

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POST GRADO

**“PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURN OUT EN MÉDICOS RESIDENTES Y SU  
RELACIÓN CON ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y TIPO DE PERSONALIDAD.”**

**HÉCTOR ANTONIO OCHOMOGO GUTIERRÉZ**

Tesis  
Presentada ante las autoridades de la  
Escuela de Estudios de Postgrado de la  
Facultad de Ciencias Médicas  
Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en  
Psiquiatría Para obtener el grado de  
Maestro en Ciencias Médicas con Especialidad en  
Psiquiatría  
Enero 2016



ESCUELA DE  
ESTUDIOS DE  
POSTGRADO

# Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

El Doctor: Héctor Antonio Ochomogo Gutierréz

Carné Universitario No.: 100022863

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestro en Ciencias Médicas con Especialidad en Psiquiatría, el trabajo de tesis "PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURN OUT EN MÉDICOS RESIDENTES Y SU RELACIÓN CON ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y TIPO DE PERSONALIDAD"

Que fue asesorado: Dr. See King Emilio Quinto

Y revisado por: Dr. Ernesto Villagram

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para enero 2016.

Guatemala, 01 de septiembre de 2015

Dr. Carlos Humberto Vargas Reyes MSc.  
Director  
Escuela de Estudios de Postgrado



Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc. ★  
Coordinador General  
Programa de Maestrías y Especialidades



/mdvs



ESCUELA DE  
ESTUDIOS DE  
POSTGRADO

# Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

Guatemala 13 de mayo del 2015

Doctor  
Luis Ruiz.  
Coordinador General de Programas de Maestrías y Especialidades.  
Universidad de San Carlos de Guatemala  
Presente

Estimado Dr. Ruiz.

Por este medio le informo que asesoré el contenido del Informe Final de Tesis con el título "INICIDENCIA DEL SINDROME DE BURN OUT EN MEDICOS RESIDENTES Y SU RELACIÓN CON ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y TIPO DE PERSONALIDAD. ESTUDIO LONGITUDINAL REALIZADO EN HOSPITAL ROOSEVELT DE GUATEMALA DE ENERO A DICIEMBRE DE 2013.; presentado por el Dr. Héctor Antonio Ochomogo Gutiérrez el cual apruebo por llenar los requisitos solicitados por la Maestría en Psiquiatra del Hospital nacional de salud mental y de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Sin otro particular, me suscribo de usted

Atentamente,

**"ID Y ENSEÑAD A TODOS"**

**Dr. See King Emilio Quinto**  
Asesor de Tesis

Cc .Archivo



ESCUELA DE  
ESTUDIOS DE  
POSTGRADO

# Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

Guatemala 05 de Mayo de 2015

Doctor  
Luis Ruiz,  
Coordinador General de Programas de Maestrías y Especialidades,  
Universidad de San Carlos de Guatemala  
Presente

Estimado Dr. Ruiz.

Por este medio le informo que revisé el contenido del Informe Final de Tesis con el título "INICIDENCIA DEL SINDROME DE BURN OUT EN MEDICOS RESIDENTES Y SU RELACIÓN CON ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y TIPO DE PERSONALIDAD. ESTUDIO LONGITUDINAL REALIZADO EN HOSPITAL ROOSEVELT DE GUATEMALA DE ENERO A DICIEMBRE DE 2013.; presentado por el Dr. Héctor Antonio Ochomogo Gutiérrez el cual apruebo por llenar los requisitos solicitados por la Maestría en Psiquiatra del Hospital nacional de salud mental y de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Sin otro particular, me suscribo de usted

Atentamente,

**"ID Y ENSEÑAD A TODOS"**

Dr. Ernesto Villagrán  
Revisor de Tesis

Cc .Archivo

## INDICE DE CONTENIDOS

	Página
Resumen	i
I. Introducción	1
II. Antecedentes	5
III. Objetivos	18
IV. Material y métodos	19
V. Resultados	34
VI. Discusión y análisis	50
VII. Referencias bibliográficas	66
VIII. Anexos	72

## INDICE DE TABLAS

Tabla 1	34
Tabla 2	45
Tabla 3	46
Tabla 4	47
Tabla 5	47
Tabla 6	47
Tabla 7	48
Tabla 8	49

## INDICE DE GRÁFICAS

	Página
Gráfica 1	35
Grafica 2	36
Grafica 3	36
Grafica 4	37
Grafica 5	38
Grafica 6	39
Grafica 7	40
Grafica 8	41
Grafica 9	42
Grafica 10	42
Grafica 11	43
	44

## RESUMEN

El comportamiento del Síndrome de BurnOut en médicos residentes no ha sido ampliamente estudiado en poblaciones guatemaltecas y no se ha descrito su evolución a lo largo del tiempo en los programas de residencias médicas. El presente estudio determinó la prevalencia e incidencia del SBO y su relación con ansiedad, depresión y tipo de personalidad en personal médico residente del hospital Roosevelt en los departamentos de Medicina interna, Ginecología y Pediatría en un estudio de tipo analítico con un enfoque cuantitativo longitudinal el cual se realizó en dos tomas de datos. Se realizó un marco muestral de tipo probabilístico estratificado obteniendo sub estratos en los distintos departamentos evaluados. Dividiendo el estudio en dos tiempos de toma de datos obteniendo en T1 un total de 98 sujetos evaluados y en T2 un total de 88 sujetos evaluados. Se identificó una incidencia del 11.8%  $IC_{95\%}(2.95-20.69)$  con una prevalencia en T1 de 56.3%  $IC_{95\%}(46.05-66.5)$  y en T2 48.9%  $IC_{95\%}(38.34-59.46)$ . Los residentes que presentaron SBO tienen 2.64 veces más probabilidad de presentar ansiedad ( $OR=2.643$ ;  $IC95\%=1.38-5.03$ ), de igual forma se demostró asociación estadísticamente significativa entre el SBO y Depresión ( $OR=4.89$ ;  $IC95\%=2.221-10.497$ ) a la vez se evidencio que la personalidad paranoide resulta ser un mecanismo reactivo ante el SBO en T2, presentando un riesgo de ( $OR= 2.98$ ;  $IC95\%=1.22-7.22$ ) evidenciando de esta manera la existencia del síndrome y la asociación entre este a lo largo del año obteniendo relación estadísticamente significativa entre depresión, ansiedad y personalidad.

## I. INTRODUCCIÓN

El estrés laboral representa un gran problema para toda organización que cuente con recurso humano, ya que este produce una gran variedad de problemas en las empresas e instituciones y en la vida propia del trabajador. (1)

Todo el personal que trabaja especialmente en prestación de servicios de salud, se encuentra atacado por una gran carga laboral en donde se puede observar la manifestación del Síndrome de Burnout. (1)

El desarrollo del concepto de burnout, como fenómeno psicológico, tiene su origen en Estados Unidos. Este fenómeno es asociado a los trabajos realizados a mediados de la década de los setenta. Desde entonces, el burnout supuso un campo de estudio científico definido y fecundo. Fue hasta 1990, fecha de la Primera Conferencia Europea sobre Burnout Profesional realizada en Polonia, cuando se publicaron cerca de 2.500 artículos sobre este tema. 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 burnout.

Estos datos ponen de manifiesto el reconocimiento internacional del burnout como un importante problema individual, social y académico. Las razones para tan acentuada popularidad han sido analizadas por diversos autores quienes justifican su aceptación social. Según han manifestado, algunos de ellos, el burnout es poco estigmatizante 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 reserva un papel que no culpa a la persona.

El Síndrome de Burnout ha sido estudiado ampliamente en otros países. Estas investigaciones hacen énfasis que cerca de un 20% de los médicos de atención primaria y personal relacionado con el área médica manifiestan este Síndrome, como consecuencia del estrés laboral y falta de motivación. En estos casos la insatisfacción se acompaña de angustia y desinterés por la práctica de la profesión. (4)

Se estima que un 10% presentan algún grado de conducta adictiva o bien de trastorno psicológico, comorbilidad con depresión y trastorno de ansiedad generalizada. (4)

La situación es tan grave que se piensa incluso en el suicidio, especialmente, personal que labora en el ámbito de la medicina, esta es la complicación más grave del burnout, a esto se suma el hecho de que el médico residente, dentro de la profesión médica, presenta la mayor prevalencia de suicidio en Latino América. Se debe tomar en consideración que ser médico residente es un fenómeno social difícil de comprender, ya que están implicados aspectos económicos, jurídicos, políticos, culturales e ideológicos, en los cuales las obligaciones y responsabilidades varían de acuerdo con el año académico que se cursa. Además, es indispensable estudiar las condiciones de trabajo del médico de posgrado en formación y sus repercusiones en la salud física y mental. Sin embargo, son escasos los estudios que abordan esta problemática; por lo tanto, el propósito de este trabajo fue identificar la incidencia del Síndrome Burnout y su relación con depresión, ansiedad y tipo de personalidad en un marco longitudinal y evaluar la influencia del síndrome en médicos residentes de un hospital, en virtud que este síndrome es potencialmente letal con una gran comorbilidad. Con una población susceptible y en riesgo que abarca toda persona que labore en el ámbito de la práctica médica. (5)

Actualmente no se tienen datos que evidencien el comportamiento de dicho síndrome a lo largo del tiempo en población de médicos residentes y su asociación o comorbilidad con depresión, ansiedad y tipo de personalidad y cómo estas variables modifican el comportamiento del síndrome en una observación longitudinal. Es importante mencionar que los pacientes, los cuales son el usuario final de dichos servicios, merecen que el personal que brinda este servicio, en estos casos los médicos residentes, se encuentren en condiciones emocionales aceptables para que brinden calidad de atención.

El médico y sus colaboradores son seres humanos que pueden verse afectados en lo psíquico, social y físico, por lo que deben cuidar su salud para poder brindar un servicio eficiente, ya que el personal que labora enfermo genera negligencia en su campo y mala práctica.

Según estudios americanos, el estrés laboral tiene un alto costo, únicamente en los Estados Unidos, se ha estimado que hay pérdidas por 200, 000, 000,000 dólares anuales por mala

práctica o negligencia médica. Ausencia de trabajo y baja productividad. En Guatemala no se tienen datos exactos, pero probablemente se comporte igual. (5)

Por otro lado, en Guatemala no se habían realizado estudios que abarcaran a una población de residentes de múltiples profesiones y que les dieran un seguimiento a lo largo de su carrera (de manera longitudinal) en relación a la identificación del Síndrome de Burnout y su comportamiento a lo largo del año y del periodo que comprende la residencia (3 años), por lo tanto, fue importante documentar este hecho en el país, para dar a conocer el síndrome, diagnosticarlo, modificar su prevalencia y determinar que factores desencadenantes o resultado (Depresión, Ansiedad). Es conveniente proporcionar información para contribuir a la prevención y tratamiento del mismo y así mejorar la calidad de atención en salud brindada a la población.

A nivel mundial, este síndrome ha sido ampliamente estudiado, la mayoría de estos estudios fueron realizados en personal médico y de enfermería. En España y Argentina, las investigaciones realizadas en el área laboral económica, identificaron prevalencias del Síndrome de Burnout y Estrés laboral de 14.9% y 14.4% respectivamente. Ecuador y Chile han efectuado estudios similares en personal médico, especialmente, cirugía, a quienes se les identificó altas prevalencias de un 12,1%; y enfermería, de un 72% (2).

Es importante mencionar que, aunque existen muchos estudios sobre la estructura dimensional del burnout en numerosas muestras, existe poca investigación que señale cuáles son las fuentes del burnout. Uno de los antecedentes que más literatura está suscitando es la crisis de eficacia. No obstante, a pesar de que tradicionalmente la eficacia profesional se haya considerado una dimensión más del burnout, estudios recientes indican que van a favor de considerar a la eficacia como una variable de personalidad, depresión y ansiedad.

Siguiendo en la misma línea, la depresión es uno de los trastornos afectivos más frecuentes, y tiene repercusiones significativas en los ámbitos biológico, psicológico y social; por lo tanto, su prevalencia en la población en general es del 3 al 5%.(3)

Aunque en la depresión está implicada una mezcla compleja de factores genéticos, biológicos y psicológicos, las condiciones del entorno pueden hacer que un individuo sea más susceptible. En personas que se encuentran en situaciones de estrés constante y exceso de trabajo, como es el caso de los médicos adscritos que laboran en un hospital, la

prevalencia es del 12.8% según estudios mexicanos y se incrementa en los médicos residentes (47.5%).

Se reconoce que los médicos residentes tienen alto riesgo de manifestar el Síndrome de Burnout o de cansancio, que se distingue por despersonalización, cansancio emocional y decremento de la efectividad de su trabajo. Este síndrome se vincula con depresión y ansiedad y afecta la estructura personal y familiar, lo cual se refleja en la calidad y desempeño laboral. (3)

Sumado a lo anterior, la predisposición de padecer depresión, ansiedad y características puntuales en el tipo de personalidad del individuo dentro de una organización, determina que dicho Síndrome es más complejo de lo que presentan las investigaciones más antiguas y que están demostrando los nuevos estudios sobre el tema.

Existen algunos estudios a nivel internacional que muestran las profesiones de la salud como las más expuestas a presentar el Burnout, depresión y ansiedad y dentro de eso los médicos residentes ocupan un lugar destacado como grupo con factores de riesgo para padecerlo, siendo los más importantes falta de tiempo libre, necesidad de estar siempre disponible, falta de sueño, viajes que implican compromisos profesionales y gran preocupación de equivocarse en el diagnóstico. (3)

Este estudio proporciona datos nuevos que evidencian la relación del síndrome con la comorbilidad, la ansiedad, la depresión y los factores asociados como el tipo de personalidad y su comportamiento a lo largo del tiempo (Longitudinalmente). Además, se le da importancia y relevancia social en el contexto Guatemalteco a un problema que no se le había prestado mucha atención, permitiendo dar seguimiento médico especializado en el campo para el control de este importante síndrome Llamado Burnout. (4)

## II. ANTECEDENTES

### 2.1 Definición

El término Burnout se tomó de la industria aeroespacial, que significa agotamiento del carburante de un cohete como resultado del calentamiento excesivo. La traducción literal de este término es "estar quemado". (1)

Rosario Shinn y Chestnut (1984) comprenden el Burnout como la tensión misma psicológica, la cual es el resultado del estrés en el trabajo de servicios humanos. (1).

En esa misma línea de pensamiento García Izquierdo (1998) reitera al Burnout como característico de servicios humanos y lo argumenta como consecuencia de las demandas tanto físicas como las psicológicas que el propio puesto de trabajo insta como un desequilibrio entre el entorno laboral y el trabajador (7).

Siguiendo a Moreno y Cols (1999) este síndrome puede darse en todos los ámbitos de trabajo de un sujeto, pero se han documentado en mayor número en el campo de los profesionales asistenciales y se ha diversificado en profesiones diversas (16).

El Síndrome de Burnout conocido en la literatura de habla hispana como el síndrome de estrés por desgaste laboral se trata de un síndrome clínico descrito en 1974 por Herbert Freudenberger, psiquiatra que trabajaba en una clínica para toxicómanos en Nueva York. Este término alude a la idea de quemar, arder o consumirse. Las "víctimas" suelen ser personas con actitudes de hiperresponsabilidad y que en las organizaciones de trabajo cumplen funciones para tapar falencias o agujeros. (17)

También es una enfermedad en respuesta al estrés laboral crónico, caracterizado por varios puntos, los cuales son: desmotivación, desinterés, malestar interno o la insatisfacción laboral (8).

Se caracteriza por tres dimensiones:

- Agotamiento emocional
- Despersonalización
- Falta de realización laboral.

Se trata de una serie de varias conductas (deterioro del rendimiento, pérdida de responsabilidad, actitudes pasivo agresivas con los pacientes y pérdida de la motivación, entre otros) que implica factores internos como externos (3).

Valores individuales, sociales, rasgos de personalidad (factores internos).

Organizacionales, laborales, grupales (factores externos).

Esto a su vez trae consecuencias desde el punto de vista personal como institucional, por la aparición de ausentismo laboral, disminución del nivel de satisfacción, tanto de profesionales que brindan servicios como trabajadores en el área administrativa con riesgo de conductas adictivas, alta inestabilidad laboral y repercusiones en otras esferas como la familiar (18).

## **2.2 Epidemiología**

Desde que este síndrome se describió se han realizado varios estudios por medio del MBI GS en hospitales públicos y privados en varios países de Europa (Holanda, Inglaterra, principalmente, en España) en América (USA, México, Cuba, Perú, Chile y Argentina) y en Asia (Israel y Japón) tanto con personal que brinda servicios médicos, enfermeras, como personal administrativo.

El Síndrome de Burnout se presenta en el 0.48% de los médicos en estudios de la Habana Cuba y se muestra, mayormente, en el sexo femenino (3).

En Ecuador se ha presentado el 78% en médicos y paramédicos, predominando el sexo femenino, con un 79% (19).

Argentina y Chile presentó un 69% en médicos, o con riesgo de padecerlo 31%; y ya con el síndrome instaurado, el 38%. (120)

En España, Chile, USA, Israel y Cuba se calcula que el 17% padece el síndrome de Burnout. El 61% es del sexo masculino, estimando que el 91% de los médicos de guardia lo padecen; el 88% de los ginecoobstetras; los pediatras lo padecen en 72%; el 45% en policías; el 24% en maestros de educación primaria y el 12% en gerentes administrativos de alto nivel (21).

Según estudios españoles en el 2005, uno de cada cuatro médicos padece síndrome de Burnout (22).

En Inglaterra, hay una incidencia del 30% de Síndrome de Burnout en médicos del sector público y privado (6).

En España, el 80% de los médicos presenta un nivel bajo de síndrome de Burnout, el 11% un nivel medio de síndrome (6)

Este síndrome puede presentarse de manera lenta o súbita, sin embargo, las causas deben haber afectado, por lo menos durante un año, en el 19% de casos según estudios españoles realizados en Barcelona en el año 2005, en personal administrativo y gerencia (22).

En el caso de la edad del afectado puede haber periodos de desensibilización respecto de su trabajo, ya que hay edades en las que el profesional es más vulnerable a este síndrome, como ocurre en los primeros años de la profesión, ya que es el periodo en que se produce la transición de las expectativas idealistas hacia la práctica cotidiana (22).

Con respecto al sexo, el grupo más vulnerable podría ser las mujeres por la doble carga de trabajo (práctica profesional y tarea familiar) (22).

Los turnos y el horario laboral, también pueden ser causa del síndrome (22).

Con base en la antigüedad profesional, algunos doctores refieren que el síndrome se presenta en los dos primeros años de la carrera profesional y en los mayores de 10 años de experiencia, sin embargo, Naisberg y Fenning encontraron una relación inversa con esto último, que los profesionales en su trabajo serían los que menos síndrome presentaron, por lo que siguen vigentes (5).

Otro factor que provoca este síndrome es la sobrecarga de trabajo, ya que produce una disminución de la calidad del servicio ofrecido y desempeño laboral (12).

El salario es otro factor, que aunque no ha sido estudiado, se piensa que también influye en la aparición del síndrome.

## **2.3 Historia natural de la enfermedad**

Algunos estudios muestran que puede evolucionar de forma lenta e insidiosa o presentarse súbitamente, sin embargo, hay estudios que mencionan que es un proceso continuo y no de apareamiento súbito (23).

No obstante, en ambos caso los factores causales han tenido que actuar durante al menos un año, con aumento progresivo de la seriedad. El inicio clínico coincide con las épocas de grandes tensiones que supera la resistencia emocional de la persona.

El inicio del curso clínico no siempre tiene un orden preciso, sin embargo es progresivo, en ocasiones hay periodos de euforia, trabajo, simpatía; tomados como mecanismo de defensa ante la presencia del síndrome, cambios que a su vez requiere un mayor gasto de energía; terminando el afectado más agotado, por dichas oscilaciones anímicas, los cuales conforme pasan los años se vuelve menos frecuentes llegando a un punto que cesan por completo.

La curación espontánea no es probable, solo se encuentra un Burnout crónico, disminuido y relativamente compensado que puede mostrar una aparente normalidad. (24)

Se considera que el síndrome se puede estratificar en tres estadios que corresponde con los tres componentes esenciales del síndrome:

### **2.3.1 Primer estadio**

Las demandas laborales exceden los recursos materiales y humanos dándose una situación de estrés y cada persona presenta sus propios mecanismo de defesa (represión, regresión, desplazamiento, racionalización, negación, proyección o sublimación) para enfrentarse a él. Los factores o situaciones que conducen al estrés son el desencanto, el trabajo, exceso de compromiso, responsabilidad, enfrentamiento a situación difícil y excesiva y contacto directo con otros seres humanos (1, 3).

Estos síntomas pasan por varias etapas:

- Síntomas premonitorios como la hiperactividad en el trabajo por más horas sin recibir remuneración extra, sensación de falta de tiempo y sentimiento de desengaño.

- Después se disminuye el nivel de compromiso, comienza a deshumanizarse las tareas, aumenta la tensión, aspiraciones excesivas, pérdida de ilusión, aparecimiento de celos y problemas con el equipo de trabajo.
- Inician las reacciones emocionales, sentimiento de culpa, depresión y agresividad.
- Comienza una desorganización progresiva, disminuyen la capacidad cognitiva, la creatividad, la motivación y la diferenciación.
- Se instaura la indiferencia en la vida emocional, social y espiritual.
- Se instauran y manifiestan reacciones psicossomáticas (1,3).

### **2.3.2 Segundo estadio**

Aparecen signos de ansiedad y fatiga.

### **2.3.4 Tercer estadio**

Aparece lo que es el enfrentamiento defensivo conduciendo a un cambio de actitudes frente a lo que supone una situación laboral intolerable. Esta fase requiere de tratamiento adecuado a la persona en todos sus componentes físicos y psíquicos (19).

En la mayoría de personas afectadas por el síndrome se observa una falta de energía, entusiasmo, una disminución del interés por los pacientes, trabajo o tarea a realizar, frustración, desmotivación con deseos de abandonar el trabajo y desmoralización.

Estas personas sienten agotados todos los recursos humanos emocionales y no les queda que ofrecer a los demás, comienzan a desarrollar actitudes negativas (aumento de consumo de drogas, alcohol, tabaco, juegos, etc.) y se insensibilizan ante los problemas que requiere ayuda (19)

Aparecen sentimientos de culpa e incapacidad de resolver sus problemas. Estas personas se sienten agotadas, hastiadas del trabajo, se alejan de la familia y de los amigos y, en ocasiones, se hunden en la depresión, incluso en casos avanzados se llega al suicidio, le falta el control sobre sí mismo y actúan en forma impredecible.

No solo se ve afectado el que padece el síndrome, sino que a su vez también conlleva serias consecuencias para su entorno profesional, social y familiar. Esta situación sucede,

comúnmente, con aquellas personas que más se entregan a su trabajo y personas que desean ayudar a los demás (19).

## **2.4 Manifestaciones clínicas**

El Síndrome de Burnout se manifiesta, generalmente, en una amplia gama de síntomas y signos los cuales se pueden clasificar de la siguiente manera:

### **2.4.1 Mentales o cognitiva**

- Sentimiento de desamparo, fracaso e impotencia.
- Baja autoestima: desprecio de sí mismo.
- Inquietud: falta de tranquilidad.
- Dificultad de concentración: falta de acción de concentrarse.
- Comportamientos paranoicos y agresivos hacia los pacientes, compañero y familia.
- Fatiga crónica (19).

### **2.4.2 Manifestaciones físicas**

- Cansancio: sensación de falta de fuerzas.
- Dolor osteomuscular.
- Cefalea: dolor de cabeza.
- Trastornos del sueño: alteración de hábito de dormir.
- Alteraciones gastrointestinales: alteración en la motilidad gastrointestinal.
- Taquicardia: aumento de la frecuencia cardiaca por encima de 95 latidos por minuto (19).

### **2.4.3 Manifestaciones de la conducta**

- Consumo elevado de café, alcohol, fármacos y drogas ilegales.
- Ausentismo laboral: decidir o alejarse del lugar de trabajo.
- Bajo rendimiento personal: baja producción o utilidad de una persona.
- Conflictos personales en trabajo y la familia: pugna y discordancia (8, 3, 5).

### **2.4.5 Manifestaciones emocionales**

- Irritabilidad. Sensibilidad exagerada a los estímulos.
- Incapacidad de concentración.
- Distanciamiento afectivo (19).

#### **2.4.6 Ámbito laboral**

- Diminución de capacidad de trabajo.
- Detrimiento de la calidad de los servicios que prestan. Daño moral.
- Aumentó de interacciones hostiles: personas desagradables.
- Comunicación deficiente.

Por lo tanto, el Burnout posee tres características principales en personal que brinda servicios:

- Agotamiento emocional.
- Despersonalización.
- Falta de realización personal en el trabajo.

#### **2.5 Métodos para diagnosticar el Síndrome de Burnout**

Durante muchos años el síndrome fue descrito con base en la observación clínica, luego se utilizó la entrevista estructural, técnicas y proyectivas, escalas auto clasificadoras y cuestionarios, sin embargo, dichas pruebas no eran fiables y mucho menos válidas, tiempo después aparecieron cuestionarios populares de autoevaluación sin estudios empíricos ni psicométricos, que tampoco eran confiables ni válidos (19).

Al principio de la década de los ochenta se crearon cuestionario, para determinadas profesiones, los cuales resultaron ser confiables y por ende válidos.

Siendo los siguientes:

- Teacher Burn Out Scale (TBS) de Zeidnay Zager.
- Teacher Attitude Sacel (TAS) de Faber
- El Meier Burn Out Assessment (MBA)
- MBI-general Survey (MBI-GS) de Maslach.

Los cuestionarios más utilizados en Europa para personal de salud son:

- Jones (1980-1982) para profesionales en salud, síndrome de agotamiento físico y emocional, consta de 30 preguntas, en escalas de 6 grados, 20 preguntas evalúan el Burn Out y 10 evalúan la sinceridad. Este cuestionario abarca 4 factores que son: la insatisfacción o tensión laboral, tensión psicológica e interpersonal, enfermedad y fatal da relación con los pacientes (3).
- MBI (1981-1986) elaborado por Cristina Maslach (el cual llamó Maslach Burn Out Inventory MBI). Este cuestionario consta de 22 preguntas, tiene una escala de frecuencia de 7 grados. Mide los tres aspectos del síndrome, cansancio emocional, despersonalización y realización personal. Tiene una alta consistencia interna y una fiabilidad cercana al 0.9%.
- Cuestionario breve de Burn Out (CBB) (1992) fue elaborado en Cuba por Moreno, este consta de 21 preguntas, el cual abarca los tres aspectos del síndrome, cansancio emocional, despersonalización y realización personal (19).

Este cuestionario es el más utilizado para personal que no brinda servicios o que no tiene contacto directo con el paciente.

Existe un instrumento que ha invadido la mayoría de los estudios sobre el Burnout, el Inventario de Burnout de Maslach (MBI); aunque no es el único ni perfecto, es el más utilizado. Se ha adaptado a diversas profesiones, no obstante cuando era aplicado a labores no asistenciales, sus problemas psicométricos se acentuaban y se solapaban los factores de despersonalización y de agotamiento emocional. Además, el componente de despersonalización resultaba extraño para los sujetos que no tenían interacción con clientes o usuarios en su trabajo. En la tercera edición del Maslach Burnout Inventory Manual, aparece explícitamente la reelaboración teórica y operacional del Burnout aplicado a profesiones no asistenciales. Este síndrome se concibe entonces como 'una crisis en las relaciones con el propio trabajo, sin que signifique necesariamente una crisis en las relaciones con las personas en el trabajo'. Es propuesto entonces el MBI-General Survey (MBI-GS) como un instrumento para evaluar las actitudes ante el trabajo, las escalas propuestas son las siguientes:

- **2.5.1 Desgaste emocional:** Se define en forma genérica sin énfasis en los aspectos emocionales acerca de los que reciben el trabajo, los ítems provienen del MBI-HSS

para profesionales de la salud, algunos modificados. Incluyen sensación de agotamiento, de estar acabado al final de la jornada, cansancio, fatiga, tensión de origen emocional, sin embargo, se manifiesta en forma de una falta de energía para realizar la actividad.

- **2.5.2 Cinismo:** Refleja la actitud de indiferencia, devaluación y distanciamiento ante el propio trabajo y el valor y significación que se le pueda conceder. Representa, igualmente, una actitud defensiva ante las agotadoras demandas provenientes del trabajo, y se manifiesta en forma de pérdida del interés laboral, del entusiasmo y cuestionamiento de la valía de la labor que se realiza.
- **2.5.3 Eficacia profesional:** Está relacionada con las expectativas que se tienen en relación con la profesión que se desempeña, y se expresa en las creencias del sujeto sobre su capacidad de trabajo, su contribución eficaz en la organización laboral, de haber realizado cosas que realmente valen la pena y de realización profesional (24).

Aunque en comparación con el MBI-HSS, este instrumento ha sido utilizado y explorado con menos frecuencia sus propiedades psicométricas, algunos resultados obtenidos con el mismo han mostrado adecuada consistencia interna, oscilando los coeficientes entre 0,75 y 0,86. De la misma forma que con el instrumento anterior, el Burnout se evalúa a partir de los resultados en las escalas: alto desgaste emocional, cinismo y baja eficacia profesional (5).

## 2.6 Diagnóstico diferencial

Se puede diferenciar de otros estados, tales como:

- Estrés
- Depresión
- Ansiedad
- Aburrimiento
- Insatisfacción laboral
- Falta de motivación
- Fatiga

## 2.7 Complicaciones

Las consecuencias del síndrome de Burnout en médicos y demás personal administrativo se manifiesta a nivel individual, este va generando trastornos psicosomáticos, alteraciones del sueño, fatiga, problemas gastrointestinales, el uso de estupefacientes (drogas ilegales, alcohol, antidepresivos, etc.) siendo esto a nivel de práctica profesional negligencia, asimismo, riesgo para la salud de los pacientes atendidos (12).

Este síndrome produce deterioro en la relación médico paciente, trabajo y desempeño, trabajo y productividad, conflictos familiares y a nivel institucional, las relaciones interpersonales son de carácter negativo tanto con trabajadores como con colegas, por lo que no encuentran un sentido de vida, e incluso, produce en la mente ideas de suicidio para poner punto final a una vida llena de frustraciones tanto a nivel personal, familiar y laboral (19).

## **2.8 Tratamiento**

Uno de los mayores problemas en cuestión de tratamiento es la falta de conocimiento y de importancia que se le da a este síndrome, porque se encuentra una gran resistencia de los médicos para admitir la existencia de este, y al momento de adquirir el síndrome, se colocan en una fase de negación y de falta de aceptación.

Algunos refieren que no existe ningún tratamiento específico para abordar el síndrome de Burnout, no obstante se sugiere terapias que permitan restablecer la salud psicológica del afectado y la recuperación del rendimiento laboral (19).

El tratamiento según la terapia se puede dividir en 3 aspectos:

### **2.8.1 Terapias individuales**

Conductuales: modifican un determinado patrón de conducta que se considera perjudicial para el afectado.

Ejemplo:

- Entrenamiento para la resolución de problemas.
- Entrenamiento en el manejo del tiempo.
- Técnicas de inoculación de estrés.

- Entrenamiento en la negociación interpersonal.

### **2.8.2 Cognitivas**

Se refieren a la forma de concebir tanto el mundo como a nosotros mismo.

Ejemplo: reestructuración cognitiva (19).

Terapias interpersonales: estas se refieren a la disminución de las sensaciones de aislamiento e incomprensión que acompañan al síndrome.

Ejemplo:

- Mejora del ambiente de trabajo.
- Apoyo social del trabajo.
- Apoyo amistoso.
- Implementación de teoría Z y Y a nivel organizacional.

### **2.8.3 Tratamiento farmacológico**

Se considera que este tratamiento es secundario, ya que si los síntomas crean un ciclo vicioso y empeoran cada vez más, será preciso emplear un fármaco (19).

Se sugieren las siguientes pautas terapéuticas:

Depresión asociada a Burnout.

La primera elección son los inhibidores selectivos de la receptación de la serotonina o la noradrenalina: Fluoxetina, 20mg/día o Reboxetina, 8mg/día. Los anteriores tienen pocos efectos secundarios y no producen somnolencia (19).

#### **2.8.3.1 Estrés**

Ansiolíticos de vida media prolongada: Quetazolan, 15-30mg/día, en una toma al acostarse, la duración máxima del tratamiento es de 4 semanas.

### **2.8.3.2 Insomnio**

Zolpidem, 5-10mg/día antes de acostarse, si no puede conciliar el sueño. Lorazepam, 2mg/antes de acostarse para insomnios irregulares o de la segunda mitad de la noche (3).

## **2.9 Prevención del Síndrome de Burnout**

La prevención radica en disminuir el estrés laboral, a nivel organizacional, individual y grupal con el principal objetivo de ofrecer una mejor calidad de vida al personal médico, paramédico, administrativo de una institución u organización.

### **2.9.1 Nivel organizacional**

- Crear un ambiente óptimo y políticas que produzcan satisfacción laboral y beneficios al personal médico.
- Generar ámbitos que permitan a los profesionales el desarrollo de iniciativas, tomando acciones dirigidas al bienestar de los profesionales.
- Mejorar el ambiente de trabajo.
- Formación continua, organizada y adaptada a las necesidades reales.
- Acortar distancias con las gerencias.
- Acortar o limitar las horas de trabajo (19,9).

### **2.9.2 Nivel grupal**

- Crear espacios comunes informales dentro de la jornada laboral para que puedan compartir sus experiencias e instituir un mejor ambiente de trabajo.
- Facilitar a los profesionales médicos una adecuada y permanente actualización e investigación de temas reclinados con su área de trabajo.
- Permitir el desarrollo de la capacidad para la interdependencia, la cooperación y a solidaridad.
- Realización de actividades grupales que permitan compartir, expresarse para enriquecerse y adquirir sentimiento de solidaridad entre ellos (19,3).

### **2.9.3 Nivel individual**

- El aprendizaje de respuestas y expresiones emocionales y como expresarla, ésta a través del fomento de la autoestima de personal laboral.
- Mejorar el estilo de vida.
- Desarrollo de pasatiempos y hobbies que implican el dedicar tiempo a sí mismo.
- Tratamientos alternativos para favorecer la salud mental.
- Buscar sistema de apoyo fuera del trabajo (10,11,14,19).

### **III. OBJETIVOS**

#### **3.1 Generales**

- Determinar la incidencia del Síndrome Burnout en médicos residentes del hospital Roosevelt y su relación con ansiedad, depresión, tipo de personalidad y su evolución a lo largo de 2 tiempos.

#### **3.2 Específicos**

- Determinar la prevalencia de Síndrome de Burnout, en médicos residentes de primero, segundo y tercer año de las especialidades de Pediatría, Medicina Interna y Ginecoobstetricia.
- Identificar diferencias significativas de prevalencias del Síndrome de Burnout entre los residentes evaluados.
- Determinar asociaciones entre el Síndrome Burnout, ansiedad, depresión y tipo de personalidad en médicos residentes de primero, segundo y tercero año de las especialidades de pediatría, medicina interna y ginecoobstetricia.

## **IV. MATERIAL Y MÉTODOS**

### **4.1 Delimitación**

El estudio abarcó y se enfocó en identificar la prevalencia e incidencia del Síndrome Burnout asociado a depresión, ansiedad y tipo de personalidad en el personal médico que fue parte de los programas de residencia de primero, segundo y tercer año del Hospital Roosevelt de Guatemala en el periodo comprendido de enero a diciembre del año 2013, también se identificó la existencia del síndrome y la evolución a lo largo del tiempo en un periodo de 1 año longitudinalmente y su comportamiento, comorbilidad y consecuencias en los residentes de medicina de múltiples especialidades.

### **4.2 Delimitación de la población a estudio**

La población en estudio fueron los médicos residentes que pertenecían a los programas de especialidad de Medicina interna, Ginecoobstetricia y pediatría de la Universidad de San Carlos de Guatemala que se encontraban laborando en el Hospital Roosevelt, con un total de 51 de gineco obstétrica, 42 de medicina interna y 54 de pediatría haciendo un total de 147 residentes de primer, segundo, tercer año que se encontraban laborando en el Hospital Roosevelt de Guatemala.

### **4.3 Delimitación geográfica**

Comprendió al Hospital Roosevelt de Guatemala Centro América.

El estudio incluyó a todo el personal médico residente que era parte del programa de especialidad de Gineco obstétrica, Pediatría y Medicina Interna de la Universidad de San Carlos de Guatemala que se encontraban laborando en el Hospital Roosevelt en Guatemala Centro América.

## 4.5 Delimitación temporal

El trabajo de campo (al momento de realizar las encuestas con el test de Maslach, Hamilton, Salamanca y Beeck) se realizó en el periodo comprendido de enero a diciembre del 2013 en dos periodos, el primero de enero-abril, toma de datos 1 (T1); el segundo, en septiembre-noviembre, toma de datos 2 (T2)

Se basó en un diagrama de Gantt triangular o un PERT para la correcta realización de las actividades.

## 4.6 Metodología

### 4.6.1 Tipo de estudio

Estudio analítico con un enfoque cuantitativo longitudinal.

### 4.6.2 Población

Médicos residentes de las especialidades de Medicina interna (42), Gineco Obstetricia (51) y Pediatría (54), un total de 147 médicos como N total a estudio.

### 4.6.3 Sujetos de estudio

Los sujetos que participaron en el estudio fueron todos aquellos médicos residentes del Hospital Roosevelt de las especialidades de Pediatría, Gineco Obstetrica y Medicina Interna de los años R1, R2, R3 que cumplieron con los criterios de inclusión, y que estos aceptaron ser parte del estudio y quienes se encontraban dentro del marco muestral seleccionado.

Desglose de número de médicos residentes según especialidad y año de residencia.

Año / Especialidad/	R1	R2	R3	N
Maternidad	19	16	16	51
Medicina interna	14	14	14	42
Pediatría	18	18	18	54
				147

#### 4.6.4 Muestra

##### 4.6.4.1 Tipo de muestra

Muestra probabilística estratificada.

##### 4.6.4.2 Marco muestral

**Estrato 1:** 51 Médicos residentes del departamento de Gineco obstétrica y maternidad. Los cuales se subdividieron en sub estratos conforme al año de residencia y quienes se conformaron de la siguiente manera:

Año / Especialidad/	R1	R2	R3	N
Maternidad	19	16	16	51

**Estrato 2:** 42 Médicos residentes de la especialidad de Medicina interna. Los cuales se subdividieron en sub estratos conformados de la siguiente manera:

Año / Especialidad/	R1	R2	R3	N
Medicina interna	14	14	14	42

**Estrato 3:** 54 médicos residentes del departamento de pediatría, los cuales se subdividieron en sub estratos según año de residencia, de la siguiente forma:

Año / Especialidad/	R1	R2	R3	N
Pediatría	18	18	18	54

Se numeraron correlativamente dentro de cada estrato y por medio de números correlativos se seleccionaron a los sujetos de estudios para la siguiente toma de datos T2.

#### 4.6.5 Plan de muestreo

Por medio de un muestreo aleatorio estratificado de un total de 147 médicos residentes se obtuvo en las distintas especialidades maternidad, medicina interna y pediatría un total respectivo en orden ya mencionado de 51, 42 y 54 médicos residentes, y por medio de un muestreo aleatorio simple se obtuvieron los distintos sujetos de estudio en los sub estratos (años de residencia).

Año / Especialidad/	R1	R2	R3	N
Maternidad	16	16	19	51
Medicina interna	14	14	14	42
Pediatría	18	18	18	54
				147 aprox.

#### Se dividió por etapas

Se inició con un muestreo aleatorio simple y, posterior a ello, un muestreo aleatorio estratificado:

**Etapas 1:** Se realizó la toma de datos en T1 (febrero-abril) con el total de los sujetos del muestreo.

**Etapas 2:** La toma de datos se realizó en T2 (septiembre-noviembre) con la totalidad de los sujetos que conformaron la etapa T1 y que continuaron en T2.

**Nota:** El número de médicos residentes del universo es correlativo al número de plazas disponibles por especialidad.

Para el cálculo de la muestra se supuso que el costo del muestreo en los estratos es el mismo y que los porcentajes de trabajadores con desgaste laboral estaban cerca del 50%.

**Tamaño total de la muestra**

**Tamaño de cada estrato**

$$n = \frac{\sum_{i=1}^l N_i P_i Q_i}{ND + \frac{1}{N} \sum_{i=1}^l N_i P_i Q_i}$$

$$n_i = n \left( \frac{N_i}{\sum_{i=1}^l N_i} \right) = n \left( \frac{N_i}{N} \right)$$

Por lo tanto y de acuerdo a un cálculo preliminar, del total de 147 residentes, el mínimo a estudiar fue de 78. Este N se calculó con 95% de confianza, un valor de prevalencia del 12% de burnout en dicha población, y un error de muestreo de 5%.

**Reemplazando**

$$n = \frac{\sum_{i=1}^l N_i P_i Q_i}{ND + \frac{1}{N} \sum_{i=1}^l N_i P_i Q_i} = 78$$

**Calculando el tamaño de cada estrato**

$$n_i = n(W_i)$$

El reparto proporcional de la muestra a los estratos es el siguiente:

Cálculo por estrato	No. de residentes	Especialidad
54/147*78=	29	Pediatría
51/147*78=	27	Obstetricia
42/147*78=	22	Medicina interna
Total N (78)		

Lo que arrojo un total definitivo de 78 residentes proporcionalmente distribuidos de acuerdo al tamaño del estrato.

**Nota:** Se pretendió abarcar al total de la N en el estudio con 147 médicos residentes, sin embargo, por razones de logística y pérdidas propias en la segunda toma de datos, la muestra se redujo.

#### **4.7 Criterios de inclusión y exclusión**

##### **4.7.1 Inclusión**

- Médicos residentes R1, R2, R3 que pertenezcan a las especialidades de Gineco Obstetrica, Pediatría y Medicina Interna del Hospital Roosevelt.
- Médicos residentes que estén de acuerdo con el estudio y firmen el consentimiento informado.

##### **4.7.2 Exclusión**

- Personal que esté tomando medicamentos psiquiátricos.
- Personal que tenga algún trastorno psiquiátrico de base o enfermedad orgánica que provoque trastorno psiquiátrico secundario.
- Personal que esté padeciendo una enfermedad médica crónica y que implique ausentismo laboral.

#### **4.8 Aspectos éticos**

A todo el personal médico residente del Hospital Roosevelt de Guatemala que fue parte del estudio se le solicitó su consentimiento informado y verbal, así como, se le explicó, previo a ser parte del estudio, en qué consistía el mismo, que se haría con la información obtenida y con los resultados obtenidos y se garantizó la confidencialidad de la información individual obtenida, entrega oportuna de resultados, y que no tendría ningún costo o remuneración alguna para los sujetos que formaron parte del estudio.

#### 4.9 Definición y operacionalización de variables

Variable	Indicador	Unidades o Categoría (valor final)	Escala de Medición
Sexo	Caracteres sexuales secundarios	Hombre Mujer	• nominal
Antigüedad laboral	Cantidad de años de laborar en el hospital	R1 R2 R3	• de razón
Edad	Fecha de nacimiento	Años	• de razón
TEST de Salamanca	Personalidad <ul style="list-style-type: none"> <li>• A</li> <li>• B</li> <li>• C</li> </ul>	Paranoide, esquizoide, Esquizotípico Histriónico. Antisocial Narcisista Impulsivo Límite Anancastico Ansioso Dependiente	• Nominal
Estado civil	Estado civil	Casado Soltero Conviviente	• Nominal
Personal Médico residente	Listado de personal hospitalario por especialidad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirugía</li> <li>• Ginecología</li> <li>• Pediatría</li> <li>• Medicina interna</li> </ul>	• Nominal
<b>Escala de Beck para depresión</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Depresión leve</li> <li>• Depresión moderada</li> <li>• Depresión severa</li> </ul>	• Ordinal
<u>Escala de Maslach Burnout Inventory (MBI)</u>	-Cansancio emocional (CE) -Despersonalización -Realización personal (RP)	Alto nivel Nivel intermedio Bajo nivel	• Ordinal
Tiempo (T)	Febrero-abril Septiembre-noviembre.	(T1) (T2)	• Nominal
Escala Hamilton para	Ansiedad psíquica Ansiedad somática	Leve Moderado Severo	• Ordinal

ansiedad			
----------	--	--	--

#### **4.10 Procedimientos de la investigación realizada**

##### **4.10.1 Fase A**

Se procedió a obtener las autorizaciones para realizar la investigación en el área de estudio, en este caso, el Hospital Roosevelt. Se presentó el trabajo ya aprobado por la Facultad de Medicina de la Universidad de San Carlos de Guatemala en el periodo del uno al dieciséis de noviembre del 2012, para que este a su vez estuviera aprobado por el Comité de Ética del Hospital Roosevelt para la realización del mismo.

Se Identificó a la población a estudiar, los horarios del personal, turnos, servicios de pacientes, situación laboral de los distintos departamentos Médicos y las políticas de la institución para acoplar los instrumentos y el estudio al área de trabajo con la población o universo. También se observó las distintas áreas de trabajo del personal. Para poder identificar y seleccionar en forma aleatoria los sujetos de la muestra ya establecidos.

##### **4.10.2 Fase B**

Se seleccionó la fecha de inicio de toma de datos y de finalización para T1 y T2; febrero, marzo, abril para T1, y septiembre, octubre y noviembre para T2. La recolección de datos se realizó un día de cada semana en el mismo horario, para los distintos grupos de residentes, esto con el objetivo de evitar el sesgo.

Se dividió en dos (2) grupos según tiempo de toma de datos T1 y T2 a la población sujeta a estudio y cada grupo se dividió por subgrupos según Rango R1, R2, R3 y dentro de estos por especialidad Medicina interna, Pediatría y Ginecoobstetricia. Todos los Médicos residentes de las distintas especialidades según su rango se les colocó un número correlativo que debían de consignar en la parte superior del test, para poder darle seguimiento a lo largo de la siguiente toma de datos.

Los sujetos que cumplieron con los criterios de inclusión y formaron parte del marco muestral en la primera toma de datos T1, se les aplicó el test de estrés laboral de Burnout, (Meslach)

H, S.; el segundo día, el Test de Salamanca y Hamilton; y el tercer día, el Test de Beck para depresión.

La obtención de los datos y el uso de instrumentos se configuró por cada tipo de variable, y por tipo de Escala.

Previo a realizar la prueba, los encuestados tuvieron que leer y firmar una hoja de consentimiento informado.

Cada cuestionario tenía la opción para escribir el nombre del encuestado. Se entregó un número correlativo para los 3 cuestionarios a cada individuo asegurando la confidencialidad de los datos, este requisito fue con el objetivo de poder contactar al participante al momento de detectar un riesgo alto de estrés laboral o la presencia de Burnout, depresión o ansiedad y para tener el número correlativo para el seguimiento en T2.

#### **4.10.3 Fase C**

Al finalizar la primera toma de datos en las especialidades ya mencionadas, se continuó con la investigación T2 en septiembre, octubre y noviembre con las mismas personas que se incluyeron en el T1 y se corroboró con el número correlativo. Se les aplicó, nuevamente, el Test de Maslach HS, De Beck, Hamilton y Salamanca y se dividió cada grupo por subgrupos según Rango R1, R2, R3 y dentro de estos por especialidad Medicina interna, Pediatría y Ginecoobstetricia y por rango según el número otorgado en la investigación T1. Todos los Médicos residentes de las distintas especialidades según su rango en donde se les consignó el número correlativo que presentaron en T1 con la diferencia que al final tenía la denominación T2. Es importante mencionar que en la segunda toma de datos se redujo la cantidad de médicos que fueron incluidos en T1 por razones de logística y pérdidas propias de deserción en las especialidades. Por tal situación, para el cálculo de la incidencia en las fases posteriores, solo se tomaron a los sujetos repetidos que participaron en T1 y que se encontraban en T2. Se Logró dar seguimiento a 51 sujetos repetidos en T2 representando el 53% del seguimiento. A la vez es importante aclarar que para el cálculo propio de la prevalencia sí se tomaron a sujetos que no fueron incluidos en T1, pero si estaban presentes sin correlativo en T2.

Las dos (2) tomas de datos en T1 y T2 se realizaron en el salón de conferencias del departamento de pediatría, Fajardo y salón de conferencias de Gineco obstetricia con la

colaboración y ayuda del departamento de estadística del Hospital Roosevelt y distintas jefaturas.

#### **4.10.4 Fase E**

Ya obtenidos los datos se procedió a realizar la tabulación de la información para determinar la prevalencia, incidencia global, asociaciones, correlaciones entre los distintas especialidades médicas y grupos de residentes a lo largo de los 2 tiempos ya establecidos. Se utilizó el programa SPSS como base de datos para la realización de tasas, comparaciones estadísticas, razones, proporciones en los distintos grupos poblacionales en el periodo comprendido de septiembre, noviembre y diciembre del 2014.

#### **4.10.5 Fase F**

Con la base de datos estructurada se inició con el razonamiento, análisis e identificación de la información, relacionando los datos e interpretando la información por medio del programa SPSS.

#### **4.10.6 Fase G: Plan de procesamiento de datos**

*Estructuración de Base de Datos:* Con apoyo del software SPSS, y con el fin de disminuir y corregir oportunamente eventuales errores de codificación o digitación, se diseñó la base de datos con las siguientes características:

- Restricciones a la entrada de valores improbables
- Ingreso de datos durante el trabajo de campo.

#### **4.11 Análisis**

1. Se realizó un análisis descriptivo de las variables explorando la consistencia de los datos.
2. Se ejecutó el cálculo de prevalencia ( $p \pm 1.96E$ ) en T1 como en T2 con el total de sujetos incluidos en el muestreo aleatorio.

3. Se realizó el cálculo de la incidencia global ( $p \pm 1.96E$ ) únicamente con los sujetos que se les dio seguimiento con el número correlativo en T1 y que se presentaron en T2.

4. Se efectuó el cálculo de asociaciones 
$$\chi^2 = \sum_i \frac{(\text{observada}_i - \text{teórica}_i)^2}{\text{teórica}_i}$$

5. Y se realizó un análisis de varianzas.

#### **4.12 Alcances y límites**

Los resultados fueron generalizados al hospital en donde se limitó el estudio.

#### **Fase H**

En esta fase se entrega la tesis con la información procesada e identificada, en el informe se presentan los datos obtenidos en la investigación realizada, así como, las conclusiones finales, comentarios y recomendaciones. (Entrega de la información) en el periodo del 24 de abril de 2015.

#### **4.13 Instrumentos que se utilizaron en la recolección de datos**

##### **4.13.1 Test de Meslach Burnout inventory**

El MBI es un cuestionario constituido por 22 preguntas que evalúa los sentimientos y actitudes de las personas en su trabajo, en particular, hacia los pacientes, mide tres componentes del síndrome: desgaste emocional, despersonalización y falta de realización personal; también evalúa la ausencia, riesgo o presencia del Síndrome de estrés por desgaste laboral con una alta validez interna y grado de confianza (86%).

Altos puntajes en las sub escala de cansancio emocional, despersonalización y bajos en la realización personal reflejan la presencia del síndrome (9).

Existen tres sub escalas bien definidas en el cuestionario de Meslach:

- 1) **Agotamiento emocional:** Está sub escala valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo, consta de 9 preguntas 1, 2, 3, 6, 3, 8, 13, 14, 16 y 20 puntuación máxima de 54 puntos, cuando más alta sea la puntuación mayor es el agotamiento emocional (4).
- 2) **Despersonalización:** está sub escala valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento, (puntuación superior a 10 serán indicativas de un alto nivel, intervalos de 6 a 9 corresponden a puntuaciones intermedias y puntuaciones por debajo de 6 son niveles bajos (4), consta de 5 preguntas 5, 10, 11,15 y 22, la puntuación máxima es de 30 puntos cuanto mayor es la despersonalización.
- 3) **Realización personal:** Esta evalúa los sentimientos de auto edificación y de realización personal en su trabajo, su puntuación funciona en sentido opuesto a las anteriores consiste de 8 preguntas 4,7,9,12,17,18,19 y 21, la puntuación máxima es de 48 puntos, cuando mayor sea la puntuación menor será la incidencia del síndrome.

Para que se pueda hablar de Burnout, las dos primeras sub escalas deben tener puntuaciones altas y baja la puntuación de realización personal. Una característica acertada del MBI es que no trata de medir la intensidad de los sentimientos lo cual sería extremadamente subjetivo, sino tan solo las frecuencias con que se manifiestan, multitud de experimentos han comprobado que la frecuencia e intensidad de los sentimientos guarda una relación muy estrecha (9).

#### **4.13.2 Escala de ansiedad de Hamilton**

Población diana: Población general. Se trata de una escala heteroadministrada por un clínico tras una entrevista. El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). Es aconsejable distinguir entre ambos a la hora de valorar los resultados de la misma.

No existen puntos de corte. Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad. Es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento.

#### **4.13.3 Instrucciones para el profesional**

Seleccione para cada ítem la puntuación que corresponda, según su experiencia. Las definiciones que siguen al enunciado del ítem son ejemplos que sirven de guía. Marque en el casillero situado a la derecha la cifra que defina mejor la intensidad de cada síntoma en el paciente. Todos los ítems deben ser puntuados.

#### **4.13.4 Test de salamanca**

Este cuestionario identifica los rasgos de personalidad del individuo a que se someta la prueba, como los son: (10)

- Paranoide,
- esquizoide,
- esquizotípico
- Histrionico.
- Antisocial
- Narcisista
- Impulsivo
- Limite
- Anancastico
- Ansioso
- Dependiente

#### **4.13.5 Test de depresión de beck**

El inventario de Depresión de Beck (BAI) fue desarrollado inicialmente como una escala heteroaplicada de 21 ítems para evaluar la gravedad (intensidad sintomática) de la depresión, conteniendo cada ítem varias fases auto evaluativas que el entrevistador leía al paciente para que éste seleccionase la que mejor se adaptase a su situación; sin embargo, con posterioridad su uso se ha generalizado como escala auto aplicada. Beck y cols.(1979) da a conocer una nueva versión revisada de su inventario, adaptada y traducida al castellano por Vázquez y Sanz (1991), siendo ésta la más utilizada en la actualidad. (11)

Su contenido enfatiza más en el componente cognitivo de la depresión, ya que los síntomas de esta esfera representan en torno al 50% de la puntuación total del cuestionario, siendo los síntomas de tipo somático/vegetativo el segundo bloque de mayor peso; de los 21 ítems, 15 hacen referencia a síntomas psicológicos-cognitivos, y los 6 restantes a síntomas somáticos vegetativos.

### **Interpretación**

El paciente tiene que seleccionar, para cada ítem, la alternativa de respuesta que mejor refleje su situación durante el momento actual y la última semana. La puntuación total se obtiene sumando los valores de las frases seleccionadas, que van de 0 a 3. (12)

El rango de la puntuación obtenida es de 0-63 puntos. Como otros instrumentos de evaluación de síntomas, su objetivo es cuantificar la sintomatología, no proporcionar un diagnóstico.

Los puntos de corte usualmente aceptados para graduar la intensidad/ severidad son los siguientes:

Su contenido enfatiza más en el componente cognitivo de la depresión, ya que los síntomas de esta esfera representan en torno al 50% de la puntuación total del cuestionario, siendo los síntomas de tipo somático/vegetativo el segundo bloque de mayor peso; de los 21 ítems, 15 hacen referencia a síntomas psicológicos-cognitivos, y los 6 restantes a síntomas somáticos vegetativos. (13)

El paciente tiene que seleccionar, para cada ítem, la alternativa de respuesta que mejor refleje su situación durante el momento actual y la última semana. La puntuación total se obtiene sumando los valores de las frases seleccionadas, que van de 0 a 3.

El rango de la puntuación obtenida es de 0-63 puntos. Como otros instrumentos de evaluación de síntomas, su objetivo es cuantificar la sintomatología, no proporcionar un diagnóstico. (14)

Los puntos de corte usualmente aceptados para graduar la intensidad/ severidad son los siguientes:

- No depresión: 0-9 puntos
- Depresión leve: 10-18 puntos
- Depresión moderada: 19-29 puntos
- Depresión grave: > 30 puntos

A efectos de cribado o detección de casos en población general, el punto de corte ha sido establecido por Lasa L. y Cols en > 13 puntos. En pacientes médicos la validez predictiva de la escala está peor establecida, por cuanto los ítems somáticos tienden a aumentar el número de falsos positivos si se utiliza un punto de corte bajo y se han utilizado puntos de corte más altos (por ej.: > 16 en pacientes diabéticos, > 21 en pacientes con dolor crónico). A efectos de cribado o detección de casos en población general el punto de corte ha sido establecido por Lasa L. y Cols en > 13 puntos. En pacientes médicos la validez predictiva de la escala está peor establecida, por cuanto los ítems somáticos tienden a aumentar el número de falsos positivos si se utiliza un punto de corte bajo y se han utilizado puntos de corte más altos (por ej.: > 16 en pacientes diabéticos, > 21 en pacientes con dolor crónico). (15)

## V. RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados de la investigación, estos competen a los objetivos propios del estudio. Como objetivo general se planteó Determinar la incidencia del síndrome burnout en médicos residentes del Hospital Roosevelt y su relación con ansiedad, depresión, tipo de personalidad y su evolución a lo largo de 2 tiempos.

La población de estudio se conformó con 147 médicos residentes, a quienes se les dividió en estratos conformados por 54 médicos residentes de pediatría, 51 de gineco obstétrica y 42 de medicina interna. A esta N se le realizó un marco muestral y se obtuvo un total de 78 residentes como mínimo a ser evaluados en el tiempo de toma de datos 1, este grupo se dividió por subestratos según especialidad obteniendo 29 médicos residentes para pediatría; 27, para gineco obstétrica; y 22, para medicina interna.

Se obtuvo una muestra representativa de 96 médicos residentes en T1 y de 87 en T2, con un error de estimación de 0.0025.

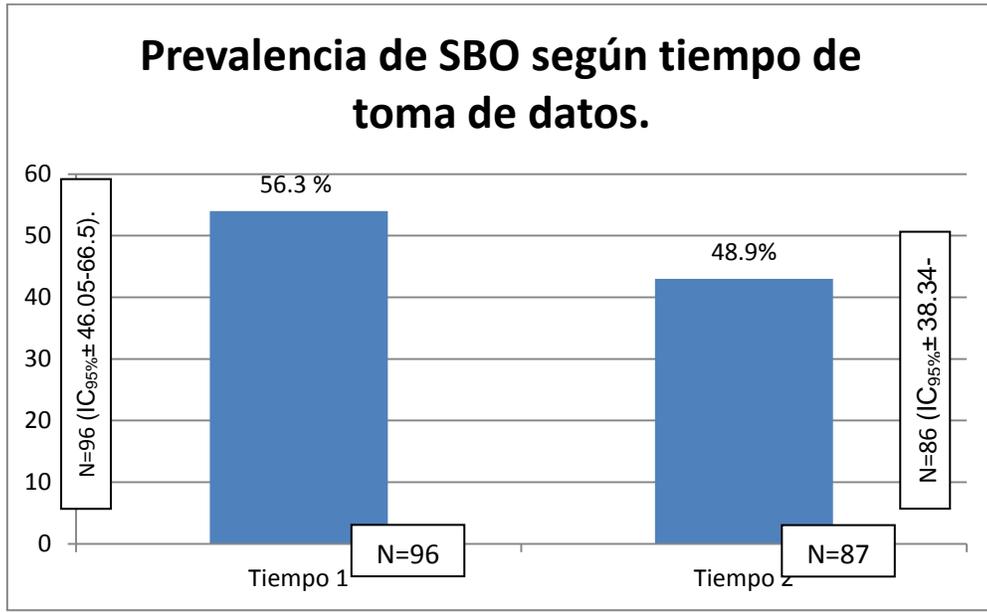
En la tabla 1 se puede observar la siguiente información:

**Tabla 1. Incidencia del Síndrome de Burnout.**

		Casos en tiempo 2			
		SI	No	Total	
Casos en tiempo 1	SI	Recuento	18	16	34
		% del total	35.3%	31.4%	66.7%
	No	Recuento	6	11	17
		% del total	11.8%	21.6%	33.3%
Total		Recuento	24	27	51
		% del total	47.1%	52.9%	100.0%

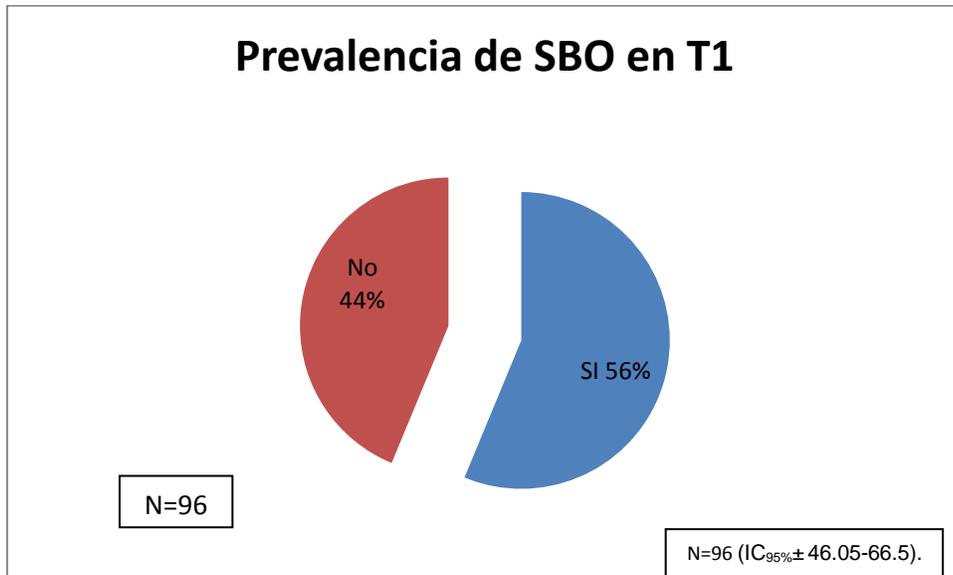
Descripción: Se presenta una incidencia global de Síndrome de Burnout (SBO) de 11.8 % IC<sub>95%</sub>(2.95-20.69) derivado del seguimiento de los individuos evaluados al inicio del estudio, el resultado, al final del mismo, fue de 6 casos nuevos.

Gráfica 1



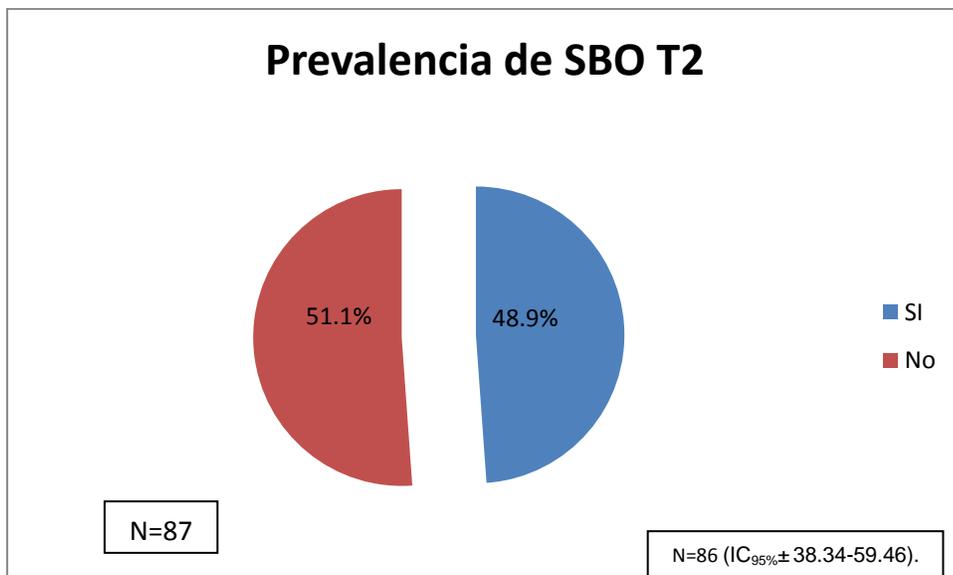
Descripción: Se observa en T1 una prevalencia de SBO del 56.3% con un total de 54 sujetos de estudios positivos para el SBO, y en T2 con un total de 43 sujetos positivos para SBO representando una prevalencia del 48.9%. Se realizó una prueba Z para comparar proporciones, la cual indicó que no existe diferencias estadísticamente significativas de prevalencia de SBO entre la medición inicial (p56.3%) y la medición final (p48.3%).

Gráfica 2



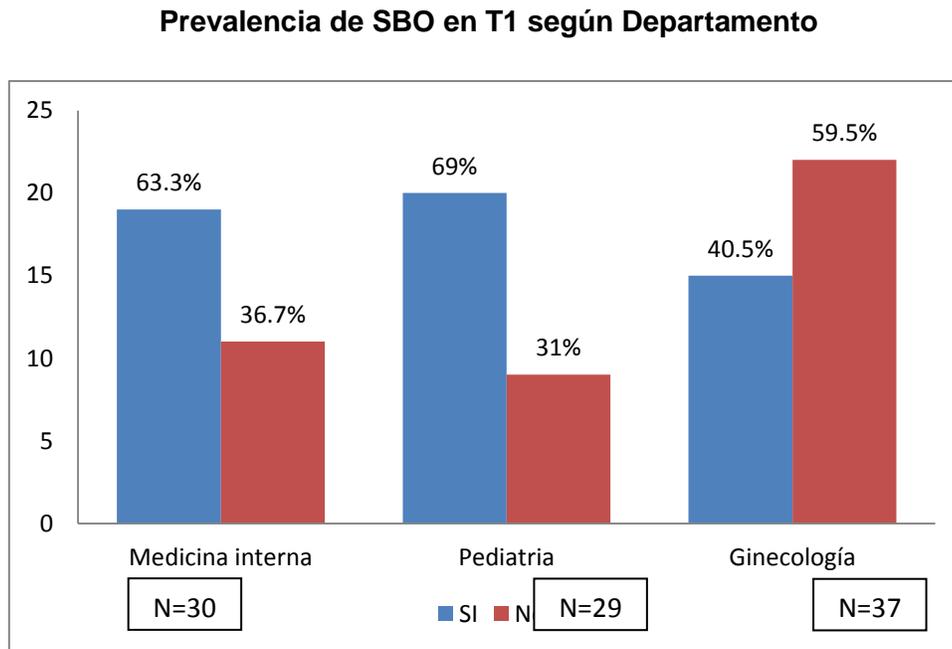
Descripción: Se observa que del total de 96 sujetos evaluados 54 presentaron SBO representando una prevalencia del 56%, 42 sujetos no presentaron el SBO representando el 44% del total en la primera toma de datos T1. (IC<sub>95%</sub>±46.05-66.5).

Gráfica 3



Descripción: Se presenta una prevalencia de SBO en los sujetos estudiados de un 48.9% representando en 43 médicos residentes positivos de un total de 86, en el tiempo de toma de datos T2. (IC<sub>95%</sub>±38.34-59.46)

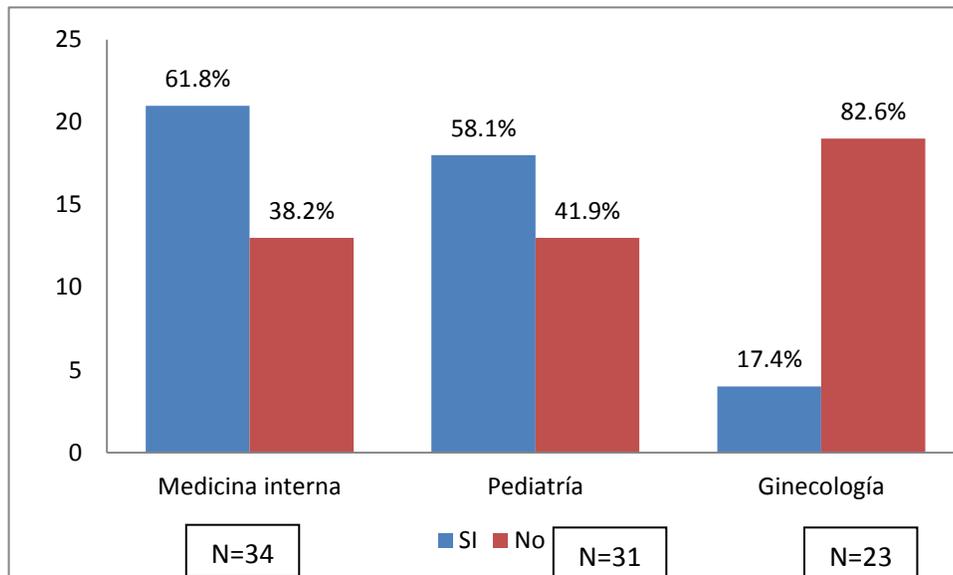
Gráfica 4



Descripción: De los 96 médicos residentes evaluados en T1, en el departamento de Medicina Interna, de los 30 sujetos evaluados 19 presentaron SBO representando una prevalencia del 63.3%. En el departamento de Pediatría de los 29 sujetos evaluados 20 presentaron SBO representando el 69% de prevalencia; y por último, de los 37 sujetos evaluados en el departamento de Ginecología 15 presentaron SBO representando un 40.5% de prevalencia. No existiendo diferencias estadísticamente significativas de SBO en los tres departamentos.

Gráfica 5

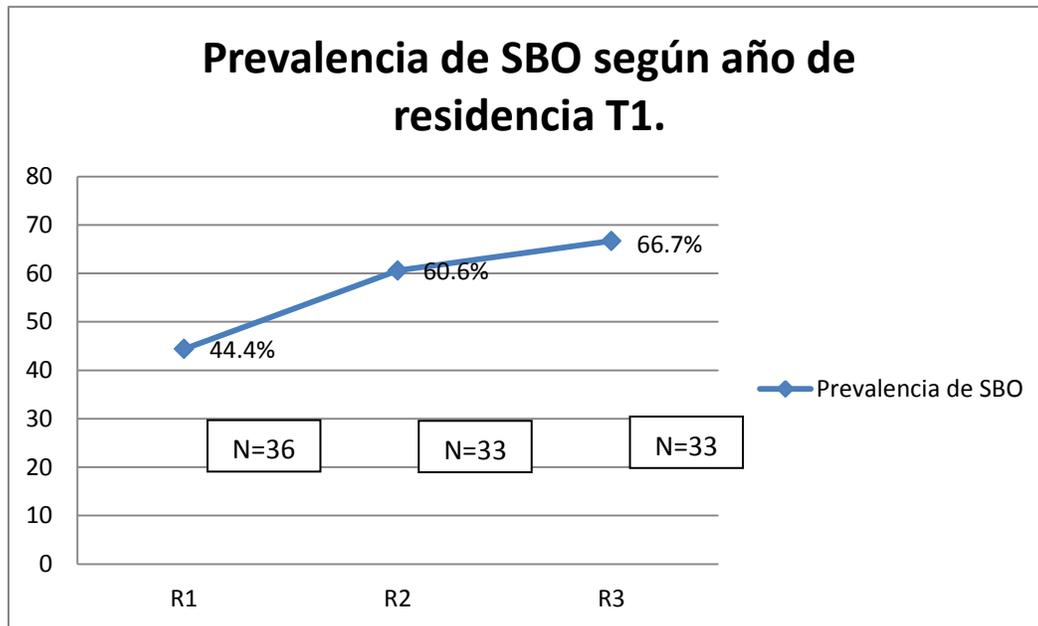
### Prevalencia de SBO en T2 según departamento



#### Descripción

Del total de los 88 sujetos evaluados en el tiempo 2, en el departamento de Medicina Interna se obtiene una prevalencia del 61.8% equivalente a 21 sujetos con SBO. En el departamento de Pediatría se observa una prevalencia del 58.1% representando a 18 sujetos con SBO. En el departamento de Ginecología de los 23 sujetos evaluados únicamente 4 presentaron SBO representando una prevalencia de 17.4%. En la segunda toma de datos sí se presentan diferencias estadísticamente significativas en el departamento de Ginecología con 17.4% de Prevalencia de SBO en comparación con Medicina Interna y Pediatría.

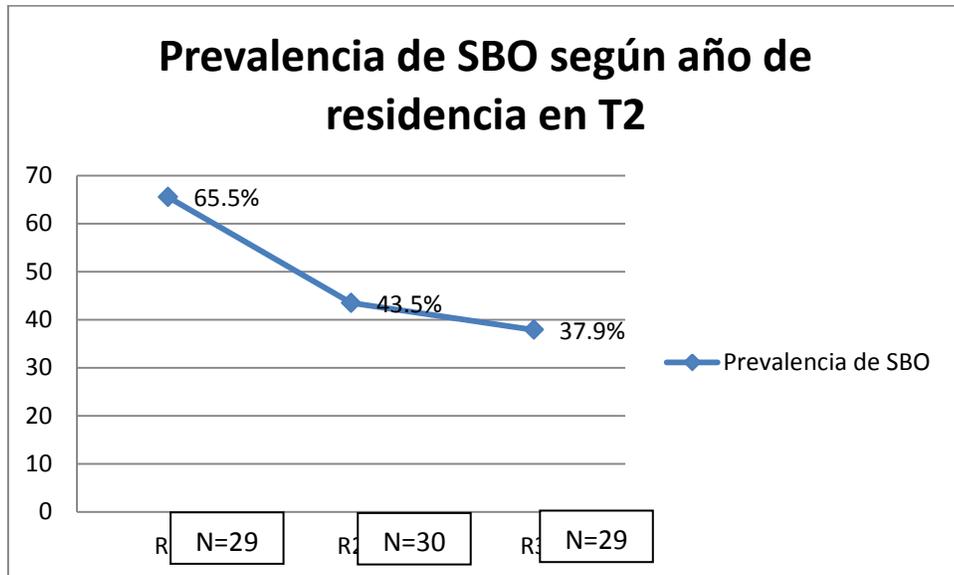
Gráfica 6



#### Descripción

En la gráfica se observa la prevalencia del SBO según año de residencia en T1, en el primer año de residencia se presentan 16 sujetos con SBO representando el 44.4%, en el R2 se presentan 20 residentes con SBO representando 60.6%, y por último, se puede observar en el R3 una prevalencia del 66.7% con un total de 18 residentes con SBO. No existen diferencias estadísticamente significativas, según año de residencia.

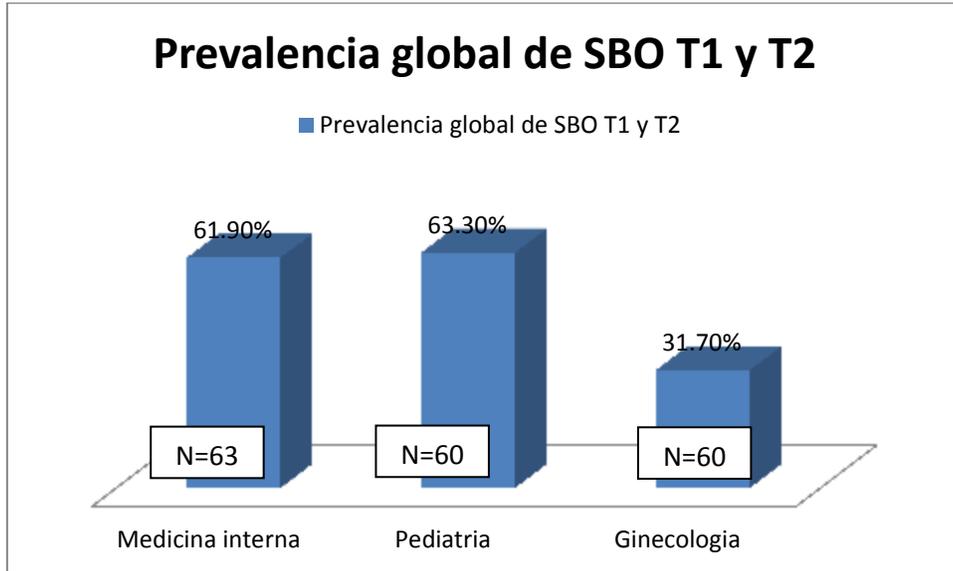
Gráfica 7



#### Descripción

Se observa la prevalencia del SBO según año de residencia en el T2 en donde se presenta en el R1 una prevalencia del 65.5% con un total de 19 médicos residentes con SBO, el R2 con una prevalencia de SBO del 43.5% representando a 13 médicos residentes con SBO, y el R3 con 11 sujetos de estudio con SBO representando el 37.9%. No existen diferencias estadísticamente significativas, según año de residencia.

Gráfica 8

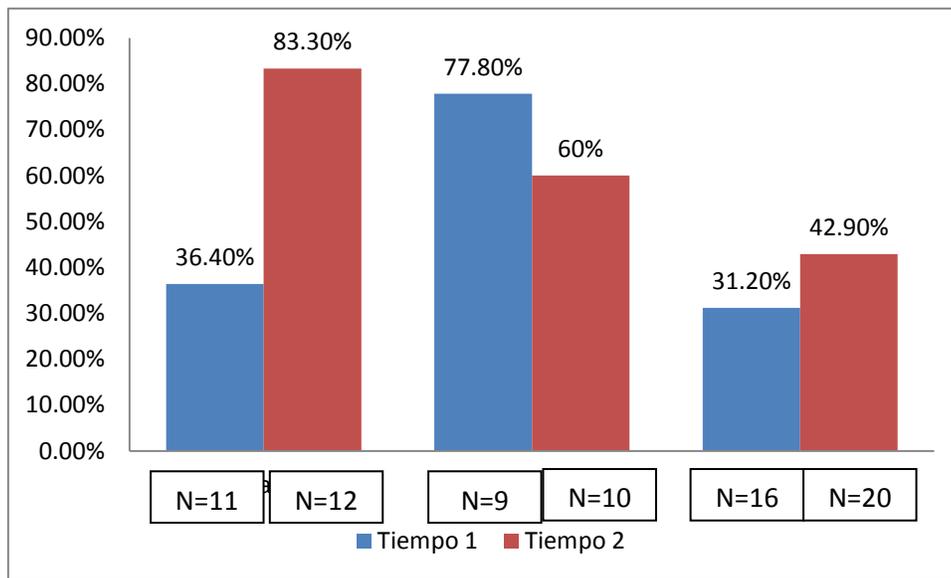


#### Descripción

La prueba Z para comparación de proporciones indica que existen diferencias estadísticamente significativas de prevalencia de SBO entre los residentes de Ginecología (p31.7%), comparados con los otros 2 grupos de residentes Medicina Interna (p61.9%) y Pediatría (63.3%). Entre estos últimos no se identifican diferencias significativas.

Gráfica 9

### Prevalencia de SBO en R1 según T1, T2

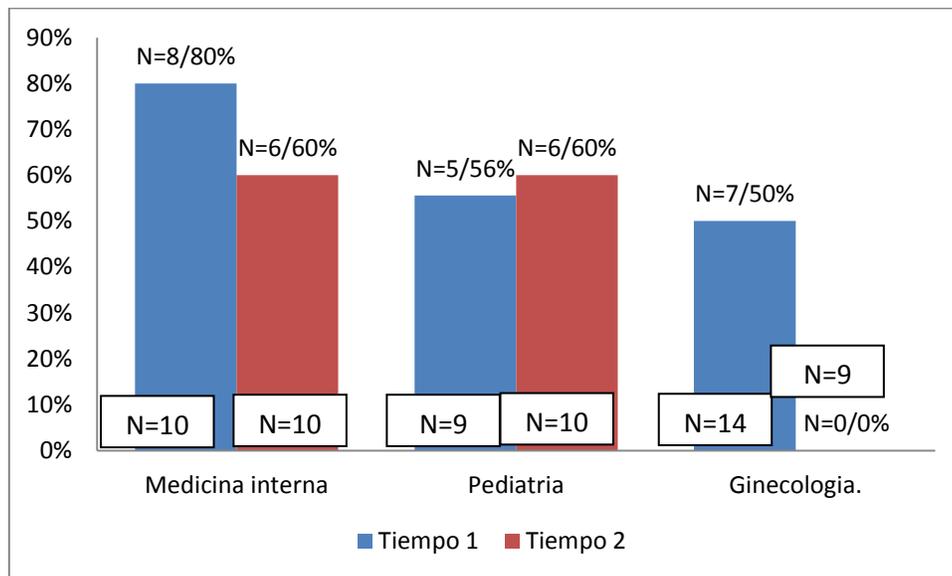


#### Descripción

En la gráfica se observa las prevalencias según T1 y T2 en los residentes de primer año en las distintas especialidades en donde se realizó la prueba Z para comparación de proporciones. Esta prueba indica que existen diferencias estadísticamente significativas de prevalencia de SBO en los residentes 1 de Medicina Interna T1 36.4% y el T2 83.3%. En los otros 2 grupos de residentes 1 Pediatría y Ginecología no se identificaron diferencias significativas entre los tiempos 1 y 2 de medición.

Gráfica 10

### Prevalencia de SBO en R2 según T1, T2

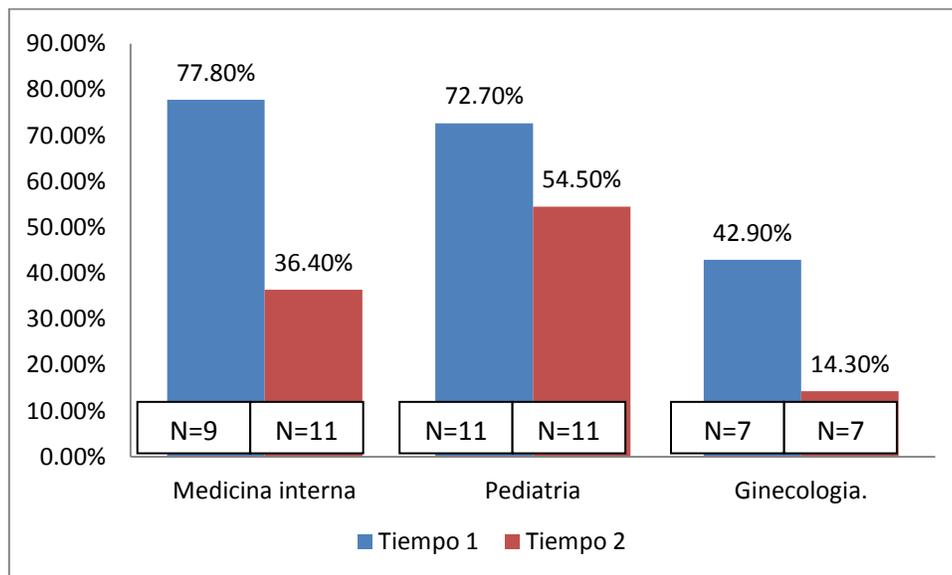


#### Descripción

En la gráfica se observa las prevalencias según T1 y T2 en los residentes de segundo año en las distintas especialidades en donde se realizó la prueba Z para comparación de proporciones. Esta indica que no existen diferencias estadísticamente significativas de prevalencia de SBO en los residentes de las 3 especialidades evaluadas según segundo año de residencia.

Gráfica 11

### Prevalencia de SBO en R3 según T1, T2



#### Descripción

En la gráfica se observa las prevalencias según T1 y T2 en los residentes de tercer año en las distintas especialidades en donde se realizó la prueba Z para comparación de proporciones, estas indica que no existen diferencias estadísticamente significativas de prevalencia de SBO en los residentes de las 3 especialidades evaluadas según tercer año de residencia.

Tabla 2

		Prevalencia de		Total	
		ansiedad Escala de			
		Hamilton.			
		SI	No		
Prevalencia de SBO en 2 grupos	SI	Recuento	75 <sub>a</sub>	21 <sub>b</sub>	96
		esperado	65.6	30.4	96.0
		% dentro de	60.0%	36.2%	52.5%
		Prevalencia de			
Total	No	Recuento	50 <sub>a</sub>	37 <sub>b</sub>	87
		esperado	59.4	27.6	87.0
		% dentro de	40.0%	63.8%	47.5%
		Prevalencia de			
Total		Recuento	125	58	183
		esperado	125.0	58.0	183.0
		% dentro de	100.0%	100.0%	100.0%
		Prevalencia de			
		ansiedad Escala			
		de Hamilton.			

#### Descripción

La prueba chi<sup>2</sup> demuestra que existe asociación estadísticamente significativa entre SBO y Ansiedad ( $X^2=8.993$ ;  $p=0.003$ ). Los residentes que presentan SBO tienen 1.35 veces más probabilidad de presentar ansiedad (RP=1.35; IC95%=1.34-2.48) comparados con los residentes que no presentan SBO.

Tabla 3

**Prevalencia de SBO en 2 grupos\*Prevalencia de depresión escala de Beck tabulación cruzada**

		Prevalencia de depresión escala de Beck		Total	
		SI	No		
Prevalencia de SBO en 2 grupos	SI	Recuento	37 <sub>a</sub>	59 <sub>b</sub>	96
		Recuento esperado	24.7	71.3	96.0
		% dentro de Prevalencia de depresoin escala de Beck	78.7%	43.4%	52.5%
	No	Recuento	10 <sub>a</sub>	77 <sub>b</sub>	87
		Recuento esperado	22.3	64.7	87.0
		% dentro de Prevalencia de depresoin escala de Beck	21.3%	56.6%	47.5%
	Total	Recuento	47	136	183
		Recuento esperado	47.0	136.0	183.0
		% dentro de Prevalencia de depresoin escala de Beck	100.0%	100.0%	100.0%

Descripción

La prueba Chi2 demuestra que existe asociación estadísticamente significativa entre el SBO y Depresión (RP=3.35; IC95%=1.90-5.90) comparados con los residentes que no presentan SBO

#### Tabla 4

Ver anexos.

#### Descripción

El análisis de chi2 Mantel-Haenszel ( $X^2=8.87$   $p=0.005$ ) indica que la asociación entre el SBO y ansiedad se identifica principalmente en los residentes de tercer año. Los residentes 3 que presentan SBO tienen 1.72 veces más (RP=1.72; IC95% =1.12-2.63) probabilidades de presentar Ansiedad comparados con los que no tienen SBO, es decir, en este caso, el año de residencia sí interfiere en la asociación entre SBO y Ansiedad.

#### Tabla 5

Ver anexos

El análisis Chi2 de Mantel-Haenzel ( $X^2=15.779$ ;  $p= 0.005$ ) indica que la asociación entre el SBO y depresión se identifica en los 3 grupos de residentes independientemente del año de residencia que curse.

Los que presentaron SBO tienen 3.35 veces más (RP=3.35; IC 95%=1.77-6.33) probabilidades de presentar depresión comparados con los que no tienen SBO, por lo tanto, el año de residencia no interfiere entre la asociación entre SBO y depresión.

#### Tabal 6

Ver anexos

El análisis Chi2 de Mantel-Haenzel ( $X^2=7.516$ ;  $p=0.006$ ) indica que la asociación entre el SBO y ansiedad se identifica, principalmente, en los residentes de medicina interna y pediatría. Los residentes de medicina interna que presentan SBO tienen 1.73 veces más (RP=1.73; IC 95%= 1.09-2.75) probabilidades de presentar ansiedad comparados con los que no tienen SBO. Para los residentes de ginecología la asociación no es estadísticamente

significativa. Es decir, en este caso, el tipo de especialidad sí interfiere en la asociación entre SBO y ansiedad.

Tabla 7

Ver anexos

El análisis Chi2 de Mantel-Haenszel ( $X^2= 14.804$ ;  $p= 0.000$ ) indica que la asociación entre el SBO y depresión se identifica, principalmente, en los residentes de Medicina Interna y Ginecología. Los de Medicina Interna que presentan SBO tienen 3.89 veces más (RP=3.89; IC95%= 1.29-11.78) probabilidades de presentar depresión comparados con los que no tienen SBO. Los de Ginecología que presentan SBO tienen 4.31 veces más (RP=4.31; IC95%= 1.48-12.58) probabilidades de presentar depresión comparados con los que no tienen SBO. Para los de Pediatría la asociación no es estadísticamente significativa. Es decir, en este caso, el tipo de especialidad SÍ INTERFIERE en la asociación entre SBO y DEPRESIÓN. Los resultados de este análisis en particular deben tomarse con cautela dado que en algunos análisis bivariados se identificaron recuentos esperados menores de 5.

Tabla 8

**Regresión logística binaria, asociación entre variables sexo, edad estado civil.**

	B	Error estándar	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
Depresión Prevalencia	1.378	.414	11.082	1	.001	3.969
Ansiedad prevalencia	.595	.358	2.760	1	.097	1.812
Edad	.048	.092	.274	1	.601	1.049
Estado civil(1)	.033	.466	.005	1	.943	1.034
Sexo	-.131	.323	.164	1	.686	.877
Constante	-4.417	2.655	2.767	1	.096	.012

VARIABLES especificadas en el paso 1: Depresión, prevalencia, ansiedad, edad, estado civil, sexo.

Descripción

Para identificar posibles asociaciones de las variables sexo, edad y estado civil, con la prevalencia de SBO, se incluyeron en un modelo de regresión logística conjuntamente con ansiedad y depresión. En este modelo las variables sexo, edad y estado civil no demostraron asociación significativa tanto en T1 como en T2.

## VI. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS

Los resultados de este estudio han puesto de manifiesto la existencia del Síndrome de Burnout en el personal médico residente del hospital Roosevelt de Guatemala con una incidencia de 11.8%  $IC_{95\%}(2.95-20.69)$ . Se obtuvo 6 médicos residentes con SBO en T2 y que no tenían en T1. Este dato es parecido a las incidencias en estudios similares como lo describe Ester Grau Alberola quien identificó una incidencia global del 30% en T2, a la vez es importante mencionar que según Ian J. Deary (25) la prevalencia de estrés laboral disminuye según el tiempo de evolución obteniendo defensas para soportar dicha carga como la modificación en algunos rasgos de personalidad. Por otro lado, se puede mencionar a Maslach y Jackson 1982, quienes describen en muestras internacionales en poblaciones de médicos residentes, la presencia de casos nuevos en estudios longitudinales presentando incidencias del 20%, 28% e incluso 31% en estudios publicados a nivel internacional. Este dato pone de manifiesto la importancia de este síndrome en poblaciones Guatemaltecas en personal médico residente. En ese mismo orden de ideas, Erick Cooley presentó en un estudio con un año de seguimiento longitudinal del SBO con niveles estables del mismo con apenas una diferencia en T1 de T2, no siendo estadísticamente significativa, él demostró la posibilidad que, aunque si existen cambios, se puede requerir incluso de más tiempo de exposición (25) (26) (27).

Se evidenció la existencia del síndrome de Burnout, con una prevalencia de SBO en T1 del 56.3% ( $IC_{95\%} \pm 46.05-66.5$ ) y una prevalencia en T2 del 48.9% ( $IC_{95\%} \pm 38.34-59.46$ ) demostrando en ambas tomas de datos, la existencia del síndrome de burnout en la población de médicos residentes de las especialidades ya mencionadas del Hospital Roosevelt. Caballero Martin en su estudio *Prevalencia y factores asociados al Burnout en un área de salud*, se encontraron niveles de Burnout con una prevalencia de 30.6% evidenciando niveles del mismo considerablemente altos, comparándolos con los resultados del presente estudio, en ambos tiempos, es aún más alto la prevalencia en ambas tomas de datos T1 56% y T2 48.9%, esto pone de manifiesto la excesiva demanda asistencial a la cual están sometidos los médicos residentes, ya que en comparación con estudios internacionales en Argentina, España y Estados Unidos la prevalencia de SBO en médicos residentes es de 10%, 24% y 37.4% respectivamente (27) (28). Por otro lado, en una muestra expuesta por

Taid D et al en su estudio titulado *SBO calidad de vida entre médicos y público en general* demostró una prevalencia superior en el grupo asistencial, específicamente, en las especialidades de primera línea crítica como lo es Pediatría y Medicina Interna con prevalencias de 45.8 % similares a las reportadas en este estudio. Es importante mencionar que los médicos residentes del Hospital Roosevelt están expuestos a factores psicosociales negativos en el trabajo aumentando con ello las demandas y existencias fisiológicas, a la vez también presentan pobre tramo de control como menciona Robert Karasec el cual indica que se obtiene una disminución en el apoyo social laboral, lo que conlleva una modificación en el clima organizacional de cada departamento, eso se refleja en pobre salud mental y aumento en la prevalencia del SBO a niveles superiores al 50%, como se puede observar en este estudio (25) (27).

Es importante mencionar que según el modelo de Robert Karasek, quien formuló el denominado modelo demanda – control como una explicación del estrés laboral en función de dos variables: La demanda o exigencias psicológicas del trabajo y el nivel de control sobre estas, es importante mencionar que los residentes poseen gran volumen de trabajo y poco tiempo para realizarlo, por otro lado, presentan la presión de sus superiores en cumplir las tareas lo más perfectamente posible lo cual somete al residente a una demanda incrementada y en la mayoría de las veces, no logra cumplir la tarea desde el punto de vista de los superiores o del mismo médico residente, ya que la perfección es subjetiva. Por otro lado Jonshon amplió el modelo de Robert Karasek (37). este añadió una tercera dimensión siendo esta el apoyo social u organizacional, por lo tanto, puede observarse en este estudio que los puestos de trabajo de los médicos en formación presentan grandes exigencias por sus superiores y ellos mismo contrastándose con un escaso control en toma de decisiones junto a un escaso o casi nulo apoyo organizacional y social.

Respecto a los datos encontrados en la investigación sobre la prevalencia del SBO en los departamentos de Medicina Interna, Pediatría y Ginecología en la primera toma de datos; se puede visualizar datos alarmantes, ya que en los tres departamentos se presentan prevalencias reportadas superiores a las reportadas en muestras internacionales como nacionales, ya que Lissolett N, et al. demostró que el SBO es común en médicos residentes con prevalencias de 30% al 40%, Tait D, Shanafelt, et al (25) (26), mostraron en una muestra compuesta por 115 médicos residentes de un programa de medicina interna en Estados Unidos una prevalencia del 75% superior a la presentada en este estudio T1 56%. Se puede observar que Pediatría presentó la mayor prevalencia con 69%. Esto es muy por arriba a las

prevalencias reportadas en estudio Latino americanos, como indica Pedro R, Gil Monte en Argentina, en una muestra de 123 pediatras en donde reportaron una prevalencia de 10.59% siendo 4 veces menor que la reportada en este estudio. A la vez en estudios realizados en España, López, Rodríguez, Fernández, Marcos, Martín y Martín (2005) obtuvieron una prevalencia del 20.8%, en un estudio en personal asistencial pediátrico. Jiménez et al. (2002) en un estudio realizado en cirujanos pediatras obtuvieron una prevalencia del 5.9%, mientras que Bustinza et al. (2000) en un estudio de síndrome de quemarse por el trabajo en pediatras de hospitales generales informan una prevalencia del 10%. En Brasil, Dutra (2004) informa de prevalencia del 53,7% para un estudio realizado, en un hospital universitario a pediatras, lo anterior demuestra que en este estudio se obtuvo prevalencias superiores a las reportadas internacionalmente (29) (30).

Esto puede explicarse por una parte por la dinámica organizacional utilizada a nivel de jefatura de departamento actual, ya que los médicos residentes del departamento de Pediatría presentan altos niveles de responsabilidad sobre la salud integral de niños y adolescentes, la relación pediatra-paciente-familia está enmarcada en circunstancias biopsicosociales, lo que exige la implicación emocional del pediatra en los problemas de los niños y sus familias, a lo que se suma las restricciones presupuestarias reduciendo de esta manera el tramo de control y aumentando la frustración por no poder realizar correctamente el trabajo con escasez de personal y de recursos. El trabajo del médico residente en pediatría presenta continuas interrupciones y reorganizaciones condicionadas por el ingreso del paciente; es decir, de emergencia o urgente lo que lleva a la máxima ocupación en turnos y a la saturación del sistema, lo cual determina falta de control sobre el contenido y la planificación de la tarea. A esto se suma el poco reconocimiento de los jefes y del jefe del departamento, tiempo escaso para atender a cada paciente y, sobre todo, el evento emocional de pérdida y frustración por el sufrimiento y lamento del paciente pediátrico quien es más devastador emocionalmente, en algunas personas (37).

Respecto al departamento de ginecología la prevalencia reportada en este estudio fue de 40.5% en T1 este dato evidencia que de los 3 departamentos evaluados en la primera toma de datos es el que menor prevalencia reportó en comparación a medicina interna y pediatría, ahora bien, el hecho que sea la menor prevalencia no desaparece o disminuye el hecho que de igual modo la prevalencia reportada, en comparación con muestras internacionales, es de 2 a 3 veces mayor, a excepción del estudio presentado por Castellano Branco et al. en donde evidenció una prevalencia de 58%. Según Carol Peckham et al. quienes presentaron

una investigación en el 2013, en donde evidencian las especialidades en Estados Unidos con la mayor prevalencia de SBO, de 53% y 50% respectivamente, los departamentos de medicina de emergencia y cuidado crítico como las más afectadas por el SBO seguida en 4to lugar con una prevalencia del 42 % para Ginecología y obstétrica poniendo de manifiesto el alto grado por el cual esta especialidad está sometida a la carga laboral (30).

En la segunda toma de datos se evidenció disminución en los porcentajes de SBO en todos los departamentos, por ejemplo, medicina interna presentó una prevalencia del 63.3% reduce a 61.8% no siendo este dato estadísticamente significativa, al igual que pediatría en donde se presentó una prevalencia en T1 de 63.1 % reduce a 58.1 % que de igual forma no fue un dato estadísticamente significativo, por otro lado, el departamento de ginecología sí presentó una diferencia estadísticamente significativa de T1 con 40.5% a 17.4% en T2. Es importante mencionar que las tasas de prevalencias dependiendo de la especialidad médica van de 30% a 65%, sin embargo, según los estudios reportados las tasas con mayor prevalencia de SBO son en los médicos que laboran en la primera línea de atención como medicina de urgencias y atención primaria.

El informe de Medscape 2015, refleja el mismo patrón con las tasas más altas de SBO en médicos de cuidados críticos (53%) medicina de urgencias (52%), y médicos de familia, internistas y cirujanos generales (50%), por lo tanto, esto puede explicar en parte como en el presente estudio se observan mayor tasa de prevalencias en las 3 especialidades estudiadas, específicamente, medicina interna y pediatría, ya que estas presentan unidades de cuidado críticas como emergencia e intensivos, no obstante, todos los turnos son cada 4 días, turnándose por lo menos más de 5 veces al mes en las unidades de cuidados críticos y emergencias, esta situación que aunque en Ginecología y Maternidad son evidentes, en emergencia no se presenta unidades de cuidados intensivos como en las otras dos especialidades, además, los lugares de turno y el tipo de casos tratados en el departamento de Ginecología y Maternidad, en volumen de mortalidad, es mucho menor que en los otros dos departamentos, sumado a ello, la cultura y clima organizacional, desde el punto de vista de los mismo médicos del hospital, es más tranquilo y en pro del médico residente esto explica parte de la disminución de la prevalencia en dicho departamento (30).

Con respecto a la prevalencia y su disminución en la segunda toma de datos con relación estadísticamente significativa se puede tomar el modelo de Robert Karasek en donde las altas demandas laborales y la realidad del trabajo se confrontan con la percepción o idea que se tenía previo a iniciar un proceso de cambio. Por lo que en la primera toma de datos se

presentan porcentajes mayores de desgaste laboral y en la segunda, reduce la prevalencia a 17.4%, lo que significa una adaptación al medio y entorno logrando superar la curva de aprendizaje y reduciendo de esta manera la prevalencia de SBO (37).

Respecto a la prevalencia global del SBO se puede observar que para medicina interna es de 61.9%, pediatría 63.30%, Ginecología Obstetricia y maternidad 31.70%. Este dato es interesante, ya que el que presenta mayor prevalencia de SBO fue el departamento de pediatría comparándolo con estudios internacionales como lo presentado por Carol Peckham en el Physician Lifestyle Report 2015, en donde medicina interna mostró una prevalencia del 50%, pediatría 44% y ginecología y obstetricia 49%. Lo anterior indica que el personal médico, en comparación a las demás profesiones, presentan 3 veces más riesgo de padecer Burnout y, en la población médica, las especialidades que más se relacionan son las de cuidado crítico. Este estudio pone de manifiesto la existencia del síndrome y la prevalencia en la población guatemalteca con niveles preocupantes de desgastes laboral en las 3 especialidades mencionadas (30).

Respecto a la prevalencia de SBO en T1 y T2 según año de residencia, se puede observar en la primera toma de datos, un aumento de prevalencia de SBO conforme aumenta el año de residencia, con prevalencias de 44.4% 60.6% y 66.7% según R1, R2 y R3 respectivamente, este dato se puede atribuir a que según Tzischinsky et al. en estudios longitudinales a nivel de múltiples especialidades la prevalencia del SBO aumenta conforme aumenta el grado de responsabilidad, esta situación se evidenció en la primera toma de datos. También hay que mencionar que al inicio la carga de responsabilidad de los residentes de primer año no se compara con los residentes de segundo año o de tercer año, ya que los residentes de primer año no presentan mayor experiencia ni tiempo expuesto al ámbito de residencias médicas a diferencia de sus compañeros de los años R2 y R3. En ese sentido, conforme el tiempo de exposición aumenta la responsabilidad de los residentes de primer año, aumenta la curva de aprendizaje en los mismo llega a su punto más alto cometiendo más errores, los cuales a la vez son mal vistos por sus compañeros de años superiores distorsionando su percepción de logro y capacidad personal, incluso se utiliza en ocasiones como argumento para castigo o confrontación por parte de las autoridades las expectativas individuales y personales del trabajo con la realidad del mismo, a la vez se presentan la incerteza y duda de poder ser promovidos al siguiente año de la especialidad (29) (30) (31).

Por lo expuesto, la prevalencia del síndrome se modifica en la segunda toma de datos aumentándola en los R1 con 65.5% reduciéndose de este modo la misma en los años superiores R2 43.5% y R3 37.9% respectivamente. Respecto a la disminución de la prevalencia en los R3 se puede argumentar como menciona Robert Karaseck en su modelo de tramo de control que a mayor tramo de control menor prevalencia de SBO, por lo que al inicio del año los R3 presentaban un cambio en su línea administrativa, pero conforme aumenta la exposición al nuevo rol de R3, el tramo de control aumenta ya que se presenta el cúmulo de conocimiento de los años anteriores presentándose en la última fase de la curva de aprendizaje, esto permite resolver de mejor manera las problemáticas que se le presenta, si bien es cierto aumenta la responsabilidad de igual forma aumenta el tramo de control y sin la presión y carga de residentes de años superiores que ejerzan autoridad y mando ya que el rol de R3 hace que ellos sean autoridad obteniendo el control sobre los años de menor jerarquía y quienes depositan y delegan gran cantidad de la carga laboral traduciéndose en menor desgaste laboral y por ende menor prevalencia de SBO en la segunda toma de datos (37).

Respecto a la prevalencia de SBO según tipo de departamento y 1er año de residencia, se puede observar que en el departamento de Medicina Interna, en la primera toma de datos, se presentó una prevalencia de SBO de 36.40% aumentando considerablemente en la segunda toma de datos con 83.30%, este porcentaje es estadísticamente significativo dicho aumento no así los porcentajes de los otros dos departamentos, este dato significa que sí existe relación entre ser del departamento de medicina interna en R1 y el tiempo de exposición (segunda toma de datos) para presentar el SBO. Sin embargo, en los otros dos años de residencia R2 y R3 se puede observar en todos los departamentos que no existió relación estadísticamente significativa entre el año de la residencia y el departamento evaluado.

Según menciona Samuel Melamed et al, la asociación entre SBO, ansiedad y depresión es alta. Ahora bien la identificación del causante es complicado ya que rara vez las emociones se presentan solas. Por ejemplo, la ansiedad y la depresión generalmente se presentan al mismo tiempo, de igual modo el SBO y la ansiedad, esto dificulta la identificación de la causa efecto. Por otro lado, Yanwein Ding et al, en un estudio realizado en china identificó en personal asistencial una relación estadísticamente significativa entre la prevalencia del SBO y la relación con síntomas ansiosos y llegó a la conclusión que el SBO media la producción de los síntomas ansiosos (33) (34).

No obstante, en el presente estudio cuando se realizó la prueba  $\chi^2$  se demostró que existe asociación estadísticamente significativa entre SBO y Ansiedad ( $X^2=8.993$ ;  $p=0.003$ ) por lo tanto, los residentes que presentaron SBO tienen 2.64 veces más probabilidad de presentar ansiedad (RP=1.35; IC95%=1.34-2.48) comparados con los residentes que no presentan SBO. Es importante mencionar que este dato no pretende identificar el causante principal del SBO, pero sí identificar una relación directa entre el síndrome y los síntomas ansiosos. Según refiere la literatura actual, la mayoría de los estudios presentados sí presentan asociación entre el síndrome de SBO y los síntomas ansiosos, sin embargo, es poca la información referente al riesgo relativo entre el síndrome y el desarrollo del SBO. Este dato se puede atribuir a que el agotamiento emocional es el que mayormente está relacionado a presentar los síntomas ansiosos. Según M. Salanova et al, en donde presenta el modelo de Burnout y engagement en donde explica cómo la dimensión de autoeficacia personal está relacionada específicamente con la percepción de toma de control tanto en el presente como su percepción de autoeficacia a futuro y ello genera miedo e incerteza en una posición futura catastrófica del individuo generando gran cantidad de síntomas ansiosos. Situación que se puede aplicar a los resultados presentados en esta investigación (34) (35).

Es importante mencionar que en este estudio, el análisis de  $\chi^2$  Mantel-Haenszel ( $X^2=8.87$   $p=0.005$ ) indica que la asociación entre el SBO y Ansiedad se identificó principalmente en los residentes de tercer año. Los tres residentes que presentaron SBO tienen 1.72 veces más (RP=1.72; IC95% =1.12-2.63) probabilidades de manifestar Ansiedad comparados con los que no tienen SBO, es decir en este caso, el año de residencia si interfirió en la asociación entre SBO y Ansiedad, lo cual se puede explicar por la carga de responsabilidad que están sometidos los residentes de mayor jerarquía al ser responsables no solo de sus propias acciones sino de las acciones de todos los residentes que están abajo de la línea de jerarquía reduciendo el tramo de control o la percepción del mismo, situación que genera conductas disruptivas totalitarias para ejercer mayor control en los médicos residentes de menor jerarquía como los son los turnos de castigo, castigos inapropiados o violencia psicológica.

Por otro lado, el análisis  $\chi^2$  de Mantel-Haenzel ( $X^2=7.516$ ;  $p=0.006$ ) indicó que la asociación entre el SBO y ansiedad se identificó principalmente en los residentes de medicina interna y pediatría. Los residentes de medicina interna que presentan SBO tienen

4.58 veces más (RP=1.73; IC 95%= 1.09-2.75) probabilidades de presentar ansiedad comparados con los que no tienen SBO.

Para los residentes de ginecología la asociación no es estadísticamente significativa. Es decir en este caso, el tipo de especialidad si interfiere en la asociación entre SBO y ansiedad. Este dato se puede explicar con base en el estudio publicado por Medscape 2015, *Physician Life Repórt* en donde indican que la mayor prevalencia de SBO es en las especialidades de cuidado crítico y emergencias críticas, dato que se presenta en mayor medida en medicina interna y pediatría del Hospital Roosevelt, ya que ginecología anuqué sí presenta servicio de emergencia, por lo general las emergencias que se evalúan, no son de cuidado critico como en medicina interna y pediatría; por otro lado, ginecología no presenta servicio de intensivo cosa que sí presentan los otros dos departamentos, aunado a que el volumen de pacientes tratados en estas unidades críticas supera al departamento de ginecología (30) (31) (32).

Respecto al SBO y la depresión se puede mencionar la prueba Chi2 demostró, en este estudio, que existe asociación estadísticamente significativa entre el SBO y Depresión (RP=3.35; IC95%=1.90-5.90) comparados con los residentes que no presentan SBO. Según la literatura internacional la depresión presenta relación con el SBO ya que los altos niveles de exigencias o demandas Psicológica, asociado a bajos niveles de toma de control, decisión sobre su presente y bajo apoyo social en el trabajo generan altas demandas de exigencias cognitivas sometiendo al colaborador a niveles superiores de estrés, de esta manera provoca la aparición de síntomas depresivos. Ahora bien según V. Brenninmeyer et al, en su estudio *La depresión y el Burnout* no son gemelos idénticos, presenta un modelo en donde indica que aunque parecidos la depresión y el síndrome, la depresión aparece en las últimas fases del SBO, también indica que la sub escalas de realización personal son las que están relacionadas con los síntomas depresivos. Él indica que aunque las demandas o exigencias propias del trabajo pueden estar aumentadas, se puede estar cansado emocionalmente e incluso se puede presentar la despersonalización a niveles aumentados, esto no es suficiente para que el individuo genere un cuadro depresivo. Ahora bien la sub escala de realización personal es la escala con mayor valorización cognitiva en donde el sujeto pone al yo con la imagen de fracaso y minusvalía, es decir, es la que valora la percepción de la misma persona con lo que desea y la confronta con lo que es, por lo que si esta dimensión se encuentra aumentada, el sujeto puede iniciar a presentar la

sintomatología depresiva, es entonces la dimensión de realización personal la más importante en la asociación de síntomas depresivos y desarrollo de SBO (33).

Por otro lado, es necesario mencionar que según el análisis Chi<sup>2</sup> de Mantel-Haenzel que se realizó ( $X^2=15.779$ ;  $p= 0.005$ ) indicó que la asociación entre el SBO y depresión se identificó en los 3 grupos de residentes independientemente del año de residencia que cursara. Los que presentaron SBO tienen 3.35 veces más (RP=3.35; IC 95%=1.77-6.33) probabilidades de presentar depresión comparados con los que no tienen SBO, por lo tanto, este dato significa que el año de residencia no interfiere entre la asociación del SBO y depresión. Este resultado, según M, Salanova et al, el factor de autoeficacia personal está más relacionado a padecer síntomas depresivos ya que compara a la persona en su modelo cognitivo entre lo que desea ser y lo que realmente es o ha logrado ser, estas situación genera una sensación de incapacidad y pobre autorrealización personal, em este caso la persona pierde la percepción de que es útil en el rol que está ejerciendo. Según Veerle Brenninkmeyer et al, la relación de SBO y depresión se da cuando la persona pierde la percepción de superioridad personal y al momento de realizar la autoevaluación se producen comparaciones entre la percepción del yo y la percepción de los demás y con ello se evidencia el sentido de inferioridad, la perdida de la autoeficacia o autorrealización personal generando de esta manera la sintomatología depresiva indistintamente del año, puesto o situación del colaborador en este caso el médico residente (35) (36).

Por último, el análisis Chi<sup>2</sup> de Mantel-Haenzel ( $X^2= 14.804$ ;  $p= 0.000$ ) indicó que la asociación entre el SBO y Depresión se identifica, principalmente, en los residentes de Medicina Interna y Ginecología. Los de Medicina Interna que presentan SBO tienen 3.89 veces más (RP=3.89; IC95%= 1.29-11.78) probabilidades de presentar Depresión comparados con los que no tienen SBO. Los de Ginecología que presentan SBO tienen 4.31 veces más (RP= 4.31; IC95%= 1.48-12.58) probabilidades de presentar Depresión comparados con los que no tienen SBO. Para los Pediatría la asociación no es estadísticamente significativa. Es decir, en este caso, el tipo de Especialidad SÍ INTERFIERE en la asociación entre SBO y DEPRESIÓN. Los resultados de este análisis en particular deben tomarse con cautela dado que en algunos análisis vivaríamos se identificaron recuentos esperados menores de 5. Este dato nuevamente tiene relación con los resultados presentados anteriormente con la asociación del SBO y ansiedad en donde se evidencia mayor asociación en los departamentos con mayor unidades de cuidado crítico y servicios de

urgencia, los cuales el departamento de medicina interna al igual que el de pediatría superan al departamento de ginecología, se puede dar una explicación del porqué ser de pediatría o de medicina interna sí influye en tener SBO y desarrollar síntomas depresivos (36).

Referente a tipos de personalidad y el desarrollo del SBO se pueden mencionar lo siguiente.

Clúster A y SBO:

En el tiempo 1 no existe asociación entre el tipo de personalidad del clúster A con la prevalencia del SBO, sin embargo, en el tiempo 2 sí se demostró que existe asociación estadísticamente significativa entre ambas variables, al presentar algún tipo de personalidad del clúster A resulta ser factor de riesgo para desarrollar SBO en T2, en los que presentan alguno de estos 3 rasgos tienen un riesgo de 2.98 RP comparados con los que no presentan ningún tipo de personalidad del clúster A. 2.98 (1.22 a 7.22).

Clúster B y SBO:

En el tiempo 1 no se identificó relación significativa entre las personalidades del Clúster B y la prevalencia de SBO  $X^2=0.152$  ( $p=0.697$ ). Para el tiempo 2 no se identificó relación significativa entre las personalidades del Clúster B y el desarrollo del SBO  $X^2= 1.379$  ( $p=0.240$ ).

Clúster C y SBO.

En el tiempo 1 no se encontró evidencia significativa que demostrara asociación entre las personalidades del clúster C y la prevalencia del SBO  $x^{2=3.388}$  ( $p=0.066$ ). De igual manera, en el tiempo 2 no se identificó ningún elemento que demostrara relación significativa entre las personalidades del clúster C y la prevalencia de SBO  $x^2=0.00$  ( $p=1.00$ ).

Referente a los resultados de SBO y su relación a la personalidad se puede, ver como dato de interés, que de los 3 clúster en el tiempo 1 de toma de datos no se presentó relación estadística entre el desarrollo del síndrome y el desarrollo patológico de rasgos de personalidad, sin embargo, en la toma de datos 2 sí se evidenció relación estadística con el desarrollo del SBO y rasgos de personalidad del clúster A demostrando que a mayor tiempo de exposición se produce el desarrollo del síndrome aunado a cambios en la personalidad del individuo como mecanismo de defensa para poder soportar las altas demandas físicas, cognitivas y laborales (36) (30).

Este dato tiene relevancia ya que pone de manifiesto como la exposición a altas demandas de trabajo, con cargas extenuantes físicas, poco locus de control y demás factores que se han descrito en los párrafos anteriores producen como mecanismo de defensa modificaciones en los rasgos de personalidad, específicamente, los rasgos del clúster A los cuales son los Paranoides, Esquizoides y Esquizotípicos, en especial, rasgos paranoides de la personalidad (36).

Es importante mencionar que el médico residente llega en ocasiones a presentar síntomas bastante severos de ansiedad como se demostró en este estudio, ya que llega a la situación de no confiar en nadie por las competencias tan altas en notas y promoción a los años superiores del programa de residencias con los demás médicos en formación, por lo que el médico residente llega a desconfiar de una gran mayoría de personas esperando en ocasiones que sea perjudicado por básicamente cualquier situación o problemática tornándose hipervigilante, prestando extrema atención en cualquier error con el fin de evitarlo y disminuir el riesgo, lo anterior explica en parte el porqué del aumento de este rasgo (34) (35) (36).

## 6.1 CONCLUSIONES

6.1.1 Los resultados de este estudio han puesto de manifiesto la existencia del Síndrome de Burnout en el personal médico residente del hospital Roosevelt de Guatemala evidenciando la existencia del síndrome con una prevalencia de SBO en T1 del 56.3% ( $IC_{95\%} \pm 46.05-66.5$ ) y una prevalencia en T2 del 48.9% ( $IC_{95\%} \pm 38.34-59.46$ ). Ambas tomas de datos manifiestan la existencia del Síndrome de Burnout en la población de médicos residentes de las especialidades de medicina interna, ginecología y pediatría.

6.1.2 Se identificó una incidencia del 11.8%  $IC_{95\%}(2.95-20.69)$ , se estableció la presencia de SBO en 6 médicos residentes en T2 y que no presentaban el síndrome en T1. Este dato es parecido a las incidencias en estudios similares como lo describe Ester Grau Alberola él identificó una incidencia global del 30% en T2, además, es importante mencionar que según Ian J. Deary la prevalencia de estrés laboral disminuye según el tiempo de evolución obteniendo defensas para soportar dicha carga como la modificación en algunos rasgos de personalidad a través de síntomas depresivos y ansiosos que se mantengan por largo tiempo.

6.1.3 De los 96 médicos residente evaluados en T1, el departamento que presentó mayor prevalencia de SBO fue medicina interna con 69%, en segundo lugar, pediatría con 63.3%; y por último, el departamento de ginecología con una prevalencia del 49.5%, no existe diferencias estadísticamente significativas de SBO en los tres departamentos en la primera toma de datos.

6.1.4 Del total de 88 sujetos evaluados en la segunda toma de datos, el departamento que presentó la mayor prevalencia de SBO fue medicina interna con un porcentaje del 61.8% seguido de pediatría con 58.1 %; y por último, el de ginecología con 17.4%. En relación a medicina interna y pediatría sí existió diferencias estadísticamente significativas en la segunda toma de datos. Se demuestra que el tiempo de exposición relacionado al departamento en donde se encuentre el residente sí tiene relación con el desarrollo del SBO, lo anterior se puede explicar con base en los estudios publicados a nivel internacional en donde las especialidades de cuidado crítico y emergencia crítica presentan climas organizacionales patológicos dentro de los departamentos médicos, aumentando el desgaste laboral y por ende reduciendo el tramo de control y percepción de éxito de los médicos residentes a diferencia del departamento de ginecología que no presenta estos servicios ni el clima laboral tan patológico como los otros dos departamentos mencionados.

6.1.5 Respecto al SBO y el año de residencia se evidenció que existen diferencias estadísticamente significativas de prevalencia de SBO únicamente en los residentes 1 de medicina interna en T1 36.4% a diferencia de T2 83.3%, en donde las altas demandas laborales, exigencias físicas como mentales el tramo de control reducido en la toma de decisiones del mismo médico residente, así como, pobre toma de decisiones en el manejo y evolución de sus paciente generan un choque con la percepción inicial de lo que el médico creía que era el entrenamiento así como, el rol como médico residente inicial previo al inicio de la residencia y la realidad del mismo 8 meses después en la segunda toma de datos. Es importante mencionar que los demás años de residencia según especialidad no presentaron diferencias estadísticamente significativas en ambas tomas de datos.

6.1.6 Se evidenció asociación estadísticamente significativa entre SBO y Ansiedad ( $X^2=8.993$ ;  $p=0.003$ ). Los residentes que presentaron SBO tienen 2.64 veces más probabilidad de presentar ansiedad (RP=1.35; IC95%=1.34-1.48) comparados con los residentes que no presentan SBO.

6.1.7 Se evidenció por medio del análisis de Chi<sup>2</sup> Mantel-Haenszel ( $X^2=8.87$   $p=0.005$ ) asociación entre el SBO y Ansiedad. Se identificó dicha relación, principalmente, en los residentes de tercer año. Por lo tanto, los residentes del tercer año de residencia que presentan SBO tienen 5.15 veces más (RP=1.72; IC95% =1.12-2.63) probabilidades de presentar Ansiedad comparados con los que no tienen SBO, es decir en este caso, el año de residencia sí interfiere en la asociación entre SBO y Ansiedad.

Es importante mencionar como el último año de residencia, en especial el R3, es el que presenta mayor responsabilidad desde el punto de vista administrativo, ya que un error por parte de los médicos en los años inferiores supone amonestación o llamada de atención por parte de las autoridades hospitalarias o incluso algún proceso de demanda contra el residente de mayor jerarquía, esto hace que la persona presente una disminución en la percepción del control que se tiene sobre el personal a cargo, de esta forma aumenta la ansiedad como mecanismo de defensa para poder generar conductas aversivas e incluso modificaciones en los patrones de personalidad para que de esta manera se ejerza mayor control sobre los demás, generando de esta manera un control mayor por medio de la intimidación y en algunas ocasiones abuso de poder.

6.1.8 Se evidenció asociación entre el SBO y ansiedad ( $X^2=7.516$ ;  $p=0.006$ ) en los residentes de medicina interna y pediatría. En donde los residentes de medicina interna que presentan SBO presentaron 1.73 veces más (RP=1.73; IC 95%= 1.09-2.75) probabilidades de manifestar ansiedad comparados con los que no tenían SBO al momento del estudio. Para los residentes de ginecología la asociación no resultó estadísticamente significativa. Es decir en este caso, el tipo de especialidad sí interfiere en la asociación entre SBO y ansiedad.

6.1.9 Se demostró asociación estadísticamente significativa entre el SBO y Depresión (RP=3.35; IC95%=1.90-5.90) comparados con los residentes que no presentaron SBO.

10) Se logró identificar asociación entre el SBO y la depresión ( $X^2=15.779$ ;  $p= 0.005$ ) en los 3 grupos de residentes independientemente del año de residencia que cursasen. Los que presentaron SBO tienen 3.35 veces más (RP=3.35; IC 95%=1.79-6.33) probabilidades de presentar depresión comparados con los que no tienen SBO, por lo tanto, el año de residencia a diferencia con la ansiedad no interfiere en la asociación entre SBO y la depresión.

6.1.10 Este estudio evidenció que la asociación entre el SBO y Depresión ( $\chi^2= 14.804$ ;  $p= 0.000$ ) se identificó, principalmente, en los Residentes de Medicina Interna y Ginecología. Los de Medicina Interna que presentaron SBO tienen 3.89 veces más (RP=3.89; IC95%= 1.29-11.78) probabilidades de padecer Depresión comparados con los que no resultaron positivos para SBO. Los de Ginecología que manifestaron el síndrome tienen 4.31 veces más (RP= 4.31; IC95%= 1.48-12.58) probabilidades de presentar Depresión comparados con los que no tienen SBO. Según M, Salanova et al, el factor de autoeficacia personal está más relacionado a padecer síntomas depresivos, ya que compara a la persona en su modelo cognitivo entre lo que desea ser y lo que realmente ha logrado ser, generando una sensación de incapacidad, pobre autorrealización personal, la persona pierde la percepción de que es útil en el rol que está ejerciendo y presenta la sintomatología depresiva a mayor tiempo de padecer SBO.

6.1.11 Para los residentes de Pediatría la asociación no resultó estadísticamente significativa. Esto quiere decir en este caso, el tipo de especialidad sí interfiere en la asociación entre SBO y depresión.

6.1.12 Referente a la asociación entre el tipo de personalidad y el desarrollo del SBO en el tiempo 1 no se evidenció asociación entre ningún tipo de personalidad del clúster A,B,C con la prevalencia del SBO, sin embargo, en el tiempo 2 se demostró que existe asociación estadísticamente significativa entre ambas variables cuando se presenta algún tipo de personalidad del clúster A como lo es la personalidad paranoide, esquizoide o esquizotípica, pero la personalidad paranoide resulta ser un mecanismo reactivo ante el SBO en T2, presentando un riesgo de (RP= 2.98; IC95%=1.22 a 7.22) comparados con los que no presentan ningún tipo de personalidad del clúster A. 2.98 (1.22 a 7.22). En los otros dos clúster tanto B como C no presentan asociación estadísticamente significativa. Clúster B  $\chi^2= 1.379$  ( $p=0.240$ ). Clúster C,  $\chi^2=0.00$  ( $p=1.00$ ).

## 6.2 RECOMENDACIONES

6.2.1 Presentar a las autoridades del Hospital Roosevelt de Guatemala los resultados de este estudio donde se identificó la existencia del Síndrome Burnout, al inicio del año, en 56.3% en sus médicos residentes y finalizando el mismo, se presentó una prevalencia de 48.9% con una incidencia de 11.8% siendo este un dato alarmante y peligroso para el personal asistencial de los distintos departamentos estudiados.

6.2.2 Implementar políticas para mejorar el clima laboral de cada departamento, así como, la calidad del trabajo del médico residente, como por ejemplo, roles de turnos con menor duración de horas trabajadas, también disminuir el tiempo en las unidades críticas como unidades de emergencias o aumentar la cantidad de médicos residentes para reducir la carga laboral con mejores incentivos económicos con el objetivo de mejorar la psiquis de los residentes.

6.2.3 Se propone manejar roles rotativos en donde constantemente estén cambiando de ambiente entre un servicio y otro, hacer especial énfasis en los servicios de intensivos y de emergencia e incrementar el número de personal para dichos servicios, de este modo, eliminar la repetitividad del puesto de trabajo y reducir la carga laboral.

6.2.4 Manejar políticas de incentivos laborales. (No necesariamente incentivos económicos), sino con actividades, premios en horas libres, actividades de crecimiento fuera del área laboral y, lo más importante, reconocer por parte de las autoridades el trabajo que realizan los médicos residentes, por ejemplo: Residente del mes, o el grupo de turno del mes. Promocionando actividades anuales en donde se reconozca el trabajo del médico en entrenamiento.

6.2.5 Prestar especial atención al médico residente que inicia el entrenamiento R1 por medio de estudios de clima laboral de forma trimestral, ya que este estudio demostró que la mayor prevalencia del SBO se presenta al inicio del programa de residencias. Las altas expectativas de la residencia, previo a iniciar esta, se topan de frente con la realidad del trabajo y la realidad del rol del entrenamiento, siendo un choque cognitiva frontal con lo que se creía y lo que realmente es. Esta situación genera la mayor cantidad de ausentismo laboral, pérdidas y desertores en los programas de entrenamiento al inicio de la residencias.

6.2.6 Dar seguimiento y no permitir mal trato o abuso de autoridad por parte de médicos residentes a otros médicos residentes, prestar especial atención a los R3 en donde estos por presentar mayor tiempo de exposición al rol laboral manifiestan no necesariamente mayor prevalencia de SBO, pero si cambios en su personalidad en especial cambios del cluster A o paranoides como mecanismo de defensa para soportar el desgaste, esto puede generar mobbing a los médicos de años inferiores por lo que se debe dar seguimiento y castigar y no permitir ningún tipo de acoso o abuso de poder.

6.2.7 Proporcionar los insumos, personal, instalaciones adecuadas, utensilios, equipos y entrenamiento necesario para que de esta manera se disminuya la reducción en la percepción del tramo de control del médico residente, ya que una de las principales variables de la producción de este síndrome radica en no tener la capacidad para poder solventar de una adecuada manera los problemas que surjan, en este caso los miles y cientos de casos de pacientes diarios que los médicos residentes deben solventar sin los requerimientos necesarios para dicho objetivo.

6.2.8 Involucrar más al médico residente de años inferiores en toma de decisiones en el área o departamento donde rote y reducir la brecha en la cadena de mando vertical de los niveles más bajos hacia los niveles más altos entre los médicos residentes. (Que exista comunicación eficiente entre autoridades y demás personal).

6.3.9 Disponer de un área específica de apoyo psicológico y psiquiátrico para el médico residente de todos los programas de entrenamiento del Hospital Roosevelt para dar seguimiento, tratamiento y asesoría. Ya que como lo demostró este estudio, la asociación de SBO con ansiedad (RP=1.73; IC 95%= 1.09-2.75) y depresión (RP=3.35; IC 95%=1.79-6.33) es evidentemente alta, por lo cual se pone de manifiesto la necesidad de tratamiento profesional en salud mental, específicamente, para este grupo vulnerable del hospital.

6.3.10 Para futuras investigaciones continuar con la línea del presente estudio con una muestra de mayor tamaño a mayor tiempo de seguimiento y mayor cantidad de departamentos estudiados.

## VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Salud pública de México / vol.44, no.1, / Pedro R Gil-Monte, PhD/ Validez factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory-General Survey. enero-febrero de 2002 fecha de consulta 4-5-2012 disponible en: <http://www.insp.mx/salud/index.html>
2. Revista electrónica internacional de la Unión Latino Americana de Entidades de Psicología/ Angel moreno Toledo/ Burn Out asistencial: identificación, prevención y mediación en factores precipitantes/ España 2008, Acezado el día 17-6-2012. Acceso en <http://www.psicolatina.org/11/burnout.html>.
3. Mediano, L. El Burnout en los médicos, causas, prevención y tratamiento. Barcelona: Ricardo Pratz y asociados, 2002. Tomo 1. pp 111.
4. Barreto, Sandra, Estrés Laboral: el Síndrome de Burnout. Accesado el día 2-4-2012 disponible en <http://ECOFIELD-ElsindromedeBurnout.com.ar.html>.
5. Pineda,E. et al. (1994) Metodología de la investigación. 2ª. ed. Norma , ,Washington OPS. Pág. 165.
6. Actualidad Noticias. Las condiciones laborales y la falta de motivación explican el aumento del Burnout entre los médicos. España 2004. Accesado el.día.2-7-2012.disponible.en <http://www.prevenciointegral.com.archivos/noticias.html>
7. Plataforma 10 minutos. Síndrome de BurnOut, Barcelona 2002. Accesado el día 3-4-2012 disponible en <http://www.diezminutos.org/Burnout.html>
8. Díaz, R y Lartigue, t. síndrome de Burnout, desgaste emocional en los cirujanos dentistas, revista ADM, (México) 2002 mar-abr;58 accesado el día 9-4-2012 disponible en <http://www.mediagraphic.com/español /e-htms/e-adm- cot 2001e-001.htm>

9. MSc Arlene Oramas Viera, Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores, Habana, Cuba. El desgaste profesional evaluación y factorialización del MBI-GS Accesado el día 4-2-12 disponible en [http://bvs.sld.cu/revistas/rst/vol8\\_1\\_07/rst06107.html](http://bvs.sld.cu/revistas/rst/vol8_1_07/rst06107.html)
10. Bernardo Moreno Ramírez, Raquel Rodríguez, Dpto. Psicología Biológica Universidad Autónoma Madrid, La evaluación del Burn out profesional Factorialización del MBI G-S Un análisis preliminar.
11. El estrés en el trabajo: el Modelo de Karasek, Diana Sardiña García, Col.P Los Psicólogos de Las Palmas, N 67 época 2, mayo 2004 accesado el día 23-5-2012 en <http://www.coplaspalmas.org/07biblio/rrhh/rrhh09.pdf3>
12. José M García García, Salvador Herrero Remuzgo. Variables sociodemográficas y síndrome de Burn Out en una muestra multiocupacional del Hospital psiquiátrico penitenciario de Sevilla, Universidad de Sevilla, España, Apuntes de psicología vol. 26, número.3, pag.459,477. año.2008. Accesado en [http://www.cop.es/delegaci/andocci/files/contenidos/vol.%2026\\_3\\_6.pdf](http://www.cop.es/delegaci/andocci/files/contenidos/vol.%2026_3_6.pdf)
13. Gil-Monte y Olivares, V. 2007, mayo (prevalencia Del síndrome de quemarse por el trabajo (SQT)(Burn Out) en profesionales de atención a clientes de Chile. En Cd de comunicaciones del 5 Congreso Internacional de prevención de Riesgos Laborales Santiago de Chile ISBN 84-93. Accesado el día 12-4-12 en <http://www.elsevier.es/en/node/2017012>.
14. Pedro R. Gil-Monte, José M Peiro Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. Anales de psicología Vol. 15, no 2, pág. 261-268 Universidad de Murcia España. Accesado el día 23-5-12 en <http://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/10184/1/Perspectivas%20teoricas%20y%20modelos%20interpretativos%20para%20el%20estudio%20del%20sindrome%20de%20quemarse%20por%20el%20trabajo.pdf>

15. 15) J. Cebriàa,b, J. Segurab, Et al. Rasgos de perosnalidad y burnout en médicos de familia, Atención primaria, Vol. 27. Núm. 7. 30 de abril 2001, accesado el dia 22-6-12 en <http://www.google.com.gt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCcQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.elsevier.es%2Fes%2Frevistas%2Fatencion-primaria-27%2Frasgos-personalidad-burnout-medicos-familia-12003955-originales-2001&ei=XtyNUJfhHYf-8ATNv4GABA&usq=AFQjCNFm7oG0UEwyYmvtV1KB03SuhrPqEg&sig2=v1Lwl5Pif7dKI4UbB96M1A>.
16. J. Buendía y F. Ramos ( Eds). *Empleo, estrés y salud*. Madrid: Pirámide. (2001). pp 59-83 *Desgate profesional Burn out, personalidad y salud percibida*. Dpto. Ps. Biológica y de la Salud UAM. Accesado el dia 24-7-12 en <http://www.uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Personalidad/Desgaste%20profesional-personalidad-y-salud-percibida.pdf>
17. Erick Roth y Bismarck Pinto, Ajayu vol. VIII, No.2 Burnout, Personalidad y Satisfacción Laboral. Departamento de Psicología de la Universidad Católica Boliviana —San Pablo accesado el dia 15-8-12 en: [http://scholar.google.com.gt/scholar?q=S%3ADndrome+de+Burnout%2C+Personalidad+y+Satisfacci%3%B3n+Laboral+en+Enfermeras+de+la+Ciudad+de+La+Paz&btnG=&hl=es&as\\_sdt=0&as\\_vis=1](http://scholar.google.com.gt/scholar?q=S%3ADndrome+de+Burnout%2C+Personalidad+y+Satisfacci%3%B3n+Laboral+en+Enfermeras+de+la+Ciudad+de+La+Paz&btnG=&hl=es&as_sdt=0&as_vis=1).
18. María Cristina Bittar, burnout y estilos de personalidad en estudiantes universitarios, revista chilena de psiquiatría año 2007, vol 3, no 123, accesado el día 17-4-8 a las 2:34 pm en: <http://132.248.9.1:8991/hevila/Psicogente/2006/vol9/no16/1.pdf>
19. Héctor Ochomogo, See King Emilio Quinto, Prevalencia de SBO o Síndrome de desgaste emocional en personal del Hospital Nacional de Salud Mental de Guatemala, Revista Latino Americana de Psiquiatría 2011; 10(1): 11-17 accesado el día 7-8-12 a las 11:00 pm, disponible en: <http://www.nietoeditores.com.mx/download/Psiquiatria/2011/Psiquiatr%3ADa%2017%20PREVALENCIA.pdf>

20. Humberto Trejo-Lucero,\* Juan Torres-Pérez et al. Asociación entre síndrome de burnout y depresión en personal de enfermería que labora en un Hospital de Alta Especialidad del Estado de México. Vol. III, no. 1 • enero-abril 2011. pp 44-47  
accesado el día 14.5.12 a las 5:00 pm disponible en:  
<http://www.medigraphic.com/pdfs/imi/imi-2011/imi111i.pdf>
21. Elizabeth Pérez Cruz\* Síndrome de burnout como factor de riesgo de depresión en médicos residentes Med Int Mex 2006; 22:282-6, accesado el día 14-4-12 a las 4:00 pm,  
disponible en:  
<http://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim2006/mim064f.pdf>
22. Ardila, Enrique Síndrome de Burnout y la depresión del médico de hoy Acta Médica Colombiana, vol. 32, núm. 3, julio-septiembre, 2007, pp. 173-174 Asociación Colombiana de Medicina Interna Colombia accesado el día 14-2-2012 a las 9:00 pm  
disponible en:  
<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=163114146012>
23. Hugo Figueiredo-Ferraz1, Ester Grau-Alberola Síndrome de quemarse por el trabajo y satisfacción laboral en profesionales de enfermería *Psicothema* 2012. Vol. 24, nº 2, pp. 271-276 ISSN 0214, Accesado el día 23-8-12 a las 7:00 pm disponible en:  
<http://www.psicothema.com/pdf/4010.pdf>
24. E Guthrie MD MRCPsych1 D Black MD MRCPsych2, Psychological stress and burnout in medical students:a five-year prospective longitudinal study, JOURNAL OF THE ROYAL SOCIETY OF MEDICINE Volume 91 May 1 998 accedido a las 1:00 am el día 11-7-12 disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1296698/>
25. Tait D Shanefelt et al, Burn out and satisfaction With Work Balance Among US Physicians Relative to the General US Population, Arch Intern Med. 2012; 172 (18): 1377-1385 accesado a las 2:00 pm el día 15 de mayo del 2015 disponible en <http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1351351>.
26. Tait D Shanafelt et al, Enhancing Meaning in Work a Prescription for Preventing Physician Burn out and Promoting Patient-Centered Care, Jama September 23/30,

2009 vol 302, No 12. Accesado el día 9 de abril del 2015 a las 11:00 pm disponible en: <http://planetreegrove.com/wp-content/uploads/2011/10/Shanafelt-JAMA-2009.pdf>.

27. Katharine A, Shanafelt Bradley et al, Burn out and Self-Reported patient Care in an internal Medicine Residency Program, Ann Intern Med. 2002; 136(5):358-367 accesado el día 11 de abril del 2015 a las 8:00 pm disponible en: <http://annals.org/article.aspx?articleid=715151>.

28. Liselotte N et al, Physician Burn Out a Potential Threat to Successful Health Care Reform, JAMA, 2011; 305 (19): 2009-2010. Accesado el día 21 de abril del 2014 disponible en: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1161849>

29. Castelo Braco C. Stress symptoms and burn out in obstetrics and gynecology residents, Pub Med, 2007;114 (1):94-8. Accesado el día 12 de abril del 2015 a las 3:00 pm disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17233864>.

30. Carol Peckman. Burn Out médico: Cada vez se pone peor, Carol Peckman. Medscape, Revista de anestesiología de Colombia, 2014; 121 (1):46-8 Accesado el día 12 de mayo disponible en: <http://www.anestesiologoscolombia.com/images/noticias/re/2015/02-11/Burnout.pdf>

31. Shanafelt TD, Boone S, Tan L, et al. Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. Arch Intern Med. 2012;172:1377-1385. <http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1351351> Accessed February 7, 2013.

32. Castelo Branco C, et al, Stress symptoms and burn out in obstetrics and gynecology residents, BJOG 2007 jan; 114; (1): 94-8 accesado el día 3-5-2015 a las 8:00 pm. Disponible [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/172233864](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/172233864)

33. Toker Shacron et al, The association Between Burnout , Depression, Anxiety, and Inflammation Biomarkers: C-Reactive Protein and Fibrinogen in Men and Women, Journal of Occupational Health Psychology, Tel Aviv University 2005, 10. 4, 344-362, Accesado el día 14 de febrero del 2015, disponible en: [http://www.shirom.org/PDF\\_new/The\\_Association\\_Between\\_%20Burnout\\_Depression\\_Anxiety\\_and\\_SharonSJOHP2005.pdf](http://www.shirom.org/PDF_new/The_Association_Between_%20Burnout_Depression_Anxiety_and_SharonSJOHP2005.pdf).

34. Yein Dang Wein et al, the mediating effects of Burn Out on the Relationship between Anxiety Symptoms and occupational Stress among community Healthcare Workers in china: A Cross-Sectional Study, Plos one 9(9):e107-234 accesado el dia 4-4-2015 disponible en <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0107130>.
35. Salanova M, Bresó E et al, Hacia un modelo espiral de las creencias de eficacia en el estudio del Burn out y del engagement, Utrecht University, Holanda, 2005, 11(2-3), 215-231, accesado el dia 9 de marzo del 2015, disponible en: <http://www.wilmarschaufeli.nl/publications/Schaufeli/243.pdf>.
36. Brenninkmeyer V, et al Burn out depression are not identical twins: is decline of superiority a distinguishing feature? University of Groningen, Netherlands, Personality and Individual differences 30 (2001) 873-880, accesado el dia 5 del 4 del 2015, disponible en [www.elsevier.com/locate/paid](http://www.elsevier.com/locate/paid).
37. Juarez A, Karaseck A, et al, El modelo Demanda control y la salud mental en profesionales de la salud: estudio en tres países Latinoamericanos, Universidad Autonoma de Morelos, Universidad de los Andes Colombia, Factores psicosociales 2008 (2);23-45, disponible en: <http://factorespsicosociales.com/segundoforo/simposio/Juarez-Vera-Gomez-et-al.pdf>

## VIII. ANEXOS

Anexo 8.1

### Hoja de presentación

*A continuación ponemos a su disposición un 4 cuestionarios con preguntas que están destinados a conocer cómo se relaciona Ud con su trabajo, y el efecto que esto tiene en su salud y bienestar. Los resultados sólo serán utilizados para uso estrictamente profesional y se ajustarán al manejo confidencial que éticamente esto implica. Por favor, lea despacio las orientaciones y responda con sinceridad; recuerde que de su respuesta dependen nuestras acciones. Al finalizar, cerciórese de que no dejó preguntas sin contestar. Si tiene alguna duda, no demore en preguntar. Para comenzar, complete los datos siguientes, que servirán para identificarlo. En las preguntas donde aparecen varias opciones, rodee con un círculo la respuesta deseada.*

Nombre:.....

Numero de celular:

Fecha actual: ..... T1, T2, T3 Edad: ..... Sexo: 1. Hombre 2. Mujer

Estado civil: 1 Casado 2 Soltero 3 sin pareja

Área: .....

Departamento: .....

Cargo actual: R1, R2, R3

Numero correlativo:.....

Religión:.....

Se encuentra post turno: 1. Si 2. No

*Para finalizar, conteste con sinceridad, como en las ocasiones anteriores, las siguientes frases indicando la frecuencia con que Ud. ha experimentado ese sentimiento. Escriba en cada cuadrícula el número correspondiente. Recuerde que sus respuestas son confidenciales.*

### MBI HS

Frases	0	1	2	3	4	5	6
1.- Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.							
2.- Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío.							
3.- Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado.							
4.- Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes.							
5.- Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales.							
6.- Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa.							
7.- Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes.							
8.- Siento que mi trabajo me está desgastando.							
9.- Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo.							
10.- Siento que me he hecho más duro con la gente.							
11.- Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.							
12.- Me siento con mucha energía en mi trabajo.							
13.- Me siento frustrado en mi trabajo.							
14.- Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo.							
15.- Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes.							
16.- Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa.							

17.- Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes.																				
18.- Me siento estimulado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes.																				
19.- Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.																				
20.- Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades.																				
21.- Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada.																				
22.- Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas.																				

Escala:

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

## ANEXO 8.2

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por este medio hago constar que fui informado sobre la enfermedad llamada “síndrome de Burn Out” y en qué consiste el estudio que está realizando el estudiante de postgrado de psiquiatría de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Se me informa que mi participación es voluntaria y tengo la libertad de retirar mi participación del estudio cuando así lo desee, además que no recibiré ningún pago, ni medicamento por participar.

El cual no representa ningún gasto monetario ni económico a mi persona.

En donde los resultados sólo serán utilizados para uso estrictamente profesional y se ajustarán al manejo confidencial que esto implique.

Que realizare 4 cuestionarios de 22 o 16 preguntas y que no me tomara más de 25 minutos en contestarlas.

También me informaron que de salir alterada la prueba se me contactara por vía telefónica para indicarme los resultados y brindarme ayuda profesional.

Por lo tanto, ACEPTO participar en dicho proyecto.

Fecha:

Nombre de la persona a estudio:

Firma:
--------

Nombre de un testigo:

Firma:
--------

### **Consentimiento informado**

#### **Incidencia del síndrome burn out en médicos residentes y su relación con ansiedad depresión y tipo de personalidad**

#### **Estudio a realizar de enero a Diciembre de 2013**

Buenos días, soy estudiante del postgrado de psiquiatría de la Universidad San Carlos de Guatemala, solicito su autorización para realizarle algunas preguntas por medio de 4 cuestionarios sobre los sentimientos y actitudes sobre usted y su trabajo que maneja a diario.

Por medio de estas preguntas podremos identificar la ausencia, riesgo o presencia del síndrome burn Out o síndrome de estrés laboral y su asociación a ansiedad, depresión y tipo de personalidad.

Teniendo por objetivo en el presente estudio determinar la prevalencia e incidencia del síndrome de burn out y su asociación a ansiedad, depresión y tipo de personalidad a lo largo de un año de seguimiento en el personal del Hospital Roosevelt de Guatemala. Además determinar en qué grupo laboral se encuentran sometidos a mayor estrés, evaluar el desarrollo de métodos de prevención para evitar que el personal laboral llegue a desarrollar el Síndrome de Burn Out y finalmente proporcionar conocimiento al personal laboral sobre dicho síndrome enfatizando que se trata de una patología prevenible. Posteriormente si se identifica que usted tiene riesgo o padece del síndrome Burn Out se le contactara para poder informarle de sus resultados y brindarle ayuda profesional.

Le informamos que por su participación no recibirá ningún pago en efectivo o medicamento o remuneración de ningún tipo y que la misma es en forma voluntaria. Usted está en la libertad de no aceptar la participación en el estudio, y puede retirarse del mismo, en cualquier momento que así lo desee, sin ninguna responsabilidad o compromiso.

El estudio también servirá para poder implementar medidas a nivel administrativo y gerencial en el bienestar de todos los trabajadores del Hospital Roosevelt de Guatemala. Cualquier duda o pregunta que desee hacer sobre este estudio puede hacerla al Dr. Héctor Ochomogo Gutiérrez al teléfono 54121704.

## Escala de Hamilton para ansiedad

<b>SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD</b>	<b>Ausente</b>	<b>Leve</b>	<b>Moderado</b>	<b>Grave</b>	<b>Muy grave/ Incapacitante</b>
<b>1. Estado de ánimo ansioso.</b> Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0	1	2	3	4
<b>2. Tensión.</b> Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0	1	2	3	4
<b>3. Temores.</b> A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	3	4
<b>4. Insomnio.</b> Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	1	2	3	4
<b>5. Intelectual (cognitivo)</b> Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	1	2	3	4
<b>6. Estado de ánimo deprimido.</b> Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0	1	2	3	4
<b>7. Síntomas somáticos generales (musculares)</b> Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0	1	2	3	4
<b>8. Síntomas somáticos generales (sensoriales)</b> Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3	4
<b>9. Síntomas cardiovasculares.</b> Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	0	1	2	3	4
<b>10. Síntomas respiratorios.</b> Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	0	1	2	3	4
<b>11. Síntomas gastrointestinales.</b> Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.	0	1	2	3	4

<b>12. Síntomas genitourinarios.</b> Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	0	1	2	3	4
<b>13. Síntomas autónomos.</b> Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)	0	1	2	3	4
<b>14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico)</b> Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.	0	1	2	3	4

<b>Ansiedad psíquica</b>	
<b>Ansiedad somática</b>	
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>	

**Test de Salamanca de personalidad**

**CUESTIONARIO SALAMANCA  
DE TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD**

Antonio Pérez Urdániz, Vicente Rubio Larrosa, M Esperanza Gómez Gazol

Este es un cuestionario para la valoración de algunos de sus rasgos de personalidad. Conteste según sea su manera de ser habitual y no según se encuentre en un momento dado.

Ponga una cruz en su respuesta: V para verdadero y F para falso. En el caso de contestar V (verdadero) no olvide señalar el grado de intensidad de su respuesta: 1. A veces, 2. Con frecuencia y 3. Siempre

Nombre	Fecha
--------	-------

1. Mas vale no confiar en los demás.

<b>V</b>	A veces	Con frecuencia	Siempre	<b>F</b>
	1	2	3	

2. Me gustaria dar a la gente su merecido.

<b>V</b>	A veces	Con frecuencia	Siempre	<b>F</b>
	1	2	3	

3. Prefiero realizar actividades que pueda hacer yo solo.

<b>V</b>	A veces	Con frecuencia	Siempre	<b>F</b>
	1	2	3	

4. Prefiero estar conmigo mismo.

<b>V</b>	A veces	Con frecuencia	Siempre	<b>F</b>
	1	2	3	

5. ¿ Piensa la gente que es usted: raro, excéntrico...?

<b>V</b>	A veces	Con frecuencia	Siempre	<b>F</b>
	1	2	3	

6. ¿Cree que está más en contacto con lo paranormal que la mayoría de la gente?

<b>V</b>	A veces	Con frecuencia	Siempre	<b>F</b>
	1	2	3	

7. Soy demasiado emocional.

<b>V</b>	A veces	Con frecuencia	Siempre	<b>F</b>
	1	2	3	

8. Cuido mucho mi apariencia.

<b>V</b>	A veces	Con frecuencia	Siempre	<b>F</b>
	1	2	3	

9. Hago cosas que están fuera de la ley.

<b>V</b>	A veces	Con frecuencia	Siempre	<b>F</b>
	1	2	3	

10. Tengo poco respeto por los derechos de los demás.

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

11. Creo que soy especial y me merezco que me lo reconozcan.

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

12. ¿Cree que la gente le envidia por su valía?

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

13. ¿Sus emociones son como una montaña rusa?

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

14. ¿Es usted impulsivo?

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

15. ¿Se pregunta con frecuencia cual es su papel en la vida?

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

16. ¿Se siente aburrido y vacío con facilidad?

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

17. ¿Le considera la gente demasiado perfeccionista, obstinado, rígido.....?

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

18. Soy detallista, minucioso y demasiado trabajador.

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

19. Necesito sentirme cuidado y protegido por los demás.

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

20. Me cuesta tomar decisiones por mí mismo.

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

21. Soy nervioso.

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

22. Tengo mucho miedo a hacer el ridículo.

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

# CUESTIONARIO SALAMANCA DE TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Antonio Pérez Urdániz, Vicente Rubio Larrosa, M Esperanza Gómez Gazol

<b>Nombre y apellidos:</b>			
<b>Fecha:</b>	<b>Sexo:</b>	<b>Edad:</b>	<b>Diagnóstico:</b>
<b>Estado Civil:</b>			
<b>Profesión:</b>			
<b>Tratamiento:</b>			

## CORRECCIÓN DEL CUESTIONARIO

Sume el total de los puntos obtenidos en las respuestas verdaderas para cada trastorno y refléjelas en la gráfica. Los ítems correspondientes a cada subescala son:

<b>GRUPO A</b>	PAR	PARANOIDE (ítems 1 y 2)
	ESQ	ESQUIZOIDE (ítems 3 y 4)
	EQT	ESQUIZOTÍPICO (ítems 5 y 6)
<b>GRUPO B</b>	HIST	HISTRIÓNICO (ítems 7 y 8)
	ANT	ANTISOCIAL (ítem 9 y 10)
	NAR	NARCISISTA (ítem 11 y 12)
	IE IMP	Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad: SUBTIPO IMPULSIVO ( ítems 13 y 14)
	IE LIM	Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad: SUBTIPO LÍMITE (ítems 15 y 16)
<b>GRUPO C</b>	ANAN	ANANCASTICO (ítems 17 y 18)
	DEP	DEPENDIENTE (ítem 19 y 20)
	ANS	ANSIOSO (ítems 21 y 22)

Según la nomenclatura del DSM-IV TR: Paranoide, Esquizoide, Esquizotípico, Histriónico, Antisocial, Narcisista y Dependiente

Según la nomenclatura del CIE-10: Trastorno de inestabilidad emocional subtipo impulsivo, Trastorno de inestabilidad emocional subtipo límite, Anáncastico y Ansioso.

Refleje la puntuación en el siguiente gráfico:

PUNT	GRUPO A			GRUPO B					GRUPO C		
	PAR	ESQ	EQT	HIST	ANT	NAR	IE IMP	IE LIM	ANAN	DEP	ANS
6											
5											
4											
3											
2											
1											
0											

## Anexo 8.6

### Test de depresión de Beck

<p><i>Instrucciones:</i> A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 21 apartados. Delante de cada frase marque con una cruz el círculo que mejor refleje su situación actual.</p>
<p>1. Estado de ánimo</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> Esta tristeza me produce verdaderos sufrimientos</li><li><input type="radio"/> No me encuentro triste</li><li><input type="radio"/> Me siento algo triste y deprimido</li><li><input type="radio"/> Ya no puedo soportar esta pena</li><li><input type="radio"/> Tengo siempre como una pena encima que no me la puedo quitar</li></ul>
<p>2. Pesimismo</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> Me siento desanimado cuando pienso en el futuro</li><li><input type="radio"/> Creo que nunca me recuperaré de mis penas</li><li><input type="radio"/> No soy especialmente pesimista, ni creo que las cosas me vayan a ir mal</li><li><input type="radio"/> No espero nada bueno de la vida</li><li><input type="radio"/> No espero nada. Esto no tiene remedio</li></ul>
<p>3. Sentimientos de fracaso</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> He fracasado totalmente como persona (padre, madre, marido, hijo, profesional, etc.)</li><li><input type="radio"/> He tenido más fracasos que la mayoría de la gente</li><li><input type="radio"/> Siento que he hecho pocas cosas que valgan la pena</li><li><input type="radio"/> No me considero fracasado</li><li><input type="radio"/> Veo mi vida llena de fracasos</li></ul>
<p>4. Insatisfacción</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> Ya nada me llena</li><li><input type="radio"/> Me encuentro insatisfecho conmigo mismo</li><li><input type="radio"/> Ya no me divierte lo que antes me divertía</li><li><input type="radio"/> No estoy especialmente insatisfecho</li><li><input type="radio"/> Estoy harto de todo</li></ul>
<p>5. Sentimientos de culpa</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> A veces me siento despreciable y mala persona</li><li><input type="radio"/> Me siento bastante culpable</li><li><input type="radio"/> Me siento prácticamente todo el tiempo mala persona y despreciable</li><li><input type="radio"/> Me siento muy infame (perverso, canalla) y despreciable</li><li><input type="radio"/> No me siento culpable</li></ul>
<p>6. Sentimientos de castigo</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> Presiento que algo malo me puede suceder</li><li><input type="radio"/> Siento que merezco ser castigado</li><li><input type="radio"/> No pienso que esté siendo castigado</li><li><input type="radio"/> Siento que me están castigando o me castigarán</li><li><input type="radio"/> Quiero que me castiguen</li></ul>
<p>7. Odio a sí mismo</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> Estoy descontento conmigo mismo</li><li><input type="radio"/> No me aprecio</li><li><input type="radio"/> Me odio (me desprecio)</li><li><input type="radio"/> Estoy asqueado de mí</li><li><input type="radio"/> Estoy satisfecho de mí mismo</li></ul>
<p>8. Autoacusación</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> No creo ser peor que otros</li><li><input type="radio"/> Me acuso a mí mismo de todo lo que va mal</li><li><input type="radio"/> Me siento culpable de todo lo malo que ocurre</li><li><input type="radio"/> Siento que tengo muchos y muy graves defectos</li><li><input type="radio"/> Me critico mucho a causa de mis debilidades y errores</li></ul>
<p>9. Impulsos suicidas</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> Tengo pensamientos de hacerme daño, pero no llegaría a hacerlo</li><li><input type="radio"/> Siento que estaría mejor muerto</li><li><input type="radio"/> Siento que mi familia estaría mejor si yo muriera</li><li><input type="radio"/> Tengo planes decididos de suicidarme</li><li><input type="radio"/> Me mataría si pudiera</li><li><input type="radio"/> No tengo pensamientos de hacerme daño</li></ul>
<p>10. Períodos de llanto</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> No lloro más de lo habitual</li><li><input type="radio"/> Antes podía llorar, ahora no lloro ni aun queriéndolo</li><li><input type="radio"/> Ahora lloro continuamente. No puedo evitarlo</li><li><input type="radio"/> Ahora lloro más de lo normal</li></ul>

11. Irritabilidad	<input type="radio"/> No estoy más irritable que normalmente <input type="radio"/> Me irrito con más facilidad que antes <input type="radio"/> Me siento irritado todo el tiempo <input type="radio"/> Ya no me irrita ni lo que antes me irritaba
12. Aislamiento social	<input type="radio"/> He perdido todo mi interés por los demás y no me importan en absoluto <input type="radio"/> Me intereso por la gente menos que antes <input type="radio"/> No he perdido mi interés por los demás <input type="radio"/> He perdido casi todo mi interés por los demás y apenas tengo sentimientos hacia ellos
13. Indecisión	<input type="radio"/> Ahora estoy inseguro de mí mismo y procuro evitar tomar decisiones <input type="radio"/> Tomo mis decisiones como siempre <input type="radio"/> Ya no puedo tomar decisiones en absoluto <input type="radio"/> Ya no puedo tomar decisiones sin ayuda
14. Imagen corporal	<input type="radio"/> Estoy preocupado porque me veo más viejo y desmejorado <input type="radio"/> Me siento feo y repulsivo <input type="radio"/> No me siento con peor aspecto que antes <input type="radio"/> Siento que hay cambios en mi aspecto físico que me hacen parecer desagradable (o menos atractivo)
15. Capacidad laboral	<input type="radio"/> Puedo trabajar tan bien como antes <input type="radio"/> Tengo que esforzarme mucho para hacer cualquier cosa <input type="radio"/> No puedo trabajar en nada <input type="radio"/> Necesito un esfuerzo extra para empezar a hacer algo <input type="radio"/> No trabajo tan bien como lo hacía antes
16. Trastornos del sueño	<input type="radio"/> Duermo tan bien como antes <input type="radio"/> Me despierto más cansado por la mañana <input type="radio"/> Me despierto unas 2 horas antes de lo normal y me resulta difícil volver a dormir <input type="radio"/> Tardo 1 o 2 horas en dormirme por la noche <input type="radio"/> Me despierto sin motivo en mitad de la noche y tardo en volver a dormirme <input type="radio"/> Me despierto temprano todos los días y no duermo más de 5 horas <input type="radio"/> Tardo más de 2 horas en dormirme y no duermo más de 5 horas <input type="radio"/> No logro dormir más de 3 o 4 horas seguidas
17. Cansancio	<input type="radio"/> Me canso más fácilmente que antes <input type="radio"/> Cualquier cosa que hago me fatiga <input type="radio"/> No me canso más de lo normal <input type="radio"/> Me canso tanto que no puedo hacer nada
18. Pérdida de apetito	<input type="radio"/> He perdido totalmente el apetito <input type="radio"/> Mi apetito no es tan bueno como antes <input type="radio"/> Mi apetito es ahora mucho menor <input type="radio"/> Tengo el mismo apetito de siempre
19. Pérdida de peso	<input type="radio"/> No he perdido peso últimamente <input type="radio"/> He perdido más de 2,5 kg <input type="radio"/> He perdido más de 5 kg <input type="radio"/> He perdido más de 7,5 kg
20. Hipocondría	<input type="radio"/> Estoy tan preocupado por mi salud que me es difícil pensar en otras cosas <input type="radio"/> Estoy preocupado por dolores y trastornos <input type="radio"/> No me preocupa mi salud más de lo normal <input type="radio"/> Estoy constantemente pendiente de lo que me sucede y de cómo me encuentro
21. Libido	<input type="radio"/> Estoy menos interesado por el sexo que antes <input type="radio"/> He perdido todo mi interés por el sexo <input type="radio"/> Apenas me siento atraído sexualmente <input type="radio"/> No he notado ningún cambio en mi atracción por el sexo

## **PERMISO DEL AUTOR PARA COPIAR EL TRABAJO**

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada "Prevalencia del síndrome de burn out en médicos residentes y su relación con ansiedad, depresión y tipo de personalidad" para propósitos de consulta académica sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción comercialización total o parcial.