



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

TEMA:

**FACTORES DE RIESGO FRECUENTES E ÍNDICE DEL
SINDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS RESIDENTES DE
UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS DE LA CIUDAD DE
GUAYAQUIL**

**TRABAJO DE TITULACION PRESENTADO COMO REQUISITO
PARA OPTAR POR EL GRADO DE MEDICO**

ESTUDIANTE: GABRIELA ESTEFANIA MARTINETTI GRANJA

TUTOR DR. FRANCISCO OBANDO FREIRE

GUAYAQUIL-ECUADOR

AÑO 2014

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGIA	
FICHA DE REGISTRO DE TESIS	
TÍTULO Y SUBTÍTULO: FACTORES DE RIESGO FRECUENTES E ÍNDICE DEL SINDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS RESIDENTES DE UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL.	
AUTOR/ ES: GABRIELA ESTEFANIA MARTINETTI GRANJA	REVISORES: Dr. FRANCISCO OBANDO FREIRE
INSTITUCIÓN: Universidad de Guayaquil	FACULTAD: Ciencias Médicas
CARRERA: Medicina	
FECHA DE PUBLICACION:	Nº DE PÁGS: 53
ÁREAS TEMÁTICAS: Psicología, Medicina Laboral, Síndrome de Burnout	
PALABRAS CLAVE: Burnout, Unidad de Cuidados Intensivos, Residencia, Guayaquil.	
RESUMEN: Introducción: El síndrome de Burnout (SB) o Síndrome de Desgaste Profesional (SDP) es caracterizado por una triada comprendida entre agotamiento emocional, despersonalización y baja autoestima. Afectando al personal de salud ante la creciente presión para mejorar continuamente la calidad de la atención en entornos que no están naturalmente destinados a contribuir positivamente a la salud de sus empleados o de los destinatarios de la atención. Que de no ser tratada puede repercutir en el estado de salud y en el ámbito laboral y personal, como último desenlace la depresión y el ausentismo.	
Materiales y Métodos: Estudio descriptivo transversal multicéntrico realizado en las principales Unidades de Cuidados Intensivo del Hospital Abel Gilbert Pontón y el Hospital Teodoro Maldonado Carbo de la ciudad de Guayaquil. Se recolecta la información donde los participantes a través de un cuestionario validado, los datos son tabulados y procesados por la plataforma de SPSS versión 22.	

Resultados: El Síndrome de Burnout se observa en el 73,3% de la población, con agotamiento emocional de 46,7% y niveles altos 100% en despersonalización y reducción del rendimiento personal y profesional. Con mayor frecuencia en masculino 63%.

Conclusión: Los hallazgos de este estudio difieren ligeramente del resto de la bibliografía, se observa mas frecuencia de Burnout en residentes que laboran <1 año, no tienen hijos, los que trabajan de 50 a 70 horaas semanales y los que no consumen alcohol. Se recomienda realizar estudios de asociacion.

Palabras clave: Burnout, Unidad de Cuidados Intensivos, Residencia, Guayaquil.

N° DE REGISTRO (en base de datos):	N° DE CLASIFICACIÓN:
---	-----------------------------

DIRECCIÓN URL (tesis en la web):

ADJUNTO PDF:	SI (x)	NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0997652240	E-mail: gabitamartina@gmail.com
CONTACTO EN LA INSTITUCIÓN:	Nombre: Universidad de Guayaquil Facultad de Ciencias Medicas	
	Teléfono: 042281148	
	E-mail: www.ug.edu.ec	



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

CERTIFICADO DEL TUTOR

En mi calidad de tutor del trabajo de titulación para optar el título de **MÉDICO GENERAL** de la facultad de ciencias médicas.

CERTIFICO QUE: he dirigido y revisado el trabajo de titulación de grado presentada por la **SRTA. GABRIELA ESTEFANIA MARTINETTI GRANJA** con **C.I. 2000044111**

Cuyo tema de trabajo de titulación es

FACTORES DE RIESGO FRECUENTES E ÍNDICE DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS RESIDENTES DE UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL

Revisada y corregida que fue el trabajo de titulación, se aprobó en su totalidad, lo certifico:

DR. FRANCISCO OBANDO FREIRE



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

TRIBUNAL DE TRABAJO DE GRADUACIÓN

Este Trabajo de Graduación cuya autoría corresponde a la **SRTA. GABRIELA MARTINETTI GRANJA** ha sido **APROBADA**, luego de su defensa publica, en la forma presente por el Tribunal Examinador de Grado Nominado por la Escuela de **MEDICINA** como requisito parcial para optar por el título de **MÉDICO GENERAL**.

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

SECRETARIA

DEDICATORIA

Este trabajo esta dedicado a aquellas personas que sienta el anhelo de la investigación, la ciencia y la ambición necesaria para conseguirlo, en función del bienestar de la sociedad contemporánea. Las oportunidades siempre se dan a los que defienden su causa hasta el final, con mucha paciencia y sabiduría a quien pueda resolver problemas sin desvanecerse.

Dedico estas palabras a aquellos espíritus vencidos que no pueden levantarse y aferrarse con garras al porvenir que esta en el horizonte, pero es a ellos, a quien como musa escojo para levantar la bandera que nunca pudieron izar con valentía.

Las adversidades son muchas y la mayoría no son físicas, pero no debe ser motivo para huir de nosotros mismos sino de abrazar esa parte que tenemos miedo, y ser de éste una fortaleza; ya que somos humanos, no somos perfectos, pero somos fuertes y con eso ya se gana mucho.

Dedico este logro a todos aquellos quienes creyeron en mí, a pesar del tiempo que he pasado para terminar esta carrera; todos aportaron que con algo que muchas veces no se puede comprar, sólo se otorga y no se puede reemplazar.

Ha llegado este día tan anhelado para mí, pero como es de esperar el proceso natural de la vida, ya no se encuentran conmigo mi tío Tulio y mi abuelita Carmelita a quienes dedico a su memoria la culminación completa de mis estudios; sé que ellos estuvieran aplaudiendo en la primera fila por mí, no ha sido fácil, pero recordando sus buenos deseos y cumpliendo su voluntad, estoy aquí. Por ellos y para ellos que siempre los extrañaré y recordaré con el amor que me tienen y siempre existirá, ya que el amor es eterno e infinito.

Porque el camino que me ha traído ha sido espinoso y tortuoso, pero con sabiduría he podido triunfar sobre las adversidades y mirar al futuro caminando sobre la incertidumbre, y por cada paso que doy construyo mi propio camino.

AGRADECIMIENTO

Para comenzar, estoy agradeciendo a aquellas personas que pensaron, actuaron y facultaron que no podía terminar mi carrera, sin ellas no hubiera podido progresar, ya que me dieron fuerza y esperanza de que sólo era una etapa. Nada es para siempre, y tampoco debo bajar la mirada ante nadie ni nada.

Mi eterna gratitud para mi familia, quienes me apoyaron incondicionalmente en mi camino, espero que éste sea uno de tantos logros que se encuentra a lo largo de mi carrera profesional.

Al amor de mi vida por compartir conmigo la profesión durante todos estos años, eres el que siempre procura que vea todo con optimismo, ayudarme siempre en todo momento emocional, física, profesionalmente, me contuviste de no huir del mundo en los momentos mas difíciles. Los niños y tú son el estímulo en mi vida para ser mejor madre, mujer y persona; todo se lo debo a ustedes que me brindaron su apoyo incondicional en todo momento.

A todos los maestros que he tenido por inculcarme nuevas enseñanzas, nuevas metas y nuevos retos que hemos superado trabajando en equipo con mis compañeros que siempre nos apoyamos en todo momento, cuando se enfrentaba una necesidad siempre estaban ahí para hacer el trabajo mas eficiente.

De mis compañeros de dormitorio, mis amigos de toda una vida, mis peludos de 4 patas aprendí la paciencia para esperar que lleguen los resultados del esfuerzo, cuando algo no salía bien se acostaron a mi lado brindándome su apoyo, a ayudarme a estudiar las noches despertándome en cada momento, a ser responsable no sólo con ellos sino conmigo misma, a brindarme la felicidad y los momentos de paz que pasamos juntos tanto tiempo.

Agradezco a todos por su dedicación, su fuerza de voluntad y su persistencia sobre lo que creen, porque también me nutro de esa vitalidad, de tener fe en mi misma; los días que seguirán al mañana viene con muchos éxitos para nosotros.

RESUMEN

Introducción: El síndrome de Burnout (SB) o Síndrome de Desgaste Profesional (SDP) es caracterizado por una triada comprendida entre agotamiento emocional, despersonalización y baja autoestima. Afectando al personal de salud ante la creciente presión para mejorar continuamente la calidad de la atención en entornos que no están naturalmente destinados a contribuir positivamente a la salud de sus empleados o de los destinatarios de la atención. Que de no ser tratada puede repercutir en el estado de salud y en el ámbito laboral y personal, como último desenlace la depresión y el ausentismo.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo transversal multicéntrico realizado en las principales Unidades de Cuidados Intensivos del Hospital Abel Gilbert Pontón y el Hospital Teodoro Maldonado Carbo de la ciudad de Guayaquil. Se recolecta la información donde los participantes a través de un cuestionario validado, los datos son tabulados y procesados por la plataforma de SPSS versión 22.

Resultados: El Síndrome de Burnout se observa en el 73,3% de la población, con agotamiento emocional de 46,7% y niveles altos 100% en despersonalización y reducción del rendimiento personal y profesional. Con mayor frecuencia en masculino 63%.

Conclusión: Los hallazgos de este estudio difieren ligeramente del resto de la bibliografía, se observa más frecuencia de Burnout en residentes que laboran <1 año, no tienen hijos, los que trabajan de 50 a 70 horas semanales y los que no consumen alcohol. Se recomienda realizar estudios de asociación.

Palabras clave: Burnout, Unidad de Cuidados Intensivos, Residencia, Guayaquil.

ABSTRACT

Introduction: Burnout syndrome (SB) or professional burnout syndrome (SDP) is characterized by a triad comprised between emotional exhaustion, depersonalization and low self-esteem. Affecting health personnel to the growing pressure to continuously improve the quality of care in environments that are not naturally designed to contribute positively to the health of their employees or recipients of care. If left untreated it can affect the health and personal and workplace, as a last outcome depression and absenteeism

Materials and Methods: Cross-sectional multicenter study in the main Intensive Care Units Abel Gilbert Ponton and Hospital Teodoro Maldonado Carbo Hospital of Guayaquil. Where participants information through a validated questionnaire, data are tabulated and processed by SPSS version platform 22 is collected.

Results: Burnout syndrome was observed in 73.3% of the population, with emotional exhaustion 46.7% and 100% in high depersonalization and reduced personal and professional performance. Most often in men 63%.

Conclusion: The findings of this study differ slightly from the rest of the literature, most often burnout in residents who work <1 year notes, have no children, those working 50 to 70 weekly hours and those who do not consume alcohol. It recommends perform association studies.

Keywords: Burnout, ICU, Residence, and Guayaquil.

INDICE

CERTIFICADO DEL TUTOR.....	II
TRIBUNAL DEL TRABAJO DE GRADUACION.....	III
DEDICATORIA.....	IV
AGRADECIMIENTO.....	V
RESUMEN.....	VI
ABSTRACT.....	VII
INTRODUCCION.....	1
CAPITULO I.....	3
1. El problema.....	3
1.1. Planteamiento del problema.....	3
1.2. Justificación.....	3
1.3. Determinación del problema.....	4
1.4. Formulación del problema.....	4
1.5. Objetivos generales y específicos.....	5
1.5.1. Objetivos generales.....	5
1.5.2. Objetivos específicos.....	5
2. MARCO TEORICO.....	6
2.1. Pregunta e investigación.....	13
2.2. Variables.....	13
2.2.1. Variable dependientes.....	13
2.2.2. Variable independiente.....	14
3. MATERIALES Y METODOS.....	15
3.1. Caracterización de la zona de trabajo.....	16

3.2. Universo y la muestra.....	17
3.2.1. Universo.....	17
3.2.2. Muestra.....	17
3.3. Viabilidad.....	17
3.4. Criterios de inclusión y exclusión.....	18
3.4.1. Criterios de inclusión.....	18
3.4.2. Criterios de exclusión.....	18
3.5. Operacionalización de las variables.....	18
3.6. Operacionalización de los instrumentos de investigación.....	19
3.7. Tipo de investigación.....	20
3.8. Cronograma de actividades.....	20
3.9. Consideraciones bioéticas.....	21
3.10. Recursos humanos y físicos.....	21
3.11. Instrumentos de evaluación o recolección de la data.....	22
4. Resultados y Discusión.....	23
4.1. Resultados.....	23
4.2. Discusión.....	32
5. Conclusión.....	34
6. Recomendaciones.....	35
7. Bibliografía.....	36
8. Anexos.....	38
8.1. Anexo 1.....	38

8.2. Anexo 2.....	39
8.3. Anexo 3.....	40

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Burnout (SB) o Síndrome de Desgaste Profesional (SDP) es caracterizado por una triada comprendida entre agotamiento emocional, despersonalización y baja autoestima.

Especialmente, la formación durante la residencia puede causar un importante grado de cansancio, lo que lleva a la interferencia con la capacidad de los médicos para establecer una buena relación, resolver los diferentes dilemas de diagnóstico y tomar de decisiones en tratamientos complejos. Este agotamiento está asociado con una variedad de consecuencias negativas incluyendo depresión, riesgo de errores médicos, y efectos negativos sobre la seguridad del paciente.

Adicionalmente, el síndrome puede reducir la calidad de la educación del becario debido a la presencia de conductas no motivacionales y un bajo compromiso con su trabajo. Los programas de residencia colocan los recién graduados en el mercado de trabajo, brindándoles la oportunidad de adquirir experiencia profesional y convertirse en especialistas en su área elegida. Sin embargo, debemos tener en cuenta que este profesional puede presentar factores predisponentes para el desarrollo físico y fatiga emocional. También hay que considerar otras características como la edad, el estado marital, el idealismo, el tiempo en la profesión, el tiempo en la institución, el conflicto de funciones y la falta de apoyo familiar, que pueden aumentar la vulnerabilidad a la del Síndrome de Burnout.

Dado que muchas de las muertes en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) son precedidos por la decisión de continuar o retirar el soporte vital, es primordial tomar la decisión correcta, ya que pueden mejorar los resultados del paciente y la familia, así como el aumento de la tasa de retención de los médicos trabajando en el área de UCI. Para tomar una decisión de este tipo requiere mejoramiento del criterio clínico y una buena comunicación entre el clínico y la familia.

La depresión ha demostrado ser muy común durante la residencia médica, principalmente, el SB afecta el lapso durante la vida laboral; mientras que la depresión afecta la vida personal. Este trastorno puede llegar a ser mortal, si no es diagnosticada y tratada a tiempo.

Otros factores incluyen la enfermedad cardiovascular y el aumento biomarcadores de la inflamación. Los síntomas físicos pueden ser variados, incluyendo insomnio, trastornos de alimentación, fatiga, resfriados o gripe, dolores de cabeza y malestar gastrointestinal. El MBI se considera el estándar de oro para la identificación de Burnout en la literatura médica.

Según un estudio del 2006 por Rose et al, demostró que el 4,3% de los residentes a comienzos del primer año cumplieron con los criterios del SB, medidos por la Escala de Maslach; y a finales del primer año la tasa aumentó a 55,3%.

A diferencia de otros profesionales, los médicos son educados para ser los clínicos en primer lugar, mientras que; su papel como líder, miembro del equipo, o gerente es secundario. Por parte de la mayoría de los médicos existe una tendencia de ver como principal propósito de un hospital el de apoyar su trabajo clínico. Como efecto de éste, se presenta un alejamiento entre su formación/expectativas y afrontar la necesidad de trabajar con compañeros del área sanitaria, y los pacientes que tienen perspectivas diferentes de cómo la organización de un hospital debe proceder, significa que el Síndrome de Burnout es inevitable.

En pocas palabras, los profesionales sanitarios están bajo una creciente presión para mejorar continuamente la calidad de la atención en entornos que no están naturalmente destinados a contribuir positivamente a la salud de sus empleados o de los destinatarios de la atención.

Este es un estudio descriptivo transversal tiene como finalidad principal determinar los factores de riesgo frecuentes y la prevalencia del Síndrome de Burnout en médicos residentes de las áreas de UCI en el Hospital Abel Gilbert Pontón y el Hospital Teodoro Maldonado Carbo de la ciudad de Guayaquil; con la debida autorización del Departamento de Docencia e Investigación de dichas instituciones.

Sin embargo, debido a la falta de estudios específicos en relación de este síndrome en las UCI ecuatorianas, consideramos oportuno llevar a cabo un estudio para evaluar el Síndrome Burnout entre los médicos residentes que trabajan en Unidades de Cuidados Intensivos para contribuir con futuros datos epidemiológicos nacional y regional.

CAPITULO I

1. EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Este proyecto de investigación pretende contribuir con información a la comunidad médica en relación a prevalencia y factores de riesgo frecuentes del Síndrome de Burnout en médicos residentes del Hospital Abel Gilbert Pontón y el Hospital Teodoro Maldonado Carbo, debido a que no existen datos estadísticos en dichas instituciones, así como a nivel nacional.

Lo que permite estimar la verdadera población de profesionales médicos que son susceptibles a este trastorno en las Unidades de Cuidado Intensivo; así como, enfoques de posibles desenlaces en el ambiente laboral.

1.2 JUSTIFICACION

El Síndrome de Burnout es una patología común en el personal médico y de enfermería, según literatura revisada, su importancia y presencia repercute de una manera u otra en el área laboral. Principalmente, tomando en cuenta el que el nivel de estrés es muy diverso y de carácter crónico, sobre todo en grandes unidades hospitalarias, como son, el Hospital Abel Gilbert Pontón y el Hospital Luis Vernaza, donde la demanda de atención de pacientes siempre es creciente e intensa.

El impacto de esta enfermedad crónica en médicos, es especialmente importante dado que sus acciones están tan directamente relacionados con la mortalidad y la morbilidad de los pacientes; por lo cual, es preciso que se determine el nivel del Síndrome de Burnout para establecer medidas estrategias con el fin de mejorar la calidad y calidez de la relación medico-paciente.

Uno de los grupos mas afectados es el área sanitaria, especialmente aquellos que pasan en contacto con pacientes en estado critico, por lo cual, es de gran importancia

reconocer el nivel de Burnout en Unidades de Cuidado Intensivo en los principales hospitales de la ciudad de Guayaquil.

Se considera este estudio como el primero de esta línea en la zona del país, donde se espera identificar el problema para proporcionar datos valiosos sobre las características del personal que lo está experimentando y uno de los beneficios que se obtendría será proporcionar medidas preventivas y estrategias institucionales integrales a los grupos más vulnerables.

1.3 DETERMINACION DEL PROBLEMA

El síndrome de Burnout (SB) en médicos residentes se ha incrementado en estos últimos años, que entre otras cosas, se ha asociado a la excesiva carga hospitalaria y las largas jornadas laborales. Por ello, el Síndrome de Burnout puede considerarse como un efecto colateral al trabajo del médico residente, que puede disminuir su productividad, provocar disfunción personal y deteriorar la calidad en el cuidado del paciente.

Debido a la relevancia que implica este síndrome en el desempeño psicosocial y laboral del profesional médico, es fundamental encontrar la distribución del mismo y los factores de riesgo más importantes que existen en las unidades hospitalarias con el fin de implementar estrategias preventivas, tanto a nivel personal como laboral.

1.4 FORMULACION DEL PROBLEMA

De acuerdo a lo expuesto y sobre los desenlaces que producen en los profesionales de la salud:

- ¿Cuál es la prevalencia del Síndrome de Burnout en médicos residentes del Hospital Abel Gilbert Pontón y el Hospital Teodoro Maldonado Carbo de la ciudad de Guayaquil?

- ¿Cuáles son los factores más importantes del Síndrome de Burnout en médicos residentes del Hospital Abel Gilbert Pontón y el Hospital Teodoro Maldonado Carbo de la ciudad de Guayaquil?

1.5 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECIFICOS

1.5.1 OBJETIVO GENERAL

- Determinar la frecuencia del Síndrome de Burnout en médicos residentes en el Hospital Abel Gilbert Pontón y el Hospital Teodoro Maldonado Carbo de la ciudad de Guayaquil.
- Determinar los factores de riesgo más importantes del Síndrome de Burnout en médicos residentes en el Hospital Abel Gilbert Pontón y el Hospital Teodoro Maldonado Carbo de la ciudad de Guayaquil.

1.5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Describir la distribución de las características sociodemográficas y laborales desempeñan los médicos residentes.
- Describir el nivel de agotamiento laboral que poseen los médicos residentes.
- Medir los niveles altos de cansancio emocional, despersonalización y reducción del rendimiento personal y profesional, en los médicos residentes.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

El término Burnout fue utilizado por primera vez por el psicólogo Herbet Freudenberger en 1974 en un artículo que trataba de insatisfacción laboral ocasionada por estrés laboral (IsHak et al., 2009). Es un estado de fatiga o frustración motivada por la dedicación a una causa, un estilo de vida o una relación que no cumplió con las expectativas. El Síndrome de Burnout se centra al contexto laboral, en contraste con la depresión, que tiende a impregnar todos los dominios de una persona a lo largo de la vida. Según Maslach y Leiter, el agotamiento resulta de la incapacidad de gestionar con eficacia el estrés crónico, que puede ser definido de acuerdo con sus múltiples dimensiones: agotamiento emocional (AGO), despersonalización (DP), y una reducción en el rendimiento personal y profesional (RP) (Teixeira, Ribeiro, Fonseca, & Carvalho, 2013).

La calidad del trabajo puede ser determinada por el nivel de desarrollo de un país. Debido a la globalización, la población en los países en desarrollo tienen que lidiar con el aumento de los niveles de estrés en el trabajo. El Síndrome de Burnout y el estrés laboral en los países en desarrollo pueden ser agravada por varios factores fuera del ambiente de trabajo. Estos incluyen desigualdades de género, poca participación, falta de cobertura de los servicios de salud ocupacional, mala nutrición y la higiene, sistemas de transporte inadecuados, el analfabetismo, y la pobreza general (Álvarez-Hernández, Medécigo-Vite, & Ibarra-García).

En Finlandia, un estudio reciente mostró que la tasa de riesgo de una nueva pensión de invalidez fue de 3,8% con un agotamiento severo, y esa dimensión predijo incapacidad laboral debido a los trastornos mentales. Se ha estimado que las tasas de agotamiento entre los médicos podrían variar 2,4 a 72% (Montgomery, 2014).

En Francia, aproximadamente un tercio del personal de enfermería y la mitad de médicos intensivistas han reportado altos niveles de S. de Burnout. La despersonalización se detectó en torno al 37% de intensivistas.

En los Estados Unidos, un estudio transversal informó aproximadamente el 50% con niveles altos de agotamiento emocional y despersonalización en médicos residentes de medicina interna (Llera & Durante, 2014).

En los países africanos, los estudios de burnout son escasos y la mayoría sólo se han desarrollado en la última década. Los altos índices de burnout entre el personal de la salud de un hospital materno en Malawi se ha detectado (Romani & Ashkar, 2014). En este estudio, casi tres cuartas partes de los trabajadores (72%) informaron de agotamiento emocional, más de un tercio (43%) informaron de despersonalización, mientras que casi tres cuartas partes (74%) experimentaron baja realización personal.

Otro estudio transversal realizado en un hospital público en Sudáfrica encontró que los médicos tenían altos niveles de trabajo estrés en comparación con la población trabajadora promedio. Las principales fuentes de estrés fueron la falta de personal, la falta de recursos, la falta de control, los inflexibles horarios de trabajo, la falta de seguridad y la mala promoción profesional y salarios (Carod-Artal & Vázquez-Cabrera, 2013).

En los últimos años, varios estudios asiáticos y chinos se han centrado en el agotamiento laboral. En Mongolia, un estudio reciente ha detectado un creciente nivel de estrés entre los médicos. El exceso de trabajo se ha degradado por actitudes de los médicos hacia el trabajo y es una fuente significativa de desarrollar el agotamiento, el estrés laboral y la insatisfacción laboral (de Oliveira et al., 2013). Médicos mongoles femeninos tuvieron puntajes más altos de burnout que los médicos de sexo masculino, y las enfermeras estaban más comprometidas que las mujeres médicos, tal vez porque las enfermeras eran más responsables de la atención de los pacientes en el día a día. Los estudios realizados en los países musulmanes también son escasos.

En Latinoamérica, la mayoría de los estudios sobre el síndrome de Burnout son de Brasil. La prevalencia del síndrome de Burnout entre los agentes comunitarios de salud en la ciudad de Sao Paulo, Brasil, se ha estimado en un 24%, mientras que la prevalencia de los trastornos mentales fue del 43% (Tavares, Souza, Silva, & Kestenberg, 2014). Se observaron agotamiento, despersonalización y baja realización

personal en el 71, 35, y el 47,5% respectivamente. La proporción de entrevistados que afirma que estén utilizaban antidepresivos regularmente era del 17%.

La prevalencia de SDP entre los médicos de cuidados intensivos de Salvador de Bahía, Brasil, tiene ha estimado en el 7,4%, y se asoció con la sobrecarga de trabajo y los bajos ingresos por las horas trabajadas (Trépanier, Fernet, Austin, & Ménard, 2015)

En Argentina un estudio transversal de 106 residentes de cardiología y un grupo de comparación de 104 profesionales no médicos por edad y género demostró la presencia de altos niveles de agotamiento emocional y despersonalización en la mayoría de los encuestados. (Matia Cubillo et al., 2012)

- El agotamiento emocional (AGO) se refiere a la disminución de emociones relacionadas en la comprensión de las emociones de otras personas, en este caso del paciente y/o familiar; causando desgaste tanto físico como mental, sensación de impotencia, falta de animo.
- La despersonalización (DP) consiste conductas y respuestas negativas hacia otras personas, en este caso familiar del paciente, aumentando el nivel de irritabilidad hacia los mismos y disminución de la motivación laboral; como resultado produce absentismo laboral y evitar atender a otras personas, tornando una actitud fría, distante y despectiva. Dando la percepción por parte de los familiares del paciente como una respuesta desinteresada o “deshumanizada”.
- Reducción en el rendimiento personal y profesional (RP) se refiere a la perdida progresiva de la capacidad laboral y sensación de estar bien consigo mismo, por lo que, al no soportar la presión ejercida por la demanda del trabajo, no lo desempeña manera efectiva, percibiendo baja autoestima y deterioro de la relaciones interpersonales y laborales. (Pereda-Torales, Márquez Celedonio, Hoyos Vásquez, & Yáñez Zamora)

Se debe considerar al Síndrome de Burnout como una patología de multicausalidad y complejo que afecta la relación interpersonal y laboral, que aumenta su intensidad de acuerdo a los factores en el cual los sujetos de investigación se desenvuelven (Nicola, McNeeley, & Bhargava, 2015).

Si bien es cierto, existe diferencia con el estrés, ya que en niveles bajos tiene efectos positivos ya que, produce la estimulación necesaria para realizar las actividades propuestas; existe motivación emocional y el cansancio físico puede recuperarse con el reposo sin que llegue a la desmotivación, puede existir depresión como producto del cansancio físico (Vásquez-Manrique, Maruy-Saito, & Verne-Martin, 2014).

Existen factores internos y externos que contribuyen a agravar el síndrome de Burnout tales como:

- Factores laborales cuando existen ineficientes condiciones laborales como desorganización del personal, sobrecarga laboral, pésima relación interpersonal con los compañeros del área, presión ejercida para determinar el tratamiento efectivo, tener mas de dos empleos.
- Factores sociales, como la demanda sustentar económicamente a la familia, socializar con el entorno no-laboral, necesidad de llevar una buena reputación profesional.
- Factores ambientales, tales como no contar con el apoyo familiar, vivir solo, si existe hijos que demandan mas atención, incomprensión por parte de la pareja, incomodidad, no sobrellevar situaciones de calamidad domestica.

El desarrollo del Síndrome de Burnout depende de la personalidad del medico, en este caso son mas propensos la personalidad tipo A; así como médicos que mantenga la relación con el hospital ya sea de forma administrativa, de contrato, sindicales, turno, etc. Por lo cual se puede evidenciar grados de desarrollo:

- 1) Primer grado. Signos y síntomas de agotamiento ocasionales y de corta duración que desaparecen a través de actividades de distracción o hobbies.
- 2) Segundo grado. Los síntomas son más constantes, duran más y cuesta más trabajo sobreponerse a ellos. La preocupación por la efectividad se vuelve central, al mismo tiempo la persona se vuelve negativa y fría con sus compañeros y pacientes.
- 3) Tercer grado. Los síntomas son continuos, con problemas psicológicos y físicos llegando incluso a la depresión, sin explicación a lo que pasa. La persona se aísla con

nulas o pocas relaciones interpersonales. Se intensifican los problemas familiares. (Hernández Vargas, Fernández Ortega, & Dickinson Bannack, 2009)

Dentro de las manifestaciones el Síndrome de Burnout en el ambiente del médico tenemos:

1. Evitación del compromiso emocional: La pérdida de contacto interpersonal puede manifestarse en una conducta apática, mal manejo de la información y falta de respuesta a las emociones del otro.
2. Disociación instrumental extrema: Se expresa en conductas automáticas y rígidas tales como comunicación unidireccional, saturación de estudios, discursos automatizados repetitivos, uso exclusivo de lenguaje técnico e intervenciones innecesarias.
3. Embotamiento y negación: La falta de conciencia del propio estado de agotamiento e irritación constantes se manifiesta en conductas interpersonales conflictivas, actitudes descalificativas, intervenciones hipercríticas y carencia de registro de autocrítica.
4. Impulsividad: La persona pasa a la acción a través de conductas reactivas de enojo, confrontaciones reiteradas con colegas, pacientes y maltrato al personal paramédico.
5. Desmotivación: Se asocia a la pérdida de autorrealización y baja autoestima, que puede traducirse en la falta de sostén de los tratamientos, falta de iniciativa y constancia en las tareas de equipo, ausencias, impuntualidad y poca participación o no inclusión en proyectos (Catsicaris, Eymann, Cacchiarelli, & Usandivaras).

En las fases del Síndrome de Burnout podemos distinguir cinco fases:

1. Fase de entusiasmo.- El sujeto experimenta entusiasmo ante un nuevo trabajo, generando grandes expectativas, puede extenderse las horas de trabajo sin ningún problema.

2. Fase de estancamiento.- En esta etapa se comienza a percibir que el esfuerzo no es recompensando, por lo no se cumple las expectativas laborales ante un evento que no pueda solucionar de manera eficaz.
3. Fase de frustración.- El sujeto tiene sensación de fracaso, se encuentra irritado y puede desencadenar conflictos con sus compañeros de trabajo, los efectos de la patología se hacen evidentes con síntomas de desgaste físico y emocional.
4. Fase de apatía.- Existen cambios de actitud y de conducta, se muestra apático hacia los pacientes y/o familiares, se muestra aversión ante las tareas que requieren más atención, el diálogo es mecanizado dando la sensación de trato “inhumano” como mecanismo de defensa.
5. Fase de quemado.- En esta etapa existe desequilibrio emocional y grandes repercusiones en la salud del individuo, llegando a tener conflictos no sólo laborales sino en el círculo familiar, existe ausentismo, se siente insatisfecho con su vida así como con su trabajo (Espinoza Díaz, 2014).

A partir del surgimiento del Maslach Burnout Inventory Human Survey Services (MBI-HSS), ha nacido una extensa investigación empírica que ha tratado de determinar la veracidad de las propiedades psicométricas del instrumento y la búsqueda confirmatoria de la tridimensionalidad del síndrome propuesta en sus escalas, tanto en muestras de profesionales como en estudios transculturales. El MBI-HSS posee una gran aceptación internacional, ya que en la inmensa mayoría de los países de América Latina, la Unión Europea (EU) y en los Estados Unidos (USA) se utiliza para desarrollar estrategias de prevención y tratamiento de la patología, impulsando también el desarrollo de adaptaciones del cuestionario.

Por su parte el MBI-HSS presenta también importantes debilidades psicométricas, que se acentúan cuando se adaptan a diferentes idiomas, entre estas cabe citar:

- a) La estructura factorial: existe cierta confusión a la hora de medir, pues no existe certeza sobre qué parámetros son los que realmente posee el cuestionario.
- b) Dificultad en el diagnóstico: Siguiendo el criterio establecido en el manual del cuestionario, es difícil concluir sobre el número de individuos que han desarrollado la patología y los que no. Además, existen importantes discrepancias sobre cómo se debe

proceder para realizar el diagnóstico y para valorar la incidencia de la patología en una muestra.

c) La ambigüedad factorial de algunos ítems. El MBI posee una cierta ambigüedad factorial en sus ítems, ya que alcanzan cargas factoriales relevantes en más de un factor. Al respecto los ítems 2, 6, 12, 16 y 20 presentan mayormente problemas en este orden en variados estudios, ya que presentan una carga factorial en dimensiones paralelas.

d) Baja fiabilidad de la escala de Despersonalización, en especial cuando el MBI se aplica fuera de EEUU y en muestras que no son de habla anglosajona.

e) Los resultados obtenidos con la presentación en positivo de los ítems que evalúan Realización personal en el trabajo cuando se comparan con los resultados obtenidos con su expresión en negativo, afectan significativamente a diferentes parámetros estadísticos.

f) La creación de modelos teóricos diferentes derivados de las distintas versiones del MBI (MBI-HSS, MBI-GS) (Olivares-Faúndez, Mena-Miranda, Jélvez-Wilker, & Macía-Sepúlveda, 2014).

Las estrategias para prevenir el Síndrome de Burnout se plantea múltiples alternativas entre las cuales tenemos:

- Equilibrio de metas personales y profesionales, y la identificación de nuestros factores de estrés, podemos mejorar el trabajo que es personalmente significativo para nosotros tanto en el entorno familiar y laboral; se debe controlar el horario de trabajo. Programar noches libres por fecha y mantenerlos intocable, decidir qué otras actividades son sagrados y honrarlos también. Se debe programar el día libre después de estar de guardia, tomar un día de descanso después de viajar y antes de volver al trabajo.
- Determine si necesita hacer cambios en la carrera, aquello que se apasione ya que eso puede cambiar con los años. Tal vez es hora de aprender una nueva habilidad clínica u obtener más formación. Tal vez es hora de empezar a enseñar o dejar de enseñar. Tal

vez está tomando un papel de liderazgo. Como médicos, naturalmente se pretende solucionar los problemas, pero no se puede arreglar todo y no se debe poseer problemas de otras personas. El primer paso más importante en la resolución de problemas es escuchar y reservar a juicio.

- Tener hijos u otras responsabilidades en el hogar añade muchas capas de complejidad, pero también hay muchas maneras de hacer que funcione. En primer lugar, hay que darse cuenta de la cantidad de horas de sueño que se necesita. Después, contar la cantidad de tiempo que necesita para cuidar de sí mismo y relajarse, y el número de horas que quiere pasar con su familia a cenar y hacer la tarea, y se resta las horas de 24 para obtener el número de horas que puede dedicarse a trabajar.
- No se debe descuidar el cuidado hacia uno mismo, se debe repartir tiempo suficiente para comer, dormir, tener relaciones interpersonales, realizar ejercicio y tomarse vacaciones, realizar hobbies para romper con la rutina (Surawicz, 2014).

2.1 PREGUNTA DE INVESTIGACION

De acuerdo con este estudio que surge con el fin de conocer la realidad en la que los médicos residentes se desempeñan, y ejercer programas de apoyo al grupo mas vulnerable; por lo cual se plantea las siguientes preguntas de investigación:

- ¿Existe Síndrome de Burnout en los médicos residentes del Hospital Abel Gilbert Pontón y en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo?

2.2 VARIABLES

2.2.1 VARIABLES DEPENDIENTES

En este estudio se tomaron las dimensiones del Síndrome de Burnout los cuales son: agotamiento emocional (AGO), despersonalización (DP) y reducción del rendimiento

personal y laboral (PA), con sus respectivos niveles bajo, medio y superior como se explicara mas adelante. (ver Materiales y Métodos)

2.2.2 VARIABLES INDEPENDIENTE

Se han considerado:

- Edad
- Estado civil: casado, soltero, divorciado, viudo
- Convivencia: vive solo, con padres, otros
- Consumo de alcohol
- Genero: masculino, femenino, LGBT (lesbianas, gays, transexuales y bisexuales)
- Horas de trabajo semanal: <50 horas, 50 a 70 horas, >70 horas
- Años en la institución: ≤ 1 año, 2 a 5 años, ≥ 5 años
- Relación sentimental actual
- Hijos
- Raza: mestizo, blanca, negra, indígena

CAPITULO III

MATERIALES Y METODOS

Se realiza un estudio descriptivo transversal multicéntrico realizado en las principales Unidades de Cuidados Intensivo del Hospital Abel Gilbert Pontón y el Hospital Teodoro Maldonado Carbo de la ciudad de Guayaquil donde se evaluaron a los médicos residentes de las diferentes guardias mediante la Escala de Maslach o Maslach Burnout Inventory (MBI), en su versión en castellano, diseñado para valorar el Síndrome de Burnout en sus tres aspectos fundamentales, ya que es el instrumento más utilizado en todo el mundo; esta escala tiene una alta consistencia interna y una fiabilidad cercana al 90%.

Está compuesta por 22 ítems en forma de afirmaciones referentes a sentimientos y actitudes del profesional de trabajo y hacia los pacientes. Para las respuestas se utiliza una escala de frecuencias tipo Likert con puntuaciones de 0 a 6. La subescala de agotamiento emocional está formada por 9 ítems y mide los sentimientos de sobrecarga emocional. La subescala de despersonalización está integrada por 5 ítems y valora los sentimientos y actitudes negativas hacia el paciente. La subescala de realización profesional consta de 8 ítems y mide sentimientos de competencia y de consecución de logros. Las puntuaciones de cada subescala se obtienen al sumar los valores de los ítems que componen cada una de estas subescalas. Para ello se consideró que, en la escala de agotamiento emocional (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20), puntuaciones de 27 o superiores serían indicativas de un alto nivel de Burnout, el intervalo 19-26 correspondería a puntuaciones intermedias, y fueron las puntuaciones por debajo de 19 indicativas de niveles de Burnout bajos o muy bajos. En la escala de despersonalización (5, 10, 11, 15 y 21), puntuaciones superiores a 10 serían de nivel alto, 6 a 9, medio, y menos de 6, bajo grado de despersonalización. Sin embargo, la escala de realización profesional (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 22) funciona en sentido opuesto a las anteriores, de forma que el intervalo de 0 a 33 puntos indicaría baja realización personal, 34-39, intermedia, y más de 40, alta sensación de logro.

Para evitar sesgo de información, los residentes serán invitados a participar pero no se les mencionó explícitamente las palabras Burnout, desgaste profesional o estrés, ni conocerán los propósitos del estudio.

3.1 CARACTERIZACION DE LA ZONA DE TRABAJO

La zona de Planificación 5 ocupa un territorio localizado entre los 0°50' y 3°13' de latitud Sur, y entre los 78°51' y 81°1' de longitud Oeste. La Subsecretaría de Planificación Zonal 8 se encuentra ubicada en la ciudad de Guayaquil. Su cobertura comprende los cantones: Guayaquil, Durán y Samborondón; este territorio ocupa 6.331,04 Km² de superficie y representa el 2,5% del total nacional; concentra el 18,02% de la población del país, distribuidos de la siguiente manera: Guayaquil 90,10%, Durán 7,89% y Samborondón 2,01%.

La mayoría de la población vive en áreas urbanas de las cabeceras cantonales de Guayaquil y Durán y el sector de la vía a Samborondón. Posee una diversidad étnica y cultural como resultado del proceso migratorio nacional que históricamente ha recibido sobre todo la ciudad de Guayaquil; especialmente para la especialidad médica.

El Hospital Teodoro Maldonado Carbo se encuentra ubicado en la Av. 25 de Julio y Ernesto Albán, brinda atención médica hospitalaria y ambulatoria de tercer nivel a afiliados y jubilados del Instituto Nacional de Seguridad Social, perteneciente al sector público, atiende aproximadamente 1000 pacientes diarios en el área de consulta externa y entre 1200 y 1500 pacientes en el área de emergencia. Este hospital cuenta con 4 áreas de cuidados intensivos los cuales son, Unidad de Cuidados Intensivos, Observación C, Observación D y Cuidados Neurológicos; el cual solo se encuentran médicos R2 y en los otras áreas se encuentran médicos R1 junto con R2.

El Hospital Abel Gilbert Pontón, se encuentra ubicado en la Av. 29 Y Galápagos, sector oeste de la ciudad de Guayaquil, con una capacidad para atender 1200 pacientes diarios en el área de emergencia y 1000 pacientes diarios en el área de consulta externa, corresponde al sector público de tercer nivel. Cuya área dispone 18 camas respectivamente.

Cada unidad hospitalaria consta de un área de Unidad de Cuidados Intensivos, siendo estas unidades las más concurridas por pacientes a nivel regional y nacional.

3.2 UNIVERSO Y MUESTRA

3.2.1 UNIVERSO

El universo está conformado por 46 médicos residentes que laboran en el área de Unidad de Cuidados Intensivos en los diferentes turnos de guardias de los principales hospitales de la ciudad de Guayaquil de servicio público, siendo de nuestro interés el Hospital Abel Gilbert Pontón; el cual cuenta con 8 residentes y el Hospital Teodoro Maldonado Carbo que son 14 residentes R2 y 8 residentes R1; distribuidos en 4 guardias respectivamente.

3.2.2 MUESTRA

La muestra del estudio comprende 30 residentes que respondieron adecuadamente los cuestionarios bajo supervisión del investigador, con un Nivel de Confianza de 95%, Frecuencia esperada de 94.1%, Intervalo de confianza 5% y efecto de diseño 1.0.

3.3 VIABILIDAD

El presente estudio es viable porque consta con la aprobación de las autoridades de la Universidad de Guayaquil, Unidades de Docencia y jefes de área de los respectivos hospitales, además se emplearon instrumentos validados internacionalmente; mediante la cooperación por parte de los médicos residentes en las diferentes UCI, el investigador recolectó datos por medio de cuestionarios, por lo que, no se necesitó acceder a la base de datos de algún hospital.

3.4 CRITERIOS DE INCLUSION Y DE EXCLUSION

3.4.1 Criterios de inclusión

- Médicos residentes que laboren en el hospital.
- Que hayan aceptado participar en el estudio.

3.4.2 Criterios de exclusión

- Médicos tratantes y personal de salud del área.
- Médicos residentes que no hayan aceptado participar en el estudio.

3.5 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES				
DIMENSION	VARIABLE	CONCEPTO	INDICADOR	
SOCIODEMOGRAFICAS	EDAD	Edad en años al momento de la encuesta	Numero de Años	
	SEXO	Expresión y comportamiento de hombres y mujeres en la sociedad	Masculino Femenino LGBT	
	ESTADO CIVIL	Situación actual con la pareja	Soltero Unión libre Casado Divorciado Viudo	
	RELACION SENTIMENTAL	Existencia de relación sentimental en la actualidad	Si No	
	CONVIVENCIA	Tipo de convivencia que mantiene en este momento	Padres Vive solo Otros	
	HIJOS	Existencia de hijos para la manutención	Si No	
	RAZA	Grupo étnico al cual pertenece	Mestizo Indígena Blanca Negra Otros	
HABITOS	CONSUMO DE ALCOHOL	Consumo de alcohol en días o ratos libres	Si No	
AREA DE TRABAJO	HORAS DE TRABAJO SEMANAL	Numero de horas que trabaja en la semana	< 50 horas 70 horas 70 horas	50- >
	AÑOS DE TRABAJO EN LA INSTITUCION	Tiempo en años que ha laborado en el hospital	$\leq$ 1 año 2 - 4 años $\geq$ 5 años	
	OTRO TRABAJO	Existencia de otro trabajo	Si No	

3.6 OPERACIONALIZACION DE LOS INSTRUMENTOS DE INVESTIGACION

OPERACIONALIZACION DE LOS INSTRUMENTOS DE INVESTIGACION			
DIMENSION	VARIABLE	CONCEPTO	INDICADOR
AGOTAMIENTO EMOCIONAL	SINDROME DE BURNOUT	Sensación de estar exhausto emocionalmente por el trabajo	Respuestas: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20. Alto: > 27 Medio: 19-26 Bajo: < 19
DESPERSONALIZACION		Reconoce que tiene actitud fría, distante y despectiva	Respuestas: 5, 10, 11, 15 y 21. Alto: > 10 Medio: 6-9 Bajo: < 6
REDUCCION DEL RENDIMIENTO PERSONAL Y LABORAL		Evaluación introspectiva de eficacia y competencia en el trabajo	Respuestas: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 22. Alto: > 40 Medio: 34-39 Bajo: 0-33

3.7 TIPO DE INVESTIGACION

El presente estudio es un estudio descriptivo transversal multicéntrico realizado en las principales Unidades de Cuidados Intensivo del Hospital Abel Gilbert Pontón y el Hospital Teodoro Maldonado Carbo de la ciudad de Guayaquil donde se evaluaron a los médicos residentes de las diferentes guardias.

3.8 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

CRONOGRAMA	MESES	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABRI	MAY	JUNI
ACTIVIDADES									
Elaboración del anteproyecto									
Revisión bibliográfica									
Análisis, corrección y aprobación del anteproyecto									
Aprobación en hospitales									
Recolección de datos									
Tabulación y análisis de datos									
Conclusiones y Recomendaciones									
Elaboración y presentación de informe final									

3.9 CONSIDERACIONES BIOETICAS

En este estudio se tomaron las siguientes medidas:

- Se solicitó la autorización por escrito a los respectivos departamentos de Docencia e Investigación de los hospitales para el estudio.
- En el cuestionario se explica el propósito del estudio, así como, la confidencialidad de los datos y el anonimato.
- La información obtenida es exclusivo uso del investigador.

3.10 RECURSOS HUMANOS Y FISICOS

Se cuenta con el recurso humano suficiente, por lo cual la muestra obtenida no resultó ser dificultoso, debido a la accesibilidad a los encuestados.

El investigador recolectó la información mediante cuestionarios, cuyos costos de las impresiones y fotocopios fueron autofinanciados.

3.11 INSTRUMENTOS DE EVALUACION O RECOLECCION DE LA DATA

Para la recolección de datos se empleó un cuestionario anónimo que se entregó a cada médico residente, en el cual, se explicaba el motivo del estudio garantizando la confidencialidad; en cual es su parte superior consta de información sobre propósito del estudio

El cuestionario consta de dos partes; la primera, consiste en características sociodemográficas y laborales del encuestados (Anexo 1), y la segunda consta Maslach Burnout Inventory (Anexo2) en su versión validada en español.

La información recolectada fue analizada por el programa estadístico SPSS 22, por lo cual se empleó estadística descriptiva, generando tablas y gráficos expresados anteriormente.

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSION

RESULTADOS

De acuerdo las datos recolectados y analizados por SPSS 22, con tablas de distribución de frecuencias y gráficos , tenemos lo siguiente:

El universo esta conformado por 46 médicos residentes en las Unidades de Cuidados Intensivos, fueron respondidos adecuadamente 30 cuestionarios de los cuales conocemos datos sociodemográficos y laborales como edad, género, estados civil, raza, convivencia, consumo de alcohol, horas de trabajo, años de trabajo, hijos, relación sentimental, trabajo en otra institución.

Objetivo general 1: Determinar la frecuencia del Síndrome de Burnout en médicos residentes en el Hospital Abel Gilbert Pontón y el Hospital Teodoro Maldonado Carbo de la ciudad de Guayaquil.

En la tabla 1, la frecuencia del Síndrome de Burnout fue de 73,3%, el 46,7% presentó un alto nivel de agotamiento emocional, mientras que todos los encuestados (100%) se encuentran en nivel alto de despersonalización, así como, nivel bajo de rendimiento personal y profesional en el 100%. (Ver Anexo 3)

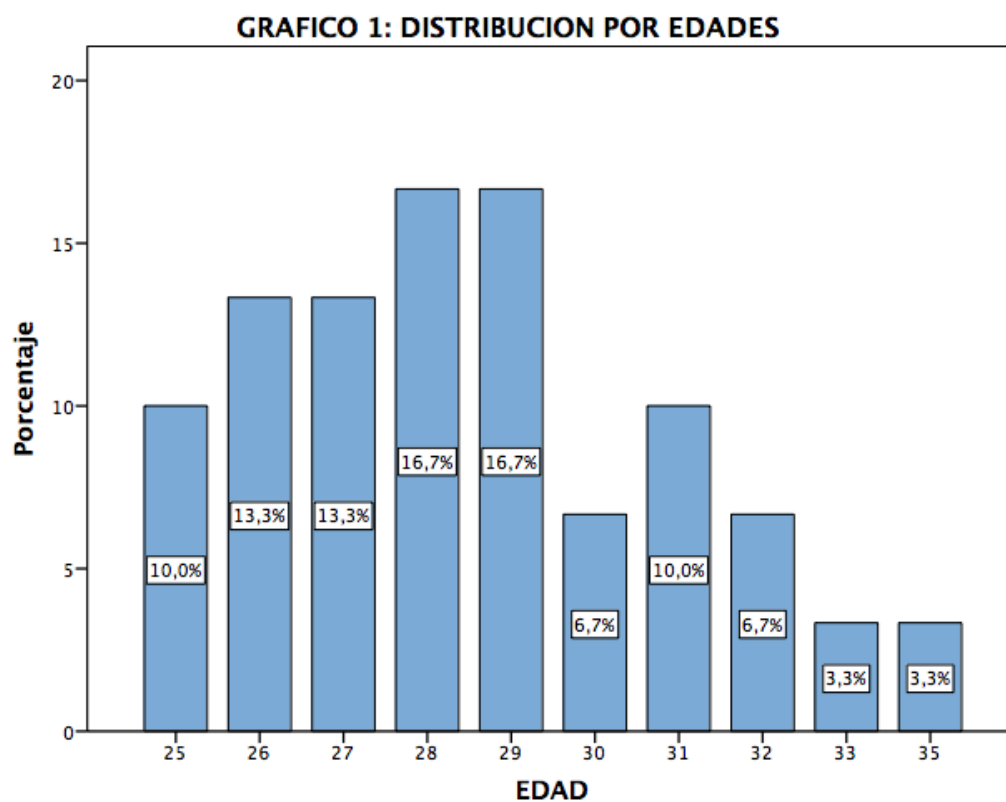
Objetivo general 2: Determinar los factores de riesgo más importantes del Síndrome de Burnout en médicos residentes en el Hospital Abel Gilbert Pontón y el Hospital Teodoro Maldonado Carbo de la ciudad de Guayaquil.

Dentro del grupo de encuestados, un 26,7% de los sujetos que representan una serie de casos presentaron niveles bajos de Burnout, estos sujetos presentaban características sociodemográficas y laborales similares al grupo con Burnout. Debido a la limitación del numero de casos es difícil estimar la frecuencia e independencia de variables mencionadas con el riesgo de padecer Burnout.

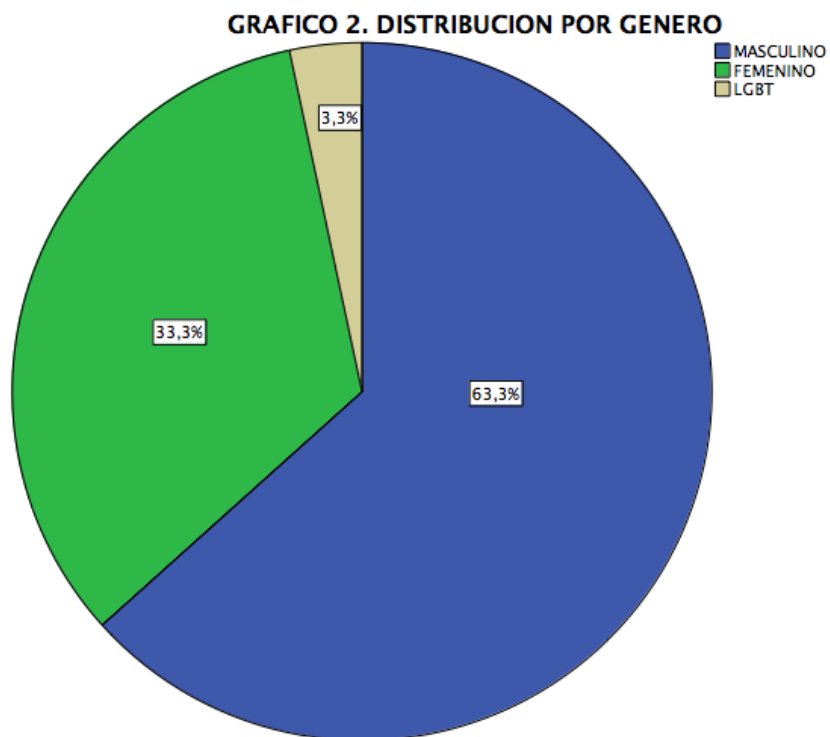
Objetivos específico 1: Describir la distribución de las características sociodemográficas y laborales que desempeñan los médicos residentes.

En cuanto a la distribución por edad, podemos analizar que la media es 28,57% (Ver

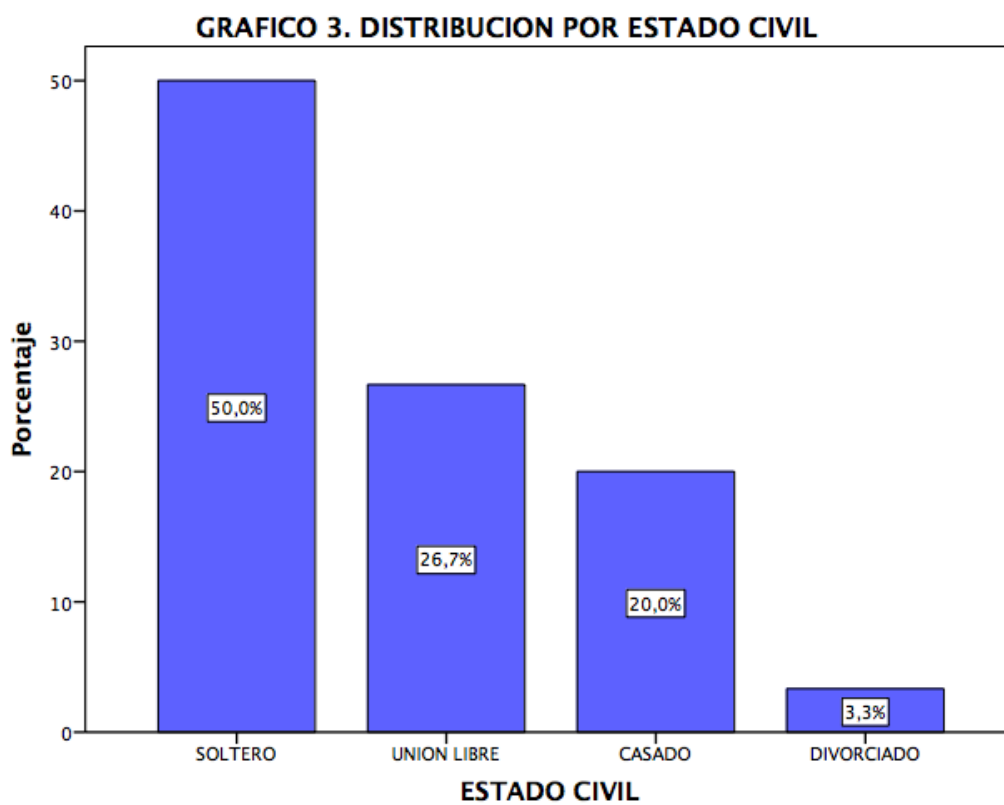
Anexo 3), la frecuencia mas alta fue 28 y 29 años con 16,7%, la menor edad fue de 25 años, mientras que la mayor de 35 años.



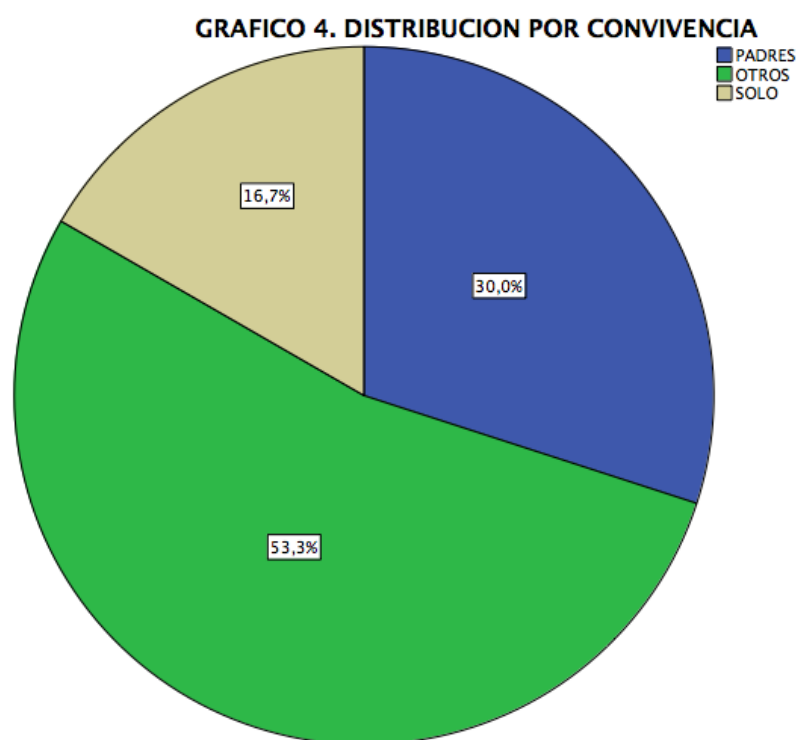
En el Gráfico 2, podemos observar que el 63,3% está conformado por genero masculino, 33,3% comprende al femenino y el 3,3% como sociedad LGBT.



En el grafico 3, el 50% de los médicos son solteros, 26,7% unión libre, 20% casado, 3,3% divorciado.

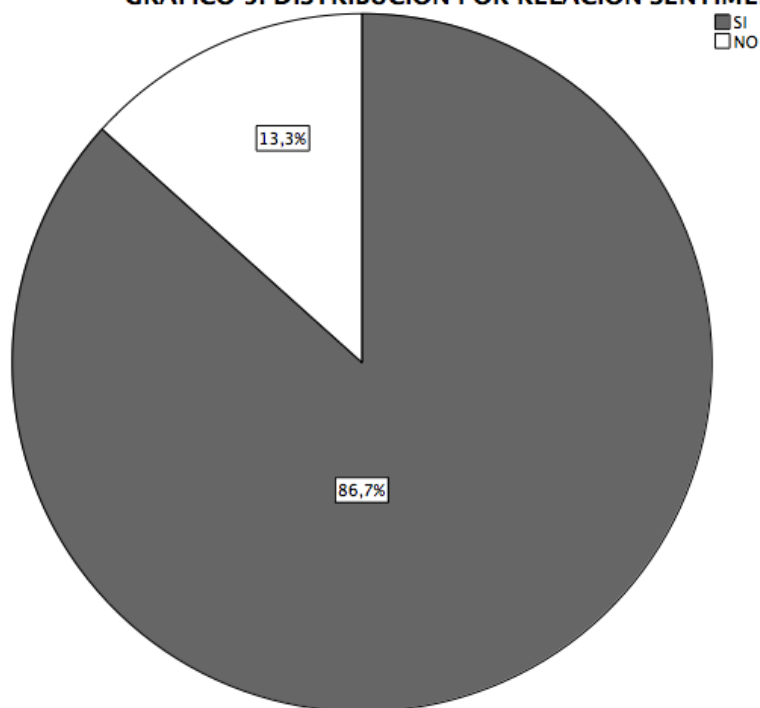


En el grafico 4, se muestra 30% vive con los padre, el 16,7% vive solo y el 53,3% entraría en convivencia con otras personas.



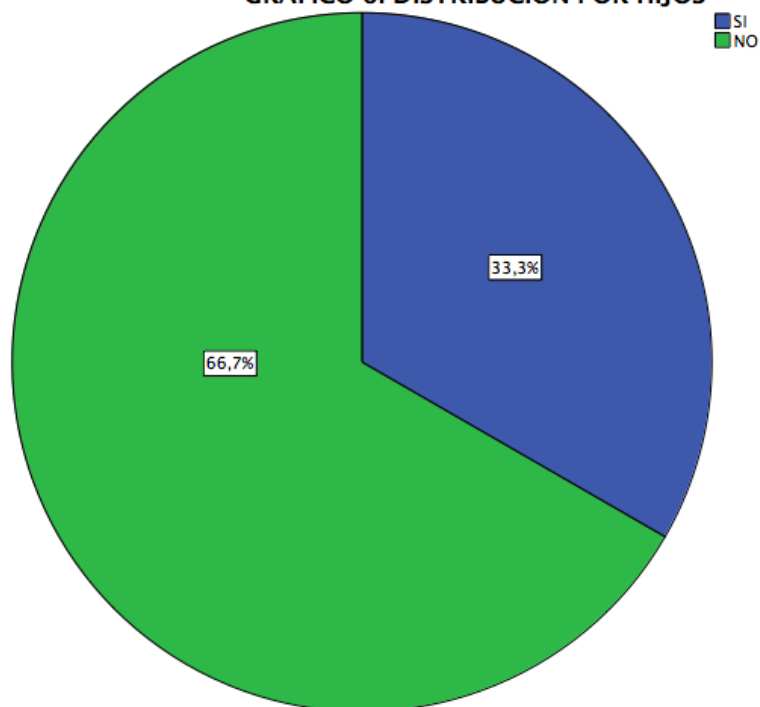
En el grafico 5, el 86,7% tiene una relación sentimental; en contraste con el 13,3 % que no la tiene.

GRAFICO 5. DISTRIBUCION POR RELACION SENTIMENTAL



En el grafico 6, el 66,7% tiene hijos, a diferencia del 33,3%.

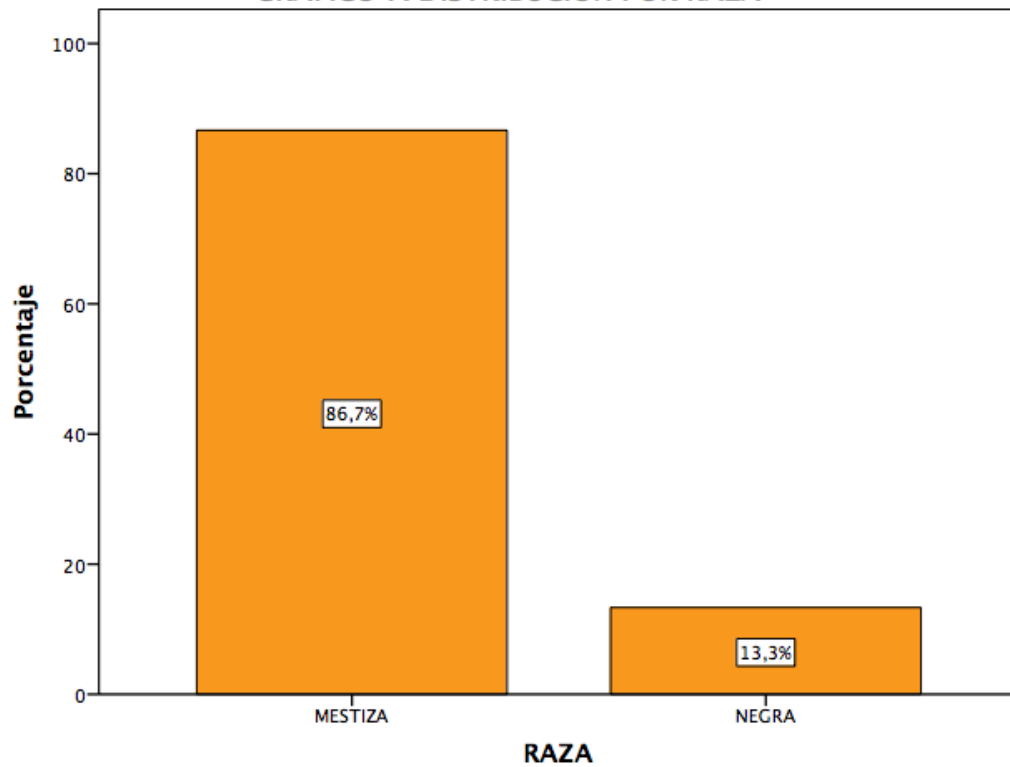
GRAFICO 6. DISTRIBUCION POR HIJOS



En el grafico 7, el 86,7% es raza mestiza, 13,3% es raza negra, las otras razas no se

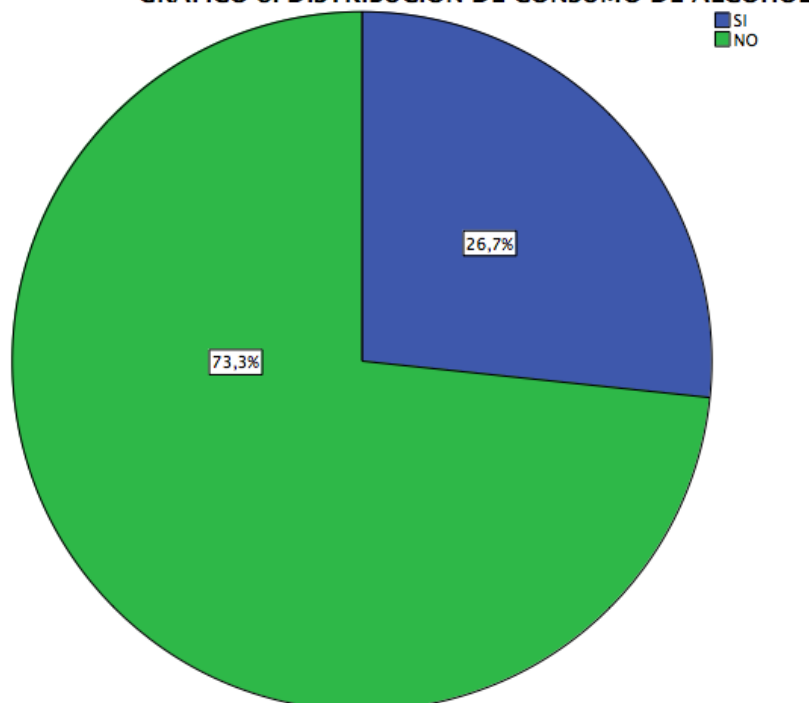
muestran en el grafico por no presentarse en los encuestados.

GRAFICO 7. DISTRIBUCION POR RAZA

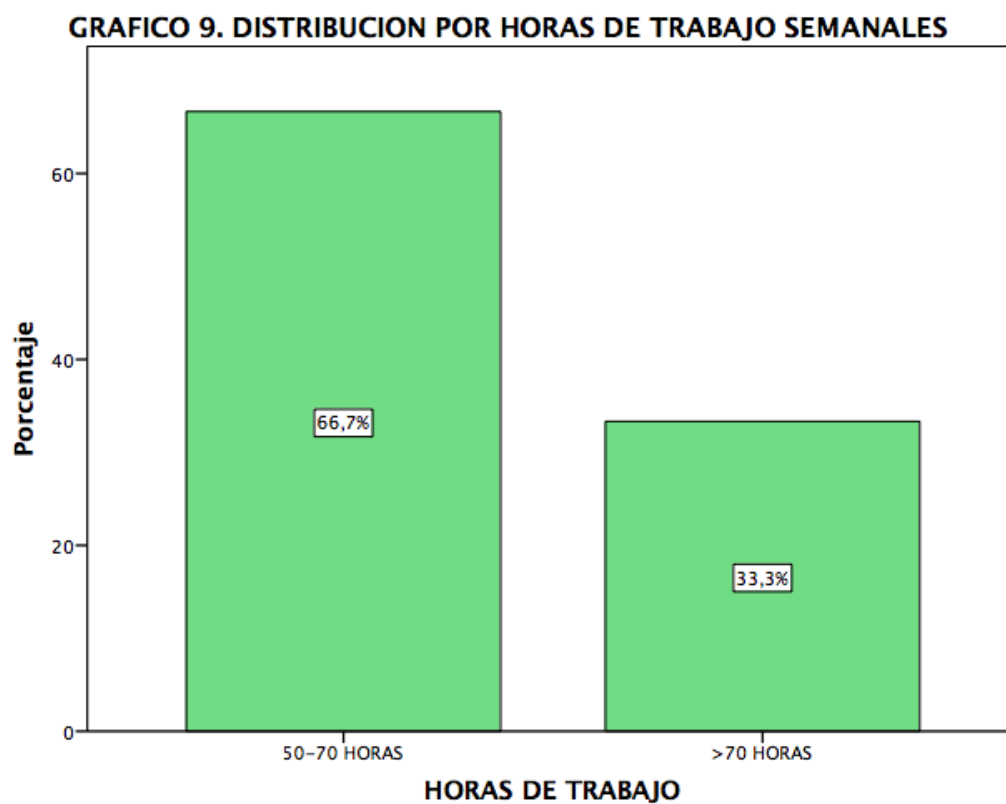


En el grafico 8, el 73,3% no consume alcohol, en contraste con el 26,7%.

GRAFICO 8. DISTRIBUCION DE CONSUMO DE ALCOHOL

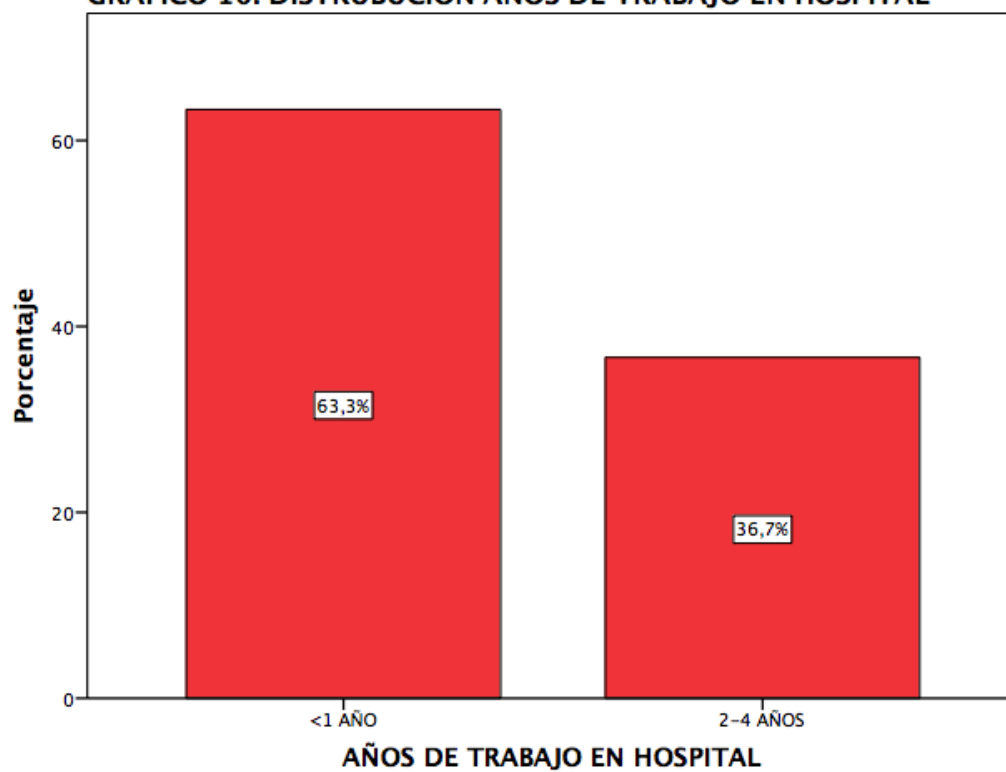


En el grafico 9, el 66,7% trabajo de 50 a 70 horas semanales, 33,3% trabaja mas de 70 horas semanales, ninguno de los encuestados marco menos de 50 horas semanales.



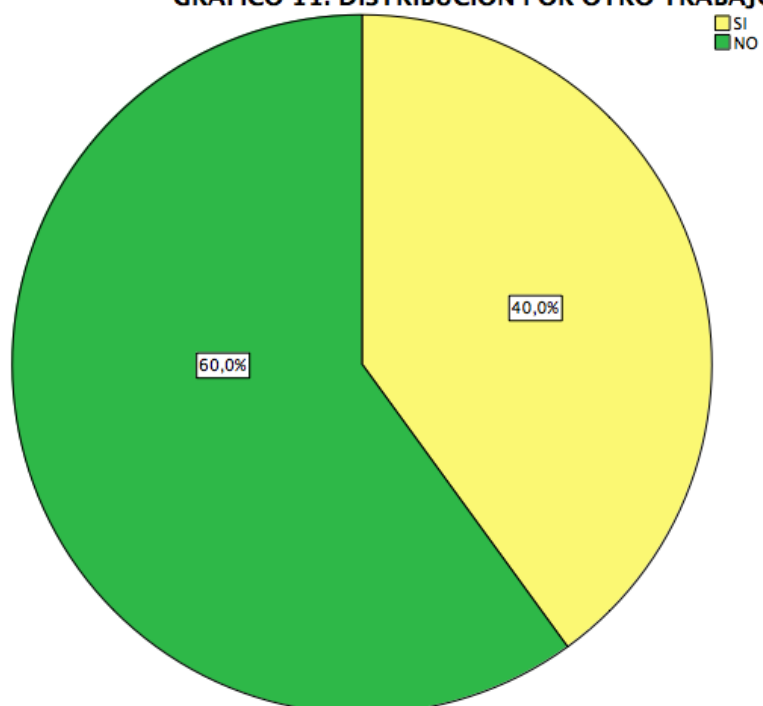
En el grafico 10, el 63,3% labora menos de 1 año, 36,7% labora de 2 a 4 años, ninguno de los encuestados laboro mas de 5 años.

GRAFICO 10. DISTRUBUCION AÑOS DE TRABAJO EN HOSPITAL



En el grafico 11, el 60% no tiene otro trabajo, a diferencia del 40%

GRAFICO 11. DISTRIBUCION POR OTRO TRABAJO



Objetivo específico 2: Describir el nivel de agotamiento laboral que poseen los médicos residentes.

Para describir el agotamiento laboral, podemos indicar que el 33,3% de los que trabajan mas de 70 horas semanales, mostraron Burnout en un 90%; mientras que el 66,7% que trabajan de 50 a 70 horas semanales fue de 65%. El 36,7% de los residentes que han laborado de 2 a 4 años, el Burnout fue de 90,9%, a diferencia del 63,3% que tiene menos de 1 año laborando, fue de 63,2% de Burnout.

El 40% de los residentes que tiene mas de un trabajo presentó 91,7% de Burnout; en contraste con el 60% de residentes que no tiene otro trabajo, fue de 61,1%.

Objetivo específico 3: Medir los niveles altos de cansancio emocional, despersonalización y reducción del rendimiento personal y profesional, en los médicos residentes.

La dimensión de agotamiento emocional mostró un alta frecuencia de 33,3% en residentes de 25 a 35 años, 30% en mestizos, 26,6% en los que no consumen alcohol, 30% en los que tienen una relación sentimental, 26,6% en los que tienen mas de un trabajo.

En la dimensión de despersonalización, tenemos con 86,6% en mestizos, 73,3% en los que consumen alcohol, 66,6% aquellos que trabajan de 50 a 70 horas semanales, 63,3% los residentes que han laborado menos de 1 año; al igual que masculino con 63,3%.

Para terminar, en la dimensión de reducción de rendimiento profesional y personal se observa bajos niveles en solteros 50%, 86,6% en mestizos, 73,3% en los que consumen alcohol, 66,6% en los que laboran de 50 a 70 horas semanales.

DISCUSION

El Síndrome de Burnout, comprende tres dimensiones las cuales ya se han descrito anteriormente; se observa 73,3% de Burnout en el estudio con niveles altos (100%) en las dimensiones de despersonalización y reducción del rendimiento personal y profesional; lo que actualmente representa un serio problema en el entorno profesional de la salud debido a su potencial impacto en el bienestar de los proveedores de cuidado, así como en los consumidores de este servicio.

Se observa niveles bajos de Burnout en un 26,7% de los sujetos que representan una serie de casos, presentaban características sociodemográficas y laborales similares al grupo con Burnout. Debido a la limitación del numero de casos es difícil estimar la frecuencia e independencia de variables mencionadas con el riesgo de padecer Burnout.

A diferencia de otros estudios(Matia Cubillo et al., 2012) y series de casos, diversos factores sociodemográficos que se han visto asociados al síndrome de Burnout, como el ser residente casado (20%) se ve afectado al no contar con el apoyo de la pareja, convivir con otras personas(53,3%) es otro factor ya que involucra mas participación en fomentar relaciones interpersonales por la cual se esté condicionando frecuentemente causando situaciones de estrés, la manutención de los hijos(33,3%) provoca mucha demanda para sus necesidades aumentando el nivel de Burnout si es la única persona que trabaja, consumo de alcohol(26,7%) fomenta al aislamiento al no soportar conflictos emocionales, tener mas de un trabajo(40%) genera conflictos laborales ya que, se reduce el descanso postguardia y los días libres, no se elige el tratamiento adecuado, evita hacerse cargo de situaciones difíciles.

En cuanto al ámbito laboral, los residentes que trabajan mas de 70 horas semanales(33,3%) aumenta el Burnout, existen conflictos con los compañeros de trabajo y tener mas de un año laborando(36,7%) disminuye la satisfacción personal, al no sentirse recompensado o subestimado en el trabajo.

En el agotamiento laboral, podemos indicar que el 33,3% de los que trabajan mas de 70 horas semanales, mostraron Burnout en un 90%; mientras que el 66,7% que trabajan de 50 a 70 horas semanales fue de 65%. El 36,7% de los residentes que han laborado de 2 a 4 años, el Burnout fue de 90,9%, a diferencia del 63,3% que tiene menos de 1 año laborando, fue de 63,2% de Burnout.

El 40% de los residentes que tiene mas de un trabajo presentó 91,7% de Burnout; en contraste con el 60% de residentes que no tiene otro trabajo, fue de 61,1%. Lo que contrasta con estudios realizados en Perú(Vásquez-Manrique, Maruy-Saito, & Verne-Martin, 2014).

En la dimensión de agotamiento emocional se mostró un alta frecuencia de 33,3% en residentes de 25 a 35 años, 30% en mestizos, 30% en los que tienen una relación sentimental, 26,6% en los que tienen mas de un trabajo.

En la dimensión de despersonalización, tenemos con 86,6% en mestizos, 73,3% en los que consumen alcohol, los médicos que trabajan de 50 a 70 horas semanales fue 66,6%, 63,3% los residentes que han laborado menos de 1 año.

Por ultimo, en la dimensión de reducción de rendimiento profesional y personal se observan bajos niveles en solteros 50%, 86,6% en mestizos, 73,3% en los que consumen alcohol, 66,6% en los que laboran de 50 a 70 horas semanales ; al igual que masculino con 63,3%; como indican otros autores(HernÁNdez Vargas, FernÁNdez Ortega, & Dickinson Bannack, 2009).

Nuestra investigación pretende representar una fase piloto en la estimación de frecuencias para el posterior establecimiento de asociaciones en estudios futuros.

Entre las limitaciones de nuestro estudio, fuimos incapaces de determinar el rango de edad con respecto al riesgo de padecer Burnout, debido al limitado numero de sujetos, ya que las edades mas frecuentes comprende el rango de 25 a 35 años, grupo en el cual un 100% de los encuestados manifestó las dimensiones de Burnout.

CAPITULO V

CONCLUSION

1. La frecuencia de Síndrome de Burnout es de 73,3%; con agotamiento emocional de 46,7% y niveles altos 100% en despersonalización y reducción del rendimiento personal y profesional.
2. No se puede estimar la frecuencia de factores de riesgo, ya que el 26,7% de los sujetos presentaron niveles bajos de Burnout, estos sujetos mostraban características sociodemográficas y laborales similares al grupo con Burnout.
3. Existe mayor frecuencia en residentes de 28 y 29 años con 16,7%, 63% masculino, 50% solteros, 53,3% que conviven con alguien mas, el 86,7% mantiene una relación, el 66,7% no tiene hijos, 86% son mestizos, 73,3% no consume alcohol.
4. La frecuencia en características laborales es 66,7% trabaja de 50 a 70 horas, el 63,3% trabaja menos de 1 años y el 60% tiene otro trabajo.
5. La mayor frecuencia de Burnout es en las edades de 25 y 35 años con 73,3% y la raza mestiza con 63,3%.
6. El genero masculino es mas frecuente en niveles altos de despersonalización y reducción del rendimiento profesional y profesional.

CAPITULO VI

RECOMENDACIONES

- La estrategia de recolección de datos sería recomendable procurar para futuros estudios la garantía de un espacio y un tiempo fuera del ambiente de trabajo (por ejemplo una reunión de profesionales) para el llenado de cuestionarios, de forma que se agrupe a los participantes y estos tengan un tiempo establecido para completar esta tarea, sin sentirse presionados en cuanto al tiempo y al cumplimiento de labores.
- La población de estudio, no tiene conceptos sobre lo que es Burnout o como prevenirlo, y en la mayoría de los casos, la institución debería implementar estrategias preventivas para mejorar la calidad de medico paciente, así como, fomentar el compañerismo.
- En cuanto al diseño estadístico, se recomienda para futuros estudios realizar asociación de las variables independientes, así como ampliar el numero de muestra para evitar sesgos y corroborar el Burnout.
- Se podrían plantear estrategias, la implementación de grupos de discusión supervisados por profesionales formados en el tema en la que se relaciona con la percepción de conflictos interpersonales en el trabajo, faciliten la expresión de emociones y la resolución asertiva de conflictos.

CAPITULO VII

BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez-Hernández, G., Medécigo-Vite, S., & Ibarra-García, C. Prevalencia del síndrome de desgaste profesional en médicos residentes de un hospital pediátrico en el Estado de Sonora. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 67(1), 44-51.
- Carod-Artal, F., & Vázquez-Cabrera, C. (2013). Burnout Syndrome in an International Setting. In S. Bährer-Kohler (Ed.), *Burnout for Experts* (pp. 15-35): Springer US.
- Catsicaris, C., Eymann, A., Cacchiarelli, N., & Usandivaras, I. La persona del médico residente y el síndrome de desgaste profesional (burnout): Un modelo de prevención en la formación médica. *Archivos argentinos de pediatría*, 105(3), 236-240.
- de Oliveira, G. S., Jr., Chang, R., Fitzgerald, P. C., Almeida, M. D., Castro-Alves, L. S., Ahmad, S., & McCarthy, R. J. (2013). The prevalence of burnout and depression and their association with adherence to safety and practice standards: a survey of United States anesthesiology trainees. *Anesth Analg*, 117(1), 182-193. doi: 10.1213/ANE.0b013e3182917da9
- Espinoza Díaz, I. M. (2014). Calidad de vida y salud ocupacional en docentes: efectos del clima psicosocial, la personalidad y el síndrome de quemado en el trabajo.
- Hernández Vargas, C. I., Fernández Ortega, M. Á., & Dickinson Bannack, M. E. (2009). El síndrome de desgaste profesional Burnout en médicos mexicanos (Vol. 51).
- IsHak, W. W., Lederer, S., Mandili, C., Nikraves, R., Seligman, L., Vasa, M., . . . Bernstein, C. A. (2009). Burnout During Residency Training: A Literature Review. *Journal of Graduate Medical Education*, 1(2), 236-242. doi: 10.4300/JGME-D-09-00054.1
- Llera, J., & Durante, E. (2014). Correlation between the educational environment and burn-out syndrome in residency programs at a university hospital. *Archivos argentinos de pediatría*, 112(1), 6-11. doi: 10.1590/S0325-00752014000100003
- Matia Cubillo, A. C., Cordero Guevara, J., Mediavilla Bravo, J. J., Pereda Riguera, M. J., Gonzalez Castro, M. L., & Gonzalez Sanz, A. (2012). [Evolution of burnout and associated factors in primary care physicians]. *Aten Primaria*, 44(9), 532-539. doi: 10.1016/j.aprim.2010.05.021

- Montgomery, A. (2014). The inevitability of physician burnout : Implications for interventions. *Burnout Research*, 1(1), 50-56. doi: 10.1016/j.burn.2014.04.002
- Nicola, R., McNeeley, M. F., & Bhargava, P. (2015). Burnout in Radiology. *Curr Probl Diagn Radiol*. doi: 10.1067/j.cpradiol.2015.04.007
- Olivares-Faúndez, V. e., Mena-Miranda, L., Jélvez-Wilker, C., & Macía-Sepúlveda, F. (2014). Validez factorial del Maslach Burnout Inventory Human Services (MBI-HSS) en profesionales chilenos. *Universitas Psychologica*, 13, 145-159.
- Pereda-Torales, L., Márquez Celedonio, F. G., Hoyos Vásquez, M. T., & Yáñez Zamora, M. I. Síndrome de burnout en médicos y personal paramédico. *Salud mental*, 32(5), 399-404.
- Romani, M., & Ashkar, K. (2014). Burnout among physicians. *Libyan J Med*, 9, 23556. doi: 10.3402/ljm.v9.23556
- Surawicz, C. M. (2014). J. Edward Berk distinguished lecture: avoiding burnout: finding balance between work and everything else. *Am J Gastroenterol*, 109(4), 511-514. doi: 10.1038/ajg.2014.44
- Tavares, K. F. A., Souza, N. V. D. d. O., Silva, L. D. d., & Kestenberg, C. C. F. (2014). Ocorrência da síndrome de Burnout em enfermeiros residentes. *Acta Paulista de Enfermagem*, 27(3), 260-265. doi: 10.1590/1982-0194201400044
- Teixeira, C., Ribeiro, O., Fonseca, A. M., & Carvalho, A. S. (2013). Burnout in intensive care units - a consideration of the possible prevalence and frequency of new risk factors: a descriptive correlational multicentre study. *BMC Anesthesiol*, 13(1), 38. doi: 10.1186/1471-2253-13-38
- Trépanier, S.-G., Fernet, C., Austin, S., & Ménard, J. (2015). Revisiting the interplay between burnout and work engagement: An Exploratory Structural Equation Modeling (ESEM) approach. *Burnout Research*, 2(2-3), 51-59. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.burn.2015.04.002>
- Vásquez-Manrique, J. F., Maruy-Saito, A., & Verne-Martin, E. (2014). Frecuencia del síndrome de Burnout y niveles de sus dimensiones en el personal de salud del servicio de emergencia de pediatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia en el año 2014. Lima, Perú (Vol. 77, pp. 168-168).

CAPITULO VII

ANEXOS

ANEXO 1

Nº: _____
Fecha: _____

MBI (INVENTARIO DE BURNOUT DE MASLACH)

Pedimos su colaboración respondiendo con sinceridad acerca de su trabajo y sus sentimientos en torno a él. La respuesta deber ser la más cercana con su realidad; sin prejuicio alguno. Los resultados serán estrictamente confidenciales y anónimos. El objetivo es contribuir al conocimiento de las condiciones de su trabajo y mejorar su nivel de satisfacción.

Edad: _____

Género: MASCULINO ☐
FEMENINO ☐
LGBT ☐

Relación Sentimental: SI ☐ NO ☐

Estado Civil: SOLTERO ☐
UNION LIBRE ☐
CASADO ☐
DIVORCIADO ☐
VIUDO ☐

Hijos: SI ☐ NO ☐

Convivencia: PADRES ☐
OTROS ☐
VIVE SOLO ☐

Raza: MESTIZA ☐
INDÍGENA ☐
BLANCA ☐
NEGRA ☐

Consumo de alcohol: SI ☐ NO ☐

OTRAS: _____

Horas de : <50 HORAS ☐
Trabajo 50 – 70 HORAS ☐
Semanal >70 HORAS ☐

Tiene otro trabajo: SI ☐ NO ☐

Años de : $\leq$ 1 AÑO ☐
Trabajo en 2 - 4 AÑOS ☐
institución $\geq$ 5 AÑOS ☐

ANEXO 2

Señale la respuesta que crea adecuada sobre la frecuencia con que siente los enunciados:

0=NUNCA. 1=POCAS VECES AL AÑO O MENOS. 2=UNA VEZ AL MES O MENOS. 3=POCAS VECES AL MES 4=UNA VEZ A LA SEMANA. 5=POCAS VECES A LA SEMANA. 6= TODOS LOS DIAS.

Me siento emocionalmente agotado de mi trabajo.	0	1	2	3	4	5	6
Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío.	0	1	2	3	4	5	6
Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado	0	1	2	3	4	5	6
Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes y/o sus familiares.	0	1	2	3	4	5	6
Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales.	0	1	2	3	4	5	6
Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa.	0	1	2	3	4	5	6
Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes.	0	1	2	3	4	5	6
Siento que mi trabajo me está desgastando.	0	1	2	3	4	5	6
Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
Siento que me he hecho más duro con la gente.	0	1	2	3	4	5	6
Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.	0	1	2	3	4	5	6
Me siento con mucha energía en mi trabajo.	0	1	2	3	4	5	6
Me siento frustrado en mi trabajo.	0	1	2	3	4	5	6
Siento que permanezco demasiado tiempo en mi trabajo.	0	1	2	3	4	5	6
Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes.	0	1	2	3	4	5	6
Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa.	0	1	2	3	4	5	6
Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes y/o sus familiares.	0	1	2	3	4	5	6
Me siento estimado/a después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes.	0	1	2	3	4	5	6
Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.	0	1	2	3	4	5	6
Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades.	0	1	2	3	4	5	6
Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada.	0	1	2	3	4	5	6
Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas.	0	1	2	3	4	5	6

ANEXO 3

TABLA 1. DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGÚN LAS DIMENSIONES DE SÍNDROME DE BURNOUT			
Dimensión	Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Agostamiento emocional	Bajo	1	3,3%
	Medio	15	50%
	Alto	14	46,7%
Despersonalización	Alto	30	100%
Reducción del rendimiento profesional y personal	Bajo	30	100%
Síndrome de Burnout	Si	22	73,3%
	No	8	26,7%

TABLA 2. TABLA DE DISTRIBUCION POR EDAD			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	25	3	10,0
	26	4	13,3
	27	4	13,3
	28	5	16,7
	29	5	16,7
	30	2	6,7
	31	3	10,0
	32	2	6,7
	33	1	3,3
	35	1	3,3
	Total	30	100,0

TABLA 3. DISTRIBUCION POR GENERO			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	MASCULINO	19	63,3
	FEMENINO	10	33,3
	LGBT	1	3,3
	Total	30	100,0

TABLA 4. DISTRIBUCION POR ESTADO CIVIL			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	SOLTERO	15	50,0
	UNION LIBRE	8	26,7
	CASADO	6	20,0
	DIVORCIADO	1	3,3
	Total	30	100,0

TABLA 5. DSITRIBUCION POR CONVIVENCIA			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	PADRES	9	30,0
	OTROS	16	53,3
	SOLO	5	16,7
	Total	30	100,0

TABLA 6. DISTRIBUCION POR RELACION SENTIMENTAL			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	SI	26	86,7
	NO	4	13,3
	Total	30	100,0

TABLA 7. DISTRIBUCION POR HIJOS			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	SI	10	33,3
	NO	20	66,7
	Total	30	100,0

TABLA 8. DISTRIBUCION POR RAZA			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	MESTIZA	26	86,7
	NEGRA	4	13,3
	Total	30	100,0

TABLA 9. DISTRIBUCION DE CONSUMO DE ALCOHOL			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	SI	8	26,7
	NO	22	73,3
	Total	30	100,0

TABLA 10. DISTRIBUCION POR HORAS DE TRABAJO SEMANALES			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	50-70 HORAS	20	66,7
	>70 HORAS	10	33,3
	Total	30	100,0

TABLA 11. DISTRIBUCION POR AÑOS DE TRABAJO EN HOSPITAL			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	<1 AÑO	19	63,3
	2-4 AÑOS	11	36,7
	Total	30	100,0

TABLA 12. DISTRIBUCION POR OTRO TRABAJO			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	SI	12	40,0
	NO	18	60,0
	Total	30	100,0

**TABLA 13. DISTRIBUCION DE LAS VARIABLES RELACIONADAS
CON LAS DIMENSIONES DEL BURNOUT**

	AGO alto	DP alto	RP baja	BO
ESTADO CIVIL				
Soltero	6.6% (2)	50% (15)	50% (15)	36.6%(11)
Casado	13.3 % (4)	26.6%(8)	26.6%(8)	16.6% (5)
Unión libre	10% (3)	20% (6)	20% (6)	16.6% (5)
Divorciado	3.33 % (1)	3.33 % (1)	3.33 % (1)	3.33 % (1)
EDAD				
25-35	33.3% (10)	100% (30)	100% (30)	73.3% (22)
GÉNERO				
Masculino	16.6% (5)	63.3% (19)	63.3% (19)	46.6%(14)
Femenino	16.6% (5)	10% (3)	10% (3)	23.3%(7)
LGTB	-	3.33 % (1)	3.33 % (1)	3.33 % (1)
RAZA				
Mestiza	30%(9)	86.6% (26)	86.6% (26)	63.3% (19)
Negra	3.33 % (1)	13.3 % (4)	13.3 % (4)	10% (3)
OTRO TRABAJO				
Si	23.3%(7)	40% (12)	40% (12)	36.6%(11)
No	10% (3)	60% (18)	60% (18)	36.6%(11)
CONVIVENCIA				
Padres	3.33 % (1)	30%(9)	30%(9)	16.6% (5)
Solo	3.33 % (1)	16.6% (5)	16.6% (5)	16.6% (5)
Otro	26.6%(8)	53.3% (16)	53.3% (16)	40% (12)
CONSUMO DE ALCOHOL				
Si	6.6% (2)	73.3% (22)	73.3% (22)	23.3% (7)
No	26.6%(8)	26.6%(8)	26.6%(8)	50% (15)
HORAS DE TRABAJO				
50-70 horas	13.3% (4)	66.6% (20)	66.6% (20)	43.3% (13)
>70 horas	20%(6)	33.3% (10)	33.3% (10)	30%(9)
AÑOS DE TRABAJO DEL HOSPITAL				
< 1 año	10% (3)	63.3% (19)	63.3% (19)	40% (12)
2-4 años	23.3% (7)	36.6%(11)	36.6%(11)	33.3% (10)
RELACIÓN SENTIMENTAL				
Si	30% (9)	86.6% (26)	86.6% (26)	63.3% (19)
No	3.33 % (1)	13.3% (4)	13.3% (4)	10% (3)
HIJOS				
Si	20%(6)	33.3% (10)	33.3% (10)	30% (9)
No	13.3% (4)	66.6% (20)	66.6% (20)	43.3% (13)

