



**Universidad Nacional Mayor de San Marcos**  
**Universidad del Perú. Decana de América**  
**Facultad de Medicina**  
**Escuela Académico Profesional de Medicina Humana**

**Síndrome de Burnout en médicos residentes de  
Ginecología y Obstetricia. Año 2015, Hospital Nacional  
Arzobispo Loayza**

**TESIS**

Para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

**AUTOR**

Carlos Enrique SULCA ALANIA

**ASESOR**

Carlos Alberto SAAVEDRA CASTILLO

Lima, Perú

2016



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

## Referencia bibliográfica

---

Sulca C. Síndrome de Burnout en médicos residentes de Ginecología y Obstetricia. Año 2015, Hospital Nacional Arzobispo Loayza [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Escuela Académico Profesional de Medicina Humana; 2016.

---



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS  
(Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA)  
FACULTAD DE MEDICINA



ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

8(12)

**ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO**

66

Siendo las 14:00 horas del día treinta de marzo del año dos mil dieciséis, en la Sala de Sesiones de la Escuela Académico Profesional de Medicina de la Facultad de Medicina, en cumplimiento de lo señalado en el inciso "c" del Art. 66 del Estatuto de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (R.R. 78337-84), se reunió el Jurado integrado por los Doctores: José Miguel Angel Cabrejos Pinto (Presidente), Francisco Javier Bravo Alva (Miembro) y Carlos Bernardo Cano Uría (Miembro).

Se realizó la exposición de la tesis titulada **"SÍNDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS RESIDENTES DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA. AÑO 2015, HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA"**, presentado por don **Carlos Enrique Sulca Alania**, para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, habiendo obtenido el calificativo de *Diez y siete... (17)*.

Dr. José Miguel Angel Cabrejos Pinto  
Presidente

Dr. Francisco Javier Bravo Alva  
Miembro

Dr. Carlos Bernardo Cano Uría  
Miembro



## **AGRADECIMIENTOS**

Al doctor Carlos Alberto Saavedra Castillo, quien accediera generosa y desinteresadamente ser mi asesor, por brindar su apoyo en la elaboración de esta investigación así como la facilitación de información para la óptima presentación de esta tesis.

Carlos Enrique Sulca Alania

## **DEDICATORIA**

A mi padre por su formación y ejemplo de superación.

A mi madre por todo el esfuerzo y la responsabilidad que asumió valientemente tras su partida.

A mis padrinos porque hasta hoy son mis mejores mentores.

A Nelita, Mirtha y Catalina

Muchas gracias.

Carlos Enrique Sulca Alania

# ÍNDICE

	pág.
<b>RESUMEN</b>	VII
<b>ABSTRACT</b>	VIII
<b>Introducción</b>	1
<b>CAPÍTULO I: Planteamiento de la investigación</b>	3
1.1 Planteamiento del problema	3
1.2 Formulación de objetivos	4
1.3 Justificación de la investigación	5
1.4 Limitaciones del estudio	7
<b>CAPÍTULO II: Marco teórico</b>	8
<b>CAPITULO III: Diseño Metodológico</b>	12
3.1 Tipo de investigación	12
3.2 Diseño muestral	13
3.3 Formulación de la hipótesis	15
3.4 Operacionalización de variables	17
3.5 Instrumento	17
3.6 Plan de recolección	20
3.7 Análisis estadístico de los datos	21
3.8 Aspectos éticos	22
<b>CAPÍTULO IV:</b>	23
4.1 Resultados	23
4.2 Discusión	46
<b>CAPÍTULO V:</b>	53
5.1 Conclusiones	53
5.2 Recomendaciones	55
<b>Referencias bibliográficas</b>	57
<b>Anexos</b>	65

## ÍNDICE DE TABLAS

	pág.
<b>Tabla 1.</b> Operacionalización de variables.	17
<b>Tabla 2.</b> Niveles de las dimensiones del síndrome de Burnout .	19
<b>Tabla 3.</b> Distribución de la edad.	26
<b>Tabla 4.</b> Características sociodemográficas de los residentes de primer año	28
<b>Tabla 5.</b> Características sociodemográficas de los residentes de segundo año	29
<b>Tabla 6.</b> Características sociodemográficas de los residentes de tercer año	29
<b>Tabla 7.</b> Dimensiones del Síndrome de Burnout en los residentes de primer año	31
<b>Tabla 8.</b> Dimensiones del Síndrome de Burnout en los residentes de primer año	32
<b>Tabla 9.</b> Dimensiones del Síndrome de Burnout en los residentes de tercer año	32
<b>Tabla 10.</b> Porcentaje de afectación en cada dimensión por año de residencia	33
<b>Tabla 11.</b> Valores observados de Sexo vs SBO.	35
<b>Tabla 12.</b> Valores esperados de Sexo vs SBO.	36
<b>Tabla 13.</b> Cálculo de la prueba de $X^2$ de Sexo vs SBO.	36
<b>Tabla 14.</b> Valores observados de Edad vs SBO.	39
<b>Tabla 15.</b> Valores esperados de Edad vs SBO.	39
<b>Tabla 16.</b> Cálculo de la prueba de $X^2$ de Edad vs SBO.	40
<b>Tabla 17.</b> Valores observados de Año de residencia vs SBO.	43
<b>Tabla 18.</b> Valores esperados de Año de residencia vs SBO.	43
<b>Tabla 19.</b> Cálculo de la prueba de $X^2$ de Año de residencia vs SBO.	44



## ÍNDICE DE GRÁFICOS

	<b>pág.</b>
<b>Gráfico 1.</b> Flujograma de ingreso al estudio.	25
<b>Gráfico 2.</b> Distribución del sexo.	26
<b>Gráfico 3.</b> Distribución del estado civil.	27
<b>Gráfico 4.</b> Distribución de los residentes según año de residencia.	27
<b>Gráfico 5.</b> Porcentaje de afectación en cada dimensión por año de residencia.	34
<b>Gráfico 6.</b> Chi cuadrado Sexo vs SBO.	37
<b>Gráfico 7.</b> Chi cuadrado Edad vs SBO.	41
<b>Gráfico 8.</b> Chi cuadrado Año de residencia vs SBO.	45

## RESUMEN

**Introducción:** El síndrome de Burnout es un trastorno adaptativo crónico asociado con el inadecuado afrontamiento de las demandas psicológicas del trabajo que altera la calidad de vida de la persona que lo padece y produce un efecto negativo en la calidad de la prestación de los servicios.

**Objetivo:** Conocer la prevalencia del síndrome de Burnout entre los médicos residentes de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el año 2015.

**Resultados:** Se evaluaron a 23 residentes de ginecología y obstetricia, la edad promedio fue 31.91 años; 13 fueron de sexo masculino; 16, solteros. Se halló 2 casos del síndrome de Burnout. Las dimensiones más afectadas fueron agotamiento emocional y despersonalización. No se encontraron diferencias significativas entre el síndrome de Burnout y las características sociodemográficas.

**Conclusiones:** El síndrome de Burnout tiene una baja prevalencia (8.70%) en los médicos residentes de Ginecología y obstetricia del HNAL. No se pudo encontrar relación entre la presencia del síndrome y el sexo, la edad o el año de residencia.

**Palabras Clave:** Estrés, agotamiento laboral, médicos residentes.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** Burnout Syndrome is a chronic adaptative disorder associated with the inadequate confrontation of the psychological demands that affect the quality of life of the person that has it and causes a negative effect in the quality of the attention offered by the medical residents.

**Objective:** To determine the prevalence of Burnout syndrome among medical residents of Gynecology and Obstetrics of the Arzobispo Loayza National Hospital during 2015.

**Results:** 23 residents of gynecology and obstetrics were evaluated, the average age was 31.91 years; 13 were male; 16, single. 2 cases of burnout syndrome was found. The most affected dimensions were emotional exhaustion and depersonalization. No significant differences between burnout syndrome and sociodemographic characteristics were found.

**Conclusions:** Burnout syndrome has a low prevalence (8.70%) in medical residents of Gynecology and Obstetrics of the Arzobispo Loayza National Hospital. Could not find relationship between the presence of the syndrome and sex, age or year of residence.

**Keywords:** Stress, Burnout, physician residents.

# INTRODUCCIÓN

Muchos profesionales invierten un tiempo excesivo en su medio de trabajo y se involucran tanto con su profesión que con el tiempo llegan a sentirse agotados. Este es el caso de los médicos, quienes se ven rodeados por los problemas de los pacientes. Dentro de ellos hay diferentes niveles de afectación dependiendo de condiciones laborales y personales. Un ejemplo es el caso de los residentes de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, en los que su relación de trabajo se centra principalmente en las gestantes y los partos, y la gran demanda de ellos en nuestro país. Esta condición de trabajo va creando una sobrecarga laboral, un desgaste personal que conduce al cansancio emocional y finalmente al estado de agotado o quemado, o Síndrome de Burnout (SBO).<sup>(1, 2)</sup>

El SBO es el desgaste emocional con conductas de distanciamiento afectivo, que se desarrolla debido al estrés laboral crónico al que se está sometido, sumado a la percepción de estar realizando la labor de un modo deficiente. Se presenta principalmente en profesiones cuyo objeto de trabajo son personas.<sup>(1, 2, 3)</sup>

Por ejemplo, una investigación realizada con profesionales de la salud de habla hispana muestra una prevalencia del SBO en España del 14.9%, en Latinoamérica varía desde 14.4% hasta 2.5% y en Perú es del 3.85%.<sup>(4)</sup>

En médicos generales la prevalencia a nivel mundial se encuentra entre el 43% y 45% y en residentes entre 47 a 76% <sup>(5)</sup>, aunque hay publicaciones que amplían este rango desde un 18% hasta 80.2%. <sup>(6)</sup>

Otro estudio realizado en Lima, en el Hospital Nacional Cayetano Heredia en el año 2007 muestra una prevalencia de 51.4% <sup>(7)</sup> y durante el año 2011 de 54.9%. <sup>(8)</sup>

Las especialidades quirúrgicas en comparación con las clínicas tienen mayor carga laboral en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. En un estudio en el 2010 se encontró los niveles de estrés más elevados en la especialidad de Ginecología y Obstetricia en comparación con otras áreas. <sup>(2)</sup>En nuestro nosocomio esta especialidad presenta la mayor carga horaria. La programación de las guardias es más frecuente y la duración de éstas es más prolongada, teniendo turnos de 16 horas los días sábados y 24 horas los domingos y feriados, no cuentan con descansos post guardia y pueden llegar a tener hasta 3 guardias por semana. Esta problemática no se ve en otros programas de residencia del nosocomio.

# CAPÍTULO I

## PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

### 1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la prevalencia del Síndrome de Burnout en los médicos residentes de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el año 2015?

A partir de esta interrogante, nos planteamos las siguientes:

¿Cuál es el área del Síndrome de Burnout que según la Escala Maslach presenta mayor afectación en los médicos residentes de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el año 2015?

¿Hay relación entre la presencia del Síndrome de Burnout y el sexo en los médicos residentes de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el año 2015?

¿Hay relación entre la presencia del Síndrome Burnout y la edad en los médicos residentes de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el año 2015?

¿Hay relación entre la presencia del Síndrome Burnout y el año de residentado en que se encuentran los médicos de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el año 2015?

## **1.2 FORMULACIÓN DE OBJETIVOS**

### **Objetivo general:**

Determinar la prevalencia del Síndrome de Burnout en los médicos residentes de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el año 2015.

### **Objetivos específicos:**

- Establecer cuál es el área del Síndrome de Burnout que según la Escala Maslach presenta mayor afectación en los médicos residentes de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el año 2015.
- Señalar si hay relación en cuanto al sexo y la presencia del Síndrome de Burnout en los médicos residentes de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el año 2015.
- Señalar si hay relación en cuanto a la edad y la presencia del Síndrome Burnout en los médicos residentes de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el año 2015.

- Señalar si hay relación en cuanto al año de residencia y la presencia del Síndrome Burnout en los médicos residentes de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el año 2015.

### **1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN**

Los profesionales que trabajan en salud, dentro de ellos los médicos, conforman un grupo de alto riesgo para desarrollar el SBO, debido a las condiciones en las que laboran. <sup>(1)</sup> Además, lo que más llama la atención de este síndrome es el alcance de sus síntomas, ya que la manifestación del mismo conlleva consecuencias negativas para el individuo y la organización. Así, los médicos tienen tasas de estrés, depresión y ansiedad más alta que la población general y otros profesionales. <sup>(2, 10)</sup> Estudios como el de Arango-Castaño sugieren que el origen de esta patología ocurre en las facultades de medicina durante el proceso de formación del futuro profesional médico. <sup>(10)</sup>

Existen estudios que muestran que la prevalencia del SBO varía ampliamente de un país a otro e incluso dentro del mismo territorio nacional que se valore, dependiendo de las características del sistema de salud en que se opera, así como de otros factores organizacionales intrínsecos del hospital que se estudie y de la etapa académica. <sup>(11)</sup>

Las especialidades quirúrgicas como Ginecología y Obstetricia, son las que tienen mayor carga laboral en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. En un



estudio en el 2010 se encontró los niveles de estrés más elevados en la especialidad de Ginecología y Obstetricia en comparación con otras áreas.

<sup>(2)</sup> En nuestro nosocomio es la especialidad con la mayor carga horaria. Las rotaciones por los diferentes servicios pueden tener una duración de 10 horas, esto sin contar la programación de guardias, que es más frecuente y la duración de éstas es más prolongada, teniendo turnos de 16 horas los días sábados y 24 horas los domingos y feriados, no cuentan con descansos post guardia y pueden llegar a tener hasta 3 guardias por semana. Adicional a esta demanda horaria, están las actividades académicas que no solo requieren su asistencia y atención, sino en muchas ocasiones, exposición de casos, revisión de temas, etc. Esta problemática no se ve en otros programas de residencia del nosocomio.

Por tal motivo, se consideró importante determinar la prevalencia del SBO en los médicos residentes de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el año 2015, para así poder elaborar sistemas de apoyo para estos que los ayuden a llevar de una mejor manera las diversas demandas que la residencia implica. Con lo cual, se contribuirá a mejorar la calidad de vida de los mismos, que además, implicaría mejoras en la calidad de la atención brindada por ellos hacia los pacientes, que finalmente son la piedra angular dentro del quehacer médico.

## **1.4 LIMITACIONES DEL ESTUDIO**

Este estudio estuvo circunscrito a la población objeto de estudio, por lo que no puede ser extrapolado a otras realidades.

### **Sesgos de selección.**

Se derivan de los criterios de inclusión y exclusión utilizados para la ejecución del estudio, que en el caso de esta investigación no estuvo presente, pues se tomó en cuenta a todos los residentes de Ginecología y Obstetricia del nosocomio que acepten formar parte del estudio.

### **Sesgos de información.**

Para minimizar estos sesgos, se utilizó un cuestionario validado para determinar la prevalencia del síndrome de Burnout.

### **Sesgos de confusión.**

Vienen derivados de la presencia de terceras variables que pueden influir en la aparición del síndrome de Burnout. Para minimizarlos se tuvo en cuenta las variables que según la literatura están relacionados con el síndrome de Burnout.

No obstante estas limitaciones, consideramos que esta es una aproximación que contribuye a un mayor conocimiento del síndrome de Burnout en los médicos residentes.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

La definición del SBO hecha por Christina Maslach y Susana Jackson es la más aceptada y sigue siendo usada en la actualidad, lo definen como “un síndrome psicológico de agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal que puede ocurrir en individuos normales que trabajan con personas. El agotamiento emocional se refiere a los sentimientos de no poder dar más de sí a nivel emocional y a una disminución de los propios recursos emocionales. La despersonalización se refiere a una respuesta de distancia negativa, sentimientos y conductas cínicas respecto a otras personas, que son normalmente los usuarios del servicio o del cuidado. La reducida realización personal se refiere a la disminución en los propios sentimientos de competencia y logro en el trabajo”.<sup>(12)</sup>

Se instaura en profesionales idealistas, que pueden llegar a ser consumidos emocionalmente por las necesidades de sus clientes o por deficiencias en el ambiente laboral. Debido al agotamiento emocional que empiezan a sentir, desarrollan conductas para defenderse, es una estrategia de afrontamiento que luego lleva al cinismo, posteriormente el individuo se percata que su realidad no es lo que se había trazado y cae en una reducida realización personal. Con todos estos aspectos se desarrolla plenamente el SBO en un profesional.

El SBO tiene consecuencias negativas sobre la salud, especialmente sobre la salud mental del individuo que repercuten en su fisiología, su comportamiento y en su estado psicológico, con alteraciones que pueden ser permanentes. <sup>(13, 14)</sup>

Clínicamente se establecen cuatro niveles del SBO: Leve, cuando los síntomas físicos remiten fácilmente; moderado, ya se empiezan a instaurar en el individuo conductas como cinismo, negativismo; grave, empieza a instaurarse el ausentismo laboral y extremo, donde hay manifestaciones psiquiátricas que pueden culminar en suicidio. <sup>(15)</sup>

El tratamiento depende de la gravedad del síndrome, puede ir desde alivio del estrés mediante técnicas de relajación o practicar algún deporte, hasta necesidad de antidepresivos y psicoterapia; el tener compañeros en el centro de trabajo, que poseen los mismos síntomas, con quienes compartir, alivia la presión emocional y ayuda mucho al profesional a reducir la culpa. <sup>(1)</sup>

Para establecer los criterios de medida y evaluar el SBO se cuenta con la escala de Maslach para Burnout; es el instrumento por excelencia en la investigación de este síndrome. El manual de la escala Maslach para Burnout detalla que el profesional posee SBO si es que posee puntuaciones altas en la dimensión de agotamiento emocional y despersonalización y bajas en realización personal. <sup>(16)</sup> Además de los criterios señalados en el manual, hay estudios que usan diversos criterios para identificar a los

profesionales que poseen el síndrome, uno de éstos son los criterios de Grunfeld; para él sólo se requiere de una dimensión anormal: Agotamiento emocional alto o despersonalización alto o realización personal bajo para establecer que el profesional presenta SBO. <sup>(17)</sup>

Actualmente, se acepta que el SBO se puede presentar en cualquier profesión, pero es en el área médica donde se ha observado que tiene mayores repercusiones. <sup>(1, 2, 18)</sup> De este grupo, son los médicos residentes en los que se ha encontrado niveles superiores de estrés, especialmente durante el primer año de la especialidad, debido a que atraviesan un periodo de adaptación tanto profesional como personal. <sup>(19)</sup>

Es en la residencia cuando el médico se encuentra en contacto con su especialidad y tiene que afrontar regímenes estrictos, adoptar mayores responsabilidades, trabajar durante largas jornadas, restándole poco tiempo para recrearse; desempeñan su labor en un ambiente estresante, cuentan con pocas horas de sueño, tienen a su cargo el cuidado de pacientes, a pesar de no poseer aún todos los conocimientos y habilidades requeridas, se desenvuelven en un ambiente de gran competitividad; en algunas ocasiones se ven en la necesidad de alejarse de sus familias y lugares de procedencia. Todas estas características contribuyen a agotar al profesional y desarrollar sentimientos de insuficiencia en el trabajo y luego SBO. <sup>(19)</sup>

Debido a las exigencias tanto asistenciales como académicas, los médicos residentes necesitan adaptarse al nuevo entorno en el que se encuentran,

por lo que son una población susceptible a agotarse y empezar con actitudes características de dicho síndrome. Por todo lo anterior es importante reconocer la presencia de este síndrome en nuestro medio, ya que si bien los médicos residentes son una población expuesta a presentarlo, la reversión del mismo es posible <sup>(1, 3)</sup>; prevenirlo no sólo mejorará la calidad de vida del profesional en los diversos ámbitos, sino también favorecerá a los pacientes con los que él trata, ya que un profesional agotado se asocia con disminución de su rendimiento laboral y mayor cantidad de errores. <sup>(20)</sup> Los médicos residentes están empezando su formación en la especialidad que eligieron y merecen poder desarrollarse plenamente tanto en su ámbito laboral como académico.

Tomando en cuenta los antecedentes descritos y la problemática del residente de esta especialidad en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, es que el objetivo de este estudio fue determinar la frecuencia de SBO en los médicos residentes de Ginecología y Obstetricia de este nosocomio durante el año 2015.

## **CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO**

### **3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN**

Respecto a la finalidad del estudio, éste fue de tipo descriptivo, pues los datos fueron utilizados con finalidad puramente característica.

En la secuencia temporal, se trató de un estudio de tipo transversal, ya que las variables fueron medidas en una sola ocasión. Describió un fenómeno con una serie de variables en una población determinada y en un determinado lapso del tiempo. Es decir, la presencia del fenómeno y la exposición se observaron simultáneamente.

Otra característica que se consideró es el inicio del estudio en relación a la cronología de los hechos, este fue un estudio prospectivo porque el inicio del estudio fue anterior a los hechos que se estudiaron.

Finalmente, por la asignación del factor de estudio, ésta fue una investigación de tipo observacional, ya que no existió intervención del investigador sobre los resultados y la medición reflejó la evolución natural de los eventos ajena a la voluntad del investigador.

## **3.2 DISEÑO MUESTRAL**

### ***Población universo***

Médicos residentes de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

### ***Población de estudio***

Médicos residentes de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza que realizaron rotaciones en dicho nosocomio durante el año 2015.

### ***Unidad de análisis***

Médicos residentes de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza que hayan elegido a este nosocomio como sede y estuvieran realizando rotaciones en dicho nosocomio durante el año 2015.

### ***Tipo de muestreo***

Muestreo no probabilístico por conveniencia, ya que se trabajó con toda la población que cumplió los criterios de inclusión y exclusión.



### ***Tamaño de muestra***

Se tomó en cuenta a todos los médicos residentes de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza que estuvieron realizando rotaciones en dicho nosocomio durante el año 2015.

### ***Procedimiento de muestreo***

Se realizó un muestreo por conveniencia, para ello se aplicó el cuestionario de Maslach para SBO a todos los médicos residentes de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza que estuvieron rotando en dicho nosocomio durante el año 2015.

### ***Criterios de inclusión***

Médicos residentes de Ginecología y Obstetricia que tuvieron como sede base al Hospital Nacional Arzobispo Loayza y que durante el mes que se aplicó el cuestionario estuvieron realizando rotaciones en dicho nosocomio, y que sabiendo el fin de esta investigación aceptaron colaborar participando de ella.

### ***Criterios de exclusión***

Fueron excluidos del estudio los médicos residentes que no cumplían al 100% con los criterios de inclusión descritos en el ítem precedente.

Médicos residentes de Ginecología y Obstetricia rotantes, es decir, que no tuvieron como sede base al Hospital Nacional Arzobispo Loayza. También fueron excluidos los que se encontraban de vacaciones o estuvieron rotando fuera del nosocomio en el momento que se procedió a aplicar el instrumento.

### **3.3 FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS**

Situaciones en las que necesitamos estar seguros de que las diferencias que observamos no se explican por puro azar son numerosas. Es la base del método científico. Por ejemplo, en esta investigación, tenemos la edad, el sexo y el año de residencia de los sujetos con y sin SBO. Al obtener los resultados, necesitábamos estar seguros de que la diferencia en estos grupos era real y no efectos del azar, es decir comprobar si había o no una relación entre estas variables y la presencia de SBO.

En este estudio, dentro de los objetivos específicos tenemos que determinar si hay relación en cuanto a la edad, el sexo y/o el año de residencia y la presencia del Síndrome Burnout en los médicos residentes de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el año 2015.

Para ello se planteó la prueba de hipótesis Xi cuadrado. Así tenemos la hipótesis nula y alterna. La hipótesis nula es una hipótesis que afirma la independencia estadística, es decir, la ausencia de asociación entre

variables, lo contrario a lo que afirma la hipótesis alterna. A partir de esta premisa, las hipótesis fueron:

Hipótesis nulas ( $H_0$ ):

- El sexo de la población estudiada no tiene relación con la presencia del SBO.
- La edad de la población estudiada no tiene relación con la presencia del SBO.
- El año de residencia de la población estudiada no tiene relación con la presencia del SBO.

Hipótesis alternas ( $H_a$ ):

- El sexo de la población estudiada tiene relación con la presencia del SBO.
- La edad de la población estudiada tiene relación con la presencia del SBO.
- El año de residencia de la población estudiada tiene relación con la presencia del SBO.

### 3.4 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

**TABLA 1. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO**

Variable	Definición	Dimensión	Indicadores	Escala
<b>Síndrome de Burnout</b>	Estado particular de estrés laboral que puede presentarse en aquellas personas que brindan servicios a otras, y se caracteriza por tres aspectos fundamentales: el cansancio emocional, la despersonalización y la disminución de la realización personal	Agotamiento emocional	<p>Escala Maslach AE:</p> <p>Preguntas 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20</p>	<p>Agotamiento emocional:</p> <p>Bajo <math>\leq 16</math></p> <p>Medio 17 - 27</p> <p>Alto <math>\geq 18</math></p>
		Despersonalización	<p>Escala Maslach DP:</p> <p>Preguntas 5, 10, 11, 15, 22</p>	<p>Despersonalización:</p> <p>Bajo <math>\leq 5</math></p> <p>Medio 6 - 10</p> <p>Alto <math>\geq 11</math></p>
		Realización personal	<p>Escala Maslach RP:</p> <p>Preguntas 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21</p>	<p>Realización personal:</p> <p>Bajo <math>\leq 33</math></p> <p>Medio 34 - 39</p> <p>Alto <math>\geq 40</math></p>

Se consideraron variables de estudio: las dimensiones del síndrome de Burnout, edad, género, estado civil y año de residencia que está cursando.

### 3.5 INSTRUMENTO

El instrumento de recolección de datos consistió en una Ficha dividida en dos secciones.

**Primera sección:**

Número de ficha de recolección y datos del encuestado como edad, sexo, estado civil, año de residencia, etc.

**Segunda sección:**

Escala Maslach para Burnout, la cual es el instrumento validado para estudios de SBO en sujetos pertenecientes a personal de áreas en salud.

**Escala Maslach para Burnout**

Se utiliza para detectar y medir la existencia del SBO en el individuo. De la factorización de los 22 ítems resultan 3 factores medibles por medio de escala que se denominan:

- ✓ Cansancio o Agotamiento emocional (CE): Puntuaciones altas indican que el individuo se siente exhausto emocionalmente a consecuencia de las demandas en el trabajo.
- ✓ Despersonalización (DP): Puntuaciones altas reflejan el grado de frialdad y distanciamiento con respecto al trabajo.
- ✓ Realización personal (RP): Indica el grado de realización, logro y autoeficacia percibida por el individuo es por ello que en esta escala puntuaciones bajas se relacionan con el SBO.

**Modo de aplicación:**

Es un cuestionario auto administrado, en donde se plantea al sujeto 22 afirmaciones que permitirán valorar sus sentimientos y pensamientos con

relación a su interacción con el trabajo, y que deberán ser contestadas por medio de una cruz o un visto en la casilla correspondiente a una escala de Likert que presenta 6 opciones. El sujeto valora, mediante un rango de adjetivos que van de “nunca” a “diariamente”, con qué frecuencia experimenta cada una de las situaciones descritas en los ítems. (Anexo 1)

Para diagnosticar al sujeto con SBO, este debe tener un valor alto en el componente de CE y DP, mientras que el de RP debe ser bajo respecto a la distribución de frecuencias. La descripción de los niveles de las dimensiones del SBO, las observamos en la Tabla 2.

**TABLA 2. NIVELES DE LAS DIMENSIONES DEL SÍNDROME DE BURNOUT**

<b>Dimensión</b>	<b>Niveles</b>
Agotamiento emocional	Bajo $\leq 18$ Medio 19 - 26 Alto $\geq 27$
Despersonalización	Bajo $\leq 5$ Medio 6 - 9 Alto $\geq 10$
Realización personal	Bajo $\leq 33$ Medio 34 - 39 Alto $\geq 40$

### **3.6 PLAN DE RECOLECCIÓN**

#### **Prueba piloto**

La prueba piloto brindó información acerca de si la redacción de la encuesta fue clara para todos los encuestados y si todos interpretaban las preguntas de la misma manera.

Sus objetivos principales fueron:

- Evaluar la idoneidad del cuestionario.
- Calcular la extensión de la encuesta o el tiempo necesario para completarla.
- Determinar la calidad de la tarea del encuestador.

Se entregó una encuesta a cada sujeto considerado para la prueba piloto, se calculó el tiempo invertido en la realización de la encuesta y se preguntó a cada uno de los sujetos si las preguntas de la encuesta fueron claras o hubo alguna dificultad en la interpretación.

#### **Aplicación de la encuesta**

Se consideró los hallazgos obtenidos en la prueba piloto, se tomó las precauciones respecto al tiempo empleado en la encuesta y a las preguntas que tuvieron dificultad en interpretación.

Previa coordinación con los médicos residentes de Ginecología y Obstetricia, se les explicó los objetivos de la investigación y como realizar el correcto llenado de cada encuesta.

### **3.7 ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS**

Se procedió a crear una base de datos para acopiar las respuestas; y finalmente, se realizó el análisis estadístico de los resultados a través del paquete de análisis estadístico para la investigación (SPSS20).

Los datos se recolectaron mediante la aplicación del MBI. Cada encuesta se indicó con la numeración de una serie y correspondió a la información de cada uno de los sujetos encuestados. Éstas fueron procesadas siguiendo un patrón de tabulación automatizado con la ayuda del paquete estadístico SPSS20 y software Microsoft Excel 2014. Para el análisis estadístico se utilizó la prueba de chi-cuadrado.

La representación de los datos se realizó mediante tablas y gráficos de barras o circulares, según convenga.



### **3.8 ASPECTOS ÉTICOS**

La investigación se efectuó con la colaboración de los médicos residentes de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, se mantuvo medidas estrictas de confidencialidad para proteger la identidad de los sujetos de investigación.

Se realizó estricto seguimiento de las normas de Buenas Prácticas de Investigación en cumplimiento con el artículo 81 del Colegio Médico del Perú. Además, las consideraciones éticas, se enmarcaron en la Declaración de Helsinki, actualizada en: la Asamblea General de la Asociación Médica Mundial, en Seúl-Corea, octubre de 2008.

## **CAPÍTULO IV**

### **4.1 RESULTADOS**

#### **PRUEBA PILOTO**

Se realizó la prueba piloto con 5 residentes de Cirugía General del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, considerando las similares características en su programa de actividades, los resultados fueron los siguientes:

- El tiempo promedio invertido en la realización de la encuesta fue de 10 minutos, siendo el tiempo mínimo de 6 y el máximo de 13.
- Respecto a la claridad de los enunciados, hubo algunos problemas de interpretación de las preguntas del área de despersonalización, que se solucionó con la explicación oportuna por parte del encuestador.

Dichos hallazgos fueron tomados en cuenta para la aplicación de la encuesta en los residentes de Ginecología y Obstetricia.

## **SÍNDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS RESIDENTES DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

Este estudio buscó determinar la prevalencia del Síndrome de Burnout en los médicos residentes de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el año 2015.

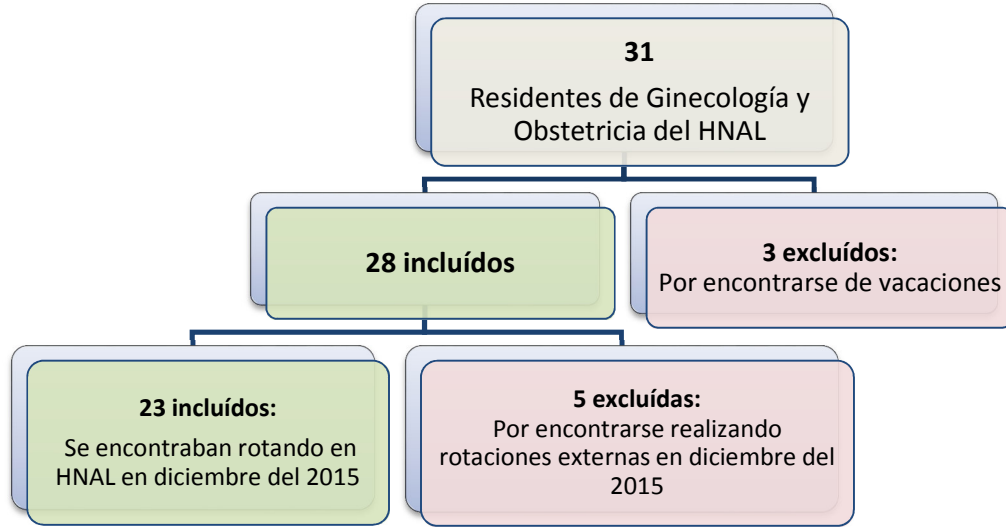
Durante este periodo de estudio se encuestaron a 23 residentes de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

Para efectos de esta investigación se consideró a los médicos residentes del programa de Ginecología y Obstetricia que escogieron como sede al Hospital Nacional Arzobispo Loayza y se encontraban rotando en el nosocomio durante el mes de diciembre del 2015 que se procedió a la aplicación del instrumento.

Así tenemos que de los 31 residentes de esta especialidad, 3 fueron excluidos por encontrarse de vacaciones y 5 por estar rotando fuera del nosocomio en Diciembre del 2015.

El flujograma de ingreso al estudio se detalla en el Gráfico 1.

## GRÁFICO 1. FLUJOGRAMA DE INGRESO AL ESTUDIO.



Se realizó el análisis estadístico en dos partes, la primera, el análisis univariado y la segunda, el análisis bivariado. Presentamos ambas a continuación.

### ANÁLISIS UNIVARIADO

#### EDAD

La edad promedio fue de 31.913, siendo la edad mínima 25 años y la máxima 42. La distribución de la edad de los residentes en el estudio se detalla en la Tabla 3.

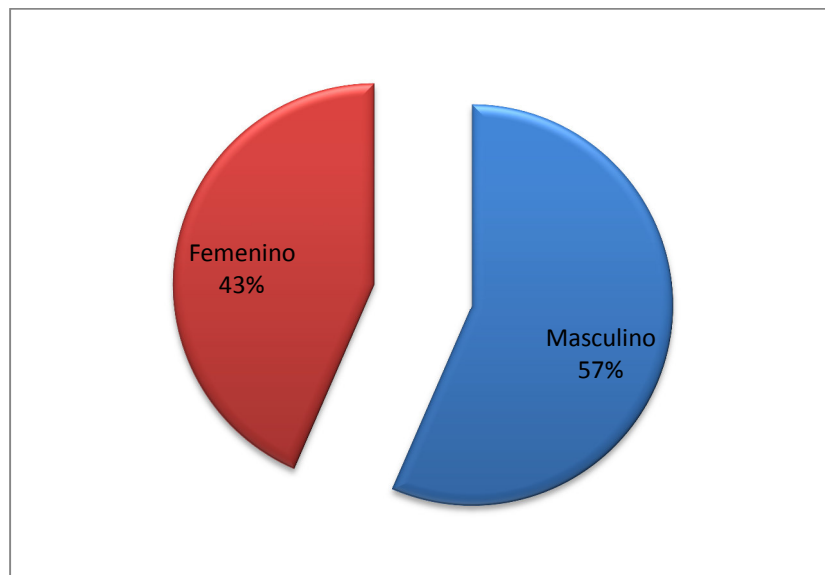
**TABLA 3. DISTRIBUCIÓN DE LA EDAD.**

Mínimo	Promedio	Máximo	Desviación estándar
25	31.913	42	4.68

**SEXO**

Respecto al sexo 13 (56.52%) fueron de sexo masculino y 10 (43.48%), de femenino, como se observa en el Gráfico 2.

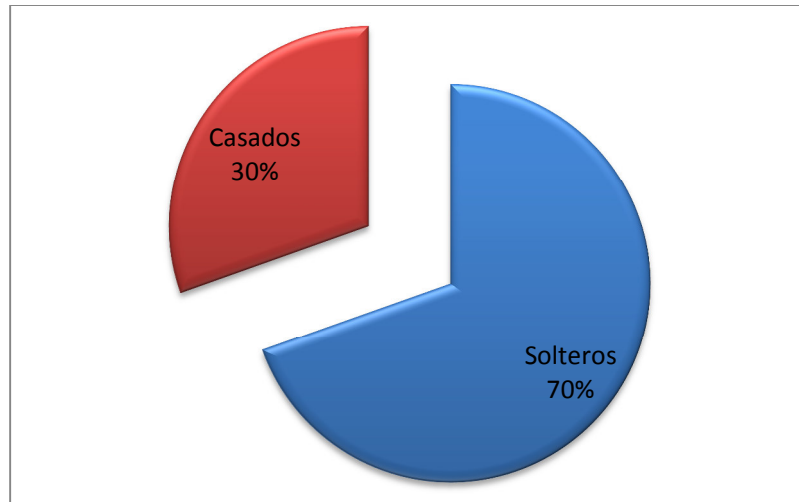
**GRÁFICO 2. DISTRIBUCIÓN DEL SEXO.**



**ESTADO CIVIL**

El 69.57% (16/23) de los residentes declararon ser solteros y el 30.43 (7/23) casados. Ver Gráfico 3.

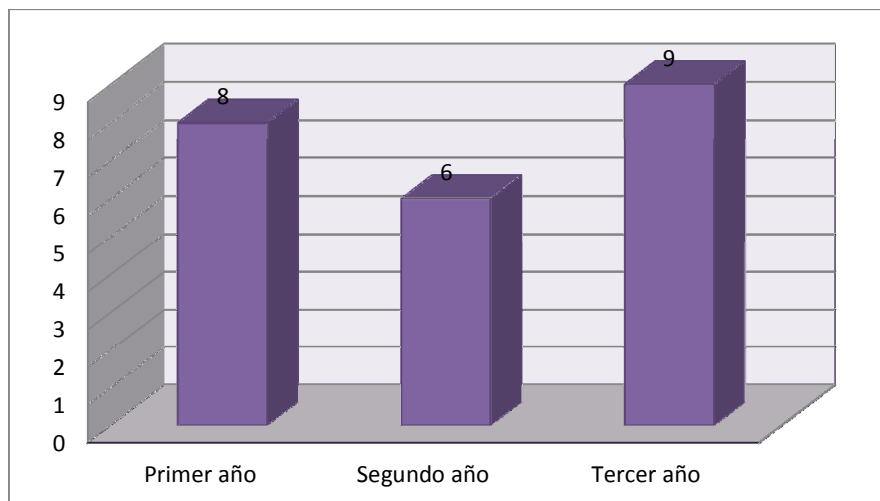
**GRÁFICO 3. DISTRIBUCIÓN DEL ESTADO CIVIL.**



### **AÑO DE RESIDENCIA**

De los 23 residentes que fueron incluidos en la investigación, 8 fueron de primer año; 6, de segundo y 9, de tercero. Dicha distribución la observamos en el Gráfico 4.

**GRÁFICO 4. DISTRIBUCIÓN DE LOS RESIDENTES SEGÚN AÑO DE RESIDENCIA.**



## CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS POR AÑO DE RESIDENCIA

El total de residentes que participaron en el estudio fueron 23. En el personal de residentes de primer año se encontró que en cuanto al sexo fueron seis hombres y dos mujeres, el promedio de edades fue de 30.13, con una mediana de 31. De su estado civil, los ocho eran solteros (Tabla 4).

**TABLA 4. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS RESIDENTES DE PRIMER AÑO**

Variables	Residentes							
	R1.1	R1.2	R1.3	R1.4	R1.5	R1.6	R1.7	R1.8
<b>Edad</b>	31	29	33	33	31	26	27	31
<b>Sexo</b>	M	M	M	M	M	F	F	M
<b>Estado civil</b>	S	S	S	S	S	S	S	S

En el personal de segundo año, las características sociodemográficas en cuanto al sexo, tres mujeres y tres hombres, la edad en promedio fue de 32.17, con una mediana de 33. De su estado civil tres solteros y tres casados (Tabla 5).

**TABLA 5. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS  
RESIDENTES DE SEGUNDO AÑO**

Variables	Residentes					
	R2.1	R2.2	R2.3	R2.4	R2.5	R2.6
<b>Edad</b>	25	35	26	38	31	38
<b>Sexo</b>	M	M	F	M	F	F
<b>Estado civil</b>	C	S	S	C	S	C

En el personal de tercer año, las características sociodemográficas en cuanto al sexo, tres mujeres y seis hombres, la edad en promedio fue de 33.33, con una mediana de 31. De su estado civil cinco solteros y cuatro casados (Tabla 6).

**TABLA 6. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS  
RESIDENTES DE TERCER AÑO**

Variables	Residentes								
	R3.1	R3.2	R3.3	R3.4	R3.5	R3.6	R3.7	R3.8	R3.9
<b>Edad</b>	31	39	42	37	28	28	31	36	28
<b>Sexo</b>	F	M	M	F	F	F	F	M	F
<b>Estado civil</b>	S	C	C	S	C	S	S	C	S



## SÍNDROME DE BURNOUT

Respecto a las dimensiones del SBO, la evaluación por niveles se hizo según las indicaciones detalladas en la Tabla 2. El puntaje asignado a cada respuesta se hizo a través de una escala de Likert, es decir: “nunca o ninguna vez” tuvo el puntaje menor, cero; “muy pocas veces al año o casi nunca”, 1; “una vez al mes o algunas veces”, 2; “algunas veces al mes o regularmente”, 3; “una vez a la semana o bastantes veces”, 4; “pocas veces a la semana o casi siempre”, 5 y “todos los días o siempre”, 6.

Para establecer la presencia del SBO se tiene que tener puntaje alto en las dimensiones de agotamiento emocional (AE) y despersonalización (DP) y bajo en la dimensión de realización personal (RP).

En los residentes de primer año, se encontró un caso con síndrome de Burnout (R1.4), En la dimensión de AE, cinco tuvieron puntajes altos, uno medio y dos bajos. Respecto a la DP, seis tuvieron puntajes altos, uno medio y uno bajo. Sobre la RP uno presentó puntaje bajo; tres, medio y cuatro, alto (Tabla 7). Cabe resaltar que estos 6 residentes con DP alto representan el 75% del total de residentes de primer año (ver tabla 10 y gráfico 5) y además corresponde a la frecuencia más elevada de todos los resultados.

En los residentes de segundo año, se encontró también un caso con síndrome de Burnout (R2.2). En la dimensión de AE, tres tuvieron puntajes altos; dos, medios y uno, bajo. Respecto a la DP, dos tuvieron puntajes

altos; dos, medios y dos, bajos. Sobre la RP uno presentó puntaje bajo; dos, medio y tres, alto (Tabla 8).

En los residentes de tercer año, no se encontró ningún caso con síndrome de Burnout, En la dimensión de AE, seis tuvieron puntajes altos y tres, bajos. Respecto a la DP, seis tuvieron puntajes altos; dos, medios y uno, bajo. Sobre la RP uno presentó puntaje medio y ocho, alto (Tabla 9).

**TABLA 7. DIMENSIONES DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN LOS RESIDENTES DE PRIMER AÑO**

Residentes	DIMENSIONES					
	Agotamiento emocional		Despersonalización		Realización personal	
<b>R1.1</b>	38	ALTO	21	ALTO	40	ALTO
<b>R1.2</b>	16	BAJO	9	MEDIO	38	MEDIO
<b>R1.3</b>	18	BAJO	5	BAJO	42	ALTO
<b>R1.4</b>	41	ALTO	18	ALTO	28	BAJO
<b>R1.5</b>	47	ALTO	21	ALTO	42	ALTO
<b>R1.6</b>	26	MEDIO	13	ALTO	37	MEDIO
<b>R1.7</b>	38	ALTO	14	ALTO	38	MEDIO
<b>R1.8</b>	38	ALTO	21	ALTO	40	ALTO

**TABLA 8. DIMENSIONES DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN LOS  
RESIDENTES DE SEGUNDO AÑO**

Residentes	DIMENSIONES					
	Agotamiento emocional		Despersonalización		Realización personal	
<b>R2.1</b>	31	ALTO	5	BAJO	45	ALTO
<b>R2.2</b>	31	ALTO	18	ALTO	30	BAJO
<b>R2.3</b>	40	ALTO	14	ALTO	46	ALTO
<b>R2.4</b>	19	MEDIO	7	MEDIO	34	MEDIO
<b>R2.5</b>	18	BAJO	5	BAJO	42	ALTO
<b>R2.6</b>	20	MEDIO	7	MEDIO	34	MEDIO

**TABLA 9. DIMENSIONES DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN LOS  
RESIDENTES DE TERCER AÑO**

Residentes	DIMENSIONES					
	Agotamiento emocional		Despersonalización		Realización personal	
<b>R3.1</b>	31	ALTO	10	ALTO	37	MEDIO
<b>R3.2</b>	7	BAJO	6	MEDIO	41	ALTO
<b>R3.3</b>	18	BAJO	2	BAJO	48	ALTO
<b>R3.4</b>	29	ALTO	11	ALTO	42	ALTO
<b>R3.5</b>	38	ALTO	20	ALTO	41	ALTO
<b>R3.6</b>	35	ALTO	17	ALTO	34	ALTO
<b>R3.7</b>	32	ALTO	10	ALTO	37	ALTO
<b>R3.8</b>	15	BAJO	7	MEDIO	37	ALTO
<b>R3.9</b>	35	ALTO	17	ALTO	34	ALTO

Se elaboró el resumen del porcentaje de afectación por dimensión para cada año de residencia, es decir que porcentaje por año tuvo AE alto, DP alta o RP baja.

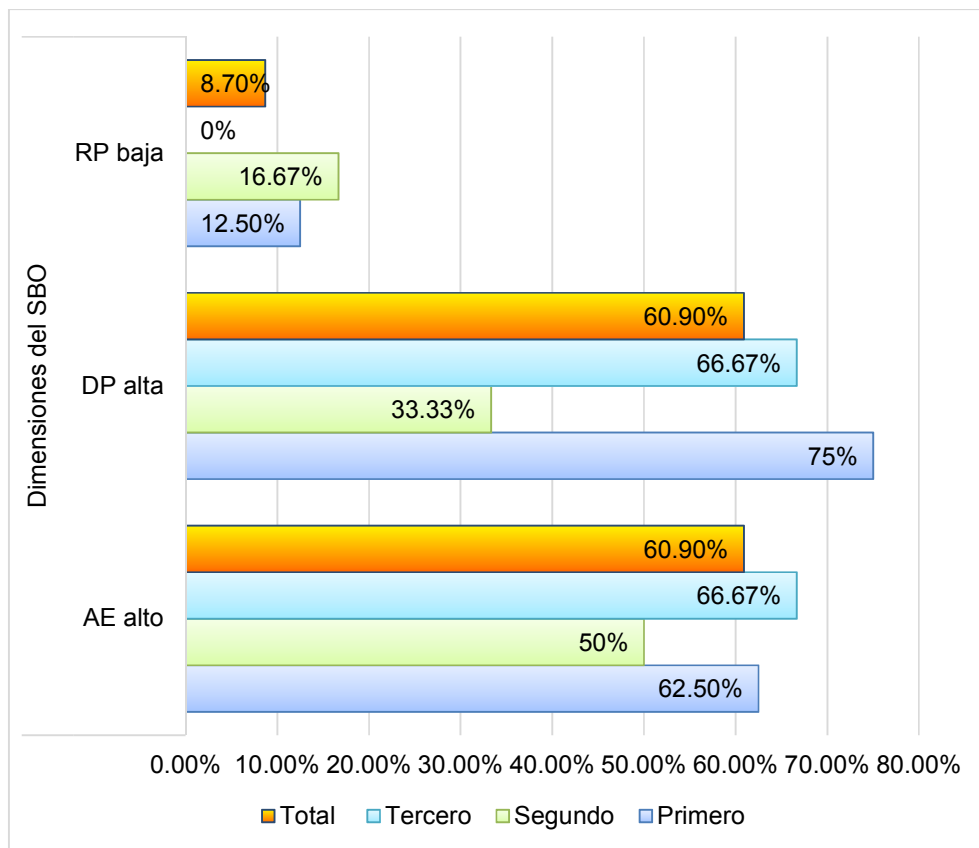
La dimensión más afectada en los residentes de primer año fue la DP con 75% (6/8); la más afectada en segundo año fue el AE con 50% (3/6); las más afectada en tercer año fueron el AE y la DP ambas con 66.67% (6/9), cabe resaltar que en tercer año hubo ningún caso de RP baja.

En general las dimensiones más afectadas fueron el AE y la DP ambas con 60.90% (14/23), la RP baja tuvo presencia en solo 8.70% (2/23) de los casos. Ver Tabla 10 y Gráfico 5.

**TABLA 10. PORCENTAJE DE AFECTACIÓN EN CADA DIMENSIÓN POR AÑO DE RESIDENCIA**

<b>AÑO DE RESIDENCIA</b>	<b>DIMENSIONES DEL SBO</b>		
	<b>AE alto</b>	<b>DP alta</b>	<b>RP baja</b>
<b>Primero</b>	62.50%	75%	12.50%
<b>Segundo</b>	50%	33.33%	16.67%
<b>Tercero</b>	66.67%	66.67%	0%
<b>Total</b>	60.90%	60.90%	8.70%

**GRÁFICO 5. PORCENTAJE DE AFECTACIÓN EN CADA DIMENSIÓN POR AÑO DE RESIDENCIA**



## ANÁLISIS BIVARIADO

### SEXO VS SÍNDROME DE BURNOUT

Buscamos señalar si hay relación en cuanto al sexo y la presencia del SBO en los médicos residentes de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el año 2015.

De los 23 residentes, se encontró 2 casos de SBO, siendo ambos de sexo masculino. Mediante la prueba de Xi cuadrado se buscó establecer si el sexo del residente tuvo relación con la presencia del SBO.

**1. Planteamiento de hipótesis:**

Ha: “El sexo de la población estudiada tiene relación con la presencia del SBO”

Ho: “El sexo de la población estudiada no tiene relación con la presencia del SBO”

**2. Nivel de significancia:**  $\alpha = 0.05$

**3. Estadístico de prueba:**  $X^2_{calculado} = [\sum(O_i - E_i)^2]/E_i$

**TABLA11. VALORES OBSERVADOS DE SEXO VS SBO.**

<b>VALORES OBSERVADOS</b>			
<b>SEXO</b>	<b>CON SBO</b>	<b>SIN SBO</b>	<b>TOTAL</b>
<b>MASCULINO</b>	2	11	13
<b>FEMENINO</b>	0	10	10
<b>TOTAL</b>	2	21	23

**TABLA 12. VALORES ESPERADOS DE SEXO VS SBO.**

<b>VALORES ESPERADOS</b>			
<b>SEXO</b>	<b>CON SBO</b>	<b>SIN SBO</b>	<b>TOTAL</b>
<b>MASCULINO</b>	1.130	11.870	13
<b>FEMENINO</b>	0.870	9.130	10
<b>TOTAL</b>	2	21	23

**TABLA 13. CÁLCULO DE LA PRUEBA DE X<sup>2</sup> DE SEXO VS SBO.**

	<b>FO</b>	<b>FE</b>	<b>FO-FE</b>	<b>(FO-FE)^2</b>	<b>(FO-FE)^2/FE</b>
<b>M.CS</b>	2	1.130	0.870	0.756	0.669
<b>M.SS</b>	11	11.870	-0.870	0.756	0.064
<b>F.CS</b>	0	0.870	-0.870	0.756	0.870
<b>F.SS</b>	10	9.130	0.870	0.756	0.083
<b>TOTAL</b>					1.685

Los grados de libertad (V) son calculados de la siguiente manera:

$$V = (\text{cantidad de filas} - 1) (\text{cantidad de columnas} - 1)$$

$$V = (2-1) (2-1) \quad V = 1$$

Por lo que con 1 grado de libertad y un nivel de significancia de 0.05 se ubica el valor de X<sup>2</sup> en tabla de valores críticos siendo este valor igual a 3.84.

#### 4. Criterios de decisión:

$H_0$  se rechaza si  $X^2_{\text{calculado}}$  es mayor o igual al  $X^2$  de la tabla, con 1 grado de libertad, cuyo valor es: 3.84.

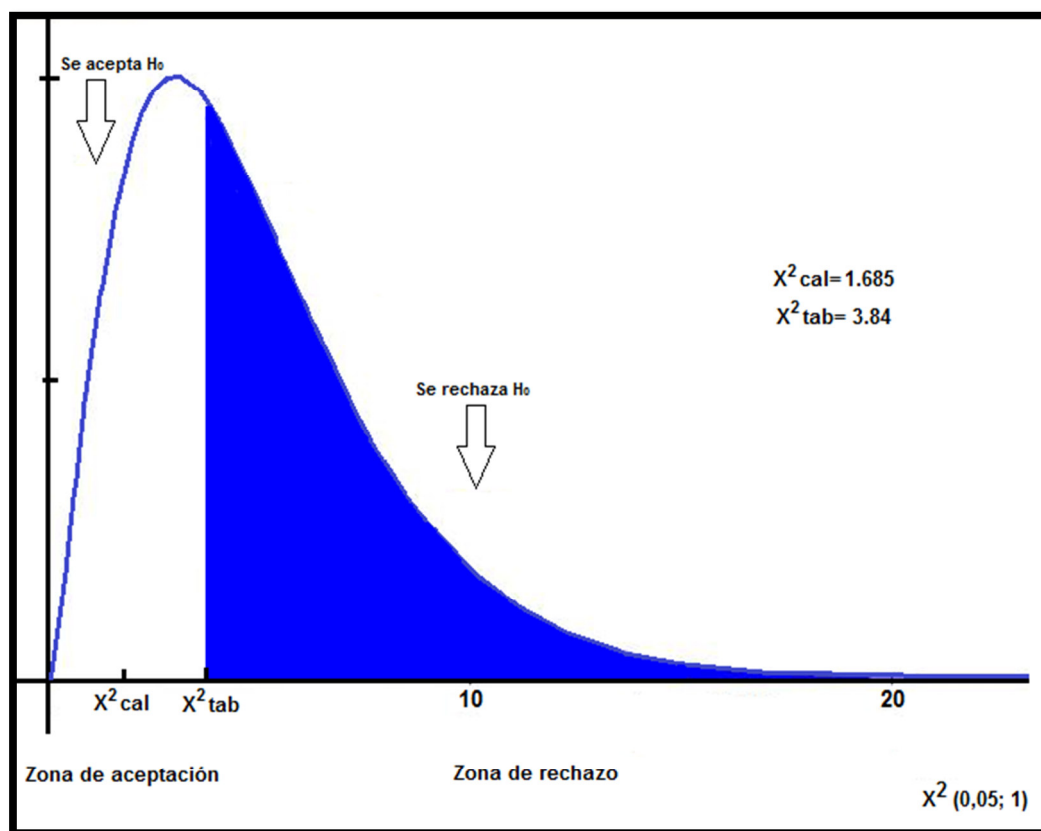
$X^2_{\text{cal}} \geq X^2_{\text{tab}} \rightarrow$  Se rechaza la hipótesis nula

$X^2_{\text{cal}} < X^2_{\text{tab}} \rightarrow$  Se acepta la hipótesis nula

5.  $X^2_{\text{cal}}=1.685$

Por lo tanto:  $X^2_{\text{cal}} < X^2_{\text{tab}} \rightarrow$  Se acepta la hipótesis nula

**GRÁFICO 6. CHI CUADRADO SEXO VS SBO**





## **6. Conclusión:**

Por lo tanto existe evidencia para afirmar que a un nivel de significancia de 0.05, que el sexo de la población estudiada no tiene relación con la presencia del SBO”.

## **EDAD VS SINDROME DE BURNOUT**

Buscamos determinar si hay relación en cuanto a la edad y la presencia del SBO en los médicos residentes de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el año 2015.

De los 23 residentes, se encontró 2 casos de SBO, uno de 33 años y el otro de 35 años. Para poder evaluar la edad, distribuimos a los residentes en cuatro grupos; el grupo 1, de 25 a 29 años; grupo 2, de 30 a 34 años; grupo 3, de 35 a 39 años y el grupo 4, de 40 a 44 años. Mediante la prueba de Xi cuadrado se buscó establecer si el grupo etario del residente tuvo relación con la presencia del SBO.

### **1. Planteamiento de hipótesis:**

Ha: “El grupo etario de la población estudiada tiene relación con la presencia del SBO”

Ho: “El grupo etario de la población estudiada no tiene relación con la presencia del SBO”

2. Nivel de significancia:  $\alpha = 0.05$

3. Estadístico de prueba:  $X^2_{\text{calculado}} = [\sum(O_i - E_i)^2]/E_i$

**TABLA 14.** VALORES OBSERVADOS DE EDAD VS SBO.

VALORES OBSERVADOS			
EDAD	CON SBO	SIN SBO	TOTAL
GRUPO 1	0	8	8
GRUPO 2	1	7	8
GRUPO 3	1	5	6
GRUPO 4	0	1	1
TOTAL	2	21	23

**TABLA 15.** VALORES ESPERADOS DE EDAD VS SBO.

VALORES ESPERADOS			
EDAD	CON SBO	SIN SBO	TOTAL
GRUPO 1	0.696	7.304	8
GRUPO 2	0.696	7.304	8
GRUPO 3	0.522	5.478	6
GRUPO 4	0.087	0.913	1
TOTAL	2	21	23

**TABLA 16. CÁLCULO DE LA PRUEBA DE  $X^2$  EDAD VS SBO**

	<b>FO</b>	<b>FE</b>	<b>FO-FE</b>	<b>(FO-FE)^2</b>	<b>(FO-FE)^2/FE</b>
<b>1.CS</b>	0	0.696	-0.696	0.484	0.696
<b>1.SS</b>	8	7.304	0.696	0.484	0.066
<b>2.CS</b>	1	0.696	0.304	0.093	0.133
<b>2.SS</b>	7	7.304	-0.304	0.093	0.013
<b>3.CS</b>	1	0.522	0.478	0.229	0.438
<b>3.SS</b>	5	5.478	-0.478	0.229	0.042
<b>4.CS</b>	0	0.087	-0.087	0.008	0.087
<b>4.SS</b>	1	0.913	0.087	0.008	0.008
<b>TOTAL</b>					1.483

Los grados de libertad (V) son calculados de la siguiente manera:

$$V = (\text{cantidad de filas} - 1) (\text{cantidad de columnas} - 1)$$

$$V = (4-1) (2-1) \quad V = 3$$

Por lo que con 3 grados de libertad y un nivel de significancia de 0.05 se ubica el valor de  $X^2$  en tabla de valores críticos siendo este valor igual a 7.81

#### **4. Criterios de decisión:**

Ho se rechaza si  $X^2$  calculado es mayor o igual al  $X^2$  de la tabla, con 3 grados de libertad, cuyo valor es: 7.81

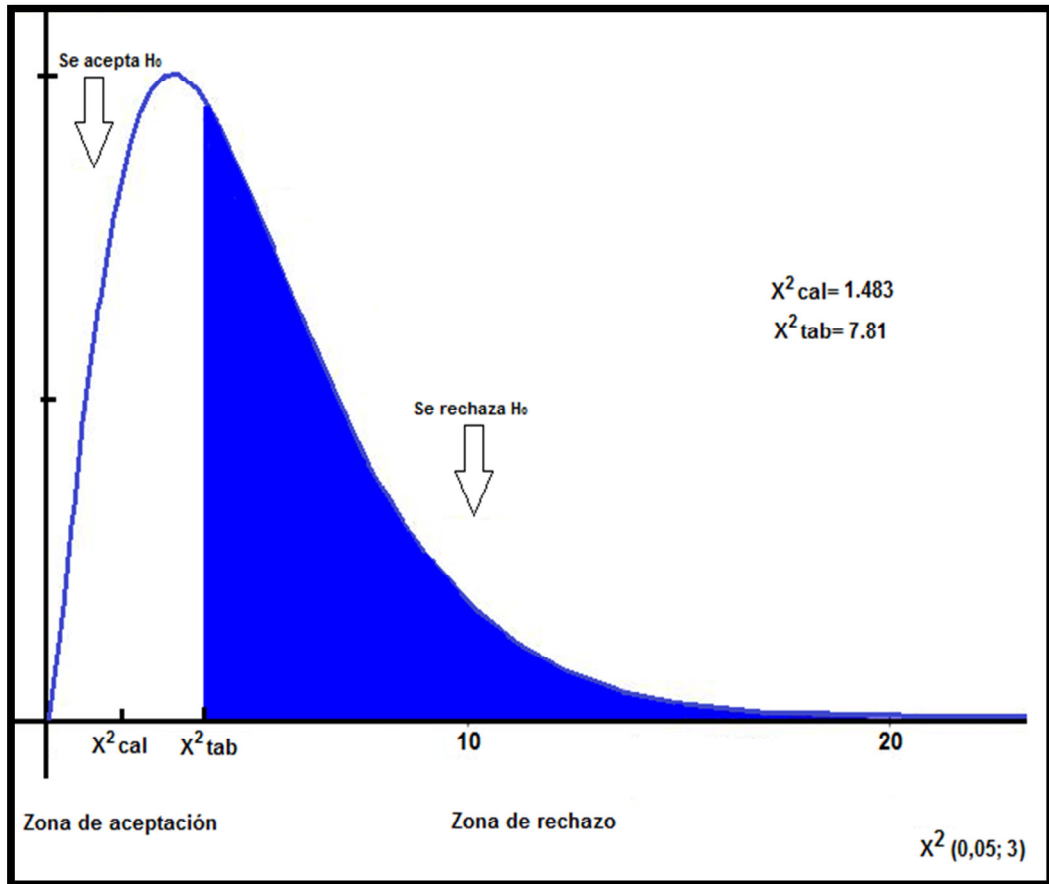
$$X^2_{\text{cal}} \geq X^2_{\text{tab}} \quad \rightarrow \quad \text{Se rechaza la hipótesis nula}$$

$$X^2_{\text{cal}} < X^2_{\text{tab}} \quad \rightarrow \quad \text{Se acepta la hipótesis nula}$$

5.  $X^2_{cal}=1.483$

Por lo tanto:  $X^2_{cal} < X^2_{tab}$  → Se acepta la hipótesis nula

**GRÁFICO 7. CHI CUADRADO EDAD VS SBO**



### 6. Conclusión:

Por lo tanto existe evidencia para afirmar que a un nivel de significancia de 0.05, que la edad de la población estudiada no tiene relación con la presencia del SBO”.

## **AÑO DE RESIDENCIA VS SÍNDROME DE BURNOUT**

Se buscó determinar si había relación en cuanto al año de residencia en que se encuentran y la presencia del SBO en los médicos residentes de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el año 2015.

De los 23 residentes, se encontró 2 casos de SBO, siendo uno de primer año y el otro de segundo. Mediante la prueba de Xi se buscó establecer si el año de residencia tenía relación o no con la presencia del SBO.

### **1. Planteamiento de hipótesis:**

Ha: “El año de residencia de la población estudiada tiene relación con la presencia del SBO”

Ho: “El año de residencia de la población estudiada no tiene relación con la presencia del SBO”

### **2. Nivel de significancia: $\alpha = 0.05$**

### **3. Estadístico de prueba: $X^2_{\text{calculado}} = [\sum(O_i - E_i)^2]/E_i$**

**TABLA17.** VALORES OBSERVADOS DE AÑO DE RESIDENCIA VS SBO.

VALORES OBSERVADOS			
AÑO	CON SBO	SIN SBO	TOTAL
PRIMERO	1	7	8
SEGUNDO	1	5	6
TERCERO	0	9	9
TOTAL	2	21	23

**TABLA 18.** VALORES ESPERADOS DE AÑO DE RESIDENCIA VS SBO.

VALORES ESPERADOS			
AÑO	CON SBO	SIN SBO	TOTAL
PRIMERO	0.696	7.304	8
SEGUNDO	0.522	5.478	6
TERCERO	0.783	8.217	9
TOTAL	2	21	23

**TABLA 19. CÁLCULO DE LA PRUEBA DE X<sup>2</sup>**

**AÑO DE RESIDENCIA VS SBO**

	<b>FO</b>	<b>FE</b>	<b>FO-FE</b>	<b>(FO-FE)^2</b>	<b>(FO-FE)^2/FE</b>
<b>P.CS</b>	1	0.696	0.304	0.093	0.133
<b>P.SS</b>	7	7.304	-0.304	0.093	0.013
<b>S.CS</b>	1	0.522	0.478	0.229	0.438
<b>S.SS</b>	5	5.478	-0.478	0.229	0.042
<b>T.CS</b>	0	0.783	-0.783	0.612	0.783
<b>T.SS</b>	9	8.217	0.783	0.612	0.075
<b>TOTAL</b>					1.483

Los grados de libertad (V) son calculados de la siguiente manera:

$$V = (\text{cantidad de filas} - 1) (\text{cantidad de columnas} - 1)$$

$$V = (3-1) (2-1) \quad V = 2$$

Por lo que con 2 grados de libertad y un nivel de significancia de 0.05 se ubica el valor de X<sup>2</sup> en tabla de valores críticos siendo este valor igual a 5.99

#### **4. Criterios de decisión:**

Ho se rechaza si X<sup>2</sup> calculado es mayor o igual al X<sup>2</sup> de la tabla, con 1 grado de libertad, cuyo valor es: 5.99.

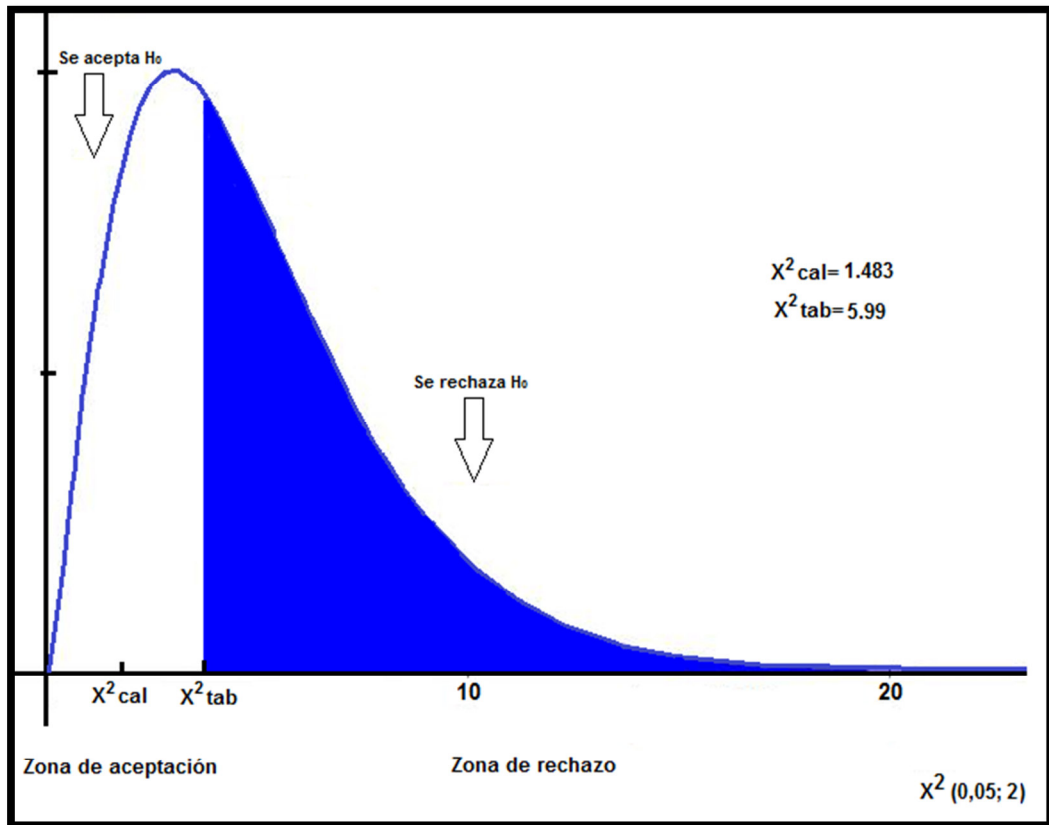
$$X^2_{\text{cal}} \geq X^2_{\text{tab}} \quad \rightarrow \quad \text{Se rechaza la hipótesis nula}$$

$$X^2_{\text{cal}} < X^2_{\text{tab}} \quad \rightarrow \quad \text{Se acepta la hipótesis nula}$$

5.  $X^2_{cal}=1.483$

Por lo tanto:  $X^2_{cal} < X^2_{tab}$  → Se acepta la hipótesis nula

**GRÁFICO 8. CHI CUADRADO AÑO DE RESIDENCIA VS SBO**



**6. Conclusión:**

Por lo tanto existe evidencia para afirmar que a un nivel de significancia de 0.05, que el año de residencia de la población estudiada no tiene relación con la presencia del SBO”.



## 4.2 DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Nuestro estudio se realizó en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, en Lima, Perú. Es un hospital que cuenta con 1 042 camas censables y en él se otorgan 631 658 consultas y se hospitalizan 60 025 pacientes en promedio al año. Se tiene una plantilla de 549 médicos de base, distribuidos en 27 especialidades médicas y quirúrgicas, y 207 médicos residentes de diferentes años, distribuidos en 24 especialidades tanto médicas como quirúrgicas.

Son pocos los estudios en nuestro medio en los que se evalúa la presencia de Burnout desde el inicio de los estudios de posgrado, que es cuando el médico residente tiene contacto directo con su especialidad, su ámbito educativo y laboral, periodo en el que realiza su adaptación tanto en su entorno profesional como personal.

La asignación de los residentes se hace después de que son seleccionados mediante el examen nacional de residencia médica, en el cual deben competir en conocimientos con una gran cantidad de aspirantes inscritos a nivel nacional. Después de eso, para ingresar a las diferentes instituciones se realiza la asignación de plazas por un sistema de mérito de acuerdo a la evaluación de su currículum y la nota obtenida en el examen. Este proceso en ocasiones puede ser muy desgastante.

Otro factor más que se debe considerar es que muchos residentes inician sus estudios de posgrado inmediatamente después de haber terminado su servicio rural y urbano marginal de salud (SERUMS), el cual es un año obligatorio de servicios a la comunidad. Estos procesos podrían tener en conjunto una gran influencia en los cambios en la calidad de vida y en el grado de SBO que encontramos en los residentes, en particular al inicio de la residencia.

Al comenzar la especialidad, el residente de Ginecología y Obstetricia se enfrenta a jornadas largas de trabajo (96 horas por semana en promedio), privación del sueño, estrés, mayores responsabilidades, la exigencia que implica ser médico residente, la competitividad que se da entre los mismos compañeros de especialidad, no tener periodos vacacionales en el primer año, aunado en muchas ocasiones a la necesidad de alejarse de sus familias y lugares de residencia.

Este estudio buscó determinar la prevalencia del SBO en los médicos residentes de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el año 2015.

Al igual que en la presentación de los resultados, se realizó la discusión de éstos en dos partes; la primera, el análisis univariado y la segunda, el análisis bivariado. Presentamos ambas a continuación.

## **ANÁLISIS UNIVARIADO**

### **EDAD**

La edad promedio fue de 31.91 años, siendo la edad mínima 25 y la máxima 42. Una investigación realizada en un hospital general de Lima encontró cifras muy similares, edad promedio  $31 \pm 4.4$  años, siendo la edad mínima 26 y la máxima 48. Estudios similares en médicos residentes latinoamericanos tuvieron un promedio de edad menor al encontrado en esta investigación; en Argentina la edad promedio fue 29 años <sup>(2)</sup> y en México <sup>(18)</sup>, 26.9. En los casos en los que se estudió a los médicos en general, es decir, asistentes más residentes, se halló un promedio de edad superior al nuestro <sup>(4, 35)</sup>.

### **SEXO**

Respecto al sexo 56.52% fueron de sexo masculino y 43.48%, de femenino. En la distribución de esta variable, encontramos estudios en los que predominó el sexo masculino <sup>(8,18)</sup> y otros en los que fue el femenino <sup>(2, 9)</sup>, no siendo este un dato relevante para el estudio del SBO.

### **ESTADO CIVIL**

El 69.57% de los residentes declararon ser solteros y el 30.43% casados y/o convivientes, no hubo divorciados ni viudos. Las investigaciones que se centraron en médicos residentes guardan la misma relación <sup>(8)</sup>; sin embargo,

en los estudios que incluyeron médicos asistentes la relación es inversa, es decir, predominaron los casados <sup>(4)</sup>.

## **AÑO DE RESIDENCIA**

De los 23 residentes que fueron incluidos en la investigación, 8 fueron de primer año; 6, de segundo y 9, de tercero. El año de residencia con menor cantidad de participantes fue el segundo, debido a la salida de varios de estos a rotaciones externas, esta situación también se evidenció en estudios previos. <sup>(2, 26)</sup>

En otros países de Latinoamérica y Europa los años de estudio de la residencia médica son 4, por ello hubo dificultad en la comparación de resultados ya que la difería con la hallada en esta investigación. <sup>(2, 20, 26, 31, 34)</sup>

## **CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS POR AÑO DE RESIDENCIA**

En un estudio realizado en un hospital general del Lima se encontró que la frecuencia de solteros disminuía conforme aumentaba el año de estudio de residencia, hallazgo similar al nuestro. <sup>(7)</sup>

## **SÍNDROME DE BURNOUT**

La medición descrita en el manual del Maslach Burnout Inventory <sup>(12)</sup> define SBO como valores altos de agotamiento emocional y despersonalización, y bajos de realización personal; sin embargo, diversos estudios se basan en

otra definición del síndrome <sup>(20)</sup>, considerando un caso como el que tiene agotamiento emocional alto o despersonalización alta o baja realización personal. Por ello, la prevalencia del síndrome de Burnout varía ampliamente, desde 4.7% <sup>(43)</sup> hasta un 75% <sup>(20)</sup>. Respecto a esta investigación, la prevalencia fue 8.70% (2/23).

Los estudios que utilizaron la medición descrita en el manual del Maslach Burnout Inventory (AE alto + DP alta + RP baja) se encontraron prevalencias de 4.7% (estudio en ginecoobstetras) <sup>(43)</sup> y 7.5% en España <sup>(4)</sup>; Cuba, 6.67% <sup>(40)</sup>; Colombia, 9.1% <sup>(11)</sup>; Estados Unidos, 18% <sup>(21)</sup>; y Argentina, 16% <sup>(28)</sup> y 19.59% <sup>(29)</sup>.

Los estudios que utilizaron la medición en la que se considera uno de las dimensiones alteradas como diagnóstico del síndrome encontraron valores muy superiores en la prevalencia, así tenemos en el Perú, el caso del Hospital Nacional Cayetano Heredia con 51% <sup>(7)</sup> y 54.9% <sup>(8)</sup>; y en otros países se evidenció mayor variación en los valores de la prevalencia como en Argentina, 25% (45% en los residentes de Ginecoobstetricia)<sup>(2)</sup>; Canadá, 70.8% <sup>(9)</sup>; Honduras, 64% <sup>(41)</sup>; México, 35% (44% en residentes clínicos y 20% en quirúrgicos)<sup>(32)</sup> y 43% <sup>(31)</sup> y más del 50% <sup>(39)</sup>; y Estados Unidos, 50% (27% residentes de medicina familiar y 75% residentes de Ginecoobstetricia)<sup>(26)</sup>, 75% <sup>(20)</sup> y 76% (residentes de medicina interna)<sup>(25)</sup>.

Para muchos autores todos los médicos generales, estudiantes de medicina o especialistas en algún momento de sus vidas presentan síntomas de SBO (36).

Respecto a la afección por dimensión, en esta investigación las dimensiones más afectadas fueron el agotamiento emocional y despersonalización, ambas con la misma frecuencia (60.90%), resultados similares se encontraron en Estados Unidos (6, 25), Colombia (11) y Argentina (28-29). Hubo estudios que encontraron una dimensión como la más afectada: agotamiento emocional alto (9, 11, 18, 23, 30, 39-40, 43), despersonalización alta (21, 22, 32, 34) o realización personal baja (24, 33).

Es importante recalcar que en nuestro estudio a pesar de que en solo un residente de primer año se determinó la presencia de Síndrome de Burnout, la gran mayoría, un 75%, presenta niveles altos de despersonalización. Como hemos descrito anteriormente, el residente de primer año que recién empieza la especialidad y que lo ha conseguido luego de múltiples esfuerzos, debe lograr adaptarse en poco tiempo al ritmo laboral, sumado a que son los que tienen mayor contacto directo con los pacientes, resulta sumamente importante el problema que esta dimensión representa.

## **ANÁLISIS BIVARIADO**

### **SEXO VS SÍNDROME DE BURNOUT**

En esta investigación, el sexo de la población estudiada no tiene relación con la presencia del SBO, la mayoría de estudios previos considerados

como antecedentes coinciden en este hallazgo (2, 6, 10, 20, 25-27, 29, 31), sin embargo, también hubo trabajos que hallaron relación entre estas variables (4, 11, 33, 37-38, 41-42).

En la revisión de antecedentes se encontró que en muchos casos buscaron asociar la alteración de cada dimensión con el sexo, así tenemos estudios que encontraron asociación entre ser mujer y estar agotada emocionalmente (34, 40) o ser hombre y tener realización personal baja (21).

### **EDAD VS SINDROME DE BURNOUT**

Al igual que el género, no se halló relación entre la edad y la presencia del SBO, habiendo estudios que nos respaldan (2, 20, 27, 29, 31, 41) y otros que contrastan (4, 35, 37, 42).

### **AÑO DE RESIDENCIA VS SÍNDROME DE BURNOUT**

El año de residencia de la población estudiada no tuvo relación con la presencia del SBO; para esta asociación al igual que los casos anteriores, hubo estudios con resultados similares (2, 20, 29, 31) y resultados opuestos (8, 26).

Otros estudios buscaron asociar la presencia del SBO con otras variables como estado civil (10-11, 24, 26, 42), o relación sentimental estable (35), número de hijos (4, 31, 35, 42), relación con el equipo de trabajo (24, 26), horas de sueño (20), carga laboral (20), etc.

# CAPÍTULO V

## 5.1 CONCLUSIONES

- La prevalencia del Síndrome de Burnout en los médicos residentes de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el año 2015 fue de 8.70% (2/23).
- Las dimensiones más afectadas fueron el Agotamiento Emocional y la Despersonalización ambas con 60.90% (14/23) y la menos afectada la Realización Personal baja con solo 8.70% (2/23) de los casos.
- Respecto a la afectación de cada dimensión por año de residencia; la dimensión más afectada en los residentes de primer año fue la DP con 75% (6/8); en segundo año, el AE con 50% (3/6); en tercer año, el AE y la DP ambas con 66.67% (6/9), cabe resaltar que en tercer año hubo ningún caso de RP baja.
- Exceptuando segundo año (3 hombres, 3 mujeres) de residencia, tanto en el global (13 hombres, 10 mujeres), como en primer (6 hombres, 2 mujeres) y tercer año (6 hombres, 3 mujeres), el sexo predominante fue el masculino.



- El sexo de los médicos residentes de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el año 2015 no tiene relación con la presencia del SBO.
- La edad promedio fue de 31.913, siendo el promedio de edad por año de residencia el siguiente: primer año, 30.13; segundo, 32.17 y tercero, 33.33. Hay una relación directamente proporcional entre el año de residencia y la edad promedio en los sujetos de estudio.
- La edad de los médicos residentes de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el año 2015 no tiene relación con la presencia del SBO.
- Predominó el estado civil soltero con 16 de los participantes, siendo la distribución por año de residencia el siguiente: los 8 residentes de primer año fueron solteros; en segundo año, 3 solteros, 3 casados; y en tercer año, 5 solteros y 4 casados. La relación soltero casado fue de 2.29/1.
- El año de residencia de los médicos de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el año 2015 no tiene relación con la presencia del SBO.

## 5.2 RECOMENDACIONES

- Si bien las frecuencias encontradas no son tan altas como las de diversos estudios, se debería tomar medidas para disminuirlas o en su defecto mantenerlas en ese nivel; esto sólo se logrará conociendo mejor la realidad con investigaciones posteriores, especialmente las de corte longitudinal.
- Si bien la prevalencia es baja, existen niveles muy elevados en DP en quienes no presentan Síndrome de Burnout, esta dimensión con sus signos y síntomas ya representan un problema sanitario el cual debe ser considerado para evitar repercusiones.
- Alrededor del 40% de los médicos residentes poseen puntuaciones moderadas o bajas dentro de las dimensiones, lo que puede hacer suponer que debe haber factores que los protegen a no agotarse; si bien este estudio es descriptivo, sería provechoso que se realicen estudios posteriores donde se identifiquen cuáles son los factores que se asocian a un menor desarrollo del síndrome de Burnout en los médicos residentes de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.
- Las variables sexo, edad y el año de residencia no muestran tener relación con respecto a la presencia del síndrome. Sería importante considerar otras variables como tipo de trabajo, clima laboral competitivo, prolongadas jornadas hospitalarias, pocas horas de sueño, perfiles de personalidad, soporte familiar, coexistencia de otros trastornos psiquiátricos sean estos derivados o no del estrés, entre

otras, siendo beneficioso que estudios posteriores profundicen sobre la relación de estas variables y la presencia del síndrome de Burnout en los médicos residentes de Ginecología y Obstetricia.

- Promover en el servicio de Ginecología y Obstetricia, la formación de grupos de consejerías y/o asesorías para que los residentes puedan canalizar el estrés que se genera cotidianamente en la relación médico-paciente y, además, se pueda detectar de manera temprana la presencia de Síndrome de Burnout.
- Prevenir la instauración o evolución del Síndrome de Burnout trae mejoría no sólo en la calidad de vida de quienes lo padecen, sino también en los pacientes, ya que un médico agotado tiene disminución en su rendimiento laboral, puede cometer mayor cantidad de errores, disminuir su compromiso con el trabajo y por ende con los pacientes, con lo que la relación médico-paciente, tan importante en la profesión, se resquebrajaría. Es debido a esto que se debe de reconocer su presencia y actuar en todas las escalas necesarias.
- Dar a conocer a las autoridades correspondientes del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, los resultados de nuestro estudio para que se tomen las medidas preventivas y correctivas para disminuir la prevalencia de Síndrome de Burnout entre los residentes.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carrillo-Esper R, Gómez K, Espinoza de los Monteros I. Síndrome de Burnout en la práctica médica. *MedIntMex*. 2012, 28(6): 579-584
2. Cáceres Pallavidino GH, Echevarría Avellaneda MF, Ghilarducci de Martínez CG, Pomares DJ. Síndrome de burn-out en médicos residentes del NEA: ¿Cuánto afecta a nuestros futuros especialistas? *Revista de Postgrado de la IVa Cátedra de Medicina*. 2010, 201: 8-17
3. Thomaé M, Ayala E, Sphan M, Stortti M. Etiología y prevención del síndrome de Burnout en los trabajadores de la salud. *Revista de Postgrado de la IVa Cátedra de Medicina*. 2006, 153: 18-21
4. Grau A, Flichtentrei D, Suñer R, Prats M, Braga F. Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de Burnout en personal sanitario hispanoamericano y español. *Rev. Esp. Salud Pública*. 2009, 83(2): 215-230
5. Méndez. A. Síndrome de Burnout en médicos residentes. Ejercicio como estrategia para su disminución. *An. Med (Mex)*. 2001, 56(2): 79-84
6. Thomas N. Resident Burnout. *JAMA*. 2004, 292(23): 2880-2889

7. Jamanca R, Vega C, Zanabria D. Síndrome de Burnout en personal médico del Hospital Nacional Cayetano Heredia. Tesis para optar por el grado de Bachiller. Lima, Perú. Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2007: 26
8. Mariños A, Otero M, Tomateo J, Málaga G. Coexistencia de síndrome de Burnout y síntomas depresivos en médicos residentes. Estudio descriptivo transversal en un hospital nacional de Lima.
9. Bergman B, Ahmad F, Stewart DE. Physician health, stress and gender at a University Hospital. *Journal of Psychosomatic Research*, 54, 171-178, 2003.
10. Arango Agudelo, S. Castaño Castrillon, J. Síndrome de Burnout y factores asociados en estudiantes de I-X semestre de la Facultad de Medicina de la Universidad de Manizales, Colombia 2009. *Archivos de Medicina*. 2010; 10(2). Pag110-126.
11. Borda Pérez, M. Navarro Lechuga, E. Síndrome de Burnout en estudiantes de internado del Hospital Universidad del Norte. *Salud Uninorte*. Barranquilla. 2007; 23(1). Pag43-51.
12. Maslach, C. Understanding Job Burnout. En: Ana María Rossi, Palema L. Perrewé, Steven L. Sauter. *Stress and quality of*

workinglife: Current perspectives in occupational Health. Information Age Publishing; 2006. pp: 37-51

**13.** 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. ArchArgPediatr. 2007; 105 (3): 236-240

**14.** Salanova M, Llorens S. Estudio actual y retos futuros en el estudio del Burnout. Papeles del Psicólogo. 2008, 29(1): 59-67

**15.** Maslach C, Jackson S. Maslach Burnout Inventory. Palo Alto, CA. Consulting Psychologist Press. 1986

**16.** Grunfeld E, Whelan T, Zitzelsberger L, Willian A, Montesanto B, Evans W. Cancer care workers in Ontario: Prevalence of burnout, job stress and job satisfaction. JAMC. 2000; 163 (2): 166-169

**17.** Hernández Gracia TJ, Terán Varela OE, Navarrete Zorrilla DM, León Olvera A. El síndrome de Burnout: Una aproximación hacia su conceptualización, antecedentes, modelos explicativos y de medición. 2007; 3 (5): 50-68

**18.** Prieto-Miranda S, Rodríguez-Gallardo G, Jimenez-Bernardino C, Guerrero-Quintero L. Desgaste profesional y calidad de vida en

médicos residentes. Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc. 2013; 51(5):  
574-579

**19.** Betancur A, Guzmán C, Lema C, Pérez C, Pizarro MC, Salazar S,  
Uribe L, y cols. Síndrome de Burnout en trabajadores del sector salud.  
Rev CES Salud Pública. 2012; 3(2): 184-192

**20.** Fahrenkopf A, Sectish T, Barger L, Sharek P, Lewin D, Chiang V,  
Edwards S y cols. Rates of medication errors among depressed and  
Burntout residents: prospective cohort study. Ann Intern Med. 2002;  
135: 358-367.

**21.** Collier VU, McCue JD, Markus A, Smith L. Stress in medical  
residency: status quo after a decade of reform? Ann InternMed.  
2002;136:384-390.

**22.** Tzischinsky O, Zohar D, Epstein R, Chillag N, LavieP. Daily and early  
burnout symptoms in Israelishift work residents. JHumErgol (Tokyo).  
2001; 30:357-362.

**23.** Campbell DA Jr, Sonnad SS, Eckhauser FE, Campbell KK, Greenfield  
LJ. Burnout among American surgeons. Surgery. 2001; 130:696-702.

- 24.** Belloch GS, Renovel FV, Calabuig AJ, et al. The professional burnout syndrome in resident physicians in hospital medical specialities. *AnMed Interna* 2000; 17(3):118-22.
- 25.** Shanafelt TK, Bradley KA, Wipf JE, et al. Burn-out and self reported patient care in an internal medicine residency program. *Ann InternMed* 2002; 136:358-367.
- 26.** Martini S, Arfken CL, Churchill A, et al. Burnout comparasion among residents in different medical specialities. *AcadPsychiatry* 2004 Fall; 28(3):240-2.
- 27.** Thomas NK. Resident burnout. *Jama* 2004; 292: 2880-2889.
- 28.** Dieringer Y. El Síndrome de Burnout y su impacto en residents de salud de la provincia de Misiones. Tesis de Maestría en Salud Mental. Facultad de Trabajo Social. Universidad Nacional de Entre Ríos (UNER) Inédita.
- 29.** Durante E, Augustovski F, Catsicaris C, Eymann A, Reboiras F, Faingold D, Figari M. El desgaste profesional entre los residentes de un Hospital Universitario en Argentina. VII Conferencia Argentina de Educación Médica, 25 a 27 de Agosto de 2005, Córdoba, Argentina. CAEM 2005 (abstract 122).



- 30.** Guevara C, Henao J, Herrera C. Síndrome del desgaste profesional en médicos internos residentes del Hospital Universitario del Valle en Cali. Colombia Médica, vol. 35, núm 4. 2004.
- 31.** Arana BC. Apoyo social y síndrome de Burnout en los médicos del IMSS. El caso Guadalajara. Revista Mexicana del Trabajo y la Previsión Social, núm. 5, México, pp 257 – 377, 2004.
- 32.** Pérez E. Síndrome de Burnout como factor de riesgo de depresión en médicos residentes, Servicio de Medicina Interna del Hospital Juárez de México. Gaceta médica, vol 138, núm. 2, México pp 124-128, 2005.
- 33.** Ortega CL, Salas R, Correa R. Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en el personal sanitario. Hospital Aquilino. iMed-Pub Journals. 2011; 7(24): 1-7.
- 34.** Atance JC. Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. RevEsp Salud Pública. 1997; 71(3): 293-303.
- 35.** Hernández C, Dickinson M, Fernández M. El síndrome de desgaste profesional Burnout en médicos mexicanos. RevFacMed UNAM. 2008; 51:11-13.
- 36.** Gutiérrez GA, Celis MA, Moreno S, Farias F, Suárez J. Síndrome de burnout. ArchNeurocien. 2006; 11(4): 305-309.

- 37.**Hyman SA, Michaels DM, Berry JM, Schildcrout JS, Mercado ND, Weinger MB. Risk of Burnout in Perioperative Clinicians. *Anesthesiology*. 2011; 114(1): 194-204.
- 38.**Campos V, Córdoba J, Silva L, Rivera DI. Prevalencia de Síndrome de Burnout y sus principales factores de riesgo en fisioterapeutas del municipio de Popayán, 2007. *Ciencias de la salud*. 2008; 10(1): 15-22.
- 39.**Ríos PA, Athié GJ, Martínez RV. Síndrome de Burnout (quemado) en médicos residentes adscritos a hospitales del Grupo Ángeles:HA Clínica Londres, HA Lomas, HA Metropolitano, HA México, HA Mocel y HA Pedregal. *Acta Médica Grupo Ángeles*. Volumen 13, No. 2, abril-junio 2015.
- 40.**Alfonso RS, Ferreira GM, Díaz RC. Síndrome de Burnout en Residentes de Especialidades Médicas. Hospital Central Dr. Emilio Cubas del IPS. *Eureka, Asunción (Paraguay)*, 12(1):25-34.
- 41.**Reyes T, Díaz C, Reyes TA. Prevalencia del Síndrome de Burnout en médicos residentes de los post-gradados de medicina. *Revista Médica de los Postgrados de Medicina UNAH Vol.10 No.1 Enero-Abril 2007 (Suplemento)*.

**42.** Millán GR, Mesén FA. Prevalencia del síndrome de desgaste en médicos residentes costarricenses. Acta méd. costarric. Vol 51 (2), abril-junio 2009.

**43.** Fontán AI, Dueñas DJ. Síndrome de Burnout en los ginecólogos del Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla. ProgObstetGinecol. 2008;51 (9):531-40.

# ANEXOS

## ENCUESTA

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ E° Civil: \_\_\_\_\_ Número de hijos: \_\_\_\_\_  
 Familiares que dependen económicamente de usted: \_\_\_\_\_  
 Vive solo: \_\_\_\_\_ Antes de la residencia vivía en Lima: \_\_\_\_\_  
 Médico Residente: Primer año ( ) Segundo año ( ) Tercer año ( )

**Señale la respuesta que crea oportuna sobre la frecuencia que siente los enunciados:**

- 0: Nunca / Ninguna vez
- 1: Pocas veces al año o menos / Casi nunca
- 2: Una vez al mes o menos / Algunas veces
- 3: Pocas veces al mes / Regularmente
- 4: Una vez por semana / Bastantes veces
- 5: Pocas veces por semana / Casi siempre
- 6: Todos los días / Siempre

	0	1	2	3	4	5	6
Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	Nunca	Pocas veces al año o menos	Una vez al mes o menos	Pocas veces al mes	Una vez por semana	Pocas veces por semana	Todos los días
Me siento cansado al final de la jornada de trabajo	Nunca	Pocas veces al año o menos	Una vez al mes o menos	Pocas veces al mes	Una vez por semana	Pocas veces por semana	Todos los días
Cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar, me siento fatigado	Nunca	Pocas veces al año o menos	Una vez al mes o menos	Pocas veces al mes	Una vez por semana	Pocas veces por semana	Todos los días
Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes	Nunca	Pocas veces al año o menos	Una vez al mes o menos	Pocas veces al mes	Una vez por semana	Pocas veces por semana	Todos los días
Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales	Nunca	Pocas veces al año o menos	Una vez al mes o menos	Pocas veces al mes	Una vez por semana	Pocas veces por semana	Todos los días
Siento que trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo	Nunca	Pocas veces al año o menos	Una vez al mes o menos	Pocas veces al mes	Una vez por semana	Pocas veces por semana	Todos los días
Siento que trato muy eficazmente los problemas de los pacientes	Nunca	Pocas veces al año o menos	Una vez al mes o menos	Pocas veces al mes	Una vez por semana	Pocas veces por semana	Todos los días
Siento que mi trabajo me está desgastando	Nunca	Pocas veces al año o menos	Una vez al mes o menos	Pocas veces al mes	Una vez por semana	Pocas veces por semana	Todos los días
Siento que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en la vida de las personas	Nunca	Pocas veces al año o menos	Una vez al mes o menos	Pocas veces al mes	Una vez por semana	Pocas veces por semana	Todos los días
Siento que me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión	Nunca	Pocas veces al año o menos	Una vez al mes o menos	Pocas veces al mes	Una vez por semana	Pocas veces por semana	Todos los días
Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente	Nunca	Pocas veces al año o menos	Una vez al mes o menos	Pocas veces al mes	Una vez por semana	Pocas veces por semana	Todos los días
Me siento con mucha energía en mi trabajo	Nunca	Pocas veces al año o menos	Una vez al mes o menos	Pocas veces al mes	Una vez por semana	Pocas veces por semana	Todos los días
Me siento frustrado en mi trabajo	Nunca	Pocas veces al año o menos	Una vez al mes o menos	Pocas veces al mes	Una vez por semana	Pocas veces por semana	Todos los días
Siento que estoy trabajando demasiado	Nunca	Pocas veces al año o menos	Una vez al mes o menos	Pocas veces al mes	Una vez por semana	Pocas veces por semana	Todos los días
Siento que realmente no me importa lo que le ocurre a mis pacientes	Nunca	Pocas veces al año o menos	Una vez al mes o menos	Pocas veces al mes	Una vez por semana	Pocas veces por semana	Todos los días
Siento que trabajar directamente con personas me produce estrés	Nunca	Pocas veces al año o menos	Una vez al mes o menos	Pocas veces al mes	Una vez por semana	Pocas veces por semana	Todos los días
Siento que puedo crear fácilmente un clima agradable con mis pacientes	Nunca	Pocas veces al año o menos	Una vez al mes o menos	Pocas veces al mes	Una vez por semana	Pocas veces por semana	Todos los días
Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes	Nunca	Pocas veces al año o menos	Una vez al mes o menos	Pocas veces al mes	Una vez por semana	Pocas veces por semana	Todos los días
Creo que consigo muchas cosas valiosas en mi profesión	Nunca	Pocas veces al año o menos	Una vez al mes o menos	Pocas veces al mes	Una vez por semana	Pocas veces por semana	Todos los días
Me siento acabado	Nunca	Pocas veces al año o menos	Una vez al mes o menos	Pocas veces al mes	Una vez por semana	Pocas veces por semana	Todos los días
Siento que en mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma	Nunca	Pocas veces al año o menos	Una vez al mes o menos	Pocas veces al mes	Una vez por semana	Pocas veces por semana	Todos los días
Siento que los pacientes me culpan por alguno de sus problemas	Nunca	Pocas veces al año o menos	Una vez al mes o menos	Pocas veces al mes	Una vez por semana	Pocas veces por semana	Todos los días