

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

**“SÍNDROME DE BURNOUT Y SU CORRELACIÓN CON LA CALIDAD DE VIDA
EN MÉDICOS RESIDENTES”**

Estudio analítico transversal realizado en las especialidades médico-quirúrgicas
del Hospital General San Juan de Dios, 2019

Tesis

Presentada a la Honorable Junta Directiva
de la Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

**Diana Alejandra García Cantoral
María Fernanda García González
Laura Virginia Gonzalez Cardona
Karla Guisela De León Godoy
Mónica Johanna Polanco Juarez**

Médico y Cirujano

Guatemala, agosto de 2019

El infrascrito Decano y el Coordinador de la Coordinación de Trabajos de Graduación –COTRAG-, de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, hacen constar que:

Las bachilleres:

- | | | | |
|----|---------------------------------|-----------|---------------|
| 1. | DIANA ALEJANDRA GARCIA CANTORAL | 201210106 | 2512174690101 |
| 2. | MARÍA FERNANDA GARCÍA GONZÁLEZ | 201310041 | 2631767890101 |
| 3. | LAURA VIRGINIA GONZALEZ CARDONA | 201310162 | 2565087710101 |
| 4. | KARLA GUISELA DE LEÓN GODOY | 201310311 | 2539186770101 |
| 5. | MÓNICA JOHANNA POLANCO JUAREZ | 201310314 | 2973120730101 |

Cumplieron con los requisitos solicitados por esta Facultad, previo a optar al título de Médico y Cirujano en el grado de licenciatura, y habiendo presentado el trabajo de graduación titulado:

“SÍNDROME DE BURNOUT Y SU CORRELACIÓN CON LA CALIDAD DE VIDA EN MÉDICOS RESIDENTES”

Estudio analítico transversal realizado en las especialidades médico-quirúrgicas del Hospital General San Juan de Dios, 2019

Trabajo asesorado por la Dra. María Elisa Argueta Flores, co-asesorado por Dra. Andrea María Morales Pérez y revisado por la Dra. Aída Guadalupe Barrera Pérez, quienes avalan y firman conformes. Por lo anterior, se emite, firman y sellan la presente:

ORDEN DE IMPRESIÓN

En la Ciudad de Guatemala, el diecinueve de agosto del dos mil diecinueve

Dr. C. César Oswaldo García García

Coordinador



Vo.Bo.
Dr. Jorge Fernando Orellana Oliva
Decano

El infrascrito Coordinador de la COTRAG de la Facultad de Ciencias Médicas, de la Universidad de San Carlos de Guatemala, HACE CONSTAR que las estudiantes:

1.	DIANA ALEJANDRA GARCIA CANTORAL	201210106	2512174690101
2.	MARÍA FERNANDA GARCÍA GONZÁLEZ	201310041	2631767890101
3.	LAURA VIRGINIA GONZALEZ CARDONA	201310162	2565087710101
4.	KARLA GUISELA DE LEÓN GODOY	201310311	2539186770101
5.	MÓNICA JOHANNA POLANCO JUAREZ	201310314	2973120730101

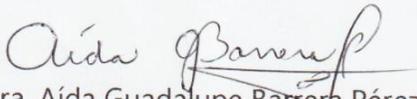
Presentaron el trabajo de graduación titulado:

**"SÍNDROME DE BURNOUT Y SU CORRELACIÓN CON LA CALIDAD DE VIDA
EN MÉDICOS RESIDENTES"**

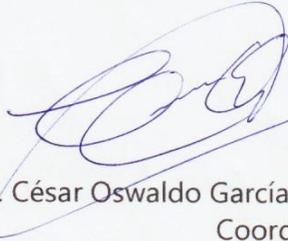
Estudio analítico transversal realizado en las especialidades médico-quirúrgicas
del Hospital General San Juan de Dios, 2019

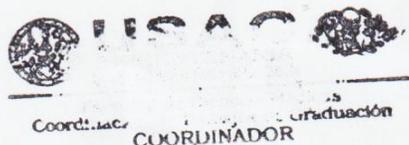
El cual ha sido revisado por la Dra. Aída Guadalupe Barrera Pérez, y al establecer que cumple con los requisitos establecidos por esta Coordinación, se les AUTORIZA continuar con los trámites correspondientes para someterse al Examen General Público. Dado en la Ciudad de Guatemala, a los diecinueve días de agosto del año dos mil diecinueve.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Dra. Aída Guadalupe Barrera Pérez
Profesora Revisora

Aída G. Barrera Pérez
MEDICA Y CIRUJANA
Col. 11506


Vo.Bo.
Dr. César Oswaldo García García
Coordinador



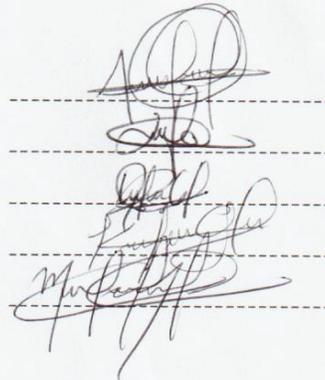
Guatemala, 19 de agosto del 2019

Doctor
César Oswaldo García García
Coordinado de la COTRAG
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala
Presente

Dr. García:

Le informamos que nosotras:

1. DIANA ALEJANDRA GARCIA CANTORAL
2. MARÍA FERNANDA GARCÍA GONZÁLEZ
3. LAURA VIRGINIA GONZALEZ CARDONA
4. KARLA GUISELA DE LEÓN GODOY
5. MÓNICA JOHANNA POLANCO JUAREZ



Presentamos el trabajo de graduación titulado:

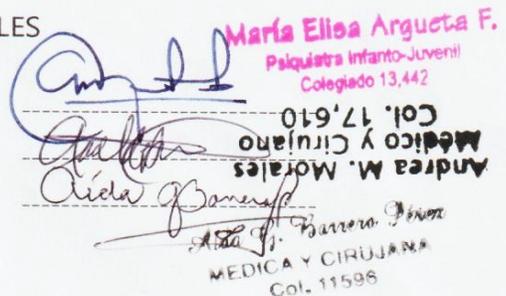
**"SÍNDROME DE BURNOUT Y SU CORRELACIÓN CON LA CALIDAD DE VIDA
EN MÉDICOS RESIDENTES"**

Estudio analítico transversal realizado en las especialidades médico-quirúrgicas
del Hospital General San Juan de Dios, 2019

Del cual el asesor y el revisor se responsabilizan de la metodología, confiabilidad y
validez de los datos, así como de los resultados obtenidos y de la pertinencia de las
conclusiones y recomendaciones propuestas.

FIRMAS Y SELLOS PROFESIONALES

Asesora: Dra. María Elisa Argueta Flores
Co-asesora: Dra. Andrea María Morales Pérez
Revisora: Dra. Aída Guadalupe Barrera Pérez Registro de
personal 20030843



María Elisa Argueta F.
Psiquiatra Infanto-Juvenil
Colegiado 13,442
Col. 17,610
Andrea M. Morales
Médico y Cirujano
Aída G. Barrera Pérez
MEDICA Y CIRUJANA
Col. 11598

ACTO QUE DEDICO

A Dios que en su palabra nos dice “Si a alguno de ustedes le falta sabiduría, pídasela a Dios, y él se la dará, pues Dios da a todos generosamente sin menospreciar a nadie” (Santiago 1:5). Él ha sido esa fuente inagotable de apoyo y sabiduría que me han acompañado en todo este camino.

A mi padre por que en vida me brindaste tu apoyo y amor incondicional, y aún desde el cielo lo sigues haciendo, te amo papi gracias por creer siempre en mí.

A mi madre por ser esa persona incondicional cada etapa de mi vida, me has dado todo aun no mereciéndolo, eres un ejemplo de una mujer trabajadora y luchadora que da todo por sus hijos, te amo mamita.

A mi hermana Alejandra por ser como una segunda madre en mi vida y por ser mi persona favorita en el mundo, siempre has estado ahí cuando he necesitado palabras de aliento y cariño todos los días de mi vida. Sin ti especialmente esto no hubiese sido posible.

A mi hermano Emilio por siempre cuidar de mí y estar presente en cada una de las etapas que he tenido y ser esa fuente de apoyo y cariño incondicional.

Mónica Johanna Polanco Juarez

ACTO QUE DEDICO

A Dios: Por regalarme cada día de vida, por darme la sabiduría y fuerza necesarias para cumplir mis metas. Por protegerme durante todo mi camino y ayudarme a superar obstáculos y dificultades durante este proceso.

A mis padres: Mynor Garcia y Diana Cantoral por ser un ejemplo de perseverancia y motivarme a ser mejor persona. Por todos sus cuidados y amor incondicional. Por tantos desvelos para darnos lo necesario y mucho más para seguir adelante. Por siempre creer en mí, por apoyarme en todo y estar pendiente de todo lo que necesito. Por escucharme ya aconsejarme con sabiduría y paciencia. Por enseñarme a ser trabajadora y no desmayar. Las palabras no son suficientes para demostrar el agradecimiento que tengo hacia ustedes, los amo.

A mi hermana Eli: Por estar siempre pendiente de mí, por ser mi amiga y confidente, por ayudarme a mejorar y crecer como persona, por ser un ejemplo de superación.

A mi hermano Mynor: Por su amor y sus cuidados, por estar conmigo cuando más lo he necesitado, por tenerme paciencia, por tenerme confianza y ser mi amigo.

Diana Alejandra García Cantoral

ACTO QUE DEDICO

A DIOS: Por brindarme las fuerzas para cumplir cada meta de mi vida, por ser mi soporte cada día y por darme el privilegio de devolver a la sociedad un poco de las muchas bendiciones que me ha dado.

A MIS PADRES: Byron y Neida, por su apoyo incondicional en cada etapa de mi vida, por darme el regalo de la educación, por enseñarme sobre trabajo duro y por inspirarme a ser una persona de bien.

A MI HERMANA: Diana, por ser la mejor amiga que la vida pudo darme y demostrarme su apoyo durante toda la carrera.

A MIS AMIGOS: Por compartir este camino difícil pero que, estando juntos, siempre se ha vuelto una gran aventura.

A MIS PACIENTES: Por todas las enseñanzas que tuve a través de ellos y por demostrarme que la medicina, aunque exige muchos sacrificios, siempre trae una recompensa mayor al ayudar a aquellos que más lo necesitan.

Laura Virginia Gonzalez Cardona

ACTO QUE DEDICO

A Dios: Por mostrarme su amor, apoyo y misericordia cada día. Mi vida no sería la misma si Dios.

A mi papá: Horacio, por toda su trabajo, amor y apoyo que me brindó, por enseñarme que se requiere coraje para salir adelante.

A mi mamá: Aracely, por toda su paciencia, amor, y oraciones. Por recordarme la importancia del amor en cada acción.

A mis amigos: Por compartir conmigo cada momento de la carrera.

A mis pacientes: Por tener fe en mí. Darme la oportunidad de orar por ellos y por sus familiares después que dejaban esta tierra, fue el motor para finalizar esta carrera.

María Fernanda García González

ACTO QUE DEDICO

A Dios por bendecirme con este sueño junto con la fuerza para superar los retos y obstáculos que se presentaron durante el camino

A mi mamá por ser mi ejemplo, brindándome su apoyo y amor incondicional que me inspira cada día a ser una buena persona y excelente profesional

A mi hermana por siempre creer en mí, acompañándome y siendo una guía durante los buenos y malos momentos a lo largo de mi vida

A mi familia por alentarme a cumplir cada una de las metas que me propongo haciéndome saber que siempre cuento con su apoyo, amor y lealtad

A mis profesores por sus enseñanzas y por compartir su experiencia durante cada etapa de mi formación profesional

A mis amigos por sus consejos y apoyo en todo momento; por estar para mí en las noches de estudio, turnos y hacer este camino inolvidable.

Karla Guisela de León Godoy

Responsabilidad del trabajo de graduación

El autor o autores es o son los únicos responsables de la originalidad, validez científica, de los conceptos y de las opiniones expresadas en el contenido del trabajo de graduación. Su aprobación en manera alguna implica responsabilidad para la Coordinación de Trabajos de Graduación, la Facultad de Ciencias Médicas y para la Universidad de San Carlos de Guatemala. Si se llegará a determinar y comprobar que se incurrió en el delito de plagio u otro tipo de fraude, el trabajo de graduación será anulado y el autor o autores deberá o deberán someterse a las medidas legales y disciplinarias correspondientes, tanto de la Facultad, de la Universidad y otras instancias competentes.

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar la correlación del síndrome de burnout con la calidad de vida en residentes de posgrado de las especialidades del Hospital General San Juan de Dios durante junio y julio 2019. **POBLACIÓN Y MÉTODOS:** Estudio analítico y transversal realizado con residentes de primero a último año (N=222). Se aplicaron dos instrumentos estandarizados y se realizó análisis univariado de cada uno y bivariado para establecer la correlación entre las variables. **RESULTADOS:** El 55.85% (124) de los participantes son del sexo masculino y el 25.67% (57) son de medicina interna. El 27.47% (61) presenta síndrome de burnout; la mayor proporción se encontró en mujeres 30.61% (30), en las especialidades de medicina interna 42.10% (24) y cirugía general 41.67% (15) y en residentes de segundo año 31.34% (21). La dimensión más afectada del síndrome de burnout fue despersonalización 64.86% (144), seguida de agotamiento emocional 63.51% (141). La media de calidad de vida de los participantes que presentan SB es de 56.14. El dominio más afectado para los que presentan SB es la salud física. Se encontró una correlación negativa baja ($r = -0.39$), a medida que aumenta el puntaje de síndrome de burnout, disminuye el de calidad de vida. **CONCLUSIONES:** Se evidenció alta prevalencia del síndrome de burnout en médicos residentes, afectando principalmente al sexo femenino, a las especialidades medicina interna y cirugía general y a residentes de segundo año, en las dimensiones de despersonalización y agotamiento emocional.

Palabras claves: Síndrome de burnout, calidad de vida, médicos residentes.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. MARCO DE REFERENCIA	3
2.1. Marco de antecedentes	3
2.2. Marco referencial	4
2.3. Marco teórico	26
2.4. Marco conceptual	28
2.5. Marco institucional	29
2.7. Marco legal	30
3. OBJETIVOS	35
3.1. Objetivo general	35
3.2. Objetivos específicos	35
4. HIPÓTESIS	37
4.1. Hipótesis de investigación (Hi)	37
4.2. Hipótesis alternativa (Hi)	37
5. POBLACIÓN Y MÉTODOS	39
5.1. Enfoque y diseño de investigación	39
5.2. Unidad de análisis y de información	39
5.3. Población y muestra	39
5.4. Selección de sujetos a estudio	40
5.1. Definición y operacionalización de las variables	41
5.6. Recolección de datos	44
5.7. Plan de procesamiento y análisis de datos	46
5.8. Alcances y límites de la investigación	59
5.9. Aspectos éticos de la investigación	61
5.9.3. Pautas éticas internacionales para la investigación del CIOMS	61
6. RESULTADOS	67
8. CONCLUSIONES	85
9. RECOMENDACIONES	87
10. APORTES	89
11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	91
12. ANEXOS	99

Anexo 12.1	99
Anexo 12.2	101
Anexo 12.3	105
Anexo 12.4	107
Anexo 12.5	108
Anexo 12.6	113
Anexo 12.7	115
Anexo 12.8	119

1. INTRODUCCIÓN

A lo largo de los años la práctica médica ha cambiado y esto ha propiciado el desarrollo de ambientes hostiles de trabajo, muy demandantes y con altos niveles de estrés que propician a enfermedades psiquiátricas. Dentro de las cuales podemos mencionar, trastornos del ánimo y síndrome de burnout. El síndrome de burnout es un problema de salud que puede afectar a profesionales de salud y ajenos a este campo, sin embargo, los estudios reportan una mayor prevalencia en dicho campo. Así también, existen estudios que evidencian mayor prevalencia de síndrome de burnout en los médicos de países en vías de desarrollo, la cual puede considerarse como consecuencia de un pobre sistema de salud y código de trabajo de cada país. ^{1, 2, 3}

Debido a que Guatemala es un país en vías de desarrollo, la prevalencia de síndrome de burnout ha ido en aumento, por lo que se ha visto la necesidad de realizar investigaciones en previas ocasiones las cuales evidencian alta prevalencia de esta patología en profesionales de salud en los distintos hospitales escuela como el Hospital General San Juan de Dios, Hospital Roosevelt y el Seguro Social. Se han presentado las cifras de prevalencia desde el 41% hasta el 100% dependiendo de la especialidad evaluada. ^{4, 5, 6}

Al ser este un dato alarmantemente alto, se observa la necesidad de conocer las repercusiones que esta patología tiene en la persona afectada en cuanto a calidad de vida. Publicaciones recientes han determinado un vínculo de síndrome de burnout con calidad de vida en sus ámbitos de salud mental, física y su desempeño en el trabajo y académico. Esto es altamente perjudicial para la población atendida por médicos afectados por este síndrome. Estudios realizados en Europa reportan que existe asociación entre síndrome de burnout y aumento de las morbilidades psiquiátricas en el comportamiento de los profesionales. Los médicos residentes en Guatemala son sometidos a jornadas laborales largas de aproximadamente 25 a 36 horas y, en ocasiones, sin oportunidad de descanso. ⁷

Se puede inferir que, debido a todas las razones previamente expuestas, el síndrome de burnout tiene un impacto negativo en el sistema de salud, que se traduce en una disminución de la calidad de vida del afectado, y en el médico se asocia a mayor riesgo de cometer errores, menos productividad, mayor riesgo de abuso de sustancias,

intenciones suicidas, entre otras.^{7,8}

En Guatemala existen estudios que indagan acerca de esta patología y ciertas repercusiones; sin embargo, no hay un estudio que correlacione calidad de vida con la prevalencia de síndrome de burnout. Asimismo, se cuenta solamente con información desactualizada, el más reciente fue del 2016 en el Hospital Roosevelt el cual no incluyó a todas las especialidades médicas.⁴⁶

Por tal motivo, el presente trabajo de graduación responde a la pregunta principal de tesis que plantea definir si existe una correlación estadística del síndrome de burnout con la calidad de vida en médicos residentes de las especialidades del Hospital General San Juan de Dios la cual ha sido evaluada por dos instrumentos el Maslach Burnout Inventory y la encuesta WHOQOL-BREF para determinar la calidad de vida. Para lo cual, se realizó un análisis de datos bivariado descriptivo para establecer correlación estadística entre las variables de estudio mediante el coeficiente de correlación de Pearson.

2. MARCO DE REFERENCIA

2.1. Marco de antecedentes

En el año 2014 la Sociedad Americana de Cirujanos Plásticos de los Estados Unidos realizó un estudio para determinar la incidencia del fenómeno de burnout, los factores de riesgo asociados y el impacto en la calidad de vida. Se evaluó a 482 cirujanos plásticos, de los cuales el 29.7% presentaba Síndrome de burnout y aproximadamente más de una cuarta parte de los mismos presentaba baja calidad de vida⁹.

Así también, en ese mismo año se realizó otro estudio que tenía como objetivo evaluar la empatía de 1,350 estudiantes de medicina y su asociación con el género, la etapa de la escuela de medicina, calidad de vida y síndrome de burnout. Para los estudiantes de género masculino, los niveles personales de estrés se correlacionaron inversamente con la calidad de vida ($r = -0.4$; $p < 0.001$) y la realización personal ($r = -0.3$; $p < 0.001$). En los estudiantes de género femenino se obtuvo una correlación moderada ($r = -0.3$; $p < 0.001$). En general, la calidad de vida se correlacionó con los niveles personales de estrés ($r < 0.3$; $p < 0.05$)¹⁰.

En el año 2016, se publicó un meta-análisis en la revista JAMA cuyo objetivo fue revisar sistemáticamente la literatura de múltiples especialidades quirúrgicas y proporcionar una comprensión completa de la calidad de vida y Burnout. El objetivo del estudio fue delimitar la variación en las tasas de agotamiento y mala calidad de vida, y también aclarar los factores que son comúnmente implicados en estos resultados. Se concluyó que los residentes de distintas especialidades quirúrgicas tienen un mayor riesgo de agotamiento y más probabilidades de reportar una mala calidad de vida con porcentajes altos para burnout del 3% al 7.7% en los participantes, los cuales se dividen en los 3 componentes de burnout con mayor agotamiento emocional del 23% al 56%, despersonalización del 12% al 38.4% y baja realización personal del 10% al 53.8%.¹¹.

Otro estudio realizado en Sudáfrica en el año 2017 tenía como objetivo determinar si hay una relación entre Síndrome de burnout con la calidad de vida en estudiantes de medicina, el cual evidenció que hay asociaciones significativas ($p < 0.001$) entre la subescala de WHOQOL-BREF para la evaluación de calidad de vida y las tres subescalas de MBI, en particular el agotamiento emocional¹².

En ese mismo año, se realizó un estudio en la Universidad de Auckland en los estudiantes de medicina del tercer al quinto año con el objetivo de identificar el Síndrome de burnout y su relación con calidad de vida, a través de la evaluación de aspectos como motivación y logros académicos, determinados por exámenes y pruebas. Se encontró que existe una relación importante ($p= 0.229$) entre el agotamiento y la calidad de vida, motivación académica y logros a lo largo del tiempo. Se demostró una relación inversamente proporcional entre calidad de vida y síndrome de burnout; por lo tanto, a menor burnout mayor calidad de vida y mayor motivación intrínseca y autoeficacia tenían los estudiantes¹³.

En Guatemala fue hasta inicios del siglo XXI que se realizaron los primeros estudios para determinar la prevalencia del síndrome de burnout en los profesionales de la salud. Se ha encontrado en diversas investigaciones de tesis prevalencias hasta del 100% en los médicos residentes, sin embargo, solo una tesis realizada en el 2015 ha estudiado la relación negativa entre el síndrome de y la salud mental ($RP=1.35$; $IC95\%=1.34-2.48$), evidenciando una vez más que existe dicha relación la cual es estadísticamente significativa ($\chi^2= 8.993$; $p: 0.003$).¹⁴

Todos estos estudios recalcan la relación negativa que existe entre el síndrome de burnout y calidad de vida. Asimismo, recientes publicaciones indican que el síndrome de burnout no solo afecta el bienestar del profesional de la salud si no que afecta también la calidad de salud que se brinda a los pacientes. Se ha comprobado que los médicos residentes que padecen de dicho síndrome tienen mayor riesgo de cometer errores en su práctica profesional contribuyendo a una baja calidad de atención a pacientes, mayores tasas de renuncia y baja productividad laboral¹⁵.

2.2. Marco referencial

3.2.1. Definición de síndrome de burnout

El síndrome de burnout también es conocido como síndrome de desgaste profesional, síndrome de sobrecarga emocional, síndrome del quemado o síndrome de fatiga^{16,17}. P. Gil-Monte define a esta patología como: “una respuesta al estrés laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse agotado”.

Sin embargo, la definición más aceptada es la de C. Maslach, que en 1985 definió el burnout como la falta de motivación para involucrarse de manera creativa; estableciéndolo como una manera de sentir, pensar y comportarse ¹⁵.

En el año 2000, OMS la definió como: “un factor de riesgo laboral, debido a su capacidad para afectar la calidad de vida, salud mental e incluso hasta poner en riesgo la vida del individuo que lo sufre” ¹⁶. El burnout afecta 3 componentes del individuo que lo padece, los cuales son: agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal ¹⁷.

2.2.2. Historia

En 1974 Herbert Freudenberger, un psicólogo clínico quien se dedicó a atender víctimas de adicciones nota un síndrome clínico que lo afectaba a él y a sus colegas caracterizado por un deterioro de energía con pérdida de motivación y de compromiso, fatiga, y sentimientos de decepción y resignación ^{18,19,20}. Sin embargo, el uso del término “burnout” tiene sus inicios hace varios siglos pues en 1599 Schaufeli y Buunk citan el caso de la obra “El Peregrino Apasionado” de Shakespeare donde el autor utiliza el término “burned-out love” para referirse a la extinción del amor. Luego en 1969, Bradley describe el concepto de “Staff Burnout” como un riesgo laboral en trabajadores de un programa comunitario dirigido a adolescentes delincuentes y un año después Ginsburg publica “The Problem of the Burnedout executive”²⁰. En el año 2000 La Organización Mundial de la Salud lo declaró un factor de riesgo laboral, pues puede afectar la calidad de vida, salud mental y llegar a poner en riesgo la vida de quien lo padece. A pesar de ello, este síndrome no está incluido en la Clasificación Internacional de enfermedades (CIE-10), ni en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV), ni se incluyó en la nueva versión del Manual de la Asociación Estadounidense de Psicología (DSM-V) ^{16,18}. Gil-Monte introdujo el “síndrome de quemarse en el trabajo” (SQT) en el año 2007 como traducción al español del síndrome de burnout y considera que la causa de éste es una exposición crónica a estrés laboral en personas que trabajan en contacto con los clientes. Según este autor el síndrome consiste en un deterioro cognitivo y afectivo, pérdida de la ilusión del trabajo, baja realización personal, con conductas negativas hacia los usuarios, ocasionalmente suscitando sentimientos de culpa en los afectados²¹.

2.2.3. Epidemiología

Aunque el síndrome de burnout se puede presentar en cualquier persona que se encuentre sometida a estrés crónico, debido a los riesgos psicolaborales, el gremio médico presenta una alta prevalencia de dicho síndrome. El ambiente hospitalario representa altos niveles de presión y cansancio emocional y físico, lo cual predispone y agrava el síndrome de burnout en los facultativos^{20,24}. Por lo tanto, se ha encontrado que los médicos son de los profesionales más afectados por este síndrome²⁰.

Previamente, no existían cantidades considerables de estudios sobre el síndrome de burnout, pero en las últimas décadas, el conocimiento sobre este ha aumentado significativamente viéndose reflejado en el incremento de estudios enfocados al mismo. Diversos estudios reportan una prevalencia mundial del 33 al 50% del síndrome de burnout en médicos¹² e incluso, algunos estudios reportan hasta el 75% de prevalencia del síndrome del quemado en residentes²². A pesar de ser una patología relativamente homogénea, se observa un aumento de las incidencias en los países en vías de desarrollo².

En Guatemala, se han llevado a cabo estudios en los diferentes hospitales-escuela, como el Instituto Guatemalteco Seguridad Social (IGSS), Hospital General San Juan de Dios (HGSJDD) y Hospital Roosevelt, los cuales evidenciaron prevalencia de burnout desde el 41% hasta el 100% en los médicos residentes^{4,5,6}.

Un estudio que se llevó a cabo en Brasil reportó una prevalencia del 36% en los residentes de Oncología. En el Salvador, la prevalencia del síndrome fue del 7,4% para los médicos de cuidados intensivos. En Pernambuco, se encontró solamente un 5.1% en los pediatras y ginecoobstetras²².

Varios estudios reportan mayor incidencia del síndrome de burnout en los residentes de especialidades quirúrgicas en comparación con otras residencias. Según un estudio Brasileño, los residentes de especialidades quirúrgicas tienen el doble de riesgo de desarrollar esta patología psiquiátrica, síndrome de desgaste profesional. La alta incidencia se relaciona con mayor exposición a factores de riesgo en comparación con otras especialidades²². En Guatemala, solamente en el Hospital Roosevelt se ha llevado a cabo

un estudio de tesis que estime la prevalencia de todas las especialidades ⁴.

2.2.4. Etiología

El estrés es el factor más importante para el padecimiento del síndrome de burnout^{16,23}. La Dra. Christina Maslach describe el síndrome como “una experiencia individual que es específica al contexto laboral” ²³.

Sin embargo, se considera a dicha patología como un proceso multicausal, donde factores como el aburrimiento, precariedad económica, sobrecarga laboral, falta de estimulación, desarrollo inconveniente de la carrera profesional, orientación profesional inadecuada, etc. forman parte importante en el desarrollo de burnout^{16,24}. Todas las personas tienen el potencial de padecer el síndrome de burnout pero debe considerarse que las interacciones entre las características personales y las características del entorno pueden causar el síndrome en algunos y así mismo puede no afectar a otros ²³.

Por lo tanto, el Burnout no se considera como un concepto estático sino como un proceso progresivo que se caracteriza por:

- Exposición gradual al desgaste laboral
- Desgaste del idealismo
- Falta de logros⁵

2.2.5. Componentes

Los 3 componentes que definen al síndrome de burnout no se presentan en forma súbita, sino insidiosa. Pueden tener una forma de presentación cíclica, por lo que el individuo, puede experimentar cada uno de los componentes en más de una ocasión; pudiendo presentarse en diversos momentos de su vida ¹⁶.

2.2.5.1 Agotamiento emocional

Es la sensación de sobrecarga emocional; en la que el individuo se percibe cansado y con una carga mayor a la que puede soportar ¹⁵. El individuo percibe pérdida de energía, fatiga y sensación de desgaste ¹⁶.

2.2.5.2. Despersonalización

En las relaciones interpersonales, la respuesta es sin sentimientos ¹⁵.

Esto se genera como respuesta a la necesidad de autoprotección ante los sentimientos negativos como impotencia y frustración ¹⁶.

2.2.5.3 Falta de realización personal

El trabajo que desempeñaba el paciente pierde paulatinamente su valor subjetivo ¹⁶acompañado de sentimientos de incompetencia, ineficacia y autoevaluación negativa con respecto al desempeño ¹⁵.

2.2.6. Factores de riesgo

Los factores de riesgo para el desarrollo de burnout pueden definirse como personales y no personales:

2.2.6.1. Personales

- Edad

La edad se relaciona con la experiencia laboral y la madurez personal ¹⁶. Las personas más jóvenes pueden tener mayor dificultad con el manejo de situaciones estresantes relacionadas con el ambiente laboral, por lo que las personas jóvenes, tienden a presentar mayor incidencia del síndrome del desgaste profesional en comparación con los adultos mayores²². La juventud se considera, por ende, un factor de riesgo, específicamente cuando el individuo tiene menos de 20 años de edad ¹⁶.

- Género

Algunos estudios definen que las mujeres pueden sobrellevar de mejor manera las situaciones que generan conflicto en el ambiente laboral; y, por lo tanto, el género masculino es más propenso a padecer burnout¹⁶. A pesar de esto, algunas bibliografías indican mayor incidencia de burnout en mujeres, 25% más que en los hombres, debido a la alta carga emocional relacionada con el cuidado del hogar asociado a la carga laboral ¹⁵.

- Variables familiares

Las situaciones conflictivas en el ámbito laboral son más difíciles de sobrellevar cuando existen problemas en la dinámica familiar del individuo ¹⁶. Tener hijos se ha relacionado con una mayor prevalencia del síndrome de

burnout, puede estar relacionado con más responsabilidades y, por ende, mayor presión y niveles de estrés ^{16,22}.

- Personalidad

Los individuos con personalidades competitivas, impacientes, exigentes y perfeccionistas, así como las personas con falta de autocontrol personal son propensos a padecer burnout¹⁶.

2.2.6.2. No personales

- Inadecuada formación profesional:

Se observa mayor incidencia y prevalencia del síndrome de burnout cuando existe una relación de conocimientos teóricos excesivos con un escaso entrenamiento práctico ¹⁶.

- Factores laborales o profesionales

Condiciones inadecuadas o deficitarias relacionadas con el entorno laboral y su organización, medio físico y humano, falta de apoyo por equipo de trabajo, salarios bajos y sobrecarga de atribuciones se relacionan directamente con una mayor prevalencia del síndrome de desgaste profesional ¹⁶. La influencia de los supervisores tiene importancia significativa en el desarrollo del Síndrome de burnout. Cuando un individuo no se siente valorado en su ámbito laboral por su equipo de trabajo, se encuentra predispuesto a padecer del síndrome del quemado ²².

Especialmente en el gremio médico, los riesgos psicolaborales que representan altos niveles de estrés predisponen a los facultativos a padecer burnout. Los turnos matutinos y nocturnos y la presión que el oficio médico representa, se consideran factores estresantes importantes ¹⁷. Las jornadas laborales largas de los médicos (más de 60 horas a la semana) se relacionan de manera directa con el síndrome de burnout^{12,16}. De igual manera, la exposición a llamadas constantes e irregulares (2 o más noches durante la semana) se menciona como un factor importante en el desarrollo de este padecimiento ¹⁶. Asimismo, el ambiente hospitalario que se relaciona con presión laboral y cansancio emocional puede ser tanto un factor predisponente como agravante

de dicha patología ¹⁷.

- Factores sociales

La alta exigencia profesional para obtención de prestigio, estatus económico, etc. genera presión y estrés que puede desencadenar el desarrollo de burnout¹⁶.

- Eventos significativos de la vida

Se consideran eventos significativos en la vida de un individuo aquellos que suponen un cambio drástico en el diario vivir, tales como: defunción de familiares, matrimonio o divorcio, nacimiento de hijos ¹⁶. Según un estudio realizado en Brasil, las personas que han sufrido un evento estresante en los seis meses previos, tienen ocho veces más riesgo de desarrollar síndrome de burnout que lo que no han experimentado un evento significativo ²².

- Tiempo dedicado al transporte entre el trabajo y domicilio

El tiempo empleado para el transporte hacia su sitio de destino laboral se toma en consideración dicho aspecto como un factor estresor¹⁵.

2.2.7. Factores protectores

El tiempo de descanso y las actividades de recreación se consideran factores protectores ante el síndrome del quemado. El tiempo de descanso se define como las horas apropiadas de sueño. Las actividades de ocio y tiempo libres son importantes protectores de dicha patología. El tiempo dedicado a la familia o a otras personas son valorados de manera positiva y considerados importantes para disminuir los niveles de estrés y ayudar a manejarlo de mejor manera ¹⁵. Así mismo, el fomento de un buen ambiente laboral con horarios menos extensos y extenuantes, equilibrio entre familia, amigos, trabajo y descanso, proceso de tener expectativas altas pero sujetas a la realidad cotidiana, son factores protectores importantes del profesional ¹⁶.

2.2.8. Presentación clínica

Los síntomas se presentan de manera insidiosa y progresiva en lugar de mostrar una forma de presentación súbita ¹⁶. Gil-Monte distingue dos perfiles en el proceso de desarrollar este síndrome, el perfil 1 se caracteriza por una forma moderada de malestar con baja ilusión al trabajo y desgaste psíquico vinculado al estrés laboral; sin embargo, no

presentan sentimientos de culpa. En el perfil 2 los afectados presentan molestias mayores con manifestación de los síntomas del SQT y además sentimiento de culpa ²¹.

2.2.8.1. Clasificación de los síntomas

- Psicosomáticos: cansancio crónico, trastornos del sueño, tensión muscular, síntomas gastrointestinales, entre otros.
- Emocionales: irritabilidad, dificultad para la concentración, aplanamiento o distanciamiento afectivo.
- Laborales: disminución en la efectividad laboral, mal servicio al cliente por actitud hostil, conflictos laborales.
- De conducta: absentismo laboral, adicciones ⁵.

2.2.8.2. Clasificación del síndrome de burnout según gravedad

La forma de presentación clínica también se puede clasificar según su gravedad en 4 niveles: leve moderada, grave o extremo ^{5,16}.

- Leve

Uno de los primeros síntomas que se presentan en el síndrome de burnout es la dificultad de levantarse por la mañana y se considera como el primer escalón de alarma ⁵. De igual manera, se mencionan otros síntomas leves como cansancio patológico y quejas frecuentes y leves ^{5,16}.

- Moderado

Una persona con burnout se clasifica en el estado moderado cuando presenta distanciamiento o aislamiento, irritabilidad, cinismo, cansancio, aburrimiento, suspicacia, negativismo, miedo, pérdida de la memoria y concentración, cambios de la personalidad, cambios en hábitos de higiene o alimenticios ^{5,16}. La pérdida progresiva del idealismo genera agotamiento emocional, lo cual consecuentemente favorece a los sentimientos de frustración, incompetencia, culpa y autovaloración negativa ⁵.

- Grave

El síndrome de burnout en su forma de presentación grave se caracteriza por síntomas presentes en las formas leves y moderadas, pero con aumento en su intensidad ^{5,16}. Por lo tanto, un individuo con burnout presenta absentismo, abuso de

sustancias, frustración, aislamiento, sentimiento de impotencia, pérdida y fracaso repercutiendo de manera directa en su autoestima. Secundario a la baja autoestima, el individuo puede presentar estados graves de melancolía y tristeza; pudiendo generar, así mismo, estados de neurosis, casos de psicosis, angustia y depresión ⁵.

- Extremo

Es un estado del individuo con grave afectación psiquiátrica manifestando aislamiento franco, ira, colapso, cuadros psiquiátricos e incluso ideas francas de suicidio ^{5,16}.

2.2.8.3 Clasificación del síndrome de burnout según la forma de presentación

Según la predominancia de los síntomas, el síndrome de burnout se puede clasificar como activo o pasivo. El burnout activo tiene un predominio de conducta asertiva, por lo tanto, se puede afirmar que se relaciona principalmente con los factores organizacionales ⁵. Por otro lado el burnout pasivo es la forma de presentación que se caracteriza por una relación importante con factores internos psicosociales que predisponen al individuo a padecer del síndrome de desgaste profesional con predominio de los sentimientos de retirada y apatía ⁵.

2.2.9. Etapas de desarrollo del síndrome de burnout

Las etapas de desarrollo del síndrome de burnout se presentan en forma subsecuente en el siguiente orden:

2.2.9.1 Etapa de idealismo y entusiasmo:

Se define como un estado de hipervalorización de la capacidad profesional y, por ende, altas expectativas personales que impiden que el individuo conozca sus limitaciones, tanto internas como externas. El estado de sobremotivación genera que la persona se involucre demasiado, generando una sobrecarga del trabajo, en muchas ocasiones de forma voluntaria. Cuando el individuo no cumple con sus expectativas y las asignaciones otorgadas, se genera un estado de desilusión ante la realidad ⁵.

2.2.9.2. Etapa de estancamiento

En esta etapa, se pierde el idealismo y el entusiasmo característico de la

etapa anterior. Esto ocurre secundario a notar la irrealidad de sus expectativas, generando una disminución o paralización de las actividades que el individuo llevaba a cabo secundario a frustración ⁵.

2.2.9.3. Etapa de apatía

La fase de apatía se define como la fase central del Síndrome del Quemado. Cuando las actividades del individuo se ven frustradas, se desarrolla falta progresiva de interés y apatía. Consecuentemente, surgen problemas emocionales conductuales y físicos. En esta fase se genera una “tentativa de retirada de la situación frustrante”, por lo que el individuo empieza a presentar faltas al trabajo y a distanciarse de sus compañeros laborales. Durante esta etapa, se pueden presentar renuncias al trabajo y/o profesión ⁵.

2.2.9.4. Etapa de distanciamiento

La frustración crónica del individuo genera distanciamiento emocional y desvalorización profesional. Por lo tanto, el sentimiento de vacío del individuo lo impulsa a actuar en respuesta al miedo ante perder el puesto de trabajo o profesión; y no impulsados por motivaciones, idealismo, entusiasmo o satisfacción. El individuo evita desafíos e involucrarse más en su ocupación, y solamente permanece en él por compensaciones, como el sueldo ⁵.

El dominio de salud mental y su relación con la prevalencia de síndrome de burnout se encuentra ampliamente estudiado; probablemente por la característica psiquiátrica de dicha patología. La sintomatología principal del síndrome de burnout es de carácter psicológico, la cual varía en intensidad según la gravedad del síndrome. El padecimiento de burnout puede generar estados de neurosis, casos de psicosis, angustia, depresión, intentos suicidas o ideas francas para llevarlo a cabo.^{5,16} De igual manera, se afirma que el padecimiento de burnout genera deterioro en la relación médico-paciente. Y debido a las frustraciones a nivel personal, familiar y laboral el nivel de afectación psicológica se perjudica.¹⁶

2.2.10. Consecuencias del síndrome de burnout

Existen muchas consecuencias del síndrome de burnout que afectan al individuo en su aspecto psicológico, físico y social ⁵.

La disminución de la iniciativa, enlentecimiento de actividades, estancamiento ponen en riesgo la situación laboral del individuo. Se conoce como “Compassion Fatigue” a la susceptibilidad de desgaste por empatía. Lo cual afecta de manera negativa al trabajador y pone en riesgo la calidad de atención brindada. Asimismo, el individuo con burnout desarrolla una “respuesta silenciosa”, que se caracteriza por la incapacidad del individuo de atender de manera adecuada los pacientes que experimentan experiencias abrumadoras ⁵.

De igual manera, es evidente que existen repercusiones en las relaciones interpersonales, ya sean familiares o con los compañeros de trabajo, secundarios al proceso psicológico que representa padecer síndrome de burnout⁵. El proceso de estrés crónico, fatiga, frustración y fracaso llevan a la persona a padecer de depresión. Si bien, el abuso de sustancias e intentos suicidas se mencionan como parte del proceso característico del burnout, su padecimiento como tal predispone a las personas a dichas actividades nocivas ⁵.

2.2.11. Diagnóstico del síndrome de burnout

El síndrome de burnout ha dado lugar a distintas alteraciones psicológicas y sociales en el individuo, afectando la calidad de vida y bienestar de los trabajadores ¹⁵.

El padecimiento de dicho síndrome es considerado como riesgo laboral, donde recae la importancia de su detección oportuna. Es por esto que se han creado una variedad de instrumentos para su diagnóstico ^{15,20}.

La herramienta más utilizada internacionalmente es el Maslach Burnout Inventory (MBI) creado por Maslach y Jackson en 1981. Ha sido utilizado hasta en el 90% de las investigaciones realizadas sobre este síndrome^{20,15}. La versión original MBI fue creada para trabajadores de servicios humanitarios, pero al descubrir que el síndrome no es exclusivo de estas ocupaciones se realizaron otras versiones del instrumento ¹⁸. Posteriormente, surgen variantes con respecto a la ocupación de la persona que será evaluada, las cuales son:

- Maslach Burnout Inventory–Human Service Survey (MBI-HSS): paraprofesionales de servicios humanos prioritariamente asistenciales.
- Maslach Burnout Inventory–Educators Survey (MBI-ES) dirigido a educadores y la con reemplazo de la palabra pacientes (en el MBI-HSS) por estudiantes.

- Maslach Burnout Inventory-General Survey (MBI-GS) que consiste en una versión que relaciona a la con su trabajo^{15,20}.

Sin embargo, existen distintos métodos como el CBP-R (Cuestionario de Burnout del Profesorado-Revisado), de Moreno-Jiménez, Garrosa y Gonzáles (2000), como opción complementaria al primer test, los cuales son considerados por los autores como alternativa cuando existen dificultades psicométricas del MBI. Este método incluye variables sociodemográficas y factores organizacionales ¹⁵.

Otro método utilizado es el CESQT (Cuestionario para la evaluación del síndrome de Quemarse por el Trabajo) el cual fue creado por Gil – Monte en el 2003 el cual evalúa las dimensiones ilusión por el trabajo, desgaste psíquico, indolencia y culpa, en este se identifican 2 perfiles en cuanto a la evolución del síndrome de quemado. Este test reúne las características psicométricas para poder evaluar adecuadamente la patología por lo que se considera un test fiable ¹⁵.

Existe el cuestionario de Arias que también mide cansancio o desgaste emocional, está constado de 19 preguntas en forma de afirmaciones con respecto a los sentimientos y actitudes del profesional en el momento que se encuentra laborando, adicionalmente tiene una pregunta 20 la cual intenta correlacional el cansancio actual y esta no se suma al resultado obtenido. Esta es evaluada con una escala de Likert la cual es parecida a la que evalúa el MBI ²⁵.

2.2.11.1 MASLACH Burnout Inventory Student Survey (MBI-SS)

Esta escala, que consiste en un cuestionario diseñado para medir el nivel del síndrome de burnout, contiene 22 ítems que evalúan las respuestas del sujeto con relación a su trabajo, sentimientos, emociones, pensamientos y conductas; éstas englobadas en las dimensiones de agotamiento emocional, cinismo y realización personal. Los individuos estudiados deben indicar el nivel de identificación con cada ítem, con punteos de 0 (nunca) a 6 (siempre), siendo éstos: ²⁶

0 = Nunca

1 = Pocas veces al año o menos

2 = Una vez al mes o menos

3 = Unas pocas veces al mes o menos

- 4 = Una vez a la semana
- 5 = Pocas veces a la semana
- 6 = Todos los días

Para confirmar si el síndrome de burnout se encuentra presente en el sujeto a estudio se deben encontrar los siguientes resultados:

- Punteo alto en agotamiento emocional.
- Punteo alto en despersonalización.
- Punteo bajo en realización personal ²⁶

2.2.12. Tratamiento

Más que tratar el síndrome se debe intentar prevenirlo mejorando el contexto ocupacional, organizacional y cultural de los trabajadores, para lo cual se necesita de un trabajo multidisciplinario entre la psicología, sociología, filosofía, biología, economía, epidemiología, etc¹⁵. Es necesario llevar a cabo un conjunto de actividades desarrolladas por las instituciones que son los contratantes o, en todo caso, jefes de los trabajadores o profesionales²⁷.

2.2.12.1. Nivel primario

Estas estrategias o actividades se dirigen a la realización de actividades institucionales que pretendan asegurar una mayor adaptabilidad al entorno por parte de los trabajadores a los requerimientos que cada empresa pueda tener, en términos de cultura, valores, estilo de liderazgo y forma de trabajo, lo cual corresponde al nivel primario ²⁷.

2.2.12.2. Nivel secundario

Con respecto al nivel secundario, estas se dirigen a la realización de actividades de asistencia psicológica y/o psiquiátrica enfocadas en la adquisición y mejora de las técnicas de afrontamiento, de las cuales se explicarán más adelante con el fin de que se puedan modificar los procesos cognitivos y mejorar la calidad de vida de los profesionales, de las cuales se mencionan las siguientes: ²⁷

- Mentoring
Se enfoca en el acompañamiento, soporte y disponibilidad de alguien que

pueda aconsejar al profesional y le pueda facilitar experiencias y habilidades para solucionar problemas laborales ²⁷.

- Autocontrol

El cual consiste en enseñarle al profesional distintas técnicas de autorregulación que ayuden a eliminar las consecuencias del síndrome como, por ejemplo, las excesivas horas de trabajo, delegar actividades que el profesional no tenga que realizar estrictamente ²⁷.

- Estilos de vida saludables

Dentro de los cuales se encuentran, la actividad física, la cual posee efectos tranquilizantes y ansiolíticos, técnicas de auto relajación y entrenamiento para el autocontrol. Todo esto con el fin de reducir la presión y síntomas que se relacionen con estrés laboral y ansiedad ²⁷.

Cabe mencionar que también debe existir participación por parte de la institución, hospital en la cual el profesional labora, ya que debe de implementar acciones dirigidas a realizar cambios organizacionales que permitan gestionar soluciones para los riesgos que ponen en peligro a sus trabajadores a padecer de este síndrome, de las se mencionan a continuación ²⁷.

- Análisis de los lugares de trabajo

Con el fin de establecer cuáles son las actividades designadas al facultativo para poder adecuarlas a las características psicofisiológicas del trabajador que ha sido diagnosticado con síndrome de burnout²⁷.

- Grupos de apoyo

Grupos de apoyo que fomenten el trabajo en equipo para que entre ellos se pueda dar el intercambio de experiencias y las resuelvan de una mejor y objetiva manera ²⁷.

- Horarios

Mejorar la flexibilidad horaria en las empresas o que se apege a los horarios establecidos por el código de trabajo, ya que la mayoría de los profesionales de

salud trabaja hasta 36 horas sin descanso ²⁷.

- Toma de decisiones

Incluir a los profesionales en la toma de decisiones institucionales las cuales beneficien el trabajador ²⁷.

- Afrontamiento del estrés

El estrés es una reacción inespecífica que aparece en el organismo debido al estímulo de factores externos e internos, que tienden a modificar su medio habitual o a comprometer la homeostasis del individuo; pero existen estrategias que pueden reducir sus efectos negativos, mediante el “afrentamiento” ²⁸. El afrontamiento debe ser dirigido al problema, a regular la respuesta emocional y centrado al problema.

2.2.12.4 Prevención y control del burnout

Esta patología provoca pérdidas a nivel personal e institucional, siendo en el nivel personal limitación en su capacidad para un adecuado desempeño de su trabajo, agotamiento emocional por las excesivas cargas de trabajo y horarios extenuantes que aumentan sus niveles de frustración los cuales repercuten en la atención medica que se le brinda a la población tornándose esta deficiente y poco eficaz ²⁸.

Para poder prevenir este síndrome se ha sugerido desde tiempos atrás que se debería de reducir en la medida de lo posible, responsabilidades que puedan sobrecargar a los profesionales por lo que dicha medida está en manos de las instituciones quienes tienen a cargo contratar personal suficiente para que problemas como este no sucedan ²⁸.

El síndrome de burnout influye en la calidad de vida de las personas por lo que si alguien padece del mismo debe llevar un tratamiento integral en el cual el facultativo tratante utilice todas las herramientas que se necesiten para este poder ser atacado por lo que se presenta la siguiente clasificación que aúna todas estas herramientas:

- Estrategias orientadas a nivel individual

Estas están orientadas a ser trabajadas con la personalidad y las capacidades psicológicas del paciente, por lo que distintos autores consideran que el individuo debe ser capaz de saber o advertir las situaciones que le puedan ocasionar síntomas de estrés, cabe mencionar que, aunque el tratamiento individual, puede solucionar el malestar psicológico con situaciones que están bajo el control de la persona; sin embargo, no las que están relacionadas con el entorno. Dentro de estas técnicas se mencionan las siguientes: ²⁸

- Fisiológicas: las cuales se dirigen a mejorar el malestar físico y emocional, las cuales exacerbaban enfermedades psicosomáticas, en la cual podemos enlistar las siguientes: Realizar ejercicio físico moderado, aprender técnicas de relajación y practicar yoga ²⁸.

- Cognitivas: las cuales ayudan al individuo a entender de una mejor manera los problemas que deben ser solucionados y mejorar el uso de los recursos que se poseen. Se menciona en los textos que también es de utilidad actividades que controlen y eliminen los pensamientos negativos que el profesional pueda tener y como método de entrenamiento la inoculación del estrés o modelamiento encubierto en el cual se le prepara al profesional colocándole situaciones estresantes cada vez de un grado de mayor dificultad para que el mismo pueda resolverlo ²⁸.

- Conductuales: dichas estrategias orientan a hacer un cambio en la conducta del profesional garantizando una mejor capacidad de afrontar sus estresores, de estas podemos hablar de actividades que aumenten la asertividad, mejora de habilidades sociales, desarrollo de actividades lúdicas ²⁸.

- Estrategias orientadas a la organización

Idealmente en las instituciones se deberían tomar en cuenta las fuentes potenciales de estrés que sus trabajadores puedan tener, para poder establecer medidas que controlen o disminuyan las repercusiones en la calidad de vida de los mismos y efectos sobre la eficiencia de la institución ²⁸.

Las intervenciones mínimas a realizar sugeridas son algunas de las siguientes:

- Asignación de tareas al personal que este mejor capacitado para desempeñar las mismas.
- Mejora de la comunicación
- Buenas relaciones interdisciplinarias y trabajo en equipo
- Condiciones ambientales de trabajo dignas
- Horarios flexibles
- Tomar en cuenta las opiniones de sus trabajadores en cuanto a toma de decisiones de la institución. ²⁸

- Estrategias sociales

Principalmente estas estrategias están orientadas a que los trabajadores se apoyen entre sí, fomentando el compañerismo entre ellos, separando los ámbitos laborales, familiares y sociales para que la institución y el trabajo no se vea afectado ²⁹.

2.2.13. Calidad de vida

2.2.13.1. Definición

El concepto de calidad de vida gano relevancia en las diferentes áreas del conocimiento después de la segunda guerra mundial. Al finalizar la segunda guerra mundial, en general, la mayoría de personas vivían mucho tiempo pero no necesariamente bien, lo que llevo a muchas disciplinas de la ciencia a estudiar dicho concepto ³⁰.

Los primeros estudios de calidad de vida surgieron en la década de 1930 pero el interés por el estudio de la calidad de vida comenzó a incrementarse a partir de la década de 1960, en respuesta al interés de las sociedades modernas por mejorar las condiciones de vida de los humanos³⁰.

En el contexto de la salud fue hasta la década de 1970 que se introdujo el concepto de calidad de vida como una medida de resultado de salud en el contexto del progreso médico de los pacientes. Al aumentar la expectativa de vida de pacientes con enfermedades agudas que antes no eran curables (como infecciones), o con enfermedades crónicas (tales como diabetes e

hipertensión) que pueden ser correctamente controladas, surge la necesidad de saber cómo vivirían los pacientes durante esos años “adicionales”³¹.

Existen varias definiciones de la calidad de vida, pero la definición más usada es la de la Organización Mundial de la Salud (OMS). En la década de 1980, la OMS para conceptualizar y medir la calidad subjetiva de la vida de un individuo inició un proyecto, donde se elaboraron consultas con especialistas de la medicina y ciencias sociales que representaba tanto a países en desarrollo como desarrollados y se recabó la opinión de personas sanas y enfermas ³².

La OMS definió calidad de vida como la percepción de un individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y los sistemas de valores en los que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones ³³.

Esta definición considera la condición física y psicología del individuo, el nivel de independencia, relaciones sociales, creencias, el ambiente y la cultura. Dicha perspectiva de la calidad de vida tiene dos componentes: es multidimensional y subjetivo. Multidimensional porque considera un amplio contenido de variables y subjetivo porque la calidad de vida solo puede ser comprendida desde la perspectiva de la persona ³⁰.

Es importante hacer la diferencia entre los conceptos de condiciones de vida y calidad de vida. Las condiciones de vida se refieren al nivel socioeconómico, características demográficas e indicadores básicos de la salud. Por otro lado, la calidad de vida se basa en parámetros que se refieren a la percepción subjetiva de los aspectos importantes de la vida de un individuo, que pueden o no coincidir con los indicadores objetivos de las condiciones de vida. Por lo tanto, el contexto cultural es fundamental en la calidad de vida, pues va influir en la forma en que el individuo enfatice como fundamental diferentes aspectos ³¹.

Asociado al desarrollo del concepto de calidad de vida, han convergido las siguientes tendencias: estudios epidemiológicos sobre felicidad y bienestar, búsqueda de indicadores sociales, insuficiencia de medidas de resultado de salud objetivas, satisfacción del cliente, movimiento para humanizar las ciencias de la salud y psicología positiva.³¹

2.2.13.2. Factores determinantes

La calidad de vida se entrelaza con conceptos biológicos y funcionales, como el estado de salud, capacidades y discapacidades; conceptos sociales y psicológicos como estado de bienestar emocional, satisfacción y felicidad; y conceptos económicos.³¹

Se han descrito varios factores que predicen la calidad de vida de un individuo, tales como creencias y espiritualidad, condiciones de vida, el rol que juega en la sociedad y el apoyo social percibido.³⁴ En la Universidad Institucional de Nueva York se realizó una investigación en los estudiantes de Odontología para evaluar su calidad de vida, pues según otros estudios los trabajadores de salud tienden a tener una menor calidad de vida asociado a los horarios extenuantes y una personalidad generalmente perfeccionista con expectativas de logro muy exigentes.³³

Partiendo de estas relaciones, varios autores concluyen que la calidad de vida depende de:^{30,31,34}

- Condición de salud: incluye capacidades y discapacidades

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió, en 1948, salud como un completo estado de bienestar físico, mental y social, y no se refiere únicamente a la ausencia de enfermedad. Esta definición promovió por primera vez que adicional a la salud física y mental, el bienestar social es un componente integral de la salud en general. Por lo tanto, la salud está estrechamente relacionada con el ambiente social y condiciones laborales o factores que lo afecten.³⁵

- Condición psicológica: bienestar emocional, satisfacción y felicidad

La salud mental se define, según La Organización Mundial de la Salud, como un estado de bienestar en el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.³⁶ Un estado de bienestar emocional tiene implicaciones físicas, mentales, sociales y ambientales. Las estrategias para alcanzar el bienestar emocional ayudan a las personas a alcanzar nuevas formas de entender y controlar sus vidas, tanto a nivel individual como colectivo.³⁰

- Estado financiero

El ingreso económico es un factor importante en el desempeño de un trabajador pues se ha demostrado que ingresos bajos se asocian a una menor satisfacción laboral, necesidad de realizar mayores jornadas laborales y a un desempeño deficiente.³⁷ En el año 2006 se realizó una encuesta mundial que mostró una correlación positiva entre el ingreso per cápita y la satisfacción con la calidad de vida.³⁸ Ingresos económicos bajos en padres de niños con enfermedades crónicas influyen negativamente en su calidad de vida de los pacientes.³⁹

- Relaciones sociales

Un correcto desenvolvimiento y formación de relaciones interpersonales necesita de habilidades sociales para iniciar, mantener y terminar relaciones, reconocer el grado de satisfacción o insatisfacción que producen, capacidad de mejorarlas y habilidades comunicativas efectivas.⁴⁰ En el año 2016, Chávez JA realizó un trabajo de tesis del impacto de las relaciones sociales en la calidad del adulto mayor, con el cual evidenció la mejoría de la calidad de vida al aumentar actividades que promuevan interacciones grupales.⁴¹

- Creencias

Las creencias son en el conjunto de valores o creencias personales que rigen el estilo de vida y comportamiento de un individuo. El término espiritualidad responde a interrogantes sobre el significado de la vida y no se limita a creencias o prácticas. La religión es la creencia de la existencia de un poder supernatural, de un creador y controlador del universo quien ha otorgado al hombre una naturaleza espiritual, que continúa existiendo incluso después de la muerte de su cuerpo. Las prácticas religiosas y espirituales fomentan el acercamiento a la felicidad y guían a un propósito en la vida mejorando la realización personal. Existen varios estudios que apoyan la existencia de la relación positiva entre espiritualidad y calidad de vida.³¹

- Cultura

La cultura se refiere a los patrones de comportamiento aprendidos, creencias y valores compartidos por un individuo en un grupo social en particular, formando un conjunto de suposiciones sobre la naturaleza del entorno social y físico y el lugar que el individuo ocupa en él.⁴² La calidad de vida, al estar basada en percepciones subjetivas de aspectos importantes en la vida de un individuo, está fuertemente influida por la cultura de la persona, pues diferentes culturas tienden a enfatizar diferentes aspectos como fundamentales.³¹

2.2 .12.3. Métodos de evaluación

La iniciativa que tuvo la Organización Mundial de la Salud por desarrollar un instrumento para evaluar la calidad de vida surgió por varias razones. En los últimos años se ha ampliado el enfoque de la medición de salud, más allá de los indicadores de salud tradicionales como las tasas de mortalidad y morbilidad, para incluir el impacto de la enfermedad en las actividades cotidianas y estados funcionales o de discapacidades. A pesar de que estas medidas proveen una medida del impacto que causa la enfermedad, no evalúan directamente la calidad de vida, por lo que ésta se ha descrito como “la medida faltante en salud”. Por otro lado, la mayoría de instrumentos para la evaluación de la calidad de vida se han desarrollado

en Estados Unidos o en el Reino Unido y su traducción muchas veces no es satisfactoria además de representar una pérdida de tiempo. Por último, el incremento de la preocupación por erradicar la enfermedad refuerza la necesidad de introducir un elemento humanístico en el cuidado de la salud.

43

Por lo tanto, la OMS tiene la iniciativa, en 1998, de desarrollar un instrumento de uso internacional y en diferentes culturas, para la evaluación de la calidad de vida y así mantener la promoción de un enfoque holístico de la salud y la asistencia sanitaria. Inicialmente fue desarrollado el WHOQOL-100 agrupando 6 dominios y posteriormente el WHOQOL-BREF, una versión corta de 26 preguntas estructurado en cuatro dominios, que resultó ser tan confiable como la versión original de 100 preguntas.^{33,43}

Los cuatro dominios del WHOQOL-BREF son: psicológico, físico, relaciones interpersonales y ambiente, con distintas facetas en cada uno de ellos:

- Físico: actividades cotidianas, dependencia a fármacos, energía y fatiga, movilidad, dolor e incomodidades, sueño y descanso y capacidad laboral.
- Psicológico: Imagen corporal y apariencia, sentimientos negativos, sentimientos positivos, autoestima, espiritualidad, religión y creencias personales, pensamiento, aprendizaje, memoria y concentración.
- Relaciones interpersonales: relaciones personales, apoyo social y actividad sexual.
- Ambiente: recursos financieros, libertad y seguridad física, salud y asistencia social: accesibilidad y calidad, ambiente en el hogar, oportunidades para adquirir nueva información y habilidades, participación y oportunidades de recreación u ocio, entorno físico: contaminación, ruido, tráfico y clima y transporte.⁴³

El WHOQOL-BREF consiste en un cuestionario de 26 preguntas, de las cuales dos son sobre el sentimiento en general de la persona sobre su propia calidad de vida. De las preguntas restantes, siete son sobre salud física, seis sobre salud psicológica, tres sobre relaciones interpersonales y ocho sobre el ambiente, y miden el sentimiento y comportamiento de una persona durante las últimas dos semanas.³⁴

Las opciones de respuesta son en base a una escala de Likert con un el punteo entre uno (raramente, nunca, muy insatisfecho) y cinco (mucho, siempre, muy satisfecho). Las puntuaciones escaladas tienen una dirección positiva, de modo que las puntuaciones más altas indican una mejor calidad de vida.^{33,34}

Al tener completo cada dominio, el punteo entre 4 a 20 se obtiene de cada dominio por separado, siendo un resultado de cuatro el más bajo y de veinte el dominio mejor calificado.³⁴

Los resultados informados para la confiabilidad del cuestionario de fueron medidos por el grupo de la OMS que desarrolló la escala, para ello, se evaluaron 4802 personas de 15 países, 4104 de 13 países y 2369 de 5 países. El Alfa de Cronbach se informó de 0,66 a 0,84 lo que indica una buena consistencia interna.

³⁴

2.3. Marco teórico

Se ha demostrado que la relación del síndrome de burnout con los niveles de calidad de vida es inversamente proporcional. Por lo tanto, se puede afirmar que un mayor puntaje de burnout se relaciona con un menor puntaje en calidad de vida; de igual manera, las personas que presentan niveles más bajos de dicho síndrome han evidenciado una mejor calidad de vida obteniendo niveles más altos en las escalas de medición.^{12,13}

Dentro de la teoría que caracterizan al síndrome de burnout es la “Teoría Cognoscitiva del Yo” la cual toma en cuenta distintas variables como autoconfianza, autoconcepto y autoeficacia lo cual influye en como el individuo percibe la realidad y su entorno. Cuando los sujetos se encuentran en entornos difíciles donde predomina el estrés, escasez de recursos, los sentimientos de eficacia del médico disminuyen al no poder lograr

todas sus metas. Así también plantean que el profesional lograr todas sus metas laborales buscan dar sentido a su vida y entorno.⁴⁴

Como ya se ha mencionado anteriormente, la calidad de vida se relaciona con las percepciones del sujeto con respecto a su salud. Tomando en cuenta el modelo biopsicosocial, la salud es más que el bienestar físico de un individuo. Por lo que la calidad de vida se encuentra afectada por 4 dominios, salud física, salud mental, relaciones interpersonales y ambiente.⁴⁵

Con respecto a la salud física, el síndrome de burnout genera síntomas psicosomáticos tales como el cansancio crónico, trastornos del sueño, tensión muscular, síntomas gastrointestinales, entre otros; afectando el estado físico del individuo de forma negativa y repercutiendo de esta manera en su salud y calidad de vida.^{5,46}

Los síntomas mencionados con consideradas consecuencias del síndrome de burnout; sin embargo, estos a su vez, pueden afectar al individuo y tener repercusiones en la calidad de vida. Pagnin y Queiroz investigaron directamente la influencia del Síndrome de Burnout y los trastornos del sueño con la calidad de vida de los estudiantes de medicina. Se demostró una asociación importante de Burnout y los trastornos del sueño con la salud mental y física del individuo.¹³

En el estudio llevado a cabo en el año 2018, en la Universidad de Free State, se concluyó que existe una asociación significativa entre el ambiente y el Síndrome de Burnout, especialmente en la dimensión de agotamiento emocional.¹³

Ochomogo describe al hecho ser médico residente como un “fenómeno social difícil de comprender”, debido a la implicación de aspectos económicos, jurídicos, políticos, culturales e ideológicos. En el ambiente hospitalario, los riesgos psicolaborales son amplios; la exposición a dichos factores predisponentes tiene repercusiones en la salud física y mental del facultativo.^{17,49} Por lo tanto, se puede afirmar que un factor predictor de Burnout puede ser a su vez ser predictor de bajos índices de calidad de vida.¹¹

Consecuentemente, se puede inferir que la mera exposición a factores de riesgo a padecer Síndrome de Burnout disminuye la calidad de vida del médico; y el padecimiento de dicho síndrome psiquiátrico aumenta exponencialmente esta afectación, disminuyendo progresivamente la calidad de vida del médico residente.

2.4. Marco conceptual

- Agotamiento emocional: se refiere a una sobrecarga emocional y al sentimiento de agotamiento de los propios recursos emocionales y físicos. ^{18,19}
- Calidad de vida: posesión de los recursos necesarios para la satisfacción de las necesidades y deseos individuales, la participación en las actividades que permitan el desarrollo personal y la comparación satisfactoria con los demás. ³⁹
- Cinismo: consiste en la dimensión del contexto interpersonal del Síndrome de burnout. ¹⁸
- Deshumanización: privación de las cualidades, personalidad o espíritu humano. ⁴⁰
- Despersonalización: representa la dimensión del contexto interpersonal y consiste en una respuesta fría, insensible y negativa, dejando sin consideración que las personas a las que se les está dando un servicio también son individuos. ^{15,19}
- Estrés: un factor físico, químico o emocional que causa tensión corporal o mental. ⁴⁰
- Gold Standard: técnica diagnóstica que define la presencia de la condición estudiada con la máxima certeza conocida. ²⁶
- Incidencia: es la medida del número de casos nuevos, llamados casos incidentes, de una enfermedad originados de una población en riesgo de padecerla, durante un periodo de tiempo determinado. ⁴⁷
- Jornada diurna: es la que se ejecuta entre las seis y las dieciocho horas de un mismo día. ⁴⁸
- Jornada nocturna: es la que se ejecuta entre las dieciocho horas de un día y las seis horas del día siguiente. ⁴⁸
- Jornada mixta: es la que se ejecuta durante un tiempo que abarca parte del período diurno y parte del período nocturno. ⁴⁸
- Morbilidad: conjunto de problemas de salud que afectan al bienestar de un grupo de personas determinado. ⁴⁷
- Prevalencia es la medida del número total de casos existentes, llamados casos prevalentes, de una enfermedad en un punto o periodo de tiempo y en una población determinados, sin distinguir si son o no casos nuevos. La prevalencia es un indicador de la magnitud de la presencia de una enfermedad u otro evento de salud en la población. ⁴⁷

- Realización personal: la falta de realización personal representa la dimensión de autoevaluación y se refiere a un sentimiento de incompetencia e insatisfacción y a una evaluación negativa de los logros personales. ^{15,19}
- Sentimiento: vivencias de agrado o desagrado en relación con estímulos externos y son estables, prolongadas y poco intensas, que alternan en la vida diaria en estrecha unión con otros fenómenos (el pensamiento, la expresión mímica y los cambios neurovegetativos), constituyendo el estado de ánimo o tono afectivo.⁴⁹
- Síndrome de burnout: es un síndrome caracterizado por tres dimensiones; agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal.¹⁸

2.5. Marco institucional

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social ofrece 1492 servicios de salud, estructurados en tres niveles de atención. El primer nivel conformado por puestos de salud, el segundo nivel por centros de salud tipo A y B, maternidades cantonales y hospitales de distrito, y el tercer nivel por Hospitales de Área, Centros Integrados, Hospitales Regionales, Hospitales de Referencia Nacional y Hospitales Especializados. De todos estos servicios, en la ciudad de Guatemala únicamente se disponen de dos Hospitales de Referencia Nacional, el Hospital General San Juan de Dios y el Hospital Roosevelt. ⁵⁰

El Hospital General San Juan de Dios cuenta con aproximadamente 3 mil empleados de los cuales 500 son médicos. Cuenta con las siguientes especialidades a cargo de la Universidad San Carlos de Guatemala: Medicina Interna, Anestesiología, Cirugía General, Dermatología, Ginecología Y Obstetricia, Infectología De Adultos, Intensivo Adultos, Intensivo Pediátrico, Nefrología Adultos, Neonatología, Neurocirugía, Neurofisiología Clínica, Neurología De Adultos, Neurología Pediátrica, Ortopedia Y Traumatología, Patología, Pediatría, Psiquiatría Infanto-Juvenil, Radiología E Imágenes Diagnósticas, Urología. ⁵¹

Ofrece atención de Consulta Externa en Pediatría de lunes a viernes en horario de 7:00 a 15:00 horas, Consulta Externa de Adultos de lunes a viernes en horario de 7:00 a 18:00 horas y sábados de 8:00 a 12:00 horas, y Consulta Externa de Ginecoobstetricia de lunes a viernes de 7:00 a 15:00 horas. Asimismo, atiende emergencias las 24 horas del día en el área de Adultos, Pediatría y Ginecoobstetricia, contando con servicios de hospitalización para cada departamento. ⁵¹

2.7. Marco legal

3.7.1. Código de trabajo de Guatemala ⁵²

“Título tercero salario, jornadas y descansos

Capítulo primero salarios y medidas que lo protegen

- ARTÍCULO 89. Para fijar el importe del salario en cada clase de trabajo, se deben tomar en cuenta la intensidad y calidad del mismo, clima y condiciones de vida.

Capítulo tercero jornadas de trabajo

- ARTÍCULO 116. La jornada ordinaria de trabajo efectivo diurno no puede ser mayor de ocho horas diarias, ni exceder de un total de cuarenta y ocho horas a la semana.

La jornada ordinaria de trabajo efectivo nocturno no puede ser mayor de seis horas diarias, ni exceder de un total de treinta y seis horas a la semana.

- ARTÍCULO 117. La jornada ordinaria de trabajo efectivo mixto no puede ser mayor de siete horas diarias ni exceder de un total de cuarenta y dos horas a la semana. Jornada mixta es la que se ejecuta durante un tiempo que abarca parte del período diurno y parte del período nocturno. No obstante, se entiende por jornada nocturna la jornada mixta en que se laboren cuatro o más horas durante el período nocturno.

- ARTÍCULO 118. La jornada ordinaria que se ejecute en trabajos que por su propia naturaleza no sean insalubres o peligrosos, puede aumentarse entre patronos y trabajadores, hasta en dos horas diarias, siempre que no exceda, a la semana, de los correspondientes límites de cuarenta y ocho horas, treinta y seis horas y cuarenta y dos horas que para la jornada diurna, nocturna o mixta determinen los dos Artículos anteriores.

- ARTÍCULO 119. La jornada ordinaria de trabajo puede ser continua o dividirse en dos o más períodos con intervalos de descansos que se adopten racionalmente a la naturaleza del trabajo de que se trate y a las necesidades del trabajador. Siempre que se pacte una jornada ordinaria continua, el trabajador tiene derecho a un descanso mínimo de media hora dentro de esa jornada el que debe computarse como tiempo de trabajo efectivo.

- ARTÍCULO 120. Los trabajadores permanentes que por disposición legal o por acuerdo con los patronos laboren menos de cuarenta y ocho horas a la semana, tienen derecho de percibir íntegro el salario correspondiente a la semana ordinaria diurna.
- ARTÍCULO 121. El trabajo efectivo que se ejecute fuera de los límites de tiempo que determinan los Artículos anteriores para la jornada de ordinaria, o que exceda del límite inferior que contractualmente se pacte, constituye jornada extraordinaria y debe ser remunerada por lo menos con un cincuenta por ciento más de los salarios mínimos o de los salarios superiores a estos que hayan estipulado las partes.
- ARTÍCULO 122. Las jornadas ordinarias y extraordinarias no pueden exceder de un total de doce horas diarias, salvo casos de excepción muy calificados que se determinen en el respectivo reglamento o que por siniestro ocurrido o riesgo inminente, peligren las personas, establecimientos, máquinas, instalaciones, plantíos, productos o cosechas y que, sin evidente perjuicio, no sea posible sustituir a los trabajadores o suspender las labores de los que estén trabajando.
Se prohíbe a los patronos ordenar o permitir a sus trabajadores que trabajen extraordinariamente en labores que por su propia naturaleza sean insalubres o peligrosas.”

“Capítulo cuarto descansos semanales, días de asueto y vacaciones anuales

- ARTÍCULO 126. Todo trabajador tiene derecho a disfrutar de un día de descanso remunerado después de cada semana de trabajo. La semana se computará de cinco a seis días según, costumbre en la empresa o centro de trabajo.
- ARTÍCULO 128. En las empresas en las que se ejecuten trabajos de naturaleza muy especial o de índole continua, según determinación que debe hacer el reglamento, o en casos concretos muy calificados, según determinación de la Inspección General de Trabajo, se puede trabajar durante los días de asueto o de descanso semanal, pero en estos supuestos el trabajador tiene derecho a que, sin perjuicio del salario que por tal asueto o descanso semanal se le cancele el tiempo trabajado, computándosele como trabajo extraordinario.”⁴⁸

2.7.2. Constitución de la república de Guatemala

“Sección séptima salud, seguridad y asistencia social

- ARTÍCULO 94.- Obligación del Estado, sobre salud y asistencia social. El Estado velará por la salud y la asistencia social de todos los habitantes. Desarrollará, a través de sus instituciones, acciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, coordinación y las complementarias pertinentes a fin de procurarles el más completo bienestar físico, mental y social.
- ARTÍCULO 95.- La salud, bien público. La salud de los habitantes de la Nación es un bien público. Todas las personas e instituciones están obligadas a velar por su conservación y restablecimiento.”

“Trabajo

- ARTÍCULO 102.- Derechos sociales mínimos de la legislación del trabajo. Son derechos sociales mínimos que fundamentan la legislación del trabajo y la actividad de los tribunales y autoridades:

G. La jornada ordinaria de trabajo efectivo diurno no puede exceder de ocho horas diarias de trabajo, ni de cuarenta y cuatro horas a la semana, equivalente a cuarenta y ocho horas para los efectos exclusivos del pago del salario. La jornada ordinaria de trabajo efectivo nocturno no puede exceder de seis horas diarias, ni de treinta y seis a la semana. La jornada ordinaria de trabajo efectivo mixto no puede exceder de siete horas diarias, ni de cuarenta y dos a la semana. Todo trabajo efectivamente realizado fuera de las jornadas ordinarias, constituye jornada extraordinaria y debe ser remunerada como tal. La ley determinará las situaciones de excepción muy calificadas en las que no son aplicables las disposiciones relativas a las jornadas de trabajo.

Quienes por disposición de la ley por la costumbre o por acuerdo con los empleadores laboren menos de cuarenta y cuatro horas semanales en jornada diurna, treinta y seis en jornada nocturna, o cuarenta y dos en jornada mixta, tendrán derecho a percibir íntegro el salario semanal.

H. Derecho del trabajador a un día de descanso remunerado por cada semana ordinaria de trabajo o por cada seis días consecutivos de labores. Los días de asueto reconocidos por la ley también serán remunerados;

J. Obligación del empleador de otorgar cada año un aguinaldo no menor del ciento por ciento del salario mensual, o el que ya estuviere establecido si fuere mayor, a los trabajadores que hubieren laborado durante un año ininterrumpido y anterior a la fecha del otorgamiento. La ley regulará su forma de pago. A los trabajadores que tuvieran menos del año de servicios, tal aguinaldo les será cubierto proporcionalmente al tiempo laborado;

U. El Estado participará en convenios y tratados internacionales o regionales que se refieran a asuntos de trabajo y que concedan a los trabajadores mejores protecciones o condiciones. En tales casos, lo establecido en dichos convenios y tratados se considerará como parte de los derechos mínimos de que gozan los trabajadores de la República de Guatemala.”

“Sección novena

Trabajadores del estado

ARTÍCULO 107.- Trabajadores del Estado. Los trabajadores del Estado están al servicio de la administración pública y nunca de partido político, grupo, organización o persona alguna.

ARTÍCULO 108.- Régimen de los trabajadores del Estado. Las relaciones del Estado y sus entidades descentralizadas o autónomas con sus trabajadores se rigen por la Ley de Servicio Civil, con excepción de aquellas que se rijan por leyes o disposiciones propias de dichas entidades.

Los trabajadores del Estado o de sus entidades descentralizadas autónomas que por ley o por costumbre reciban prestaciones que superen a las establecidas en la Ley de Servicio Civil, conservarán ese trato.”⁵²

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo general

- 3.1.1 Determinar la correlación del síndrome de burnout con la calidad de vida en los residentes de posgrado de las especialidades del Hospital General San Juan de Dios durante los meses de junio y julio 2019.

3.2. Objetivos específicos

- 3.2.1. Establecer la proporción del síndrome de burnout en los médicos residentes del Hospital General San Juan de Dios según sexo, especialidad y año de residencia.
- 3.2.2. Indicar la dimensión más afectada de los tres criterios que definen el Síndrome de burnout.
- 3.2.3. Determinar el dominio de la calidad de vida más afectado en los residentes con burnout.
- 3.2.4. Calcular la correlación del síndrome de burnout con la calidad de vida de los médicos residentes.

4. HIPÓTESIS

4.1. Hipótesis de investigación (Hi)

Existe correlación entre la presencia del síndrome de burnout y la calidad de vida en los médicos residentes de las especialidades del Hospital General San Juan de Dios.

4.2. Hipótesis alternativa (Hi)

4.2.1. Hipótesis de nulidad (Ho)

No existe correlación entre la presencia del síndrome de burnout y la calidad de vida en los médicos residentes de las especialidades del Hospital General San Juan de Dios.

4.2.2. Hipótesis alternativa (Ha)

Existe correlación entre la presencia del síndrome de burnout y la calidad de vida en los médicos residentes de las especialidades del Hospital General San Juan de Dios.

.

5. POBLACIÓN Y MÉTODOS

5.1. Enfoque y diseño de investigación

5.1.1. Enfoque de investigación

Se utilizó un enfoque cuantitativo.

5.1.2. Diseño de investigación

Para llevar a cabo el estudio, se utilizó un diseño analítico, transversal y observacional.

5.2. Unidad de análisis y de información

5.2.1. Unidad de análisis

Respuestas obtenidas de los instrumentos “Cuestionario resumido de Escala de Calidad de Vida de la OMS” en español (World Health Organization Quality of Life, WHOQOL-BREF) para calidad de vida y el “Cuestionario de Maslach para Burnout” en español (Test Maslach Burnout Inventory, MBI) para el diagnóstico de Síndrome de Burnout.

5.2.2. Unidad de información

Médicos residentes de posgrado de las especialidades del Hospital General San Juan de Dios.

5.3. Población y muestra

5.3.1. Población

Médicos residentes de posgrado del Hospital General San Juan de Dios de primer año hasta Jefe de Residentes de las especialidades de Anestesiología, Cirugía, Dermatología, Ginecología y Obstetricia, Medicina Interna, Neurofisiología Clínica, Patología, Radiología y Traumatología y Ortopedia, durante junio y julio del año 2019 (273 médicos). No se tomaron en cuenta a residentes de Pediatría, debido a que sus autoridades decidieron abstenerse de participar en el estudio por políticas internas del departamento.

5.3.2. Poder estadístico

Haciendo uso del programa Epidat 4.1 se calculó el poder estadístico por medio de la herramienta de validación y predicción del programa, usando la población total de médicos residentes de 277 como tamaño máximo de la muestra y un estimado mínimo de la muestra de 100 con un incremento de 211. Se estableció un nivel de confianza del 95% y un coeficiente de correlación esperado de 0.6. Se dispuso de valores bajos para asegurar que aún con un tamaño de muestra pequeño y un coeficiente de correlación bajo, el nivel de confianza siga siendo adecuado. Con los valores descritos, se obtiene un nivel de confianza del 100%.

5.4. Selección de sujetos a estudio

5.4.1. Criterios de inclusión

- Médicos residentes, hombres y mujeres, de las especialidades en el Hospital General San Juan de Dios.
- Médicos residentes que aceptaron responder voluntariamente el cuestionario.
- Médicos residentes que se encontraban ejerciendo su posgrado en las instalaciones del hospital.

5.4.2. Criterios de exclusión

- Médicos residentes de los departamentos que se abstuvieron a participar en el estudio.
- Médicos residentes que se encontraban de vacaciones, de electivo o en su Ejercicio Profesional Supervisado Rural (EPSR).

5.1. Definición y operacionalización de las variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Criterios de clasificación
Sexo	Características fisiológicas y sexuales con las que nacen hombres y mujeres. ⁵⁵	Auto percepción de la identidad sexual durante la entrevista.	Categórica dicotómica	Nominal	Femenino Masculino
Especialidad	Rama de una ciencia, arte o técnica a la que se dedica una persona. ⁵⁵	Especialidad seleccionada en la boleta de recolección de datos.	Categórica policotómica	Nominal	Anestesiología Medicina interna Ginecología y obstetricia Radiología Cirugía Dermatología Patología Traumatología Neurofisiología
Año de especialidad	Año cursado en una Rama de una ciencia, arte o técnica a la que se dedica una persona. ⁵⁵	Año académico seleccionado en la boleta de recolección de datos.	Categórica	Ordinal	Primer año Segundo año Tercer año Cuarto año Jefe de residentes
Síndrome de Burnout	La presencia de agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal. ²²	Puntuación alta en agotamiento emocional y despersonalización y baja en realización personal.	Categórica dicotómica	Nominal	Sí No

(Continúa)

(Continuación)

Macro variable	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Criterios de clasificación
Dimensiones del SB	Cansancio o agotamiento	Se refiere a la depleción y pérdida de recursos emocionales. ²²	Puntuación obtenida al sumar los ítems 1,2,3,6,8,13,14,16,20 del cuestionario Maslach	Cuantitativa discreta	Razón	Punteo de 0 a 54
	Despersonalización	Es el desarrollo de actitudes negativas de insensibilidad y de cinismo hacia otras personas. ²²	Puntuación obtenida al sumar los ítems 5, 10, 11, 15,22 del cuestionario Maslach.	Cuantitativa discreta	Razón	Punteo de 0 a 30
	Abandono o falta de realización personal	Se refiere a la disminución del sentimiento de capacidad y logro laboral. ²²	Puntuación obtenida al sumar los ítems 4,7,9,12,17,18,19,21 del cuestionario de Maslach.	Cuantitativa discreta	Razón	Punteo de 0 a 48
Calidad de vida		Percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas e inquietudes. ³⁴	Suma de los 4 dominios de calidad de vida sobre 100 puntos del WHOQOL-BREF	Cuantitativa discreta	Razón	A mayor puntaje, mejor calidad de vida
Dimensiones de calidad de vida ⁴⁷	Salud física	Bienestar del cuerpo y el óptimo funcionamiento del organismo de los individuos. ⁵⁵	Puntuación obtenida de los ítems 3, 4, 10, 15, 16, 17, 18 del cuestionario de WHOQOL-BREF	Cuantitativa discreta	Razón	A mayor puntaje, mejor calidad de vida

(Continúa)

(Continuación)

Macro variable	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Criterios de clasificación
Dimensiones de calidad de vida ⁴⁷	Salud mental	Estado de bienestar que permite a los individuos realizar sus habilidades, afrontar el estrés, trabajar de manera productiva y fructífera. ⁵⁵	Puntuación obtenida de los ítems 5, 6, 7, 11, 19, 26 del cuestionario de WHOQOL-BRE	Cuantitativa discreta	Razón	A mayor puntaje, mejor calidad de vida
	Bienestar de relaciones interpersonales	Las relaciones interpersonales componen un conjunto de juicios para alcanzar el conocimiento de las personas en el entorno. ⁴⁵	Puntuación obtenida de los ítems 20, 21, 22 del cuestionario de WHOQOL-BRE	Cuantitativa discreta	Razón	A mayor puntaje, mejor calidad de vida
	Bienestar en el ambiente	Contar con un entorno en el cual se estimule el desarrollo personal y social, teniendo la oportunidad de ser uno mismo, de estar con otras personas, amigos, familia, compañeros o colegas de trabajo. ⁴⁵	Puntuación obtenida de los ítems 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25 del cuestionario de WHOQOL-BRE	Cuantitativa discreta	Razón	A mayor puntaje, mejor calidad de vida

5.6. Recolección de datos

5.6.1. Técnica

Para la recolección de datos se aplicó un instrumento de autollenado que consta de 3 apartados: datos generales, la encuesta MBI para diagnóstico de SB y la encuesta WHOQOL-BREF para determinar la calidad de vida (ver anexo 8.5)

5.6.2. Procesos

Para el proceso de realización de esta investigación siguieron las fases enumeradas a continuación:

- Autorización del protocolo por parte de la Coordinación de Trabajos de Graduación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, del Comité de Ética del Hospital General San Juan de Dios, Jefes de Departamento de cada especialidad participante, Jefe de Residentes
- Con las autorizaciones requeridas, se solicitó al Jefe de Residentes de cada especialidad la posibilidad de proporcionar los instrumentos de investigación en el salón de clases de cada departamento después de la clase de posgrado. La fecha se anunció en la cartelera de cada departamento para que los residentes estuviesen enterados del día y hora de la actividad con al menos 3 días de anticipación.
- El día establecido para la cita en cada departamento, se esperó a que finalizara la clase de posgrado. Se indicó a los médicos residentes la finalidad del estudio y el tiempo requerido para su participación, aproximadamente 25 minutos. Al finalizar la breve introducción, se dio tiempo para que los que no deseaban participar del estudio se retiraran.
- Con los residentes que deseaban participar, se procedió a dar una explicación de aproximadamente 5 minutos de aspectos relacionados con su participación. se hizo entrega de la hoja de información y del consentimiento informado (anexos 8.3 y 8.4). Se dieron de 5-10 minutos para que los residentes leyeran y firmaran si estaban de acuerdo con ser parte del estudio o de lo contrario se retiraran del salón.
- Se hizo entrega de una copia de la boleta de recolección de datos a cada participante (Ver Anexo 8.5). En aproximadamente 15-20 minutos, los médicos residentes completaron la boleta de recolección de datos autoaplicable.

- Se brindó apoyo a los participantes para solventar dudas durante la resolución de las encuestas.
- Por último, se recogieron las boletas. Se indicó el envío de los resultados individuales a correos electrónicos personales y se dieron palabras de agradecimiento para dar por despedida la actividad.

5.6.3. Instrumentos

Para determinar la presencia del síndrome de burnout en la población se utilizó la adaptación española del “Cuestionario de Maslach para Burnout (MBI)” (ver anexo 8.1), creado y validado por Maslach y Jackson en 1981. Ha sido utilizado hasta en el 90% de las investigaciones realizadas sobre este síndrome.^{20,15} Es considerado el instrumento con la máxima fiabilidad para diagnosticar dicho síndrome, es autoaplicable, consta de 22 preguntas que evalúan las 3 dimensiones que integran el síndrome y requiere de un tiempo aproximado de 15 minutos para ser contestado. El resultado positivo para SB se obtiene al presentar puntuaciones patológicas en cada dominio, las cuales son ²⁶:

- Agotamiento emocional ≥ 27 puntos
- Despersonalización ≥ 10 puntos
- Realización personal ≤ 33 puntos.

Para determinar la calidad de vida en la población se utilizó la “Escala de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud versión breve (WHOQOL-BREF)”, en idioma español, creada en 1998 con la finalidad de medir la calidad de vida de las personas con base en 4 dominios: Salud física, salud mental, relaciones interpersonales y ambiente (ver anexo 8.2). Es un instrumento de uso internacional y en diferentes culturas, para la evaluación de la calidad de vida.^{33,43} Los resultados informados para la confiabilidad del cuestionario fueron medidos por el grupo de la OMS que desarrolló la escala, para ello, se evaluaron en total 11,272 personas de 33 países. Obteniendo un Alfa de Cronbach de 0.66 a 0.84, que indica una buena consistencia interna.³⁴

El WHOQOL-BREF es autoaplicable, consta de 26 preguntas y produce puntuaciones entre 0 a 100 con relación a cada dominio. La calidad de vida se

obtiene del promedio de los cuatro dominios, tiene la característica de no tener un punto de corte, su interpretación indica que a mayor puntuación existe mejor calidad de vida.³⁴

Para realizar la base de datos y la tabulación se utilizó una hoja de cálculo de Excel. Y para el análisis de datos se utilizó el programa estadístico informático Producto de Estadística y Solución de Servicio, SPSS por sus siglas en inglés; creado en 1968 por IBM. El cual es un programa de análisis estadístico que requiere adquirir una licencia pagada; sin embargo, se obtuvo acceso al período de prueba de 14 días.

5.7. Plan de procesamiento y análisis de datos

5.7.1. Procesamiento de datos

- Se ordenó físicamente los formularios según el número de boleta en forma ascendente para facilitar su ubicación.
- Se asignó de forma equitativa una porción de las boletas a cada estudiante (aproximadamente 44 boletas a cada estudiante) para la resolución de las encuestas y el resultado se escribió en cada boleta.
- Almacenamiento electrónico de la información:
 - ✓ Se realizó una base de datos en el programa de Excel. Para dicha base de datos, cada dato personal, pregunta de las encuestas y sus resultados respectivos son una variable, la cual está representada con un código sin espacios. Todas las respuestas posibles están codificadas, incluyendo aquellas que el participante no haya contestado. Se utilizó la opción de aplicar filtros para facilitar la consulta de información. (ver Tabla 5.2).
 - ✓ Se transfirió la información obtenida de las boletas de recolección de datos a la base de datos de Excel por medio de digitación manual.
- Respaldo de información: se estableció una tabla de Excel en GoogleDocs con los campos a ingresar en la base de datos y cada estudiante agregó los registros de sus boletas asignadas para establecer una copia de seguridad en línea en caso ocurriera un suceso infortunado con las bases personales de cada estudiante. Así mismo, también se almacenaron las boletas físicas por cada estudiante encargada, como referencia en caso surgieran dudas en cuanto a la información electrónica.

- Doble digitación: después de ingresar digitalmente todas las boletas a la base de datos, se intercambiaron las boletas entre las estudiantes para que una segunda digitadora verificara cada boleta. De esta manera se aseguró que no existieran errores de digitación u omisión de datos.
- Verificación de registros: se verificó por medio de filtros que no hubiera campos sin información en los registros. De esta manera se aseguró la falta de respuesta por parte del participante y se descartó que la información no haya sido registrada por la digitadora. También se verificó que el número total de registros correspondiera al número de boletas físicas.
- Correspondencia entre campos de la base de datos y manual de codificación: se verificó que en cada campo no hubiera códigos que no estaban contemplados en el manual de codificación o que sobrepasaran los límites precodificados.
- Poscodificación y categorización de variables: debido a que ambas escalas contenidas en la boleta no cuentan con preguntas abiertas, no se planteó la necesidad de poscodificar o crear nuevas variables o categorías.

Tabla 5.2 Codificación de las variables de los instrumentos de recolección de datos

Macro variable	Variable	Codificación	Categoría	Código
Datos generales	No. De boleta	boleta	Numero de boleta	
	Especialidad	espdad	Anestesiología	1
			Cirugía	2
			Dermatología	3
			Ginecología y Obstetricia	4
			Medicina Interna	5
			Neurofisiología	6
			Patología	7
			Radiología	8
			Traumatología y Ortopedia	9
	Año de residencia	añoder	Primero	1
			Segundo	2
			Tercero	3
			Cuarto	4
			Jefe de residentes	5
Sexo	sexo	Femenino	1	
		Masculino	2	
Cuestionario de Maslach para Burnout	Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado.	psb1	Nunca	0
			Pocas veces al año	1
			Una vez al mes o menos	2
			Unas pocas veces al mes	3
			Una vez a la semana	4
			Unas pocas veces a la semana	5
			Todos los días	6
	Cuando termino mi jornada de trabajo me siento agotado.	psb2	Nunca	0
			Pocas veces al año	1
			Una vez al mes o menos	2
			Unas pocas veces al mes	3
			Una vez a la semana	4
			Unas pocas veces a la semana	5
			Todos los días	6
	Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo.	psb3	Nunca	0
			Pocas veces al año	1
			Una vez al mes o menos	2
			Unas pocas veces al mes	3
			Una vez a la semana	4
			Unas pocas veces a la semana	5
			Todos los días	6
	Siento que puedo entender fácilmente a las personas que tengo que atender.	psb4	Nunca	0
			Pocas veces al año	1
			Una vez al mes o menos	2
			Unas pocas veces al mes	3
Una vez a la semana			4	
Unas pocas veces a la semana			5	
Todos los días			6	
Siento que trato a algunos pacientes como si fueran objetos.	psb5	Nunca	0	
		Pocas veces al año	1	
		Una vez al mes o menos	2	
		Unas pocas veces al mes	3	

			Una vez a la semana	4		
			Unas pocas veces a la semana	5		
			Todos los días	6		
Trabajar con pacientes todos los días me cansa.	psb6		Nunca	0		
			Pocas veces al año	1		
			Una vez al mes o menos	2		
			Unas pocas veces al mes	3		
			Una vez a la semana	4		
			Unas pocas veces a la semana	5		
			Todos los días	6		
		Siento que trato con mucha efectividad los problemas personas a las que tengo que atender.	psb7		Nunca	0
					Pocas veces al año	1
	Una vez al mes o menos			2		
	Unas pocas veces al mes			3		
	Una vez a la semana			4		
	Unas pocas veces a la semana			5		
	Todos los días			6		
Siento que mi trabajo me está desgastando.	psb8		Nunca	0		
			Pocas veces al año	1		
			Una vez al mes o menos	2		
			Unas pocas veces al mes	3		
			Una vez a la semana	4		
			Unas pocas veces a la semana	5		
			Todos los días	6		
Siento que estoy influyendo positivamente en las vidas de otras personas a través de mi trabajo.	psb9		Nunca	0		
			Pocas veces al año	1		
			Una vez al mes o menos	2		
			Unas pocas veces al mes	3		
			Una vez a la semana	4		
			Unas pocas veces a la semana	5		
			Todos los días	6		
Siento que me he hecho más duro con la gente.	psb10		Nunca	0		
			Pocas veces al año	1		
			Una vez al mes o menos	2		
			Unas pocas veces al mes	3		
			Una vez a la semana	4		
			Unas pocas veces a la semana	5		
			Todos los días	6		
Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.	psb11		Nunca	0		
			Pocas veces al año	1		
			Una vez al mes o menos	2		
			Unas pocas veces al mes	3		
			Una vez a la semana	4		
			Unas pocas veces a la semana	5		
			Todos los días	6		
Me siento muy enérgico en mi trabajo.	psb12		Nunca	0		
			Pocas veces al año	1		
			Una vez al mes o menos	2		
			Unas pocas veces al mes	3		
			Una vez a la semana	4		
			Unas pocas veces a la semana	5		
			Todos los días	6		
	psb13		Nunca	0		
		Pocas veces al año	1			

Me siento frustrado por mi trabajo.		Una vez al mes o menos	2
		Unas pocas veces al mes	3
		Una vez a la semana	4
		Unas pocas veces a la semana	5
		Todos los días	6
Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo.	psb14	Nunca	0
		Pocas veces al año	1
		Una vez al mes o menos	2
		Unas pocas veces al mes	3
		Una vez a la semana	4
		Unas pocas veces a la semana	5
		Todos los días	6
Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a las personas a las que tengo que atender profesionalmente.	psb15	Nunca	0
		Pocas veces al año	1
		Una vez al mes o menos	2
		Unas pocas veces al mes	3
		Una vez a la semana	4
		Unas pocas veces a la semana	5
		Todos los días	6
Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa.	psb16	Nunca	0
		Pocas veces al año	1
		Una vez al mes o menos	2
		Unas pocas veces al mes	3
		Una vez a la semana	4
		Unas pocas veces a la semana	5
Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable en mi trabajo.	psb17	Nunca	0
		Pocas veces al año	1
		Una vez al mes o menos	2
		Unas pocas veces al mes	3
		Una vez a la semana	4
		Unas pocas veces a la semana	5
Me siento animado después de haber trabajado íntimamente con quienes tengo que atender.	psb18	Nunca	0
		Pocas veces al año	1
		Una vez al mes o menos	2
		Unas pocas veces al mes	3
		Una vez a la semana	4
		Unas pocas veces a la semana	5
Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.	psb19	Nunca	0
		Pocas veces al año	1
		Una vez al mes o menos	2
		Unas pocas veces al mes	3
		Una vez a la semana	4
		Unas pocas veces a la semana	5
Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades.	psb20	Nunca	0
		Pocas veces al año	1
		Una vez al mes o menos	2
		Unas pocas veces al mes	3
		Una vez a la semana	4

			Unas pocas veces a la semana	5
			Todos los días	6
	Siento que se tratar de forma adecuada los problemas emocionales en el trabajo.	psb21	Nunca	0
			Pocas veces al año	1
			Una vez al mes o menos	2
			Unas pocas veces al mes	3
			Una vez a la semana	4
			Unas pocas veces a la semana	5
			Todos los días	6
	Me parece que los beneficiarios de mi trabajo me culpan de algunos de sus problemas	psb22	Nunca	0
			Pocas veces al año	1
			Una vez al mes o menos	2
			Unas pocas veces al mes	3
			Una vez a la semana	4
			Unas pocas veces a la semana	5
			Todos los días	6
	Sumatoria de cansancio o agotamiento emocional	sumae	Valor entre 0 a 54	
	Resultado de cansancio o agotamiento emocional	ae	Bajo	1
			Medio	2
			Alto	3
	Sumatoria de despersonalización	sumdp	Valor entre 0 a 30	
	Resultado de despersonalización	dp	Bajo	1
			Medio	2
			Alto	3
	Sumatoria de abandono o falta de realización personal	sumrp	Valor entre 0 a 64	
	Abandono o falta de realización personal	rp	Bajo	1
			Medio	2
			Alto	3
	Sumatoria de Síndrome de Burnout	ssb	Valor entre 0 y 132	
	Síndrome de Burnout	sb	Negativo	0
			Positivo	1
Cuestionario Resumido de la Escala de Calidad de vida de la OMS	¿Cómo calificaría su calidad de vida?	pcv1	muy mala	1
			regular	2
			normal	3
			bastante buena	4
			muy buena	5
	¿Qué tan satisfecho esta con su salud?	pcv2	muy insatisfecho	1
			un poco satisfecho	2
			lo normal	3
			bastante satisfecho	4
			muy satisfecho	5

	¿Hasta qué punto piensa que el dolor físico le impide hacer lo que necesita?	pcv3	nada	1
			un poco	2
			lo normal	3
			bastante	4
			extremadamente	5
	¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	pcv4	nada	1
			un poco	2
			lo normal	3
			bastante	4
			extremadamente	5
	¿Cuánto disfruta de la vida?	pcv5	nada	1
			un poco	2
lo normal			3	
bastante			4	
extremadamente			5	
¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	pcv6	nada	1	
		un poco	2	
		lo normal	3	
		bastante	4	
		extremadamente	5	
¿Cuál es su capacidad de concentración?	pcv7	nada	1	
		un poco	2	
		lo normal	3	
		bastante	4	
		extremadamente	5	
¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	pcv8	nada	1	
		un poco	2	
		lo normal	3	
		bastante	4	
		extremadamente	5	
¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor?	pcv9	nada	1	
		un poco	2	
		lo normal	3	
		bastante	4	
		extremadamente	5	
¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?	pcv10	nada	1	
		un poco	2	
		lo normal	3	
		bastante	4	
		totalmente	5	
¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	pcv11	nada	1	
		un poco	2	
		lo normal	3	
		bastante	4	
		totalmente	5	
¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	pcv12	nada	1	
		un poco	2	
		lo normal	3	
		bastante	4	
		totalmente	5	

¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?	pcv13	nada	1
		un poco	2
		lo normal	3
		bastante	4
		totalmente	5
¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?	pcv14	nada	1
		un poco	2
		lo normal	3
		bastante	4
		totalmente	5
¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	pcv15	nada	1
		un poco	2
		lo normal	3
		bastante	4
		totalmente	5
¿Cuán satisfecho está con su sueño?	pcv16	nada	1
		un poco	2
		lo normal	3
		bastante	4
		totalmente	5
¿Cuán satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	pcv17	muy insatisfecho	1
		poco	2
		lo normal	3
		bastante satisfecho	4
		muy satisfecho	5
¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?	pcv18	muy insatisfecho	1
		poco	2
		lo normal	3
		bastante satisfecho	4
		muy satisfecho	5
¿Cuán satisfecho está de sí mismo?	pcv19	muy insatisfecho	1
		poco	2
		lo normal	3
		bastante satisfecho	4
		muy satisfecho	5
¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?	pcv20	muy insatisfecho	1
		poco	2
		lo normal	3
		bastante satisfecho	4
		muy satisfecho	5
¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?	pcv21	muy insatisfecho	1
		poco	2
		lo normal	3
		bastante satisfecho	4
		muy satisfecho	5
	pcv22	muy insatisfecho	1

	¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?		poco	2
			lo normal	3
			bastante satisfecho	4
			muy satisfecho	5
	¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?	pcv23	muy insatisfecho	1
			poco	2
			lo normal	3
			bastante satisfecho	4
			muy satisfecho	5
	¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	pcv24	muy insatisfecho	1
			poco	2
			lo normal	3
			bastante satisfecho	4
			muy satisfecho	5
	¿Cuán satisfecho está con su transporte?	pcv25	muy insatisfecho	1
			poco	2
			lo normal	3
			bastante satisfecho	4
			muy satisfecho	5
	¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?	pcv26	nunca	1
			raramente	2
			moderadamente	3
			frecuentemente	4
			siempre	5
	Sumatoria Dominio 1	sumd1	Sumatoria	
	Resultado Dominio 1	d1	Puntuación Dominio 1 tabla 0-100	
	Sumatoria Dominio 2	sumd2	Sumatoria	
	Resultado Dominio 2	d2	Puntuación Dominio 2 tabla 0-100	
	Sumatoria Dominio 3	sumd3	Sumatoria	
	Resultado Dominio 3	d3	Puntuación Dominio 3 tabla 0-100	
	Sumatoria Dominio 4	sumd4	Sumatoria	
	Resultado Dominio 4	d4	Puntuación Dominio 4 tabla 0-100	
	Calidad de vida	calvida	Promedio Dominio 1, 2,3 y 4	
Sin respuesta	Aplica para cualquier campo de la boleta que no cuente con una respuesta por parte del participante			10

5.7.2. Plan de análisis de datos:

5.7.2.1. Estadística descriptiva

- ✓ Para el estudio se realizó un análisis de datos univariado descriptivo con los resultados de las encuestas por separado. Y un análisis de datos bivariado descriptivo para establecer la regresión lineal entre las variables de estudio.
- ✓ Se analizaron los resultados de las encuestas para obtener la proporción del SB por género, especialidad y año de residencia en los residentes y la media de calidad de vida.
- ✓ Se procedió a estimar si existe correlación entre ambas variables mediante regresión lineal según Pearson.

- **Análisis de objetivo general**

Para determinar la correlación entre el SB y la calidad de vida de los residentes se utilizó el coeficiente de Pearson, por tratarse de variables cuantitativas, tomando los datos de la sumatoria total en el cuestionario de MBI y el promedio de la escala de calidad de vida. Para el análisis, se consideró que existe correlación si el resultado es diferente a cero y se encuentra entre -1 y +1, según la escala de interpretación de Pearson (Tabla 5.3).

Tabla 5.3 Escala de Interpretación del Coeficiente de Pearson

-1	Correlación negativa perfecta
-0.9 a -0.99	Correlación negativa muy alta
-0.7 a -0.89	Correlación negativa alta
-0.4 a -0.69	Correlación negativa moderada
-0.2 a -0.39	Correlación negativa baja
-0.01 a -0.19	Correlación negativa muy baja
0	Correlación nula
0.01 a 0.19	Correlación positiva muy baja
0.2 a 0.39	Correlación positiva baja
0.4 a 0.69	Correlación positiva moderada
0.7 a 0.89	Correlación positiva alta
0.9 a 0.99	Correlación positiva muy alta
1	Correlación positiva perfecta

- **Análisis de objetivo 1**

Para establecer la proporción del SB en los residentes de cada especialidad se realizó una clasificación por medio de filtros para obtener la sumatoria de los residentes con SB según sexo, departamento y año de residencia. Luego, se procedió a calcular la proporción de cada variable. Por último, también se compararon los resultados para establecer la variable con mayor proporción. (Ver Tabla 5.4)

$$\text{Proporción mujeres} = \frac{\text{mujeres con síndrome de burnout}}{\text{total de mujeres encuestadas}} \times 100$$

$$\text{Proporción hombres} = \frac{\text{hombres con síndrome de burnout}}{\text{total de hombres encuestados}} \times 100$$

$$\text{Proporción especialidad} = \frac{\text{casos con síndrome de burnout por especialidad}}{\text{total de cuestionarios realizados por especialidad}} \times 100$$

$$\text{Proporción año de residencia} = \frac{\text{casos con síndrome de burnout por año}}{\text{total de cuestionarios realizados por año}} \times 100$$

- **Análisis de objetivo 2**

Para indicar la dimensión más afectada del SB, se obtuvo la frecuencia absoluta y relativa (prevalencia) de niveles patológicos en los resultados con SB positivo, según las respuestas del cuestionario entre las categorías alto, medio o bajo.

✓ Cansancio o agotamiento personal:

$$\text{Proporción punteo alto en cansancio o agotamiento emocional} = \frac{\text{casos cansancio o agotamiento emocional alto}}{\text{total de cuestionarios realizados}} \times 100$$

$$\text{Proporción punteo medio en cansancio o agotamiento emocional} = \frac{\text{casos cansancio o agotamiento emocional medio}}{\text{total de cuestionarios realizados}} \times 100$$

$$\text{Proporción punteo bajo en cansancio o agotamiento emocional} = \frac{\text{casos cansancio o agotamiento emocional bajo}}{\text{total de cuestionarios realizados}} \times 100$$

✓ Despersonalización:

$$\text{Proporción punteo alto en despersonalización} = \frac{\text{casos despersonalización alto}}{\text{total de cuestionarios realizados}} \times 100$$

$$\text{Proporción punteo medio en despersonalización} = \frac{\text{casos despersonalización medio}}{\text{total de cuestionarios realizados}} \times 100$$

$$\text{Proporción punteo bajo en despersonalización} = \frac{\text{casos despersonalización bajo}}{\text{total de cuestionarios realizados}} \times 100$$

✓ Abandono o falta de realización personal:

$$\text{Proporción punteo alto en abandono} = \frac{\text{casos abandono alto}}{\text{total de cuestionarios realizados}} \times 100$$

$$\text{Proporción punteo medio en abandono} = \frac{\text{casos abandono medio}}{\text{total de cuestionarios realizados}} \times 100$$

$$\text{Proporción punteo bajo en abandono} = \frac{\text{casos abandono bajo}}{\text{total de cuestionarios realizados}} \times 100$$

• **Análisis de objetivo 3**

Para determinar el dominio más afectado de la calidad de vida se realizó un promedio de cada uno y se tomó el promedio más bajo.

$$\text{Media} = \frac{\text{sumatoria de los resultados de cada dominio de WHOQOL – BREF}}{\text{total de cuestionarios realizados}}$$

- **Análisis de objetivo 4**

Se colocó una tabla para presentar la correlación entre síndrome de burnout y calidad de vida con los promedios de calidad de vida según pertenezcan al grupo con SB o sin SB por sexo, cada departamento y año de residencia y una gráfica tipo diagrama de dispersión para esquematizar la correlación entre síndrome de burnout y calidad de vida en general.

Para el análisis, se consideró que existe correlación si el resultado es diferente a cero y se encuentra entre -1 y +1, según la escala de interpretación de Pearson (Tabla 5.3).

Tabla 5.4 Análisis de proporción de SB según sexo, departamento y año de especialidad.

Variab les	Fórmula	Datos	Proporción	Intervalo de confianza
			<i>f</i> %	
Hombres	$\frac{\text{hombres con SB}}{\text{total de hombres encuestados}} \times 100$			
Mujeres	$\frac{\text{mujeres con SB}}{\text{total de mujeres encuestadas}} \times 100$			
Especialidad				
Anestesiología	$\frac{\text{casos con SB en anestesiología}}{\text{total de cuestionarios por especialidad}} \times 100$			
Cirugía	$\frac{\text{casos con SB en cirugía}}{\text{total de cuestionarios por especialidad}} \times 100$			
Dermatología	$\frac{\text{casos con SB en dermatología}}{\text{total de cuestionarios por especialidad}} \times 100$			
Ginecología y obstetricia	$\frac{\text{casos con SB en ginecología y obstetricia}}{\text{total de cuestionarios por especialidad}} \times 100$			
Medicina interna	$\frac{\text{casos con SB en medicina interna}}{\text{total de cuestionarios por especialidad}} \times 100$			
Neurofisiología	$\frac{\text{casos con SB en neurofisiología}}{\text{total de cuestionarios por especialidad}} \times 100$			

Patología

$$\text{Radiología} \quad \frac{\text{casos con SB en radiología}}{\text{total de cuestionarios por especialidad}} \times 100$$

$$\text{Traumatología} \quad \frac{\text{casos con SB en traumatología}}{\text{total de cuestionarios por especialidad}} \times 100$$

**Año de
residencia**

$$\text{Primero} \quad \frac{\text{casos con SB en primero}}{\text{total de residentes de 1er año encuestados}} \times 100$$

$$\text{Segundo} \quad \frac{\text{casos con SB en segundo}}{\text{total de residentes de 2ndo año encuestados}} \times 100$$

$$\text{Tercero} \quad \frac{\text{casos con SB en tercero}}{\text{total de residentes de 3er año encuestados}} \times 100$$

$$\text{Cuarto} \quad \frac{\text{casos con SB en cuarto}}{\text{total de residentes de 4to año encuestados}} \times 100$$

$$\text{Jefes de residentes} \quad \frac{\text{casos con SB en jefes de residentes}}{\text{total de jefes de residentes encuestados}} \times 100$$

5.8. Alcances y límites de la investigación

5.8.1. Obstáculos

- Espacio de tiempo reducido para la aplicación de los instrumentos de la investigación a los médicos residentes.
- Indiferencia, falta de tiempo y sinceridad por parte de los médicos residentes para contestar las encuestas.
- Falta de espacio físico adecuado para realizar las encuestas.
- Dificultad para localizar a los médicos residentes en los distintos servicios del hospital.

5.8.2. Alcance

Con este estudio se pretendía conocer si el Síndrome de Burnout se correlaciona con la calidad de vida que presentan los médicos residentes del Hospital General San Juan de Dios ubicado en la ciudad de Guatemala del departamento de Guatemala. Al finalizar la investigación se determinó que una baja calidad de vida en los médicos residentes se desarrolla ante la presencia del Síndrome de Burnout.

5.8.3. Limitaciones

El presente estudio no tomó en cuenta los factores de riesgo personales y no personales que predisponen a presentar síndrome de burnout tales como variables familiares, personalidad, inadecuada formación profesional, factores laborales, factores sociales, eventos significativos de la vida, y tiempo dedicado al transporte entre el trabajo y domicilio. Estos factores pudieron haber influido en los resultados del MBI y el WHOQOL-BREF.

Los posibles sesgos que pudieron haber presentado son:

- Sesgos dependientes del encuestado: puede ser que la información brindada por el entrevistado haya sido alterada o alejada de la realidad, en el caso de los médicos residentes pudo deberse al afán de terminar rápido la encuesta para seguir con sus actividades, desinterés sobre el tema o por agotamiento. Para evitar que la información brindada sea de mala calidad, se les recalcó que la participación era voluntaria y que, aunque los jefes de especialidad autorizaron la participación del departamento en el estudio, no era de carácter obligatorio y no tendría ninguna represalia.
- Por confusión: puede que la correlación haya sido alterada por otras variables que no se incluyeron en el estudio, en el caso del SB, este estudio no incluyó factores de riesgo como la personalidad, enfermedades psiquiátricas como depresión y ansiedad, estado civil, trastornos de personalidad y los demás factores predisponentes al síndrome que también pueden afectar la calidad de vida. Sin embargo, el estudio se enfocó en los pacientes que ya han desarrollado el síndrome y no pretende correlacionarlo con sus causas, sino con las repercusiones, específicamente sobre la calidad de vida.
- Sesgo en la codificación de datos: debido a que las encuestas fueron físicas, pudo ocurrir algún error de transcripción a la base de datos por medio de las investigadoras. Para evitar errores de transcripción, se repartió equitativamente las encuestas entre cada estudiante para evitar la sobrecarga de trabajo y disminuir las alteraciones en la base de datos al mínimo posible.⁵³

5.9. Aspectos éticos de la investigación

5.9.1. Principios éticos generales

La presente investigación pretendió implementar los principios éticos de respeto por las personas, beneficencia y justicia. El respeto de las personas se ve estipulado en la autodeterminación de cada participante y de la entrega de consentimiento informado. Proporcionando los objetivos del estudio, el proceso de la participación y el método de responder correctamente cada encuesta. Garantizando así, la participación voluntaria, la protección a la autonomía de cada uno y la seguridad de los datos recolectados. Sin recurrir en ningún momento a persuasiones, manipulaciones ni coerciones. La beneficencia se refleja en proporcionar diagnósticos sobre el SB a los participantes para que puedan recurrir a tratamiento por profesionales capacitados y la no maleficencia se muestra en la realización de las encuestas en lugares seguros y amigables con riesgos mínimos para los participantes. Por último, se tuvo en cuenta la justicia en cuanto al trato que se dio a cada participante al momento de dar el plan educacional y la guía adecuada para responder las encuestas, brindando ayuda durante todo el proceso sin distinción de género, edad, etnia, jerarquía o ninguna otra característica personal dentro de los límites de lo moralmente aceptado.

5.9.2. Categoría de riesgo

Aun considerando la posibilidad de un riesgo psicológico para los participantes al tener que enfrentar emociones y posturas frente a su profesión y calidad de vida actual, la investigación se encontró dentro de la Categoría I. Las consecuencias psicológicas fueron solamente potenciales, pero no habituales, y no se realizó ninguna intervención física o procedimiento experimental en los participantes.

5.9.3. Pautas éticas internacionales para la investigación del CIOMS

La presente investigación cumple con las siguientes pautas éticas:

- **Pauta 1: Valor social y científico, y respeto de los derechos**

El valor social de la presente investigación radicaba en la ausencia de datos acerca de la proporción del síndrome de burnout en los residentes del HGSJDD y su impacto en la calidad de vida, lo cual impedía comprender su magnitud e

intervenir en este problema de salud. El valor científico ayudó a obtener un panorama más objetivo del impacto del síndrome de burnout para crear e implementar intervenciones con el fin de disminuir los efectos adversos que tiene la presencia del dicho padecimiento en la población médica.

Durante el proceso de investigación, se veló por el respeto de los derechos de los sujetos de estudio. Por lo tanto, los resultados fueron manejados con cautela. Cada médico residente tuvo acceso a sus resultados del MIB y WHOQOLBREF a través del envío de su información personal por medio de correo electrónico. De igual manera, se adjuntó un documento electrónico que contiene información sobre la correcta asesoría para la prevención y tratamiento del síndrome de burnout (ver Anexo 8.6). Asimismo, se hizo entrega de un informe ejecutivo a las autoridades del HGSJDD donde se detallaron los datos de proporción general y específica (por especialidades). Para contribuir al tratamiento de dicha patología se enviaron propuestas de intervención a las autoridades de cada departamento participante (ver Anexo 8.7), velando así por el bienestar de los sujetos de estudio.

- **Pauta 4: Posibles beneficios individuales y riesgos de participar en una investigación**

Es importante evaluar los riesgos y beneficios de una investigación de manera meticulosa. Por lo tanto, se inició evaluando si la respuesta a la pregunta de la investigación brinda datos de valor social. En el caso de esta tesis, conocer si existe correlación del síndrome de burnout con la calidad de vida en los sujetos de estudio permitió la creación de propuestas con medidas de intervención personales (ver Anexo 8.6) e institucionales (ver Anexo 8.7) para la prevención del síndrome de burnout.

Debido a que el procedimiento que permite la evaluación de burnout y calidad de vida en los sujetos de estudio se realizó por medio de encuestas, la posibilidad de riesgo es mínima (Categoría I). Considerando que el estudio puede generar incomodidad en los participantes, esta se minimizó mediante el manejo de los datos de manera anónima. Los beneficios de un diagnóstico oportuno del Síndrome de Burnout, propuestas individuales y personales para su tratamiento y prevención se consideraron mayores a dichas incomodidades.

- **Pauta 6: Atención de las necesidades de salud de los participantes**

Como parte del estudio, se propusieron medidas de intervención para disminuir la prevalencia del SB en los residentes del HGSJDD. Las intervenciones para el Síndrome de Burnout se pueden clasificar en dos categorías: intervenciones institucionales e intervenciones individuales.⁵⁴ Por lo cual se desarrolló un plan de propuesta de intervención individual que se aplicó a cada participante y otro institucional que se puso a disposición de cada departamento para su implementación según las posibilidades de cada uno.

- Propuesta del plan de intervención individual:

Entre las intervenciones individuales descritas en diversas investigaciones para prevenir y tratar el síndrome de burnout se encuentran las técnicas de atención plena, técnicas para mejorar la competencia laboral y la comunicación, habilidades y estrategias de afrontamiento personal o resiliencia.^{54,55}

Diversas organizaciones de la salud en Estados Unidos han implementado comités y grupos de apoyo con el objetivo de disminuir el síndrome de burnout en los médicos, estos esfuerzos se han enfocado en incrementar la resiliencia y el bienestar. Por este motivo se realizó el plan de intervención individual basado en estrategias para el desarrollo de la resiliencia.⁵⁵

La resiliencia es la capacidad para adaptarse positivamente ante la adversidad, tragedia, trauma, amenazas o cualquier situación que desencadene estrés.³ Una persona resiliente tiene la capacidad de combatir el estrés a través de la mejora de su respuesta ante la misma, utilizan estrategias que les permite tener un mayor equilibrio emocional frente a situaciones de estrés, soportando mejor la presión.⁵⁵

La Asociación Americana de Psicología (APA) ha publicado 10 formas para desarrollar la resiliencia, la AAP considera que el desarrollo de esta capacidad cognitiva es personal y requiere tiempo y esfuerzo.⁵⁶

Asimismo, la Academia Americana de Médicos de Familia (AAFP) considera que una forma de prevenir el síndrome de burnout es encontrar un balance entre el trabajo y los otros aspectos de la vida, para lo cual han desarrollado 4 herramientas para crear dicho balance.⁵⁷

La propuesta del plan de intervención consistió en el enviar a cada médico residente los resultados del MIB y WHOQOLBREF junto a un documento en PDF donde se explicó de manera puntual las estrategias implementadas por la APA para el desarrollo de resiliencia y las 4 herramientas para crear un balance entre el trabajo y la vida implementadas por la AAMF para prevenir el Síndrome de burnout. También se adjuntó información para contactar a la Unidad de Apoyo y Desarrollo Estudiantil (UNADE) de la USAC, la cual cuenta con psicólogos y psiquiatras dispuestos a atender a los participantes del estudio que deseen una atención personalizada para el desarrollo de dichas técnicas. El horario de atención de los psicólogos es de lunes a viernes en horario de 8:00 a 12:00 h y de psiquiatras los jueves de 12:00 a 15:30 h. (Ver Anexo 8.6 y 8.8).

El plan pretendía proveer herramientas sencillas a cada residente para desarrollar resiliencia como estrategia para disminuir el estrés laboral y también brindar el contacto para recibir atención profesional si así lo deseaba.

- Propuesta del plan de intervención institucional:

Existen variables institucionales que facilitan el desarrollo del síndrome entre los cuales se pueden ejemplificar las siguientes: largas jornadas de trabajo, ambigüedad de roles y bajas remuneraciones (ver anexo 8.7).

Considerando estos factores, se presentan las siguientes estrategias para disminuir la prevalencia del SB en los residentes:

- Mantener actualizadas las descripciones de los cargos ocupados, y así prevenir uno de los factores detonantes evitando ambigüedades, conflicto de roles de manera que el médico

comprenda lo que se espera de él sin generar algún tipo de expectativas que sean físicamente inaccesibles.

- Promover el trabajo en equipo, incentivando la colaboración entre compañeros de grado de residencia y no la competencia entre ellos.
- Fortalecer procesos de selección en el cual se podría implementar exámenes específicos con el fin de identificar tipos de personalidad, estilos de afrontamiento, tolerancia a la frustración y al estrés de manera que se asegure que el aspirante tenga las aptitudes emocionales requeridas para desempeñar el cargo.
- Desarrollar actividades de bienestar laboral educativas, deportivas, recreativas y culturales que estimulen y motiven la participación de los médicos y su núcleo familiar con el fin de fortalecer la confianza entre los miembros del equipo, relaciones interpersonales y apoyo de la sociedad.
- Fomentar la flexibilidad de los horarios no enfocándose directamente en reducir las horas de trabajo, más bien trabajarla de forma óptima y más efectiva.
- Fortalecer o crear un programa de gestión de desempeño o de retroalimentación en el cual se asegure el reconocimiento del trabajador por las actividades finalizadas.²⁷

Se hizo entrega de informes ejecutivos sobre los hallazgos del estudio a los jefes de cada departamento que haya participado y un plan concreto con las estrategias y sugerencias anteriormente descritas para disminuir la prevalencia de burnout en sus residentes. (Ver Anexo 8.7).

- **Pauta 9: Personas que tienen capacidad de dar consentimiento informado**

En base al respeto del principio de autonomía del sujeto de la investigación, el estudio brindó el consentimiento voluntario e informado para participar en la misma. Asimismo, se especificó el derecho de negarse a participar o de retirarse en cualquier momento, sin consecuencias.

Para que el consentimiento se llevara a cabo de manera óptima, las investigadoras estuvieron presentes en el momento de informar a los sujetos con respecto a este estudio de tesis; explicando de manera amplia la información pertinente. La presencia de las investigadoras permitió estar a disposición para responder preguntas, y así asegurarse de una correcta comprensión de los médicos residentes.

Para hacer constar el consentimiento de los participantes de la investigación, se obtuvo un formulario firmado como evidencia.

- **Pauta 24: Rendición pública de cuentas sobre la investigación relacionada con la salud.**

Para hacer de conocimiento público los resultados de la investigación se cuenta con la impresión de la investigación, la cual está en físico disponible en la biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas de la USAC y de forma virtual en la página <http://bibliomed.usac.edu.gt>

Se llevó a cabo la redacción de un artículo siguiendo los requisitos necesarios para proponer su publicación en una revista médica.

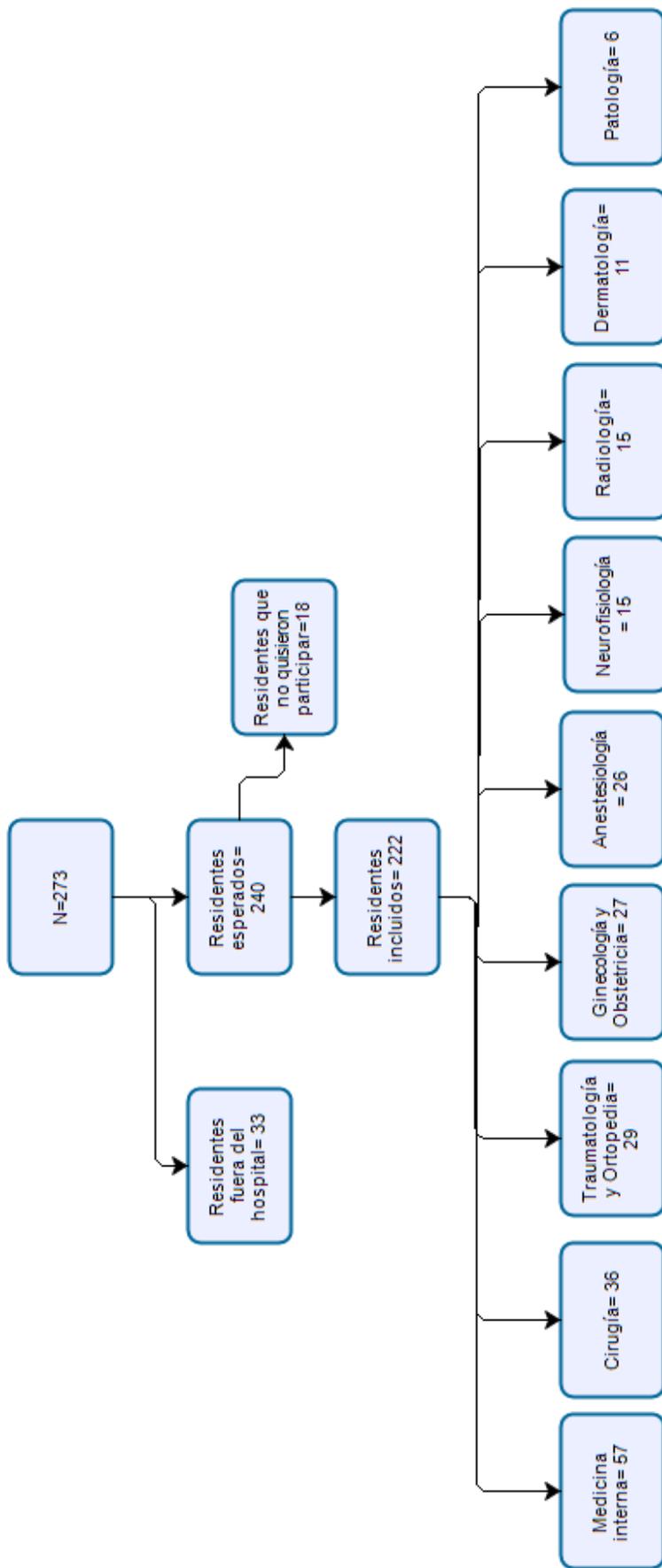
6. RESULTADOS

Se evaluó un total de 222 residentes de las especialidades ofertadas en el Hospital General San Juan de Dios que cumplían con los criterios de inclusión. Se distribuyeron tal como se observa en el Diagrama 6.1. No se tomó en cuenta a 33 residentes que se encontraban de vacaciones, electivo o realizando rotaciones fuera del centro asistencial y a 18 residentes que se abstuvieron de participar en el estudio.

La población fue evaluada con los instrumentos “Cuestionario resumido de escala de calidad de vida de la OMS” en español (World Health Organization Quality of Life, WHOQOL-BREF) para calidad de vida y el “Cuestionario de Maslach para burnout” en español (Test Maslach Burnout Inventory, MBI) para el diagnóstico de Síndrome de Burnout. Las respuestas obtenidas de ambos instrumentos se ingresaron al programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS).

Los siguientes son los resultados obtenidos de acuerdo con los objetivos de estudio:

Diagrama 6.1 Resultado de la recolección de datos



6.1 Características de los residentes del Hospital General San Juan de Dios

Tabla 6.1 Porcentaje de residentes evaluados según sexo, especialidad y año de especialidad.

(N= 222)

Variables	Porcentaje	
	<i>f</i>	%
Sexo		
Masculino	124	55.86%
Femenino	98	44.14%
Especialidad *		
Medicina interna	57	25.68%
Cirugía	36	16.22%
Traumatología	29	13.06%
Ginecología y obstetricia	27	12.16%
Anestesiología	26	11.71%
Neurofisiología	15	6.76%
Radiología	15	6.76%
Dermatología	11	4.95%
Patología	6	2.70%
Año de residencia		
Primero	77	34.68%
Segundo	67	30.18%
Tercero	56	25.23%
Cuarto	13	5.86%
Jefes de residentes	9	4.05%

Tabla 6.2 Proporción de Síndrome de Burnout en médicos residentes del Hospital General San Juan de Dios según género, especialidad y año de especialidad.

(N= 222)

Variables	Proporción	
	Fórmula	%
Sexo		
Femenino	$(30/124)*100$	30.61%
Masculino	$(31/98)*100$	25%
Especialidad *		
Medicina Interna	$(24/57)*100$	42.10%
Cirugía	$(15/36)*100$	41.67%
Anestesiología	$(6/26)*100$	23.08%
Ginecología y obstetricia	$(6/27)*100$	22.22%
Traumatología	$(5/29)*100$	17.24%
Patología	$(1/6)*100$	16.67%
Radiología	$(2/15)*100$	13.33%
Neurofisiología	$(2/15)*100$	13.33%
Año de residencia		
Primero	$(24/77)*100$	31.17%
Segundo	$(21/67)*100$	31.34%
Tercero	$(12/56)*100$	21.43%
Cuarto	$(3/13)*100$	23.08%
Jefes de residentes	$(1/9)*100$	11.11%

*No hubo residentes con síndrome de burnout en el departamento de Dermatología

Tabla 6.3 Porcentaje de residentes con síndrome de burnout según sexo, especialidad y año de residencia.

(N=222)

Variables	Porcentaje	
	Fórmula	%
Sexo		
Masculino	$(31/222)*100$	13.96%
Femenino	$(30/222)*100$	13.51%
Especialidad *		
Medicina interna	$(24/222)*100$	10.81%
Cirugía	$(15/222)*100$	6.76%
Ginecología y obstetricia	$(6/222)*100$	2.70%
Anestesiología	$(6/222)*100$	2.70%
Traumatología	$(5/222)*100$	2.25%
Neurofisiología	$(2/222)*100$	0.90%
Radiología	$(2/222)*100$	0.90%
Patología	$(1/222)*100$	0.45%
Año de residencia		
Primero	$(24/222)*100$	10.81%
Segundo	$(21/222)*100$	9.45%
Tercero	$(12/222)*100$	5.40%
Cuarto	$(3/222)*100$	1.35%
Jefes de residentes	$(1/222)*100$	0.45%

*No hubo residentes con síndrome de burnout en el departamento de Dermatología

Tabla 6.4.a Proporción de síndrome de burnout por especialidad y año de especialidad
(N=222)

Variables	Con SB		Sin SB	
	f	%	f	%
Anestesiología				
Primero	0	0%	9	100%
Segundo	3	30%	7	70%
Tercero	2	33.33%	4	66.67%
Jefes de residentes	1	100%	0	0%
Total	6	23.08%	20	76.92%
Cirugía				
Primero	6	46.15%	7	53.85%
Segundo	3	42.86%	4	57.14%
Tercero	4	40%	6	60%
Cuarto	2	40%	3	60%
Jefes de residentes	0	0%	1	100%
Total	15	41.67%	21	58.33%
Ginecología y obstetricia				
Primero	3	33.33%	6	66.67%
Segundo	3	33.33%	6	66.67%
Tercero	0	0%	8	100%
Jefes de residentes	0	0%	1	100%
Total	6	22.22%	21	77.78%
Medicina Interna				
Primero	10	47.62%	11	52.38%
Segundo	11	52.38%	10	47.62%
Tercero	3	21.43%	11	78.57%
Jefes de residentes	0	0%	1	100%
Total	24	42.10%	33	57.90%

Tabla 6.4.b Proporción de síndrome de burnout por especialidad y año de especialidad.

(N=222)

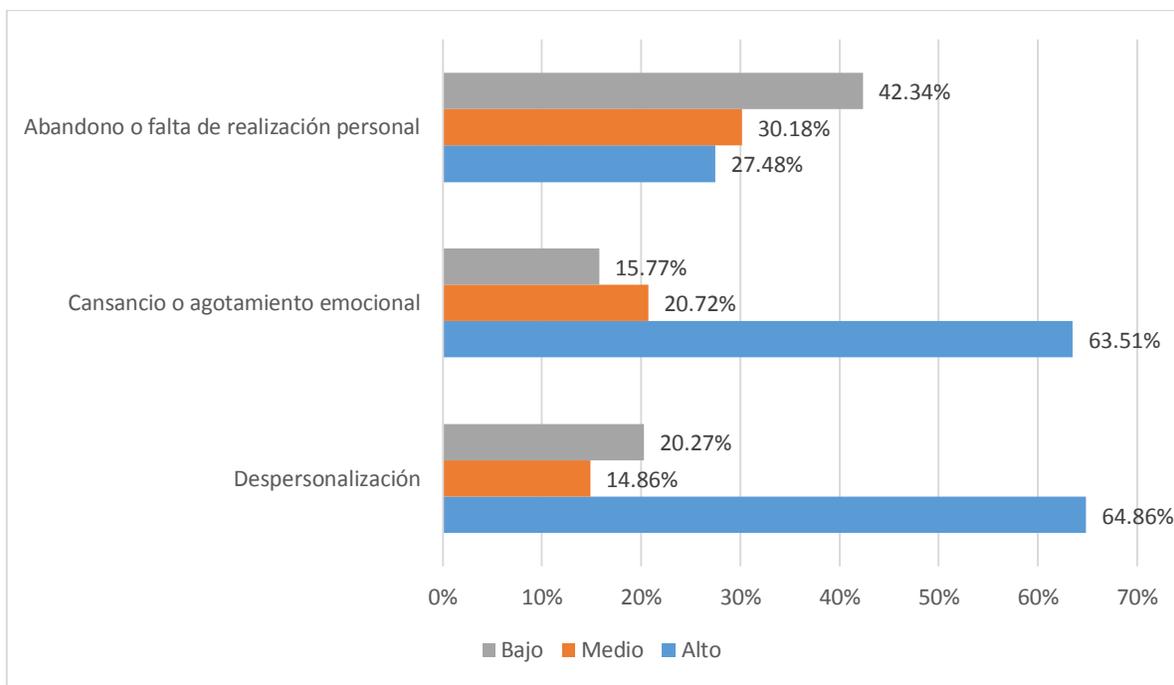
Variables *	Con SB		Sin SB	
	f	%	f	%
Neurofisiología				
Primero	2	33.33%	4	66.67%
Segundo	0	0%	4	100%
Tercero	0	0%	4	100%
Jefes de residentes	0	0%	1	100%
Total	2	13.33%	13	86.67%
Patología				
Primero	0	0%	2	100%
Segundo	1	100%	0	0%
Tercero	0	0%	2	100%
Jefes de residentes	0	0%	1	100%
Total	1	16.67%	5	83.33%
Radiología				
Primero	2	40%	3	60%
Segundo	0	0%	5	100%
Tercero	0	0%	4	100%
Jefes de residentes	0	0%	1	100%
Total	2	13.33%	13	86.67%
Traumatología				
Primero	1	16.67%	6	83.33%
Segundo	0	0%	7	100%
Tercero	3	50%	3	50%
Cuarto	1	12.50%	7	87.5%
Jefes de residentes	0	0%	1	100%
Total	5	17.24%	24	82.76%

*No hubo residentes con síndrome de burnout en el departamento de Dermatología

6.2 Dimensión más afectada de los tres criterios que definen el síndrome de burnout

Grafica 6.1 Porcentaje de frecuencias de resultados de las dimensiones del síndrome de burnout.

(n=222)



Fuente: Tabla 12.1, anexo 12.8

6.3 Dominio de la calidad de vida más afectado en los residentes con síndrome de burnout.

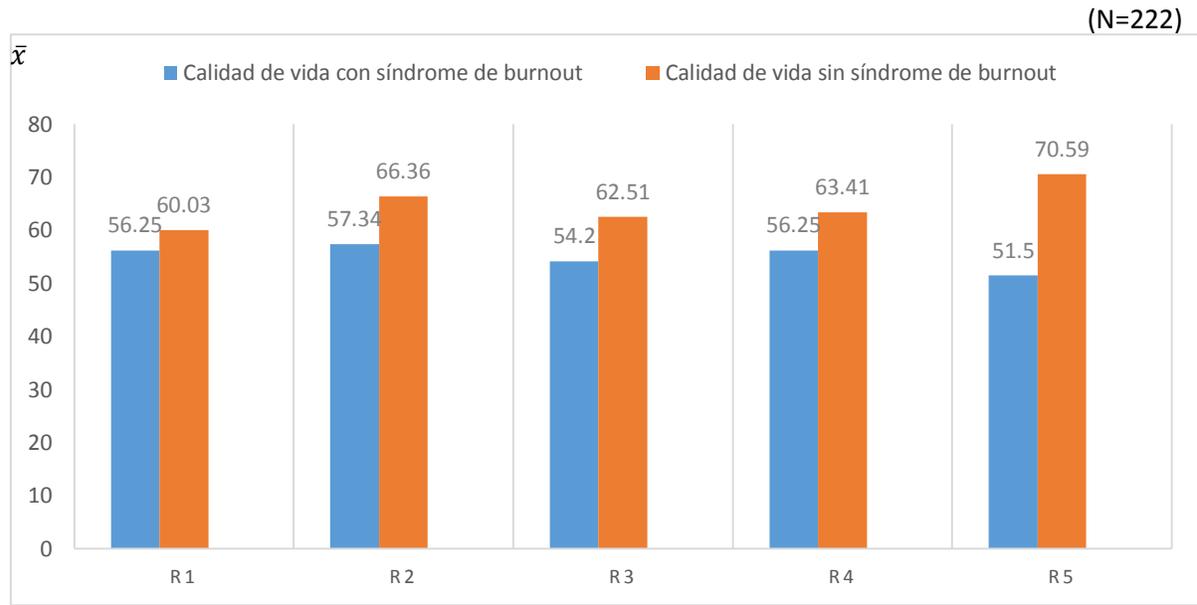
Tabla 6.5 Dominio de la calidad de vida más afectado en los residentes con síndrome de burnout

(n=61)

Variables	\bar{x}
Dominios de calidad de vida	
Salud física	53.11
Salud mental	57.26
Bienestar de las relaciones personales	58.13
Bienestar del ambiente	56.08
Calidad de vida	56.14

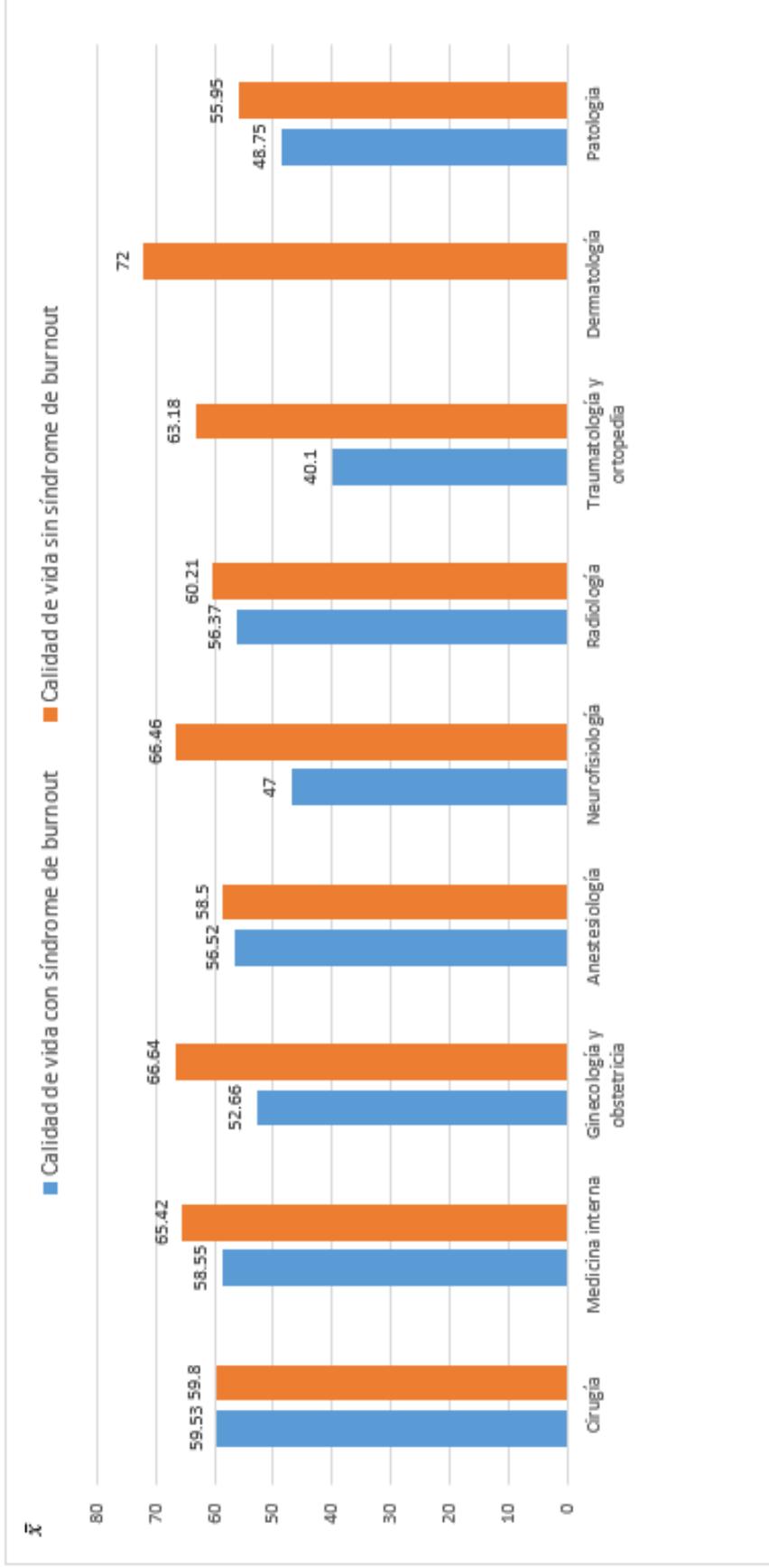
Interpretación: El punteo de los dominios de calidad de vida fue transformado en un rango de puntuación de 0 a 100 como máximo. Las puntuaciones más altas indican una mejor calidad de vida y viceversa. ³⁰

Gráfico 6.2 Media de puntaje de calidad de vida por año de residencia según la presencia o ausencia de síndrome de burnout.



Fuente: Tabla 12.2, anexo 12.8

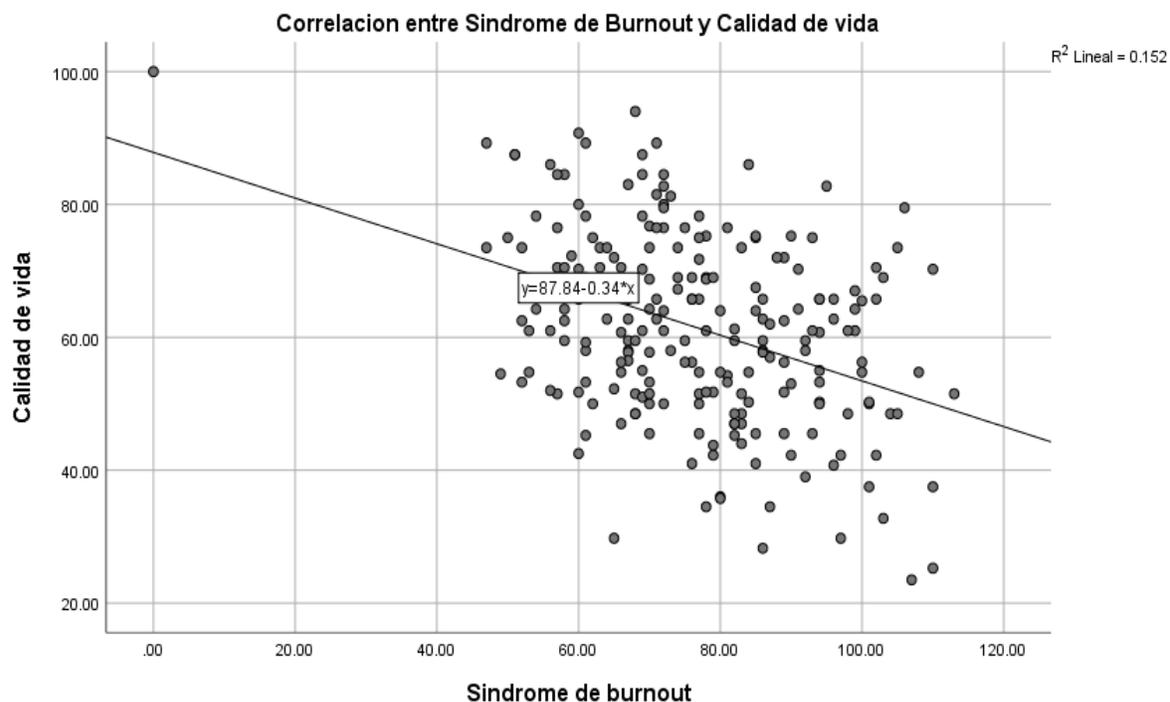
Gráfica 6.3 Media de los puntajes de calidad de vida por especialidad según la presencia o ausencia de síndrome de burnout. (N= 222)



Fuente: Tabla 12.3, anexo 12.8
 No se obtuvo datos de Síndrome de Burnout en el departamento de Dermatología.

6.4 Correlación del síndrome de burnout con la calidad de vida en los médicos residentes

Grafica 6.4 Correlación general punteo de Síndrome de Burnout y Calidad de vida en residentes del Hospital General San Juan de Dios, de junio a julio del 2019



Fuente: Anexo 12.8

Interpretación: Para cuantificar el grado y la dirección de dicha asociación se calculó el coeficiente de correlación de Pearson, cuyo valor fue $r = -0.39$ con una $p < 0.001$. Esto quiere decir que, entre el punteo del síndrome de burnout y calidad de vida de los médicos residentes evaluados existe una correlación baja (ver tabla 5.3). Con este resultado se rechaza la hipótesis nula ($H_0: r=0$) y se encuentra evidencia para afirmar que existe correlación baja de síndrome de burnout y calidad de vida. Dicha correlación es negativa, lo que significa que a medida que aumenta el punteo de síndrome de burnout disminuye el punteo de calidad de vida.

7. DISCUSIÓN

El presente estudio se llevó a cabo en 222 médicos residentes de las especialidades del Hospital General San Juan de Dios, para determinar la correlación del síndrome de burnout con la calidad de vida en los residentes de posgrado de las especialidades del Hospital General San Juan de Dios durante los meses de junio y julio 2019.

El sexo masculino es el predominante en los sujetos de estudio, representando el 55.86% (124). El 25.68% (57) de los encuestados pertenece a la especialidad de Medicina Interna; y el mayor porcentaje de los encuestados se encontraba cursando el primer año de la especialidad, 34.68% (77). (Ver tabla 6.1)

7.1 Distribución del síndrome de burnout entre los residentes del Hospital General San Juan de Dios.

Se estableció la proporción del síndrome de burnout en los médicos residentes del Hospital General San Juan de Dios, según sexo, especialidad y año de residencia. El 30.61% (30) de mujeres y el 25% (31) de hombres evidenció burnout. Por lo tanto, los resultados del presente estudio demuestran que el sexo femenino tiene mayor tendencia a presentar el síndrome de burnout comparado con el sexo masculino (ver Tabla 6.2) Los resultados de este estudio concuerdan con una investigación realizada por Dyrbye et al, que afirma que el sexo femenino presenta mayor riesgo de SB. ¹¹

Al comparar los resultados de las 9 especialidades que participaron del estudio, se evidenció que la mayor proporción de síndrome de burnout se encuentra en los residentes de Medicina Interna con un 42.10% (24), seguido de los residentes de Cirugía General con un 41.67% (15). (Ver Tabla 6.2)

Estos resultados contrastan con estudios realizados en países desarrollados donde las especialidades quirúrgicas como Cirugía general, Traumatología, Ginecología y Obstetricia se han asociado a valores más altos de síndrome de burnout y las especialidades no quirúrgicas como Medicina interna y Neurología a valores más bajos. ^{11, 58,59} En un estudio realizado en Líbano en 2014, se evidenció que los residentes de cirugía general estaban afectados en un 50% y los residentes de Medicina interna un 76%. ² Esto podría evidenciar que las especialidades afectadas por el síndrome varían entre países desarrollados y subdesarrollados.

No hubo casos reportados de síndrome de burnout en los residentes de la especialidad de Dermatología (ver Tabla 6.2), este resultado difiere de un estudio realizado en Canadá en 2016, donde se demostró que el síndrome de burnout se presentaba en el 50% de los mismos ⁶⁰. La ausencia del SB en esta especialidad podría deberse a que los horarios laborales difieren a los de otras especialidades, con una jornada diurna más corta y sin turnos nocturnos; sin embargo, se considera que el fenómeno observado amerita estudios posteriores.

Según el año de residencia, los residentes de segundo año presentaron la mayor proporción de síndrome de burnout, 31.34% (21). Los hallazgos fueron similares en los residentes de primer año, en quienes se demostró que el 31.17% (24) presentaban síndrome de burnout. El grupo de estudio con menor proporción fueron los jefes de residentes con 11.11% (1).

Se evidenció que la proporción del síndrome de burnout va en disminución conforme avanzan los años de residencia (Ver Tabla 6.2). Se considera que dicho comportamiento obedece a la obtención de estrategias de afrontamiento durante el proceso de especialización. Según un estudio realizado en Buenos Aires en 2016, las estrategias de afrontamiento utilizadas por los médicos ante situaciones estresantes se relacionan con disminución de los casos de burnout al influir en los niveles de agotamiento emocional. ⁶¹

Para determinar de manera más precisa la proporción de síndrome de burnout en residentes según el año de residencia, se llevó a cabo un análisis específico por especialización (ver Tabla 6.4).

En Anestesiología, los residentes que se encontraban cursando el tercer año de la especialización presentaron la mayor proporción de burnout, 33.33% (2). En Cirugía, se observó que la proporción de residentes con síndrome de burnout va en disminución conforme avanza el año de especialización. La proporción fue mayor para los residentes de primer año, 46.15% (6), y no se reportó ningún caso en el último año de especialidad. En Ginecología y Obstetricia, solamente se reportaron casos en los residentes que se encontraban cursando el primer y segundo año, con un 33.33% (3,3) para ambos. En Medicina Interna, los residentes de segundo año fueron los más afectados con síndrome de burnout, 52.38% (11). En Traumatología, de los casos reportados de burnout, el 50%

(3) se encontró en los residentes de tercer año. (Ver Tabla 6.4) Llama la atención el hecho de que en algunas de las residencias la mayor proporción se encuentra en los primeros años y en otras en el segundo o tercer año, por lo que habría que hacer otro estudio para determinar la causa de este fenómeno.

Se encontraron departamentos donde los casos de síndrome de burnout se encontraban concentrados en años específicos de la residencia. En Neurofisiología solamente se reportaron casos correspondientes a residentes que se encontraban cursando el primer año de la especialización, lo que corresponde a un 33.33% (2). En Patología, el 100% (1) de los residentes de segundo año presentaron burnout. En Radiología, la proporción reportada para primer año corresponde a 40% (2). (Ver Tabla 6.4)

7.2 Dimensión más afectada de los tres criterios que definen el síndrome de burnout.

En cuanto a las dimensiones del SB, se encontró que la más afectada en la población estudiada fue la despersonalización con 64.86%, seguido de cansancio o agotamiento emocional con 63.51%. La menos afectada fue abandono o falta de realización personal con 42.34%. (Ver grafica 6.1)

Esto concuerda con estudios realizados en Estados Unidos en 2016, los cuales reportaron niveles patológicos sobre todo en cansancio emocional y despersonalización, seguido de falta de realización personal.¹¹ Por otro lado, otros estudios han demostrado que la dimensión más afectada es falta de realización personal^{11, 58}; sin embargo, en este estudio fue la dimensión con el menor nivel patológico en los residentes. Esto puede explicar la frecuencia relativamente baja de casos positivos para síndrome de burnout en este estudio, ya que, a pesar de tener cansancio y despersonalización, su realización personal era media o alta (no patológica).

7.3 Dominio de la calidad de vida más afectado en los residentes con síndrome de burnout.

La media de la calidad de vida global de los participantes que presentan SB es baja ($\bar{x}=56.14$), mientras que la media en los que no presentan SB es mayor ($\bar{x}=63.45$). El dominio más afectado es la salud física, la cual incluye las horas de sueño, el trabajo físico, cansancio crónico, tensión muscular, etc. Estos resultados son similares a un estudio

llevado a cabo en China en 2019, donde el dominio de calidad de vida más afectado en médicos con niveles altos de burnout fue el dominio físico y mental. ⁵⁸

Por otro lado, el dominio más afectado para los que no presentan el síndrome es el bienestar del ambiente. Cabe mencionar que los participantes que no tienen SB presentan como dominio de mayor valor la salud mental, que podría ser un factor protector.

El promedio más bajo de calidad de vida en las especialidades que presentaron síndrome de burnout, se obtuvo en la especialidad de Traumatología ($\bar{x}=40.01$) (ver gráfica 6.3). Dicho hallazgo concuerda con resultados de otros estudios donde se evidencia que las especialidades quirúrgicas son las que tienen mayor riesgo de síndrome de burnout y baja calidad de vida comparada con las no quirúrgicas ¹¹.

La especialidad con el promedio más alto de calidad de vida independientemente de la presencia o ausencia del SB, fue Dermatología ($\bar{x}= 75$), la cual se caracterizó en este estudio por no presentar síndrome de burnout en sus residentes. (Ver grafica 6.3) Reforzando una vez más, la asociación inversa entre ambas variables señaladas por estudios anteriores. ¹¹

Según el año de residencia, el promedio más alto de calidad de vida en los que no presentaban síndrome de burnout se obtuvo en el último año de la residencia ($\bar{x}= 70.59$) y el promedio más bajo se obtuvo en el primer año de residencia ($\bar{x}= 60.03$). En los residentes que presentaban síndrome de burnout, el promedio de calidad de vida más alto se encontró en el segundo año de residencia ($\bar{x}=56.25$) y el más bajo se encontró en tercer año ($\bar{x}= 54.2$) (ver gráfica 6.3).

7.4 Correlación del síndrome de burnout con la calidad de vida en los médicos residentes.

Se procedió a estudiar la relación entre las variables “punteo de síndrome de burnout” y “calidad de vida” haciendo uso del análisis estadístico de correlación y regresión lineal. Primero se realizó una valoración grafica de dicha asociación utilizando el diagrama de dispersión (ver grafica 6.1) donde se estableció la existencia de una relación lineal entre ambas variables, en la cual se puede observar solamente un dato atípico que se aleja de la nube de puntos. Dicha correlación resultó negativa, lo que significa que a medida que aumenta el punteo de síndrome de burnout disminuye el punteo de calidad de vida.

A pesar de que existen estudios donde se ha comprobado una asociación significativa entre altos niveles de burnout y bajos niveles de calidad de vida ^{58, 59, 12, 13}, se ha observado en otros estudios que los residentes experimentan con frecuencia variaciones en la gravedad del síndrome de burnout causando así fluctuaciones en su calidad de vida ¹¹. Esto se ve reflejado en la correlación baja que presentaron dichas variables en este estudio. (Ver tabla 5.3)

Entre las dimensiones del SB, el agotamiento emocional obtuvo la mayor correlación ($r = -0.467$), esto concuerda con un estudio realizado en Sudáfrica en 2016, donde el agotamiento emocional obtuvo la mayor correlación negativa con la calidad de vida ¹². La realización personal y calidad de vida ($r = 0.152$; $p < 0.001$) demostró una dirección positiva, indicando que valores altos de realización personal se correlacionan con valores altos de calidad de vida (ver gráficas 12.1, 12.2 y 12.3, anexo 12.8). El estudio de los factores que causan esta correlación positiva no forma parte de los objetivos de esta investigación, por lo tanto, se necesita futura investigación para determinarlos.

El síndrome de burnout y la calidad de vida son dos variables que con frecuencia se presentan con una correlación inversa, a pesar de que no se obtuvo una correlación negativa perfecta como se esperaba, se logró evidenciar que sí existe tal correlación. Su valor bajo en este estudio puede indicar que existen otras variables que influyen en la calidad de vida, ya que a pesar de que no presentaban síndrome de burnout, su calidad de vida no reflejó un puntaje alto ($\bar{x} = 63.45$). (Ver grafica 6.3) Además, los factores de riesgo personales y no personales, que no se midieron en este estudio, también podrían explicar la baja correlación. Se recomienda considerar estos factores en futuras intervenciones.

8. CONCLUSIONES

- 8.1.** En cuanto a los residentes que presentan síndrome de burnout, la proporción de mujeres afectadas fue mayor que la de los hombres. Las especialidades con mayor proporción de casos positivos son los departamentos de Medicina interna y Cirugía. El año de residencia más afectado es el segundo año.

- 8.2.** El criterio de síndrome de burnout con mayor proporción de resultados patológicos, es la despersonalización.

- 8.3.** El dominio de calidad de vida más afectado, con un promedio bajo entre los residentes con síndrome de burnout, es la salud física.

- 8.4.** Existe una correlación negativa, aunque baja, entre síndrome de burnout y calidad de vida. Esta muestra que a medida que aumenta el síndrome de burnout, disminuye la de calidad de vida.

9. RECOMENDACIONES

9.1. A la Escuela de postgrados de Medicina de la Universidad de San Carlos de Guatemala

- Promover actividades de terapia psicológica, ya sea individual o grupal, tanto para la prevención como para el diagnóstico y tratamiento de residentes con síndrome de burnout o baja calidad de vida.

9.2. Al Director Ejecutivo del Hospital General San Juan de Dios

- Procurar mantener en condiciones ideales las instalaciones del hospital para poder proporcionar a los residentes el ambiente óptimo en las cuales puedan desarrollar sus labores y, por consecuencia, brindar una atención adecuada a la población guatemalteca.
- Considerar dentro del presupuesto proveer plazas para especialistas de planta con el fin de disminuir la carga laboral en los médicos residentes y de esta manera cubrir las demandas de atención a pacientes del hospital.

10. APORTES

- 10.1 Se hizo entrega del informe sucinto a cada uno de los departamentos que participaron en el estudio, mostrando los datos estadísticos y gráficas de los resultados obtenidos.
- 10.2 Se envió a cada residente los resultados de los cuestionarios de “Escala de calidad de vida de la OMS” y “Maslach para burnout” por correo electrónico, indicándoles su puntuación en cada uno y diagnóstico correspondiente.
- 10.3 Se propusieron medidas de intervención personales para que los participantes dispongan de ellas. Dentro de la propuesta individual se planteó técnicas de atención para mejorar la competencia laboral y la comunicación, habilidades y estrategias de afrontamiento personal o resiliencia, la cual es la mejor técnica individual de afrontamiento.
- 10.4 Para la difusión de tales intervenciones, se envió un documento PDF junto con los resultados de las encuestas a cada participante individualmente, en el cual se encuentra de manera puntual las estrategias implementadas por la Asociación Estadounidense de Psicología (APA) para el desarrollo de resiliencia y prevenir o tratar activamente el síndrome de burnout.
- 10.5 Se incluyó información de la atención brindada en UNADE (Unidad de Apoyo y Desarrollo) de la Universidad de San Carlos de Guatemala, quienes cuentan con psicólogos y psiquiatras que ofrecen sus servicios profesionales de manera gratuita a cualquier estudiante de la facultad (incluyendo los de posgrado) de lunes a viernes de 8:00 a 12:00 para psicología y de 12:00 a 15:30hrs para psiquiatría.
- 10.6 Se conoce las repercusiones que tiene el Síndrome de burnout en residentes en el sistema nacional de salud, por lo que se presentó ante las autoridades un plan de intervención para ayudar a disminuir el síndrome de burnout en los residentes. Dichas técnicas son fáciles y prácticas, y se enfocan en mejorar la relación patrono – empleado. (ver anexo 12.7)

11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dewa CS, Loong D, Bonato S, Thanh NX, Jacobs P. How does burnout affect physician productivity. A systematic literature review. *BMC Health Serv Res* [en línea]. 2014 [citado 21 Ene 2019]; 14 (1): 1–10. Disponible en: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-14-325>
2. Romani M, Ashkar K. Burnout among physicians. *Libyan J Med* [en línea]. 2014 [citado 21 Ene 2019]; 9 (1): 1–6. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3402/ljm.v9.23556>
3. Rothenberger DA. Physician burnout and well-being: a systematic review and framework for action. *Dis Colon Rectum* [en línea]. 2017 [citado 21 Ene 2019]; 60 (6): 567–76. Disponible en: <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=28481850>
4. Morales JG. Síndrome de burnout en médicos residentes del Hospital Roosevelt [tesis de Maestría]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Estudios de Postgrado; 2015.
5. Aguirre LFL. Síndrome de burnout en residentes de pediatría [tesis de Maestría]. Guatemala: Universidad San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Estudios de Postgrado; 2015.
6. Martínez Jiménez JO. Síndrome de burnout en residentes y especialistas de Anestesiología de los hospitales del IGGS del área metropolitana [tesis de Maestría]. Guatemala: Universidad San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Estudios de Posgrado; 2014.
7. Monrouxe LV, Bullock A, Tseng HM, Wells SE. Association of professional identity, gender, team understanding, anxiety and workplace learning alignment with burnout in junior doctors: A longitudinal cohort study. *BMJ Open* [en línea]. 2017 [citado 24 Ene 2019]; 7 (12): 1–12. Disponible en: <https://bmjopen.bmj.com/content/7/12/e017942>
8. Ghazanfar H, Iqbal S, Naseem S. Quality of life of post-graduate medical students working in private and public hospitals in Punjab as measured by WHOQOL-BREF questionnaire. *J Pak Med Assoc* [en línea]. 2018 [citado 23 Ene 2019]; 68 (6): 908–13. Disponible en: <https://jpma.org.pk/article-details/8727>
9. Rawlani R, Kim JYS, Dumanian GA, Qureshi HA, Rawlani V, Mioton LM. Burnout phenomenon in U.S. Plastic Surgeons. *Plast Reconstr Surg* [en línea]. 2014 [citado 23 Ene 2019]; 135 (2): 619–26. doi: 10.1097/PRS.0000000000000855

10. Paro HB, Silveira PS, Perotta B, Gannam S, Enns SC, Giaxa RR, et al. Empathy among medical students: Is there a relation with quality of life and burnout? PLoS One [en línea]. 2014 [citado 24 Ene 2019]; 9 (4): 1-10. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0094133&type=printable>
11. Pulcrano M, Evans SR, Sosin M. Quality of life and burnout rates across surgical specialties: A systematic review. JAMA Surg [en línea]. 2016 [citado 24 Ene 2019]; 151 (10): 970–8. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jamasurgery/fullarticle/10.1001/jamasurg.2016.1647>
12. Colby L, Mareka M, Pillay S, Sallie F, van Staden C, du Plessis ED, et al. The association between the levels of burnout and quality of life among fourth-year medical students at the University of the Free State. South African J Psychiatry [en línea]. 2018 [citado 23 Ene 2019]; 24: 1–6. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6138180/pdf/SAJPsy-24-1101.pdf>
13. Lyndon MP, Henning MA, Alyami H, Krishna S, Zeng I, Yu TC, et al. Burnout , quality of life , motivation , and academic achievement among medical students : A person-oriented approach. Perspectives on Medical Education [en línea]. 2017 [citado 28 Ene 2019]; 6 (2): 108–14. doi: 10.1007/s40037-017-0340-6
14. Lemus Nolasco MY. Síndrome de burnout en médicos residentes de primer año, de especialidades médico-quirúrgicas. [tesis de Maestría]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Estudios de Posgrado; 2014. [citado 28 Ene 2019]. Disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_9461.pdf
15. Díaz Bámbula F, Gómez IC. La investigación sobre el síndrome de Burnout en Latinoamérica entre 2000 y 2011. Rev Psicología del Caribe [en línea]. 2016 [citado 26 Ene 2019]; 33 (18): 113-131. doi: 10.14482/psdc.33.1.8065
16. Saborio Morales L, Hidalgo Murillo LF. Síndrome de Burnout. Medicina legal de Costa Rica [en línea]. 2015 [citado 29 Ene 2019]; 32 (1): 119-124. Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152015000100014
17. Vidal Sánchez MI. Revisión bibliográfica sobre burnout y terapia ocupacional. Entre la vulnerabilidad y la oportunidad. Rev TOG [en línea]. 2015 [citado 28 Ene 2019]; 12 (21): 28-57. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num21/pdfs/revision4.pdf>

18. Aronsson G, Theorell T, Grape T, Hammarström A, Hogstedt C, Marteinsdottir I, et al. A systematic review including meta-analysis of work environment and burnout symptoms. *BMC Public Health*[en línea]. 2017 [citado 26 Ene 2019]; 17 (1): 1–13. doi: 10.1186/s12889-017-4153-7
19. Kosan Z, Calikoglu E O, Guraksin A. Levels of burnout and their associated factors among physicians working in northeast anatolia. *Niger J Clin* [en línea]. 2018 [citado 28 Ene 2019]; 21:875-81. doi: 10.4103/njcp.njcp_298_17
20. Juárez García A, Idrovo AJ, Camacho Ávila A, Placencia Reyes O. Síndrome de burnout en población mexicana: Una revisión sistemática. *Salud Ment* [en línea]. 2014 [citado 28 Ene 2019]; 37 (2): 159–76. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000200010
21. Botha E, Gwin T, Purpora C. The effectiveness of mindfulness based programs in reducing stress experienced by nurses in adult hospital settings: a systematic review of quantitative evidence protocol. *JBISIRIR* [en línea]. 2015 [citado 29 Ene 2019]; 13 (10): 21–9. doi: 10.11124/jbisirir-2015-2380
22. Da Cruz Gouveia PA, Chavez Riveiro Neta MH, de Moura Aschoff CA, Gomes DP, Fonseca da Silva NA, Firmino Cavalcanti HA. Factors associated with burnout syndrome in medical residents of a university hospital. *Rev Assoc Med Bras* [en línea]. 2017 [citado 29 Ene 2019]; 63 (6): 504–11. doi: 10.1590/1806-9282.63.06.504
23. Hyman SA, Shotwell MS, Michaels DR, Han X, Card EB, Morse JL, et al. A survey evaluating burnout, health status, depression, reported alcohol and substance use, and social support of anesthesiologists. *Anesth Analg* [en línea]. 2017 [citado 28 Ene 2019]; 125 (6): 1–10. doi: 10.1213/ANE.0000000000002298.
24. Hirsch O, Adarkwah CC. The issue of burnout and work satisfaction in younger GPs—A cluster analysis utilizing the HaMEdSi study. *Int J Environ Res Public Health* [en línea]. 2018 [citado 26 Ene 2019]; 15 (10): 2190. doi.org/10.3390/ijerph15102190
25. Franco Franco CC. Diagnóstico del síndrome de burnout en los trabajadores de una piedrinera ubicada en el municipio de Teculután, Zacapa [tesis Psicología Industrial en línea]. Guatemala: Universidad Rafael Landívar, Facultad de Humanidades; 2014. [citado 28 Ene 2019]. Disponible en: <http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2014/05/43/Franco-Carmen.pdf>
26. Martínez CH, Caballero Dominguez CC. Validación del cuestionario Maslach Burnout Inventory-Student Survey (MBI-SS) en contexto académico colombiano. *Revista*

- CES Psicología [en línea]. 2016 Ene-Jun [citado 28 Ene 2019] 9(1):1-15. Disponible en: <http://revistas.ces.edu.co/index.php/psicologia/rt/printerFriendly/3511/2525>
27. Bogotá. Ministerio de Trabajo. Síndrome de agotamiento laboral - Burnout protocolo de prevención y actuación [en línea]. Bogotá: Fundacion Cultural Javeriana de Artes Gráficas; 2015. Disponible en: <http://www.amfpr.org/wp-content/uploads/10-Protocolo-prevencion-y-actuacion-burnout.pdf>
 28. Sanchez Domínguez E. Burnout, estrategias de afrontamiento y prevencion en trabajadores sociales [tesis Trabajo Social en línea]. Buenos Aires: Universidad de La Rioja, Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales; 2015.[citado 28 Ene 2019]. Disponible en: https://biblioteca.unirioja.es/tfe_e/TFE000978.pdf
 29. Wanden-Berghe C, Martín Rodero H, Rodríguez Martín A, Novalbos Ruiz JP, De Victoria EM, Sanz Valero J, et al. Calidad de vida y sus factores determinantes en universitarios Españoles de Ciencias de la Salud. Nutr Hosp [en línea]. 2015 [citado 28 Ene 2019]; 31 (2): 952-958. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112015000200055
 30. Pinto S, Martins JC, Fumincelli L, Mazzo A, Caldeira S. Comfort, well-being and quality of life: Discussion of the differences and similarities among the concepts. Porto Biomed J [en línea]. 2016 [citado 28 Ene 2019]; 2(1): 6–12. Disponible en: <https://www.elsevier.es/en-revista-porto-biomedical-journal-445-articulo-comfort-well-being-quality-life-discussion-S2444866416301076>
 31. Bandeira DR, Panzini RG, Zimpel RR, Rocha NS, Fleck MP, Mosqueiro BP. Quality of-life and spirituality. Int Rev Psychiatry [en línea]. 2017 [citado 28 Ene 2019]; 29(3):263–82. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09540261.2017.1285553?journalCode=iirp20>
 32. Grupo de la OMS sobre la calidad de vida. La gente y la salud. ¿Qué calidad de vida? Rev Int Desarro Sanit [en línea].1996 [citado 28 Ene 2019]; 17 (4): 385–7. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/55264>
 33. Andre A, Pierre G, McAndrew M. Quality of Life Among Dental Students: A Survey Study. J Dent Educ [en línea]. 2017 [citado 29 Ene 2019]; 81 (10):1164–70. Disponible en: <http://www.jdentaled.org/content/81/10/1164.long>
 34. Mohammad-Najar N, Khoshnevis E, Banisi P. Effectiveness of positive thinking skills training on the hope and quality of life of drug-dependent people. Addict Heal [en línea]. 2017 [citado 29 Ene 2019]; 9 (3): 120–8. Disponible en:

- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5894791/pdf/AHJ-09-120.pdf>
35. Svalastog AL, Donev D, Jahren Kristoffersen N, Gajović S. Concepts and definitions of health and health-related values in the knowledge landscapes of the digital society. *Croat Med J* [en línea] 2018 [citado 29 Ene 2019]; 58 (6): 431–5. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5778676/pdf/CroatMedJ_58_0431.pdf
 36. Benoit EP. Toward a new definition of mental retardation. *Am J Ment Defic* [en línea]. 1959 [citado 29 Ene 2019]; 63 (4): 559–65. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/13617289>
 37. Alvaro Taype R, Smith Torres R, Percy Herrera A, Alva Díaz C, Brañez Condorena A, Moscoso Porras MG. Ingresos económicos en médicos peruanos según especialidad: Un análisis transversal de la ENSUSALUD 2015. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* [en línea]. 2017 [citado 29 Ene 2019]; 34 (2): 183-191. Disponible en: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rpmesp/v34n2/1726-4642-rpmesp-34-02-00183.pdf
 38. Bustamante MA, Lapo MC, Torres JD, Camino SM. Factores socioeconómicos de la calidad de vida de los adultos mayores en la provincia de Guayas, Ecuador. *Inf. Tecnol* [en línea]. 2017 [citado 30 Ene 2019]; 28 (5): 165-176. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/infotec/v28n5/art17.pdf>
 39. Stenmarker E, Mellgren K, Matus M, Schroder Hakansson A, Stenmarker M. Health-related quality of life, culture and communication: a comparative study in children with cancer in Argentina and Sweden. *J Patient-Reported Outcomes* [en línea]. 2018 [citado 25 Ene 2019]; 2 (49): 1-12. Disponible en: <https://jpro.springeropen.com/track/pdf/10.1186/s41687-018-0075-0>
 40. Del Giúdice M, Diez MA. Percepción del bienestar emocional y relaciones interpersonales en la calidad de vida de personas sordas en la etapa escolar. *Conocimiento Educativo* [en línea]. 2016 [citado 21 Ene 2019]; 4: 95-110. Disponible en: <https://www.camjol.info/index.php/ceunicaes/article/view/5713/5421+&cd=1&hl=en&ct=clnk&gl=gt>
 41. Medina Fernández IA, Carrillo Cervantes AL, Esparza González CE. Calidad de vida en el adulto mayor con sarcopenia. *Rev Mexicana de Enfermería* [en línea]. 2018 [citado 26 Ene 2019]; 6: 93-96. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/332913841_Calidad_de_vida_en_el_adult

o_mayor_con_sarcopenia

42. Marshall PA. Cultural influences on perceived quality of life. *Seminars in Oncology Nursing* [en línea]. 1990 [citado 19 Ene 2019]; 6 (4): 278-284. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0749208190900309>
43. World Health Organization. WHOQOL-BREF: introduction, administration, scoring and generic version of the assessment: field trial version. Programme on Mental Health WHO [en línea]. Geneva: WHO; 1996 [citado 27 Ene 2019]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63529>
44. López Carballeira A. El Síndrome de Burnout: antecedentes y consecuentes organizacionales en el ámbito de la sanidad pública gallega. [tesis de Doctorado en línea]. España: Universidad de Vigo, Facultad de Organización y Dirección de Empresas; 2017. [citado 20 Ene 2019]. Disponible en: http://www.investigacion.biblioteca.uvigo.es/xmlui/bitstream/handle/11093/791/sindrome_burnout_antecedentes_consecuentes_organizacionales_sanidad_gallega_analia.pdf?sequence=1
45. Robles Espinoza AI, Jurado B, De la Rosa Galván EV, Nava Zavala AH. Generalidades y conceptos de calidad de vida en relación con los cuidados de salud. *Rev El Residente* [en línea]. 2016 [citado 24 Ene 2019]; 11 (3): 120-125. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2016/rr163d.pdf>
46. Ochomongo Gutierrez HA. Prevalencia del síndrome de burnout en médicos residentes y su relación con ansiedad, depresión y tipo de personalidad. [tesis de Maestría]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Estudios de Postgrado; 2016.
47. Organización Panamericana de la Salud. En: *Medición de las condiciones de salud y enfermedad de la población. Módulos de principios de epidemiología para el control de enfermedades* [en línea] 2 ed. Washington DC; 2011 [citado 18 Ene 2019]; (Unidad 3) Disponible en: https://www.paho.org/col/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones-ops-oms-colombia&alias=855-mopece3&Itemid=688
48. Guatemala. Ministerio de Trabajo y Previsión Social. Código de Trabajo [en línea]. Guatemala: MINTRAB; 2007 [citado 27 Ene 2019]. Disponible en: <https://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/es/gt/gt015es.pdf>
49. Velez H, Rojas W, Borrero J, Restrepo J. *Psiquiatría*. 5 ed. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas; 2010.

50. Sánchez-Moreno F. La reforma de salud: Health Reform. *Rev Soc Peru Med Interna* [en línea]. 2014 [citado 10 Feb 2019]; 27 (2): 93–4. Disponible en: <http://www.medicinainterna.org.pe/pdf/5%20rev.%20SPMI%2027-2%20articulo%20de%20opinion.pdf>
51. Guatemala. Hospital General San Juan de Dios. Historia [en línea]. Guatemala: Hospital San Juan De Dios [citado 19 Ene 2019]. Disponible en: <http://www.hospitalsanjuandediosguatemala.com/pages/informacion-general.php#.XTaPXuhKjIV>
52. Guatemala. Asamblea Nacional Constituyente. Constitución Política de la República de Guatemala [en línea]. Guatemala: Congreso de la República; 1993. [citado 05 Feb 2019]. Disponible en: https://www.oas.org/juridico/mla/sp/gtm/sp_gtm-int-text-const.pdf
53. Manterola Carlos, Otzen Tamara. Los sesgos en investigación clínica. *Int. J. Morphol* [en línea]. 2015 Sep [citado 28 Ene 2019]; 33 (3): 1156-1164. doi: 10.4067/S0717-95022015000300056
54. Panagioti M, Panagopoulou E, Bower P, Lewith G, Kontopantelis E, Chew-Graham C, et al. Controlled interventions to reduce burnout in physicians: A systematic review and meta-analysis. *JAMA InternMed* [en línea]. 2017 [citado 02 Feb 2019]; 177 (2): 195–205. doi: 10.1001/jamainternmed.2016.7674
55. Squiers JJ, Lobdell KW, Fann JI, DiMaio JM. Physician Burnout: are we treating the symptoms instead of the disease?. *Ann Thorac Surg* [en línea]. 2017 Cct [citado 28 Ene 2019]; 104 (4): 1117–22. doi: <https://doi.org/10.1016/j.athoracsur.2017.08.009>
56. American Psychological Association. The road to resilience [en línea]. Washington D.C.: American Psychological Association; 2019 [citado 10 Feb 2019]. Disponible en: <https://www.apa.org/helpcenter/road-resilience>
57. Drummond D. Four tools for reducing burnout by finding work-life balance. *Fam Pract Manag* [en línea]. 2016 Ene-Feb [citado 10 Feb 2019]; 23 (1): 28–33. Disponible en: <https://www.aafp.org/fpm/2016/0100/p28.html>
58. Asante JO, Li MJ, Liao J, Huang YX. The relationship between psychosocial risk factors, burnout and quality of life among primary healthcare workers in rural Guangdong province: a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res* [en línea]. 2019 Jul [citado 10 Ene 2019]; 19 (1): 447. doi: <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4278-8>
59. Rodrigues H, Cobucci R, Oliveira A, Cabral JV, Medeiros L, Gurgel K, et al. Burnout syndrome among medical residents: A systematic review and meta-analysis. *PLoS*

One [en línea]. 2018 Nov [citado 20 Jul 2019]; 13 (11). doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0206840>

60. Shoimer I, Patten S, Mydlarski PR. Burnout in dermatology residents: a canadian perspective. *Br J Dermatol* [en línea]. 2017 Abr [citado 20 Jul 2019]; 178 (1): 270-71. doi: <https://doi.org/10.1111/bjd.15549>
61. Martini SM. La relación entre el síndrome de Burnout y las estrategias de afrontamiento utilizadas por los médicos. [tesis Licenciatura en Psicología en línea]. Buenos Aires: Universidad Argentina de la Empresa, Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales; 2016. [citado 24 Jul 2019]. Disponible en: <https://repositorio.uade.edu.ar/xmlui/bitstream/handle/123456789/4047/Martini.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

12. ANEXOS

Anexo 12.1

Inventario de Burnout de Maslach (MBI)

A continuación, encontrará una serie de enunciados acerca de su trabajo y de sus sentimientos en él. A cada una de las frases debe responder expresando la frecuencia con que tiene ese sentimiento, escribiendo el número que considere más adecuado en la casilla correspondiente.

Nunca: 0 Alguna vez al año o Una vez al mes o Algunas veces al
 menos: 1 menos: 2 mes: 3

Una vez a la Varias veces a la Diariamente: 6
 semana: 4 semana: 5

No.		
1	AE Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado.	
2	AE Cuando termino mi jornada de trabajo me siento agotado.	
3	AE Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo.	
4	RP Siento que puedo entender fácilmente a las personas que tengo que atender.	
5	D Siento que trato a algunos pacientes como si fueran objetos.	
6	AE Trabajar con pacientes todos los días me cansa.	
7	RP Siento que trato con mucha efectividad los problemas personas a las que tengo que atender.	
8	AE Siento que mi trabajo me está desgastando.	
9	RP Siento que estoy influyendo positivamente en las vidas de otras personas a través de mi trabajo.	
10	D Siento que me he hecho más duro con la gente.	
11	D Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.	

12	RP Me siento muy enérgico en mi trabajo.	
13	AE Me siento frustrado por mi trabajo.	
14	AE Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo.	
15	D Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a las personas a las que tengo que atender profesionalmente.	
16	AE Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa.	
17	RP Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable en mi trabajo.	
18	RP Me siento animado después de haber trabajado íntimamente con quienes tengo que atender.	
19	RP Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.	
20	AE Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades.	
21	RP Siento que se tratar de forma adecuada los problemas emocionales en el trabajo.	
22	D Me parece que los beneficiarios de mi trabajo me culpan de algunos de sus problemas	

AE: Agotamiento Emocional; D: Despersonalización; RP: Realización.

Anexo 12.2

Cuestionario resumido de Escala de Calidad de Vida de la OMS (WHOQOL-BREF)

Circule el número de la respuesta que le parezca adecuada.

Instrucciones:

Esta evaluación sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, salud y otras áreas de su vida. Por favor conteste todas las preguntas, escoja la respuesta que le parezca más apropiada. Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida durante **las dos últimas semanas**.

Por ejemplo, pensando en las dos últimas semanas, se puede preguntar:

	Nunca	Un poco	Moderadamente	Bastante	Totalmente
¿Obtiene de otras personas el apoyo que necesita?	1	2	3	4	5

Rodee con un círculo el número que mejor defina cuánto apoyo obtuvo de otras personas en las dos últimas semanas. Si piensa que obtuvo bastante apoyo de otras personas, usted debería señalar con un círculo el número 4.

Por favor lea cada pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala que represente mejor su opción de respuesta.

		Muy mala	Mala	Normal	Buena	Muy buena
1	¿Cómo calificaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5

		Muy insatisfecho	Insatisfecho	Normal	Satisfecho	Muy satisfecho
2	¿Qué tan satisfecho está con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia al grado en que ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3	¿Hasta qué punto piensa que el dolor físico le	1	2	3	4	5

	impide hacer lo que necesita?					
4	¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a si usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas, y en qué medida.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?	1	2	3	4	5

14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a “cuan satisfecho o bien” se ha sentido en varios aspectos de su vida en las últimas dos semanas.

		Nada	Poco	Lo normal	Bastante	Muy satisfecho
16	¿Cuán satisfecho está con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Cuán satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Cuán satisfecho está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?	1	2	3	4	5
23	¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5

24	¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25	¿Cuán satisfecho está con su transporte?	1	2	3	4	5

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que usted ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las últimas dos semanas.

		Nunca	Rara vez	Muy a menudo	Frecuentemente	Siempre
26	¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?	1	2	3	4	5

Anexo 12.3

Hoja de información a participantes

Nosotras somos estudiantes en proceso de graduación de la carrera de Médico y Cirujano de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Estamos realizando un estudio sobre “El Síndrome de Burnout en residentes y su correlación con la calidad de vida”. En el presente documento le brindaremos información sobre la investigación y le invitaremos a participar en el estudio. Las autoridades de su departamento han autorizado a todos los residentes a participar; sin embargo, esta participación es completamente voluntaria, de carácter personal y puede tomarse el tiempo necesario para decidir participar. Los datos que proporcione no serán publicados de manera personal y puede dejar el estudio en cualquier momento. Durante la exposición de la información puede solventar cualquier duda que se le presente.

El Síndrome de Burnout o de Agotamiento Laboral, es una patología psiquiátrica bastante estudiada y conocida por presentarse en personas que laboran atendiendo a otras personas, como el sector de salud. Se caracteriza por presentar agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal. Además de afectar el ámbito laboral, también se sabe que repercute negativamente en la calidad de vida de los trabajadores.

Existen muchos estudios internacionales que evidencian una alta prevalencia de este síndrome en los médicos durante su formación y que lo vinculan con alteraciones en la calidad de vida. Sin embargo, el Hospital San Juan de Dios no cuenta con estadísticas sobre la prevalencia del SB en los médicos residentes de todas las especialidades y que lo correlacionen con los índices de calidad de vida. El obtener estos datos puede abrir paso a la implementación de medidas para la prevención, detección y tratamiento del síndrome de Burnout que procuren mejorar la calidad de vida del médico, así como su rendimiento y ambiente de formación profesional.

Para esta investigación se tomará como muestra a toda la población de residentes de las distintas especialidades del hospital. Su participación consta de responder una boleta dividida en 3 partes:

1. Datos generales: sexo, especialidad y año de residencia. También se le pedirá colocar un correo electrónico.
2. El cuestionario de Maslach Burnout Inventoty (MBI) de 22 preguntas.

3. El cuestionario resumido de Escala de Calidad de Vida de la OMS (WHOQOL-BREF) de 26 preguntas.

Ambos cuestionarios son autoaplicables y puede tomar el tiempo necesario para responderlos.

4. Al finalizar la actividad se recogerán los formularios.
5. Se enviarán sus resultados por correo electrónico de manera personalizada, junto con más información sobre estrategias para prevenir y disminuir el SB.

De antemano, agradecemos su participación.

Anexo 12.4

Consentimiento informado

He sido invitado(a) a participar en la investigación "Síndrome de Burnout y su correlación con la calidad de vida en médicos residentes". Se me ha explicado el objetivo del estudio, me han indicado en lo que consiste mi participación, la forma de responder la boleta de recolección de datos y he accedido a brindar un correo electrónico para recibir mis resultados de las encuestas. He leído la información proporcionada, he tenido la oportunidad de presentar mis dudas y estas han sido solventadas. Consiento voluntariamente participar de esta investigación y entiendo el derecho de poder retirarme en cualquier momento.

Nombre del participante _____

Departamento _____

Firma del participante _____

Fecha _____

Anexo 12.5

Boleta de recolección de datos



Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas
Dirección de Investigación
Coordinación de Trabajos de Graduación



No. Boleta _____

SÍNDROME DE BURNOUT Y SU CORRELACIÓN CON LA CALIDAD DE VIDA EN MÉDICOS RESIDENTES

Correo Electrónico: _____

Especialidad: _____ Año de Residencia: _____

Sexo: _____

Inventario de Burnout de Maslach

Instrucciones: A continuación, encontrará una serie de enunciados acerca de su trabajo y de sus sentimientos en él. A cada una de las frases debe responder expresando la frecuencia con que tiene ese sentimiento, escribiendo el número que considere más adecuado en la casilla correspondiente, según la siguiente tabla:

Frecuencia	Punteo
Nunca	0
Alguna vez al año o menos	1
Una vez al mes o menos	2
Algunas veces al mes	3
Una vez a la semana	4
Varias veces a la semana	5
Diariamente	6

No.		
1	AE Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado.	
2	AE Cuando termino mi jornada de trabajo me siento agotado.	
3	AE Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo.	

0= Nunca. 1= Alguna vez al año. 2= Una vez al mes o menos. 3= Algunas veces al mes.

4= Una vez a la semana. 5= Varias veces a la semana. 6= Diariamente.

4	RP Siento que puedo entender fácilmente a las personas que tengo que atender.	
5	D Siento que trato a algunos pacientes como si fueran objetos.	
6	AE Trabajar con pacientes todos los días me cansa.	
7	RP Siento que trato con mucha efectividad los problemas personas a las que tengo que atender.	
8	AE Siento que mi trabajo me está desgastando.	
9	RP Siento que estoy influyendo positivamente en las vidas de otras personas a través de mi trabajo.	
10	D Siento que me he hecho más duro con la gente.	
11	D Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.	
12	RP Me siento muy enérgico en mi trabajo.	
13	AE Me siento frustrado por mi trabajo.	
14	AE Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo.	
15	D Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a las personas a las que tengo que atender profesionalmente.	
16	AE Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa.	
17	RP Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable en mi trabajo.	
18	RP Me siento animado después de haber trabajado íntimamente con quienes tengo que atender.	
19	RP Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.	
20	AE Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades.	
21	RP Siento que se tratar de forma adecuada los problemas emocionales en el trabajo.	
22	D Me parece que los beneficiarios de mi trabajo me culpan de algunos de sus problemas	

AE: Agotamiento Emocional; D: Despersonalización; RP: Realización.

Cuestionario resumido de Escala de Calidad de Vida de la OMS

Instrucciones:

Esta evaluación sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, salud y otras áreas de su vida. Por favor conteste todas las preguntas, escoja la respuesta que le parezca más apropiada. Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones.

Le pedimos que piense en su vida durante **las dos últimas semanas**.

Por ejemplo, pensando en las dos últimas semanas, se puede preguntar:

		Nunca	Un poco	Moderadamente	Bastante	Totalmente
	¿Obtiene de otras personas el apoyo que necesita?	1	2	3	4	5

Rodee con un círculo el número que mejor defina cuánto apoyo obtuvo de otras personas en las dos últimas semanas. Si piensa que obtuvo bastante apoyo de otras personas, usted debería señalar con un círculo el número 4.

Por favor lea cada pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala que represente mejor su opción de respuesta.

		Muy mala	Mala	Normal	Buena	Muy buena
1	¿Cómo calificaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5

		Muy insatisfecho	Insatisfecho	Normal	Satisfecho	Muy satisfecho
2	¿Qué tan satisfecho está con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia al grado en que ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3	¿Hasta qué punto piensa que el dolor físico le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5

8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a si usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas, y en qué medida.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a “cuan satisfecho o bien” se ha sentido en varios aspectos de su vida en las últimas dos semanas.

		Nada	Poco	Lo normal	Bastante	Muy satisfecho
16	¿Cuán satisfecho está con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Cuán satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5

18	¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Cuán satisfecho está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?	1	2	3	4	5
23	¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25	¿Cuán satisfecho está con su transporte?	1	2	3	4	5

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que usted ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las últimas dos semanas.

		Nunca	Rara vez	Muy a menudo	Frecuentemente	Siempre
26	¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?	1	2	3	4	5

Gracias por tu ayuda

Sección a llenar por las investigadoras

Síndrome de burnout	AE	D	RP	Total	Calidad de vida	SF	SM	BRP	BA	Total

Anexo 12.6

Propuesta del plan de intervención individual



SÍNDROME DE BURNOUT

Es una respuesta al estrés laboral crónico caracterizada por agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal, que afecta principalmente a los profesionales en salud.



Hospital General San Juan de Dios. Disponible en: <https://mundochapin.com/2017/09/la-historia-del-hospital-san-juan-de-dios/66275/> (Consultado el 15/04/2019)

Entre las intervenciones individuales descritas en diversas investigaciones para prevenir y tratar el Síndrome de Burnout se encuentran las técnicas de atención plena, técnicas para mejorar la competencia laboral y la comunicación, habilidades y estrategias de afrontamiento personal o resiliencia.

DESARROLLO DE RESILIENCIA

La resiliencia incluye conductas, pensamientos y acciones que pueden ser aprendidas y desarrolladas por cualquier persona.

El desarrollo de esta característica y su mejoramiento se lleva a cabo a través del uso de una estrategia personal guiada por 10 pasos.

RESILIENCIA

Se conoce como Resiliencia a la capacidad del ser humano a adaptarse adecuadamente al cambio y/o a las situaciones adversas que enfrenta.

Una persona resiliente no es aquella que no experimenta dificultades o angustias, sino la persona que aprende a afrontar un proceso de adaptación positivamente a pesar de las adversidades.



Médico. Disponible en: <https://openrevista.com/temas/actualidad/la-dificil-vida-de-un-medico/attachment/medico-portada/> (Consultado el 15/04/2019)

DIEZ FORMAS DE CONSTRUIR RESILIENCIA



1. ENTABLER RELACIONES

Las relaciones interpersonales de apoyo dentro y fuera de la familia es uno de los factores más importantes para la Resiliencia.



2. CAMBIO DE PERSPECTIVA CON RESPECTO A LOS OBSTÁCULOS.

Cuando ocurren eventos que no puede cambiar, intente ver las crisis como obstáculos superables con una proyección a futuro.



3. ACEPTAR EL CAMBIO

Es necesario un cambio de enfoque con respecto al cambio; mantener la concentración en las cosas que sí se pueden cambiar es beneficioso.



4. ENFOQUE DE METAS

Coordine actividades relacionadas al alcance de metas realistas.



5. ACCIONES DECISIVAS

En lugar de ignorar los problemas, enfóntelos con acciones decisivas.



6. BUSQUE OPORTUNIDADES DE CONOCIMIENTO PERSONAL

Reflexione sobre las características de crecimiento personal que obtuvo al enfrentar las situaciones adversas.



7. VISIÓN POSITIVA DE SÍ MISMO

Cultive una visión positiva y confianza en sí mismo.



8. MANTENIMIENTO DE COSAS EN PERSPECTIVA

Al enfrentar una situación adversa, mantenga perspectiva a largo plazo.



9. VISIÓN OPTIMISTA

Visualizar sus metas en lugar de preocuparse por lo que teme.



10. CUIDE DE SÍ MISMO

Cuide de su salud física y mental.



CARACTERÍSTICAS DE UNA PERSONA RESILIENTE

- Es una persona que lleva a cabo planes realistas y sigue los pasos necesarios para llevarlos a cabo.
- Es una persona que posee una visión positiva de sí misma, y confianza en sus fortalezas y habilidades.
- Una persona resiliente desarrolla destrezas en la comunicación y en la solución de problemas.
- La persona resiliente posee la capacidad para manejar emociones e impulsos fuertes.



Estudiante de Medicina. Disponible en: <http://noticias.universia.cl/educacion/noticia/2018/02/20/1158081/10-consejos-estudiantes-medicina.html> (Consultado el 15/04/2019)



PARA ATENCIÓN PSICOLÓGICA/PSIQUIÁTRICA

Se contactó con la Unidad de Apoyo y Desarrollo Estudiantil (UNADE) para atender a los participantes que desean una atención personalizada para el desarrollo de dichas técnicas.

- Horarios de Atención:
 - Psicología: Lunes a Viernes de 8:00am a 12:00pm
 - Psiquiatría: Jueves de 12:00pm a 3:30 pm.

REALIZAR CITA PREVIA

Contactar:

Dirección: Centro Universitario Metropolitano -CUM- 9 Avenida 9-45, Zona 11, 1er. Nivel, Edificio E
Teléfonos directo: 24187473 / PBX: 24187400
e-mail: unade.medicina.usac.edu.gt / unade@medicina.usac.edu.gt



Association AP. El Camino a la Resiliencia [Internet]. 2019. Disponible en: <https://www.apa.org/centrodeapoyo/resiliencia-camino>



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas
Tesis. 2019: Síndrome de Burnout y su correlación con calidad de Vida en Médicos Residentes



Anexo 12.7

Carta de propuesta del plan de intervención institucional dirigida a departamentos del HGSJDD

Guatemala _____ de 2019

Hospital General San Juan de Dios

Dirección Médica

Jefes de Departamento

Jefes de Residentes

Dr(a) _____:

Jefe(a) de departamento de _____

Por esto medio nos dirigimos ante ustedes deseándole éxitos en sus labores cotidianas, con el principal fin de presentar ante ustedes los resultados del trabajo de tesis titulada "SÍNDROME DE BURNOUT Y SU CORRELACION CON LA CALIDAD DE VIDA EN MÉDICOS RESIDENTES" realizado por las estudiantes de grado: Laura González, Diana García, Mónica Polanco, Karla de León, María González.

Así mismo, el objetivo de dicha propuesta es presentar este grupo de sugerencias las cuales pudieran ser implementadas en el hospital para iniciar un cambio o mejora en la salud mental de los médicos residentes de todas las especialidades. Está ampliamente descrito en la literatura que el síndrome de burnout tiene como consecuencia una actitud fría y despersonalizada en el trato que se brinda a los pacientes atendidos, el cual se evidencia por sentimientos, actitudes y respuestas negativas distantes, irónicas y frías, teniendo implicaciones personales en la vida del médico residente.

Como grupo se gestionó el contacto con profesionales dedicados a tratar el mismo el cual se encontró en UNADE en el cual se tiene un programa ya existente y estructurado dedicado al cuidado de la salud mental de los estudiantes de la facultad de ciencias médicas a quienes se les solicitó apoyo para este grupo vulnerable.

Adjunto a esta carta se encontrará el programa grupal, horarios y programa personal el cual puede ser tomado por el residente con presencia del síndrome o con los que

presenten síntomas premonitorios del mismo. Por lo que se solicita que se realicen las gestiones necesarias para que el médico residente sea apoyado en esta actividad.

Agradeciendo de antemano su apoyo y comprensión.

Atte.

Estudiantes,

Diana García

Laura González

María Fernanda García

Mónica Polanco

Karla De león

Propuesta de plan de intervención institucional para la prevención y disminución del síndrome de burnout en médicos residentes

Introducción: El síndrome de burnout (CIE -10 Z73.0) es una enfermedad mental resultante de un ambiente de exposición a una situación de estrés laboral crónica y constante en la cual las estrategias de afrontamiento no surgen efecto generando una acumulación a largo plazo de la sintomatología presentada por el paciente. Existen variables institucionales que facilitan el desarrollo del síndrome entre los cuales se resaltan los siguientes:

- Ambigüedad del rol.
- Largas jornadas laborales
- Altos volúmenes de trabajo
- Baja remuneración
- Poco tiempo asignado para el apoyo del residente por parte de la organización.
- Descuido de las necesidades del trabajador

Población beneficiada: Médicos residentes de todas las especialidades.

Plan de intervención: La estrategia inicial es la identificación del síndrome en los médicos residentes y correlacionarlo con la calidad de vida respectivamente, en el cual se clasificarán en dos grupos con Síndrome de Burnout y sin Síndrome de Burnout independientemente de la calidad de vida que el mismo pueda tener. En el presente documento se mencionarán únicamente las estrategias pertinentes con la institución de las cuales se presentan las siguientes sugerencias:

- Mantener actualizadas las descripciones de los cargos ocupados, y así prevenir uno de los factores detonantes evitando ambigüedades, conflicto de roles de manera que el medico comprenda lo que se espera de él sin generar algún tipo de expectativas que sean físicamente inaccesibles.
- Promover el trabajo en equipo, incentivando la colaboración entre compañeros de grado de residencia y no la competencia entre los mismos.
- Fortalecer procesos de selección en el cual se podría implementar exámenes específicos con el fin de identificar tipos de personalidad, estilos de afrontamiento, tolerancia a la frustración y al estrés de manera que se asegure que el aspirante tenga las aptitudes emocionales requeridas para desempeñar el cargo.

- Desarrollar actividades de bienestar laboral educativas, deportivas, recreativas y culturales que estimulen y motiven la participación de los médicos y su núcleo familiar con el fin de fortalecer la confianza entre los miembros del equipo, relaciones interpersonales y apoyo de la sociedad.
- Fomentar la flexibilidad de los horarios no enfocándose directamente en reducir las horas de trabajo, más bien trabajarla de forma óptima y más efectiva.
- Fortalecer o crear un programa de gestión de desempeño o de retroalimentación en el cual se asegure el reconocimiento del trabajador por las actividades finalizadas.

Anexo 12.8
Resultados

Tabla 12. 1 Frecuencias de resultados de las dimensiones del síndrome de burnout

Variables	(N=222)					
	Alto		Medio		Bajo	
	f	%	f	%	f	%
Dimensiones de SB						
Cansancio o agotamiento	141	63.51%	46	20.72%	35	15.77%
Despersonalización	144	64.86%	33	14.86%	45	20.27%
Abandono o falta de realización personal	61	27.48%	67	30.18%	94	42.34%

Tabla 12.2 Promedio de calidad de vida por especialidad según la presencia o ausencia de síndrome de burnout.

Variables	Calidad de vida	
	\bar{x}	
	Con SB	Sin SB
Dermatología	--	72.00
Ginecología y obstetricia	52.66	66.64
Neurofisiología	47	66.46
Medicina Interna	58.55	65.42
Traumatología	40.1	63.18
Radiología	56.37	60.21
Anestesiología	56.52	58.50
Cirugía	59.53	59.80
Patología	48.75	55.95

Interpretación: Se puede observar puntajes bajos de calidad de vida en ambos grupos. Las puntuaciones más altas indican una mejor calidad de vida y viceversa.³⁰

Tabla 12.3 Promedio de calidad de vida por año de especialidad según la presencia o ausencia de síndrome de burnout.

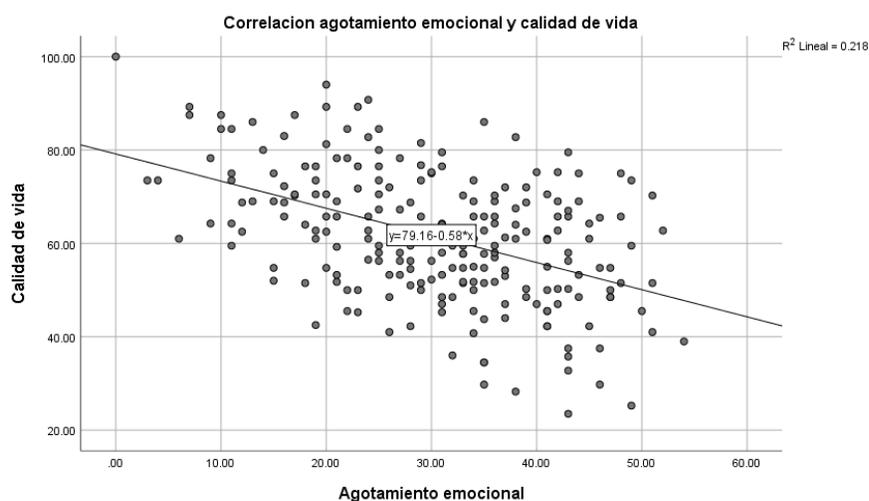
(N= 222)

Variables	Calidad de vida	
	\bar{x}	
	Con SB	Sin SB
Jefes de residentes	51.5	70.59
Segundo año	57.34	66.36
Cuarto año	56.25	63.41
Tercer año	54.2	62.51
Primer año	56.25	60.03

Interpretación: Se puede observar puntajes bajos de calidad de vida en ambos grupos. Las puntuaciones más altas indican una mejor calidad de vida y viceversa.³⁰

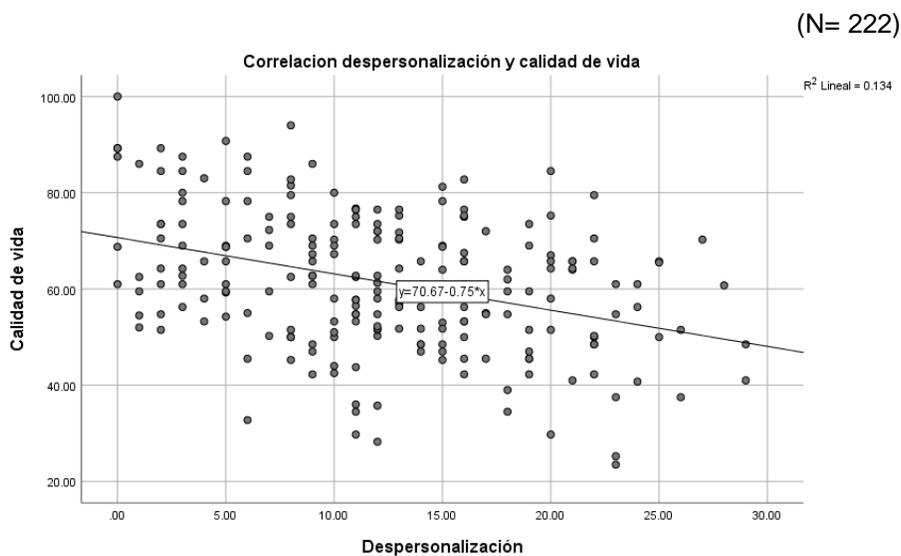
Grafica 12.1 Correlación general punteo de agotamiento emocional y calidad de vida en residentes del Hospital General San Juan de Dios, de junio a julio del 2019.

(N= 222)



Interpretación: Para cuantificar el grado y la dirección de dicha asociación se calculó el coeficiente de correlación de Pearson, cuyo valor fue $r = -0.467$ con una $p < 0.001$. Esto quiere decir que, entre el punteo de agotamiento emocional y calidad de vida de los médicos residentes evaluados existe una correlación negativa moderada (ver tabla 5.3). Lo que significa que a medida que aumenta el punteo de agotamiento emocional disminuye el punteo de calidad de vida.

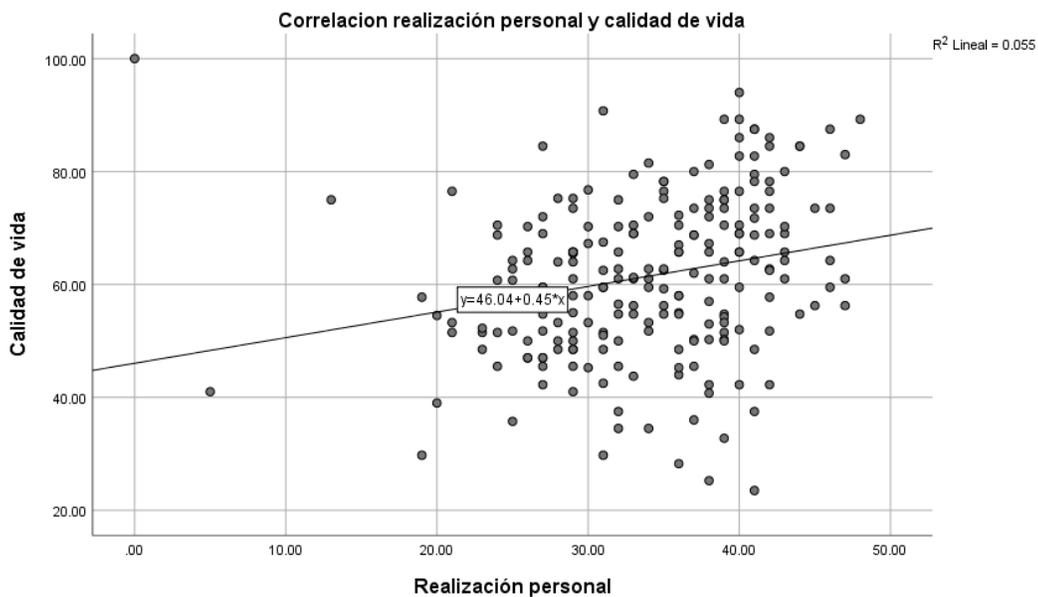
Grafica 12.2 Correlación general punteo de despersonalización y calidad de vida en residentes del Hospital General San Juan de Dios, de junio a julio del 2019.



Interpretación: Para cuantificar el grado y la dirección de dicha asociación se calculó el coeficiente de correlación de Pearson, cuyo valor fue $r = -0.366$ con una $p < 0.001$. Esto quiere decir que, entre el punteo de despersonalización y calidad de vida de los médicos residentes evaluados existe una correlación negativa baja (ver tabla 5.3). Lo que significa que a medida que aumenta el punteo de despersonalización disminuye el punteo de calidad de vida

Grafica 12.3 Correlación general punteo de realización personal y calidad de vida en residentes del Hospital General San Juan de Dios, de junio a julio del 2019.

(N= 222)



Interpretación: Para cuantificar el grado y la dirección de dicha asociación se calculó el coeficiente de correlación de Pearson, cuyo valor fue $r = 0.234$ con una $p < 0.001$. Esto quiere decir que, entre el punteo de realización personal y calidad de vida de los médicos residentes evaluados existe una correlación positiva baja (ver tabla 5.3). Lo que significa que a medida que aumenta el punteo de realización personal aumenta el punteo de calidad de vida.