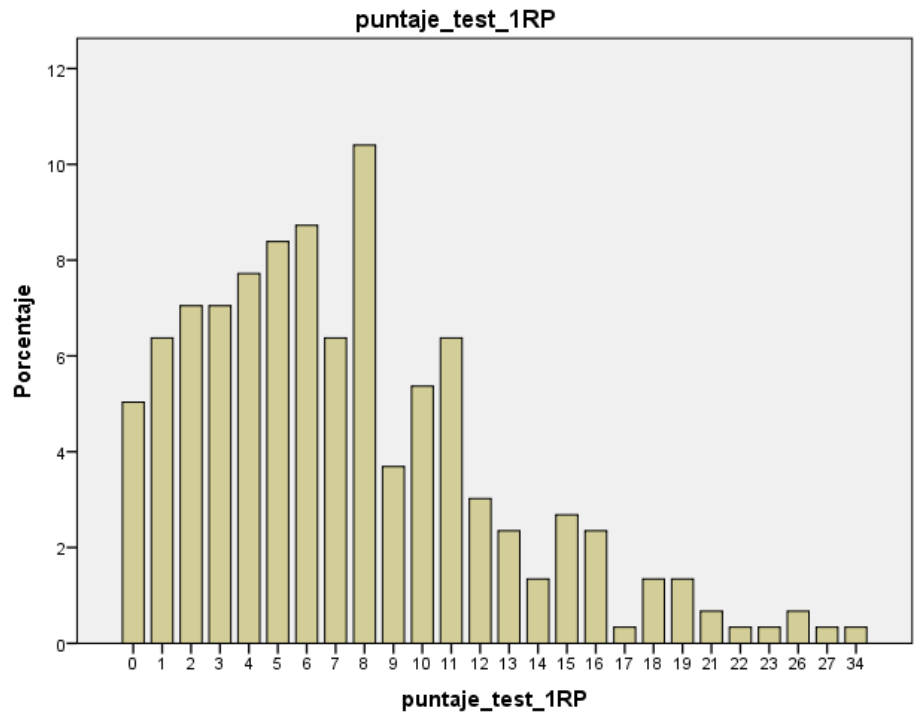
| | | | | |
|------------|-----|-------|-------|-------|
| mayor a 40 | 143 | 48.0 | 48.0 | 100.0 |
| Total | 298 | 100.0 | 100.0 | |

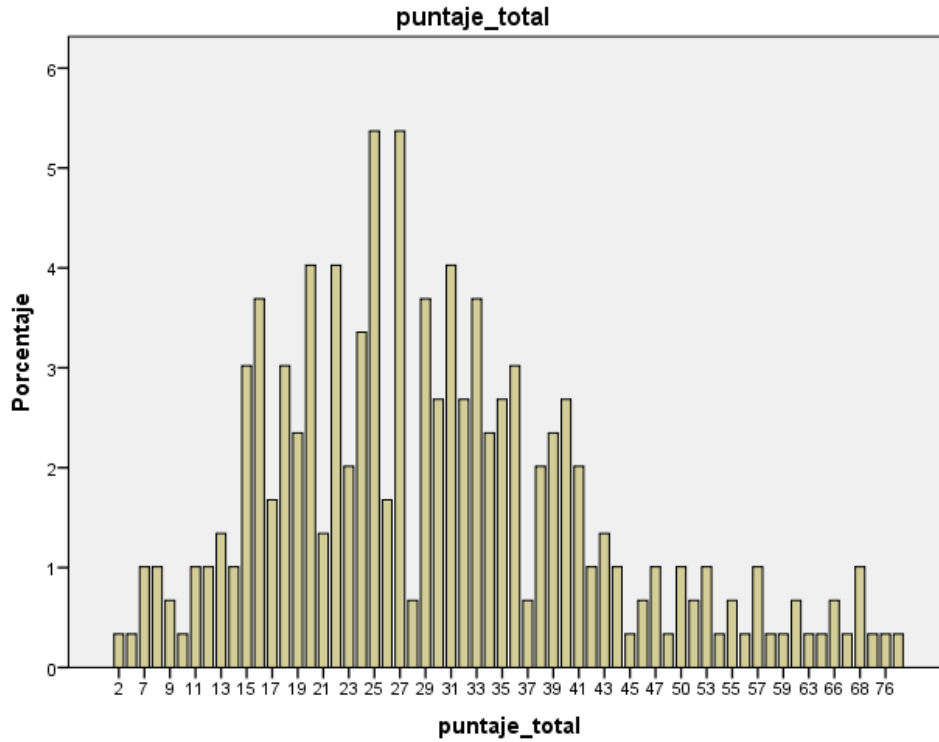
Estadísticos

| | | puntaje_test_1R | puntaje_test_2A | puntaje_test_3D | puntaje total |
|---|------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| | | P | E | P | |
| N | Válidos | 298 | 298 | 298 | 298 |
| | Perdidos | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Media | 7.38 | 18.29 | 4.57 | 30.21 |
| | Mediana | 6.00 | 18.00 | 3.00 | 29.00 |
| | Moda | 8 | 19 | 0 | 25 ^a |
| | Desv. típ. | 5.422 | 7.343 | 4.868 | 13.731 |
| | Varianza | 29.394 | 53.916 | 23.701 | 188.533 |
| | Mínimo | 0 | 0 | 0 | 2 |
| | Máximo | 34 | 39 | 22 | 77 |

a. Existen varias modas. Se mostrará el menor de los valores.







Agotamiento Emocional

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|------------|------------|------------|----------------------|-------------------------|
| Válidos no | 76 | 25.5 | 25.5 | 25.5 |
| Válidos si | 222 | 74.5 | 74.5 | 100.0 |
| Total | 298 | 100.0 | 100.0 | |

Despersonalización

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|------------|------------|------------|----------------------|-------------------------|
| Válidos no | 225 | 75.5 | 75.5 | 75.5 |
| Válidos si | 73 | 24.5 | 24.5 | 100.0 |
| Total | 298 | 100.0 | 100.0 | |

Baja Realización Personal

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|------------|------------|------------|----------------------|-------------------------|
| Válidos no | 255 | 85.6 | 85.6 | 85.6 |

| | | | | |
|-------|-----|-------|-------|-------|
| si | 43 | 14.4 | 14.4 | 100.0 |
| Total | 298 | 100.0 | 100.0 | |

burnout

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|------------|------------|------------|----------------------|-------------------------|
| no | 198 | 66.4 | 66.4 | 66.4 |
| Válidos si | 100 | 33.6 | 33.6 | 100.0 |
| Total | 298 | 100.0 | 100.0 | |

sexo * burnout

| | | burnout | | Total | |
|-------|-----------|---------------------|--------|--------|--------|
| | | no | si | | |
| sexo | femenino | Recuento | 97 | 43 | 140 |
| | | % dentro de burnout | 49.0% | 43.0% | 47.0% |
| | | % del total | 32.6% | 14.4% | 47.0% |
| | masculino | Recuento | 101 | 57 | 158 |
| | | % dentro de burnout | 51.0% | 57.0% | 53.0% |
| | | % del total | 33.9% | 19.1% | 53.0% |
| Total | | Recuento | 198 | 100 | 298 |
| | | % dentro de burnout | 100.0% | 100.0% | 100.0% |
| | | % del total | 66.4% | 33.6% | 100.0% |

Pruebas de chi-cuadrado

| | Valor | gl | Sig. asintótica (bilateral) | Sig. exacta (bilateral) | Sig. exacta (unilateral) |
|---|-------------------|----|--------------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | .957 ^a | 1 | .328 | | |
| Corrección por continuidad ^b | .732 | 1 | .392 | | |
| Razón de verosimilitudes | .959 | 1 | .327 | | |
| Estadístico exacto de Fisher | | | | .390 | .196 |

| | | | | |
|------------------------------|------|---|------|--|
| Asociación lineal por lineal | .954 | 1 | .329 | |
| N de casos válidos | 298 | | | |

a. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 46.98.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Estimación de la razón de las ventajas común de Mantel-Haenszel

| | | | |
|--|-----------------------------|-----------------|-------|
| Estimación | | | 1.273 |
| ln(estimación) | | | .241 |
| Error típ. de ln(estimación) | | | .247 |
| Sig. asintótica (bilateral) | | | .328 |
| Intervalo de confianza asintótico al 95% | Razón de ventajas común | Límite inferior | .785 |
| | | Límite superior | 2.066 |
| | ln(Razón de ventajas común) | Límite inferior | -.243 |
| | | Límite superior | .726 |

edad * burnout

Recuento

| | burnout | Total | | |
|-------|---------------------|-------|----|-----|
| | no | si | | |
| edad | menor a 30 años | 39 | 22 | 61 |
| | de 30 a 39 años | 69 | 50 | 119 |
| | de 40 a 49 años | 51 | 18 | 69 |
| | 50 años en adelante | 39 | 10 | 49 |
| Total | 198 | 100 | | 298 |

Pruebas de chi-cuadrado

| | Valor | gl | Sig. asintótica (bilateral) |
|------------------------------|--------------------|----|-----------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | 9.518 ^a | 3 | .023 |
| Razón de verosimilitudes | 9.799 | 3 | .020 |
| Asociación lineal por lineal | 5.938 | 1 | .015 |

| | | | |
|--------------------|-----|--|--|
| N de casos válidos | 298 | | |
|--------------------|-----|--|--|

a. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 16.44.

Medidas simétricas

| | | Valor | Error tít. asint. ^a | T aproximada ^b | Sig. aproximada |
|-------------------------|-------------------------|-------|--------------------------------|---------------------------|-------------------|
| Intervalo por intervalo | R de Pearson | -.141 | .054 | -2.457 | .015 ^c |
| Ordinal por ordinal | Correlación de Spearman | -.139 | .055 | -2.418 | .016 ^c |
| N de casos válidos | | 298 | | | |

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

c. Basada en la aproximación normal.

Correlaciones

| | | edad | burnout | |
|---------|------------------------|--------|---------|--------|
| edad | Correlación de Pearson | | 1 | -.141* |
| | Sig. (bilateral) | | | .015 |
| | N | 298 | | 298 |
| burnout | Correlación de Pearson | -.141* | | 1 |
| | Sig. (bilateral) | .015 | | |
| | N | 298 | | 298 |

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

pareja * burnout

Recuento

| | | burnout | | Total |
|--------|----|---------|-----|-------|
| | | no | si | |
| pareja | si | 107 | 47 | 154 |
| | no | 91 | 53 | 144 |
| Total | | 198 | 100 | 298 |

Pruebas de chi-cuadrado

| | Valor | gl | Sig. asintótica (bilateral) | Sig. exacta (bilateral) | Sig. exacta (unilateral) |
|---|--------------------|----|-----------------------------|-------------------------|--------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | 1.319 ^a | 1 | .251 | | |
| Corrección por continuidad ^b | 1.052 | 1 | .305 | | |
| Razón de verosimilitudes | 1.319 | 1 | .251 | | |
| Estadístico exacto de Fisher | | | | .271 | .153 |

| | | | | |
|------------------------------|-------|---|------|--|
| Asociación lineal por lineal | 1.314 | 1 | .252 | |
| N de casos válidos | 298 | | | |

- a. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 48.32.
b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Estimación de la razón de las ventajas común de Mantel-Haenszel

| | | | |
|------------------------------|-----------------------------|-----------------|-------|
| Estimación | | | 1.326 |
| ln(estimación) | | | .282 |
| Error típ. de ln(estimación) | | | .246 |
| Sig. asintótica (bilateral) | | | .251 |
| | Razón de ventajas común | Límite inferior | .819 |
| Intervalo de confianza | | Límite superior | 2.147 |
| asintótico al 95% | ln(Razón de ventajas común) | Límite inferior | -.200 |
| | | Límite superior | .764 |

La estimación de la razón de las ventajas común de Mantel-Haenszel se distribuye de manera asintóticamente normal bajo el supuesto de razón de las ventajas común igual a 1.000. Lo mismo ocurre con el log natural de la estimación.

hijos * burnout

| | | burnout | | Total | | |
|-------|---------------------|---------------------|----|--------|-------|--------|
| | | no | si | | | |
| hijos | Recuento | | | 83 | 55 | 138 |
| | no | % dentro de burnout | | 41.9% | 55.0% | 46.3% |
| | | % del total | | 27.9% | 18.5% | 46.3% |
| | si | Recuento | | 115 | 45 | 160 |
| | | % dentro de burnout | | 58.1% | 45.0% | 53.7% |
| | | % del total | | 38.6% | 15.1% | 53.7% |
| | Recuento | 198 | | 100 | | 298 |
| Total | % dentro de burnout | 100.0% | | 100.0% | | 100.0% |
| | % del total | 66.4% | | 33.6% | | 100.0% |

Pruebas de chi-cuadrado

| | Valor | gl | Sig. asintótica (bilateral) | Sig. exacta (bilateral) | Sig. exacta (unilateral) |
|---|--------------------|----|--------------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | 4.572 ^a | 1 | .032 | | |
| Corrección por continuidad ^b | 4.062 | 1 | .044 | | |
| Razón de verosimilitudes | 4.571 | 1 | .033 | | |
| Estadístico exacto de Fisher | | | | .037 | .022 |
| Asociación lineal por lineal | 4.557 | 1 | .033 | | |
| N de casos válidos | 298 | | | | |

a. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 46.31.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

guardias semana * burnout

| | burnout | | Total | | |
|-----------------|---------------------|---------------------|--------|--------|-------|
| | no | si | | | |
| guardias_semana | Recuento | | 100 | 13 | 113 |
| a | no | % dentro de burnout | 50.5% | 13.0% | 37.9% |
| | | % del total | 33.6% | 4.4% | 37.9% |
| | si | Recuento | 98 | 87 | 185 |
| | | % dentro de burnout | 49.5% | 87.0% | 62.1% |
| Total | Recuento | % del total | 32.9% | 29.2% | 62.1% |
| | | | 198 | 100 | 298 |
| | % dentro de burnout | 100.0% | 100.0% | 100.0% | |
| | % del total | 66.4% | 33.6% | 100.0% | |

Pruebas de chi-cuadrado

| | Valor | gl | Sig. asintótica (bilateral) | Sig. exacta (bilateral) | Sig. exacta (unilateral) |
|---|---------------------|----|--------------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | 39.702 ^a | 1 | .000 | | |
| Corrección por continuidad ^b | 38.125 | 1 | .000 | | |
| Razón de verosimilitudes | 43.803 | 1 | .000 | | |
| Estadístico exacto de Fisher | | | | .000 | .000 |
| Asociación lineal por lineal | 39.569 | 1 | .000 | | |
| N de casos válidos | 298 | | | | |

a. 0 casillas (0.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 37.92.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Estimación de la razón de las ventajas común de Mantel-Haenszel

| | | |
|---|--------------------------------|-----------------------|
| Estimación | | 6.829 |
| ln(estimación) | | 1.921 |
| Error típ. de ln(estimación) | | .330 |
| Sig. asintótica (bilateral) | | .000 |
| Intervalo de confianza asintótico al 95% | Razón de ventajas común | |
| | Límite inferior | 3.579 |
| | Límite superior | 13.028 |
| | Límite inferior | 1.275 |
| | ln(Razón de ventajas común) | Límite superior 2.567 |

Correlaciones

| | burnout | guardias_semana | |
|---------------------|---------------------------|-----------------|--------|
| burnout | Correlación de Pearson | 1 | .413** |
| | Sig. (bilateral) | | .000 |
| | N | 298 | 298 |
| guardias_seman a | Correlación de Pearson | .413** | 1 |
| | Sig. (bilateral) | .000 | |

| | | |
|---|-----|-----|
| N | 298 | 298 |
|---|-----|-----|

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

horas_semana * burnout

Recuento

| | | burnout | | Total |
|--------------|------------|---------|-----|-------|
| | | no | si | |
| horas_semana | menor a 40 | 123 | 32 | 155 |
| | mayor a 40 | 75 | 68 | 143 |
| Total | | 198 | 100 | 298 |

Pruebas de chi-cuadrado

| | Valor | gl | Sig. asintótica (bilateral) | Sig. exacta (bilateral) | Sig. exacta (unilateral) |
|---|---------------------|----|--------------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | 24.152 ^a | 1 | .000 | | |
| Corrección por continuidad ^b | 22.961 | 1 | .000 | | |
| Razón de verosimilitudes | 24.525 | 1 | .000 | | |
| Estadístico exacto de Fisher | | | | .000 | .000 |
| Asociación lineal por lineal | 24.071 | 1 | .000 | | |
| N de casos válidos | 298 | | | | |

a. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 47.99.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Estimación de la razón de las ventajas común de Mantel-Haenszel

| | | | |
|---|--------------------------------|-----------------|-------|
| Estimación | | | 3.485 |
| ln(estimación) | | | 1.248 |
| Error típ. de ln(estimación) | | | .260 |
| Sig. asintótica (bilateral) | | | .000 |
| Intervalo de confianza asintótico al 95% | Razón de ventajas común | Límite inferior | 2.095 |
| | | Límite superior | 5.797 |
| | ln(Razón de ventajas común) | Límite inferior | .740 |
| | | Límite superior | 1.757 |

La estimación de la razón de las ventajas común de Mantel-Haenszel se distribuye de manera asintóticamente normal bajo el supuesto de razón de las ventajas común igual a 1.000. Lo mismo ocurre con el log natural de la estimación.

guardias_semana * horas_semana

Recuento

| | | horas_semana | | Total |
|-----------------|----|--------------|------------|-------|
| | | menor a 40 | mayor a 40 | |
| guardias_semana | no | 97 | 16 | 113 |
| | si | 58 | 127 | 185 |
| Total | | 155 | 143 | 298 |

Pruebas de chi-cuadrado

| | Valor | gl | Sig. asintótica (bilateral) |
|------------------------------|---------------------|----|--------------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | 26.687 ^a | 30 | .640 |
| Razón de verosimilitudes | 32.643 | 30 | .338 |
| Asociación lineal por lineal | 4.731 | 1 | .030 |
| N de casos válidos | 298 | | |

a. 39 casillas (62.9%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .34.

trabajo * burnout

Recuento

| | | burnout | | Total |
|---------|---------|---------|-----|-------|
| | | no | si | |
| trabajo | publico | 68 | 53 | 121 |
| | privado | 130 | 47 | 177 |
| Total | | 198 | 100 | 298 |

Pruebas de chi-cuadrado

| | Valor | gl | Sig. asintótica (bilateral) | Sig. exacta (bilateral) | Sig. exacta (unilateral) |
|---|--------------------|----|--------------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | 9.589 ^a | 1 | .002 | | |
| Corrección por continuidad ^b | 8.831 | 1 | .003 | | |
| Razón de verosimilitudes | 9.518 | 1 | .002 | | |

| | | | | | |
|------------------------------|-------|---|------|------|------|
| Estadístico exacto de Fisher | | | | .003 | .002 |
| Asociación lineal por lineal | 9.557 | 1 | .002 | | |
| N de casos válidos | 298 | | | | |

- a. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 40.60.
b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

trabajo * guardias_semana

Recuento

| | | guardias_semana | | Total |
|---------|---------|-----------------|-----|-------|
| | | no | si | |
| trabajo | publico | 46 | 75 | 121 |
| | privado | 67 | 110 | 177 |
| Total | | 113 | 185 | 298 |

Pruebas de chi-cuadrado

| | Valor | gl | Sig. asintótica (bilateral) | Sig. exacta (bilateral) | Sig. exacta (unilateral) |
|---|-------------------|----|--------------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | .001 ^a | 1 | .977 | | |
| Corrección por continuidad ^b | .000 | 1 | 1.000 | | |
| Razón de verosimilitudes | .001 | 1 | .977 | | |
| Estadístico exacto de Fisher | | | | 1.000 | .536 |
| Asociación lineal por lineal | .001 | 1 | .977 | | |
| N de casos válidos | 298 | | | | |

- a. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 45.88.
b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

trabajo * horas_semana

Recuento

| | | horas_semana | | Total |
|---------|---------|--------------|------------|-------|
| | | menor a 40 | mayor a 40 | |
| trabajo | publico | 64 | 57 | 121 |
| | privado | 91 | 86 | 177 |
| Total | | 155 | 143 | 298 |

Pruebas de chi-cuadrado

| | Valor | gl | Sig. asintótica (bilateral) | Sig. exacta (bilateral) | Sig. exacta (unilateral) |
|---|---------------------|----|--------------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | 83.449 ^a | 1 | .000 | | |
| Corrección por continuidad ^b | 81.280 | 1 | .000 | | |
| Razón de verosimilitudes | 90.363 | 1 | .000 | | |
| Estadístico exacto de Fisher | | | | .000 | .000 |
| Asociación lineal por lineal | 83.169 | 1 | .000 | | |
| N de casos válidos | 298 | | | | |

a. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 54.22.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Estimación de la razón de las ventajas común de Mantel-Haenszel

| | | | |
|---|--------------------------------|-----------------|--------|
| Estimación | | | 13.275 |
| ln(estimación) | | | 2.586 |
| Error típ. de ln(estimación) | | | .313 |
| Sig. asintótica (bilateral) | | | .000 |
| Intervalo de confianza asintótico al 95% | Razón de ventajas común | Límite inferior | 7.189 |
| | | Límite superior | 24.513 |
| | ln(Razón de ventajas común) | Límite inferior | 1.973 |
| | | Límite superior | 3.199 |

especialidad * burnout

| Recuento | | | | |
|--------------|------------------------|-------|----|----|
| | burnout | Total | | |
| | | no | si | |
| especialidad | medicina general | 62 | 33 | 95 |
| | gineco- obstetricia | 22 | 11 | 33 |
| | pediatria | 27 | 9 | 36 |
| | medicina interna | 43 | 26 | 69 |
| | cirugia | 31 | 18 | 49 |
| | anestesiologia | 13 | 3 | 16 |

| | | | |
|-------|-----|-----|-----|
| Total | 198 | 100 | 298 |
|-------|-----|-----|-----|

Pruebas de chi-cuadrado

| | Valor | gl | Sig. asintótica (bilateral) |
|------------------------------|--------------------|----|--------------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | 3.564 ^a | 5 | .614 |
| Razón de verosimilitudes | 3.777 | 5 | .582 |
| Asociación lineal por lineal | .060 | 1 | .807 |
| N de casos válidos | 298 | | |

a. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 5.37.

Correlaciones

| | | especialidad | burnout |
|--------------|------------------------|--------------|---------|
| especialidad | Correlación de Pearson | 1 | -.014 |
| | Sig. (bilateral) | | .807 |
| | N | 298 | 298 |
| burnout | Correlación de Pearson | -.014 | 1 |
| | Sig. (bilateral) | .807 | |
| | N | 298 | 298 |