

**UNIVERSIDAD DE LOS ANDES  
FACULTAD DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA Y SOCIAL  
POSTGRADO EN MEDICINA DE FAMILIA**

**SÍNDROME DE BURNOUT Y RESILIENCIA EN MÉDICOS RESIDENTES.  
INSTITUTO AUTÓNOMO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LOS ANDES.  
MÉRIDA-VENEZUELA 2018**

**Autor:**

Albano Poveda Benítez

**Tutoras:**

Dra. Olga Quintero de Acevedo

Dra. María A. Mejía de Díaz

Mérida, agosto 2018

**SÍNDROME DE BURNOUT Y RESILENCIA EN MÉDICOS RESIDENTES.  
INSTITUTO AUTÓNOMO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LOS ANDES.  
MÉRIDA-VENEZUELA 2018.**

TRABAJO ESPECIAL DE GRADO PARA SER  
PRESENTADO POR EL MÉDICO ALBANO  
POVEDA BENÍTEZ C.C. E-12400509, ANTE EL  
CONSEJO DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE  
LA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES, COMO  
CREDENCIAL DE MÉRITO PARA PARA LA  
OBTENCIÓN DEL GRADO DE ESPECIALISTA  
EN MEDICINA DE FAMILIA.

**Autor:**

Albano Poveda Benítez

Residente del Tercer Año del Postgrado Medicina de Familia

**Tutores:**

Dra. Olga Quintero de Acevedo.

Profesor Titular.ULA. Facultad de Medicina.

Doctora en Patología Existencial e Intervención en Crisis.

Dra. María Arnolda Mejía de Díaz.

Profesor Titular.ULA. Facultad de Medicina.

Doctora en Ciencias Médicas y en Patología Existencial e Intervención en Crisis.

[www.bdigital.ula.ve](http://www.bdigital.ula.ve)

## AGRADECIMIENTO

Agradezco la colaboración y cordial participación de todas las personas, compañeros de estudio y amistades que participaron de forma directa o indirecta con la ejecución de este proyecto, especialmente a mis profesoras del Postgrado en Medicina de Familia de la Ilustre Universidad de Los Andes, especialmente a la Dras.: Olga Quintero de Acevedo, María Arnolda Mejía de Díaz, Carmen Cristina Silva y María Cristina D`Avila. También agradezco a la Lic. Lourdes, Secretaria del Postgrado por su amable atención en todos los semestres cursados. También agradezco a Dios por toda su protección y por conducirme en este esfuerzo por alcanzar mis metas.

¡Gracias a Todos!

[www.bdigital.ula.ve](http://www.bdigital.ula.ve)

Dr. Albano Poveda Benítez

## DEDICATORIA

Dedico esta investigación a todos mis seres queridos, muy especialmente a todas aquellas personas que me motivaron a esta gran realización personal y profesional, especialmente a:

Mis magníficos Padres, Dios les dé larga Vida y Salud.

Mi Bella y Amada Esposa Verónica, siempre a mi lado y apoyándome incondicionalmente.

A mis hermanos, tan nobles y comprensivos, Dios les siga otorgando Salud y Protección.

A la Empresa Social del Estado, Hospital de Villa de Leyva por su apoyo laboral en el transcurso de la especialización.

A todas aquellas personas que confiaron y creyeron en mí como Ser Humano y futuro Médico de Familia.

¡Dios los guarde a todos!

Dr. Albano Poveda Benítez

## INDICE DE CONTENIDO

	Página
<b>AGRADECIMIENTO</b>	Iii
<b>DEDICATORIA</b>	Iv
<b>INDICE DE CONTENIDO</b>	V
<b>INDICE DE TABLAS</b>	Vi
<b>INDICE DE FIGURAS</b>	Vi
<b>RESUMEN</b>	Vii
<b>ABSTRACT</b>	Viii
<b>INTRODUCCIÓN</b>	1
Planteamiento del problema	2
Justificación e Importancia	4
Objetivos	6
<b>MARCO TEÓRICO</b>	7
Antecedentes	7
Bases teóricas	12
<b>MÉTODOS</b>	18
<b>RESULTADOS</b>	24
<b>ANÁLISIS Y DISCUSIÓN</b>	39
<b>CONCLUSIONES</b>	48
<b>RECOMENDACIONES</b>	49
<b>REFERENCIAS</b>	50
<b>ANEXOS</b>	55

## INDICE DE TABLAS

	Página
Tabla 1. Características sociodemográficas de los médicos residentes del IAHULA(n=153). Mérida, abril-junio 2018.	23
Tabla 2. Características de los médicos residentes del IAHULA(n=153) según año, especialidad y turnos de trabajo. Mérida, abril-junio 2018.	24
Tabla 3. Síndrome de Burnout en los médicos residentes del IAHULA(n=153) según el año de residencia. Mérida, abril-junio 2018.	25
Tabla 4. Relación entre Síndrome de Burnout y tipo especialidad en médicos residentes del IAHULA(n=153). Mérida, abril-junio 2018.	25
Tabla 5. Relación entre Síndrome de Burnout y tipo especialidad en médicos residentes del IAHULA(n=153). Mérida, abril-junio 2018.	26
Tabla 6. Relación entre Síndrome de Burnout y variables sociodemográficas de los médicos residentes del IAHULA(n=153). Mérida, abril-junio 2018.	27
Tabla 7. Dimensiones del Síndrome de Burnout (MBI) en los médicos residentes del IAHULA (n=153). Mérida, abril-junio 2018.	28
Tabla 8. Dimensiones del Síndrome de Burnout (MBI) en los médicos residentes del IAHULA (n=153) según año de residencia. Mérida, abril-junio 2018	29
Tabla 9. Dimensiones del Síndrome de Burnout (MBI) en los médicos residentes del IAHULA (n=153) según especialidad. Mérida, abril-junio.	30
Tabla 10. Dimensiones del Síndrome de Burnout (MBI) en médicos residentes del IAHULA(n=153) según especialidad. Mérida, abril-junio 2018.	30
Tabla 11. Niveles de resiliencia en médicos residentes del IAHULA (n=153) según si tienen o no hijos. Mérida, abril-junio 2018.	32
Tabla 12. Niveles de Resiliencia en médicos residentes del IAHULA (n=153) según año de residencia y tipo de especialidad. Mérida, abril-junio 2018.	33
Tabla 13. Dimensiones de resiliencia (CD-RISC) de médicos residentes del IAHULA (n=153). Mérida, abril-junio 2018.	34
Tabla 14. Dimensiones de resiliencia (CD-RISC) de médicos residentes del IAHULA (n=153) según si tienen o no hijos. Mérida, abril-junio 2018.	35
Tabla 15. Relación entre la dimensión “realización personal” del MBI y niveles de resiliencia (CD-RISC) de médicos residentes del IAHULA (n=153). Mérida abril-junio. 2018.	36

## INDICE DE FIGURAS

	Página
Figura 1. Distribución de las puntuaciones en el CD-RISC de médicos residentes en el IAHULA(n=153). Mérida, abril-junio 2018.	34

## RESUMEN

El Síndrome de Burnout está afectando cada día más a los trabajadores de diversos sectores y los profesionales médicos no escapan de este fenómeno que está desgastando emocional y moralmente a las personas que tienen que tratar directamente con otras personas. El afrontamiento y la resiliencia que puede desarrollar el individuo es una opción real para superar las adversidades y deshumanización que impone la civilización actual. **Objetivo:** Relacionar el Síndrome de Burnout y la Resiliencia en médicos residentes del IAHULA. **Métodos:** Estudio de campo, descriptivo, transversal y correlacional en 153 residentes de los diferentes postgrados clínicos y quirúrgicos en los meses de abril a junio 2018. Se aplicó el Maslach Burnout Inventory (MBI) y la Escala Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) ya validados. El análisis estadístico incluyó un análisis bivariado. **Resultados:** La media de edad fue de 30,6 años, a predominio de mujeres, venezolanas solteras y sin hijos, con ingreso mensual promedio de 4.469.000 Bs F, con beca y ayuda familiar. Más de la mitad son residentes del tercer año que laboran en horarios diurnos. El síndrome de Burnout se detectó en el 14,4% de los residentes, pero la mayoría de los residentes tuvo niveles altos de resiliencia. Se demostró relación estadísticamente significativa, entre Burnout y las variables: tipo de residente ( $p < 0,05$ ) y especialidad ( $p < 0,05$ ) con mayor prevalencia en los residentes del cuarto año y en los postgrados quirúrgicos. En cuanto a las dimensiones del MBI se encontró asociación estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ) entre “tipo de especialidad” y “despersonalización”. Con el CD-RISC para Resiliencia se obtuvo una puntuación media de 79,8 que corresponde a alta resiliencia, con asociación significativa ( $p < 0,05$ ) entre la resiliencia y el número de hijos, con mayor resiliencia en los residentes sin hijos. Hubo asociación estadísticamente significativa entre la pregunta si tiene o no hijos” con las dimensiones de resiliencia: “persistencia, tenacidad y autoeficacia” ( $p < 0,001$ ) y “control y propósito” ( $p < 0,05$ ). Para la resiliencia y las dimensiones del MBI, se empleó el coeficiente de correlación de Spearman, encontrando que a mayor resiliencia mayor “realización personal” (0,40), menor “despersonalización” (-0,21) y menor “cansancio emocional” (-0,18). Se tuvo, mediante chi cuadrado, una asociación estadísticamente significativa ( $p < 0,01$ ) entre la resiliencia y la realización personal. **Conclusión:** Se halló una baja prevalencia del Burnout en esta población debido a que la mayoría de los residentes presentó elevados valores de realización personal y resiliencia, a pesar de que la misma estaba presentando fuertes indicios de cansancio emocional y despersonalización.

**Palabras claves:** Síndrome de Burnout, Resiliencia, Médicos Residentes, Postgrados.

## ABSTRACT

The Burnout Syndrome is affecting every day more the workers of diverse sectors and the medical professionals do not escape of this phenomenon that is emotionally and morally wasting the people that have to deal directly with other people. The coping and resilience that the individual can develop is a real option to overcome the adversities and dehumanization imposed by the current civilization **Objective:** To relate the Burnout Syndrome and Resilience in resident doctors of the IAHULA. **Methods:** Field, descriptive, cross-sectional and correlational study in 153 residents of the different clinical and surgical postgraduate courses from April to June 2018. The Malasch Burnout Inventory (MBI) and the Connor-Davidson Scale Resilience Scale (CD-RISC) were applied, validated. The statistical analysis included a bivariate analysis. **Results:** The average age was 30.6 years, predominantly of women, single Venezuelans without children, with an average monthly income of 4.469.000 Bs F, with scholarship and family help. More than half are residents of the third year who work during daytime hours. Burnout syndrome was detected in 14.4% of residents but the majority of residents had high levels of resilience. A statistically significant relationship was demonstrated between Burnout and the variables: type of resident ( $p < 0.05$ ) and specialty ( $p < 0.05$ ) with the highest prevalence in residents of the fourth year and in postgraduate surgeries. Regarding the dimensions of the MBI, a statistically significant association was found ( $p < 0.05$ ) between "type of specialty" and "depersonalization". With the CD-RISC for Resilience, an average score of 79.8 was obtained, which corresponds to high resilience, with a significant association ( $p < 0.05$ ) between resilience and the number of children, with greater resilience in residents without children. There was a statistically significant association between the question whether or not they had children "with the dimensions of resilience:" persistence, tenacity and self-efficacy" ( $p < 0.001$ ) and "control and purpose" ( $p < 0.05$ ). For the resilience and dimensions of the MBI, the Spearman correlation coefficient was used, finding that the greater the resilience, the greater "personal fulfillment" (0.40), the lower "depersonalization" (-0.21) and the lower "emotional fatigue". (-0.18). There was a statistically significant association ( $p < 0.01$ ) between resilience and personal fulfillment through Chi-square. **Conclusion:** A low prevalence of Burnout was found in this population because the majority of the residents presented high values of personal fulfillment and resilience, despite the fact that they showed strong signs of emotional exhaustion and depersonalization.

**Keywords:** Burnout Syndrome, Resilience, Resident Doctors, Postgraduates

## INTRODUCCIÓN

En el mundo actual existe un incremento en las demandas del trabajo realizado por los profesionales que deben tratar directamente con personas, especialmente aquellos que se desempeñan en áreas sanitarias y asistenciales. Estos trabajadores experimentan situaciones importantes de estrés laboral crónico durante el ejercicio de su profesión que terminan por afectar su salud y la calidad de atención prestada a los usuarios que acuden a ellos.

Los médicos pertenecen particularmente a este sector puesto que su profesión exige una constante entrega y sacrificio personal ya que constantemente deben interactuar con pacientes que sufren y padecen desde el punto de vista biopsicosocial.

El riesgo de enfermar en el ejercicio de una ocupación es denominado por algunos autores como Síndrome de Burnout (anglicismo que significa “síndrome de estar quemado”) o de desgaste profesional y es una de las manifestaciones más frecuentes del estrés laboral que se expresa principalmente por un cansancio emocional que conduce a la pérdida progresiva de la motivación laboral.<sup>1</sup> Para Greig y Fuentes<sup>2</sup> este síndrome *“se presentaría en personas altamente motivadas por su trabajo, idealistas y con deseos de entregar mucho de sí, que se ven sobrepasados por las condiciones laborales y el nivel de demanda personal al que se ve sometido, en relación a las gratificaciones que recibiría en el desempeño de su rol”*.

Zavala-González<sup>3</sup> señalan que el concepto de Burnout fue usado por primera vez por Freudenberg en 1974, quien lo definió *“como un estado de fatiga que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o relación que no produce el esfuerzo esperado”*. Así mismo en una revisión efectuada por Martínez<sup>4</sup> se indica que fue Malasch en 1976 quien aplicó el término Burnout específicamente a trabajadores que debían tener contacto diariamente con personas.

Las personas afectadas con Burnout pueden desarrollar síntomas físicos y psicológicos tan variados como mareos, cefaleas, evacuaciones diarreicas, asma, hipertensión arterial e inclusive trastornos como depresión, paranoia, desviación psicopática, esquizofrenia, entre otros, que terminan por ocasionar ausentismo laboral, aumento de la ingesta de tabaco, alcohol o abuso de fármacos y tranquilizantes e inclusive irritabilidad, impaciencia, ansiedad, sentimientos de incompetencia y hasta disminución de la autoestima, del

autocontrol, de la autoeficacia y de expectativas personales<sup>5,6</sup>. Para enfrentar dichas consecuencias, diversos estudios proponen distintos enfoques para su prevención y manejo, entre ellos, el enfoque de la psicología positiva, la cual promueve el bienestar de las personas mediante la aplicación de la “resiliencia”, cuyo propósito es la identificación de los factores protectores, es decir, todos aquellos que permiten afrontar y resistir las situaciones de adversidad que se pueden presentar en la vida de un individuo<sup>7</sup>.

Actualmente la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce que el Síndrome de Burnout es un factor de riesgo psicosocial y la incluye en la categoría Z73.0 de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) que comprende los problemas relacionados con el desgaste profesional (sensación de agotamiento vital)<sup>7</sup>. La literatura señala que el Síndrome de Burnout posee una prevalencia importante en diferentes países del mundo y se considera como un problema de salud pública que puede afectar a varias profesiones y a los trabajadores tanto de los países en desarrollo como de los desarrollados<sup>8</sup>.

Por todo lo anteriormente citado, la presente investigación busca analizar el Síndrome de Burnout y la Resiliencia que puedan desarrollar los médicos residentes de los diferentes postgrados clínicos y quirúrgicos del Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes (IAHULA). El propósito de esta investigación fue detectar la presencia del Síndrome de Burnout y los niveles de resiliencia en los médicos residentes de los postgrados del IAHULA para así poder analizar la relación que puede existir entre ambas variables e investigar los factores de riesgo que permitan desarrollar futuros programas e intervenciones que contribuyan a reducir las secuelas físicas y psicosociales que ocasione este tipo de desgaste laboral mientras que por otro lado se busca sensibilizar al personal que padezca esta patología y a las autoridades competentes para que puedan abordar los factores de riesgo del Burnout, con el fin de disminuir su prevalencia y contribuir en la prevención de sus temibles complicaciones físicas, mentales y socioeconómicas, así como fomentar los factores protectores que estimulan una cultura salutogenética de la vida, lo que en definitiva es el propósito de la verdadera Medicina de Familia, con un enfoque basado en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Para tal fin se realizó un estudio descriptivo correlacional con 153 residentes de los posgrados clínicos y quirúrgicos del IAHULA, durante los meses abril a junio del 2018.

## Planteamiento del problema

El Síndrome de Burnout representa a nivel mundial un importante problema de salud pública en los profesionales médicos debido a las consecuencias que puede generar en el funcionamiento físico, mental, laboral y social de los afectados. El desgaste laboral que este síndrome causa en los médicos acarrea problemas interpersonales que interfieren con la calidad de los servicios de salud y la misma seguridad de los pacientes <sup>9</sup>.

Existen altas prevalencias del Síndrome de Burnout en países como España, Brasil, Argentina, Venezuela, México, Turquía, Hong-Kong y Estados Unidos, donde se han realizado estudios con médicos especialistas y residentes de postgrado (especialmente en médicos familiares, médicos internistas, oncólogos, anestesiólogos, entre otras especialidades <sup>10-18</sup>.

Mejía<sup>19</sup> explica que el Síndrome de Burnout *“se presenta como una respuesta al estrés crónico en su desempeño diario, sea académico o laboral y se manifiesta por un agotamiento emocional, despersonalización, actitudes hostiles y agresivas con sus compañeros de disciplina profesional que trae como resultado un sentimiento de mala realización profesional”*. Por otra parte, en el Burnout se puede presentar un complejo cuadro clínico con conductas que comprenden negación, aislamiento, ansiedad, miedo, depresión, adicción e inclusive el suicidio.<sup>20</sup>

Este síndrome tiene una alta prevalencia en los médicos, especialmente en los residentes que están en proceso de formación de posgrado porque están sometidos diariamente a fuertes presiones asistenciales y académicas en aras de su superación profesional, con pocas horas de descanso, sueño y poco compartir en sus hogares, mal remunerados y muy comprometidos con la recuperación del estado de salud de sus pacientes. Todos estos factores entre otros, debilitan la capacidad de adaptación ante las diversas situaciones estresantes de la práctica médica diaria y lo expresan mediante síntomas físicos, psicológicos y sociales<sup>1</sup>. Algunos estudios a nivel mundial revelan que cada individuo posee una particular vulnerabilidad personal ante estos eventos, mediante la cual pueden desarrollar diferentes mecanismos de afrontamiento<sup>21</sup>. Precisamente uno de los modelos de afrontamiento más planteados en la literatura es el modelo de la resiliencia, la cual es definida como la respuesta positiva frente a la adversidad.<sup>22</sup> La resiliencia es la capacidad para recuperarse y mantener una conducta adaptativa después de la incapacidad al iniciarse

un evento estresante. Un estudio que relaciona la resiliencia, felicidad y optimismo arroja como resultando que los estudiantes con mayor nivel de resiliencia mostraba un mayor optimismo y felicidad.<sup>58</sup> Entonces podríamos expresar que el personal de salud y en especial el médico residente que ejerce resiliencia sobre el síndrome de Burnout puede verse reflejado alta realización personal y éxito académico.

Es importante resaltar la difícil situación política y socio-económica que atraviesa Venezuela en la actualidad, situación que ha generado una gran inestabilidad laboral y afectación de la calidad de vida para el profesional de la salud, además de las largas jornadas de trabajo por escaso personal (agravado por la diáspora de profesionales que se han ido del país). A todo esto también se adiciona la limitación de horas recreativas, espacios para eventos y vida social que favorecen el estrés crónico y con ello el desgaste laboral, eventos que también facilitan la ruptura de las relaciones interpersonales, familiares y hasta matrimoniales en estos profesionales.

El médico residente en formación ve muy limitado, su crecimiento personal y profesional, ante estas circunstancias, generando sentimientos negativos hacia las personas con las que trabaja y hacia sí mismo, al cuestionar su rol de médico, sufriendo de esta forma apatía, estrés laboral, agotamiento físico, desgaste emocional y ausentismo laboral. Aunado a estos factores, se debe considerarse la descontrolada y dantesca inflación económica que existe en el país, de la cual no escapa el estado Mérida, la cual ha sufrido los embates de la inseguridad personal, el desabastecimiento de productos de la canasta básica y de medicamentos, todo esto sin mencionar la corrupción galopante que bloquea el crecimiento económico y humano de toda nación.

### **Justificación e Importancia**

El siguiente estudio se planteó debido a la elevada prevalencia que reporta la literatura internacional y nacional sobre la existencia del Síndrome de Burnout en el personal médico, especialmente los médicos en formación de los posgrados clínicos y quirúrgicos.

Con respecto a Venezuela, es evidente el deterioro progresivo de las instituciones públicas y privadas, como son las del área de la salud y de otros entes debido a las precarias condiciones económicas y sociales que están deteriorando la calidad de vida, no solamente de los médicos, sino de la población en general, sin distinción de edad, género, estrato social,

ideología política, entre otros factores. Es importante también señalar que los médicos venezolanos, por lo general se encuentran muy mal remunerados y deben trabajar en ambientes poco saludables con muchas restricciones de insumos y de condiciones infrahumanas para la atención de los pacientes, factores que están ocasionando el abandono de los puestos de trabajo e incluso la migración hacia otros países en búsqueda de oportunidades y mejores condiciones de vida. Igualmente es muy valioso este estudio porque le permite al autor, desde la mirada que aporta la Medicina de Familia, aportar un enfoque biopsicosocial que puede mejorar la calidad de vida de estos profesionales tan valiosos en el área de la salud y promover una cultura de vida saludable para el individuo, su familia y la comunidad. Los resultados de este trabajo pueden aplicarse para la implementación de estrategias de prevención de este tipo de enfermedad laboral y para divulgar medidas de promoción de la salud que estimule en los profesionales de la salud, la práctica del autocuidado que les permita modificar los factores de riesgo que puedan determinar la aparición de este Síndrome en la población médica, asimismo, determinar la capacidad de resiliencia que pueda desarrollar el profesional afectado, y que va a influir en la superación de las múltiples situaciones que deben afrontar.

[www.bdigital.ula.ve](http://www.bdigital.ula.ve)

Por otra parte, esta investigación busca contribuir con el conocimiento científico que siempre ha caracterizado a la Universidad de Los Andes, estimulando así el mejoramiento de la salud y la calidad de vida de los médicos cursantes de los diferentes postgrados clínico-quirúrgicos del IAHULA, lo cual redundará en la excelencia en la prestación de los servicios de salud y de la calidad de atención hacia los usuarios que acuden a esta institución. Por otra parte, se quiere contribuir con las comunidades a formar cada día un personal médico mejor preparado y saludable que pueda enfrentar el perfil epidemiológico prevalente de manera integral.

En Venezuela y en esta región se han realizado varios estudios sobre Síndrome de Burnout en médicos residentes de postgrados, pero realmente no se ha investigado mucho la relación entre **Síndrome de Burnout y Resiliencia** en este tipo de profesionales dentro del contexto nacional y, especialmente, en el estado Mérida, donde existe un Hospital Universitario tipo IV de renombre incluso a nivel internacional.

El IAHULA y la Universidad de Los Andes siempre han estimulado los valores humanísticos y científicos que impulsan el desarrollo y empoderamiento de este noble estado y de este gran país llamado Venezuela. Por eso se exhorta a la comunidad universitaria al emprendimiento de este tipo de investigaciones y proyectos, siempre con la finalidad de resolver los problemas que realmente aquejan a la población.

### **Limitaciones**

Se pretendió al inicio de esta investigación estudiar a todos los residentes de los 28 postgrados clínicos y quirúrgicos del IAHULA, pero por razones de los continuos paros médicos del IAHULA ocurridos en este 2018, se limitó la disponibilidad del tiempo por parte del autor para la recolección de la información, por eso es que se procedió a tomar una muestra no probabilística de 17 de los 28 postgrados, además fue difícil acceder a las áreas quirúrgicas para aplicar el instrumento a los residentes de Anestesiología, Cirugía Pediátrica, Neurocirugía, entre otros por las mismas razones.

[www.bdigital.ula.ve](http://www.bdigital.ula.ve)

## **Objetivos de la investigación**

### **Objetivo General**

1.- Relacionar el Síndrome de Burnout y la Resiliencia en médicos residentes del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA), de los postgrados clínicos y quirúrgicos. Mérida- Venezuela 2018.

### **Objetivos Específicos**

1.- Describir el perfil de los médicos residentes según las variables sociodemográficas en el IAHULA para el 2018.

2. Establecer las características de los residentes según año de residencia y especialidad.

3.- Detectar la presencia del Síndrome de Burnout en esta población durante el período en estudio.

4.- Identificar el nivel del Síndrome de Burnout según sus subescalas: cansancio emocional, despersonalización y realización personal para la población en estudio.

5.- Determinar los niveles de Resiliencia de los médicos residentes durante 2018.

6.- Relacionar el Síndrome de Burnout y los niveles de Resiliencia con las características sociodemográficas, años de residencia y tipo de especialidad en la mencionada población.

## MARCO TEÒRICO

### Antecedentes Internacionales

En un estudio observacional, de tipo descriptivo, y transversal realizado en **Ecuador**<sup>23</sup> con el objetivo de evaluar la relación entre la resiliencia y el Síndrome de Burnout en residentes de Pediatría de la mencionada institución durante los meses de octubre a diciembre 2017, aplicaron los cuestionarios de “Maslach Burnout Inventory Human Services” y el “Wagnild and Young” para establecer niveles de Burnout y resiliencia respectivamente. Como resultados encuentran un promedio de edad de 29.87 años, la prevalencia del Burnout en 10.9 %, con tendencia a padecerlo en un 37 %. El 56.3 % de los estudiantes presentaron niveles altos de Agotamiento Emocional. La media del valor de Resiliencia fue de 132.64, el 85 % de los participantes presentaron una resiliencia mediana. Existe asociación entre la Realización Personal alta y la Resiliencia alta ( $p= 0.001$ ). La media de resiliencia aumentó cuando el estudiante es promovido a años superiores del posgrado ( $p=0.026$ ). Los estudiantes con niveles bajos de Despersonalización presentaron una media del valor de Resiliencia más alto que los otros estudiantes ( $p= 0.001$ ). La media del valor total de Resiliencia en el grupo de estudiantes con alta Realización Personal es más alto que las medias que presentan la categoría de medio y de baja Realización ( $p=0.000$ ). Se concluyó que existe asociación estadísticamente significativa entre valores altos de Resiliencia con baja Despersonalización y alta Realización Personal, pero no se encontró asociación con la esfera de Agotamiento Emocional.

En Mérida, Yucatán, **México**<sup>24</sup> se efectuó un estudio descriptivo y transversal denominado “Prevalencia del síndrome de desgaste profesional en médicos residentes de un hospital de Mérida, Yucatán, México”, con el objetivo de determinar la prevalencia del síndrome de desgaste profesional en médicos residentes de varias especialidades. Aplicaron el test de Malasch Burnout Inventory (MBI) en 72 residentes del Instituto Mexicano del Seguro Social de Yucatán durante los meses de junio y octubre del 2006. Resultados: La muestra estuvo constituida por 56 hombres (78%) y 16 mujeres (22%), con edades entre 26 y 34 años y una media de 29 años; el 52% de los médicos eran solteros, 25% casados y 2,7 %

vivían en unión libre. La totalidad de los médicos residentes presentó algún grado de desgaste profesional. Se encontraron niveles altos de agotamiento emocional y despersonalización, el tipo de especialización no influyó en la presencia del síndrome.

En **Colombia** <sup>25</sup>, se realizó un estudio descriptivo, transversal en la Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá” con el objetivo de establecer la prevalencia del síndrome de desgaste laboral en los médicos residentes de especialidades médico quirúrgicas en dicho centro. Se aplicó el instrumento Malasch Burnout Inventory (MBI) en 133 residentes para detectar la presencia del síndrome y sus categorías y se empleó formato de recolección de datos con variables sociodemográficas, organizacionales y ambientales considerados factores de riesgo para su desarrollo. Resultados: El 57,8% de los residentes presentaban edades entre 26 y 30 años, donde el 54.8% corresponden al género masculino y 45.1% al femenino, de los cuales el 76,6% eran solteros. El 21,8% de estos médicos tuvo más de 6 turnos nocturnos al mes. En esta población, el comportamiento de los 3 componentes del síndrome fue: 78,9% agotamiento emocional, 60.8% despersonalización y 76,6% alta realización personal. Se encontró asociación estadística entre relaciones interpersonales y Burnout; agotamiento emocional y número de pacientes atendidos; despersonalización y año académico actual y género masculino con realización personal.

En **Argentina** <sup>1</sup>, se hizo un estudio descriptivo, transversal denominado “Prevalencia del Síndrome de Burnout en residentes de Pediatría de un hospital” con el objetivo de describir la prevalencia del Síndrome de Burnout en médicos residentes de Pediatría de un hospital del nordeste de Argentina. Se aplicó en forma anónima, voluntaria, el cuestionario de Malasch Burnout Inventory (MBI) a los médicos residentes de pediatría. Las variables analizadas fueron: sexo, edad, estado civil, año que cursaba la residencia médica. Resultados: Fueron estudiados 18 residentes, de los cuales 14 eran mujeres y el resto hombres, con edades entre 25 a 32 años (media: 28 años), de los cuales 13 eran solteros, 3 en unión libre y 2 eran casados; la mayoría no tenían familia hijos. Todos trabajaban 44 horas semanales realizando un total de 8 guardias por mes (2 de ellas de 24 horas, y el resto, de 16 horas). Se hallò Burnout de tipo moderado en el 100% de los residentes. Los valores obtenidos de las diferentes subescalas fueron: 9 con alto cansancio emocional (CE), 12 con alta despersonalización (DP) y 11 con baja realización personal (RP).

En **España**<sup>26</sup> también se hizo un estudio descriptivo transversal intitulado “Prevalencia del síndrome de Burnout y factores asociados a dicho síndrome en los profesionales sanitarios de Atención Primaria, con el objetivo de determinar la prevalencia de este síndrome entre ellos, determinar las diferencias de prevalencia entre médicos, pediatras, administrativos y trabajadores sociales, y evaluar las variables asociadas. Se aplicó de forma anónima el cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) en 54 centros de salud de Navarra desde septiembre a diciembre de 2010, con 178 profesionales pertenecientes a los grupos de estudio. Resultados: Se obtuvo un promedio de edad de 45,7 años para esta población, de la cual un 73,3% eran mujeres, casadas en 77,9%, con hijos un 73,9%. La prevalencia de Burnout para los profesionales de Atención Primaria fue de 39,3%, con los mayores niveles para personal administrativo y los médicos de familia, de los cuales un 67,4% no realizaban guardias.

En **Argentina**<sup>27</sup> se realizó el estudio descriptivo, transversal “Resiliencia y Burnout en trabajadores de urgencias de un hospital público de San Juan, Argentina”, con el objetivo de analizar la relación entre la Resiliencia y el Burnout y la asociación de estos fenómenos con variables sociodemográficas y estilos de vida. Métodos: A 160 trabajadores del servicio de urgencias (médicos, psicólogos, enfermeros, empleados administrativos, personal de maestranza y otros), con edades comprendidas entre 21 y 70 años, se aplicó el Maslach Burnout Inventory y el Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC, 2003). Resultados: El personal tenía un promedio de edad de 42,15 años (DS=11,59). La prevalencia del Síndrome de Burnout es del 11,3% con altos niveles de Cansancio Emocional (50%); Despersonalización (51%) y Baja Realización Personal (50%). Se encontró relación entre Resiliencia y dimensiones del Burnout ( $r$  Resiliencia-Cansancio emocional= -0.295;  $r$  Resiliencia-Realización personal=0.374).

## Antecedentes Nacionales

En **Valencia**, Venezuela<sup>28</sup> se hizo un trabajo denominado “Síndrome de desgaste profesional y resiliencia en profesionales de la salud de una unidad de cuidados intensivos pediátricos del estado Aragua. 2017”. Objetivo: Distribuir los profesionales según variables socio-laborales, identificar la presencia de síntomas asociados al SDP, determinar los niveles de SDP y resiliencia, asociar el nivel de SDP con las variables socio-laborales y correlacionar el nivel de SDP con la resiliencia. Métodos: Se realizó una investigación cuantitativa, correlacional, no experimental. La población estuvo constituida por el personal de salud que laboraba en la UCIP y la muestra por 33 trabajadores que cumplieron el criterio de inclusión: más de 6 meses laborando en la UCIP. Resultados y conclusiones: La media de la edad fue 38,6 años. Más del 80% era del sexo femenino. La mayor proporción se encontraba casados (45,5%) y pertenecían al área de enfermería (60,6%). Más del 90% tenía como mínimo más de 2 años de antigüedad laboral. Más del 80% presentó sintomatología, siendo las más frecuentes: dolor en miembros inferiores, cuello y espalda baja. La mayor proporción presentó nivel de riesgo medio de SDP (63,6%), hubo correlación positiva fuerte y estadísticamente significativa entre la despersonalización y cansancio emocional, no se encontró asociación entre el síndrome y las variables socio-laborales; 45,5% presentó niveles medios de resiliencia, evidenciándose correlación negativa entre esta y el SDP.

En **Valencia**, Venezuela<sup>29</sup> se llevó a cabo una investigación de tipo descriptivo, con diseño de campo y transversal denominado “Síndrome de Burnout en residentes y especialistas de anestesiología” con el objetivo de determinar la prevalencia del síndrome de Burnout en residentes y médicos especialistas del servicio de anestesiología de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera “para el periodo enero-julio 2015. Métodos: Se aplicó el cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI) en una muestra de 67 médicos para indagar la presencia del síndrome de Burnout. Resultados: La edad de estos médicos tuvo una mediana de 29 años, con valor mínimo de 24 años y máximo de 58 años; los años como médico tuvieron una mediana de 5,5 años, con mínimo de 1 año y máximo de 33 años; el tiempo administrando anestesia tuvo una mediana de 3 años, con mínimo de 0,25 años (3 meses) y máximo de 27 años. Se observó la presencia de Burnout en un 64,1% de los médicos encuestados, siendo mayor en los residentes, en su mayoría del sexo femenino, de

los cuales un 34% presentaban cansancio emocional, 39% despersonalización y un 81% falta de realización personal.

En **Mérida**<sup>30</sup>, Venezuela se efectuó un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal denominado “Síndrome de Burnout de los médicos cursantes de postgrados en la Universidad de los Andes”. Objetivo: Determinar las características sociodemográficas, los antecedentes familiares, personales y psicobiológicos de los participantes en el estudio, así como identificar los antecedentes del ejercicio profesional (años de graduado, cargos, financiamiento). Establecer los niveles del síndrome de Burnout en los residentes cursantes de postgrado de la ULA. Mérida 2012. Métodos: La población estuvo conformada por 215 médicos cursantes de postgrados y se les administró el cuestionario de Malasch Burnout Inventory que fue modificado y adaptado por D’ Anello (2001) del Centro de Investigaciones Psicológicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de Los Andes para ser utilizado en muestras venezolanas (llamado Cuestionario de Desgaste Profesional o SDP) y también se usó ficha de datos sociodemográficos. Resultados: De los 215 médicos encuestados, 60% son mujeres, un 59,53 % son solteros, proceden el 46,51% del Estado Mérida, 53,49 % proceden del interior y exterior del país, la edad promedio es 31,42 años; presentaron síntomas leves del Síndrome de desgaste profesional un 66,06% de los encuestados y 3,26% presentaron síntomas moderados del Síndrome. En la escala de agotamiento emocional 58,14 % presentan síntomas leves de agotamiento, mientras que un 24,65% presentaban síntomas moderados y un 8,37% con síntomas crónicos o de alto agotamiento emocional. Según la escala de despersonalización 45,12% presentan síntomas leves y 3,72% síntomas moderados. En la escala de falta de realización personal se demostró que el 42,33% presentaba síntomas leves, el 0,93% síntomas moderados y el 0,47% presentaba una elevada falta de realización profesional.

En **Caracas**<sup>31</sup>, Venezuela para el 2010, se realizó el estudio “Síndrome de desgaste profesional en residentes del Hospital Universitario de Caracas”. Esta investigación planteó que el síndrome de desgaste profesional es una enfermedad frecuente entre los médicos residentes del Hospital Universitario de Caracas. Se propuso demostrar si la edad, sexo, estado civil, años de servicio, servicio en el que se labora, año de residencia, hábito tabáquico, horas laboradas, horas de sueño, frecuencia de las guardias, accidentes laborales y uso de medidas de bioseguridad están relacionados estadísticamente con el Síndrome de Desgaste Profesional. Métodos: estudio analítico de corte transversal que evaluó a 203

residentes de postgrado del Hospital Universitario de Caracas en 2010. Se empleó el cuestionario de Maslach (MBI-HSS) en español, la participación fue voluntaria y fueron excluidos aquéllos con padecimientos psiquiátricos mayores. Resultados: edad entre 22 años y 47 años, de ambos sexos, abarcando postgrados médicos y quirúrgicos. Esta investigación caracterizó a los residentes de post-grado de dicha institución. Conclusiones: los resultados obtenidos fueron concluyentes en cuanto a la relación entre desgaste profesional y la pertenencia a servicios específicos. El síndrome de desgaste profesional es una afección frecuente en médicos residentes de postgrado en el Hospital Universitario de Caracas y afecta a aproximadamente uno de cada diez residentes (11,3%).

## **Bases teóricas**

### **Definición de Síndrome de Burnout**

Para Gutiérrez Aceves et al <sup>20</sup> la definición más aceptada de Síndrome de Burnout es la propuesta en 1981 por Maslach y Jackson, los cuales lo consideran una forma afrontamiento inadecuado del estrés crónico cuyos rasgos principales son el agotamiento emocional, la despersonalización y la disminución del desempeño personal (o baja realización personal).

El concepto de Burnout implica tres aspectos fundamentales: <sup>32-33</sup>

- **Agotamiento emocional.** Caracterizado por una disminución y pérdida de los recursos emocionales.
- **Despersonalización o deshumanización.** Representado por el desarrollo de actitudes negativas, de insensibilidad hacia los receptores del servicio prestado.
- **Baja realización personal.** Que consiste en la percepción del trabajo de manera negativa; los afectados se reprochan no haber alcanzado los objetivos propuestos, con vivencias de insuficiencia personal y baja autoestima profesional.

### **Epidemiología del Síndrome de Burnout**

La literatura refiere que el Burnout afecta anualmente a más de 100.000.000 de personas en edad productiva a nivel mundial y, en el caso de Venezuela, a pesar de que no se cuenta con estadística oficial y actualizada en estos últimos años, algunas investigaciones describen prevalencias entre 17% y 32%, con mayor afectación en mujeres. El Burnout puede afectar

al personal médico de forma muy frecuente, afectando a los médicos internos y residentes de postgrados hasta un 76% e inclusive algunos estudios reportan que el componente “despersonalización” era el más afectado en este tipo de profesionales.<sup>24, 31,32</sup>

### **Factores de riesgo**

La literatura revisada<sup>20,32,34,35,36</sup> ha considerado diversos factores de riesgo para la aparición del Burnout como son: ser joven, el género femenino, estar soltero, trabajar por turnos, la sobrecarga laboral, el número de hijos, rasgos de personalidad, deseo de mayor recompensa económica. Para otros autores el Burnout es desencadenado por la confrontación diaria que tiene el médico con la enfermedad y la muerte, la cual puede incrementar aún más la probabilidad de agotamiento si el profesional trabaja con pacientes complicados, de alta mortalidad, situación que desencadena más estrés y consumo excesivo de café, tabaco y alcohol<sup>37</sup>.

### **Manifestaciones clínicas del Síndrome de Burnout**

Este síndrome se asocia con síntomas psicossomáticos de aparición temprana, como la fatiga crónica, cefaleas, úlcera gástrica, colon irritable, pérdida de peso y otros. También se puede presentar trastornos de conducta como: ausentismo laboral, consumo de alcohol o drogas; comportamientos de alto riesgo y conflictos familiares, distanciamiento social, irritabilidad, depresión, dificultades de concentración e inclusive ideación suicida, entre otras alteraciones. Actualmente se admite que el Burnout es un proceso de respuesta a la experiencia cotidiana de ciertos acontecimientos y se desarrolla secuencialmente en cuanto a la aparición de rasgos y síntomas globales.<sup>4</sup>

### **Etiología del Síndrome de Burnout**

En la actualidad no se precisa de un origen especial para este síndrome ya que en algunos casos en situaciones similares algunas personas lo desarrollan y otras no; sin embargo, se ha implicado en su génesis la exposición continúa y prolongada del trabajador a diversos estresores emocionales específicos de la profesión.

Existen varias teorías psicológicas que intentan explicar el Síndrome de Burnout. Uno de los planteamientos aceptados con mayor fuerza son los propuestos por Gil-Monte y Peiró<sup>4</sup> en 1997, los cuales desarrollan tres modelos psicosociales:

**Teoría psicocognitiva del yo:** Se basa en las variables de autoeficacia, autoconcepto y autoconfianza y básicamente consideran que los conocimientos que tenga una persona determinan lo que ésta percibe y hace, estas cogniciones se ven modificadas, entre otras cosas, por el grado de seguridad en sus propias capacidades, las cuales condicionarán el empeño que el sujeto pondrá para conseguir sus objetivos y cuan fácil o difícil será esto. La mayoría de los individuos que empiezan a trabajar en profesiones de servicios está altamente motivada para ayudar a otros y tiene un sentimiento elevado de altruismo. A esta motivación le pueden surgir factores barrera, como la sobrecarga laboral, los conflictos interpersonales, la ausencia de recursos, las disfunciones de rol que dificultan la consecución de los objetivos, se disminuyen los sentimientos de autoeficacia y en conjunto terminan originando el síndrome de Burnout.

**Teoría del intercambio del yo:** Proponen que el Burnout tiene su etiología en las percepciones de falta de equidad o falta de ganancia que desarrollan los individuos como resultado del proceso de comparación social cuando establecen relaciones interpersonales. Los profesionales asistenciales establecen relaciones de intercambio (ayuda, aprecio, gratitud, reconocimiento) con los receptores de su trabajo, compañeros y la organización. Cuando de manera continua, perciben que con su implicación personal y esfuerzo aportan más de lo que reciben y son incapaces de resolver y adaptarse a esta situación, desarrollan sentimientos de quemarse por el trabajo.

**Teoría organizacional:** Explican como antecedentes del síndrome las disfunciones del rol, la falta de salud y estructura organizacional y el clima laboral. Dentro de estas premisas, los autores han propuesto su propia secuencia del proceso en los pacientes que desarrollan el síndrome.

El instrumento utilizado para la medición del síndrome de Burnout es el Cuestionario MBI (Maslach Burnout Inventory) que consta de 22 preguntas con una serie de respuesta en escala de Likert que van desde 0 a 6.

Es importante reconocer que, a pesar de las dificultades cotidianas de la vida, y específicamente del trabajo los profesionales pueden desarrollar la Resiliencia para confrontar dichas vicisitudes de manera asertiva.

## Resiliencia

### Definición

Resiliencia es un término nuevo, que proviene de la física y la ingeniería civil, actualmente muy usado en las ciencias sociales y procede del latín *resilio*, que significa volver atrás, volver de un salto. No existe un consenso para definir la resiliencia, por lo que se plantean diferentes concepciones a nivel mundial. Algunos autores refieren que la resiliencia se puede entender como la resistencia de un cuerpo a la rotura por golpe o también como la capacidad de un material de recobrar su forma original después de someterse a una presión deformadora.<sup>38</sup>

Uno de los estudiosos más acertados en este tema es Garmezy, quien la definió en 1991 como *“la capacidad para recuperarse y mantener una conducta adaptativa después del abandono o la incapacidad inicial al iniciarse un evento estresante”*.<sup>39</sup> El concepto de resiliencia se desarrolló en principio en Inglaterra y en Estados Unidos, luego se extendió a toda Europa y posteriormente se propagó a Latinoamérica. Según Rodríguez Piaggio<sup>40</sup>, desde el punto de vista teórico, se pueden diferenciar tres vertientes de la resiliencia: la norteamericana, la conductista, la pragmática y la centrada en lo individual. La europea, con enfoque psicoanalítico; y la latinoamericana comunitaria, enfocada en lo social.

La resiliencia fundamentalmente es un constructo que hace referencia a la capacidad que poseen los seres humanos para afrontar situaciones adversas o negativas en la vida del individuo. Esta conceptualización también da importancia al entorno de la persona. La literatura demuestra ejemplos interesantes de personas resilientes, que superaron experiencias terriblemente adversas, como es el caso del judío ruso Boris Cyrulnik que logró escapar de un campo de concentración nazi para luego reorganizar su vida, el ejemplo de Nelson Mandela que sufrió décadas de privación de libertad, para luego salir de la cárcel y ser el presidente de Suráfrica.

Actualmente se entiende como resiliencia a la capacidad que poseen ciertas personas de sobreponerse a situaciones estresantes y traumas que puedan afectar la vida del individuo. Para Connor y Davidson<sup>41</sup> *“la resiliencia es una característica de origen multidimensional que varía con el contexto, tiempo, edad, género y cultura, así como dentro de un mismo individuo sometido a diferentes circunstancias de la vida”*.<sup>41</sup> El concepto de resiliencia no

implica tanto una invulnerabilidad al estrés, sino la habilidad de recuperarse de eventos negativos.

La resiliencia se ha asociado con los factores de riesgo y protección, pero debe tenerse en consideración que la misma puede no ser equivalente a todos los factores de protección, porque por la propia definición del término algunas personas no desarrollarían resiliencia, ni tendrían necesidad de desarrollarla, al vivir en un ambiente favorable o protegido. Oriol-Bosch <sup>42</sup> explica que el Burnout se puede generar *“como fracaso de la resiliencia individual frente a los conflictos que diariamente se plantean en la toma de decisiones, a menudo difíciles, en el seno de organizaciones cuyos códigos de conducta atentan los valores y creencias individuales, en aquellos profesionales que no han desarrollado suficientemente sus recursos psicológicos, relacionales o morales para poder afrontar de forma responsable sus obligaciones siendo conscientes de las deficiencias del sistema”*.

### **Dimensiones de la Resiliencia**

Existen cinco dimensiones de la resiliencia <sup>43</sup>:

- Existencia de redes sociales informales: la persona tiene amigos, participa de actividades con ellos y lo hace con agrado, tiene en general una buena relación con los adultos.
- Sentido de vida, trascendencia: la persona muestra capacidad para descubrir un sentido y una coherencia en la vida.
- Autoestima positiva: la persona se valora a sí misma, confía en sus capacidades y muestra iniciativa para emprender acciones o relaciones con otras personas porque se siente valiosa y merecedora de atención.
- Presencia de aptitudes y destrezas: es capaz de desarrollar sus competencias y confiar en ellas.
- Sentido del humor: la persona es capaz de jugar, reír, gozar de las emociones positivas y de disfrutar de sus experiencias.

El instrumento utilizado para la medición de resiliencia es la Escala Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) que consta de 25 afirmaciones con una serie de respuestas que van desde 0 a 4.

Cuando se va a realizar una investigación que involucre seres humanos es elemental tener el consentimiento informado para evitar violentar la voluntad de los mismos en los diferentes proyectos de investigación que se plantean en el área científica.

### **Importancia del consentimiento informado**

Existen leyes internacionales y nacionales que regulan las investigaciones biomédicas en seres humanos. Actualmente el CIOMS 2002<sup>44</sup> (Consejo de las Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas) rigen estas pautas, expresando que "el consentimiento informado consiste en una decisión de participar en una investigación, tomada por un individuo competente que ha recibido la información necesaria, la ha comprendido adecuadamente y, después de considerar la información, ha llegado a una decisión sin haber sido sometido a coerción, intimidación ni a influencias o incentivos indebidos". En Venezuela, el libre consentimiento informado es regulado por la Ley de Ejercicio de la Medicina (1982), la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999) y el Código de Bioética y Bioseguridad del FONACIT del 2008<sup>45,46</sup>. En este estudio se cumplió con el consentimiento informado del total de residentes encuestados (ANEXO 1).

[www.bdigital.ula.ve](http://www.bdigital.ula.ve)

## MÉTODOS

**Tipo de investigación:** Es un estudio de campo, descriptivo, correlacional y de corte transversal.

**Sitio de estudio:** Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes (IAHULA) Mérida Venezuela.

**Población y muestra:** De una población de 335 médicos residentes cursantes de los 28 postgrados clínicos y quirúrgicos del IAHULA, se incluyeron en una muestra aleatoria, a 153 residentes (según matrícula activa reportada por la División de estudios de Postgrado de la Facultad de Medicina de la ULA para el 2018) que corresponden al 45,67% del total de la población.

**Criterios de inclusión:** Residentes activos de los postgrados médicos y quirúrgicos del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes, y que manifestaron su consentimiento de participar en la investigación.

**Criterios de exclusión:** Personas que no son médicos residentes, que presentaran antecedentes psiquiátricos y aquellos que no desearon participar en este estudio.

### **Variables:**

Las variables que se tomaron en cuenta en este estudio fueron:

- **Características socio demográficas y de la residencia:** edad, sexo, situación conyugal, año que cursa de postgrado, tipo de postgrado, si recibe beca o no, si recibe ayuda económica familiar, número de hijos, situación laboral, turnos de trabajo, ingresos económicos, beca de estudio, año de residencia de posgrado.

- **Variables del Síndrome de Burnout:**

- Nivel de cansancio emocional
- Nivel de despersonalización
- Nivel de realización personal.

- **Variables de Resiliencia** <sup>41</sup>:
  - **Aceptación positiva del cambio:** Es la posibilidad de las personas de ser flexibles para adaptarse positivamente a situaciones nuevas y una perspectiva de vida estable. Reflejan aceptación por la vida y un sentimiento de paz a pesar de la adversidad.
  - **Persistencia, autoeficacia:** Se describe como la convicción de que se está lo suficientemente preparado para enfrentar cualquier situación que se presente, aunque sea imprevista. También es considerada como la habilidad de depender de uno mismo y reconocer sus propias fuerzas y limitaciones. Indican cualidades como; auto-confianza, independencia, decisión, poderío, ingenio, y perseverancia.
  - **Control bajo presión:** Es la capacidad de las personas para promover su bienestar, conduciéndose y actuando conforme a lo que quieren o han decidido hacer con su vida.
  - **Espiritualidad:** Descrita como la influencia positiva que la vida espiritual puede tener en las personas, con la convicción de que hay un Ser supremo que rige nuestras vidas.

www.bdigital.ula.ve

## Operacionalización de las variables

**Objetivo General:** Relacionar el Síndrome de Burnout y la Resiliencia en médicos residentes del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA). Mérida-Venezuela 2018.

Objetivos específicos	Variables	Dimensiones	Indicadores	Instrumentos
1.-Describir el perfil de los médicos residentes según las variables sociodemográficas en el IAHULA para el 2016-2018.	Sociodemográficas (Edad, Sexo, situación conyugal, hijos, Ingresos, Recibe beca y/o Recibe ayuda económica familiar.	Años, Masculino, Femenino, Casado (a), Soltero(a), Divorciado (a), Viudo (a), unido (a); n° hijos; recibe o no ayuda; Bolívares Fuertes.	Porcentajes, frecuencias, Medias, Desviación estándar	Cuestionario
2. Establecer las características de los residentes según año de residencia y especialidad.	Año de residencia Tipo de especialidad Turnos laborales (matutino, vespertino, diurno, nocturno, mixto).	R1,R2,R3,R4 Especialidad clínica Especialidad quirúrgica Horas de trabajo	Porcentajes, Frecuencias, Medias, Desviación estándar	Cuestionario
3.-Diagnosticar el Síndrome de Burnout en esta población durante el período en estudio.	Sx. Burnout o desgaste	Sí existe No existe	Porcentajes, Frecuencias, Medias, Desviación estándar	Cuestionario <i>MBI (Maslach Burnout Inventory)</i>
4.-Identificar el nivel del Síndrome de Burnout según sus subescalas: cansancio emocional, despersonalización y realización personal para la población en estudio.	- Nivel de cansancio emocional - Nivel de despersonalización - Nivel de realización personal	Alto Medio Bajo	Porcentajes, Frecuencias, Medias, Desviación estándar	Cuestionario <i>MBI -Nivel Cansancio emocional: Ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, - Nivel de despersonalización: Ítems 10, 11, 12, 13, 14. - Nivel de realización personal: Ítems 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22.</i>
5.-Determinar los niveles de Resiliencia de los médicos residentes durante 2018.	- Aceptación positiva del cambio. - Competencia personal. - Control. - Espiritualidad.	Resiliente No Resiliente	Porcentajes, Frecuencias, Medias, Desviación estándar	Escala Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC)
6.-Relacionar el Síndrome de Burnout y los niveles de Resiliencia en la mencionada población.	Sx. Burnout y Resiliencia.	Si existe correlación o no existe.	Medidas de estadística inferencial	Excel y Paquetes estadístico SPSS

Nota: Poveda (2018)

## Instrumento de recolección de datos

La recolección de los datos para este estudio, se realizó por medio de un instrumento constituido por tres partes: *Cuestionario sociodemográfico*, cuestionario de *Maslach Burnout Inventory (MBI)* y la *Escala Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC)*. El instrumento fue anónimo, el cual se respondió bajo consentimiento informado, identificándose en primer lugar los datos personales como edad, sexo, estado civil y presencia o no de hijos; datos organizacionales como: número de horas de trabajo diarias, tiempo de trabajo en el hospital, ingresos económicos, becas. Además de esto se aplicaron dos cuestionarios:

1.- **El Maslach Burnout Inventory (MBI)** fue originalmente creado por Maslach y Jackson (1986)<sup>47</sup>. Es los más utilizados entre los investigadores, formados por 22 ítems en forma de afirmaciones sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los clientes o pacientes en el caso del personal de salud. Valora las tres dimensiones propuestas por las autoras: *agotamiento emocional*, *despersonalización* y *baja realización personal en el trabajo*.<sup>47</sup> Comprende:

- **El cansancio emocional:** Este aspecto valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo, consta de 9 ítems (1 al 9)
- **La despersonalización:** valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad, insensibilidad, distanciamiento entre sí mismo y al que recibe el servicio en diversos aspectos del trabajo, está formada por 5 ítems (10 al 14)
- **La realización profesional:** Este ítem evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el ámbito laboral, se compone de 8 ítems (15 al 22).

Los grados de intensidad del Burnout se pueden expresar en la siguiente categorización del puntaje según Maslach Burnout Inventory (MBI) (Maslach and Jackson, 1986)<sup>47</sup>:

	Bajo	Intermedio	Alto
<b>Cansancio emocional</b>	<19	19-26	≥27
<b>Despersonalización</b>	<6	6-9	≥10
<b>Realización personal</b>	0-33	34-39	>40

Altas puntuaciones en las dos primeras escalas y bajas en la tercera definen al Síndrome de Burnout, las cuales se valoran en las siguientes subescalas:

Para **cansancio emocional**, puntuaciones 27 o superiores son indicativos de un alto nivel de Burnout; el intervalo 19-26 correspondería a puntuaciones intermedias, siendo por debajo de 19 indicativas de niveles de Burnout bajos o muy bajos.

Para **despersonalización**, puntuaciones iguales o superiores a 10 serían de nivel alto, 6-9 medio y menos de 6, bajo.

En contrapartida, la escala de **realización profesional** funciona en sentido opuesto a las anteriores, 0-33 puntos indicarán baja realización, 34-39 intermedia, y 40 o más alta sensación de logro. El cuestionario emplea una escala tipo Likert para responder el interrogante de este tipo:

0= nunca.

1= pocas veces al año.

2= una vez al mes o menos.

3= unas pocas veces al mes.

4= una vez a la semana.

5= unas pocas veces a la semana.

6= todos los días

**2.- Escala de Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) para evaluación de Resiliencia**, elaborada por Connor y Davidson en el 2003 <sup>41</sup>, con 25 ítems que siguen un formato de puntuación tipo Likert de 5 puntos (desde 0 = nada de acuerdo hasta el 4 = totalmente de acuerdo con cada una de las afirmaciones), por lo que el rango total de la escala va de 25 a 100. El constructo se compone de cinco factores:

**Persistencia-Tenacidad-Autoeficacia** (ítems: 10-12, 16, 17, 23-25);

**Control bajo presión** (6, 7, 14, 15, 18, 19, 20);

**Adaptabilidad y Redes de apoyo** (1, 2, 4, 5, 8);

**Control y Propósito** (13, 21, 22)

**Espiritualidad** (3, 9).

Las puntuaciones de cada ítem se suman y se interpreta que, las puntuaciones más altas reflejan mayor resiliencia y las más bajas menos resiliencia. Las puntuaciones totales en la escala toman valores entre 0 y 100.

La variable resiliencia fue categorizada de acuerdo a los valores del primer y tercer cuartil como:

Baja, si la resiliencia es menor que 25,

Media si los valores de resiliencia están entre 25 y 75

Alta para puntajes superiores a 75.

La escala original de Connor y Davidson presenta un alpha de Cronbach total de 0.89 y una confiabilidad test-retest 0.87.

### **Procedimiento**

Después de aprobado el protocolo por la Comisión de Estudios del Postgrado en Medicina de Familia, el autor de la investigación procedió a la captación de la muestra en los diferentes postgrados médico quirúrgicos en el Hospital Universitario de Los Andes durante abril, mayo y junio del 2018. Con anticipación se notificó sobre el objetivo de este estudio, y previo consentimiento informado se procedió a la aplicación del instrumento, que tuvo carácter anónimo y personal.

### **Recursos**

**Recursos humanos:** Autor de la investigación, tutores, médicos residentes, técnico estadístico, personal de apoyo, secretaria del postgrado.

**Recursos materiales:** Computadora portátil, impresoras, papelería, lápices, resma de papel bond.

**Análisis estadístico:** Se aplicaron los cuestionarios ya validados del instrumento para obtener los datos de interés, los cuales fueron procesados en base de datos Software Excel 2010, para luego usar programa estadístico SPSS versión 24. Los resultados obtenidos se presentaron en tablas y figuras con los análisis correspondientes para estadísticas descriptivas (medias, frecuencias, desviación estándar y porcentajes) y para estadísticas inferenciales con estudios bivariados (Chi cuadrado y coeficiente de correlación de Spearman), con un nivel de significancia de 0,05.

## RESULTADOS

Se seleccionó una muestra no probabilística de 153 médicos residentes de 17 postgrados médicos y quirúrgicos del Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA) y se les aplicó un instrumento autoadministrado diseñado en tres partes, en donde se solicitó información socio-demográfica, del cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI) y de la escala de resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC). Para este propósito se realizó un estudio de campo, descriptivo, transversal y correlacional, durante los meses de abril, mayo y junio del 2018.

- **Características sociodemográficas**

De los 153 médicos residentes del IHULA, el 88% tienen entre 25 y 34 años, con un promedio de edad de 30,6 años (DE = 3,6), y predominio de mujeres (59%). El 63,4% de los médicos son solteros, el 30,7 % son casados y casi dos tercios no tienen hijos (71,2%). De los residentes que tienen hijos (28,8%), las tres cuartas partes (75%) tienen un hijo El 89% de los médicos residentes son venezolanos. El ingreso económico en promedio es de 4.469.000 Bs. F (IC 95%: 4.074.000 – 4.863.000), un 14% de los médicos manifestó no tener ningún ingreso. Casi tres cuartas partes (74%) reciben ayuda económica de familiares y 71% tienen beca. Se encontró que 15 residentes no reciben beca ni ayuda económica de familiar (**Tabla 1**).

**Tabla 1. Características sociodemográficas de los médicos residentes del IAHULA(n=153). Mérida, abril-junio 2018.**

		<b>n=153</b>	<b>(%)</b>
<b>Edad</b>	<b>25-29</b>	62	40,5
	<b>30-34</b>	72	47,1
	<b>35-39</b>	16	10,5
	<b>40-44</b>	2	1,3
	<b>45-49</b>	1	0,7
<b>Sexo</b>	<b>M</b>	63	41,2
	<b>F</b>	90	58,8
<b>Nacionalidad</b>	<b>Venezolano</b>	136	88,9
	<b>Extranjero</b>	17	11,1
<b>Situación Conyugal**</b>	<b>Soltero(a)</b>	97	63,4
	<b>Casado(a)</b>	47	30,7
	<b>Unido(a)</b>	8	5,2
	<b>Divorciado(a)</b>	1	0,7
<b>Hijos</b>	<b>No</b>	109	71,2
	<b>Si</b>	44	28,8
	<b>1</b>	33	75,0
	<b>2</b>	9	20,4
	<b>3</b>	2	4,5
<b>Ingreso económico (Bs F)</b>	<b>0 - 2499</b>	35	22,87
	<b>2500 - 6499</b>	96	62,74
	<b>6500 - 10499</b>	22	14,37
<b>Beca</b>	<b>Sí</b>	108	70,6
	<b>No</b>	45	29,4
<b>Ayuda económica de familiar</b>	<b>Sí</b>	113	73,9
	<b>No</b>	40	26,1

Nota: \*Situación conyugal: es una condición de hecho que tiene una persona en relación con las leyes y costumbres matrimoniales del país, y puede coincidir o no con el estado civil, en tanto que es una condición declarativa y no necesariamente legal (INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA, Situación Conyugal y Nupcialidad en Venezuela 2014). Poveda (2018)

- **Características de la residencia hospitalaria**

Se puede observar en la **Tabla 2** que de los 153 entrevistados, el 36,6 % son residentes del tercer año (R3), un 31,4% son R2 y apenas un 3,3% residentes son R4. Se entrevistaron médicos residentes de 17 especialidades, la mayoría de las especialidades eran del área clínica (62,7%). El turno de trabajo más común es el diurno (43%), mientras que el vespertino y mixto son los turnos menos laborados por los médicos entrevistados.

**Tabla 2. Características de los médicos residentes del IAHULA(n=153) según año, especialidad y turnos de trabajo. Mérida, abril-junio 2018.**

		n	(%)
Residentes	Residente 1	44	28,8
	Residente 2	48	31,4
	Residente 3	56	36,6
	Residente 4	5	3,3
Especialidad	Obstet. Ginecología	10	6,5
	Pediatría	18	11,8
	Radiología	9	5,9
	Cirugía General	12	7,8
	Gastroenterólogo	4	2,6
	Endocrinología	10	6,5
	Otorrinolaringólogo	10	6,5
	Nefrología	5	3,3
	Urología	8	5,2
	Traumatología	12	7,8
	Psiquiatría	12	7,8
	Neurología	4	2,6
	Med. Física y Reh.	7	4,6
	Oftalmología	5	3,3
	Medicina Familia	7	4,6
	Neumología	4	2,6
Medicina Interna	16	10,5	
Tipo de especialidad	Clínica	96	62,7
	Quirúrgica	57	37,3
Turno de trabajo	Matutino	27	17,6
	Vespertino	18	11,8
	Nocturno	23	15
	Diurno	66	43,1
	Mixto	19	12,4

Nota: Poveda (2018).

- **Burnout**

Se detectó Síndrome de Burnout (SB) en el **14,4%**, de los residentes, en otras palabras, **22 médicos residentes** de los 153 entrevistados cumplen con los 3 criterios de alto cansancio emocional (CE), alta despersonalización (DP) y baja realización personal (RP). Además, **se encontró que existe relación significativamente estadística ( $p < 0,05$ ) entre la categoría como residente y el Síndrome de Burnout (Tabla 3); se observó que la prevalencia de residentes con Síndrome de Burnout se incrementa desde el primer año de residencia con**

9%, al segundo con 10%, luego al tercero con 18% y en el cuarto año alcanza el 60% de los médicos entrevistados. (Tabla 3).

**Tabla 3. Síndrome de Burnout en los médicos residentes del IAHULA(n=153) según el año de residencia. Mérida, abril-junio 2018.**

Año de residencia	Síndrome de Burnout		P-valor
	Sí (%)	No (%)	
Primero	2,61	26,14	* < 0,05
Segundo	3,26	28,10	
Tercero	6,53	30,06	
Cuarto	1,96	1,30	
Total	14,37	85,63	100

Nota: \* diferencias significativas, basadas en la prueba chi-cuadrado. Poveda (2018)

También se encontró que existe, **una asociación estadísticamente significativa entre el tipo de especialidad (clínica, quirúrgica) y el Síndrome de Burnout (p<0,05)**; Se determinó que aproximadamente el 8,49% de los residentes de especialidades quirúrgicas presentan Burnout, mientras que la prevalencia en los médicos de especialidades clínicas es de aproximadamente 5,88 %. (Tabla 4).

**Tabla 4. Relación entre Síndrome de Burnout y tipo especialidad en médicos residentes del IAHULA(n=153). Mérida, abril-junio 2018.**

Tipo de especialidad		Síndrome de Burnout		P-valor
		Sí (%)	No (%)	
Clínica	Clínica	5,88	56,86	p < 0,05*
	Quirúrgica	8,49	28,75	
Total		14,37	85,61	100

Nota: \* diferencias significativas, basadas en la prueba chi-cuadrado. Poveda (2018)

De acuerdo a la especialidad de postgrado, la mayor prevalencia del SB se encontró en: Traumatología (58%), Neurología (50%), Oftalmología (40%) y Medicina Física y Rehabilitación (29%). Por otro lado, en Gastroenterología, Endocrinología, Nefrología, Medicina de Familia y Neumología, no se encontró indicios del Síndrome. (Tabla 5).

**Tabla 5. Relación entre Síndrome de Burnout y tipo especialidad en médicos residentes del IAHULA(n=153). Mérida, abril-junio 2018.**

Especialidad		Síndrome Burnout		P-valor	
		Sí (%)	No (%)		
Obstet. Ginecología		0,65	5,88	p<0,05*	
	Pediatría	0,65	11,11		
	Radiología	0,65	5,22		
	Cirugía General	0,65	7,18		
	Gastroenterología	0	2,61		
	Endocrinología	0	6,53		
	Otorrinolaringología	0,65	5,88		
	Nefrología	0	3,26		
	Urología	0,65	4,57		
	Traumatología	4,57	3,26		
	Psiquiatría	0,65	7,18		
	Neurología	1,30	1,30		
	Medicina Física y Reh.	1,30	3,26		
	Oftalmología	1,30	1,96		
	Medicina de Familia	0	4,57		
	Neumología	0	2,61		
	Medicina Interna	1,30	9,15		
	Total	14,37	85,61		100

Nota: \* diferencias significativas, basadas en la prueba chi-cuadrado. Poveda (2018)

No se encontró relación estadística ( $p > 0,05$ ) entre el Síndrome de Burnout y otras variables consideradas en la presente investigación, sin embargo es importante describir algunos hallazgos: El 12% de las residentes femeninas y 18% de los hombres presentó indicios del Síndrome de Burnout. En cuanto a la situación conyugal, son los residentes en “unión libre” los que muestran la mayor prevalencia de SB (25%). Los participantes cuyos turnos de trabajo son matutino y mixto presentan mayores porcentajes de SB (22% y 21%, respectivamente), que los de otros turnos. La prevalencia del SB en médicos con o sin hijos es similar (alrededor del 15%), del mismo modo no hay diferencias importantes entre las

prevalencias del SB entre los médicos residentes del IHULA venezolanos y extranjeros (15% y 12%, respectivamente). (Tabla 6).

**Tabla 6. Relación entre Síndrome de Burnout y variables sociodemográficas de los médicos residentes del IAHULA(n=153). Mérida, abril-junio 2018.**

		Síndrome de Burnout		
		Sí	No	P-valor
<b>Sexo</b>	<b>Masculino</b>	11	52	p > 0,05*
		11	79	
	<b>Femenino</b>	22	131	
	<b>Total</b>	22	131	
<b>Situación conyugal**</b>	<b>Soltero (a)</b>	14	83	p > 0,05*
	<b>Casado (a)</b>	6	41	
	<b>Unido (a)</b>	2	6	
	<b>Divorciado (a)</b>	0	1	
	<b>Total</b>	22	131	
<b>Ingreso (mensual) BS F</b>	<b>0 -2499</b>	6	29	p > 0,05*
	<b>2500-6499</b>	14	82	
	<b>6500-10499</b>	2	20	
	<b>Total</b>	22	131	
<b>Beca</b>	<b>Sí</b>	17	91	p > 0,05*
	<b>No</b>	5	40	
	<b>Total</b>	22	131	
<b>Recibe ayuda económica de familiar</b>	<b>Sí</b>	18	95	p > 0,05*
	<b>No</b>	4	36	
	<b>Total</b>	22	131	
<b>Turno de trabajo</b>	<b>Matutino</b>	6	21	p > 0,05*
	<b>Vespertino</b>	1	17	
	<b>Nocturno</b>	0	23	
	<b>Diurno</b>	11	55	
	<b>Mixto</b>	4	15	
	<b>Total</b>	22	131	
<b>¿Tiene hijos?</b>	<b>Sí</b>	7	37	p > 0,05*
	<b>No</b>	15	94	
	<b>Total</b>	22	131	
<b>Procedencia</b>	<b>Venezolano</b>	20	116	p > 0,05*
	<b>Extranjero</b>	2	15	
	<b>Total</b>	22	131	
				153

Nota: \* prueba chi-cuadrado.  
Poveda (2018)

Respecto a las dimensiones del Síndrome de Burnout, medidas con el instrumento Maslach Burnout Inventory (MBI), en la **Tabla 7** se presentan los resultados. Más de la mitad de los médicos residentes muestran signos de altos sentimientos (puntuaciones altas) de estar “quemados” (51% y 58%, respectivamente) según las subescalas de “cansancio emocional” y “despersonalización”, y un 46% presentan puntajes altos de “realización personal”(o alta autoestima). El puntaje promedio para la dimensión “cansancio emocional” fue de 26,7 (IC 95%: 24,9 – 28,8), para “despersonalización” 11,7 (IC 95%: 10,7 – 12,7), y la media de “realización personal” fue 38 (IC 95%: 36,8 – 39,2).

**Tabla 7. Dimensiones del Síndrome de Burnout (MBI) en los médicos residentes del IAHULA (n=153). Mérida, abril-junio 2018.**

<b>Dimensión</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Cansancio Emocional</b>	<b>Bajo</b>	41	26,8
	<b>Intermedio</b>	34	22,2
	<b>Alto</b>	78	51,0
<b>Despersonalización</b>	<b>Bajo</b>	23	15,0
	<b>Intermedio</b>	41	26,8
	<b>Alto</b>	89	58,2
<b>Realización Personal</b>	<b>Bajo</b>	38	24,8
	<b>Intermedio</b>	45	29,4
	<b>Alto</b>	70	45,8

Nota: Poveda (2018)

De acuerdo a la información que se muestra en la **Tabla 8**, los residentes del cuarto año resaltan por presentar los niveles más altos de actitudes de estar “quemados” en las subescalas de “cansancio emocional” (80%) y “despersonalización” (80%), y por otra parte un 60% resulta con baja “realización personal” (o baja autoestima). Casi dos tercios de los residentes (R1) del primer año (64%) y más de la mitad de los residentes (R3) del tercer año (52%) muestran altos sentimientos de “cansancio emocional”. La actitud de “despersonalización” presenta una tendencia a incrementarse en la medida que aumenta el año de residencia, pues pasa de 48% en residentes del primer año, hasta el 80% en residentes de cuarto año de residencia.

**Tabla 8. Dimensiones del Síndrome de Burnout (MBI) en los médicos residentes del IAHULA (n=153) según año de residencia. Mérida, abril-junio 2018.**

Año de residencia		Cansancio emocional			Despersonalización			Realización Personal			Total
		Bajo	Intermedio	Alto	Bajo	Intermedio	Alto	Bajo	Intermedio	Alto	
Residente 1		9	7	28	6	17	21	11	12	21	44
Residente 2		17	14	17	8	11	29	10	14	24	48
Residente 3		14	13	29	8	13	35	14	18	24	56
Residente 4		1	0	4	1	0	4	3	1	1	5
Total		41	34	78	23	41	89	38	45	70	153

Nota: Poveda (2018)

Al analizar la **Tabla 9**, se observa que ninguno de los médicos residentes de Medicina de Familia y Neumonología manifiesta actitudes de “cansancio emocional”, en contraste, todos los entrevistados de Gastroenterología y Neurología sí presentan altos sentimientos en esta dimensión. Nefrología y Traumatología son especialidades cuyos residentes tienden a presentar alta actitud hacia el cansancio emocional (80% y 75%, respectivamente). Todos los residentes de Traumatología y Neurología muestran alta actitud de “despersonalización”, mientras que solo un residente de Medicina de Familia y ninguno de neumonología manifiestan niveles altos. Los residentes de Traumatología son quienes presentan la mayor proporción de médicos con bajo sentimiento de “realización personal” (83%) y por otro lado, ningún médico entrevistado de Neumonología, Gastroenterología y

Nefrología presenta estos niveles bajos. Cirugía General, Urología y Neumonología son las especialidades con mayor porcentaje de residentes (83%, 75% y 75%, respectivamente) con sentimientos de alta “realización personal”.

**Tabla 9. Dimensiones del Síndrome de Burnout (MBI) en los médicos residentes del IAHULA (n=153) según especialidad. Mérida, abril-junio**

Especialidad	Cansancio emocional			Despersonalización			Realización Personal			Total
	Bajo	Intermedio	Alto	Bajo	Intermedio	Alto	Bajo	Intermedio	Alto	
Ginecología	0	3	7	1	2	7	1	5	4	10
Pediatría	1	6	11	2	3	13	5	8	5	18
Radiología	4	2	3	1	4	4	1	2	6	9
Cirugía General	5	3	4	1	3	8	1	1	10	12
Gastroenterología	0	0	4	0	1	3	0	3	1	4
Endocrinología	6	1	3	4	1	5	1	2	7	10
Otorrinolaringología	2	5	3	1	3	6	2	2	6	10
Nefrología	0	1	4	0	2	3	0	3	2	5
Urología	2	3	3	2	1	5	1	1	6	8
Traumatología	1	2	9	0	0	12	10	0	2	12
Psiquiatría	5	0	7	4	4	4	4	4	4	12
Neurología	0	0	4	0	0	4	2	0	2	4
Fisiatría	3	2	2	2	2	3	2	2	3	7
Oftalmología	1	1	3	0	2	3	3	2	0	5
Medicina de Familia	4	3	0	2	4	1	2	3	2	7
Neumología	3	1	0	1	3	0	0	1	3	4
Medicina Interna	4	1	11	2	6	8	3	6	7	16
Total	41	34	78	23	41	89	38	45	70	153

Nota: Poveda (2018)

Se encontró asociación estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ) entre “tipo de especialidad” y “despersonalización (SB)”, siendo esta relación la única estadísticamente significativa entre las dimensiones del MBI y las características de los residentes. Se aprecia que las especialidades quirúrgicas presentan un mayor porcentaje de residentes con alta actitud de despersonalización (72%) que los de especialidades clínicas (50%). (Tabla 10).

**Tabla 10. Dimensiones del Síndrome de Burnout (MBI) en médicos residentes del IAHULA (n=153) según especialidad. Mérida, abril-junio 2018.**

		Cansancio emocional			Despersonalización			Realización Personal			P-valor
		Bajo	Intermedio	Alto	Bajo	Intermedio	Alto	Bajo	Intermedio	Alto	
Tipo de especialidad	Clínica	30	17	49	18	30	48	20	34	42	p<0,05*
	Quirúrgica	11	17	29	5	11	41	18	11	28	
Total		41	34	78	23	41	89	38	45	70	

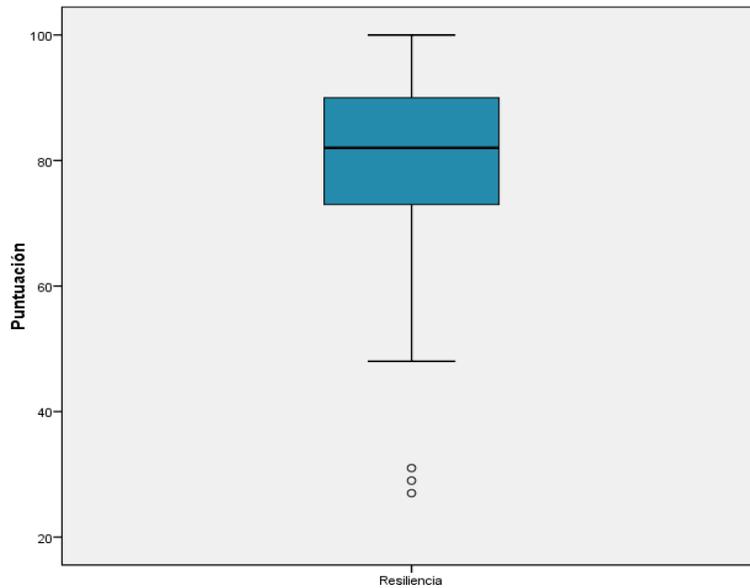
Nota: \* diferencias significativas, basadas en la prueba chi-cuadrado. Poveda (2018).

www.bdigital.ula.ve

- **Resiliencia**

Los resultados que se presentan a continuación fueron obtenidos mediante la aplicación del instrumento conocido como Escala Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) para evaluación de Resiliencia. Las puntuaciones totales en la escala toman valores entre 0 y 100. La puntuación media obtenida por la muestra de médicos residentes del IAHULA fue de 79,8 (IC 95%: 77,6 – 82,0), con un valor mínimo de 27 y un máximo de 100.

En la **Figura 1**, se puede apreciar el diagrama de caja que representa la distribución de estas puntuaciones, observándose que por arriba del primer cuartil las puntuaciones se pueden considerar de alta resiliencia.



**Figura 1.** Distribución de las puntuaciones en el CD-RISC de médicos residentes en el IAHULA(n=153). Mérida, abril-junio 2018.

De acuerdo a la prueba Chi cuadrado, existe una asociación significativa ( $p < 0,05$ ) entre la resiliencia de los médicos entrevistados y si tienen o no hijos. Más de la mitad de los residentes participantes que no tienen hijos presentan altos niveles de resiliencia (54,24%), mientras de los que son padres, el 16,99 % muestran altos niveles (**Tabla 11**).

**Tabla 11.** Niveles de resiliencia en médicos residentes del IAHULA (n=153) según si tienen o no hijos. Mérida, abril-junio 2018.

		Resiliencia		P-valor
		Media (%)	Alta (%)	
¿Tiene hijos?	Sí	11,76	16,99	p < 0,05
	No	16,99	54,24	
Total		28,75	71,23	100

Nota: \* diferencias significativas, basadas en la prueba chi-cuadrado. Poveda (2018).

No se encontraron relaciones significativas de la resiliencia con otras variables consideradas en esta investigación, sin embargo, se resaltarán descriptivamente algunos aspectos que se presentan en la **Tabla 12**. Los médicos residentes (R2) de segundo año junto con los de tercer años (R3), son los que presentan los más altos niveles de resiliencia (77% y 75%, respectivamente). Más de tres cuartos de los profesionales entrevistados de

especialidades quirúrgicas (77%) presentan altos niveles de resiliencia y los de especialidades clínicas un 68%. Las especialidades de posgrado con mayores niveles de resiliencia son: Ginecología y Obstetricia (100%), Oftalmología (100%), Otorrinolaringología (90%) y Nefrología (80%). Por otra parte, las especializaciones con menos residentes de alta resiliencia son Gastroenterología en una cuarta parte de sus residentes (25%) y Neurología con la mitad de los mismos (50%).

**Tabla 12.** Niveles de Resiliencia en médicos residentes del IAHULA (n=153) según año de residencia y tipo de especialidad. Mérida, abril-junio 2018

		Media	Alta	Total
<b>Tipo de residente</b>	<b>Residente 1</b>	15	29	44
	<b>Residente 2</b>	11	37	48
	<b>Residente 3</b>	14	42	56
	<b>Residente 4</b>	4	1	5
	Total	44	109	153
		Media	Alta	
<b>Especialidad</b>	<b>Obst. Ginecología</b>	0	10	10
	<b>Pediatría</b>	5	13	18
	<b>Radiología</b>	3	6	9
	<b>Cirugía General</b>	4	8	12
	<b>Gastroenterología</b>	3	1	4
	<b>Endocrinología</b>	3	7	10
	<b>Otorrinolaringología</b>	1	9	10
	<b>Nefrología</b>	1	4	5
	<b>Urología</b>	4	4	8
	<b>Traumatología</b>	4	8	12
	<b>Psiquiatría</b>	5	7	12
	<b>Neurología</b>	2	2	4
	<b>Medicina Física y Reh.</b>	2	5	7
	<b>Oftalmología</b>	0	5	5
	<b>Medicina de Familia</b>	2	5	7
	<b>Neumología</b>	1	3	4
	<b>Medicina Interna</b>	4	12	16
	Total	44	109	153
			Media	Alta
<b>Tipo de especialidad</b>	<b>Clínica</b>	31	65	96
	<b>Quirúrgica</b>	13	44	57
<b>Total</b>		44	109	153

Nota: Poveda (2018).

La variable Resiliencia fue categorizada de acuerdo a los valores del primer y tercer cuartil como: Baja: si la resiliencia es menor que 25, Media: si los valores de resiliencia están entre 25 y 75, y Alta: puntajes superiores a 75. De manera similar, se efectuó la categorización en cada una de las dimensiones de resiliencia. Más de dos tercios de los médicos entrevistados (71,2%) presentan altos niveles de resiliencia y ninguno nivel bajo (0%). Con respecto a las dimensiones de resiliencia consideradas en la Escala de Connor-Davidson, los mayores niveles fueron presentados por los residentes en “persistencia, tenacidad, autosuficiencia” (78%), “adaptabilidad y redes de apoyo” (70%) y “control y propósito” (69%). En el factor “control bajo presión”, más de la mitad de los residentes manifestaron niveles medios de resiliencia. En todas las dimensiones muy pocos entrevistados presentaron niveles bajos (**Tabla 13**).

**Tabla 13. Dimensiones de resiliencia (CD-RISC) de médicos residentes del IAHULA (n=153). Mérida, abril-junio 2018.**

	Puntajes			Alta	Media	Baja
	Rango	Promedio	DE	n (%)	n (%)	n (%)
<b>RESILIENCIA</b>	0-100	79,8	13,7	109 (71,2)	44 (28,8)	0 (0,0)
<b>Dimensiones:</b>						
- <b>Persistencia, tenacidad, autoeficacia</b>	0-32	27,3	4,7	120 (78,4)	31 (20,3)	2 (1,3)
- <b>Control bajo presión</b>	0-28	20,1	5,0	67 (43,8)	83 (54,2)	3 (2,0)
- <b>Adaptabilidad y redes apoyo</b>	0-20	16,6	3,0	107 (69,9)	46 (30,1)	0 (0,0)
- <b>Control y propósito</b>	0-12	10,0	2,2	106 (69,3)	46 (30,1)	1 (0,7)
- <b>Espiritualidad</b>	0-8	5,8	1,8	87 (56,9)	64 (41,8)	2 (1,3)

Nota: Poveda (2018).

Por otra parte, al analizar la **Tabla 14**, según las dimensiones de Resiliencia y si “tiene o no hijos”, se encontró asociación estadísticamente significativa entre esa variable y el factor “persistencia, tenacidad y autoeficacia” ( $p < 0,001$ ). También se encontró asociación estadísticamente significativa entre las respuestas a la pregunta ¿tiene hijos? y la dimensión “control y propósito” ( $p < 0,05$ ). Se observa en la **Tabla 14** que una mayor proporción de los residentes entrevistados sin hijos tienen niveles altos de “persistencia, tenacidad y autoeficacia” (84%) comparados con los que sí tienen hijos (64%). Asimismo, tres cuartos de los médicos participantes en este estudio que no tienen hijos presentan nivel alto en

“control y propósito” (75%), mientras que poco más de la mitad (55%) de los que son padres, muestran altos niveles en este factor de resiliencia. Las otras dimensiones de Resiliencia no mostraron relación significativa con esta variable de tener o no hijos.

**Tabla 14. Dimensiones de resiliencia (CD-RISC) de médicos residentes del IAHULA (n=153) según si tienen o no hijos. Mérida, abril-junio 2018.**

		Persistencia, Tenacidad, Autoeficacia			Control bajo presión			Adaptabilidad y redes apoyo			Control y Propósito			Espiritualidad			P-valor
¿Tiene hijos?		Bajo	Medio	Alto	Bajo	Medio	Alto	Bajo	Medio	Alto	Bajo	Medio	Alto	Bajo	Medio	Alto	
	Sí		0	16	28	1	27	16	0	17	27	0	20	24	1	19	24
No		2	15	92	2	56	51	0	29	80	1	26	82	1	45	63	
Total		2	31	120	3	83	67	0	46	107	1	46	106	2	64	87	

Nota: \* diferencias significativas, basadas en la prueba chi-cuadrado. Poveda (2018).

- **Relación entre Resiliencia y Síndrome de Burnout**

Con la finalidad de explorar las relaciones entre la Resiliencia y las dimensiones del MBI, se analizan sus correlaciones mediante el coeficiente de correlación de Spearman. Se encontró que a mayor Resiliencia mayor “realización personal” (0,40), menor “despersonalización” (-0,21) y menor “cansancio emocional” (-0,18); aunque las magnitudes de las correlaciones no son altas, para todas las dimensiones el coeficiente de correlación con Resiliencia es significativamente diferente de cero ( $p < 0,05$ ).

En la **Tabla 15** se observa la distribución del nivel de resiliencia según la dimensión Realización Personal del MBI y se aprecia que a mayor resiliencia mayor “realización personal”. La prueba chi cuadrado permite concluir que existe una asociación estadísticamente significativa ( $p < 0,01$ ) entre la resiliencia y la realización personal. No se encontró asociación significativa entre resiliencia y las otras dos dimensiones del MBI. Con excepción del factor de “espiritualidad” el resto de las dimensiones de resiliencia (CD-RISC) presenta por separado asociación estadísticamente significativa ( $p < 0,01$ ) con el factor “realización personal” del MBI. Es decir, a mayores niveles de “persistencia, tenacidad, autosuficiencia” mayor sentimiento de “realización personal”, a mayores niveles de “control bajo presión” también mayor sentimiento de “realización personal”, a

mayores niveles de “adaptación y redes de apoyo” mayor sentimiento de “realización personal”, a mayor nivel de “control y propósito” mayor sentimiento de “realización personal” y viceversa.

**Tabla 15. Relación entre la dimensión “realización personal” del MBI y niveles de resiliencia (CD-RISC) de médicos residentes del IAHULA (n=153). Mérida abril-junio. 2018.**

		Resiliencia		P-valor
		Media	Alta	
Realización Personal	Bajo	18	20	(p < 0,01)*
	Intermedio	16	29	
	Alto	10	60	
Total		44	109	153

Nota: \* diferencias significativas, basadas en la prueba chi-cuadrado. Poveda (2018).

www.bdigital.ula.ve

## DISCUSIÓN

Los profesionales del campo de la salud, especialmente los médicos residentes de los postgrados, se encuentran continuamente expuestos a situaciones estresantes que pueden reducir su adaptación y rendimiento laboral e inclusive puede comprometer seriamente su salud física y mental. Por tal motivo es importante que estas personas desarrollen capacidades que le permitan afrontar de forma efectiva estas contingencias que le impone su ejercicio profesional, las cuales va a depender en cierta medida del tipo de personalidad y la resiliencia que ellas puedan poseer.

En esta investigación, se estudiaron 153 médicos residentes (46 %) cursantes de 17 postgrados clínicos y quirúrgicos del IAHULA caracterizándose por ser una población adulta joven en edades comprendidas entre los 25 y 34 años, con un promedio de 30,6 años (DE=3,6 años), lo cual coincide con algunos de los autores citados en esta investigación donde se reportan edades desde los 28 años hasta los 31 años<sup>1, 23, 24, 25, 30, 31</sup>. El predominio de los médicos adultos jóvenes se puede explicar por el hecho que a nivel nacional y también en América Latina, estos profesionales se gradúan muy jóvenes (antes de los 25 años), y en el caso de Venezuela, el médico recién graduado cumple un año de servicio rural (artículo 8) y posteriormente al salir del mismo, concursa para algún postgrado clínico o quirúrgico ofertado por los hospitales o Centros de salud que poseen la mayoría de las especialidades, como es el caso del IAHULA, que es un hospital tipo IV de gran prestigio a nivel regional, nacional e internacional. Estos postgrados son realizados en instituciones públicas, que casi siempre ofrecen becas-salarios a los médicos venezolanos (auspiciados por el Ministerio del Poder Popular Para la Salud, las gobernaciones nacionales y otros entes públicos o privados, como es el caso de Rescarven, entre otros).

Predominó la población femenina lo cual coincide con los estudios de Rodríguez<sup>28</sup> y Parra<sup>30</sup>, donde se reporta que el 60% de los médicos cursantes de postgrado eran mujeres. Es interesante notar que desde hace varios años, viene incrementándose la participación femenina en los estudios médicos de postgrado en Venezuela, situación de la cual no escapa el IAHULA, donde acuden profesionales de todo el país, inclusive de otros países (especialmente de Colombia). La intervención de las mujeres en los estudios universitarios

del cuarto nivel aumentó a partir del empoderamiento que han venido experimentando las féminas desde las últimas décadas y que son expresados en los ámbitos educativo, laboral, social y político. Al respecto, Palacios <sup>48</sup> describe que en este empoderamiento intervienen manifestaciones como: el sentido de seguridad y visión de un futuro, la capacidad de ganarse la vida, habilidad de actuar eficazmente en la esfera pública, mayor poder de tomar decisiones en el hogar participación en grupos no familiares como recurso de información y apoyo, y por ultimo movilidad y visibilidad en la comunidad.

En relación con la nacionalidad, la mayoría de los médicos residentes son venezolanos valor similar a lo reportado por Parra <sup>30</sup>. En cuanto a la situación conyugal, resultó que más de la mitad de los médicos eran solteros, resultados que se asemejan a las referencias consultadas <sup>1,23-24, 30,31</sup>. Los estudios médicos de postgrado requieren mucha dedicación personal y disciplina, con horarios demandantes y alta responsabilidad personal en la atención a los pacientes, por lo que la mayoría de estos residentes prefieren no casarse. Asimismo, es importante destacar, que para algunos autores, este tipo de adultos jóvenes viven un período caracterizado principalmente por la progresiva autonomía, la madurez psicológica, la productividad y la capacidad de ocuparse de personas dependientes <sup>49</sup>. Por otra parte, se evidenció que la mayoría no tiene hijos, a pesar que la mayoría de la muestra estaba constituida por mujeres jóvenes, en plena capacidad reproductiva, situación que puede interpretarse por la postergación voluntaria de la maternidad para así alcanzar las metas académicas y laborales pautadas en la vida del individuo <sup>50</sup>.

Si se identifica el nivel de ingresos económicos de estos médicos, para los meses de abril, mayo y junio del 2018, casi la mitad reveló que percibieron un promedio de 4.469.000 Bs Fuertes mensuales, con un financiamiento proveniente en su mayoría de becas-salarios que cubren a un 71% de los residentes y de ayuda por parte de familiares (para un 74% de los mismos). Estos resultados son contrarios a los antecedentes investigados por el autor y de hecho se observó, que en los mencionados estudios no se describieron los ingresos económicos de la población estudiada. Por otra parte, es de destacar que a partir del 1º mayo del 2018, el salario mínimo integral en Venezuela era de 2.555.500 Bs Fuertes, el cual según el Centro de (CENDAS) <sup>51</sup>, no cubría la canasta básica de las familias venezolanas que para ese tiempo era de 75.446.014, 83 Bs Fuertes, lo que revela que el

promedio del salario o los ingresos recibidos por los residentes de postgrado no cubría ni la cuarta parte de la canasta básica vigente.

En cuanto al año de residencia de postgrado de los residentes, resultó que más de la mitad eran cursantes de especialidades clínicas y del tercer año de postgrado (R3) y sólo una cuarta parte era del primer año (R1), valores similares a lo expresado por Parra<sup>30</sup>. Asimismo se observó que el mayor porcentaje lo obtuvo Pediatría, seguido por Medicina Interna (11%), lo cual se aproxima a los resultados de Medina et al<sup>1</sup> en Argentina y Berdejo<sup>25</sup> en Colombia. Al compararse estos resultados con los obtenidos en el IAHULA para el 2012, se encuentra similitud en cuanto a que Medicina Interna aparecía en primer lugar por el número de cursantes, pero con la diferencia que el segundo lugar era para Obstetricia y Ginecología<sup>30</sup>; en la actualidad esto puede deberse a factores como el retiro o deserción de numerosos residentes de los postgrados que tradicionalmente ofertaban más cupos en el IAHULA (Obstetricia y Ginecología, Medicina Interna, Medicina de Familia, Cirugía General, entre otros).

Con relación al horario de trabajo casi la mitad de los residentes cumplía con el horario diurno, es decir 12 horas diarias, de lunes a domingo (7am-7pm), lo que equivale a 84 horas semanales, mientras que un 18% asistían en horario matutino a sus actividades (7am-1pm) y un 15% de todos los residentes realizaban además guardias nocturnas a cuerpo presente, resultados que concuerda con Costales<sup>23</sup>, Berdejo<sup>25</sup> y Tepedino<sup>31</sup> quienes describen en sus investigaciones que más de la mitad de los médicos residentes trabajaban más de 80 horas semanales. Para algunos autores, las jornadas laborales mayores a 80 horas semanales pueden catalogarse como agotadoras y pueden ocasionar trastornos del sueño, estrés, ansiedad, depresión e inclusive Burnout, con incremento del riesgo de cometer errores<sup>52</sup>. Esta variable horario laboral no fue explorada en el estudio realizado por Parra<sup>30</sup> en IAHULA para el 2012.

En lo que respecta al Sx de Burnout, resultó que el 14% de los médicos estudiados presentaron los tres criterios que caracterizan el Sx de Burnout: alto cansancio emocional (CE), alta despersonalización (DP) y baja realización personal (RP), los cuales se aproximan a los valores reportados por los latinoamericanos Costales<sup>23</sup>, Molina<sup>27</sup> y

Tepedino<sup>31</sup> que reportan prevalencias del 11% en el personal estudiado, haciendo la salvedad que éste último autor incluyó no sólo a los médicos sino a todo el personal que labora en el área de Urgencias de la institución que evaluó. Es importante resaltar que la literatura mundial reporta valores más altos del Burnout para los médicos residentes de postgrado (por encima del 60%)<sup>20, 34,35</sup>. De igual manera, si se comparan estos resultados con los de Parra<sup>30</sup>, se observa que para el 2012 existía una prevalencia aún menor del Burnout en los residentes del IAHULA (3,26%). De manera interesante, se encontró relación significativamente estadística ( $p < 0,05$ ) entre el año de residencia cursado (R1, R2, R3 o R4) y el Síndrome de Burnout, observándose que la prevalencia del mismo se incrementa progresivamente desde el primer año de residencia, hasta el cuarto año (donde inclusive se sextuplica su valor), resultados que se aproximan a lo reportado en Argentina por Medina et al<sup>1</sup> al reseñar que el Burnout constituye un problema de salud importante para los médicos residentes, especialmente de Pediatría que se agudiza a medida que el estudiante va avanzando en jerarquía y donde debe asumir más responsabilidades en el ejercicio de la profesión<sup>1</sup>. Sin embargo, la mayoría de la bibliografía consultada indica que la prevalencia del Burnout es mayor en los residentes del primer año, debido a las altas exigencias que deben atender y estar bajo presión continua de los médicos de mayor jerarquía en el postgrado, para luego disminuir y mantenerse constante durante los siguientes años de estudio debido a un proceso de adaptación espontáneo en el transcurso del tiempo<sup>53</sup>.

Por otra parte, en cuanto a la relación entre el Sx. Burnout y el tipo de especialidad, se demuestra que existe una asociación estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ), donde las especialidades quirúrgicas presentaron mayor prevalencia del Burnout (23%) que las clínicas (9%). Las mayores tasas de prevalencia del Burnout en las quirúrgicas se encontraron en: Traumatología (58%) y Oftalmología (40%), y de las clínicas: Neurología (50%) y Medicina Física y Rehabilitación (29%). Estos resultados no coinciden con los antecedentes consultados e inclusive algunos autores<sup>24</sup> explican que sería muy controversial, establecer la relación entre el Burnout con un determinado tipo de especialidad porque diversos estudios reportan diferentes conclusiones y de hecho plantean la necesidad de realizar estudios longitudinales para demostrar esta asociación. Estos resultados contrastan fuertemente a lo obtenido por Tepedino<sup>31</sup> en Venezuela quien reveló

que los médicos residentes de las especialidades quirúrgicas (anestesiología, cirugía general, cirugía cardiovascular, cirugía pediátrica, cirugía de la mano, cirugía plástica, obstetricia y ginecología, otorrinolaringología, traumatología, urología y neurocirugía) eran menos afectados por el Burnout.

Al explorarse la relación del sexo, estado civil, los horarios laborales, número de hijos y la nacionalidad con el Burnout, no se encuentra asociación estadística significativa. Con respecto al sexo, se obtiene que el 18% de los hombres y el 12% de las mujeres presentaron Burnout, lo que coincide a lo expresado por algunos autores quienes señalan que no lograron demostrar esa correlación<sup>25, 26,30</sup>, a pesar que otros comentan que las mujeres son las más afectadas<sup>1</sup> debido al doble desempeño que ejerce la mujer en el trabajo y en el hogar, especialmente en aquellas profesiones donde se perpetúa el rol femenino (enfermería y pediatría por ejemplo)<sup>21</sup>.

Al analizar más de fondo las dimensiones del Síndrome de Burnout con el Maslach Burnout Inventory (MBI) se encuentra que más de la mitad de los médicos residentes muestran altas puntuaciones de “cansancio emocional” y “despersonalización” y casi la mitad, altos puntajes de “realización personal”, lo que significa que aunque la mayoría de los médicos residentes no presentan todos los criterios clínicos del Sx de Burnout (alto cansancio emocional, alta despersonalización y baja realización personal), sí están mostrando indicios de estar “quemados laboralmente” por presentar altos puntajes en “cansancio emocional” y “despersonalización” a pesar que casi la mitad de ellos presentan altos puntajes de “realización personal. Estos resultados se aproximan a los de Berdejo<sup>25</sup> y Tepedino<sup>31</sup>. La mayoría de los médicos investigados presentan alta realización personal porque pueden desarrollar un alto grado de satisfacción en sus logros personales con el objetivo de alcanzar su meta de graduarse de especialista, a pesar de las dificultades socioeconómicas por la cual atraviesa Venezuela y como bien expresa Arayago et al<sup>29</sup> : *“Hablar del rol del médico en la sociedad venezolana es describir un superhéroe, en él se confía la curación y no solo como ocurrencia de una práctica sino como un acto seguro que el médico está en la “obligación de proveer a su paciente”(...)*. Asimismo, es importante recalcar que estos altos niveles de realización personal también se pueden observar en los médicos extranjeros cursantes de los postgrados de la ULA, los cuales en casi su totalidad provienen de Colombia, porque precisamente estos profesionales tienen

grandes retos y expectativas en mejorar condiciones laborales y condiciones de vida <sup>25</sup>, atraídos por el bajo costo que resulta cursar estos postgrados de calidad en Venezuela al hacer el cambio de la moneda del país de origen, porque de otra manera, sería muy costoso formarse en su país natal, donde los estudios de cuarto nivel no son gratuitos.

-En cuanto al tipo de residente (R1, R2, R3, R4), todos presentan niveles importantes de “cansancio emocional” y especialmente los R4 son los que presentan los niveles más altos de “cansancio emocional” y “despersonalización”, considerando además que más de la mitad de estos residentes resultaron con baja “realización personal”. Se destaca que la “despersonalización muestra una clara tendencia a aumentar a medida que se va avanzando en el año de residencia, pues pasa del 48% en los R1 hasta el 80% en los R4. Estos resultados de alta despersonalización coinciden con lo reportado por Berdejo<sup>25</sup>, el cual sí encontró asociación estadística de la despersonalización con el año académico que cursa el médico. La despersonalización, caracterizada fundamentalmente por el cinismo y la falta de empatía, quizás es más predominante en este grupo porque a medida que avanza el residente en su formación, va enfrentando con más realismo el sufrimiento de los pacientes, por lo cual desarrolla un mecanismo de defensa rígido debido al reforzamiento de rasgos negativos u ocultos que ya poseía en su personalidad, para así no enfrentar de forma directa el dolor físico y emocional de sus pacientes.<sup>54</sup> Para Balcázar <sup>24</sup> *“el final de residencia está acompañado de una serie de frustraciones (...) se produce la transición de las expectativas idealistas a la práctica cotidiana y se aprende que las recompensas personales, económicas y profesionales, no son ni las prometidas ni las esperadas”*.

En cuanto al tipo de especialidad, los residentes más afectados en todas las dimensiones del Burnout fueron los del área quirúrgica, especialmente Traumatología, los cuales muestran niveles elevados de alta “despersonalización”, “cansancio emocional” y “baja realización personal” (más del 70%), mientras que los residentes de Cirugía General, Urología y Neumonología son los que presentan mejor “realización personal” (prevalencias superiores al 70%). Esto no coincide con los estudios revisados y estos resultados pueden deberse a la alta demanda física y mental que implica cursar este tipo de postgrado quirúrgico, cuyos estudiantes deben dedicar cuatro años con un salario-beca que no cubre las necesidades básicas de los mismos, debido a la fuerte crisis económica que viene atravesando el país desde hace varios años, además que deben manejar diariamente un elevado número de pacientes que acuden al IAHULA (especialmente por hechos viales y traumatismos) y para

los cuales no se cuenta con los suficientes insumos en la institución, lo que ocasiona frustración no solamente para el paciente, sino también para el personal médico.

De todas las relaciones estudiadas de las dimensiones del Burnout y las características de los residentes, se encontró asociación estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ) entre “tipo de especialidad” y “despersonalización”, apreciándose que las especialidades quirúrgicas presentan una mayor número de residentes con alta actitud de despersonalización (72%) que los de especialidades clínicas (50%). Estos resultados no se asemejan a la literatura consultada, aunque de forma controversial otros investigadores revelan que si un médico presenta sintomatología de inestabilidad psicológica y se dedica a los actos quirúrgicos, entonces puede tener un riesgo elevado de desarrollar Burnout<sup>55</sup>. Se sugiere demostrar este riesgo con estudios longitudinales.

Los residentes estudiados presentaron altos valores de Resiliencia (con una media de 79,8 puntos). Igualmente se demostró una asociación significativa ( $p < 0,05$ ) entre la Resiliencia de los médicos entrevistados y la tenencia o no de hijos, donde más de los tres cuartos de los residentes que manifestaron no tener hijos fueron los que tuvieron los más altos niveles de Resiliencia, mientras los que sí eran padres presentaron el 59% de resiliencia; esta asociación no coincide con lo revisado en la literatura, a pesar que la tenencia de hijos puede considerarse como parte de la red de apoyo social de las personas.<sup>56</sup> Estos resultados pueden deberse a que la mayoría de los residentes son muy jóvenes y que por la alta motivación que poseen para conseguir sus metas deciden posponer la maternidad o paternidad (especialmente las mujeres que son la mayoría de los residentes estudiados).

Por otra parte, a pesar de que no se encontró asociación significativa de la resiliencia con las otras variables consideradas en esta investigación, se observó que los R2 y los R3 son los médicos que obtuvieron los más altos niveles de Resiliencia (77% y 75%, respectivamente) y en el tipo de especialidad, resultó que más de tres cuartos de las quirúrgicas (77%) presentan los niveles más altos de Resiliencia. Las especialidades de posgrado con mayores niveles de Resiliencia son: Ginecología y Obstetricia (100%), Oftalmología (100%), Otorrinolaringología (90%) y Nefrología (80%), mientras que Gastroenterología y Neurología fueron los postgrados que tuvieron menor porcentaje de residentes con alta Resiliencia (25% y 50% respectivamente).

Al evaluarse más a fondo las dimensiones de Resiliencia de la Escala de Connor-Davidson en estos médicos se observó que el 78% presentó elevados niveles en “Persistencia, Tenacidad, Autosuficiencia”, un 70% con elevada “Adaptabilidad y Redes de apoyo” y un 69% con elevado “Control y propósito”, mientras que más de la mitad de los residentes manifestaron niveles medios de “control bajo presión”, valores que pueden explicar la alta motivación al logro de estos profesionales a pesar de las adversidades socioeconómicas e institucionales que puedan estar padeciendo por la grave situación venezolana que se vive en la actualidad.

A propósito del factor “Persistencia, tenacidad y autoeficacia”, se encontró asociación estadísticamente significativa ( $p < 0,001$ ) con la pregunta si “tiene o no hijos”; igualmente se halló significancia estadística ( $p < 0,05$ ) en la relación entre la pregunta ¿tiene hijos? y la dimensión “Control y propósito”. También se observa que el 84% de los residentes sin hijos tienen niveles altos de “Persistencia, tenacidad y autoeficacia” (comparados con los que sí tienen hijos (64%)), mientras tres cuartos de los médicos que no tienen hijos presentaron niveles alto en “Control y propósito” (75%), y un poco más de la mitad (55%) de los que son padres muestran altos niveles en este factor de resiliencia. Las otras dimensiones de Resiliencia no mostraron relación significativa con esta variable de tener o no hijos. Esto no se asemeja a las referencias investigadas, pero resultan datos muy interesantes porque indican que la mayoría de los residentes del IAHULA poseen tienen elevados porcentajes de “persistencia, tenacidad y autoeficacia”, así como de “control y propósito” con alto sentido de la responsabilidad al no tener hijos hasta que no culminen sus estudios para quizás así alcanzar una mayor estabilidad económica, laboral y de pareja para así mejorar su calidad de vida. Realmente esto demuestra fortaleza en los rasgos de personalidad de estos médicos.

Cuando se analizan las correlaciones entre la Resiliencia y las dimensiones del Síndrome de Burnout, mediante el coeficiente de correlación de Spearman, se obtiene a mayor resiliencia mayor “Realización personal” (0,40), menor “Despersonalización” (-0,21) y menor “Cansancio emocional” (-0,18); aunque las magnitudes de las correlaciones no son altas, para todas las dimensiones el coeficiente de correlación con resiliencia es significativamente diferente de cero ( $p < 0,05$ ). De la misma forma, mediante Chi

cuadrado, se observa asociación estadística significativa ( $p < 0,01$ ) entre el nivel de Resiliencia con la dimensión “realización personal” del MBI y se aprecia que a mayor resiliencia mayor “realización personal”. Estos resultados concuerdan con los de Costales<sup>23</sup> y Molina<sup>27</sup>, quienes describen que altos valores de Resiliencia se asocian con altos niveles de “Realización Personal” en el trabajo, es decir que las personas más resilientes son las que presentan mayores niveles de Realización Personal, considerando que la Resiliencia es un factor intrínseco, modificable del individuo. Es interesante aclarar que asimismo, Molina<sup>27</sup> destaca que los trabajadores con alta Resiliencia tienen poco cansancio emocional y baja despersonalización, igual a lo demostrado en los residentes de posgrado de esta investigación realizada en el IAHULA. De este modo, se podría plantear que la Resiliencia puede ser un factor protector ante el desarrollo del Burnout, pero hay que efectuar más estudios para poder estudiar con más profundidad esta relación.

En relación con las otras dimensiones de Resiliencia y del MBI no se encontró asociación, pero debe tenerse en cuenta que, a excepción del factor de “Espiritualidad” del CD-RISC de Resiliencia, el resto de sus dimensiones presentan por separado asociación estadísticamente significativa ( $p < 0,01$ ) con el factor “Realización personal” del MBI, lo que significa que a mayores niveles de “Persistencia, Tenacidad, Autosuficiencia” mayor sentimiento de “Realización personal”; a mayores niveles de “Control bajo presión” también mayor sentimiento de “Realización personal”; a mayores niveles de “Adaptación y redes de apoyo” mayor sentimiento de “Realización personal”, a mayor nivel de “Control y propósito” mayor sentimiento de “Realización personal” y viceversa. Todos estos hallazgos coinciden parcialmente con lo consultado, pero sugieren que la Resiliencia depende en cierto grado de las capacidades innatas que puede poseer cada ser humano para superar las adversidades o experiencias traumáticas. Al respecto de esto, investigadores como Peralta et al<sup>57</sup> señalan que *“a los estudiantes universitarios, que les gusta asumir logros y retos, atribuyen el éxito a su propia capacidad, y al fracaso como una falta de esfuerzo, por lo cual, estos estudiantes aunque en algunas ocasiones se desempeñen mal, no se sienten desmotivados por el estudio, debido a que renuevan sus esfuerzos y lo siguen intentando”*.

## CONCLUSIONES

- 1.- El grupo de médicos residentes de los postgrados del IAHULA son adultos jóvenes en edades comprendidas entre los 25 y 34 años, con una media de edad de 30,6 años; más de la mitad mujeres, en su mayoría venezolanos, solteros y sin hijos, con ingreso mensual promedio de 4.469.000 Bs F para abril-junio 2018, además de que recibían beca y ayuda familiar.
- 2.- La mayor parte de los residentes se encontraban cursando el tercer año (R3) y cursaban especialidades clínicas (prevaleciendo Pediatría y Medicina Interna) y desempeñaban sus labores en el turno diurno.
- 3.- La Frecuencia del Síndrome de Burnout fue baja, afectando a uno de cada diez residentes (14,4%) quienes cumplieron con sus tres criterios diagnósticos: elevado cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal; sin embargo, es notorio que más de la mitad de ellos presentaron valores altos de “cansancio emocional” y de alta “despersonalización” que pueden estar representando indicios de desgaste laboral en estos jóvenes.
- 4.- Se encontró relación estadísticamente significativa entre Burnout, el año de residencia, y las especialidades quirúrgicas siendo los más afectados los residentes cursantes de Traumatología, Neurología, Oftalmología y Medicina Física y Rehabilitación; la mayoría de R4 presentó los niveles más altos de “cansancio emocional” y “despersonalización” y más de la mitad con baja “realización personal”. La “despersonalización” mostró una tendencia a incrementarse en la medida que aumenta el año de residencia.
- 5.- La mayoría de los residentes obtuvo elevados valores de Resiliencia y fue especialmente alta para Gineco-Obstetricia, Oftalmología, Otorrinolaringología y Nefrología, con presentó valores altos en “Persistencia, Tenacidad, Autosuficiencia”, “Adaptabilidad y Redes de apoyo” y “Control y propósito”. Por otra parte se demostró asociación significativa entre la Resiliencia y la tenencia o no de hijos.
- 6.- En el análisis de las relaciones entre la Resiliencia y las dimensiones del Burnout, se consiguió asociación estadísticamente significativa entre Resiliencia y Realización Personal.

## RECOMENDACIONES

- 1.- Fomentar la detección del Burnout en los residentes por cada posgrado de forma anual para así detectar vulnerabilidad o factores de riesgo que puedan influir en su aparición.
- 2.- Proponer una cultura de vida saludable o salutogénica que promueva los estilos de vida saludable (énfasis en los autocuidados) para así mejorar la calidad de vida en esta población e inclusive hacerlo extensivo al resto del cuerpo médico y equipo de salud del IAHULA.
- 3.- Concienciar a las autoridades pertinentes y a la División de Estudios de Postgrado de la ULA, para la planificación de talleres educativos y actividades recreativas o de esparcimiento para prevenir el desgaste profesional, de ejecución periódica.
- 4.- Recomendar ampliamente la intervención psicoterapéutica de los médicos que presentan desgaste laboral o Burnout en cualquiera de sus dimensiones ante que ocasione deterioro físico o psíquico importante.
- 5.- Promover la gestión que mejore la cultura organizacional dentro de cada servicio e inclusive entre varios departamentos o unidades para fortalecer un clima organizacional agradable que mejore las relaciones interpersonales entre el personal y entre el equipo de salud y los pacientes.
- 6.- Humanización de la salud, dirigida por los médicos residentes hacia médicos residentes, personal docente asistencial, personal de salud y pacientes.
- 7.- Respetar las normativas laborales vigentes en Venezuela, especialmente la Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo (LOPCYMAT), la cual obliga a garantizar evaluaciones médicas periódicas (una al año al menos), incluyendo las pre vacacionales y post vacacionales.

## REFERENCIAS

1. Medina M, Medina M, Gauna N, Molfino L, Merino L. Prevalencia del Síndrome de Burnout en residentes de Pediatría de un hospital. *Inv Ed Med.* 2017; 6(23):160-168.
2. Greig D, Fuentes X. “Burnout” o agotamiento en la práctica diaria de la medicina. *Rev Chil Cardiol* 2009; 28: 403-407.
3. Zavala-González M, Posada-Arévalo S, Jiménez-Mayo O, López-Méndez R, Pedrero-Ramírez L, Pérez-Arias M. Síndrome de Burnout en personal médico y de enfermería de una unidad médica familiar en Tabasco, México. *Rev. Med UV,* 11(2):18-23.
4. Martínez A. (2010). El Síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Revista de Comunicación Vivat Academia.* N° 112. Septiembre. 2010. Madrid; Universidad Complutense; [Citado el 01 de marzo 2017]. Disponible en <http://www.ucm.es/info/vivat/numeros/n112/DATOSS.htm>.
5. Aranda C. El Síndrome de Burnout o de quemarse en el trabajo: un conflicto en la salud de los profesionales. *Revista IIPSI Facultad de Psicología UNMSM.* 2011; 14 (2): 271-276.
6. Forbes R. El Síndrome de Burnout: síntomas, causas y medidas de atención en la empresa. *Éxito Empresarial.* [Internet]. 2011; [citado 01 abril 2017]; No.160; [aprox. 6 p.] Disponible en: [http://www.cegesti.org/exitoempresarial/publicaciones/publicacion\\_160\\_160811\\_es.pdf](http://www.cegesti.org/exitoempresarial/publicaciones/publicacion_160_160811_es.pdf).
7. Organización Internacional del Trabajo (2016). *Estrés en el trabajo: Un reto colectivo.*
8. Servicio de Administración del Trabajo, Inspección del Trabajo y Seguridad y Salud en el Trabajo - LABADMIN/OSH. Ginebra: OIT, 2016. 62 p.
9. Anagnostopoulos F, Liolios E, Persefonis G, et al: Physician burnout and patient satisfaction with consultation in primary health care settings: evidence of relationships from a one-with-many design. *J Clin Psychol Med Settings.*2012; 19(4):401-10.
10. Tucunduva L, García A, Prudente F, Centofanti G, Souza C, Monteiro T, et al. Incidence of the burnout syndrome among Brazilian cancer physicians. *Rev Assoc Med Bras* 2006; 52:108-12.
11. Castaño I, García M, Leguizamón L, Novoa M, Moreno I. Asociación entre el síndrome de estrés asistencial en residentes de medicina interna, el reporte de sus

- prácticas médicas de cuidados subóptimos y el reporte de los pacientes. *Univ. Psychol.* oct. 2006; 5(3):549-61.
12. Martinetti H, Paladino M. La salud del anestesiólogo: las agresiones psicosociales. *Rev Arg Anest* 2005; 63(2):115-27.
  13. Mechanic D. The uncertain future of primary medical care. *Ann Intern Med.* 2009; 151(1):66-7.
  14. Ozyurt A., Hayran O, Sur H. Predictors of burnout and job satisfaction among Turkish physicians. *QJM* 2006; 99(3): 161-9.
  15. Siu C, Yuen S, Cheung A. Burnout among public doctors in Hong Kong: cross-sectional survey. *Hong Kong Med J.* 2012 Jun; 18(3): 186–192.
  16. Linzer M, Manwell L, Williams E, Bobula J, Brown R, Varkey A, et al. Working Conditions in Primary Care: Physician Reactions and Care Quality. *Ann Intern Med* 2009; 151(1):28-36.
  17. Volcanes I. Síndrome de Burnout en médicos de familia. *MedULA* 2010; 19: 29-35.
  18. Matía A, Cordero J, Mediavilla J, Pereda M. Prevalencia de Burnout y variables asociadas en los médicos de atención primaria de Burgos. *Rev Aten Primaria* 2006; 38:589.
  19. Mejía A. Desgaste emocional o Burnout en estudiantes universitarios. En: Universidad de Los Andes (eds.) *Una Educación Universitaria de Calidad*. Mérida. Vicerrectorado Académico. Programa de Estímulo a la Docencia Universitaria Dr. Mariano Picón Salas Convocatoria 2013; 2015.pp.498-499.
  20. Gutiérrez G, Celis M, Moreno S, Serratos F, Suárez J. Síndrome de Burnout. *Arch Neurocienc Mex* 2006; 11(4):305-09.
  21. Ortega M, Ortiz G, Coronel P. Burnout en médicos y enfermeras y su relación con el constructo de personalidad resistente. *Psicología 6 y Salud* 2007; 17 (1): 5-16.
  22. Ríos M, Carrillo C, Sabuco E. Resiliencia y Síndrome de Burnout en estudiantes de enfermería y su relación con variables sociodemográficas y de relación interpersonal. *International Journal of Psychological Research* 2012, 5(1), 88-95.
  23. Costales L. La resiliencia relacionada con el desarrollo del Síndrome de Burnout en residentes del posgrado de pediatría de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador”; [trabajo de grado para optar al título de médico pediatra]. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2018.
  24. Balcázar-Rincón L, Montejó-Fraga L, Ramírez-Alcántara Y. Prevalencia del Síndrome de desgaste profesional en médicos residentes de un hospital de Mérida, Yucatán, México. *Aten Fam* 2015; 22(4):111-114.
  25. Berdejo H. Síndrome de desgaste laboral (Burnout) en los médicos residentes de especialidades médico quirúrgicas de la Universidad Nacional de Colombia, sede

- Bogotá. Colombia [trabajo de grado para optar al título de Especialista en Anestesiología y Reanimación]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2014.
26. Navarro-González D, Ayechu-Díaz A, Huarte-Labiano I., Prevalencia del Síndrome del Burnout y factores asociados a dicho síndrome en los profesionales sanitarios de Atención Primaria. *Medicina de Familia-SEMERGEN* 2015; 41(4): 191-198.
  27. Molina M. Resiliencia y Burnout en trabajadores de urgencias de un hospital público de San Juan, Argentina. V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR.2013. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
  28. Rodríguez A, Ortunio M. Síndrome de desgaste profesional y resiliencia en profesionales de la salud de una unidad de cuidados intensivos pediátricos del estado Aragua 2017. Venezuela. [Tesis especial de grado para optar al título de Especialista en Medicina Ocupacional]. Valencia: Universidad de Carabobo; 2018. Disponible en: <http://hdl.handle.net/123456789/5820>.
  29. Arayago R, González A, Limongi M, Guevara H. Síndrome de Burnout en residentes y especialistas de anestesiología. *Rev. Salus UC*. 20(1):13-21.2016.
  30. Parra P. Síndrome de desgaste profesional (Burnout) en médicos cursantes de postgrados de la Facultad de Medicina de la Universidad de Los Andes. Venezuela [tesis especial de grado para optar al título de Especialista en Psiquiatría]. : Mérida: Universidad de Los Andes; 2012. Disponible en: <http://bdigital.ula.ve/RediCiencia/busquedas/DocumentoRedi.jsp?file=33064&type=ArchivoDocumento&view=pdf&docu=26522&col=5>.
  31. Tepedino D, Peña C. Síndrome de desgaste profesional en residentes del Hospital Universitario de Caracas. *Med Interna (Caracas)* 2011; 27 (1): 38 – 50. Disponible en: <http://www.svmi.web.ve/ojs/index.php/medint/article/view/213>.
  32. Guevara C, Henao D, Herrera J. Síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes. *Colombia Médica* 2004; 35(4):173-8.
  33. Zuger A. Dissatisfaction with medical practice. *N Engl J Med* 2004; 350(1):69-75.
  34. Albaladejo, R., Villanueva, R., Ortega, P., Astasio, P., Calle, M.E. y Domínguez, V. (2004). Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. *Revista Española de Salud Pública*, 78(4), 505-516.
  35. Caballero M., M.A., Bermejo F., F., Nieto G., R. y Caballero M., F. (2001). Prevalencia y factores asociados al Burnout en un área de salud. *Atención Primaria*, 27(5), 313-317.
  36. Carmona M., F.J., Sanz R., L.J. y Marín M., D. (2002). Relaciones entre el síndrome de Burnout y el clima laboral en profesionales de enfermería. *Interpsiquis* 2002. Disponible en <http://www.psiquiatria.com> (Consultado el 23 de abril de 2018).

37. De las Cuevas, C., González de Rivera, J.L., De la Fuente, J.A., Alviani, M. y Ruiz B., A. (1997). Burnout y reactividad al estrés. *Revista de Medicina de la Universidad de Navarra*, 41, 10-18.
38. Becoña E. Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* 2006; 11(3): 125-146.
39. Garmezy N. Resilience in children's adaptation to negative life events and stressed environments. *Pediatric Annals* 1991; 20 (459-466).
40. Rodríguez A. Resiliencia. *Revista Psicopedagogía* 2009; 26(80): 291-302. Recuperado el 12 marzo 2018, de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-84862009000200014&lng=pt&tlng=es](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-84862009000200014&lng=pt&tlng=es).
41. Connor K, Davidson J. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) *Depression and Anxiety* 2003; 18: 76-82.
42. Oriol-Bosch A. Resiliencia. *Educ Med* 2012; 15 (2): 77-78.
43. Matalinares M, Arenas C, Yaringaño J, Sotelo L, Sotelo M, Díaz G et al. Factores personales de resiliencia y autoconcepto en estudiantes de primaria de Lima metropolitana. *Revista de investigación en psicología* 2011; 14(1): 187 – 207.
44. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS). Organización Mundial de la salud. Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica - en seres humanos. Ginebra, 2002. Disponible en: [http://www.cioms.ch/frame\\_spanish\\_text.htm](http://www.cioms.ch/frame_spanish_text.htm).
45. Uzcátegui O, Toro Merlo J. Consentimiento informado. *Rev Obstet Ginecol Venez* 2008; 68(1):1-4.
46. Briceño E, Pérez E; Villalón M, Aguilera M, Feliciangeli D, Godoy J, et al. Código de Bioética y Bioseguridad, Capítulo 1 y 2. Ministerio de Ciencia y Tecnología (FONACIT). 3ra. Edición. Venezuela. 2008.
47. Maslach C, Jackson S. Maslach burnout Inventory. Manual Research.Edition.University of California. Palo Alto: Consulting Psychologist Press. 1986.
48. Palacios, Y. Política, Empoderamiento y Género en Venezuela. *Salus* [Internet]. 2015 Dic [citado 2018 Ago 02]; 19(Suppl): 22-27. Disponible en: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1316-71382015000400005&lng=es](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-71382015000400005&lng=es).
49. Uriarte J. Autopercepción de la identidad en la transición a la edad adulta. *Revista de Psicodidáctica* 2007; 12(2): 279-292.
50. Montilva M. Postergación de la maternidad de mujeres profesionales jóvenes en dos metrópolis latinoamericanas. *Utopía y Praxis Latinoamericana* 2008; 13(41), 69-79. Recuperado en 02 de agosto de 2018, de

[http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1315-52162008000200004&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-52162008000200004&lng=es&tlng=es).

51. Semprùn R. Aumento salarial lleva a Bs. 85.183 el ingreso diario. Versión Final, El Diario Plural del Zulia .Venezuela: 2018, mayo 1. Sección D. p.4.
52. López-Morales A, González-Velásquez F, Morales-Guzmán M, Espinoza-Martínez C. Síndrome de burnout en residentes con jornadas laborales prolongadas. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2007; 45 (3): 233-242.
53. Díaz L, Arab J, Núñez C, Robles C, Bitran M, Nitsche M et al. Burnout en médicos residentes de especialidades y subespecialidades: estudio de prevalencia y variables asociadas en un centro universitario. ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas 2017; 42(2):27-33.
54. Loayssa J, Ruiz R, Campayo J. ¿Por qué algunos médicos se vuelven poco éticos (¿malvados?) con sus pacientes? Rev Aten Primaria 2009; 41:646-9.
55. Estévez N, Martínez N, Millán E, Estévez N. Burnout y escalpelo. La astenia crónica en la práctica quirúrgica. Rev. Hosp. Psiquiátrico de la Habana 2010, 7(3).
56. Aranda C. Conceptualización del apoyo social y las redes de apoyo social. Revista de Investigación en Psicología 2013; 16(1): 233 – 245.
57. Peralta S, Ramírez A, Castaño H. Factores resilientes asociados al rendimiento académico en estudiantes pertenecientes a la Universidad de Sucre (Colombia). Psicología desde el Caribe [Internet]. 2006;(17):196-219. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21301709>.

**ANEXOS**

[www.bdigital.ula.ve](http://www.bdigital.ula.ve)

## ANEXO 1

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio de la presente hago constar que Yo, \_\_\_\_\_ con C.I. \_\_\_\_\_ Acepto colaborar de forma voluntaria con el Dr. Albano Poveda Benítez, titular de la C.C. N° E-12400509 el cual es Residente del Tercer Año del Postgrado en Medicina de Familia de la Universidad de los Andes en lo referente a la realización de su trabajo especial de grado titulado **“Síndrome de Burnout (desgaste profesional) y Resiliencia en los médicos residentes del Instituto Autónomo del Hospital Universitario de los Andes, Mérida- Venezuela 2018”**. Durante este estudio se aplicará un instrumento el cual contiene dos cuestionarios: el primero llamado Malasch Burnout Inventory el cual consta de 22 ítems de rápida selección y el segundo denominado El instrumento mencionado será aplicado en los distintos Servicios y Departamentos del IAHULA durante 6 meses, agradecimiento de antemano su gentil colaboración y explicándole que todos los datos aportados por Ud. serán mantenidos bajo estricta confidencialidad.

**Firma:**

**Fecha:**

## ANEXO 2

En el siguiente instrumento usted encontrará una serie de preguntas abiertas y cerradas, la cual deberá responder con la mayor sinceridad posible, en las preguntas cerradas usted deberá marcar la respuesta que usted considere, que coinciden con su condición socio económica y laboral, en las preguntas cerradas deberá completar las respuestas que usted el instrumento le exige.

**Fecha:** \_\_\_\_\_

1 .Edad: \_\_\_\_\_ 2. Sexo: M \_\_\_ F\_\_\_\_\_

3. Situación conyugal: Soltero(a) \_\_\_ Casado(a) \_\_\_ Viuda(o) \_\_\_\_\_ Divorciado: \_\_\_\_ .Otro:

4. Ingreso económico (mensual): \_\_\_\_\_

8. Tiene beca MPPS o del Ejecutivo (u otro organismo): \_\_\_\_\_

9. Recibe ayuda económica de algún familiar: \_\_\_\_\_

10. Año de que está cursando del postgrado (R1, R2, R3, R4, R5): \_\_\_\_\_

11. Turno de trabajo:

7am-1pm (matutino lunes a domingo): \_\_\_\_\_ 1pm-7pm (vespertino lunes a domingo) \_\_\_\_\_ 7 pm - 7 am (guardia nocturna de lunes a domingo): \_\_\_\_\_ 7am-7pm (diurno de lunes a domingo)\_\_\_\_\_. 7am-7am (guardia 24 horas los fines de semana o mixto).

12.- N° hijos \_\_\_\_\_ .

13.- Procedencia \_\_\_\_\_ .

## ANEXO 3

### Cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI)

#### INSTRUCCIONES

A continuación, Usted encontrará una serie de frases numeradas. Responder a todas es muy importante. No hay respuestas verdaderas o falsas, buenas o malas. Solamente hay respuestas sinceras. Trate de responder de la manera más sincera posible, siguiendo las indicaciones que se ofrecen a continuación:

Familiarícese con la siguiente escala:

**0= Nunca, 1= Pocas veces al año, 2=Una vez al mes màs o menos, 3= Unas pocas veces al mes,**

**4= Una vez a la semana, 5= Unas pocas veces a la semana, 6= Todos los días.**

De no recordar la escala señale el recuadro que usted considere que le corresponde a la pregunta, recuerde ser sincero(a):

	Aspectos cognitivos	0	1	2	3	4	5	6
1	Me siento agotado por mi trabajo							
2	Me siento cansado al final de la jornada de trabajo							
3	Me siento fatigado en la mañana al enfrentarme a otro día de trabajo							
4	Fácilmente comprendo cómo se sienten los usuarios							
5	Creo que trato a algunas personas como objetos impersonales							
6	Trabajar todo el día con personas es un esfuerzo							
7	Trato muy eficazmente los problemas de las personas							
8	Me siento quemado por mi trabajo.							
9	Creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en la vida de las personas.							
10	Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión.							
11	Me preocupa el hecho que este trabajo me endurezca emocionalmente							
12	Me siento muy activo							
13	Me siento frustrado con mi trabajo							
14	Creo que estoy trabajando demasiado							
15	No me preocupa realmente lo que ocurre a algunas personas que doy mi servicio							
16	Trabajar directamente con personas me produce estrés							
17	Fácilmente puedo crear una atmosfera relajada con personas a las que doy servicio							
18	Me siento estimulado después de trabajaren contacto con personas.							
19	He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión.							
20	Me siento acabado.							
21	En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma.							
22	Siento que las personas me culpan de algunos de sus problemas.							

## ANEXO 4

### ESCALA DE RESILIENCIA (Connor-Davidson Resilience Scale, CD-RISC)

K.M. Connor y J.R. Davidson (2003). Adaptación española de B.Fernández y F.Ramos (Menezes de Lucena, Fernández, Hernández, Ramos y Contador, 2006).

A continuación Ud. Encontrará una serie de afirmaciones relacionadas con algunos aspectos relevantes de su vida. Por favor, no deje ninguno sin contestar, lea cada frase y conteste anotando la frecuencia pensando en qué grado está de acuerdo o no, con respecto a cómo se ha sentido durante las últimas semanas con cada afirmación, según la siguiente escala

0	1	2	3	4
Nada de acuerdo	Raramente de acuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo

	0	1	2	3	4
1.- Soy capaz de adaptarme a los cambios					
2.- Tengo personas en las que puedo confiar					
3.- Algunas veces dejo que el destino o Dios me ayude					
4.- Puedo resolver cualquier acontecimiento					
5.- Los éxitos pasados me ayudan a afrontar nuevos desafíos con confianza					
6.- Veo el lado divertido de las cosas					
7.- Afrontar el estrés, me fortalece					
8.- Tiendo a recuperarme de las enfermedades o de las dificultades					
9.- Pienso que las cosas ocurren por alguna razón					
10.- Me esfuerzo al máximo en cada ocasión					
11.- Puedo conseguir mis metas					
12.- Cuando parece que irremediamente algo no tiene solución, no abandono.					
13.- Sé dónde acudir por ayuda					
14.- Bajo presión, pienso, me concentro y pienso claramente.					
15.- Prefiero tomar la iniciativa cuando hay que resolver un problema					
16.- No me desanimo fácilmente por el fracaso.					
17.- Pienso que soy una persona fuerte.					
18.- Tomo decisiones difíciles o impopulares.					
19.- Puedo manejar sentimientos desagradables.					
20.- Sigo los presentimientos que tengo.					
21.- Tengo muy claro por donde quiero ir en mi vida.					
22.- Siento que controlo mi vida.					
23.- Me gustan los desafíos.					
24.- Trabajo por conseguir mis metas.					
25.- Me siento orgulloso de mis logros.					

**ANEXO 5. Tabla 10. Resultados del cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI). Porcentaje de respuestas en cada categoría.**

Aspectos cognitivos	Nunca	Pocas veces al año	Una vez al mes más o menos	Unas pocas veces al mes	Una vez a la semana	Unas pocas veces en la semana	Todos los días
1 Me siento agotado por mi trabajo	2,6	13,7	10,5	17,0	14,4	26,1	15,7
2 Me siento cansado al final de la jornada de trabajo	0,7	4,6	13,7	15,7	15,7	26,1	23,5
3 Me siento fatigado en la mañana al enfrentarme a otro día de trabajo	5,2	18,3	14,4	16,3	11,8	20,3	13,7
4 Fácilmente comprendo cómo se sienten los usuarios	4,6	5,2	6,5	7,2	24,2	52,3	4,6
5 Creo que trato a algunas personas como objetos impersonales	19,6	37,9	13,1	11,8	6,5	5,9	5,2
6 Trabajar todo el día con personas es un esfuerzo	13,1	28,8	12,4	11,8	11,8	12,4	9,8
7 Trato muy eficazmente los problemas de las personas	2,0	7,8	5,2	8,5	13,7	24,8	37,9
8 Me siento quemado por mi trabajo	7,2	26,8	13,7	7,8	11,1	20,9	12,4
9 Creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en la vida de las personas	2,6	5,9	4,6	10,5	26,1	50,3	2,6
10 Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión	13,7	22,2	16,3	17,0	9,2	13,1	8,5
11 Me preocupa el hecho que este trabajo me endurezca emocionalmente	8,5	25,5	17,0	13,7	8,5	13,7	13,1
12 Me siento muy activo	0,7	5,9	5,9	13,1	12,4	28,1	34,0
13 Me siento frustrado con mi trabajo	18,3	33,3	13,1	9,2	12,4	8,5	5,2
14 Creo que estoy trabajando demasiado	7,8	17,0	14,4	17,0	10,5	20,3	13,1
15 No me preocupa realmente lo que ocurre a algunas personas que doy mi servicio	20,3	43,8	5,2	7,2	6,5	7,2	9,8
16 Trabajar directamente con personas me produce estrés	15,7	22,2	14,4	15,0	9,8	17,0	5,9
17 Fácilmente puedo crear una atmosfera relajada con personas a las que doy servicio	2,0	6,5	5,2	11,8	11,8	23,5	39,2
18 Me siento estimulado después de trabajaren contacto con personas	0,7	5,9	4,6	11,1	15,7	26,1	35,9
19 He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión	0,7	2,0	2,0	3,9	8,5	24,8	58,2
20 Me siento acabado	17,6	26,8	14,4	12,4	10,5	9,2	9,2
21 En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma	1,3	2,6	8,5	14,4	7,8	25,5	39,9
22 Siento que las personas me culpan de algunos de sus problemas	11,8	33,3	10,5	15,0	8,5	12,4	8,5

**ANEXO 6. Tabla 4.** Resultados de la escala de resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC). Porcentaje de respuestas en cada categoría.

	Nada de acuerdo	Raramente de acuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1 Soy capaz de adaptarme a los cambios	0,7	3,9	7,2	27,5	60,8
2 Tengo personas en las que puedo confiar	3,9	2,6	12,4	27,5	53,6
3 Algunas veces dejo que el destino o Dios me ayude	11,1	13,1	17,6	26,1	32,0
4 Puedo resolver cualquier acontecimiento	0,7	4,6	17,0	45,1	32,7
5 Los éxitos pasados me ayudan a afrontar nuevos desafíos con confianza	1,3	4,6	28,8	65,4	1,3
6 Veo el lado divertido de las cosas	2,0	7,2	16,3	26,1	48,4
7 Afrontar el estrés, me fortalece	7,2	5,9	21,6	32,7	32,7
8 Tiendo a recuperarme de las enfermedades o de las dificultades	2,0	3,9	10,5	26,1	57,5
9 Pienso que las cosas ocurren por alguna razón	5,9	19,0	24,2	51,0	5,9
10 Me esfuerzo al máximo en cada ocasión	0,7	0,7	9,8	33,3	55,6
11 Puedo conseguir mis metas	2,0	0,7	4,6	20,9	71,9
12 Cuando parece que irremediamente algo no tiene solución, no abandono	4,6	7,2	15,0	27,5	45,8
13 Sé dónde acudir por ayuda	1,3	7,2	12,4	30,1	49,0
14 Bajo presión, pienso, me concentro y pienso claramente	2,6	6,5	28,1	32,0	30,7
15 Prefiero tomar la iniciativa cuando hay que resolver un problema	2,6	6,5	15,7	32,7	42,5
16 No me desanimo fácilmente por el fracaso	2,6	5,9	20,3	25,5	45,8
17 Pienso que soy una persona fuerte	2,0	2,0	10,5	32,0	53,6
18 Tomo decisiones difíciles o impopulares	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2
19 Puedo manejar sentimientos desagradables	3,3	4,6	20,3	42,5	29,4
20 Sigo los presentimientos que tengo	5,2	11,8	20,9	34,0	28,1
21 Tengo muy claro por donde quiero ir en mi vida	1,3	3,3	9,2	22,9	63,4
22 Siento que controlo mi vida	2,0	1,3	11,8	27,5	57,5
23 Me gustan los desafíos	1,3	0,7	11,1	29,4	57,5
24 Trabajo por conseguir mis metas	0,7	0,7	3,9	17,0	77,8
25 Me siento orgulloso de mis logros	2,0	0,7	2,6	11,1	83,7