



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

PROYECTO DE TITULACIÓN

**ESTRATEGIAS DE SALUD PARA PREVENIR EL SÍNDROME DE BURNOUT EN
LOS MÉDICOS RESIDENTES DEL HOSPITAL GENERAL DE MACAS**

Profesora

Ing. Carmen Marlene Arce Salcedo MsC

Autora

Emily Yessenia Picón Ortega

2023

RESUMEN

Objetivo: Implementar estrategias de salud para prevenir el síndrome de burnout, mediante la identificación de la prevalencia y factores asociados en los médicos residentes del Hospital General de Macas en el período Agosto-Noviembre del 2023

Método: Se trata de un estudio mixto (cualitativo-cuantitativo), descriptivo, observacional, transversal, prospectivo, realizado en 48 Médicos Residentes del Hospital General de Macas. Se aplicó una encuesta con preguntas sociodemográficas y laborales, además del Instrumento de *Maslach Burnout Inventory Human Services Survey (MBI-HSS)*. Los datos se analizaron por medio de estadística descriptiva e inferencial, en los programas Excel y SPSS

Resultados: La prevalencia de burnout en los médicos residentes del Hospital General de Macas fue del 14.58% definida como la presencia de puntuaciones altas en las dimensiones de *cansancio emocional* y *despersonalización* y baja en *realización profesional*. En cuanto a las subescalas, el 31.3% presenta cansancio emocional alto, el 22.9% presenta despersonalización alta y una frecuencia baja de realización personal (68.8%). Considerando los factores sociodemográficos se encontró mayor prevalencia en los mayores de 30 años, además de presentar mayor frecuencia las áreas de emergencia y ginecología con una frecuencia del 28.57% cada una.

Conclusión: El síndrome de burnout tuvo una prevalencia baja en los médicos residentes, sin embargo se vió mayor frecuencia en la subescala de baja realización profesional, obteniéndose mayor impacto en los factores laborales, por lo que se concluye que se necesitan de estrategias de intervención para prevenir el riesgo de desarrollar este síndrome.

Palabras Clave: *Síndrome de Burnout, cansancio emocional, despersonalización, realización personal.*

ABSTRACT

Objective: To implement health strategies to prevent burnout syndrome by identifying the prevalence and associated factors in resident physicians of the General Hospital of Macas in the period August-November 2023.

Method: This is a mixed study (qualitative-quantitative), descriptive, observational, cross-sectional, prospective, conducted in 48 Resident Doctors of the General Hospital of Macas. A survey with sociodemographic and work-related questions was applied, in addition to the Maslach Burnout Inventory Human Services Survey Instrument (MBI-HSS). The data were analyzed by means of descriptive and inferential statistics in Excel and SPSS programs.

Results: The prevalence of burnout in the resident physicians of the General Hospital of Macas was 14.58%, defined as the presence of high scores in the dimensions of emotional exhaustion and depersonalization and low scores in professional fulfillment. Regarding the subscales, 31.3% presented high emotional fatigue, 22.9% presented high depersonalization and a low frequency of personal fulfillment (68.8%). Considering the sociodemographic factors, a higher prevalence was found in those older than 30 years, in addition to a higher frequency in the areas of emergency and gynecology with a frequency of 28.57% each.

Conclusion: Burnout syndrome had a low prevalence in resident physicians; however, a higher frequency was found in the subscale of low professional fulfillment.

Keywords: *Burnout syndrome, emotional exhaustion, depersonalization, personal fulfillment.*

Tabla de contenido

Capítulo 1 : Introducción	2
1.1 Descripción del Problema.....	2
1.2 Planteamiento del problema.....	5
1.3 Pregunta de Investigación	7
1.4 Delimitación	7
1.5 Justificación	8
CAPÍTULO 2: Objetivos	11
2.1 Objetivo General.....	11
2.2 Objetivos Específicos.....	11
2.3 Hipótesis.....	11
CAPÍTULO 3: Marco Teórico.....	12
Subtipos de agotamiento	13
Etiología	13
Desencadenantes.....	15
Consecuencias.....	16
Prevención	17
CAPITULO 4: Aplicación Metodológica	20
4.1 Diseño del Estudio o Tipo de Estudio.....	20
4.2 Matriz del Marco Lógico.....	20
4.3 Universo y Muestra	22
4.5 Criterios de inclusión y exclusión.....	22
4.6 Operacionalización de variables	26
4.7 Instrumento de Investigación	29
4.8 Obtención y Análisis de la información.....	29
4.9 Resultados	29

Descripción de las características sociodemográficas y laborales.....	30
Distribución por las subescalas del Cuestionario de Maslach Burnout Inventory.....	36
Correlación de las características sociodemográficas y laborales con la subescala de cansancio emocional... 39	
Correlación de las características sociodemográficas y laborales con la subescala de despersonalización.....	48
Correlación de las características sociodemográficas y laborales con la subescala de realización personal. ...	55
4.10 Discusión	63
4.11 Propuesta de Solución.....	66
4.11.1 Entorno de Trabajo Saludable y Ausencia de Estrés laboral.....	67
4.11.2 Satisfacción Laboral.....	69
4.11.3 Desarrollo profesional y oportunidades de crecimiento.....	71
4.12 Conclusiones.....	72
4.13 Recomendaciones	73
4.14 Actividades del Proyecto de Investigación	74
<i>BIBLIOGRAFÍAS</i>	<i>76</i>
<i>ANEXOS</i>	<i>86</i>

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1	21
TABLA 2	26
TABLA 3	30
TABLA 4	31
TABLA 5	31
TABLA 6	32
TABLA 7	33
TABLA 8	34
TABLA 9	34
TABLA 10	35
TABLA 11	36
TABLA 12	37
TABLA 13	38
TABLA 14	39
TABLA 15	40
TABLA 16	41
TABLA 17	42
TABLA 18	43
TABLA 19	44
TABLA 20	45
TABLA 21	46
TABLA 22	47
TABLA 23	48
TABLA 24	49
TABLA 25	50
TABLA 26	51
TABLA 27	52
TABLA 28	53
TABLA 29	54
TABLA 30	55
TABLA 31	56

TABLA 32	57
TABLA 33	58
TABLA 34	59
TABLA 35	60
TABLA 36	61
TABLA 37	62
TABLA 38	74

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1.....	30
GRÁFICO 2.....	31
GRÁFICO 3.....	32
GRÁFICO 4.....	32
GRÁFICO 5.....	33
GRÁFICO 6.....	34
GRÁFICO 7.....	35
GRÁFICO 8.....	35
GRÁFICO 9.....	36
GRÁFICO 10.....	37
GRÁFICO 11.....	38
GRÁFICO 12.....	39
GRÁFICO 13.....	40
GRÁFICO 14.....	41
GRÁFICO 15.....	42
GRÁFICO 16.....	43
GRÁFICO 17.....	44
GRÁFICO 18.....	45
GRÁFICO 19.....	46
GRÁFICO 20.....	47
GRÁFICO 21.....	48
GRÁFICO 22.....	49
GRÁFICO 23.....	50
GRÁFICO 24.....	51
GRÁFICO 25.....	52
GRÁFICO 26.....	53
GRÁFICO 27.....	54
GRÁFICO 28.....	55
GRÁFICO 29.....	56
GRÁFICO 30.....	57
GRÁFICO 31.....	58
GRÁFICO 32.....	59
GRÁFICO 33.....	60

GRÁFICO 34..... 61

GRÁFICO 35..... 62

GRÁFICO 1	30
GRÁFICO 2	31
GRÁFICO 3	32
GRÁFICO 4	32
GRÁFICO 5	33
GRÁFICO 6	34
GRÁFICO 7	35
GRÁFICO 8	35
GRÁFICO 9	36
GRÁFICO 10	37
GRÁFICO 11	38
GRÁFICO 12	39
GRÁFICO 13	40
GRÁFICO 14	41
GRÁFICO 15	42
GRÁFICO 16	43
GRÁFICO 17	44
GRÁFICO 18	45
GRÁFICO 19	46
GRÁFICO 20	47
GRÁFICO 21	48
GRÁFICO 22	49
GRÁFICO 23	50
GRÁFICO 24	51
GRÁFICO 25	52
GRÁFICO 26	53
GRÁFICO 27	54
GRÁFICO 28	55
GRÁFICO 29	56
GRÁFICO 30	57
GRÁFICO 31	58
GRÁFICO 32	59
GRÁFICO 33	60
GRÁFICO 34	61
GRÁFICO 35	62

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXOS 1	86
ANEXOS 2	89
ANEXOS 3	90
ANEXOS 4	91
ANEXOS 5	92

Capítulo 1 : Introducción

1.1 Descripción del Problema

El burnout es un síndrome psicológico caracterizado por la presencia de manifestaciones sugestivas de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal. Fue declarado en el año 2000 por la Organización Mundial de la Salud como un factor de riesgo laboral por su capacidad para afectar la calidad de vida, salud mental e incluso hasta poner en riesgo la vida (Gutiérrez Aceves, Celis López, Moreno Jiménez, Farias Serratos, & Suárez Campos, 2006).

Recientemente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha incluido el burnout en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11), en la sección "Factores que influyen en el estado de salud o en el contacto con los servicios sanitarios", bajo la definición de "Burnout" (QD85). En la CIE-11, el síndrome de burnout tiene las mismas tres dimensiones definidas por Maslach y Leiter en 2016, pero la descripción difiere ligeramente e incluye: 1. sentimientos de agotamiento de energía o agotamiento; 2. aumento de la distancia mental del propio trabajo, o sentimientos de negativismo o cinismo relacionados con el propio trabajo; y 3. una sensación de ineficacia y falta de realización (Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, 2019).

El tema principal de los estudios de investigación recientes es el estrés relacionado con el trabajo. El Burnout se refiere específicamente a fenómenos en el contexto ocupacional y no debe aplicarse para describir experiencias en otros contextos y tampoco debe aplicarse para describir experiencias en otros ámbitos de la vida (Hao, 2023).

Así mismo, el burnout está presente en todas las profesiones y en todos los países, sin embargo, diversos autores han documentado que este síndrome afecta más a profesiones que requieren un contacto directo con las personas y con una filosofía humanística del trabajo, es decir las que necesitan altas dosis de entrega e implicación.

La evidencia sugiere que los profesionales sanitarios son especialmente susceptibles de experimentar burnout y el aumento de la prevalencia del burnout entre

los profesionales sanitarios en los últimos años está bien documentado (Morse, Salyers, Rollins, Monroe-DeVita, & Pfahler, 2011).

Es así que, Shanafelt et al. (2012) realizaron un estudio sobre “Burnout y satisfacción con el equilibrio vida-trabajo entre los médicos de EE.UU. en relación con la población general de EE.UU.” encontrando que el 45,8% de los médicos declararon al menos un síntoma de burnout y además los médicos tenían más probabilidades de presentar síntomas de agotamiento (37,9% frente a 27,8%) y de estar insatisfechos con el equilibrio entre vida laboral y personal (40,2% frente a 23,2%) (Shanafelt, y otros, 2022).

El Medscape National Physician Burnout & Suicide Report 2020: The Generational Divide arrojó una tasa de burnout de alrededor del 43% que sigue siendo bastante similar al 46% notificado en 2015 y al 39,8% de 2013 (Kane, 2020).

De igual forma Chemali et al. (2019) con el objetivo de examinar la carga de burnout entre los profesionales sanitarios de Oriente Medio realizaron una revisión sistemática sobre estudios que examinaban una medida cuantitativa del burnout encontrando que el burnout es frecuente entre médicos, enfermeras y otros profesionales sanitarios, y las estimaciones de prevalencia oscilan entre el 40 y el 60%. El burnout entre los profesionales sanitarios de Oriente Medio se asocia con las características de su entorno laboral, la exposición a la violencia y el terror, la angustia emocional y el escaso apoyo social (Chemali, et al., 2019)

No obstante, es difícil tener una estimación exacta de la incidencia del burnout en los médicos, dado que en el estudio realizado por Rotenstein et al. (2023), a través de una revisión sistemática reciente observó una variabilidad sustancial en las estimaciones de prevalencia del burnout entre los médicos, que oscilaban entre el 0% y el 80,5%. Esto parecía estar relacionado con diferencias importantes en definiciones del síndrome y de los métodos de evaluación aplicados (Rotenstein, et al., 2018).

Por otro lado, si bien la mayoría de los estudios coinciden en el hecho que no existe un efecto real del género en la incidencia del burnout, los datos del Medscape National Physician Report, indican que las mujeres médicas informaron con mayor

frecuencia síntomas de burnout (en 2015, 51% mujeres frente a 43% de hombres y en 2020, 48% de mujeres frente a 37% de hombres). Curiosamente, parece haber diferencias de género en la presencia de los distintos síntomas; agotamiento, despersonalización y falta de eficacia (Kane, 2020).

Sin embargo, existe evidencia de que el burnout es más común en la población femenina, atribuyendo una mayor tendencia a experimentar el estrés académico o laboral como eventos negativos

Es así que, Houkes et al. (2011) publicaron un estudio sobre “Evolución del burnout a lo largo del tiempo y orden causal de las tres dimensiones del burnout entre médicos y médicas. Un estudio de panel de tres olas” en donde tuvieron como resultado que el agotamiento y la fatiga se dan por igual en ambos sexos. Por otra parte, la sensación de falta de eficacia parece más frecuente en las mujeres y que los médicos carones dudan menos de la calidad de su trabajo que las mujeres mujeres (Houkes, Winants, Twellaar, & Verdonk, 2011).

De igual forma, un estudio realizado por Irigoyen-Otiñano et al. (2022) sobre el suicidio entre médicos, en donde se analizaron las historias clínicas de todos los médicos y la población general fallecidos por suicidio en España entre 2005 y 2014, encontraron que la media anual de muertes de médicos fue de 918, con una tasa bruta anual de 4,8 por 1.000 médicos colegiados. Se confirma que los médicos tienen una tasa de suicidio significativamente mayor (media del 1,3%) que la población general (media del 0,8%). La comparación del suicidio entre médicos y médicas es significativamente mayor en las mujeres. Además, las mujeres médicas tienen una tasa de suicidio un 7,5% superior a la de las mujeres de la población general, aunque la diferencia no es significativa (Irigoyen Otiñano, et al., 2022).

En cuanto a datos locales se sabe muy poco sobre la carga colectiva del burnout y sus efectos en los profesionales sanitarios del Ecuador entre diferentes categorías sin embargo, un estudio realizado por Patiño Ponce (2021) en donde realizó un estudio con el objetivo de determinar la prevalencia del síndrome de Burnout del personal sanitario del Ecuador, considerando estudios presentados desde el 2017 a 2021, encontró que el

promedio es de 27.3% de Síndrome de Burnout, resultados inferiores a estudios internacionales (Patiño Ponce, 2021).

El agotamiento de los médicos tiene consecuencias físicas y profesionales que se traducen en resultados no óptimos para la salud de los pacientes y en un aumento de los costes sanitarios. Las consecuencias del desgaste profesional pueden ser de gran alcance, los clínicos que sufren burnout son más propensos a presentar disminución del nivel de satisfacción, tanto de los profesionales de la salud como de los pacientes, el riesgo de conductas adictivas, la excesiva movilidad laboral, ausentismo laboral, alteraciones de la dinámica familiar y el riesgo de que los pacientes reciban cuidados de una calidad inferior a la deseada, así como los errores en la prescripción médica, con las repercusiones negativas que esto puede ocasionar (Serna Corredo & Martínez Sanchez, 2020)

1.2 Planteamiento del problema

El burnout es un síndrome de estrés relacionado con el trabajo que resulta de la exposición crónica al estrés laboral. Está reconocido por la Organización Mundial de la Salud como una enfermedad laboral que provoca detrimento en la salud física y mental, manifestándose con sintomatología que se puede reflejar en el ámbito emocional, conductual y psicosomático (Rivas García, Míguez Navarro, García Loygorri, Marañón, & Vázquez López, 2022)

El término fue introducido a principios de la década de 1970 por el psicoanalista Freudenberger y, posteriormente, Maslach et al. lo definieron como un síndrome que consta de tres dimensiones cualitativas: agotamiento emocional, cinismo y despersonalización, reducción de la eficacia profesional y realización personal (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001)

El agotamiento se refiere a sentimientos de agotamiento emocional y físico. El cinismo describe el desapego y el retraimiento de los trabajadores con respecto a su trabajo y sus clientes, mientras que la disminución de la eficacia personal se refiere a la autoevaluación negativa de los trabajadores con respecto a su eficacia laboral (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001).

El burnout está presente en todas las profesiones y en todos los países. Tradicionalmente se ha relacionado con profesiones en las que se ejerce un contacto estrecho con otras personas, especialmente aquellas en las que existe una carga emocional importante (Rivas García, Míguez Navarro, García Loygorri, Maranón, & Vázquez López, 2022)

Una de las áreas de actividad mejor estudiadas desde el punto de vista del burnout es el sistema sanitario. Los profesionales sanitarios son un colectivo especialmente afectado por este síndrome debido a diversos fenómenos en el contexto laboral como condiciones de estrés físico y emocional (Shanafelt, y otros, 2022)

En un estudio de 2012 en el que se comparaba a trabajadores estadounidenses en general con médicos estadounidenses, los médicos tenían más probabilidades de presentar síntomas de burnout (37,9% frente a 27,8%) y de estar insatisfechos con el equilibrio de su vida profesional y laboral (40,2% frente a 23,2%) (Shanafelt, y otros, 2022)

Una revisión de 2020 descubrió que aproximadamente uno de cada tres médicos experimenta burnout en algún momento, es decir, el 37,9%, frente al 27,8% de la población de control (Hert, 2020).

En cuanto a datos locales, Sánchez N, realizó un Análisis documental del Síndrome de Burnout en el Sistema de Salud Pública del Ecuador entre los años 2010 y 2020, en dónde menciona que si existe la presencia del síndrome de burnout en el sistema de salud público ecuatoriano, no en un alto porcentaje, pero significativo ya que casi el 30% de personal de salud de las investigaciones presenta S.B y el 70% tiene la posibilidad de padecerlo (Sanchez Gallegos, 2022)

Los profesionales sanitarios, y especialmente los clínicos perioperativos, parecen correr un riesgo especial de sufrir burnout. Un entorno de trabajo poco propicio y tener que prestar continuamente una atención de alto nivel a los pacientes puede provocar sentimientos de nerviosismo y ansiedad persistentes entre los médicos. Como resultado, estos médicos se distanciarían del tratamiento de los pacientes para evitar una mayor fatiga emocional y física y, finalmente, experimentarían insatisfacción laboral y burnout.

El riesgo de sufrir un trastorno depresivo mayor aumenta cuando el nivel de burnout es grave (Zuraida & Zainal, 2015)

Esto puede tener importantes consecuencias negativas a nivel personal (abuso de sustancias, ruptura de relaciones e incluso suicidio), pero también importantes consecuencias profesionales como una menor satisfacción del paciente, deterioro de la calidad asistencial, incluso hasta errores médicos, que pueden acabar en demandas por mala praxis con costes sustanciales para los cuidadores y los hospitales. Por lo tanto, para hacer frente a este importante problema de la asistencia sanitaria contemporánea es esencial estar alerta ante el fenómeno y reconocer con prontitud, así como desarrollar estrategias personales y organizativas de afrontamiento adecuadas (Hert, 2020).

1.3 Pregunta de Investigación

¿Cuál es la prevalencia del Síndrome de Burnout en los Médicos Residentes del Hospital General de Macas?

1.4 Delimitación

El Hospital General de Macas es una institución pública del segundo nivel de atención, al contar con servicios de Emergencia y Urgencia, Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, Neonatología, Pediatría, Medicina Interna, Cirugía General, Traumatología y Maxilofacial, así como consulta externa de los servicios antes mencionados lo convierten en un Hospital de referencia de la Provincia de Morona Santiago.

Dado que, dentro del equipo de salud figuran los Médicos Generales en funciones Hospitalarias, quienes ejercen sus labores en función de Médicos Residentes en las distintas áreas, cuyo papel es tanto de estudiante como de trabajador, la carga y responsabilidad que confiere esta figura médica puede ser, en diversas ocasiones, desproporcionada con respecto a su experiencia y habilidades, por lo que el proyecto de investigación se centró en esta población. Se realizó en los meses comprendidos de Agosto a Noviembre del 2023

1.5 Justificación

El síndrome de burnout se refiere a las consecuencias psicológicas del estrés laboral continuo y a largo plazo (Schaufeli, Maslach, & Marek, 1993) que se define como un grupo de síntomas causados por el estrés laboral crónico que implica agotamiento emocional, sentimientos de impotencia, despersonalización, actitudes negativas, satisfacción laboral, rendimiento laboral, vulnerabilidad a enfermedades y relaciones interpersonales (Mealer, et al., 2016)

Los riesgos psicosociales se han convertido en un fenómeno importante y rápidamente ganaron un reconocimiento considerable porque están estrechamente relacionados con las actividades laborales. Una posible consecuencia de ello es el denominado Síndrome de Desgaste Profesional (SDP) o Burnout, el mismo que hace referencia al estrés crónico experimentado en el trabajo del personal de cuidados sanitarios (Castañeda Aguilera & Garcia Alba, 2020)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) incluyó recientemente el Burnout en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) en la sección "Factores que influyen en el estado de salud o en el contacto con los servicios sanitarios", bajo la definición de "Burnout" (World Health Organization, 2019).

Se ha demostrado que el burnout se da en todo tipo de trabajos, sin embargo, en los últimos años se ha observado un creciente interés por todo lo que forma parte del trabajo del personal médico, con un aumento exponencial del número de artículos publicados con enfoque en fenómenos de contexto laboral del sistema sanitario, siendo una de las áreas de actividad mejor estudiadas desde el punto de vista del Burnout.

Se cree que las semillas del burnout se plantan ya en la facultad de medicina, alcanzan su punto álgido durante la residencia y siguen siendo elevadas cuando los médicos afrontan retos relacionados con su práctica profesional (Hert, 2020).

Según el Medscape National Physician Burnout and Suicide Report, la tasa de agotamiento entre los médicos llegaría al 42% en 2020, en comparación con el 46% y el 39% en 2015 y 2010, respectivamente. Se notificaron tasas elevadas similares para residentes con puntuaciones entre el 41% y el 74% en múltiples especialidades. Según

el Informe de estilo de vida y felicidad de los residentes de Medscape, 2020, el 27% de los residentes declararon que rara vez o nunca tenían tiempo para llevar una vida social satisfactoria; de ellos, el 68% declararon haber relaciones fracasadas por este motivo (Kane, 2020).

La prevalencia del burnout puede incluso superar el 50% en los médicos si se consideran tanto los médicos en ejercicio como los médicos en formación (médicos residentes). Las causas más importantes que se encontraron fueron: demasiadas tareas burocráticas (55%); demasiadas horas de trabajo (33%); falta de respeto por parte del personal administrativo, los colegas (32%); una mayor actividad informática (30%); remuneración insuficiente (29%); falta de autonomía y control (24%); sensación de falta de sentido (22%); falta de respeto de los pacientes (17%) (Kane, 2020).

Los estudios transversales han asociado el agotamiento del médico con la disminución de la productividad, la insatisfacción laboral e incluso la intención de dejar el trabajo actual por diversos motivos, con grandes consecuencias para el personal médico y los costes del sistema sanitario (West, Dyrbiye, & Shanafelt, 2018)

El burnout es un problema de salud real y grave que se ha reconocido y documentado cada vez más en los últimos años (Briciu, Leucuta, Tokés , & Colcear, 2023) De alguna manera, los médicos han experimentado una reducción de su autonomía por el aumento de las tareas administrativas y la presión asistencial (Irigoyen Otiñano, et al., 2022). Esto ha llevado a presentar disminución de la satisfacción laboral, el absentismo, la rotación de personal, y el escepticismo. Estos efectos en el trabajo suelen tener repercusiones en la vida personal, como sentirse infeliz, ansiedad, depresión, aislamiento, abuso de sustancias, relaciones friccionadas y rotas y divorcio (Hert, 2020).

El burnout en los médicos puede tener implicaciones profesionales más graves que en otras profesiones. Además de para la salud física y psicológica, el burnout no tratado tiene consecuencias tanto profesionales como para la atención al paciente, es así que se ha relacionado con una atención del paciente subóptima, lo que se traduce en una menor satisfacción del paciente y un deterioro de la calidad de la atención. A la larga, esto puede dar lugar a errores médicos con posibles demandas por mala praxis y

los consiguientes litigios, generando costes sustanciales para los cuidadores y el sistema sanitario (Hert, 2020).

El burnout no es una aparición repentina de síntomas. Las personas afectadas tienen pensamientos, sentimientos y acciones que progresan a través de una serie de etapas, dejando oportunidades para la prevención (Azoulay & Lescale, 2023) y aunque hay varios estudios de revisión que examinan la prevalencia y los factores determinantes del burnout en los trabajadores sanitarios de países desarrollados y/u occidentalizados de Norteamérica, Europa y Australasia, hay una escasez de revisiones centradas en el burnout en países en vías de desarrollo, como Ecuador.

El síndrome de burnout es un fenómeno común en diversas profesiones, y los médicos residentes no son una excepción. Este síndrome se caracteriza por un agotamiento emocional, despersonalización y una disminución de la realización personal en el trabajo. Es preocupante que se haya observado una alta prevalencia de estos síntomas en los médicos residentes, especialmente en el género femenino.

La correlación con factores laborales y sociodemográficos resalta la complejidad de este problema. La edad, el estado civil, la tasa de natalidad, la jornada laboral y el área de trabajo son aspectos importantes que se deben tener en cuenta al abordar el síndrome de burnout en médicos residentes. Estos hallazgos indican que existen vulnerabilidades específicas que afectan a diferentes grupos de profesionales de la salud.

La necesidad de estudiar este fenómeno en la población de médicos residentes es crucial para comprender mejor sus causas y consecuencias. La información recopilada puede servir como base para desarrollar estrategias de prevención y afrontamiento del síndrome de burnout. Es fundamental implementar medidas que promuevan el bienestar emocional y la salud mental de los médicos residentes, ya que su labor es esencial para el sistema de atención médica.

La investigación continua en este campo puede proporcionar una visión más completa de los desafíos específicos que enfrentan los médicos residentes y permitir la implementación de intervenciones más efectivas. La atención a la salud mental de los

profesionales de la salud no solo beneficia a los individuos, sino que también tiene un impacto positivo en la calidad de la atención médica que brindan a sus pacientes.

CAPÍTULO 2: Objetivos

2.1 Objetivo General

Implementar estrategias de prevención del síndrome de burnout en los Médicos Residentes del HGM

2.2 Objetivos Específicos

1. Identificar la prevalencia y factores asociados al Síndrome de Burnout en los Médicos residentes del Hospital General de Macas
2. Analizar la prevalencia del Síndrome de Burnout en los Médicos Residentes del Hospital General de Macas
3. Elaborar estrategias de salud para prevenir el Síndrome de Burnout en los Médicos Residentes de Hospital General de Macas

2.3 Hipótesis

- Los Médicos Residentes del Hospital General de Macas representan un grupo potencialmente vulnerable a presentar diferentes niveles de Burnout debido a la carga de trabajo y responsabilidad que confiere a esta figura médica, lo que genera afectación psicológica y física tras someterse a niveles altos de estrés que incide negativamente en su salud y en la operatividad comportamental.

CAPÍTULO 3: Marco Teórico

Las consecuencias de no tener entornos laborales organizados y gestionados pueden ser directas para los trabajadores, agotándolos y consumiendo psicológicamente a estos, y esto es un riesgo laboral para la actualidad (Han, 2019). Aunque inicialmente se consideró que el agotamiento era específico de los profesionales que trabajaban en el cuidado de personas, la evidencia posterior ha demostrado que este síndrome puede desarrollarse en todo tipo de profesiones y grupos ocupacionales (Salanoma, 2000). Sin embargo, las estimaciones de prevalencia del agotamiento varían considerablemente según la definición de agotamiento aplicada. Por ejemplo, un estudio nacional de residentes de cirugía general de EE. UU. encontró que las estimaciones variaron entre el 3,2% y el 91,4%, y el 43,2% de los encuestados reconocía síntomas semanales (Hewitt, 2020).

Este síndrome se manifiesta como respuesta al estrés crónico que un individuo sufre laboralmente, la misma que se desarrolla gradualmente y se puede cronificar, provocando cambios en la salud (Montero, 2016). A nivel psicológico, provoca alteraciones cognitivas, emocionales y a nivel de la actitud, que se manifiestan como comportamientos negativos en el trabajo y con el personal del mismo (Maslach, 2006). Pero este no es un problema personal, sino el resultado de ciertas características de las actividades laborales (Bouza, Monte, & Palomo, 2020).

La primera persona que utilizó el término “burnout” fue Graham Greene, al escribir “A Burnt-Out Case”, en donde habla sobre un arquitecto que no le llenaba su profesión (Valsania, 2022). Luego a nivel psicológico, este término fue utilizado por Freudenberger, quien habla sobre el agotamiento que este representa, además de la frustración al realizar una actividad a nivel laboral que no llena las expectativas deseadas (Freudenberger, 1974). Luego a nivel científico, Maslach, lo definió como un proceso progresivo de fatiga y poco compromiso a nivel profesional (Maslach C. , Leiter M.P. Burnout, 1976). Después de unos años este concepto fue replanteado, y lo definieron como un síndrome que engloba el agotamiento emocional, la despersonalización y la reducción de la eficacia profesional (Maslach & Jackson, 1981). Hay que tener en cuenta que en este concepto ya se reconoce la enfermedad como un síndrome (Valsania, 2022).

Subtipos de agotamiento

Como alternativa a la definición unitaria de burnout, Montero, propone que este síndrome no siempre se desarrolla de la misma manera y que, por el contrario, pueden existir 3 clases diferentes en las que va a depender de los trabajadores y la dedicación al trabajo (Montero, 2016).

El subtipo frenético es propio de contextos laborales con sobrecarga y trabajadores que trabajan intensamente hasta el agotamiento, los trabajadores muestran una mayor dedicación al trabajo, y se ha demostrado que estos empleados muestran un alto grado de implicación en la necesidad de conseguir resultados importantes, lo que se relaciona con su estilo de afrontamiento, que se basa en intentar resolver activamente problemas en los que dedican un gran número de horas de trabajo a la semana (Valsania, 2022).

El subtipo poco desafiado es aquel en el que la ocupación suele ser monótona y poco estimulante, las tareas repetitivas, mecánicas y rutinarias no brindan a los empleados la satisfacción que necesitan, estos encuentran el trabajo poco gratificante y monótono., además de mostrar apatía, aburrimiento y falta de interés personal y va acompañado del deseo de cambiar de trabajo (Valsania, 2022).

El subtipo desgastado tiene sentimientos de desesperanza, falta de control sobre los resultados laborales y reconocimiento del esfuerzo invertido, por lo que eventualmente optan por la negligencia y el abandono ante posibles dificultades (Valsania, 2022).

Desde que apareció el concepto en la literatura científica, han aparecido varios enfoques que intentan responder a la pregunta de por qué se produce el burnout y cómo se desarrolla.

Etiología

Desde que apareció el concepto en la literatura científica, han aparecido varios enfoques que intentan responder a la pregunta de por qué se produce el burnout y cómo se desarrolla.

Teoría cognitiva social: este síndrome se desencadena cuando el trabajador alberga dudas sobre su propia eficacia, o la de su grupo, para alcanzar los objetivos profesionales (Manzano & Ayala, 2013). Estos planteamientos fueron corroborados en un estudio realizado en el contexto español con 274 profesores de secundaria que demostró que el burnout se producía tras la aparición de crisis de eficacia profesional (Llorens, Garcia, & Salanova, 2005).

Teoría del intercambio social: esta teoría afirma que el burnout ocurre cuando los empleados experimentan una falta de equidad entre el esfuerzo y contribución que realizan y los resultados que logran en el trabajo (Schaufeli, Maassen, Bakker, & Sixma, 2011).

Teoría Organizacional: Según Golembiewski et al, el agotamiento comienza con la presencia de factores estresantes como la sobrecarga de trabajo por lo que algunas personas han reducido el compromiso organizacional como estrategia de afrontamiento, que se parece mucho al cinismo y la despersonalización, luego, la persona experimenta un bajo rendimiento personal y agotamiento emocional en el trabajo, lo que lleva al síndrome de agotamiento (Golembiewski, Munzenrider, & Carter, 1983).

Teoría de las demandas y los recursos: establece que el agotamiento ocurre cuando hay un desequilibrio entre las demandas, los factores laborales que requieren esfuerzo físico o mental y los recursos derivados del trabajo no están equilibrados, por lo que se produce la fatiga, en donde, las demandas exceden los recursos para lograr los objetivos laborales, la misma que se puede volver crónica y, en última instancia, se convierte en agotamiento (Bakker & Demerouti, 2017).

Teoría estructural: propone que el agotamiento es una respuesta al estrés cronificado y ocurre cuando fallan las estrategias de afrontamiento que un individuo utiliza para lidiar con los factores estresantes en el lugar de trabajo, las estrategias de afrontamiento que se provocan por este estrés al comienzo fracasan y esto puede conducir al fracaso profesional y a una baja sensación de realización personal y agotamiento emocional en el trabajo y se desarrolla una actitud despersonalizante como nueva forma de afrontamiento (Manzano & Ramos, 2000).

Teoría del contagio emocional: se cree que el agotamiento ocurre en grupos de trabajo porque hay creencias y emociones compartidas que emergen durante las interacciones sociales (Llorens & Salanova, 2011) Este agotamiento es particularmente evidente entre profesores y médicos, así como entre cónyuges (Bakker & Schaufeli, 2000). Por tanto, el desbordamiento emocional puede influir en el desarrollo del agotamiento tanto dentro como fuera del ámbito laboral (Petitta & Jiang, 2020).

Desencadenantes

Factores organizacionales: aquí tienen que ver bastante los tipos de tareas y cómo se organizan, y la relación entre colegas, supervisores y con los clientes (Adriaenssens, Gucht, & Maes, 2015).

Carga de trabajo: cuando ésta es excesiva, requiere un esfuerzo mantenido e impone costos fisiológicos y psicológicos, como mecanismo de autodefensa, estos síntomas pueden provocar sentimientos de agotamiento y desvinculación psicológica del trabajo (Maslach & Leiter, 2017).

Trabajo emocional: se refiere a los procesos psicológicos necesarios para autorregular las emociones y mostrar las emociones deseadas por la organización, esto incluye suprimir las emociones negativas, como enojo, irritación para cumplir con las reglas organizacionales y objetivos laborales, así como no sentir emociones, como mostrar empatía por los clientes o usuarios, a pesar de la realidad, por el contrario, cuando uno realmente se siente tranquilo en situaciones de miedo (Mustafa, Santos, & Chern, 2016).

Falta de autonomía laboral: es la falta de libertad en el trabajo para realizar tareas, así como la incapacidad de influir en las decisiones que afectan al trabajo, se asocian positivamente con mayores niveles de burnout (Maslach & Leiter, 2017). Esto se observa en varios estudios que han encontrado una correlación negativa entre el burnout y el empoderamiento, lo que significa que cuanto más empoderados se sienten los empleados, menor es el nivel de burnout (Orgambidez & Almeida, 2019).

Conflicto de rol: cuando el empleado no sabe lo que se espera de él, y la misión que tiene en su lugar de trabajo se considera que presenta ambigüedad de rol, o en su

caso, las diferentes tareas a realizar y los requisitos no se corresponden entre sí, o están Desalineadas con los demás, presenta conflicto de roles (Acker, 2003).

Percepciones de supervisión inadecuada e injusta: cuando se centran sólo en aspectos negativos sin valorar el desempeño y el esfuerzo, se puede desarrollar el agotamiento, pero si al tratar a los empleados aumenta razonablemente los recursos disponibles, afecta negativamente al agotamiento emocional y, a su vez, reduce la probabilidad de que los empleados presenten síntomas de agotamiento (Laschinger, Borgogni, Consiglio, & Read, 2015).

Falta de apoyo social: la falta de apoyo social en el trabajo, tanto por parte de los compañeros como de los directivos, así como los conflictos internos entre compañeros, se citan como importantes desencadenantes del agotamiento (Boland, Mink, Kamrud, Jeruzal, & Stevens, 2019).

Malas horas de trabajo: las condiciones laborales que dificultan la conciliación de la vida familiar y profesional son otro importante desencadenante del burnout. Por ejemplo, el trabajo por turnos, las altas rotaciones, el trabajo nocturno, las largas jornadas laborales o una gran cantidad de horas extras son poderosos desencadenantes del agotamiento. Además, estas características horarias se relacionan positivamente con trastornos del sueño, problemas cardíacos, problemas de salud, insatisfacción laboral, disminución de la atención y el rendimiento, así como un mayor riesgo de accidentes (Maslach & Leiter, 2017).

Factores personales que modulan el burnout: se analizan los rasgos de personalidad y variables sociodemográficas, así como las estrategias de afrontamiento, para provocar o promover el desarrollo del burnout ante la presencia de factores organizacionales (Valsania, 2022).

Consecuencias

El burnout puede tener una serie de consecuencias negativas tanto para las personas que lo padecen como para las empresas en las que trabajan los afectados, estos efectos son inicialmente psicológicos, pero con el tiempo pueden manifestarse como efectos negativos en la salud y el comportamiento físico/biológico de los

empleados, derivando en consecuencias organizacionales negativas (Salvagioni, Melanda, Mesas, González, & Gabani, 2017).

Consecuencias psicológicas: estos se producen a nivel cognitivo y emocional, varios estudios han demostrado que este síndrome se asocia con problemas de atención y memoria, dificultad para tomar decisiones, reducción de las habilidades de afrontamiento, ansiedad, depresión, baja autoestima, falta de sueño, entre otros síntomas (Salvagioni, Melanda, Mesas, González, & Gabani, 2017).

Efectos sobre la salud: una revisión de varios estudios concluyó que los trabajadores con niveles más altos de agotamiento tienen más probabilidades de experimentar una variedad de problemas de salud física, problemas digestivos, enfermedades cardiovasculares, cefaleas, entre otros (Giorgi, Arcangeli, Perminiene, C, & Ariza, 2017). Los estudios también han encontrado que la fatiga aumenta los niveles de cortisol sistémicos, lo cual se convierte en un factor de riesgo para la diabetes tipo 2 (Melamed, Shirom, Toker, & Shapira, 2006).

Consecuencias organizativas: las consecuencias negativas que experimentan a nivel individual los trabajadores con burnout se traducen en una baja motivación y rendimiento que puede extenderse a la unidad de trabajo y a la organización, provocando una reducción en la calidad de los servicios (Humborstad, Humborstad, & Whitfield, 2007). Asimismo, los empleados que sufren burnout influyen en el resto de la organización, provocando mayores conflictos o interrumpiendo tareas laborales, reduciendo así la producción y aumentando los tiempos de producción (Maslach C. , Leiter M.P. Burnout, 1976). Por tanto, como indica la teoría del contagio emocional, el burnout puede provocar un “efecto contagio”, generando un mal ambiente laboral (Bakker & Schaufeli, 2000). Este síndrome también suele generar importantes pérdidas económicas como consecuencia del ausentismo, la pérdida de eficiencia y conductas contraproducentes (Ugwu, Enwereuzor, Fimber, & Ugwu, 2017).

Prevención

Una vez establecido qué es el burnout y qué circunstancias lo desencadenan, en este apartado se expone cómo se va a actuar tanto para evitar como para revertir su aparición y sus consecuencias (Valsania, 2022).

Intervenciones organizativas dirigidas a la estructura del trabajo

Mejoras en el puesto de trabajo: el objetivo principal de estas actividades es reducir cuantitativamente la carga de trabajo y aumentar cualitativamente la carga de trabajo reprogramando el trabajo, completando las tareas laborales y mejorando la calidad del trabajo mediante la eliminación de elementos estructurales y/o procedimientos procesales. Perturbación y estrés, y cambiar el momento de los posibles factores estresantes (Simone, Vargas, & Servillo, 2021).

Humanización de horarios e implementación de planes de conciliación. Esta intervención implica organizar y flexibilizar los horarios y turnos de trabajo para permitir la conciliación de la vida personal y profesional (Kossek, Hammer, Kelly, & Moen, 2014).

Uso de recompensas e incentivos que no sean sólo económicos. Los empleados pueden sentirse motivados por recompensas que no siempre tienen que ser de naturaleza financiera. Reconocer el trabajo bien hecho es una forma muy eficaz de aumentar los niveles de motivación de los trabajadores y prevenir el agotamiento (Maslach & Leiter, 2017).

Creación de un plan de acogida: se recomienda a las empresas que desarrollen un proceso para incorporar nuevos empleados, explicar la misión, las tareas y los objetivos del rol con absoluta claridad y presentarlo al público paso a paso (Shanafelt & Noseworthy, 2017).

Seguimiento del burnout y desarrollo de un plan personal. Esto incluye encuestas y mediciones periódicas de los empleados para "monitorear" el nivel de agotamiento en la organización, comparando las puntuaciones de los empleados según la unidad, ubicación, puesto, gerente, etc (Kannampallil, Abraham, Lou, & Payne, 2021).

Institucionalización de la seguridad y salud en el trabajo. Esta intervención se refiere a la obligación de las organizaciones de incorporar en su estructura departamentos o dispositivos en forma de convenios con otras entidades para garantizar la salud y reducción del burnout de los trabajadores, para lo cual se pueden emplear talleres educativos sobre el estrés, asesoramiento sobre el trabajo, derivación a servicios

de salud en donde exista personal psicólogos y médicos especialistas (Herrera, León, & León, 2017).

Intervenciones impulsadas por la organización dirigidas a los empleados

Este tipo de intervención tiene como objetivo básicamente incrementar los recursos personales de los empleados para gestionar los factores estresantes en el trabajo, lo que a su vez ayuda a reducir los niveles de burnout.

Capacitación. A través de la formación, los empleados pueden adquirir nuevas habilidades y conocimientos técnicos que aumenten sus recursos de afrontamiento y mejoren sus expectativas de autoeficacia.

Intervenciones basadas en fortalezas: parten de la premisa de que las personas tienen recursos personales que pueden utilizar para afrontar la adversidad. Utilizar las fortalezas es intrínsecamente motivador y satisfactorio.

Creación de grupos de apoyo. El apoyo de pares y de equipo siempre ha sido fundamental para ayudar a los profesionales a afrontar las dificultades y desafíos de la vida cotidiana. Este apoyo abarca una amplia gama de actividades, incluida la celebración de logros o la creación de grupos de apoyo formales (Kannampallil, Abraham, Lou, & Payne, 2021).

Intervenciones centradas en el individuo promovidas por el individuo

Este tipo de actuaciones son iniciadas y determinadas por los propios trabajadores y tienen como objetivo mejorar su estado emocional y físico completamente fuera del entorno laboral, incluyendo el ejercicio físico, el mindfulness, la autoevaluación y, en su caso, la psicoterapia.

Ejercicio físico. El ejercicio físico puede utilizarse en la prevención primaria, secundaria y, en su caso, terciaria.

Autoevaluación. Esta intervención implica la autoobservación de posibles signos que puedan indicar un burnout

Psicoterapia. El tratamiento psicoterapéutico del síndrome de burnout se lleva a cabo en los casos más severos y graves (es decir, cuando ya se está padeciendo el síndrome y sus consecuencias) (Ochentel, Humphrey, & Pfeifer, 2018).

CAPITULO 4: Aplicación Metodológica

4.1 Diseño del Estudio o Tipo de Estudio

Cuali- cuantitativo: cualitativo al analizar datos no numéricos para comprender conceptos, opiniones y experiencias, y cuantitativa al analizar la prevalencia y factores de riesgo mediante cálculos estadísticos.

Descriptivo: ya que se describen las características de la muestra, es decir, las características del Síndrome de Burnout que presentan los médicos residentes del hospital.

Observacional: porque se limita a vigilar y registrar las respuestas de las preguntas del cuestionario, tanto sociodemográficas como las relacionadas con los factores de riesgo.

Transversal: porque se recopila información del burnout en una población en un tiempo determinado.

Prospectivo: se registra la información desde que se aplica el cuestionario según como se va desarrollando el proyecto de investigación.

4.2 Matriz del Marco Lógico

Mediante la identificación y evaluación de los objetivos conjuntamente con la hipótesis se ha podido establecer el ¿Por qué? ¿Para qué? del fenómeno de estudio a través de una manera sistemática y organizada, con la selección y priorización de relaciones de causalidad, además de la identificación de factores externos que pueden generar impacto negativo en el progreso del estudio. Así mismo, esta herramienta nos permite identificar y proponer características esenciales que servirán como base para abordar y mejorar el problema de burnout y las consecuencias en los Médicos Residentes del Hospital General de Macas.

Tabla 1
Matriz del marco lógico

	Resumen Narrativo	Indicadores	Medios de Verificación	Supuestos
Fin	Disminuir los niveles de estrés, depresión, ansiedad y suicidio	Pausas Activas Síntomas de cansancio	Reporte de pausas activas	Carencia de descanso y pausas activas.
	Impulsar un ambiente de trabajo seguro	Relaciones interpersonales con el equipo de trabajo	Indicadores de Clima laboral	Falta de gestión de recursos humanos
	Generar satisfacción con respecto a su puesto de trabajo	Insatisfacción en el puesto de trabajo.	Encuesta de satisfacción laboral	Situación organizacional inestable.
	Mejorar roles, competencias, desempeño y eficiencia de los residentes	Cumplimiento de protocolos clínicos	Evaluaciones de conocimiento teórico-prácticas	Evaluaciones dirigidas según el área en que labora
	Disminuir los permisos y la deserción laboral	Permisos por enfermedad. Renuncias	Registro de Ausentismo laboral y renuncias al año	Falta de gestión de recursos humanos
Propósito	Implementar estrategias de promoción y prevención del síndrome de burnout en los médicos residentes del Hospital General de Macas	Disminuir y prevenir el Síndrome de Burnout en los Médicos Residentes del Hospital General de Macas	Cuestionario de Maslach	Político Directivo
Componentes	Ausencia de estrés laboral	Porcentaje de médicos residentes que informan niveles reducidos de burnout	Encuesta	Falta de Departamento de Medicina Ocupacional
	Entorno de trabajo saludable	Estresores del espacio de trabajo	Encuesta de riesgo Psicosocial laboral	Compromiso y colaboración de los líderes
	Satisfacción laboral	Grado de satisfacción laboral	Encuestas de satisfacción de laboral, entrevistas personales	Omisión de propuestas de valor
	Desarrollo profesional y oportunidades de crecimiento	Oportunidades de desarrollo profesional	Evaluaciones, certificados	Asignación de recursos financieros para capacitación continua
Alternativas	Ausencia de estrés laboral <ul style="list-style-type: none"> Programas de bienestar y salud mental Control médico psicológico semestral Charlas sobre equilibrio de trabajo y vida personal Impulsar medidas antiestrés durante la jornada laboral. 	Recursos Humanos	Control de registro de asistencia Historias Clínicas Registro e informe de aplicación trimestral	Directivos y Medicina Ocupacional
	Entorno de trabajo saludable <ul style="list-style-type: none"> Charlas sobre comunicación y coordinación con el equipo de trabajo Capacitación sobre relaciones interpersonales en el área laboral Talleres sobre cultura organizacional 	Recursos Humanos	Control de asistencia	Directivos y Medicina Ocupacional
	Satisfacción laboral <ul style="list-style-type: none"> Implementación de programas de comunicación interna efectiva Evaluación y mejora de las condiciones de trabajo y del ambiente laboral. 	Recursos Humanos	Informes y recomendaciones	Directivos
	Desarrollo profesional y oportunidades de crecimiento <ul style="list-style-type: none"> Creación de un sistema de reconocimiento y recompensas Desarrollo y ejecución de programas de formación y desarrollo. 	Recursos Humanos	Registro de certificados de capacitación continua	Directivos

Fuente: Elaboración propia

Nota: La tabla 1 describe las alternativas, componentes, propósito y fin de la matriz del marco lógico, necesarios para llegar a los objetivos propuestos.

4.3 Universo y Muestra

Universo: Estuvo comprendido por todos los médicos residentes del Hospital General de Macas. Según datos obtenidos del Departamento de Personal de la Institución, el mismo cuenta con 51 médicos divididos entre operativos, administrativos y del ECU911.

Muestra: Se trabajará con todo el universo, para lo cual se tomará la población general para realizar el estudio.

4.4 Variables

Variable dependiente

- Síndrome de Burnout
- Cansancio emocional
- Baja realización personal
- Despersonalización

Variables independientes

- Edad
- Sexo
- Estado civil
- Número de hijos
- Área laboral
- Tiempo laborable
- Horas laborables
- Tipo de contrato

4.5 Criterios de inclusión y exclusión

Inclusión:

- Médicos residentes
- Mayores 20 años
- Trabajadores del Hospital General de Macas

Exclusión:

- Médicos especialistas
- Médicos de otras instituciones
- Enfermeras

4.6 Operacionalización de variables

Tabla 2

Operacionalización de las variables

	Variab	Definición	Naturaleza	Tipo	Dimensión	Indicador	Instrumento	Escala	Fuente
Variab	Síndrome de Burnout	Forma inadecuada de afrontar el estrés crónico, cuyos rasgos principales son el agotamiento emocional, la despersonalización y la disminución del desempeño personal	Numérica	Cuantitativa	Cansancio emocional Baja realización personal Despersonalización	Puntuaciones altas en EE y D y baja en PA	Cuestionario	Nominal	Médico encuestado
	Cansancio emocional (EE)	Disminución de energía, sentimiento de desgaste emocional y físico, asociados a una sensación de frustración y fracaso	Numérica	Cuantitativa	Preguntas 1,2,3,6,8,13,14,16,20 del cuestionario	Bajo: menor o igual a 18 Medio: 19-26 Alto: mayor o igual a 27	Cuestionario	Nominal	Médico encuestado
	Baja realización personal (PA)	Tendencia de los profesionales a evaluarse negativamente de modo que esa evaluación negativa afecta su habilidad en la realización del trabajo	Numérica	Cuantitativa	Preguntas 4,7,9,12,17,18,19,21 del cuestionario	Baja: menor o igual a 33 Media: 34-39 Alta: mayor o igual a 40	Cuestionario	Nominal	Médico encuestado
	Despersonalización (D)	Estado psíquico experimentado por algunos enfermos mentales, por el cual se sienten extraños a sí mismos, a su cuerpo y al ambiente que los rodea.	Numérica	Cuantitativa	Preguntas 5,10,11,15,22 del cuestionario	Bajo: menor o igual a 5 Medio: 6-9 Alto: mayor o igual a 10	Cuestionario	Nominal	Médico encuestado
Variab	Edad	Número de años cumplidos	Numérica	Cuantitativa	Cronológica	25-30 (0) 31-35 (1) 36-40 (2) Más de 40 (3)	Cuestionario	Ordinal	Médico encuestado
	Sexo	Condición orgánica que distingue a los machos de las hembras.	Atributo	Cualitativa	Condición biológica	Hombre (0) Mujer (1)	Cuestionario	Numérica	Médico encuestado

Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto	Atributo	Cualitativa	Conyugal	Soltero/a (0) Casado/a (1) Divorciada (2) Viuda (3) Unión libre (4) Unión de hecho (5)	Cuestionario	Numérica	Médico encuestado
Número de hijos	Número de hijos nacidos vivos que ha tenido a lo largo de su vida contando el parto del nacimiento considerado.	Numérica	Cuantitativa	Biológica	(0) (1) (2) (4) 5o más (5)	Cuestionario	Numérica	Médico encuestado
Área laboral	espacio o ambiente en donde se realizan las labores	Atributo	Cualitativa	Condición laboral	Emergencia y triaje(0) Cuidados Intensivos Adultos(1) Neonatología(2) Medicina Interna(3) Cirugía (incluye traumatología, Maxilo facial, Otorrinolaringología) (4) Ginecología(5) Ecu 911(6) Personal Administrativo(7)	Cuestionario	Numérica	Médico encuestado
Tiempo laborable	tiempo que labora dentro de la institución	Categoría	Cualitativa	Condición laboral	Menos de 1 año (0) Entre 1-3 años (1) Entre 3 a 6 años (2) Más de 6 años (3)	Cuestionario	Numérica	Médico encuestado
Horas laborables	tiempo que cada trabajador dedica al desempeño de su trabajo, por el cual ha sido contratado	Categoría	Cualitativa	Condición laboral	Menos de 30 horas (0) Entre 30 y 40 horas (1) Entre 40 y 50 horas (2) Más de 50 horas (3)	Cuestionario	Numérica	Médico encuestado

Tipo de contrato	acuerdos bilaterales o multilaterales que procuran un buen desarrollo dentro del mercado laboral	Categoría	Cualitativa	Condición laboral	Nombramiento Definitivo (0) Nombramiento Provisional (1) Contrato Servicios Ocasionales (2) Contrato Definido (3)	Cuestionario	Numérica	Médico encuestado
------------------	--	-----------	-------------	-------------------	--	--------------	----------	-------------------

Fuente: Elaboración propia

Nota: La tabla 2 indica las variables que se utilizan en el proyecto de investigación con su definición, naturaleza, tipo, dimensión, indicador, instrumento, escala y fuente.

4.7 Instrumento de Investigación

El instrumento a través del cual se evaluó fue el Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI), el cual comprende 22 ítems; y fue diseñado para evaluar profesionales, como enfermeras, que realizan su trabajo mientras interactúan con los usuarios de su servicio, y ha sido ampliamente descrito y validado internacionalmente (Anexo 1).

4.8 Obtención y Análisis de la información

Se desarrolló un formulario para recolección de la información, el cual se mencionó anteriormente. Este cuestionario fue entregado personalmente a cada uno de los médicos, que trabajan en los diferentes servicios del Hospital y en distintos horarios. Se les explicó los motivos del estudio, así como su participación fue voluntaria, de carácter anónimo, y que los datos consignados serían estrictamente confidenciales y se les pidió que firmen el consentimiento informado.

La información obtenida fue codificada y procesada a través del paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 21.0 y Microsoft Excel versión 16.40.

Al ser nuestra investigación de tipo descriptiva se considerará para determinar la prevalencia del síndrome medidas de porcentajes para organizar los datos procedentes del estudio se utilizó tablas de distribución de frecuencias. Para el análisis de correlación entre las variables sociodemográficas y laborales con las subescalas de Cuestionario de Maslach Burnout Inventory, se utilizará el chi-cuadrado de Pearson, el cual mide la relación estadística entre dos variables, considerándose significativo en el nivel 0.05

4.9 Resultados

A continuación se presentan los resultados obtenidos del presente estudio. Se inicia describiendo las características sociodemográficas y laborales, seguido de la frecuencia y porcentaje de las dimensiones, así como la prevalencia del Síndrome de Burnout, culminando con la correlación de cada una de las subescalas con los factores sociodemográficos y laborales.

Descripción de las características sociodemográficas y laborales

Se expone la descripción de las características sociodemográficas y laborales de los Médicos Residentes que laboran en el Hospital General de Macas

A través del análisis descriptivo, de un total de 53 médicos residentes pertenecientes al Hospital General de Macas, con una tasa de respuesta del 90.5%, se obtiene una muestra significativa de 48 participantes.

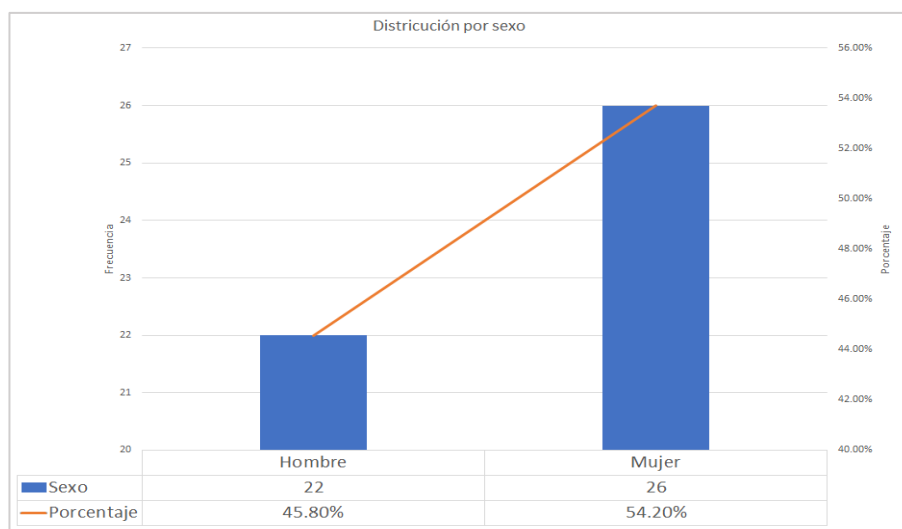
Tabla 3

Distribución por sexo

Variables	n	%	
Sexo	Hombre	22	45,8 %
	Mujer	26	54,2 %

Gráfico 1

Distribución por sexo

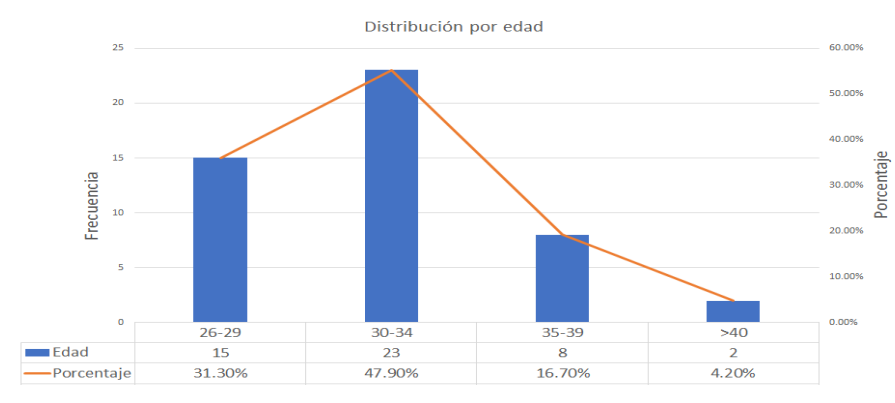


Fuente: Elaboración propia

Se visualiza mayor frecuencia el sexo femenino con el 54.2% de casos, a diferencia los hombres con el 45.80%.

Tabla 4*Distribución por edad*

Variables	n	%	
Edad (media: 31.9)	26-29	15	31,3 %
	30-34	23	47,9 %

Gráfico 2*Distribución por edad**Fuente: Elaboración propia*

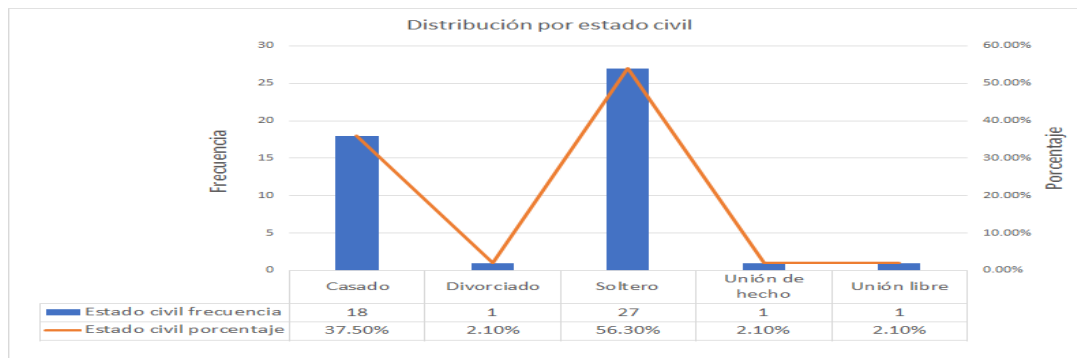
Se visualiza la distribución por edad, siendo del 47.90% la edades comprendidas entre 30-34 años, seguido de 26-29 años con el 31.30%.

Tabla 5*Distribución por estado civil*

Variables	n	%	
Estado Civil	Casado	18	37,5 %
	Divorciado	1	2,1 %
	Soltero	27	56,3 %
	Unión de hecho	1	2,1 %
	Unión libre	1	2,1 %

Gráfico 3

Distribución por estado civil



Fuente: Elaboración propia

Se visualiza mayor participación del grupo de solteros (56.30%), seguido del grupo de casados (37.50%).

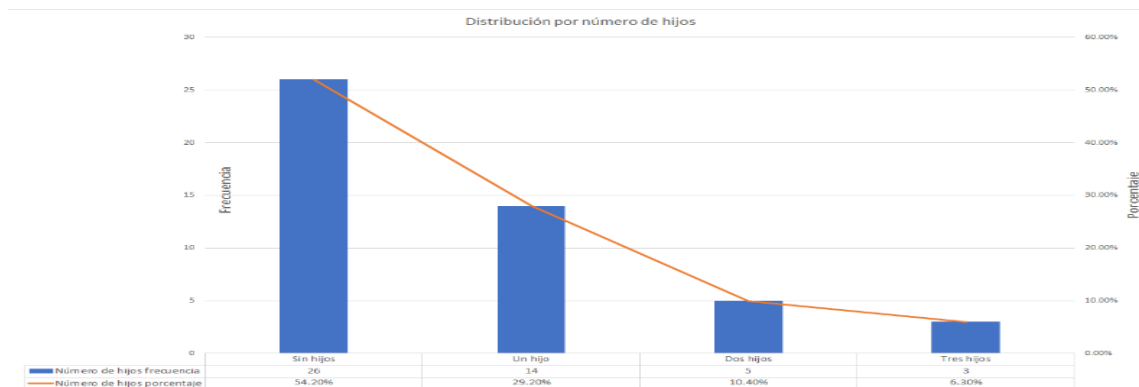
Tabla 6

Distribución por número de Hijos

Variable	n	%
Número de hijos		
Sin hijos	26	54,2 %
Un hijo	14	29,2 %
Dos hijos	5	10,4 %
Tres hijos	3	6,3 %

Gráfico 4

Distribución por número de hijos

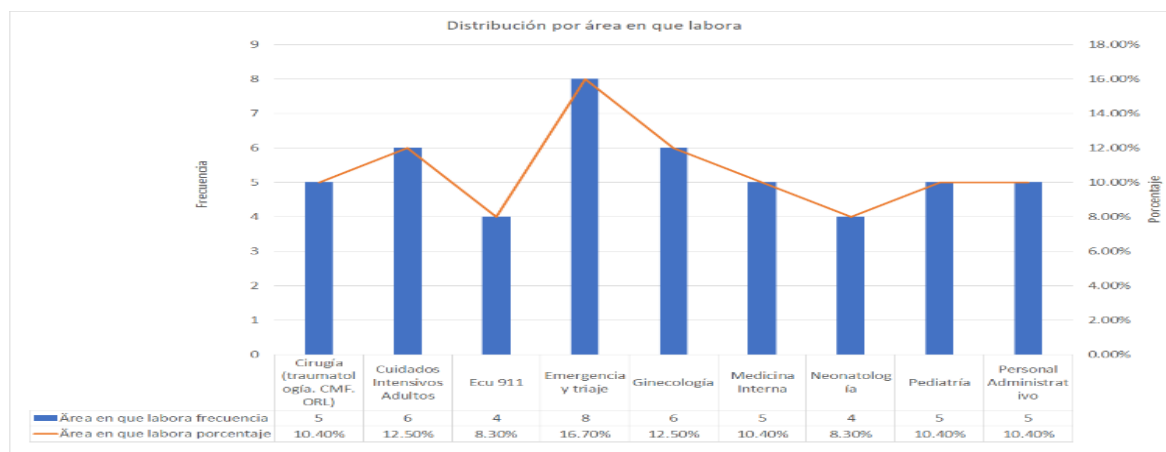


Fuente: Elaboración propia

Se obtiene mayor porcentaje de participantes sin hijos (54.20%), seguido de un hijo (29.20%).

Tabla 7*Distribución por área en que labora*

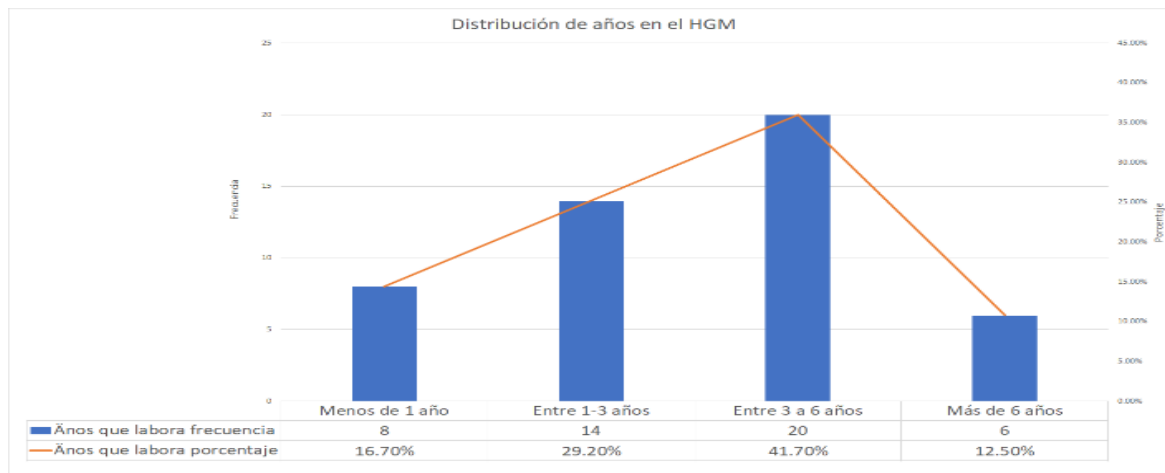
Variable	n	%
Área en que labora		
Cirugía (traumatología, CM, ORL)	5	10,4 %
Cuidados Intensivos Adultos	6	12,5 %
Ecu 911	4	8,3 %
Emergencia y triaje	8	16,7 %
Ginecología	6	12,5 %
Medicina Interna	5	10,4 %
Neonatología	4	8,3 %
Pediatría	5	10,4 %
Personal Administrativo	5	10,4 %

Gráfico 5*Distribución por área en que labora**Fuente: Elaboración propia*

El 16.70% de médicos residentes laboran en el área de emergencia, seguido del área de ginecología con el 12.50%.

Tabla 8*Distribución por años de trabajo*

Variable	n	%	
Años en el HGM	Menos de 1 año	8	16,7 %
	Entre 1-3 años	14	29,2 %
	Entre 3 a 6 años	20	41,7 %
	Más de 6 años	6	12,5 %

Gráfico 6*Distribución por años de trabajo**Fuente: Elaboración propia*

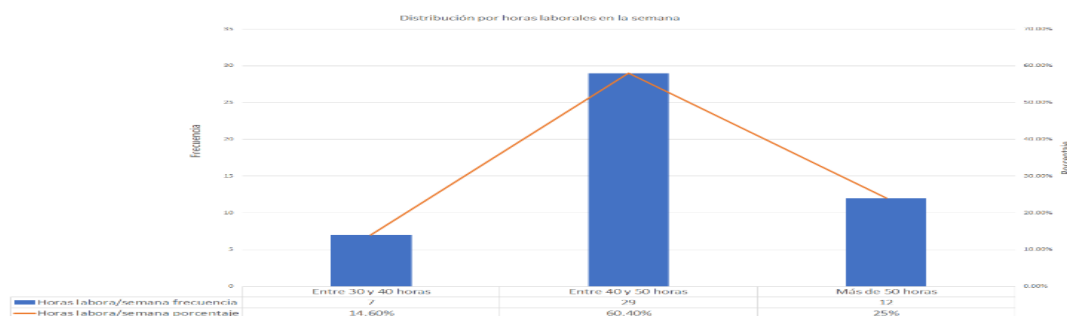
Se visualiza mayor porcentaje de médicos que trabajan entre 3-6 años (41.70%), seguido de 1-3 años con 29.20%

Tabla 9*Distribución por horas laborales la semana*

Variable	n	%	
Horas labora/semanal	Entre 30 y 40 horas	7	14,6 %
	Entre 40 y 50 horas	29	60,4 %
	Más de 50 horas	12	25 %

Gráfico 7

Distribución por horas laborales a la semana



Fuente: Elaboración propia

En relación a la carga horaria el 60.40% labora entre 40 y 50 horas a la semana, seguido del 25% con más de 50 horas

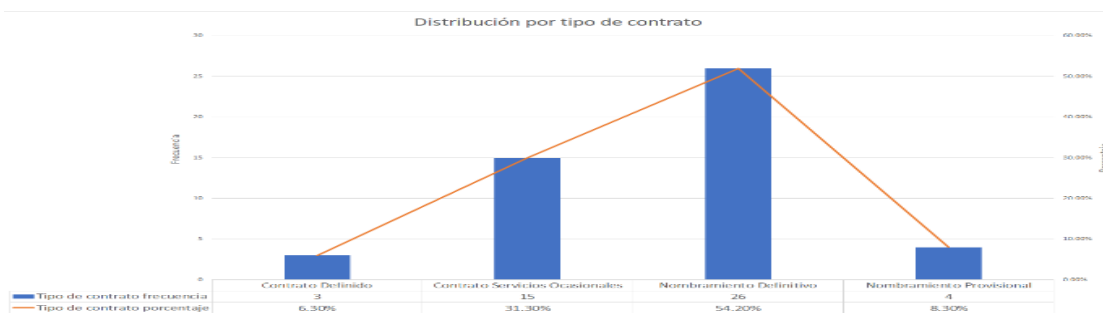
Tabla 10

Distribución por tipo de contrato

Variable	n	%
Tipo de contrato		
Contrato Definido	3	6,3 %
Contrato Servicios Ocasionales	15	31,3 %
Nombramiento Definitivo	26	54,2 %
Nombramiento Provisional	4	8,3 %

Gráfico 8

Distribución por tipo de contrato



Fuente: Elaboración propia

Se visualiza mayor participantes con Nombramiento definitivo 54.20%, seguido del 31.30% el grupo de contrato por servicios ocasionales.

Distribución por las subescalas del Cuestionario de Maslach Burnout Inventory.

En relación a la frecuencia y porcentaje de las 3 dimensiones de Burnout (cansancio emocional, despersonalización y realización personal).

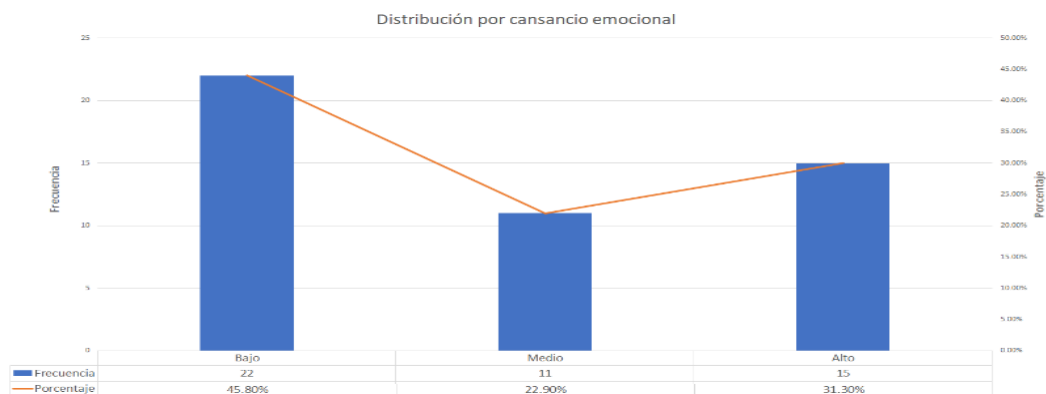
Tabla 11

Distribución por cansancio emocional

DIMENSIÓN	GRADO DE BURNOUT	RECuento	% DE N
CANSANCIO EMOCIONAL	Bajo	22	45,8 %
	Medio	11	22,9 %
	Alto	15	31,3 %

Gráfico 9

Distribución por subescala cansancio emocional

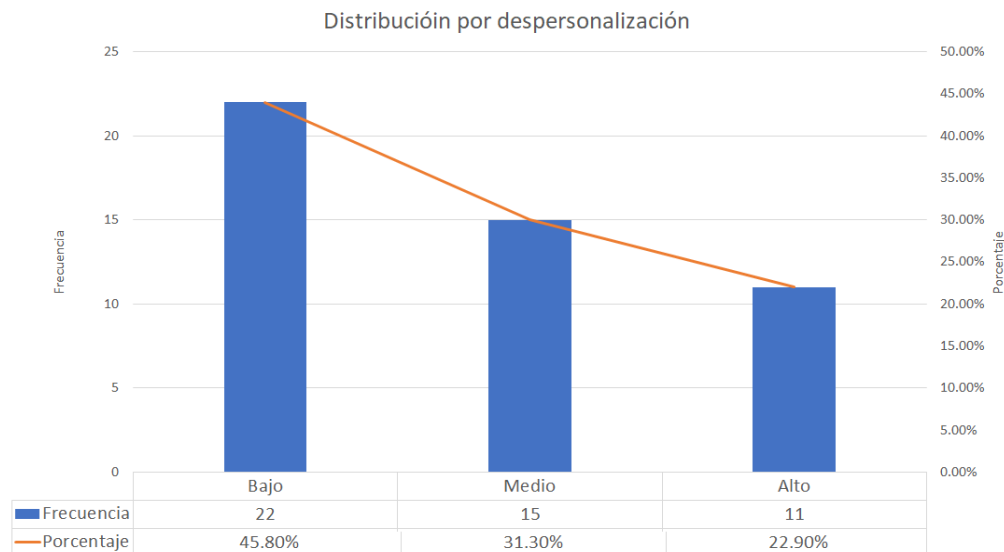


Fuente: Elaboración propia

Se visualiza en la subescala de cansancio emocional el 45.80% presenta puntuación baja, seguido del 31.30% puntuación alta y 22.90% puntuación media

Tabla 12*Distribución por subescala Despersonalización*

DIMENSIÓN	GRADO DE BURNOUT	RECuento	% DE N
DESPERSONALIZ ACIÓN	Bajo	22	45,8 %
	Medio	15	31,3 %
	Alto	11	22,9 %

Gráfico 10*Distribución por despersonalización**Fuente: Elaboración propia*

Se visualiza en la subescala de despersonalización el 45.80% presenta puntuación baja, seguido del 31.30% puntuación alta y 22.90% puntuación media

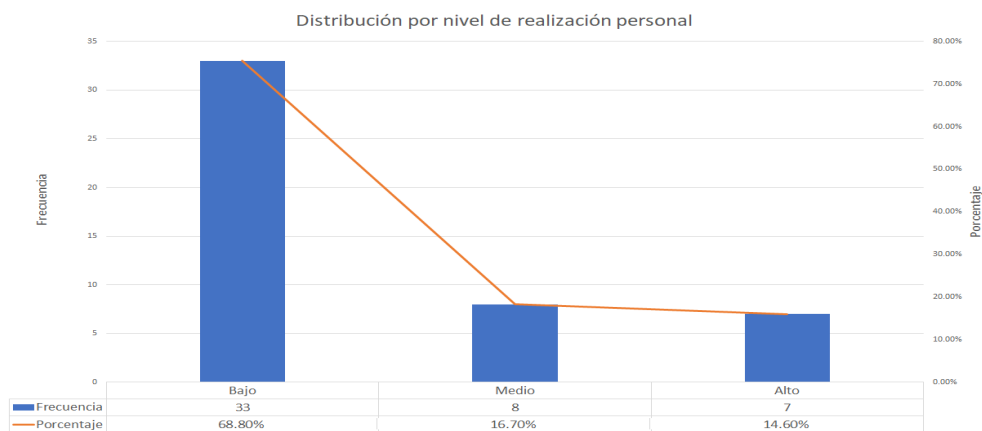
Tabla 13

Distribución por subescala de realización personal

DIMENSIÓN	GRADO DE BURNOUT	RECUESTO	% DE N
REALIZACIÓN PERSONAL	Bajo	33	68,8 %
	Medio	8	16,7 %
	Alto	7	14,6 %

Gráfico 11

Distribución por nivel de realización personal



Fuente: Elaboración propia

Se visualiza en la subescala de realización personal el 68.80% presenta puntuación baja, seguido del 14.60% puntuación alta y 16.70% puntuación media

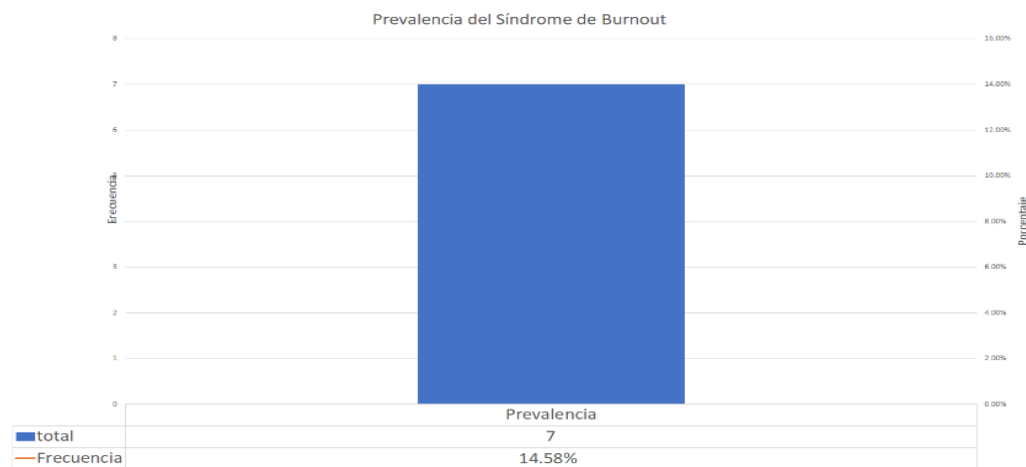
Tabla 14

Prevalencia

	RECuento	% DE N
PREVALENCIA DE BURNOUT	7	14.58%

Gráfico 12

Prevalencia del Síndrome de Burnout



Fuente: Elaboración propia

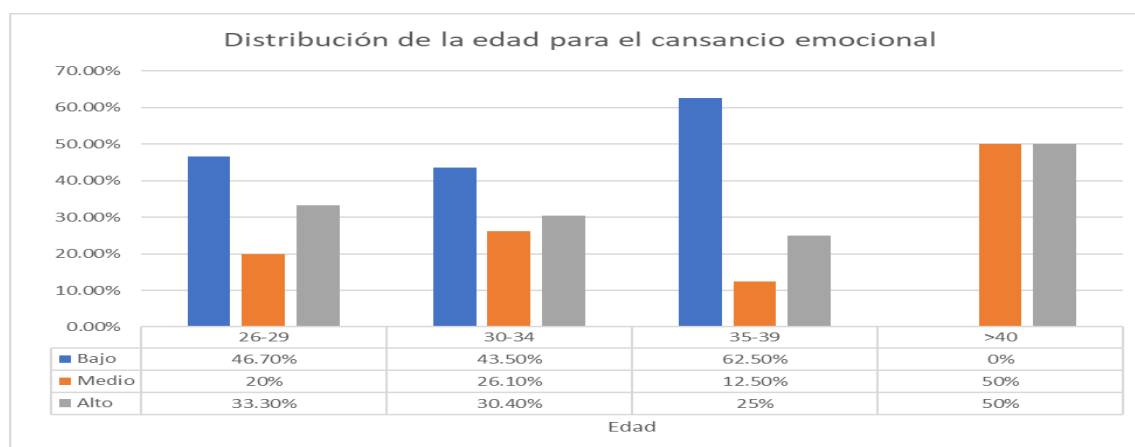
Se visualiza una prevalencia del 14.58% con un total de 7 casos del Síndrome de Burnout.

Correlación de las características sociodemográficas y laborales con la subescala de cansancio emocional.

Se aplica la correlación de Pearson para medir el grado de relación de los factores con la subescala de cansancio emocional, obteniéndose valores mayores a 0.05 por lo que se concluye que no son estadísticamente significativos y no guardan relación.

Tabla 15*Distribución de la edad para el cansancio emocional*

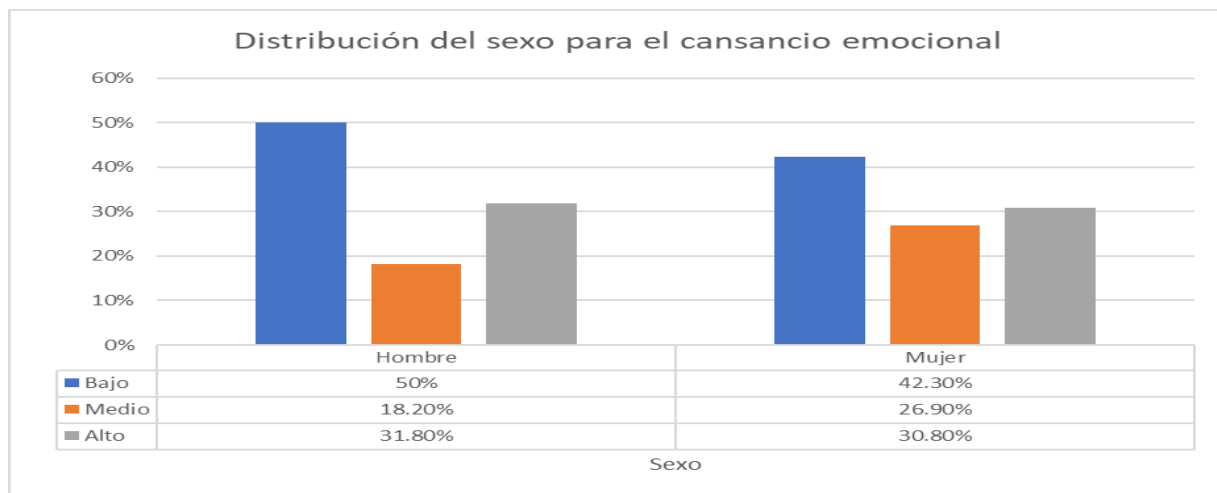
Variable	Cansancio Emocional			X2 de Pearson
	Bajo n(%)	Medio n(%)	Alto n(%)	
Edad 26-29	7 (46,7%)	3 (20%)	5 (33,3%)	0.814
30-34	10 (43,5%)	6 (26,1%)	7 (30,4%)	
35-39	5 (62,5%)	1 (12,5%)	2 (25%)	
>40	0 (0%)	1 (50%)	1 (50%)	

Gráfico 13*Distribución de la edad para el cansancio emocional**Fuente: elaboración propia*

Se observa que el 33.3% de las edades comprendidas entre los 26-29 años presentan altos valores de cansancio emocional, seguido de el 30.4% de las edades comprendidas entre 30-34 años.

Tabla 16*Distribución del sexo para el cansancio emocional*

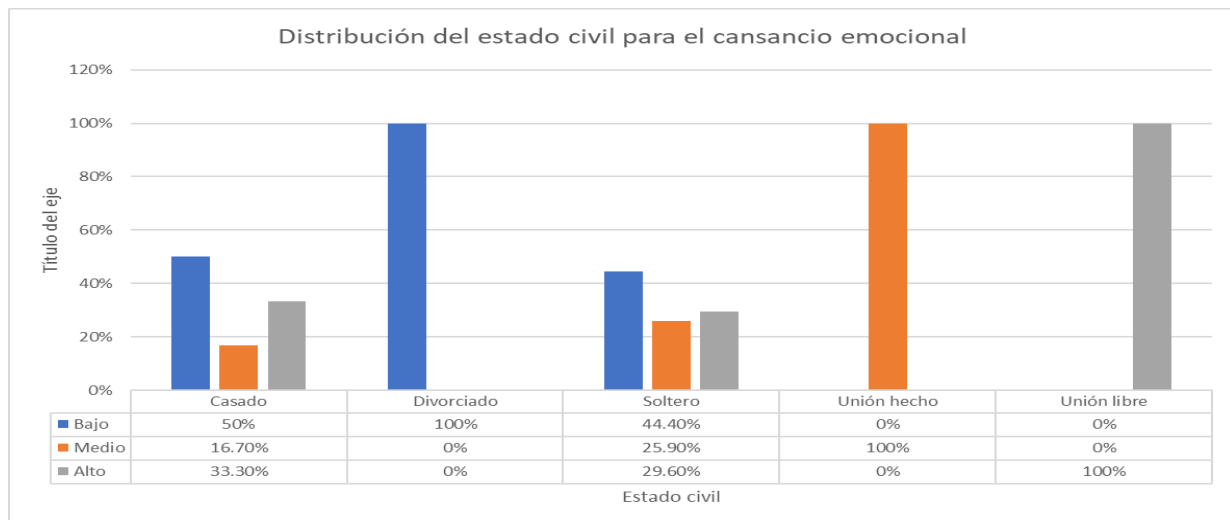
Variable		Cansancio Emocional			X2 de Pearson
		Bajo n(%)	Medio n(%)	Alto n(%)	
Sexo	Hombre	11 (50%)	4 (18,2%)	7 (31,8%)	0.758
	Mujer	11 (42,3%)	7 (26,9%)	8 (30,8%)	

Gráfico 14*Distribución del sexo para el cansancio emocional**Fuente: elaboración propia*

Se observa que en base a la distribución por sexo, el 31.80% de los hombres presental alto porcentaje de cansancio emocional, seguido del 30.8% en relación con las mujeres

Tabla 17*Distribución del estado civil para el cansancio emocional*

Variable	Cansancio Emocional			X2 de Pearson	
	Bajo n(%)	Medio n(%)	Alto n(%)		
Estado Civil	Casado	9 (50%)	3 (16,7%)	6 (33,3%)	0.506
	Divorciado	1 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	
	Soltero	12 (44,4%)	7 (25,9%)	8 (29,6%)	
	Unión hecho	0 (0%)	1 (100%)	0 (0%)	
	Unión libre	0 (0%)	0 (0%)	1 (100%)	

Gráfico 15*Distribución del estado civil para el cansancio emocional**Fuente: elaboración propia*

Se visualiza que en relación al estado civil el 100% del grupo de Unión libre presentan altos valores de cansancio emocional, seguido del 33.30% del grupo de casados.

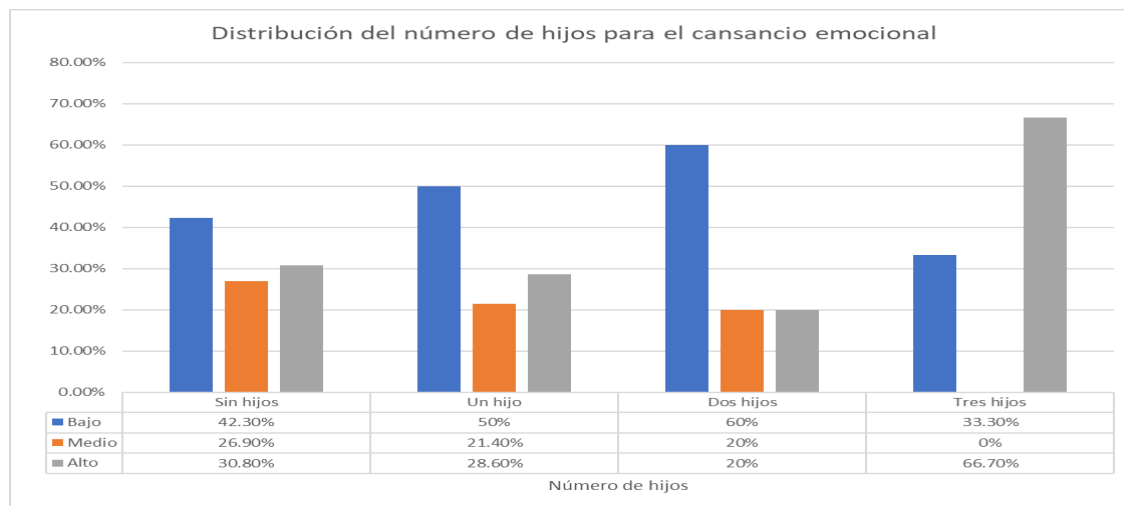
Tabla 18

Distribución del número de hijos para el cansancio emocional

Variable	Cansancio Emocional			X2 de Pearson	
	Bajo n(%)	Medio n(%)	Alto n(%)		
Número de hijos	Sin hijos	11 (42,3%)	7 (26,9%)	8 (30,8%)	0.835
	Un hijo	7 (50%)	3 (21,4%)	4 (28,6%)	
	Dos hijos	3 (60%)	1 (20%)	1 (20%)	
	Tres hijos	1 (33,3%)	0 (0%)	2 (66,7%)	

Gráfico 16

Distribución del número de hijos para el cansancio emocional

*Fuente: elaboración propia*

Se observa que las aquellos que presentan 3 hijos tienen mayor porcentaje de cansancio emocional siendo del 66.7%, seguido del 30.80% de los que no tienen hijos

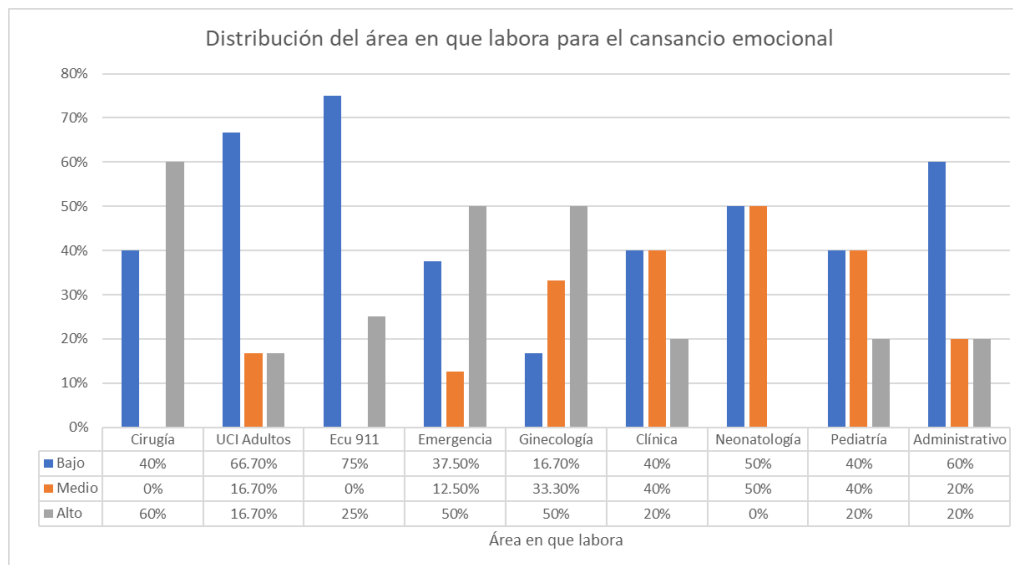
Tabla 19

Distribución del cansancio emocional con el área en que labora

Variable	Cansancio emocional			X ² de Pearson	
Área en que labora		Bajo n(%)	Medio n(%)		Alto n(%)
Cirugía		2 (40%)	0 (0%)	3 (60%)	0.636
UCI Adultos		4 (66,7%)	1 (16,7%)	1 (16,7%)	
Ecu 911		3 (75%)	0 (0%)	1 (25%)	
Emergencia		3 (37,5%)	1 (12,5%)	4 (50%)	
Ginecología		1 (16,7%)	2 (33,3%)	3 (50%)	
Clínica		2 (40%)	2 (40%)	1 (20%)	
Neonatología		2 (50%)	2 (50%)	0 (0%)	
Pediatría		2 (40%)	2 (40%)	1 (20%)	
Administrativo		3 (60%)	1 (20%)	1 (20%)	

Gráfico 17

Distribución del área en que labora para el cansancio emocional



Fuente: elaboración propia

Se observa que se presentan valores altos en las áreas de Cirugía (60%), seguido por emergencia y ginecología con el 50%.

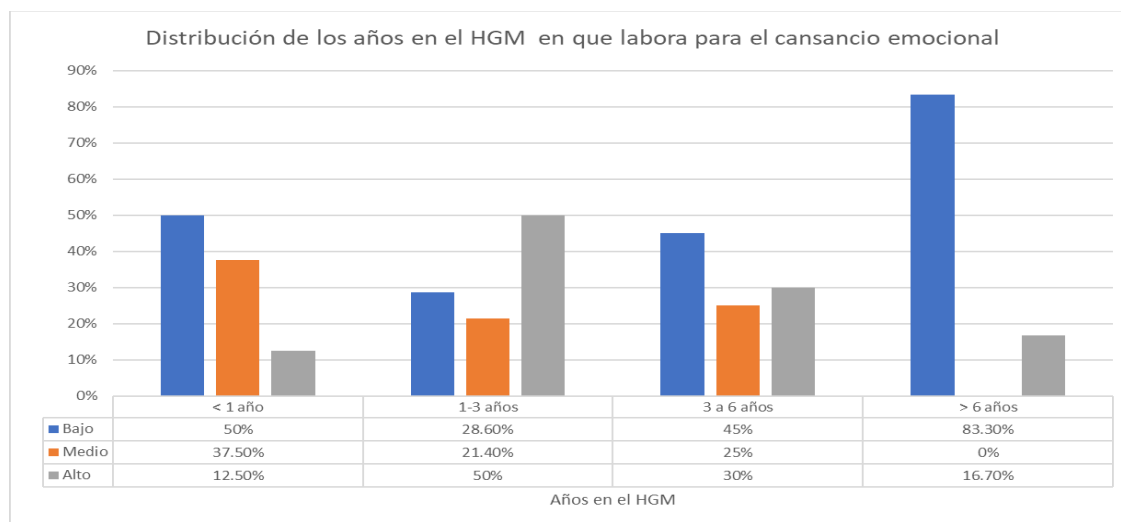
Tabla 20

Distribución de los años que labora en el Hospital General de Macas para el cansancio emocional

Variable	Cansancio emocional			X2 de Pearson	
	Bajo n(%)	Medio n(%)	Alto n(%)		
Años en el HGM	< 1 año	4 (50%)	3 (37,5%)	1 (12,5%)	0.25
	1-3 años	4 (28,6%)	3 (21,4%)	7 (50%)	
	3 a 6 años	9 (45%)	5 (25%)	6 (30%)	
	> 6 años	5 (83,3%)	0 (0%)	1 (16,7%)	

Gráfico 18

Distribución de los años que labora en el Hospital General de Macas para el cansancio emocional



Fuente: elaboración propia

Se observa que laborar en el hospital General de Macas entre 1 a 3 años ha generado en casación emocional elevado en el 50% de dichos médicos.

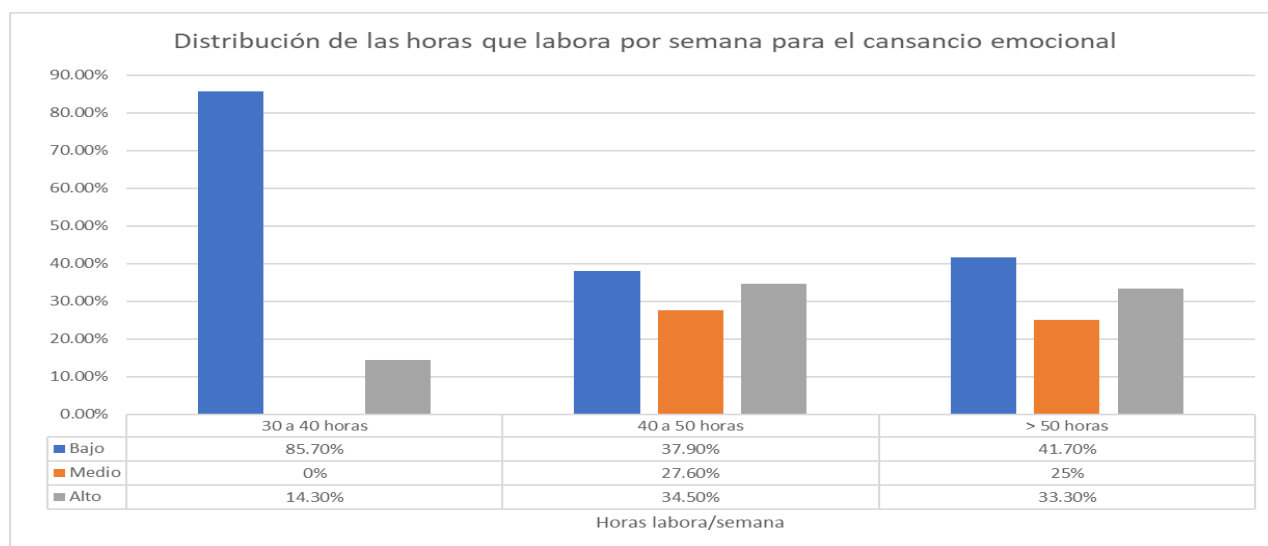
Tabla 21

Distribución de las horas que labora por semana para el cansancio emocional

Variable	Cansancio emocional				
		Bajo n(%)	Medio n(%)	Alto n(%)	X2 de Pearson
Horas labora/ semana	30 a 40 horas	6 (85,7%)	0 (0%)	1 (14,3%)	0.237
	40 a 50 horas	11 (37,9%)	8 (27,6%)	10 (34,5%)	

Gráfico 19

Distribución de las horas que labora por semana para el cansancio emocional



Fuente: elaboración propia

Se observa que el 34.5% de profesionales médicos que laboran entre 40 a 50 horas por semana presentan elevado cansancio emocional, seguido por quienes laboran más de 50 horas/semana (33.3%).

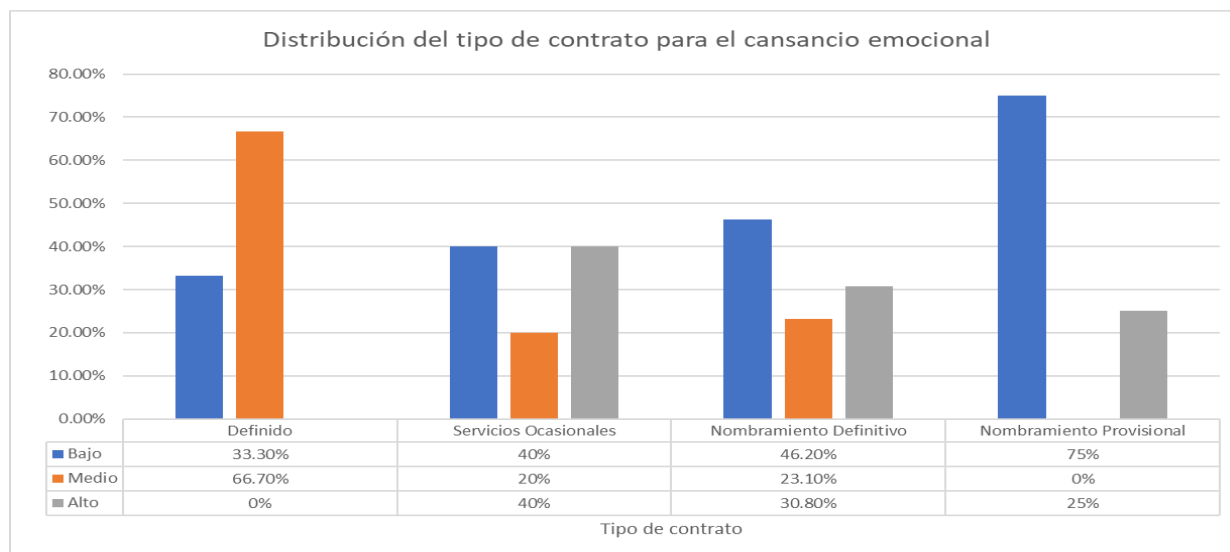
Tabla 22

Distribución del tipo de contrato para el cansancio emocional

Variable	Cansancio emocional	Bajo n(%)	Medio n(%)	Alto n(%)	X ² de Pearson
Tipo de contrato	Definido	1 (33,3%)	2 (66,7%)	0 (0%)	0.447
	Servicios Ocasionales	6 (40%)	3 (20%)	6 (40%)	
	Nombramiento Definitivo	12 (46,2%)	6 (23,1%)	8 (30,8%)	
	Nombramiento Provisional	3 (75%)	0 (0%)	1 (25%)	

Gráfico 20

Distribución del tipo de contrato para el cansancio emocional



Fuente: Elaboración propia

Se va que quienes tienen como tipo de contrato como servicios ocasionales experimentaron mayor frecuencia de elevados niveles (40%), el personal con nombramiento definitivo tuvo un frecuencia de 46.2% de nivel bajo de cansancio emocional.

Correlación de las características sociodemográficas y laborales con la subescala de despersonalización.

Se aplica la correlación de Pearson para medir el grado de relación de los factores con la subescala de despersonalización, obteniéndose valores mayores a 0.05 por lo que se concluye que no son estadísticamente significativos y no guardan relación.

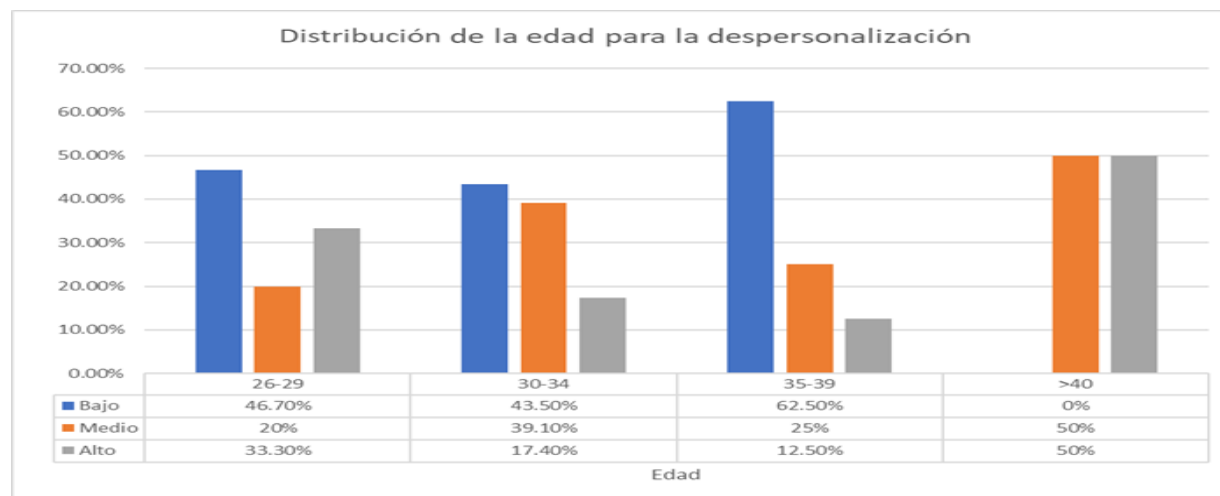
Tabla 23

Distribución de la edad para la despersonalización

Variable		Despersonalización			X ² de Pearson
		Bajo n(%)	Medio n(%)	Alto n(%)	
Edad	26-29	7 (46,7%)	3 (20%)	5 (33,3%)	0.562
	30-34	10 (43,5%)	9 (39,1%)	4 (17,4%)	
	35-39	5 (62,5%)	2 (25%)	1 (12,5%)	
	>40	0 (0%)	1 (50%)	1 (50%)	

Gráfico 21

Distribución de la edad para la despersonalización

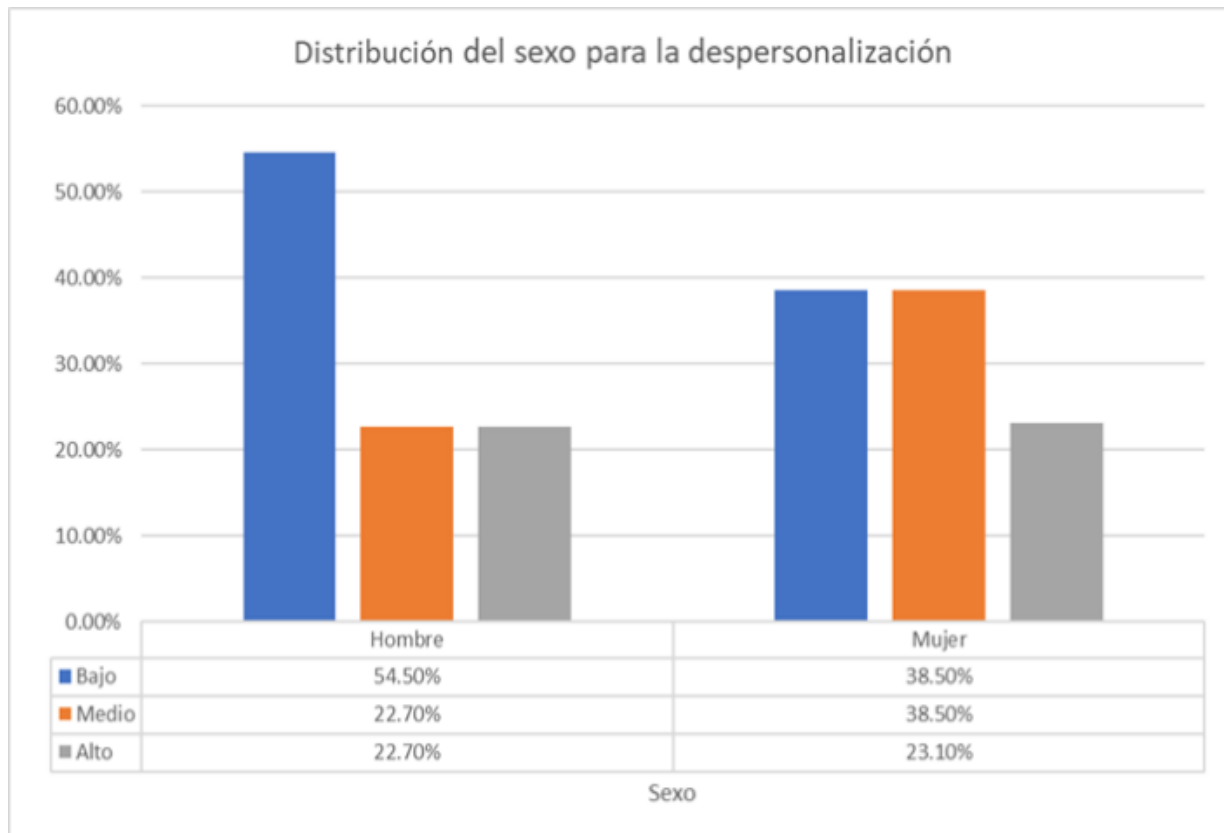


Fuente: Elaboración propia

Se observa que entre los médicos de 26 a 29 años, el 33.3% presentaron niveles elevados de despersonalización relacionados con su trabajo, un 39.1% tuvieron nivel medio entre 30-34 años, 25% de nivel medio entre los 35-39 años y un 100% (nivel medio y alto) de despersonalización en los profesionales de 40 años o más.

Tabla 24*Distribución del sexo para la despersonalización*

Variable	Despersonalización			X2 de Pearson	
		Bajo n(%)	Medio n(%)		Alto n(%)
Sexo	Hombre	12 (54,5%)	5 (22,7%)	5 (22,7%)	0.276
	Mujer	10 (38,5%)	10 (38,5%)	6 (23,1%)	

Gráfico 22*Distribución del sexo para la despersonalización**Fuente: elaboración propia*

Se visualiza que se obtuvo un valor semejante en hombres y mujeres respecto al nivel elevado de despersonalización (22.7% y 23.1%, respectivamente), pero se evidencia mayor frecuencia de mujeres (38.5%) respecto al nivel medio.

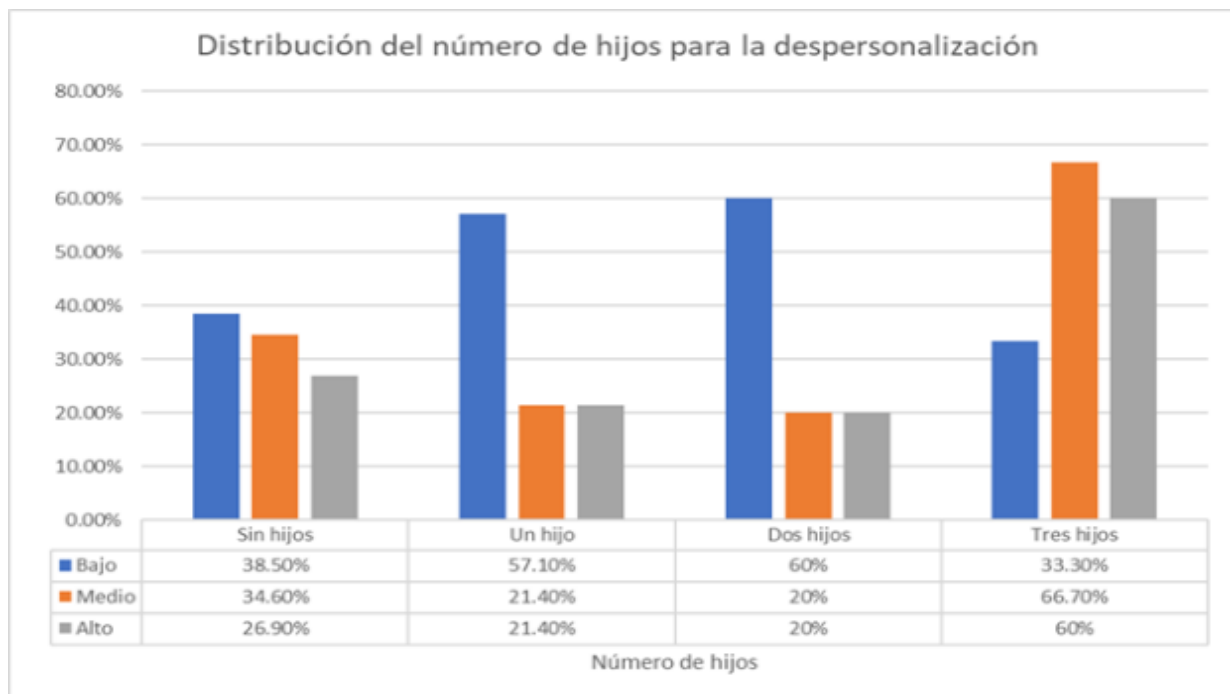
Tabla 25

Distribución del número de hijos para la despersonalización

Variable	Despersonalización	Despersonalización			X ² de Pearson
		Bajo n(%)	Medio n(%)	Alto n(%)	
Estado Civil	Casado	11 (61,1%)	5 (27,8%)	2 (11,1%)	0.276
	Divorciado	1 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	
	Soltero	10 (37%)	9 (33,3%)	8 (29,6%)	
	Unión hecho	0 (0%)	1 (100%)	0 (0%)	
	Unión libre	0 (0%)	0 (0%)	1 (100%)	

Gráfico 23

Distribución del número de hijos para la despersonalización



Fuente: elaboración propia

Se observa que el estar soltero y casado se evidencio mayor frecuencia de niveles medio y altos de despersonalización.

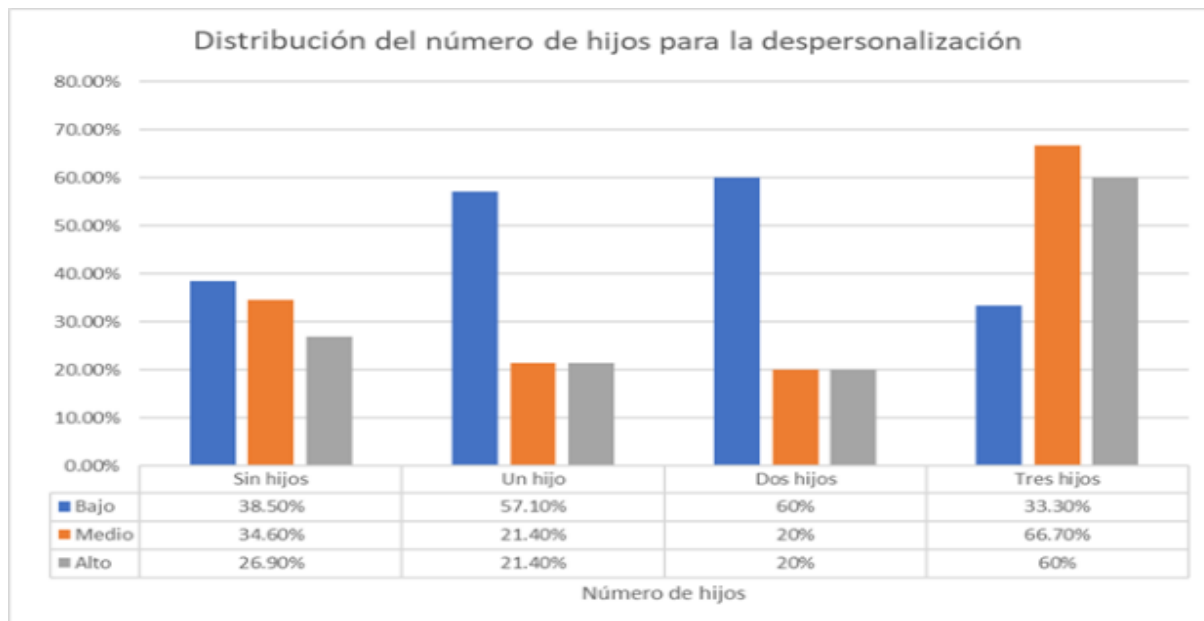
Tabla 26

Distribución del número de hijos para la despersonalización

Variable	Despersonalización			X2 de Pearson 0.696
		Bajo n(%)	Medio n(%)	
Número de Hijos	Un hijo	8 (57,1%)	3 (21,4%)	3 (21,4%)
	Dos hijos	3 (60%)	1 (20%)	1 (20%)
	Tres hijos	1 (33,3%)	2 (66,7%)	0 (0%)

Gráfico 24

Distribución del número de hijos para la despersonalización



Fuente: elaboración propia

Se visualiza que tener 3 hijos presentó mayor frecuencia de nivel medio (66.70%) y alto (60%) de despersonalización, seguido por no tener hijos.

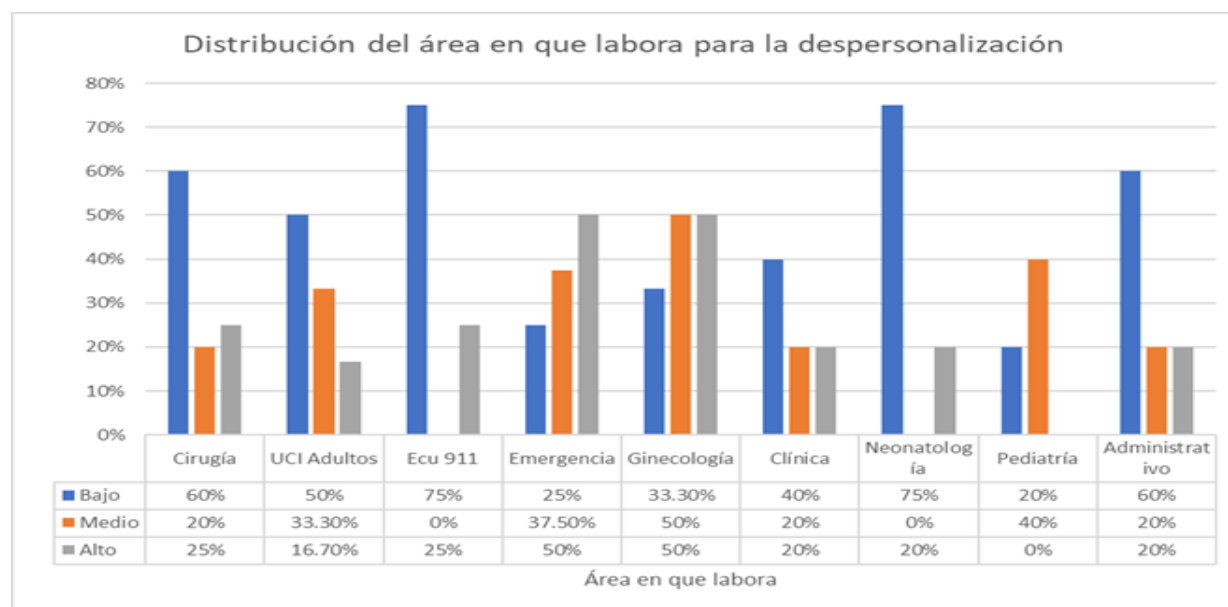
Tabla 27

Distribución del área en que labora para la despersonalización

Variable	Despersonalización	Despersonalización			X ² de Pearson
		Bajo n(%)	Medio n(%)	Alto n(%)	
Área en que labora	Cirugía	3 (60%)	1 (20%)	1 (20%)	0.772
	UCI Adultos	3 (50%)	2 (33,3%)	1 (16,7%)	
	Ecu 911	3 (75%)	0 (0%)	1 (25%)	
	Emergencia	2 (25%)	3 (37,5%)	3 (37,5%)	
	Ginecología	2 (33,3%)	3 (50%)	1 (16,7%)	
	Clínica	2 (40%)	1 (20%)	2 (40%)	
	Neonatología	3 (75%)	0 (0%)	1 (25%)	
	Pediatría	1 (20%)	3 (60%)	1 (20%)	
	Administrativo	3 (60%)	2 (40%)	0 (0%)	

Gráfico 25

Distribución del área en que labora para la despersonalización



Fuente: elaboración propia

Las áreas donde más evidencia niveles elevados es en emergencia y ginecología con el 50%, en nivel medio se encuentran quienes laboran en las áreas de pediatría (40%), ginecología (50%) y emergencia (37.5%).

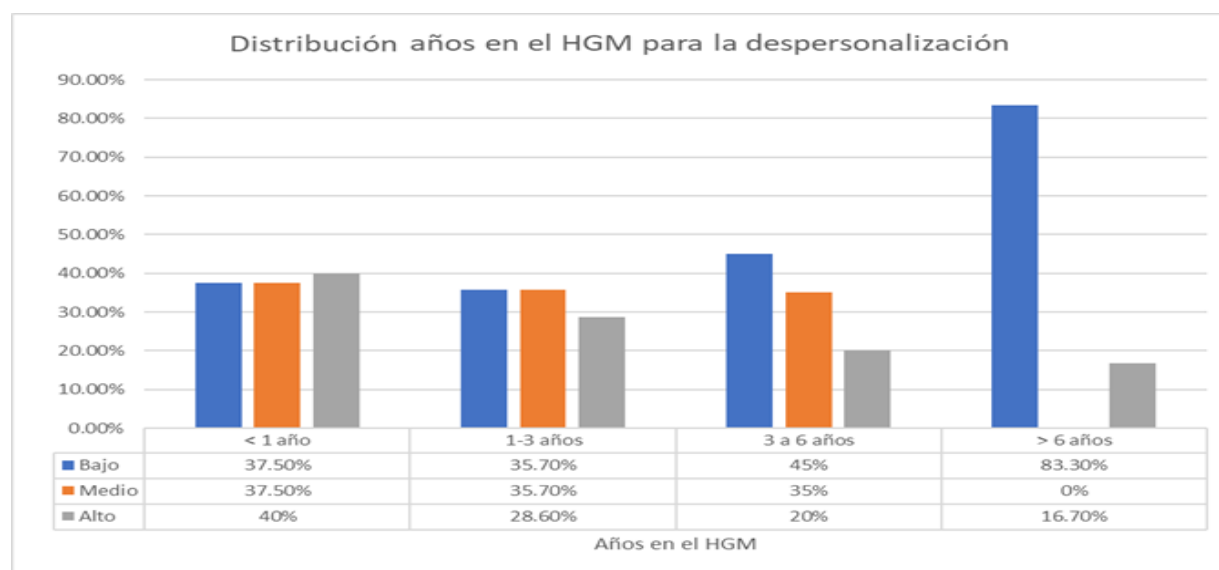
Tabla 28

Distribución de años que labora en el Hospital General de Macas para la despersonalización

Variable	Despersonalización			X2 de Pearson	
	Bajo n(%)	Medio n(%)	Alto n(%)		
Años en el HGM	< 1 año	3 (37,5%)	3 (37,5%)	2 (25%)	0.567
	1-3 años	5 (35,7%)	5 (35,7%)	4 (28,6%)	
	3 a 6 años	9 (45%)	7 (35%)	4 (20%)	
	> 6 años	5 (83,3%)	0 (0%)	1 (16,7%)	

Gráfico 26

Distribución de años que labora en el Hospital General de Macas para la despersonalización



Fuente: Elaboración propia

Quienes laboran entre 3 a 6 años en el hospital presentan nivel medio y elevado de despersonalización (35% y 20% respectivamente), el 37.5% de quienes laboran menos de un año tienen nivel medio, de 1 a 3 años el 28.6% tuvo niveles elevados y los que laboran más de 6 años un 83.3% tuvo nivel bajo de despersonalización.

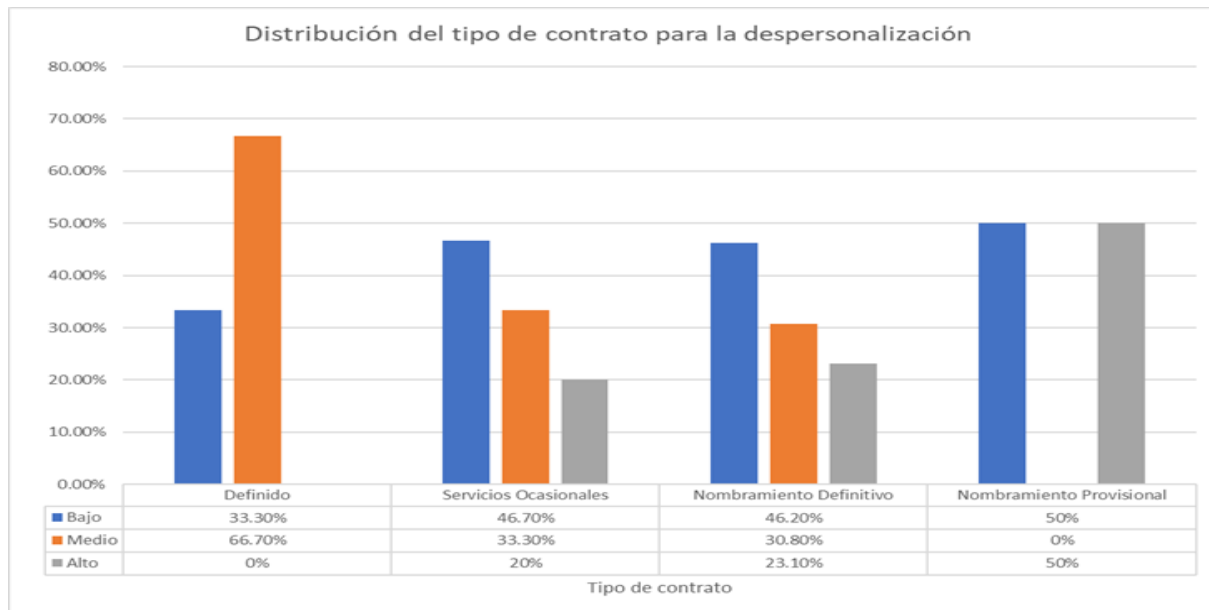
Tabla 29

Distribución de tipo de contrato para la despersonalización

Variable	Despersonalización	Bajo n(%)	Medio n(%)	Alto n(%)	X2 de Pearson
Tipo de contrato	Definido	1 (33,3%)	2 (66,7%)	0 (0%)	0.593
	Servicios Ocasionales	7 (46,7%)	5 (33,3%)	3 (20%)	
	Nombramiento o Definitivo	12 (46,2%)	8 (30,8%)	6 (23,1%)	
	Nombramiento o Provisional	2 (50%)	0 (0%)	2 (50%)	

Gráfico 27

Distribución de tipo de contrato para la despersonalización



Fuente: elaboración propia

Se observa que el 66.7% de quienes presentan contrato definido presentan niveles medio de despersonalización, seguido del 33.30% de servicios ocasionales, mientras que el 50% del grupo de nombramiento provisional presentan altos niveles.

Correlación de las características sociodemográficas y laborales con la subescala de realización personal.

Se aplica la correlación de Pearson para medir el grado de relación de los factores con la subescala de realización personal, obteniéndose valores mayores a 0.05 por lo que se concluye que no son estadísticamente significativos y no guardan relación.

La subescala de realización personal funciona en sentido inverso, indicando mayor desgaste las puntuaciones bajas.

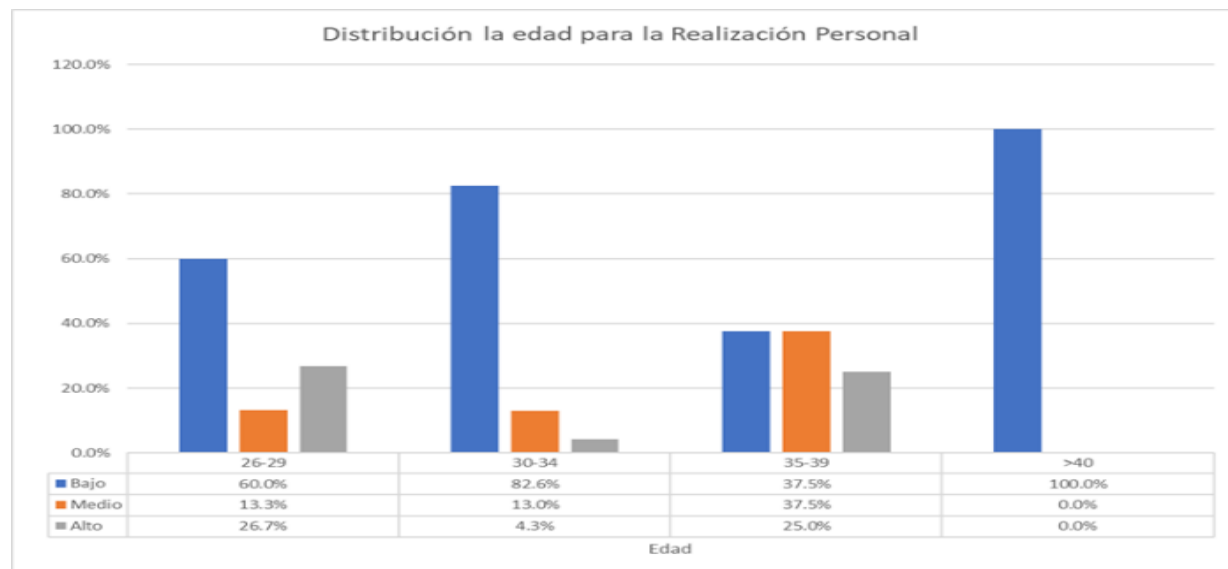
Tabla 30

Distribución de la edad con realización personal

Variable		Realización Personal			X2 de Pearson
		Bajo n(%)	Medio n(%)	Alto n(%)	
Edad	26-29	9 (60%)	2 (13,3%)	4 (26,7%)	0.175
	30-34	19 (82,6%)	3 (13%)	1 (4,3%)	
	35-39	3 (37,5%)	3 (37,5%)	2 (25%)	
	>40	2 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	

Gráfico 28

Distribución de la edad con realización personal



Fuente: Elaboración propia

Se observa que existen mayor porcentaje en la puntuación baja en todas las edades, presentándose con mayor frecuencia entre los mayores de 40 años (100%) y el rango entre 30-44 años (82.6%).

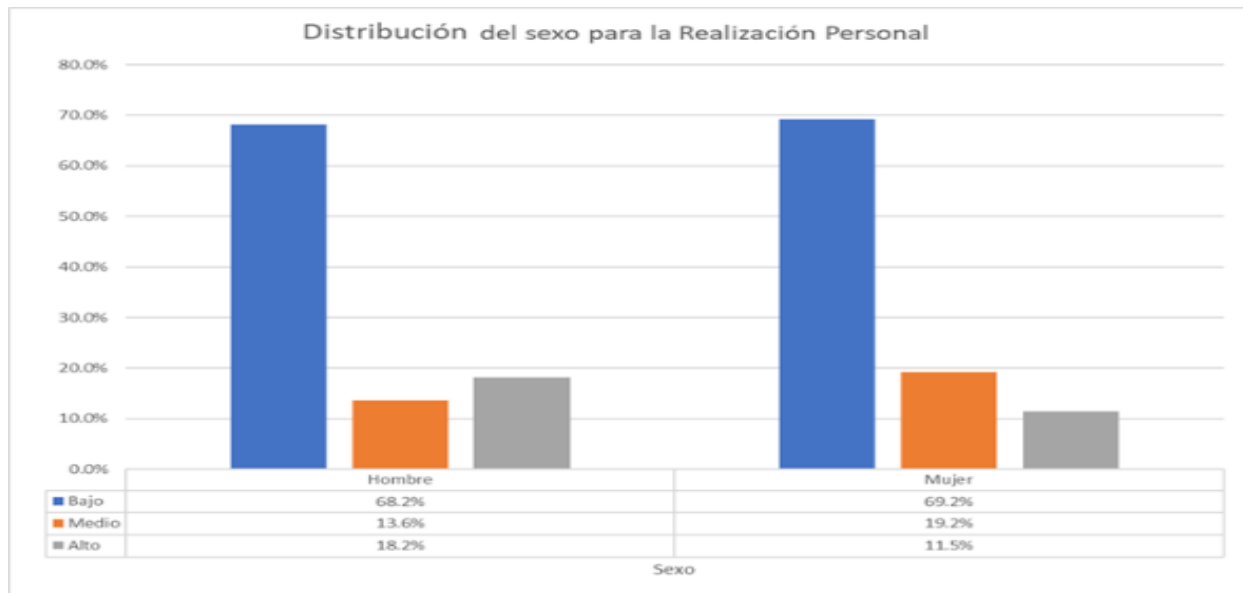
Tabla 31

Distribución del sexo para la realización personal

Variable	Realización personal			X2 de Pearson	
	Bajo n(%)	Medio n(%)	Alto n(%)		
Sexo	Hombre	15 (68,2%)	3 (13,6%)	4 (18,2%)	0.746
	Mujer	18 (69,2%)	5 (19,2%)	3 (11,5%)	

Gráfico 29

Distribución del sexo para la realización personal



Fuente: elaboración propia

Se observa que tanto hombres como mujeres presentan porcentajes bajos de realización personal, 68.2% y 69.2%, respectivamente.

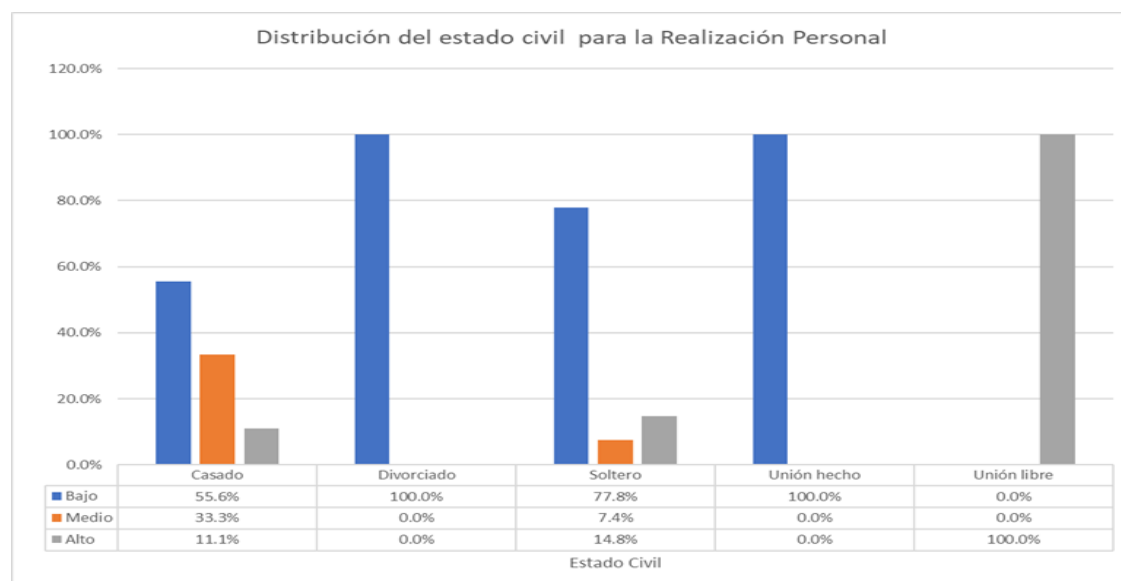
Tabla 32

Distribución del estado civil por la realización personal

Variable	Realización Personal	Bajo n(%)	Medio n(%)	Alto n(%)	X2 de Pearson
Estado Civil	Casado	10 (55,6%)	6 (33,3%)	2 (11,1%)	0.148
	Divorciado	1 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	
	Soltero	21 (77,8%)	2 (7,4%)	4 (14,8%)	
	Unión hecho	1 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	
	Unión libre				

Gráfico 30

Distribución del estado civil por la realización personal



Fuente: elaboración propia

Se observa que en casi todas las categorías de estado civil se presentan mayor porcentaje en la puntuación baja, obteniéndose un porcentaje del 100% en las personas divorciadas, seguido del 77.8% de la categoría de soltero y 55.6% de la categoría casado, a excepción de los que se encuentran en Unión libre presentando el 100% de puntuación alta.

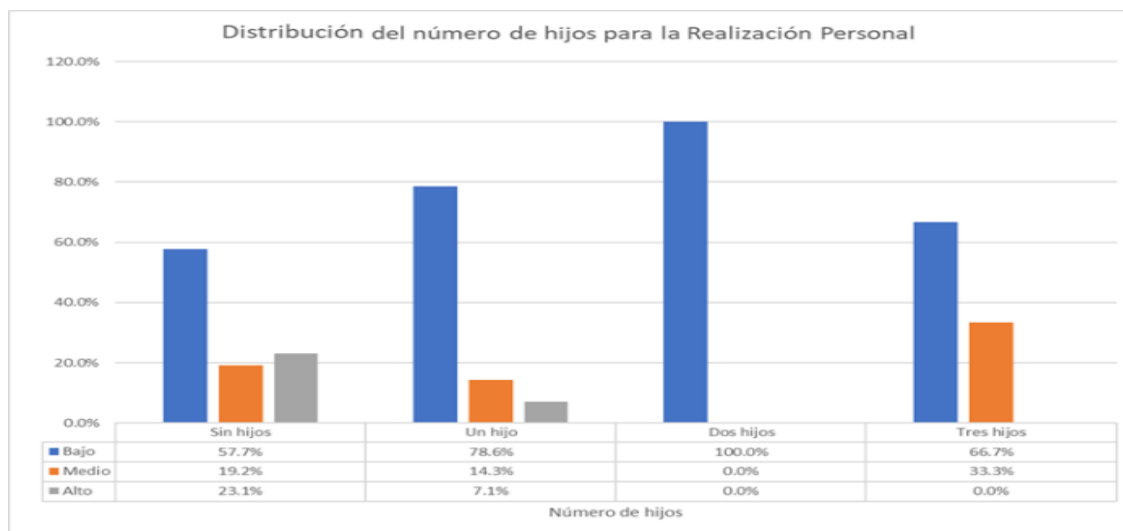
Tabla 33

Distribución del número de hijos para la realización personal

Variable	Realización Personal	Bajo n(%)	Medio n(%)	Alto n(%)	X2 de Pearson
Número de hijos	Sin hijos	15 (57,7%)	5 (19,2%)	6 (23,1%)	0.441
	Un hijo	11 (78,6%)	2 (14,3%)	1 (7,1%)	
	Dos hijos	5 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	
	Tres hijos	2 (66,7%)	1 (33,3%)	0 (0%)	

Gráfico 31

Distribución del número de hijos para la realización personal



Fuente: elaboración propia

Se observa que en todas las categorías se presenta mayor porcentaje en la puntuación baja, siendo del 100% los que poseen dos hijos, seguido del 78.6% de los que tienen un hijo y 66.7% con tres hijos.

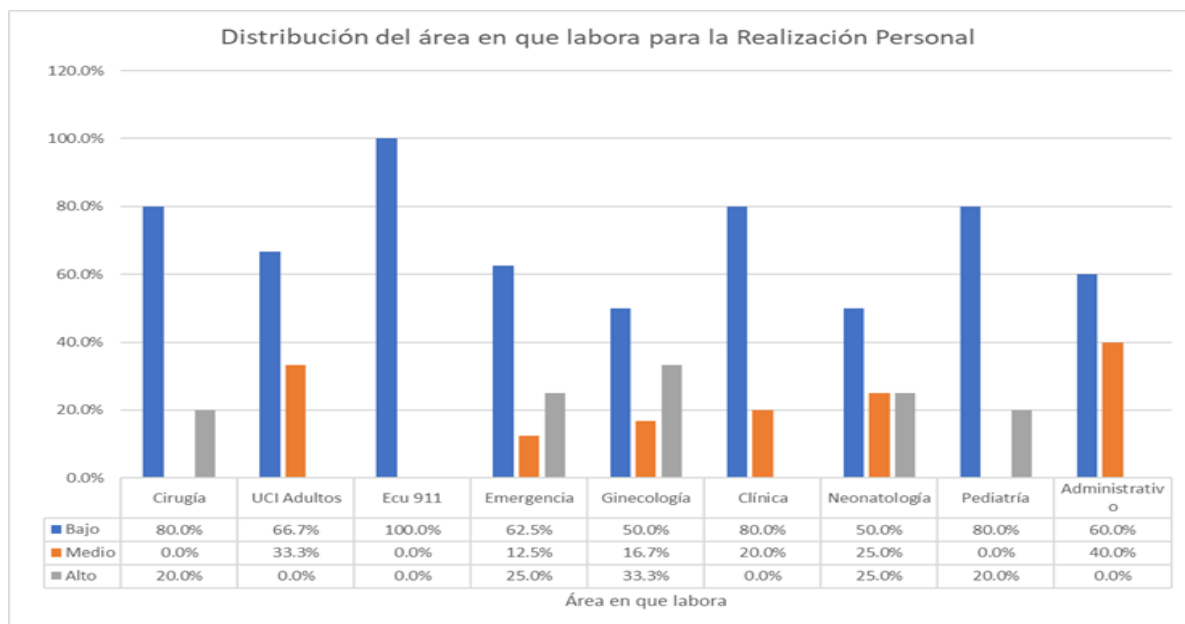
Tabla 34

Distribución del área en que labora para la realización personal

Variable	Realización Personal	Bajo n(%)	Medio n(%)	Alto n(%)	X2 de Pearson
Área en que labora	Cirugía	4 (80%)	0 (0%)	1 (20%)	0.732
	UCI Adultos	4 (66,7%)	2 (33,3%)	0 (0%)	
	Ecu 911	4 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	
	Emergencia	5 (62,5%)	1 (12,5%)	2 (25%)	
	Ginecología	3 (50%)	1 (16,7%)	2 (33,3%)	
	Clínica	4 (80%)	1 (20%)	0 (0%)	
	Neonatología	2 (50%)	1 (25%)	1 (25%)	
	Pediatría	4 (80%)	0 (0%)	1 (20%)	

Gráfico 32

Distribución del área en que labora para la realización personal



Fuente: elaboración propia

Se observa que en todas las áreas se presenta mayor porcentaje en la puntuación baja, siendo el ECU 911 con el 100% seguido de Clínica, Pediatría y Cirugía con el 80%.

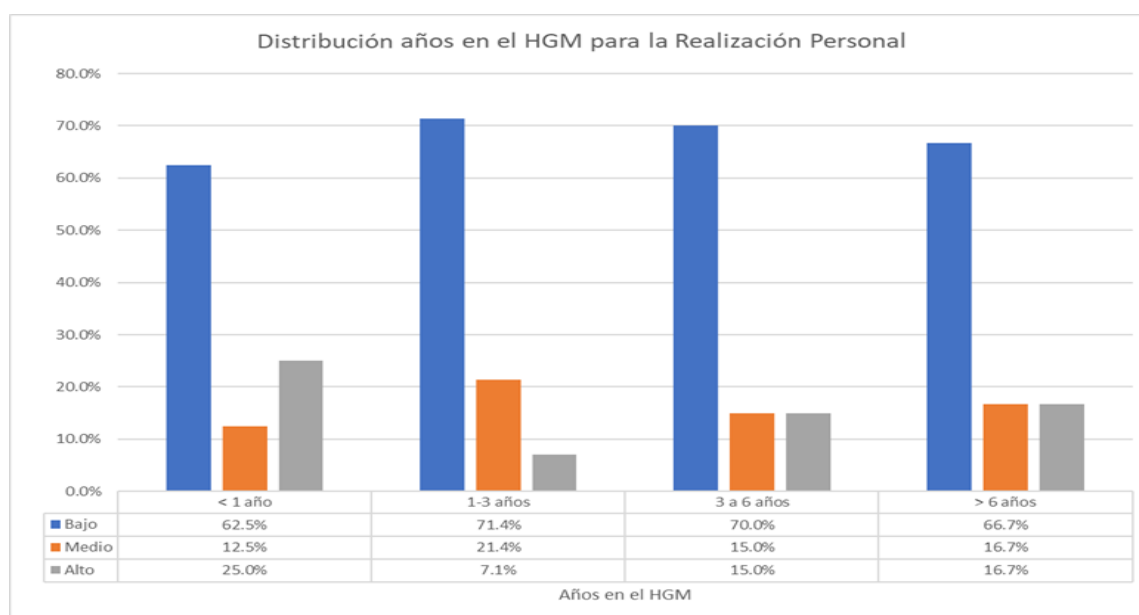
Tabla 35

Distribución de años que labora para la realización personal

Variables	Realización Personal	Realización Personal			X2 de Pearson
		Bajo n(%)	Medio n(%)	Alto n(%)	
Años en el HGM	< 1 año	5 (62,5%)	1 (12,5%)	2 (25%)	0.958
	1-3 años	10 (71,4%)	3 (21,4%)	1 (7,1%)	
	3 a 6 años	14 (70%)	3 (15%)	3 (15%)	
	> 6 años	4 (66,7%)	1 (16,7%)	1 (16,7%)	

Gráfico 33

Distribución de años que labora para la realización personal



Fuente: elaboración propia

Se observa que en todos los intervalos de años de trabajo se presenta mayor porcentaje en la puntuación baja, siendo mayor entre los que laboran entre 1-3 años (71.4%), seguido del 70% entre 3 a 6 años.

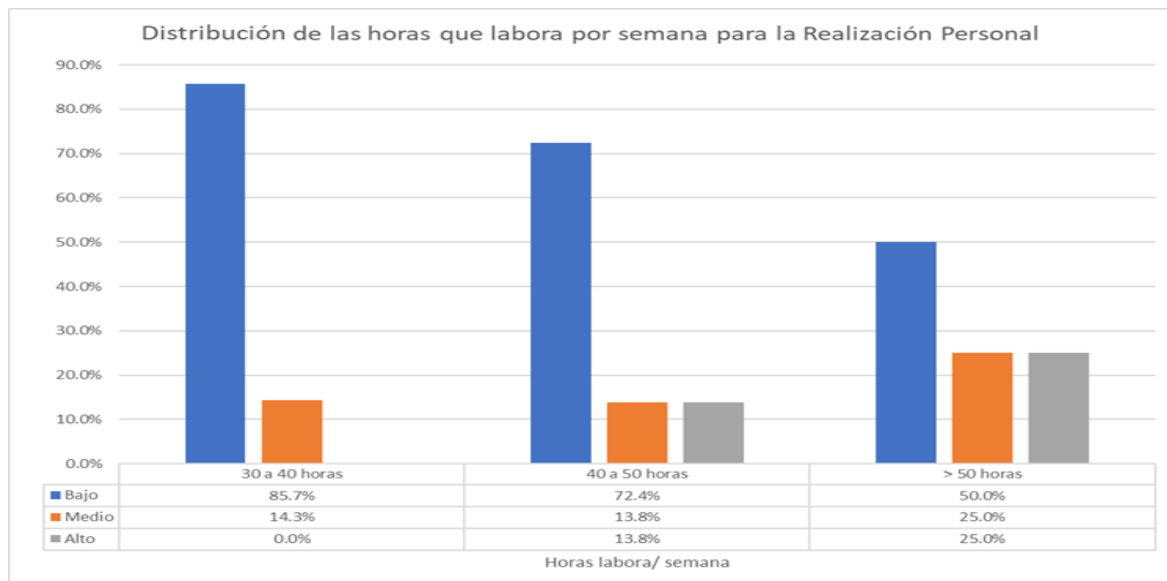
Tabla 36

Distribución por las horas que labora a la semana para la realización personal

Variable	Realización Personal	Bajo n(%)	Medio n(%)	Alto n(%)	X2 de Pearson
Horas labora/ semana	30 a 40 horas	6 (85,7%)	1 (14,3%)	0 (0%)	0.469
	40 a 50 horas	21 (72,4%)	4 (13,8%)	4 (13,8%)	
	> 50 horas	6 (50%)	3 (25%)	3 (25%)	

Gráfico 34

Distribución por las horas que labora a la semana para la realización personal



Fuente: elaboración propia

Se visualiza que en todos los intervalos de horas que trabaja a la semana se presenta mayor porcentaje en la puntuación baja, siendo el 80% entre lo que laboran 30 a 40 horas, seguido del 72.4% entre 40-50 horas.

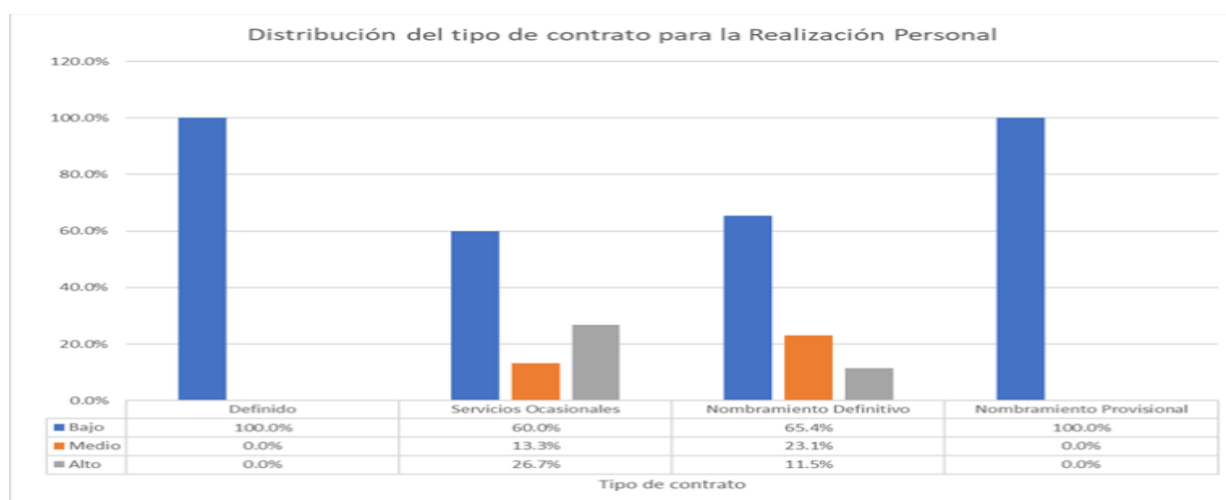
Tabla 37

Distribución por tipo de contrato para la realización personal

Variable	Realización personal			X2 de Pearson
Tipo de contrato	Bajo n(%)	Medio n(%)	Alto n(%)	
Definido	3 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0.446
Servicios Ocasiones	9 (60%)	2 (13,3%)	4 (26,7%)	
Nombramiento Definitivo	17 (65,4%)	6 (23,1%)	3 (11,5%)	
Nombramiento Provisional	4 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	

Gráfico 35

Distribución por tipo de contrato para la realización personal



Fuente: elaboración propia

Se observa que en todos los tipos de contrato se presenta mayor porcentaje en la puntuación baja, siendo del 100% en los que poseen contrato definido y nombramiento, seguido del 65% los que poseen nombramiento definitivo.

En general se evidencia frecuencias bajas de realización personal que se traduce a presentar mayor desgaste en esta dimensión a cualquier edad, sexo, estado civil, número de hijos, área laboral, años laborados, horas de trabajo semanal y tipo de contrato obtenido, en el personal sanitario médico del hospital General de Macas. El único que difirió fue el estado de Unión libre con un alto nivel de realización personal.

4.10 Discusión

En base a las características sociodemográficas del estudio se tiene que de toda la población que participó en el estudio hay predominio en el sexo femenino con una frecuencia del 54.2% y una edad media del 31.9 años, siendo el estado civil soltero el de mayor frecuencia (56.3%) seguido por casado (37.5%). En cuanto al número de hijos el 56.3% no tienen hijos, y quienes los tienen, en su mayoría (29.2%) tienen un hijo. Consiguiente el área laboral con mayor frecuencia pertenece a emergencia (16,7%), seguido por UCI y ginecología (12,5% a cada uno), en cuanto al tiempo de trabajo, el 41.7% refiere un periodo de 3-6 años y una minoría 12.5% por más de 6 años y en base a la carga horaria el 60.4% labora entre 40 y 50 horas semanales. El 54,2% gozan de nombramiento definitivo, seguido de nombramiento provisional (31,3%). Estas características se analizaron en relación a la prevalencia del síndrome de Burnout, como a sus dimensiones (cansancio emocional, despersonalización y realización profesional).

En cuanto a la prevalencia del síndrome de burnout y definirlo al considerar valores altos en las dimensiones de cansancio emocional y despersonalización más baja en realización profesional, en el presente estudio se obtuvo un total del 14.58%, siendo bajo al compararlo con un estudio realizado por Pecci et al (2021), en donde encontraron una prevalencia del 26.5% de los residentes de la muestra (Pecci, Fata, Cohen, Jacovella, & Azzato, 2021).

Los estudios han demostrado marcadas discrepancias en la prevalencia del Burnout entre países y regiones de todo el mundo. Es así que en relación a prevalencias internacionales, un estudio realizado por Shalaby et al (2023), en médicos residentes en dos facultades de medicina en Alberta, Canadá encontraron una prevalencia general del SB entre los residentes siendo del 58,2 % y para el índice de cumplimiento profesional, fue del 56,7 % por agotamiento laboral y desconexión interpersonal y del 83,5 % por falta de satisfacción profesional.

Un estudio transversal realizado en 426 médicos residentes en la ciudad de Medina, Arabia Saudita, se encontró que el 18.31% obtuvo una puntuación alta en todas las subescalas de agotamiento, el cual se asoció a factores relacionados con el trabajo y fuentes de estrés en el lugar de trabajo como la falta de ejercicio, nivel de conocimiento,

número de turnos de guardia al mes, fines de semana de guardia al mes, pacientes atendidos, número de clínicas por semana, satisfacción con el equilibrio entre el trabajo (Alenezi, et al., 2022).

Aunque un gran número de factores demostraron una asociación significativa con los dominios de agotamiento, destaca la edad corta de los residentes (≤ 30 años), un alto número total de horas trabajadas por semana (>80 h/semana), la falta de satisfacción o no estar satisfecho ni insatisfecho con una carrera en medicina, la insatisfacción con la eficiencia y los recursos, y la sensación de que el programa de residencia tiene de alguna manera pocas estrategias dirigidas al bienestar de los residentes (Shalaby, et al., 2023)

Una compilación reciente, en donde analizan trabajos sobre el síndrome de Burnout, menciona que la elevada frecuencia del Síndrome de Burnout en el ámbito profesional médico se relaciona con la escasa preparación de los médicos recién graduados para gestionar conflictos emocionales y según Shalaby, et al., una edad joven de los residentes (≤ 30 años) se asoció significativamente con un bajo rendimiento profesional. Esta situación se ve agravada por tensiones adicionales y entornos laborales inapropiados en instituciones que carecen de los recursos necesarios para apoyar a médicos jóvenes propensos al agotamiento (Salomon, Camera, & Valdez, 2019).

Considerando los factores sociodemográficos en la población con Síndrome de Burnout en el presente estudio, el 71.4% presentaron mayor de 30 años, el 57% fueron mujeres y el 42% mencionó trabajar mas de 50 horas a la semana y el 71% presentaba nombramiento definitivo, las áreas de emergencia y ginecología presentaron una frecuencia del 28.57 cada una, no obstante y debido a la baja prevalencia se analizaran los datos sociodemográficos en relación a las dimensiones del cuestionario MBI.

Con lo anteriormente expuesto, se tiene que la hipótesis planteada no se cumple, dado que en base a la revisión de estudios anteriores se planteó una alta prevalencia del Síndrome de Burnout, sin embargo los datos obtenidos reflejan una baja prevalencia en los médicos residentes, no obstante se debe considerar que se tomó como criterio para definir la presencia de burnout presentar altos niveles en la subescala de cansancio

emocional y despersonalización y baja en realización personal, dado que al analizar la subescalas por separado se obtienen porcentajes considerables.

Al analizar de manera independiente cada dimensión, las subescalas del cuestionario de Maslach Burnout Inventory, en el presente estudio se obtuvo que el 31.3% presenta cansancio emocional alto, el 22.9% presenta despersonalización alta y una frecuencia baja de realización personal (68.8%), lo cual difiere a un estudio local realizado en el Hospital Universitario de Guayaquil, en donde encuestaron a Médicos Residentes que laboraban en áreas de pediatría, ginecología y emergencia adultos, presentando altos niveles de cansancio emocional (56%), el 44% despersonalización y el 22% falta de realización personal (Altamirano Olvera, Villegas Guerrero, Sacoto Carranza, & González Plúa, 2019).

Por otro lado en el presente estudio se comprobó que el riesgo de Burnout se asocia estadísticamente a la categoría profesional, pues esta se presentó en un 68.8% interpretándose como un mayor desgaste en esta dimensión y en las áreas en donde se observa mayor insatisfacción de desarrollo profesional son ECU 911, Cirugía, Pediatría y Clínica. Datos similares se encontraron en un estudio realizado en el Hospital Universitario de España, en donde se investigó el Síndrome de Burnout en profesionales sanitarios, encontrándose que el 44.5% presentaban baja realización personal y específicamente el 38.9% en Médicos Residentes (Paules Cuesta, Montoro Huguet, & Fueyo Diaz, 2023).

En cuanto a las áreas de trabajo, se obtuvo una mayor frecuencia de cansancio emocional en las áreas de cirugía, emergencia y ginecología (60%, 50% y 50%, respectivamente, sin embargo estos resultados difieren en cuanto al estudio realizado en los en los estudiantes de residencia médica de la Universidad Pública del Departamento del Cauca, encontrándose que el cansancio emocional se encuentra alto en residentes de Medicina Interna y Ginecología con un 10% cada uno (Jácome, Villaquiran Hurtado, Duque, & García, 2018).

En el presente estudio, las áreas donde más evidencia niveles elevados de despersonalización es en emergencia y medicina interna, en nivel medio se encuentran quienes laboran en las áreas de pediatría y ginecología, resultados que guardan relación

a un estudio transversal, en donde examinaron el agotamiento entre los médicos de emergencia, encontrándose que los médicos residentes eran significativamente más propensos a reportar puntuaciones altas en la subescala de despersonalización que los médicos asistentes, esto derivado al desafío físico y emocional, con interrupciones frecuentes de los ritmos circadianos y el cuidado de pacientes de alta agudeza y complejidad en un entorno de alto riesgo que los lleva a experimentar una mayor exposición a actitudes negativas, cínicas o deshumanizadas sobre los pacientes (W. Lu, Dresden, Mc Closkey, Branzetti, & Gisondi, 2015).

Caso contrario en la revisión sistemática de trabajos sobre el Síndrome de Burnout en 10 años de Congresos de la Sociedad Argentina de Medicina (2005-2015) realizada por Salomón, Cámara y Valdéz (2019), donde mencionan que entre los médicos de formación clínica y quirúrgica, se demostró que los clínicos se sentían más agotados, fatigados y con mayor despersonalización justificado por la conexión limitada con los pacientes, debido al tiempo invertido realizando labores que no les competían. No obstante, experimentaban un mayor reconocimiento por parte de sus superiores y mantenían relaciones interpersonales y de pareja más sólidas en comparación con los médicos con formación en cirugía.

4.11 Propuesta de Solución

La prevalencia y los efectos negativos del Síndrome de Burnout entre los médicos residentes están bien documentados, dado que representan una problemática que afecta la capacidad laboral del trabajador, en especial en el sector salud. El Burnout es la respuesta al estrés laboral crónico, combinando actitudes y sentimientos negativos de las personas hacia las demás personas con las que se trabaja y se relaciona, la falta de rol profesional en la actividad también influye, así como la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado. La exposición a factores psicosociales en el trabajo, como la demanda o exigencias psicológicas, el control sobre las tareas y el apoyo social en el ambiente laboral guardan relación con el estrés y su repercusión en la salud mental.

El estudio tuvo como objetivo conocer la prevalencia y que factores se encuentran asociados para desarrollar estrategias que permitan prevenir e intervenir sobre el

síndrome de burnout en los Médicos Residentes del Hospital General de Macas, al involucrar a las partes interesadas claves en el diseño e implementación, tomando en cuenta un equipo multidisciplinario que estará integrado por los directivos del Hospital (Director Médico y Gerente), Departamento de Talento Humano, Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo, Especialistas en Psicología y los líderes de cada servicio.

El proyecto es viable y factible dado que cuenta con la colaboración autoridades del establecimiento de salud así como personal Directivo (Director, Gerente), Departamento de talento humano, Departamento de Salud Ocupacional, especialistas de Psicología y Líderes de cada servicio. Además que para la recolección de información se utiliza el instrumento de Maslach Burnout Inventory Human, el mismo que es aplicado mediante previo consentimiento de cada participante. Es factible porque las propuestas que se planteen pueden materializarse con el apoyo de los diferentes departamentos.

4.11.1 Entorno de Trabajo Saludable y Ausencia de Estrés laboral.

Un empleo adecuado no solo otorga sentido a la existencia de cada persona, sino que también contribuye a mejorar su salud, relaciones sociales y su nivel socioeconómico, sin embargo, condiciones laborales negativas o de desempleo, generan impactos indeseables en la salud de los individuos.

El objetivo de la salud laboral tiene como meta principal buscar el bienestar de los trabajadores a través de dos alternativas: promoción de la salud entre los mismos y prevención de los riesgos laborales. En ese sentido la estrategia de intervención clave es la promoción de la salud laboral tras la creación de entornos de trabajo saludables y condiciones esenciales tanto para conseguir la efectividad individual como para la productividad de las organizaciones.

En este contexto, la atención se dirige hacia el entorno laboral, las condiciones de trabajo, las responsabilidades asignadas y los equipos colaborativos, ya que estos aspectos tienen un impacto directo en la calidad del desempeño laboral y el bienestar de los empleados en relación con el logro de los objetivos organizacionales.

Sentirse activo y competente al desempeñar las funciones asignadas en el puesto de trabajo significa contar con una adecuada salud laboral, siendo esto responsabilidad

de la organización evitando que los accidentes o enfermedades laborales se pueden prevenir mediante la creación de lugares de trabajo sanos y productivos.

Dentro de la estrategia nacional “Ambientes de Trabajo Saludables – Agita tu Mundo” planteada por el Ministerio de Salud Pública con lo que busca crear ambientes de trabajo con entornos en los cuales se propicien hábitos saludables que buscan proteger e incentivar la salud, seguridad y bienestar de la población trabajadora, en el marco del los ejes de acción se encuentra la Actividad Física, planteando como estrategias:

- Pausa Activa
- Campeonato Interno de Deportes

Pausa Activa: Se implementará la realización de pausas activas, 1 de 5 minutos en la jornada de 12 horas y 2 de 5 minutos cada una en la jornada de 24 horas. La rutina consiste en realizar ejercicios de estiramiento muscular y movilidad articular, así como respiración profunda. El cumplimiento de la actividad será monitoreado por el líder de cada servicio quien deberá presentar un informe mensual con la respectiva evidencia (fotografías) del cumplimiento.

Campeonato Interno de Deportes: El Comité de Seguridad y Salud en el trabajo planificará anualmente un campeonato interno de deportes (fútbol y básquet), que incentiven la participación de todos los médicos residentes de cada servicio. La actividad incluirá la formación de equipos por sorteo, con el fin de que los participantes se relacionen con compañeros de otras áreas, así mismo la actividad se incluirá la inauguración en la cual cada equipo presentará su mascota, cartel y nombres con los uniformes de cada equipo. El cumplimiento de la actividad será evidenciado mediante el respectivo informe realizado a cargo del Departamento de Salud Ocupacional.

Buen clima laboral: Se planificara talleres y actividades encaminadas a mejorar el ambiente del equipo de trabajo, haciendo hincapié en actividades que fomenten las relaciones interpersonales fomentando el apoyo social entre el personal médico y

administrativo, así como directivos. Esto estará a cargo de los líderes de cada servicio y se llevará como constancia los informes trimestrales con fotografías de respaldo.

Manejo del Estrés: Se plantea la realización de talleres mensuales encaminados a la enseñanza de técnicas de afrontamiento del estrés (Relajación muscular progresiva, meditación, inoculación del estrés , resolución de problemas, Mindfulness, etc) y charlas sobre el equilibrio del trabajo y vida personal, lo cual estará bajo la responsabilidad del Psicólogo del Hospital, se entregarán informes de cada actividad y se presentará al departamento de talento humano como evidencia.

4.11.2 Satisfacción Laboral

Al iniciar la vida laboral por lo general se experimenta una fase inicial de entusiasmo al acceder a un nuevo puesto, caracterizada por nuevas expectativas e intereses. Inicialmente, cualquier contratiempo se enfrenta con la energía derivada de la motivación para desempeñar un trabajo de calidad. Sin embargo, si las dificultades y la realidad cotidiana comienzan a socavar esas expectativas, se entra en una fase de estancamiento en la que se cuestiona si el esfuerzo personal justifica los beneficios obtenidos. Cuando la efectividad del esfuerzo personal para superar desafíos laborales se ve comprometida y no se cuenta con el respaldo de recursos organizativos, sociales e individuales, existe una alta probabilidad de pasar a una fase de frustración y, posteriormente, a la apatía y la pérdida de motivación, generando una tendencia a la autoevaluación negativa para transformarse en un causal de desilusión, lo que lleva a un impacto devastador no sólo en la ejecución laboral sino también en las relaciones sociales y afectivas.

Los resultados del estudio concluyeron que el 68.8% presentaron baja realización profesional presentandose a cualquier edad, sexo, estado civil, número de hijos, área laboral, años laborados, horas de trabajo semanal y tipo de contrato obtenido, lo que lleva a relacionar factores como las largas jornadas laborales que pasan el horario establecido, poca afinidad del área designada desencadenando intenciones de abandono, absentismo laboral y mayor número de rotación o bajas laborales, por lo que se propone:

Control psicológico periódico: Se plantea que los médicos residentes que estén iniciando sus actividades laborales tengan una consulta psicológica de inicio para desarrollar programas de socialización anticipatoria para acercar los profesionales a la realidad laboral y evitar el choque con sus expectativas irreales. Consiguente, se planificará un control a los 6 meses, con la finalidad de que se pueda evaluar la capacidad de adaptación e impacto del rol que desempeñan, así como el posible desarrollo de manifestaciones mentales y conductuales relacionadas con el cargo que desempeñan.

Así mismo, programar para todos los residentes consultas psicológicas semestrales que les facilite desarrollar elementos de control mental y emocional que mejoren su capacidad de afrontamiento a situaciones de alto estrés y toma rápida de decisiones programando actividades individuales y grupales dirigidas por el Psicólogo de la institución, el mismo que presentará como evidencia los informes al departamento de salud ocupacional.

Control con Salud Ocupacional: programar visitas semestrales con el departamento de salud ocupacional en donde a través de encuestas de satisfacción laboral se puedan conocer las opiniones de los médicos residentes para fortalecer los vínculos emocionales y el compromiso laboral para la mejora continua generando sensación de respaldo y escucha ante situaciones negativas que impacten el desenvolvimiento y oportunidades de desarrollo. Se tomará como evidencia las encuestas que pueden ser de respuesta virtual o física.

Afinidad de servicio: El Hospital General de Macas cuenta con servicios en los cuales se encuentran distribuidos los médicos residentes: Emergencia y Triage, Unidad de Cuidados intensivos Adultos, Pediatría, Neonatología, Medicina Interna y Cirugía general, Traumatología, Maxilo Facial y Otorrinolaringología. Se plantea que los médicos residentes sean asignados a los servicios por afinidad y en caso de que existan varios interesados por un mismo servicio darles la oportunidad de laborar en el servicio en base a test de conocimientos, los cuales serán elaborados y calificados por los líderes de cada servicio.

Respetar jornada laboral: El Hospital General de Macas es de segundo nivel y representa el hospital de referencia de la provincia de Morona Santiago y debido a la falta de servicios de especialidades críticas o subespecialidades que limita la capacidad resolutive un porcentaje considerable de pacientes tienen la necesidad de ser trasladados a hospitales de mayor complejidad, los cuales están a cargo del médico residente, el mismo que tiene que dejar sus actividades hospitalarias para acudir a la referencia, la misma que en muchas de las veces sobrepasan la jornada laboral y no es compensada, por lo que se plantea evaluar la carga horaria y ejecutar acciones que disminuyan las largas jornadas o compensen las horas extras, cuya responsabilidad estará a cargo de los directivos.

Reconocimiento del mérito laboral: Como estrategia motivacional e incentivar la mejora constante se propone la elección del médico residente del mes, considerando aspectos de acertación diagnóstica-terapéutica, calidad de atención, capacidad de abordaje de casos complejos, conocimientos actualizados, razonamiento clínico-epidemiológico, trabajo en equipo, disciplina laboral y habilidades técnicas, lo cual será evaluado por parte de los líderes de cada servicio quienes tomarán la decisión en base a los criterios antes mencionados y será reconocido haciendo mención frente al equipo de trabajo.

4.11.3 Desarrollo profesional y oportunidades de crecimiento

El desarrollo profesional y aprendizaje continuo permite la adquisición de competencias, la cual se realiza de manera progresiva compaginada con la práctica garantizando la superación profesional, expansión de nuevos conocimientos, tecnologías y técnicas y mejor desenvolvimiento en escenarios laborales complejos, por lo que se propone:

Desarrollo profesional continuo: Exposición de casos clínicos mensuales en cada servicio, bajo la guía del líder del servicio además de fomentar y apoyar la publicación de los mismos.

Certificación: Otorgar permisos que permitan al médico residente certificarse en cursos de capacitación continua.

Crecimiento profesional: Dar a conocer e incentivar la realización de posgrados, maestrías y doctorados que ofrecen las diversas universidades tanto nacionales como extranjeras con el beneficio de becas al personal que pertenece al sector público.

Estás recomendaciones serán monitoreadas por el Departamento de Talento Humano, quienes serán responsables de llevar un registro anual de todos los méritos obtenidos por cada médico residente. Así mismo, serán los responsables de gestionar los recursos económicos junto con los directivos del Hospital destinado a capacitación continua, estimándose alrededor de 200 dólares americanos por cada capacitación, para otorgar viáticos que cubran con el servicio de transporte, alimentación y hospedaje durante los días de capacitación.

4.12 Conclusiones

Posterior a la aplicación de la encuesta basado en factores socioculturales y laborales más el cuestionario de Maslach, realizado a los 48 médicos residentes, se encontró una prevalencia del 14.58%, correspondiendo a 7 casos quienes presentan altos niveles de cansancio emocional, despersonalización y baja realización profesional, pese a que representa una cifra baja pone en alerta y demuestra que existe un problema debido al escaso control del riesgo psicosocial.

De igual manera, al analizar las subescalas se tiene que, el 31.3% presentan cansancio emocional alto, el 22.9% altos valores de despersonalización y el 68.8% baja realización personal, sobre todo en la edades comprendidas entre 26-29 años, demostrando que más joven, menor experiencia laboral y mayor percepción de fracaso profesional, exponiendo autoevaluaciones negativas del propio trabajo más sentimientos de incompetencia laboral y baja autoestima profesional lo que resulta preocupante y llama a la implementación urgente de intervenciones focalizadas al manejo de emociones precautelando la salud mental.

En cuanto a factores laborales, se obtuvo que las áreas con mayor prevalencia de Burnout fueron los médicos de emergencia y ginecología, relacionándose la alta demanda de pacientes y gravedad de casos, dado que son áreas en donde se deposita mayores niveles de estrés, llamando a crear espacios que permitan adquirir técnicas para el manejo del estrés y afrontamiento de situaciones de alta presión.

El presente estudio expone el riesgo de desarrollar burnout con incremento considerable de la prevalencia a futuro, lo que llama a la toma de medidas de intervención en un contexto preventivo abordando componentes psicoterapéuticos tanto individuales como colectivos.

4.13 Recomendaciones

Se recomienda la inmediata ejecución del plan de intervención de estrategias propuestas para prevenir el Síndrome de Burnout en los Médicos Residentes, así como el compromiso de los directivos en el control de cumplimiento y el correspondiente control de efectividad al año.

Aplicar las medidas en los demás grupos de trabajo adaptados a cada situación (personal de enfermería, auxiliares, administrativos, técnicos, etc) con el fin de mejorar el clima laboral y las relaciones interpersonales con el equipo de trabajo.

Complementar el estudio con la evaluación del estrés laboral relacionado a factores individuales y psicosociales con la identificación de factores protectores para la ampliación de posibles áreas de actuación preventiva, así como también encuestas de calidad de atención para evaluar el impacto de los estresores laborales en la relación médico-paciente.

BIBLIOGRAFÍAS

- Gutiérrez Aceves, G. A., Celis López, M. A., Moreno Jiménez, S., Farias Serratos, F., & Suárez Campos, J. d. (2006). *Síndrome de burnout* (Vol. 11). (Medigraphic, Ed.) Mexico, Mexico. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/arcneu/ane-2006/ane064m.pdf>
- Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. (2019). *Síndrome de desgaste profesional (burnout) como un problema relacionado con el trabajo*. (M. d. Social, Editor) Retrieved Octubre 2023, from Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST): <https://www.insst.es/el-instituto-al-dia/sindrome-de-desgaste-profesional-burnout>
- Hao, S. (2023, Marzo 15). Burnout and depression of medical staff: A chain mediating model of resilience and self-esteem. *Elsevier*, 325, 633-639. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165032722015130>
- Morse, G., Salyers, M. P., Rollins, A. L., Monroe-DeVita, M., & Pfahler, C. (2011, Mayo 1). Burnout in Mental Health Services: A Review of the Problem and Its Remediation. *Springer*, 39, 341-352. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21533847/>
- Shanafelt, T., West, C., Sinsky, C., Trockel, M., Tutty, M., Wang, H., . . . Dyrbye, L. N. (2022, Octubre 30). Changes in Burnout and Satisfaction With Work-Life Integration in Physicians and the General US Working Population Between 2011 and 2020. *Mayo Clinic*, 97(3), 490-506. Disponible en: [https://www.mayoclinicproceedings.org/article/S0025-6196\(21\)00872-7/fulltext](https://www.mayoclinicproceedings.org/article/S0025-6196(21)00872-7/fulltext)
- Kane, L. (2020, January 15). *Medscape National Physician Burnout & Suicide Report 2020: The Generational Divide*. Retrieved from Medscape Critical Care: <https://www.medscape.com/slideshow/2020-lifestyle-burnout-6012460>
- Chemali, Z., Ezzeddine, F. L., Gelaye, B., Dossett, M. L., Salameh, J., Bizri, M., . . . Fricchione, G. (2019). Burnout among healthcare providers in the complex environment of the Middle East: a systematic review. *Springer*, 19(1337), 2-21.

- Disponibile en:
<https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-019-7713-1>
- Rotenstein, L. S., Torre, M., Ramos, M. A., Rosales, R. C., Guille, C., Sen, S., & Mata, D. A. (2018, September 18). Prevalence of Burnout Among Physicians A Systematic Review. *JAMA*, 320(11), 1131-1150. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30326495/>
- Houkes, I., Winants, Y., Twellaar, M., & Verdonk, P. (2011). Development of burnout over time and the causal order of the three dimensions of burnout among male and female GPs. A three-wave panel study. *BMC Public Health*, 11(240), 2-13. Disponible en: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-11-240>
- Irigoyen-Otiñano, M., Castro-Herranz, S., Romero-Agüit, S., Mingote-Adán, J. C., Garrote-Díaz, J. M., Matas-Aguilera, V., López-Ordoño, G. J., Puigdevall-Ruestes, M., Alberich, S., & González-Pinto, A. (2022). Suicide among physicians: Major risk for women physicians. *Psychiatry Research*, 310, 114441. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114441>
- Patiño, P.M. (2021). *Prevalencia del Desgaste Profesional en el Personal Sanitario en el Ecuador*. Obtenido de Universidad del Azuay. Repositorio Institucional: <https://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/11120>
- Serna Corredor, D., & Martínez Sanchez, L. (2020). Burnout en el personal del área de salud y estrategias de afrontamiento. *Correo Científico Médico*, 24(1). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/correo/ccm-2020/ccm201v.pdf>
- Rivas García, A., Míguez Navarro, M. C., García Loygorri, C., Marañón, R., & Vázquez López, P. (20 de Septiembre de 2022). Síndrome de burnout en pediatras con actividad asistencial en urgencias. Prevalencia y factores asociados. Análisis multinivel. *Anales de Pediatría*, 98, 119-128. Disponible en: <https://www.analesdepediatría.org/es-sindrome-burnout-pediatras-con-actividad-articulo-S1695403322002132>

- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001, February). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422. Disponible en: <https://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
- Hert, S. (2020). Burnout in Healthcare Workers: Prevalence, Impact and Preventative Strategies. *Local and Regional Anesthesia*, 13, 171-183. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7604257/>
- Sanchez Gallegos, S. N. (2022, Enero). Análisis Documental del Síndrome de Burnout en el Sistema de Salud Pública del Ecuador entre los años 2010 y 2020. *Universidad Politécnica Salesiana Sede Quito*, 2-55. Disponible en: <https://dspace.ups.edu.ec/handle/123456789/21596>
- Zuraida, A. S., & Zainal, N. Z. (2015, February 3). Exploring Burnout Among Malaysian Junior Doctors Using the Abbreviated Maslach Burnout Inventory. *Malaysian Journal of Psychiatry*, 24(1), 23-32. Disponible en: <https://www.semanticscholar.org/paper/Exploring-Burnout-Among-Malaysian-Junior-Doctors-As-Zainal/b192de3f9cd63fceb04856b3ec553ea790aab4a9>
- Schaufeli, W., Maslach, C., & Marek, T. (1993). *Professional burnout : recent developments in theory and research*. Philadelphia, United States. Disponible en: <https://psycnet.apa.org/record/1993-97794-000>
- Mealer, M., Moss, M., Good, V., Gozal, D., Kleinpell, R., & Sessler, C. (2016). What is Burnout Syndrome (BOS)? *American Thoracic Society*, 194, 1-2. Disponible en: <https://www.thoracic.org/patients/patient-resources/resources/burnout-syndrome.pdf>
- Castañeda Aguilera, E., & Garcia Alba, J. E. (2020). Prevalencia del síndrome de desgaste profesional (burnout) en médicos especialistas y factores de riesgo. *Revista Medica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 58(2), 161-173. Disponible en: http://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_medica/article/view/3453/3933
- World Health Organization. (2019). *World Health Organization*. Retrieved from Burn-out an "occupational phenomenon": International Classification of Diseases: <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>

- West, C. P., Dyrbiye, L. N., & Shanafelt, T. D. (2018). Physician burnout: contributors, consequences and solutions. *Journal of Internal Medicine*, 283(6), 516-525. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29505159/>
- Briciu, V., Leucuta, D. C., Tokés, G. E., & Colcear, D. (2023, February 25). Burnout, Depression, and Job Stress Factors in Healthcare Workers of a Romanian COVID-19 Dedicated Hospital, after Two Pandemic Years. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20, 1-18. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1660-4601/20/5/4118>
- Azoulay, E., & Lescale, O. (2023). Burnout syndrome in healthcare providers: a preventable disease. *Springer*, 19, 485-486. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00134-023-07017-8>
- Han, S. (2019). Estimating the Attributable Cost of Physician Burnout in the United States. *Annals of Internal Medicine*, 784-790. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31132791/>
- Salanoma, M. (2000). Desde el “burnout” al “engagement”: ¿una nueva perspectiva? *Rev. De Psicol. Del Trab. Y De Las Organ.*, 117-134. Disponible en: <https://journals.copmadrid.org/jwop/files/63236.pdf>
- Hewitt, D. (2020). Evaluating the association of multiple burnout definitions and thresholds with prevalence and outcomes. *JAMA Surg*, 155-1049. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32902609/>
- Maslach, C. (2006). Understanding job burnout. *stress and Quality of Working Life: Current Perspectives in Occupational Health.*, 37-52. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Christina-Maslach/publication/285167294_Understanding_job_burnout/links/57bb97be08aefea8f0f452dd/Understanding-job-burnout.pdf
- Bouza, E., Monte, P., & Palomo, E. (2020). Síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en los médicos de España. *Rev. Clínica Española*, 359-363. Disponible en: <https://www.revclinesp.es/es-sindrome-quemarse-por-el-trabajo-articulo-S0014256520300916>

- Valsania, S. (2022). Burnout: A Review of Theory and Measurement . *Int J Environ Res Public Health.*, 1780. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8834764/>
- Freudenberger, H. (1974). Staff burn-out. *J. Soc. Issues*, 159-165. Disponible en: [https://www.scirp.org/\(S\(czeh4tfqyw2orz553k1w0r45\)\)/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1380346](https://www.scirp.org/(S(czeh4tfqyw2orz553k1w0r45))/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1380346)
- Maslach, C. (1976). Leiter M.P. Burnout. *Hum. Behav*, 16-22. Disponible en: [https://www.scirp.org/\(S\(czeh2tfqyw2orz553k1w0r45\)\)/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1535947](https://www.scirp.org/(S(czeh2tfqyw2orz553k1w0r45))/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1535947)
- Maslach, C., & Jackson, S. (1981). Burnout Inventory Manual. *Psychologists Press*, 1. Disponible en: [https://www.scirp.org/\(S\(lz5mqp453edsnp55rrgict55\)\)/reference/referencespapers.aspx?referenceid=950069](https://www.scirp.org/(S(lz5mqp453edsnp55rrgict55))/reference/referencespapers.aspx?referenceid=950069)
- Montero, J. (2016). El síndrome de burnout y sus diferentes manifestaciones clínicas: Una propuesta para la intervención [The burnout syndrome and its various clinical manifestations: A proposal for intervention]. *Anest. Analg. Reanim*, 1-16. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12732016000100004
- Manzano, G., & Ayala, J. (2013). New perspectives: Towards an integration of the concept “burnout” and its explanatory models. *An. De Psicol.*, 800-809. Disponible en: <https://psycnet.apa.org/record/2013-35037-019>
- Llorens, S., Garcia, M., & Salanova, M. (2005). Burnout como consecuencia de una crisis de eficacia: Un estudio longitudinal en profesores de secundaria. *Rev. De Psicol. Del Trab. Y De Las Organ*, 55-70. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2313/231317039004.pdf>
- Schaufeli, W., Maassen, G., Bakker, A., & Sixma, H. (2011). Stability and change in burnout: A 10-year follow-up study among primary care physicians. . *Occup. Organ. Psychol.*, 248-267. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/228079882_Stability_and_change_in_burnout_A_10-year_follow-up_study_among_primary_care_physicians

- Golembiewski, R., Munzenrider, R., & Carter, D. (1983). Phases of progressive burnout and their work site covariants: Critical issues in OD research and praxis. *J. Appl. Behav. Sci.*, 461-481. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10265310/>
- Bakker, A., & Demerouti, E. (2017). Job demands–resources theory: Taking stock and looking forward. *J. Occup. Health Psychol.*, 273-285. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27732008/>
- Manzano, G., & Ramos, F. (2000). Enfermería hospitalaria y síndrome de burnout. *Rev. De Psicol. Del Trab. Y De Las Organ.*, 197-213. Disponible en: <https://journals.copmadrid.org/jwop/files/63240.pdf>
- Llorens, S., & Salanova, M. (2011). Burnout: Un problema psicológico y social. *Riesgo Labor.*, 26-28. Disponible en: <https://www.want.uji.es/download/burnout-un-problema-psicologico-y-social/>
- Bakker, A., & Schaufeli, W. (2000). Burnout contagion processes among teachers. *J. Appl. Soc. Psychol.*, 2289-2308. Disponible en: <https://psycnet.apa.org/record/2001-14471-005>
- Petitta, L., & Jiang, L. (2020). How emotional contagion relates to burnout: A moderated mediation model of job insecurity and group member prototypicality. *Int. J. Stress Manag.*, 12. Disponible en: <https://psycnet.apa.org/record/2019-23053-001>
- Adriaenssens, J., Gucht, V., & Maes, S. (2015). Determinants and prevalence of burnout in emergency nurses: A systematic review of 25 years of research. *Int. J. Nurs. Stud.*, 649-661. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25468279/>
- Maslach, C., & Leiter, M. (2017). New insights into burnout and health care: Strategies for improving civility and alleviating burnout. *Med. Teach.*, 160-163. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27841065/>
- Mustafa, M., Santos, A., & Chern, G. (2016). Emotional intelligence as a moderator in the emotional labour-burnout relationship: Evidence from Malaysian HR professionals. *Int. J. Work. Organ. Emot.*, 143-164. DISPONIBLE EN: https://www.researchgate.net/publication/304035608_Emotional_Intelligence_as_a_Moderator_in_the_Emotional_Labour_Burnout_Relationship_Evidence_from_Malaysian_HR_Professionals

- Maslach, C., & Leiter, M. (2017). New insights into burnout and health care: Strategies for improving civility and alleviating burnout. *Med. Teach*, 160-163. DISPONIBLE EN: <https://www.semanticscholar.org/paper/New-insights-into-burnout-and-health-care%3A-for-and-Maslach-Leiter/7443066d264f8c596f228c610a7b467c6d0ff857>
- Orgambídez, A., & Almeida, H. (2019). Core burnout and power in portuguese nursing staff: An explanatory model based on structural empowerment. *Workplace Health Saf*, 391-398. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31288628/>
- Acker, G. (2003). Role conflict and ambiguity: Do they predict burnout among mental health service providers? *Soc. Work. Ment. Health*, 63-80. Disponible en: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1300/J200v01n03_05
- Laschinger, H., Borgogni, L., Consiglio, C., & Read, E. (2015). The effects of authentic leadership, six areas of worklife, and occupational coping self-efficacy on new graduate nurses' burnout and mental health: A cross-sectional study. *Int. J. Nurs. Stud.*, 1080-1089. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25801311/>
- Boland, L., Mink, Kamrud, J., Jeruzal, J., & Stevens, A. (2019). Social support outside the workplace, coping styles, and burnout in a cohort of EMS providers from Minnesota. *Workplace Health Saf*, 414-422. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31064273/>
- Salvagioni, D., Melanda, F., Mesas, A., González, A., & Gabani, F. (2017). Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: A systematic review of prospective studies. *PLoS ONE*, 16. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5627926/>
- Giorgi, G., Arcangeli, G., Perminiene, M., C, L., & Ariza, A. (2017). Work-related stress in the banking sector: A review of incidence, correlated factors, and major consequences. *Front. Psychol*, 2166. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29312044/>
- Melamed, S., Shirom, A., Toker, S., & Shapira, I. (2006). urnout and risk of type 2 diabetes: A prospective study of apparently healthy employed persons. *Psychosom. Med*, 863-869. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17132837/>

- Humborstad, S., Humborstad, B., & Whitfield, R. (2007). Burnout and service employees' willingness to deliver quality service. *J. Hum. Resour. Hosp. Tour*, 45-64. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2532512>
- Ugwu, L., Enwereuzor, I., Fimber, U., & Ugwu, D. (2017). Nurses' burnout and counterproductive work behavior in a Nigerian sample: The moderating role of emotional intelligence. *Int. J. Afr. Nurs. Sci*, 106-113. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214139117300318>
- Simone, S., Vargas, M., & Servillo, G. (2021). Organizational strategies to reduce physician burnout: A systematic review and meta-analysis. *Aging Clin. Exp. Res*, 883-894. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31598914/>
- Kossek, E., Hammer, L., Kelly, E., & Moen, P. (2014). Designing work, family & health organizational change initiatives. *Organ. Dyn*, 43-53. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24683279/>
- Shanafelt, T., & Noseworthy, J. (2017). Executive leadership and physician well-being: Nine organizational strategies to promote engagement and reduce burnout. *Mayo Clin. Proc*, 129-146. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27871627/>
- Kannampallil, T., Abraham, J., Lou, S., & Payne, P. (2021). Conceptual considerations for using EHR-based activity logs to measure clinician burnout and its effects. *J. Am. Med. Inform. Assoc*, 1032-1037. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33355360/>
- Herrera, I., León, J., & León, J. (2017). Steps to ensure a successful implementation of occupational health and safety interventions at an organizational level. *Front. Psychol*, 2135. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5770633/>
- Ochentel, O., Humphrey, C., & Pfeifer, K. (2018). Efficacy of exercise therapy in persons with burnout. A systematic review and meta-analysis. *J. Sports Sci. Med*, 475-484. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30116121/>
- Pecci, M. C., Fata, L. G., Cohen, M. F., Jacovella, P. F., & Azzato, F. (2021). Burnout en la Residencia Médica. Estudio transversal realizado en Buenos Aires, Argentina. *Revista Argentina de Medicina*, 9(4). Disponible en: <http://www.revistasam.com.ar/index.php/RAM/article/view/646/562>

- Alenezi, N. K., Alyami, A. H., Alrehaili, B. O., Arruhaily, A. A., Alenazi, N. K., & Radman Al-Dubai, S. A. (2022). Prevalence and Associated Factors of Burnout Among Saudi Resident Doctors: A Multicenter Cross-Sectional Study. *PubMed Central*, 23(4), 173-183. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36425745/>
- Shalaby, R., Oluwasina, F., Eboreime, E., El Gind, H., Agyapong, B., Hrabok, M., . . . Opoku Agyapong, V. I. (2023, February 19). Burnout among Residents: Prevalence and Predictors of Depersonalization, Emotional Exhaustion and Professional Unfulfillment among Resident Doctors in Canada. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(4). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36834373/>
- Salomon, S. E., Camera, L. A., & Valdez, P. R. (2019, Abril). Compilación de Trabajos sobre el Síndrome de Burnout presentados en diez años de congresos de la Sociedad Argentina de Medicina (2005-2015). *Revista Argentina de Medicina*, 7(1), 524-532. Disponible en: <http://www.revistasam.com.ar/index.php/RAM/article/view/280>
- Altamirano Olvera, C., Villegas Guerrero, E., Sacoto Carranza, H., & González Plúa, C. (2019, 11 30). Síndrome de desgaste profesional en médicos residentes e internos de medicina del área de emergencia del hospital universitario periodo septiembre 2015 a diciembre 2015. *Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento*, 3(3), 962-981. Disponible en: <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/638>
- Paules Cuesta, I. M., Montoro Huguet, M., & Fueyo Diaz, R. (2023, 06 20). Síndrome de Burnout en profesionales sanitarios en un hospital universitario de España. *Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria*, 49, 3-7. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1138359323001028>
- Jácome, S., Villaquiran Hurtado, A., Duque, I., & García, C. (2018, Octubre 19). Prevalencia del síndrome de Burnout en residentes de especialidades médicas. *Revista Cuidarte*. Disponible en: <https://revistas.udes.edu.co/cuidarte/article/view/543>
- W. Lu, D., Dresden, S., Mc Closkey, C., Branzetti, J., & Gisondi, M. (2015, Diciembre 11). Impact of Burnout on Self-Reported Patient Care Among Emergency Physicians.

Western Journal of Emergency Medicine, 16(7), 996-1001. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26759643/>

ANEXOS

Anexos 1

Encuesta de recolección de datos

ENCUESTA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Introducción: Yo, Emily Yessenia Picón Ortega, estudiante de la maestría de Salud Pública de la Universidad de las Américas, estoy realizando mi proyecto de titulación con el tema: “Prevalencia de Burnout en los Médicos Residentes del Hospital General de Macas 2023”, por tal motivo solicito su colaboración para cumplir con dicho requisito académico.

Consentimiento: Estimado/a participante, su colaboración en la presente encuesta es completamente voluntaria y usted puede decidir interrumpirla en cualquier momento, sin que ello le genere ningún prejuicio. Así mismo, participar en esta encuesta no le generará ningún prejuicio laboral. Si tuviera alguna consulta sobre la investigación, puede formularla cuando lo estime conveniente,

Instrucciones: Responda las siguientes preguntas marcando con una equis (selección única) según corresponda en cada caso.

Preguntas sociodemográficas y laborales

¿Qué edad tiene? (años cumplidos)

Sexo

- Hombre (0)
- Mujer (1)

¿Cuál es su estado civil?

- Soltero/a (0)
- Casado/a (1)

- Divorciada (2)
- Viuda (3)
- Unión libre (4)
- Unión de hecho (5)

¿Cuántos hijos tiene?

- (0)
- (1)
- (2)
- (4)
- 5o más (5)

¿En que área labora?

- Emergencia y triaje(0)
- Cuidados Intensivos Adultos(1)
- Neonatología(2)
- Medicina Interna(3)
- Cirugía (incluye traumatología, Maxilo facial, Otorrinolaringología) (4)
- Ginecología(5)
- Ecu 911(6)
- Personal Administrativo(7)
- Pediatría (8)

¿Cuántos tiempo labora dentro de la institución?

- Menos de 1 año (0)
- Entre 1-3 años (1)
- Entre 3 a 6 años (2)
- Más de 6 años (3)

¿Cuántas horas labora por semana?

- Menos de 30 horas (0)
- Entre 30 y 40 horas (1)
- Entre 40 y 50 horas (2)
- Más de 50 horas (3)

¿Qué tipo de contrato tiene?

- Nombramiento Definitivo (0)
- Nombramiento Provisional (1)
- Contrato Servicios Ocasionales (2)
- Contrato Definido (3)

CUESTIONARIO DE MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI)


<i>Evaluación y Preguntas</i>		<i>Nunca</i>	<i>Alguna vez al año o menos</i>	<i>Una vez al mes o menos</i>	<i>Algunas veces al mes o menos</i>	<i>Una vez a la semana</i>	<i>Varias Veces a la semana</i>	<i>Diariamente</i>
		0	1	2	3	4	5	6
1	EE Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotada							
2	EE Al final de la jornada me siento agotado							
3	EE Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo							
4	PA Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes							
5	D Creo que trato algunos pacientes como si fueran objetos							
6	EE Trabajar con pacientes todos los días es una tensión para mi							
7	PA Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan mis pacientes							
8	EE Me siento quemado por el trabajo							
9	PA Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros							
10	D Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago este trabajo							
11	D Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente							
12	PA Me encuentro con mucha vitalidad							
13	EE Me siento frustrado por mi trabajo							
14	EE Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro							
15	D Realmente no me importa lo que les ocurrirá a algunos de los pacientes a los que tengo que atender							
16	EE Trabajar en contacto directo con los pacientes me produce bastante estrés							
17	PA Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada a mis pacientes							
18	PA Me encuentro animado después de trabajar junto con los pacientes							
19	PA He realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo							
20	EE En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades							
21	PA Siento que se trabaja de forma adecuada los problemas emocionales en el trabajo							
22	D Siento que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas							

Muchas gracias por su colaboración.

Anexos 2


Planteamiento del tema de salud de acuerdo a la línea de investigación

SINDROME DE BURNOUT




SINDROME PSICOLOGICO
CARACTERIZADO POR
MANIFESTACIONES SUGESTIVAS
DE AGOTAMIENTO EMOCIONAL,
DESPERSONALIZACION Y BAJA
REALIZACION PROFESIONAL


FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD O EN EL CONTACTO CON LOS SERVICIOS SANITARIOS



AGOTAMIENTO
EMOCIONAL



DESPERSONALIZACION



BAJA
REALIZACION
PROFESIONAL

LA ORGANIZACION MUNDIA LDE LA SALUD HA INCLUIDO EL BURNOUT EN LA CLASIFICACION DE ENFERMEDADES EN LA SECCION "FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD O EN EL CONTACTO CON LOS SERVICIOS SANITARIOS"

¿QUÉ PASA CON EL BURNOUT EN LA ACTUALIDAD?


EL BURNOUT SE REFIERE ESPECIFICAMENTE A FENOMENOS EN EL CONTEXTO OCUPACIONAL, ESTA PRESENTE EN TODAS LAS PROFESIONES Y EN TODOS LOS PAISES

LA EVIDENCIA SUGIERE QUE LOS PROFESIONALES SANITARIOS SON ESPECIFICAMENTE SUSCEPTIBLES A EXPERIMENTAR EL BURNOUT Y SU AUMENTA ESTA DOCUMENTADO

Los riesgos psicosociales se han convertido en un fenómeno importante y rápidamente ganaron un reconocimiento considerable porque están estrechamente relacionados con las actividades laborales

¿CÓMO CAMBIAR?

ELABORACION DE ESTRATEGIAS PARA MEJORAR LA SALUD Y CONDICIONES LABORALES DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS



Anexos 3

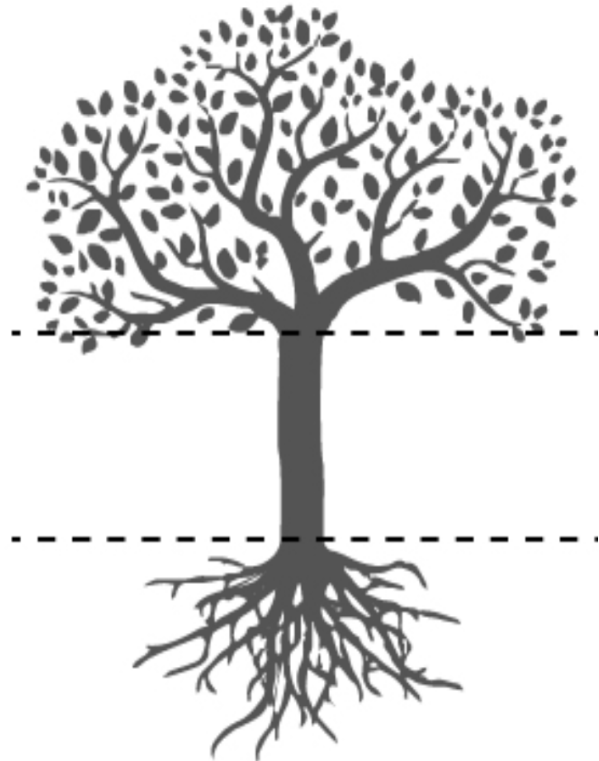
Árbol de problemas

ÁRBOL DE PROBLEMAS

Desequilibrio entre la vida laboral y la vida familiar, escasa autonomía y agotamiento, privación del sueño, insatisfacción laboral y de desempeño

Fatiga laboral en los Médicos Residentes

Exceso de horas de trabajo, jornadas extenuantes, pérdida de autonomía, depresión, agotamiento emocional, sobrecarga de trabajo



Anexos 4

Matriz de Involucrados

ACTORES	PROBLEMAS PERCIBIDOS	INTERESES Y MANDATOS	PODER	INTERESES	VALOR
Médicos Residentes	<input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Disminución de la satisfacción y rendimiento laboral. <input type="checkbox"/> Mala calidad de vida (insomnio, cambios en el apetito, irritabilidad, dolores de cabeza) <input type="checkbox"/> Agotamiento emocional <input type="checkbox"/> Ideación suicida <input type="checkbox"/> Ausencia de apoyo de sus superiores <input type="checkbox"/> Sobrecarga de trabajo	<input type="checkbox"/> Mejoras en el ambiente laboral. <input type="checkbox"/> Mejoras en la calidad de Vida y Salud en el trabajo. <input type="checkbox"/> Mayor compromiso de las autoridades sanitarias con el Médico residente	Personal Sanitario capacitado y preparado para la atención de pacientes con diversas patologías.	Desarrollo de estrategias cognitivas y conductuales utilizadas en respuesta a acontecimientos estresantes	5
Familia	<input type="checkbox"/> Insatisfacción con la integración trabajo-vida personal. <input type="checkbox"/> Entorno Familiar difícil. <input type="checkbox"/> Relaciones interpersonales y el conflicto familia-trabajo	<input type="checkbox"/> Comunicación familiar, resolución de problemas y el mantenimiento de una perspectiva positiva. <input type="checkbox"/> Apoyo Familiar	Red de Apoyo Familiar	Estrategias de afrontamiento activas y eficaces	4
Sociedad	<input type="checkbox"/> Baja satisfacción con las relaciones humanas <input type="checkbox"/> Ausencia de apoyo Social	<input type="checkbox"/> Red de apoyo eficaz puede reducir el impacto de las situaciones estresantes en la salud física y mental	Red de Apoyo social	Amortiguadores de factores estresantes.	3
Hospital General de Macas	<input type="checkbox"/> Atención y seguridad de los pacientes <input type="checkbox"/> Errores Médicos <input type="checkbox"/> Comportamientos poco profesionales <input type="checkbox"/> Impacto negativo en el compromiso, la profesionalidad, los conocimientos médicos, la competencia y la atención a los detalles <input type="checkbox"/> Déficit de empatía con el trato a los pacientes	<input type="checkbox"/> Alta satisfacción del paciente y razonamiento moral con competencia clínica	Detección y respuesta precoz ante situaciones de riesgo, orientación y mejora de programas dirigidos prevenir el Síndrome de Burnout	Promover climas de apoyo Establecer turnos de intervención y descanso Precautelar la salud mental del personal	4

Anexos 5

Árbol de Objetivos

