



TRABAJOS FINALES DE MAESTRÍA

MDTH-OL-2015-B-
2017-000

**Síndrome de *Burnout* en
postgradistas de Anestesiología y
Reanimación de una Institución de
Educación Superior de Guayaquil**

**Propuesta de artículo presentado como requisito
para optar al título de:**

Magíster en Dirección del Talento Humano

Por la estudiante:

Leslie Michel AVILÉS VALVERDE

Bajo la dirección de:

Merlin Patricia GRUESO HINESTROZA, Ph.D.

Universidad Espíritu Santo

Facultad de Postgrado

Samborondón - Ecuador

Octubre, 2017

Síndrome de *Burnout* en postgradistas de Anestesiología y Reanimación de una Institución de Educación Superior

Burnout syndrome in postgraduates of Anesthesia and Resuscitation of University

Leslie Michel Avilés Valverde ¹

Merlin Patricia Grueso Hinestroza ²

Resumen

El síndrome de *burnout* se encuentra entre los riesgos laborales de carácter psicosocial de especial relevancia en la actualidad, aquejando cada vez más a profesionales del ámbito de la salud, dentro de los cuales se encuentran los médicos residentes de especialidades como Anestesiología y Reanimación. Se realizó un estudio con el objetivo de determinar la prevalencia del síndrome de *burnout* en postgradistas de Anestesiología y Reanimación de una Institución de Educación Superior de Guayaquil. La investigación fue de tipo observacional, prospectiva, transversal y de nivel descriptivo, según la clasificación de Hernández Sampieri (2014), con una muestra de 42 médicos. Para la recolección de la información se empleó el Inventario de *Burnout* de Maslach. El 76,2% de los casos tenían edades inferiores a los 40 años, con una media de 36 ± 7 años, el 83,3% trabajaban entre 40 y 60 horas a la semana y el turno principal de mayor frecuencia fue el de guardias (24 cada 72 horas) en el grupo de edades inferiores a los 40 años y el turno matutino en el resto de los grupos de edades. Los síntomas y signos más referidos fueron el cansancio (64,3%) y epigastralgia (57,1%). Se tiene como conclusión que las dos terceras partes de los casos presentaron Síndrome de *Burnout* y se comprobó que la dimensión de cansancio emocional fue dependiente de la cantidad de horas trabajadas a la semana.

Palabras clave

Agotamiento profesional; Médicos; Anestésistas; Recursos humanos.

Síndrome de *Burnout* en postgradistas de Anestesiología y Reanimación de Institución de Educación Superior de Guayaquil

Abstract

The burnout syndrome is among the most relevant psychosocial workplace risks at present, increasingly affecting professionals in the field of health, among which are resident physicians of specialties such as Anesthesiology and Resuscitation. A study was conducted with the objective of determining the prevalence of burnout syndrome in post-graduates of Anesthesiology and Resuscitation of a Higher Education Institution of Guayaquil. The research was observational, prospective, cross-sectional and descriptive, according to the Hernández Sampieri (2014) classification, with a sample of 42 physicians. A survey was applied with aspects related to the Maslach Burnout Inventory. 76.2% of the cases were under the age of 40, with an average of 36 ± 7 years, 83.3% worked between 40 and 60 hours a week and the shift of guards (24 every 72 hours) was the most frequent in the group under the age of 40 and the morning shift in the rest of the age groups. The symptoms and signs most referred to were fatigue (64.3%) and epigastralgia (57.1%). It is concluded that two thirds of the cases presented Burnout Syndrome and it was found that the emotional exhaustion dimension was dependent on the number of hours worked per week.

Key words

Professional burnout; Physicians; Anesthetists; Human resources.

Clasificación JEL
JEL Classification

M12

¹ Ingeniera en Gestión y Consultoría Empresarial, Universidad Metropolitana- Ecuador, **E-mail:** laviles@uees.edu.ec

² Dra. Merlin Patricia Grueso Hinestroza, Ph.D. Profesora UEES. Ecuador, **E-mail:** merlin.grueso@urosario.edu.co

INTRODUCCIÓN

El *Síndrome de Burnout*, es un término anglosajón cuya traducción significa *estar desgastado o exhausto* (Bazalar Herrera & Balarezo López, 2016). El mismo fue descrito por primera vez en 1974 por el psiquiatra norteamericano Herbert Freudenberger (citado por Salillas, 2017), quien lo definió como “un estado de fatiga o frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o relación que no produce el esperado refuerzo” (p.12).

Aunque no existe definición unánimemente aceptada, sí parece haber consenso en que se trata de una respuesta al estrés laboral crónico, lo que engloba implicaciones nocivas para la persona y la organización. En tal sentido, la presencia de este síndrome se considera una consecuencia de trabajar intensamente, de no tomar en cuenta las necesidades personales y se relaciona con sentimientos de falta de ayuda, de impotencia, de actitudes negativas y de una posible pérdida de autoestima (Bazalar Herrera & Balarezo López, 2016; Guerrero, 2015).

Este síndrome aparece en profesionales que mantienen una relación constante y directa con otras personas, primordialmente cuando esta relación es de ayuda (Salillas, 2017), como es el caso del personal médico. Las condiciones laborales en las que se debe desempeñar el personal médico, hacen que sea un grupo de alto riesgo para el desarrollo de esta condición (García, Cova-Solar, Bustos-Torres & Reyes-Pérez, 2018).

Los profesionales de la salud generalmente trabajan con las facetas emocionales más intensas de los seres humanos tales como el sufrimiento, el miedo y la muerte. En estudios como los de Araujo Lugo & Solís Marín (2017), se plantea que los médicos residentes de postgrado en el Ecuador trabajan en turnos que superan las 120 horas semanales, en las que realizan actividades hospitalarias en diferentes áreas donde generalmente las ejecutan solos.

No obstante, la inadecuada estructura del ambiente de trabajo es el principal determinante del pobre bienestar; dicha estructura es muy demandante en aspectos como carga, presión asistencial y horas de trabajo, y que por estas razones existe un elevado número de residentes que ven afectados su estilo y calidad de vida en diferentes contextos, conduciéndolos a un estado de agotamiento físico y psicológico, que requiere un mayor control mental y emocional para evitar el desgaste profesional (Domínguez et al., 2017).

El aprendizaje en las residencias médicas es experiencial y se basa principalmente en el trabajo clínico. El “sentirse bien” en el ambiente de trabajo es fundamental para el buen desempeño profesional del residente, en aspectos asistenciales y educativos, y para los pacientes, en términos del cuidado de la salud y la seguridad (Domínguez et al., 2017; Lases, Arah, Pierik, Heineman & Lombarts, 2014).

La importancia de conocer cómo el trabajo puede afectar la salud, permitiría definir e implementar las acciones de prevención y protección del Síndrome de *Burnout* que se deberían establecer en el centro laboral, que permita a la población trabajadora la realización plena y alcance de metas, además de determinar las comorbilidades de este síndrome psicológico, que se presenta en respuesta a estresores crónicos (Rodríguez Ulcuango, 2015).

El síndrome de *burnout* se encuentra entre los riesgos laborales de carácter psicosocial de especial relevancia en la actualidad, ya que se ha convertido en una de las principales causas de accidentalidad y absentismo entre los profesionales de servicios (Zaquinula Camacho, 2017). La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha incluido este diagnóstico en la Clasificación Internacional de Enfermedades versión 10 (CIE10) en el capítulo de trastornos mentales y del comportamiento, específicamente en el de problemas relacionados con el manejo de las dificultades de la vida (Muñoz, Osorio,

Robles & Romero, 2014; Zaquinaula Camacho, 2017).

Cada día en el mundo se presentan casos nuevos de este síndrome, el mismo que se acumula en altos índices al final de cada año, siendo el origen del 50% de las bajas laborales en la Unión Europea, alcanzando cifras epidémicas que afectan anualmente a cuarenta millones de trabajadores, suponiendo un coste económico de 20,000 millones de euros, sin contar los costes sociales en rendimiento y en salud (Chuquimez Pérez & Manchay Zurita, 2017).

En 2009 se realizó un estudio en médicos hispanoamericanos donde la prevalencia de *burnout* en los profesionales residentes en España fue de 14,9%, del 14,4% en Argentina, y del 7,9% en Uruguay. A nivel de Norteamérica, Centroamérica y Latinoamérica se registra que los profesionales de Colombia, Perú, Guatemala, El Salvador, México y Ecuador presentaron prevalencias entre 2,5% y 5,9%. Donde el *burnout* predominaba en los que trabajaban en urgencias con un 17%, internistas con un 15,5%, dermatólogos con un 5,3% y anestesiólogos con un 5% (Rodríguez Ulcuango, 2015). En el 2011, se realizó un estudio en Estados Unidos que midió el desgaste y otras dimensiones del bienestar en los médicos, encontrándose que aproximadamente el 45% cumplieron con los criterios para el agotamiento (Araujo Lugo & Solís Marín, 2017), lo que significa que es un problema global muy presente en el ámbito de la salud.

Desde hace más de 40 años se ha estudiado el síndrome de *burnout* en distintos trabajadores y profesionales de la salud, pero hay pocos estudios realizados en médicos residentes de postgrados en el Ecuador. Los postgradistas tienen varios factores de riesgo dependiendo de las políticas intrínsecas del hospital donde realizan su formación profesional, y del tipo de especialidad en la que se desenvuelven, afectando profundamente la esfera

cognitiva, psicosocial y laboral (Araujo Lugo & Solís Marín, 2017).

En estudios como los de Araujo Lugo & Solís Marín (2017), se plantea que los médicos residentes de postgrado en el Ecuador trabajan en turnos que superan las 120 horas semanales, en las que realizan actividades hospitalarias en diferentes áreas donde generalmente las ejecutan solos; cuando la normativa docente asistencial refiere que las jornadas para los estudiantes de postgrado de especialidades médicas son de 80 horas semanales. Además, que requiere de un interno y de dos médicos de postgrado por cada tratante que tenga a su cargo un paciente que se encuentre en el área de hospitalización, lo que en muchas de las instituciones donde realizan las prácticas docentes no se cumple.

En Ecuador y específicamente en Guayaquil no existe información sobre la prevalencia del problema entre postgradistas de la especialidad de Anestesiología y Reanimación, teniendo en cuenta la dinámica actual del sistema sanitario y su potencial impacto en la educación de postgrado. El conocer el estado del problema en el país puede aclarar aspectos relacionados con las condiciones de trabajo y los posibles riesgos psicosociales, proporcionar evidencia para la identificación de un problema latente, y orientar a su futura intervención y seguimiento. Es así que surge la siguiente interrogante como pregunta de investigación del presente estudio: **¿Cuál es la prevalencia del Síndrome de *Burnout* en postgradistas de Anestesiología y Reanimación de una Institución de Educación Superior de Guayaquil?**

Con base en los anteriores antecedentes, se decidió realizar el presente estudio en una Institución de Educación Superior de Guayaquil, dedicada a la formación de médicos postgradistas de la especialización de Anestesiología y Reanimación, alternando con sus labores de asistencia médica.

OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia del Síndrome de *Burnout* en postgradistas de Anestesiología y Reanimación de una Institución de Educación Superior de Guayaquil.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1- Caracterizar la muestra de estudio y su relación con las condiciones y horario laboral.
- 2- Identificar los principales síntomas y signos referidos por los médicos postgradistas de Anestesiología y Reanimación.
- 3- Determinar la relación entre las dimensiones del test de Maslach y el horario laboral.

MARCO TEÓRICO

Antecedentes y definición

El síndrome de *burnout* ha sido estudiado desde mediados de los años 70 con la aparición de los primeros artículos referentes de esta entidad nosológica, escritos por Herbert Freudenberg en el año 1974, un psiquiatra que laboraba en un instituto de medicina alternativa, y Christina Maslach en el año 1976, una psicóloga social dedicada al estudio del impacto laboral (Villamagua Arias & Vintimilla Izquierdo, 2017).

El término *burnout* traducido al español quiere decir estar quemado, consumido o agotado, sin embargo, este término va más allá de esta simple traducción; el síndrome de *burnout* o síndrome de estar quemado por el trabajo expresa un conjunto de síntomas médico-biológicos y psicosociales inespecíficos que se desarrollan en la actividad laboral como resultado de una demanda excesiva de energía (Villamagua Arias & Vintimilla Izquierdo, 2017).

De acuerdo con García, González y Garcés (citados por Estupiñán Eugenio, Correa Sánchez, Ortigón & Blanco Ibáñez, 2017), fue precisamente Freudenberg (1974) quien logró definirlo por primera vez como

“una sensación de fracaso, por exigencias de energías, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador” (p.159); posteriormente, Pines en 1978 y Kafry en 1981 definen el *burnout* como “una experiencia general de agotamiento físico, emocional y actitudinal”.

En la actualidad el concepto más aceptado es el propuesto por Maslach & Jackson (1981 citado por De la Cruz, 2016), quienes consideraron que este síndrome es una inadecuada forma de afrontar un estrés emocional crónico y que cuyos rasgos principales son la despersonalización, disminución del desempeño laboral y agotamiento emocional. Generalmente este padecimiento está presente en trabajadores que están dedicados a la atención y cuidado de personas y que tienen que ligar sus emociones dentro del ámbito laboral, el síndrome de *burnout* se refiere únicamente a la actitud en la actividad laboral y debe ser diferenciado de la depresión clínica que afecta otros ámbitos de la vida (Arayago, González, Limongi & Guevara, 2016; Magalhães et al., 2015; Villamagua Arias & Vintimilla Izquierdo, 2017).

De igual forma, según exponen Saborio & Hidalgo (2014), el síndrome de *burnout* o también conocido como síndrome de desgaste profesional, síndrome de sobrecarga emocional, síndrome del quemado o síndrome de fatiga en el trabajo fue declarado, en el año 2000, por la OMS como un factor de riesgo laboral, debido a su capacidad para afectar la calidad de vida, salud mental e incluso hasta poner en riesgo la vida del individuo que lo sufre.

Diagnóstico

A raíz de los estudios preliminares en los años 80, empieza una fase netamente empírica donde se pretendió entrevistar a más servicios con diferentes enfoques, es por ello que en el año de 1981, Maslach & Jackson crean el test MBI (*Maslach Burnout Inventory*), una herramienta que en un principio estuvo dirigida a servicios humanos (*Maslach Burnout Inventory Human Services Survey*), diseñado

exclusivamente para personas que trabajan en dichos servicios y el cuidado de la salud (Villamagua Arias & Vintimilla Izquierdo, 2017). Es un modelo tridimensional que consta de tres factores característicos, los cuales permiten determinar la presencia del síndrome y son: agotamiento emocional: el cual se acepta como el factor desencadenante que lleva al individuo de manera gradual a un estado de distanciamiento emocional y cognitivo en lo que respecta a sus actividades cotidianas, esto va acompañado de incapacidad de responder de manera adecuada las demandas de su actividad laboral y social; despersonalización: este factor aparece dentro del proceso de distanciamiento y se caracteriza por indiferencia y actitudes reacias hacia las responsabilidades o hacia las personas que son atendidas por quien padece el síndrome, la empatía está prácticamente abolida; insatisfacción personal: este rasgo se produce como consecuencia del agotamiento emocional y la despersonalización por lo que ciertos autores consideran más a este factor como un resultado y no como un componente propio del síndrome (Villamagua Arias & Vintimilla Izquierdo, 2017).

Teniendo en cuenta los parámetros establecidos previamente, se categorizan las tres escalas en bajo, medio y alto. Para la dimensión de cansancio emocional: <19 (bajo), 19-26 (medio), >27 (alto), despersonalización: <6 (bajo), 6-9 (medio), >10 (alto) y para la dimensión de realización personal: <33m (bajo), 34-39 (medio), >40 (alto). En caso de obtener un cansancio emocional alto, una despersonalización alta y una baja realización personal, se identifica la presencia del síndrome (Sanjuan, Arrazola & García, 2014).

Patogenia

La actividad que desarrollan los médicos postgradistas en los hospitales, incluye un compromiso personal y una interacción directa con los pacientes a los que atienden y, por tanto, suelen trabajar con los aspectos más intensos del cuidado del paciente como

el sufrimiento, ira, frustración, miedo y muerte, además la escasez de personal, que supone sobrecarga laboral, trabajo en turnos, trato con pacientes problemáticos, falta de especificidad de funciones y tareas, sumada a pequeñas, medianas o grandes dosis diarias de estrés, provoca una predisposición a experimentar cierto grado de desgaste físico y emocional, que puede conducir a la manifestación de actitudes y sentimientos desfavorables, llevando al personal a un desgaste profesional y por ende a somatizar de una u otra forma esta alteración (Arayago et al., 2016; Rodríguez Ulcuango, 2015).

La inadecuada estructura del ambiente de trabajo es el principal determinante del pobre bienestar, el cual se manifiesta en los médicos postgradistas al sentirse “quemados” o abatidos o “no enganchados” al trabajo (Domínguez et al., 2017; Dyrbye & Shanafelt, 2016). El problema es que esta condición se asocia con disminución en el rendimiento, ausentismo, deserción y problemas de salud física y psicológica para el profesional, y también, con mayores errores médicos, deshumanización en la atención y complicaciones para los pacientes.

La práctica médica de la Anestesiología y Reanimación constituye una de las especialidades en las cuales la ansiedad y el estrés se presentan con mayor frecuencia, debido a que se corre un potencial riesgo mientras se da anestesia a un paciente, en vista de que el anestesiólogo tiene la vida del paciente en sus manos durante las intervenciones quirúrgicas y en muchos casos bajo diferentes situaciones complejas y largas jornadas laborales; todo esto podría crear en el profesional de la salud, un escenario de angustia y estrés que repercutiría en la atención a sus pacientes.

METODOLOGÍA

Enfoque de la investigación: El presente estudio tiene un enfoque cuantitativo.

Diseño de la investigación: El estudio fue de tipo observacional, prospectivo,

transversal, según la clasificación de Hernández Sampieri (2014).

Los estudios observacionales conciernen a diseños de investigación cuyo objetivo es la “observación y registro” de sucesos sin intervenir en el curso natural de estos. Las mediciones se pueden realizar a lo largo del tiempo (estudio longitudinal), ya sea de forma prospectiva o retrospectiva; o de forma única (estudio transversal). Cabe acotar que los referidos estudios pueden ser descriptivos cuando lo que se intenta es “describir y registrar” lo observado con el comportamiento de una o más variables en un grupo de casos en un periodo de tiempo (Manterola & Otzen, 2014).

Alcances de la investigación: Correlacional.

VARIABLES DE ESTUDIO:

Síndrome de *Burnout* (presente o ausente), Componentes del síndrome (Cansancio emocional, despersonalización, realización personal.), Edad, Sexo, Año de la especialidad, Enfermedades concomitantes, Cantidad de horas diarias de trabajo, Síntomas y signos.

Unidad de análisis, población, muestra:

La Unidad de análisis fue el área de Anestesiología y Reanimación de una Institución de Educación Superior de Guayaquil. El universo estuvo conformado por los 42 médicos postgradistas que se encontraban cursando su residencia en el momento de realizada la investigación, coincidiendo con el 100% de la muestra del estudio, que fue seleccionada mediante un muestreo probabilístico, garantizando la heterogeneidad en la misma.

Estos postgradistas combinan sus actividades asistenciales y guardias médicas en un único hospital, donde reciben una parte de las materias de su proceso formativo como especialistas, y el resto de la docencia la reciben en la Universidad, donde fue aplicado el instrumento de recolección de datos.

Método para la recolección y análisis de los datos:

Fuente de obtención de los datos: Los datos se recolectaron mediante la aplicación de una encuesta diseñada a los efectos del estudio, que contó con los aspectos relacionados con el Inventario de *Burnout* de Maslach (Maslach & Jackson, 1981). La aplicación de la misma contó con el consentimiento informado de cada uno de los participantes. Los datos fueron tabulados en cuadros y gráficos para la relación de cada una de las variables.

Análisis de los datos: Una vez recolectados, los datos se introdujeron y se procesaron utilizando el Statistical Package for Social Sciences (SPSS 24.0). Para establecer la relación entre las variables se realizaron tablas de contingencia utilizando la prueba X^2 . Para todos los cálculos el intervalo de confianza fue del 95% ($p < 0,05$). Los resultados se presentan en tablas y gráficos mediante frecuencias absolutas y porcentajes.

RESULTADOS

La presente investigación se les realizó a 42 médicos postgradistas de la especialización de Anestesiología y Reanimación de una Institución de Educación Superior, a los cuales se les estudió el comportamiento del síndrome de *burnout*. Los resultados se presentan en tablas y gráficos mediante frecuencias absolutas y porcentajes.

Como se puede apreciar en la Tabla 1, del total de 42 casos, 32 de ellos (76,2%) tenían edades inferiores a los 40 años, mientras que 7 (16,7%) tenían edades comprendidas entre 40 y 49 años. La mayoría de los postgradistas trabajaban entre 40 y 60 horas a la semana, ascendiendo a 35 casos, que representaron el 83,3% del total, cuya media fue de $37,2 \pm 17,4$ horas.

Por otra parte, el turno principal de mayor frecuencia fue el de guardias (24 cada 72 horas), evidenciándose en el 42,9% de los casos, seguido del matutino, que lo reportaron el 26,2% de los casos. Este

predominio se cumplió de igual forma en el grupo de edades inferiores a los 40 años; sin embargo, el turno matutino fue el predominante en el resto de los grupos de edades. La media de edad fue de 36 ± 7 años.

Haciendo un análisis de los síntomas y signos padecidos en la población de estudio, se puede apreciar que los más referidos fueron el cansancio (64,3%) y epigastralgia (57,1%). Con frecuencias menores, pero también considerables, se precisó la cefalea (38,1%), el insomnio (28,6%) y la irritabilidad (21,4%). En todos los casos, la mayor frecuencia de estos síntomas la presentaron los que trabajaron de 40 a 60 horas semanales, como se puede observar en la Tabla 2.

Como se muestra en la Tabla 3, del total de 42 casos estudiados, 28 de ellos refirieron tener conocimiento sobre el síndrome de *burnout*, representando el 66,7%, aunque una frecuencia importante de 14 casos (33,3%) refirieron no tener conocimiento sobre esta afección. De igual forma, calculando el porcentaje por columnas, se observa que la mayor cantidad de casos con conocimiento, estaban en el grupo de edad de menos de 40 años y el mayor porcentaje de casos que refirieron no tener conocimiento sobre la enfermedad, estuvieron en el grupo de edades entre 40 y 49 años. Además, se realizó la prueba de *chi-cuadrado* (X^2) de Pearson para determinar la relación entre ambas variables, obteniéndose un valor de 0,35 y el p-valor fue de 0,84 ($p > 0,05$), es así que se aceptaría que el conocimiento y la edad son variables independientes.

Como se puede apreciar en la Tabla 4, se hace un análisis de la distribución de los casos por la puntuación del test de Maslach en función de la edad, donde se observa que, para todos los grupos de edades, predominó un puntaje bajo en la dimensión de cansancio emocional. Además, se realizó la prueba de X^2 de Pearson, donde tuvo un valor de 6,68 y el p-valor fue igual a 0,15 ($p > 0,05$), es así que se acepta que la dimensión de cansancio emocional en el test

de Maslach y la edad son variables independientes.

Una situación diferente se evidenció al analizar la dimensión de despersonalización, donde existió un predominio de casos con puntaje alto (38,1%) en el grupo de casos con menos de 40 años de edad; pero en el resto de los grupos de edades, predominaron puntajes bajos. Así mismo, el valor de X^2 de Pearson fue de 4,59, con un p-valor igual a 0,33 ($p > 0,05$), por lo que se acepta que la dimensión de despersonalización del test de Maslach es independiente a la edad.

Por su parte, en la dimensión de realización personal, la mayoría de los pacientes menores de 40 años de edad (45,2%) mostraron un puntaje bajo, y un porcentaje importante de pacientes mayores de 40 años de edad, presentaron un puntaje alto; sin embargo, el valor de X^2 de Pearson fue de 8,23, con un p-valor de 0,08 ($p > 0,05$), por lo que también se aceptaría que la dimensión de realización personal del test de Maslach y la edad son variables independientes.

Analizando la distribución de los casos por la puntuación del test de Maslach en función de las horas trabajadas a la semana (Tabla 5), se puede observar que, en la dimensión de cansancio emocional, la mitad de los pacientes mostraron un puntaje bajo de forma general y evidenciándose de igual forma si se analiza el grupo de casos que trabajaron entre 40 y 60 horas semanales; sin embargo, al analizar los grupos de 61 a 90 horas y de más de 90 horas, el puntaje que predominó fue moderado en ambos grupos. Al realizar la prueba de X^2 de Pearson, se obtuvo un valor de 11,33 y el p-valor fue de 0,02 ($p < 0,05$), es así que se acepta que la dimensión de cansancio emocional en el test de Maslach es dependiente de las horas trabajadas a la semana.

Una distribución similar de los casos se puede observar en la dimensión de realización personal (50% con puntaje bajo), pero con predominio en las tres categorías de horas trabajadas a la semana; sin embargo, se obtuvo un valor de X^2 de Pearson igual a 3,95, con un p-valor de 0,41

($p > 0,05$), por lo que se aceptaría que la dimensión de realización personal del test de Maslach y las horas trabajadas a la semana, son independientes.

Por su parte, en la dimensión de despersonalización existió un predominio de casos con puntaje alto (42,9%); sin embargo, se obtuvo un valor de X^2 de Pearson igual a 4,58, con un p-valor de 0,32 ($p > 0,05$), por lo que se aceptaría que la dimensión de despersonalización del test de Maslach y las horas trabajadas a la semana, son variables independientes.

En la Tabla 6 se puede analizar la distribución de los casos por la puntuación del test de Maslach en función del turno principal de actividad, donde se puede observar que, en la dimensión de cansancio emocional, existió un predominio de puntaje bajo en los diferentes turnos de actividad. Al realizar la prueba de X^2 de Pearson, se obtuvo un valor de 5,84 y el p-valor fue de 0,67 ($p > 0,05$).

Por su parte, en la dimensión de despersonalización existió un predominio de casos con puntaje alto, pero al analizarlo por los turnos principales de actividad, se observa que este puntaje fue a expensas del turno de guardias. La prueba de X^2 de Pearson arrojó un valor de 10,53 y el p-valor fue de 0,23 ($p > 0,05$).

Así mismo, al analizar la dimensión de realización personal, el puntaje bajo observado en la mitad de los pacientes fue a expensas de los turnos de guardias, rotativos y vespertino. El resto de los turnos (matutino y nocturno) mostraron un predominio de puntaje alto. La prueba de X^2 de Pearson arrojó un valor de 10,55 y el p-valor fue de 0,23 ($p > 0,05$).

De forma general se puede observar que en las tres dimensiones el p-valor fue mayor que 0,05, por lo que se puede aceptar que el test de Maslach y los turnos principales de actividad, son variables independientes.

Como se puede observar en la Tabla 7, del total de 42 casos estudiados, 22 de ellos (66,7%) presentaron Síndrome de *Burnout*,

y este predominio también se refleja en las diferentes categorías de las horas trabajadas a la semana.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

De forma similar a los resultados de la presente investigación, en algunos estudios, como el realizado por García et al. (2018), se ha observado un predominio del síndrome de *burnout* en profesionales con edades comprendidas entre 23 y 59 años (81,9%), así como del sexo femenino, con un 85,3% del total de 136 casos investigados. En este estudio se evaluaron distintos profesionales vinculados a la salud, encontrándose que la edad sería un factor que amortigua la actitud negativa y la distancia emocional hacia otras personas en el trabajo, probablemente porque a lo largo de la vida las personas van desarrollando estrategias de afrontamiento más apropiadas para regular los efectos de un trabajo demandante y agotador, como plantea García et al. (2018).

Por otra parte, los síntomas más referidos fueron el cansancio y la epigastralgia. Con frecuencias menores, pero también considerables, se precisó la cefalea, el insomnio y la irritabilidad. Datos similares fueron obtenidos en un estudio realizado por Funes García et al. (2016) con una muestra de 16 médicos anestesiólogos de dos hospitales nicaragüenses, donde se constataron como síntomas y signos principales la cefalea, la fatiga crónica, las úlceras y otros desórdenes gastrointestinales, lo cual coincide con la presente investigación. El mencionado estudio, evaluó además las alteraciones emocionales y psicosomáticas, donde un 75% de los casos presentaron ansiedad y el 67% presentó depresión e irritabilidad.

En estudios realizados en Ecuador, se ha demostrado que el hecho de padecer de síndrome de *burnout* predispone a un aumento del riesgo cardiovascular, o sea, ambas condiciones se encuentran en una relación positiva (Rodríguez Ulcuango, 2015).

En la dimensión de cansancio emocional, la mitad de los pacientes mostraron un puntaje bajo de forma general, pero moderado en los grupos de 61 a 90 horas y de más de 90 horas, por lo que la dimensión de cansancio emocional en el test de Maslach es dependiente de las horas trabajadas a la semana.

Resultados similares fueron obtenidos por Magalhães et al. (2015) en su estudio a 134 anestésistas del Distrito Federal de Brasilia, donde la mayoría de los casos mostraron puntajes bajos en cuanto al cansancio emocional, y el 44% de los casos trabajaban entre 60 y 80 horas semanales. Así mismo, otro estudio realizado recientemente en Ecuador, demostró que el 92,3% de los casos que mostraron síndrome de *burnout* de forma general, trabajaban hasta 40 horas semanales (Villamagua Arias & Vintimilla Izquierdo, 2017).

En estos profesionales pudieran estar influyendo estrategias activas de afrontamiento como factores protectores ante el síndrome de *burnout*, encaminadas a la solución de problemas, búsqueda de información, análisis de las circunstancias para actuar de la manera más efectiva, entre otras. Según Cruz Valdés et al. (2010), conforme aumenta el nivel educativo, más responsabilidad se adquiere (y más en el ámbito de la salud, donde los profesionales son responsables de la salud de los pacientes), se incrementa el cansancio emocional, la realización personal, el síndrome de *burnout* y el uso de estrategias de afrontamiento.

Estudios de otros autores han mostrado profesionales con estilos de afrontamiento que cuentan con un mayor número de herramientas cognitivas y conceptuales para disminuir su exposición, bien sea por su estilo personal o por su formación profesional. De igual manera podría pensarse que actúan como factores protectores los apoyos existentes en la Institución de Educación Superior hacia el postgradista en Anestesiología y Reanimación para el desempeño del rol; un

clima laboral positivo y un adecuado manejo de su rol, garantizando con ello una alta motivación, satisfacción y autonomía en el trabajo, los cuales contribuyen a la aparición o no del síndrome (Barbosa Martínez, Muñoz Ortega, Rueda Villamizar & Suárez Leiton, 2009).

Una distribución similar de los casos se puede observar en la dimensión de realización personal (50% con puntaje bajo), pero en este caso, la dimensión de realización personal del test de Maslach y las horas trabajadas a la semana, son variables independientes, al igual que en la dimensión de despersonalización, donde a pesar de existir un predominio de casos con puntaje alto, fue aceptada la hipótesis de que la dimensión de despersonalización del test de Maslach y las horas trabajadas a la semana, son variables independientes; sin embargo, otros autores han evidenciado la relación de las variables del test de Maslach y la cantidad de horas trabajadas a la semana (Flor Calero, Álvarez Plua & Honores Calle, 2015; Funes García et al., 2016; Villamagua Arias & Vintimilla Izquierdo, 2017).

Resultados similares fueron constatados en un estudio realizado por Arayago et al. (2016), con una población de 64 anestesiólogos a los que se les aplicó el MBI, donde se observó que, en la dimensión de cansancio emocional, el 65,6% de los casos presentaron un puntaje bajo. Por otra parte, en la dimensión de despersonalización, ese mismo estudio mostró un 60,9% de puntaje bajo, y el 53,1% de los casos mostraron un puntaje alto en la dimensión de realización personal, algo que difiere de la actual investigación.

Como ha planteado Magalhães et al. (2015), entre los anestésistas, ciertos factores pueden ser determinantes en el desarrollo del síndrome de *burnout*. La limitación de tiempo es citada como una de las razones más comunes de estrés entre los anestésistas, a causa de la presión constante para cumplir los horarios, hacer los procedimientos rápidamente y desplazarse entre los hospitales. El mismo autor plantea además

que, al estrés específico de los anestesiólogos contribuyen la proximidad del sufrimiento y de la muerte, las necesidades físicas y emocionales de los pacientes y la presión que sobre ellos existe para obtener siempre buenos resultados, incluso bajo condiciones y expectativas variadas, y también las relaciones dentro del ambiente de trabajo.

En la dimensión de cansancio emocional del test de Maslach, existió un predominio de puntaje bajo en los diferentes turnos de actividad, al igual que en la dimensión de despersonalización, pero al analizar esta última, en función de los turnos principales de actividad, se observa que este puntaje fue a expensas del turno de guardias. Así mismo, en la dimensión de realización personal, el puntaje bajo observado en la mitad de los pacientes fue a expensas de los turnos de guardias, rotativos y vespertino. El resto de los turnos (matutino y nocturno) mostraron un predominio de puntaje alto, determinándose estadísticamente que el test de Maslach y los turnos principales de actividad, son variables independientes.

En la investigación de Farez Picón (2016), realizada en Ecuador, donde analiza la prevalencia y factores asociados al síndrome de *burnout* en anestesiólogos, se obtuvo como resultado que, en la dimensión de cansancio emocional, el 72,3% de los casos mostró un puntaje bajo, igual cifra de casos mostró un puntaje bajo en cuanto a la despersonalización y el 55,4% mostró puntaje alto en cuanto a la falta de realización. Estos datos no coinciden exactamente con los obtenidos en nuestro estudio, solo se observan similitudes en cuanto al predominio de puntuaciones bajas en lo referente al cansancio emocional.

Así mismo, el estudio antes mencionado, concluyó que la sobrecarga de trabajo fue más prevalente en los anestesiólogos con cansancio emocional y despersonalización, pero la asociación no fue significativa. La injusticia en el reconocimiento del trabajo fue significativamente más prevalente en los anestesiólogos con cansancio emocional y despersonalización. El ambiente laboral no

confortable fue más prevalente en anestesiólogos con cansancio emocional, despersonalización y falta de realización, aunque la asociación no fue significativa.

CONCLUSIONES

De forma general, las dos terceras partes de los casos presentaron Síndrome de *Burnout*. Con este estudio se ha podido determinar la prevalencia de esta entidad nosológica en postgradistas de la especialidad de Anestesiología y Reanimación, hallazgos que pueden servir para comprender la dinámica actual del sistema nacional de salud, específicamente en la ciudad de Guayaquil y su impacto en la educación de postgrado. De igual forma se ha podido conocer el estado del problema, lo que aclara aspectos relacionados con las condiciones de trabajo, los posibles riesgos psicosociales y podría orientar a su futura intervención y seguimiento.

Con base en los resultados obtenidos en la presente investigación es posible concluir además que, entre la muestra del estudio, existe un predominio de postgradistas en edades inferiores a los 40 años, con una media de 36 ± 7 años, la mayoría de los postgradistas trabajaban entre 40 y 60 horas a la semana y el turno principal de mayor frecuencia fue el de guardias (24 cada 72 horas) en el grupo de edades inferiores a los 40 años y el turno matutino en el resto de los grupos de edades.

Los síntomas y signos más referidos fueron el cansancio y epigastralgia; aunque con frecuencias menores, pero también considerables, se precisó la cefalea, el insomnio y la irritabilidad.

La mayoría de los postgradistas refirieron tener conocimiento sobre el Síndrome de *Burnout*, predominantemente los menores de 40 años; aunque una frecuencia importante refirió no tener conocimiento sobre esta afección, con predominio de los casos entre 40 y 49 años.

La mitad de los pacientes presentaron puntaje bajo en las dimensiones de

cansancio emocional y realización personal del test de Maslach, y la mayoría presentó un puntaje alto en la dimensión de despersonalización. Estadísticamente se comprobó que la dimensión de cansancio emocional fue dependiente de la cantidad de horas trabajadas a la semana; sin embargo, no se evidenció una relación entre el test de Maslach y el turno principal de actividad.

Sin embargo, al haber analizado solo una Institución de Educación Superior, es preciso tomar los datos con cautela y no pretender generalizarlos. En consecuencia, se recomienda la realización de estudios multicéntricos, con una muestra mayor y donde se evalúe la implementación de estrategias de afrontamiento en postgradistas de Anestesiología y Reanimación, así como de otras especialidades.

BIBLIOGRAFÍA

- Araujo Lugo, M.V. & Solís Marín, K.E. (2017). *Habilidades de comunicación efectiva y su relación, con la presencia de Síndrome de Burnout en médicos postgradistas de áreas clínicas y quirúrgicas de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, en el período 2012-2016*. Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Quito-Ecuador.
- Arayago, R., González, A., Limongi, M. & Guevara, H. (2016). Síndrome de burnout en residentes y especialistas de anestesiología. *Rev Salus*, 20(1), 13-21.
- Barbosa Martínez, L.C., Muñoz Ortega, M.L., Rueda Villamizar, P.X. & Suárez Leiton, K.G. (2009). Síndrome de Burnout y estrategias de afrontamiento en docentes universitarios. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología*, 2(1), 21-30.
- Bazalar Herrera, M. & Balarezo López, G. (2016). El Síndrome de Burnout en los profesionales de odontología. *Paideia XXI*, 5(6), 114-125.
- Chuquimez Pérez, E. & Manchay Zurita, A. (2017). *Satisfacción laboral y síndrome de burnout en profesionales de enfermería, Hospital Iquitos "César Garayar García". Iquitos, mayo 2016 - diciembre 2016*. Universidad Nacional de San Martín, Tarapoto-Perú.
- De la Cruz, P. (2016). *Valoración del síndrome de burnout en el personal profesional de enfermería del servicio de emergencia del Centro de Salud Conocoto, período abril - julio 2016*. Universidad Central del Ecuador, Quito.
- Domínguez, L.C., Sanabria, A., Ramírez, A., Vargas, F., Pacheco, M. & Jiménez, G. (2017). Desgaste profesional en residentes colombianos de cirugía: resultados de un estudio nacional. *Rev Colomb Cir*, 32, 121-127.
- Dyrbye, L. & Shanafelt, T. (2016). A narrative review on burnout experienced by medical students and residents. *Med Educ*, 50, 132-149.
- Estupiñán Eugenio, F., Correa Sánchez, E., Ortigón, E. & Blanco Ibáñez, F.M. (2017). *Estudio de mercado sobre el conocimiento del síndrome de burnout aplicado a la productividad empresarial*. Universidad Santo Tomás, Bucaramanga.
- Farez Picón, J.G. (2016). *Prevalencia y factores asociados al Síndrome de Burnout en los anestesiólogos de la ciudad de Cuenca, 2013-2014*. Universidad de Cuenca, Ecuador.
- Flor Calero, J.P., Álvarez Plua, P.J. & Honores Calle, M.I. (2015). *Estudio del Síndrome de Burnout*. Escuela Superior Politécnica del Litoral, Guayaquil-Ecuador.
- Freudenberger, H.J. (1974). Staff Burn-out. *J Soc Issues*, 30, 159-165.

- Funes García, J.G., Munguía Noguera, M.A. & Munguía Noguera, M.A. (2016). *Prevalencia del burnout en médicos anestesiólogos en el hospital escuela Antonio Lenin Fonseca y hospital Manuel de Jesús Rivera la Mascota periodo Abril – Agosto, 2016*. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua-Nicaragua.
- García, F.E., Cova-Solar, F., Bustos-Torres, F. & Reyes-Pérez, E. (2018). Burnout y bienestar psicológico de funcionarios de unidades de cuidados intensivos. *Revista Duazary*, 15(1). DOI: <http://dx.doi.org/10.21676/2389783X.2101>
- Guerrero, E. (2015). Una investigación con docentes universitarios sobre el afrontamiento del estrés laboral y el síndrome del quemado. *Revista Iberoamericana de Educación*. Recuperado de www.rieoei.org/deloslectores/052Barona.PDF
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. 6ta Ed. (pp. 126-169). México DF: McGraw-Hill.
- Lases, S.S., Arah, O.A., Pierik, E.G., Heineman, E. & Lombarts, M.J. (2014). Resident's engagement and empathy associated with their perception of faculty's teaching performance. *World J Surg*, 38, 2753-2760.
- Magalhães, E., Machado De Sousa Oliveira, A.C., Sousa Govêia, C., Araújo Ladeira, L.C., Moser Queiroz, D. & Viana Vieira, C. (2015). Prevalencia del síndrome de burnout entre los anestesiólogos del Distrito Federal. *Revista Brasileira de Anestesiología*, 65(2), 104-110.
- Manterola, C. & Otzen, T. (2014). Estudios observacionales. Los diseños utilizados con mayor frecuencia en investigación clínica. *Int J Morphol*, 32(2), 634-645.
- Maslach, C. & Jackson, S.E. (1981). *MBI: Maslach Burnout Inventory. Manual*. USA: McGraw-Hill.
- Muñoz, Y., Osorio, D., Robles, E. & Romero, Y. (2014). *Síndrome de burnout en el personal de enfermería de un hospital de referencia Ibagué 2014*. Universidad del Tolima, Colombia.
- Rodríguez Ulcuango, L.A. (2015). *Determinación del riesgo cardiovascular en internos, residentes de Medicina con Síndrome de Burnout de Hospital IESS-Riobamba enero – agosto 2014*. Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, Riobamba-Ecuador.
- Saborio, L. & Hidalgo, L. (2014). Revisión bibliográfica: Síndrome de burnout. *Medicina Legal de Costa Rica*, 32(1).
- Salillas, R. (2017). Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería en el ámbito hospitalario: un estudio descriptivo. *Revista Enfermería del Trabajo*, 7(3), 65-69.
- Sanjuan, L., Arrazola, O. & García, M. (2014). Prevalencia del Síndrome de Burnout en el personal de enfermería del Servicio de Cardiología, Neumología y Neurología del Hospital San Jorge de Huesca. *Enferm glob*, 13(36), 253-264. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S169561412014000400013&lng=es
- Villamagua Arias, N. & Vintimilla Izquierdo, M. (2017). *Prevalencia del Síndrome de Burnout en el personal sanitario del distrito 01D02 del Ministerio de Salud Pública del Ecuador en el año 2016*. Universidad del Azuay, Cuenca-Ecuador.

Zaquinaula Camacho, J.M. (2017). *Factores asociados al síndrome de burnout en el personal de enfermería de emergencia*. Universidad Privada Norbert Wiener, Lima-Perú.

ANEXOS

Tabla 1. Distribución de los casos por su edad según el horario laboral. Institución de Educación Superior de Guayaquil, año 2017.

HORARIO LABORAL	EDAD						TOTAL	
	Menos de 40 años		De 40 a 49 años		50 años y más		N	%
	N	%	N	%	N	%		
HORAS TRABAJADAS A LA SEMANA								
De 40 a 60 horas	27	62.3	5	11.9	3	7.1	35	83.3
De 61 a 90 horas	2	4.8	2	4.8	0	0.0	4	9.5
Más de 90 horas	3	7.1	0	0.0	0	0.0	3	7.1
<hr/>								
$\bar{X} = 37.2 \pm 17.4$ horas								
<hr/>								
$X^2 = 4.47$ gl= 4 IC: 95% p-valor= 0.35								
<hr/>								
TURNO PRINCIPAL								
Matutino	5	11.9	4	9.5	2	4.8	11	26.2
Vespertino	3	7.1	2	4.8	0	0.0	5	11.9
Nocturno	2	4.8	0	0.0	1	2.4	3	7.1
Rotativo (8-12 horas diarias)	4	9.5	1	2.4	0	0.0	5	11.9
Guardias (24 cada 72 horas)	18	42.9	0	0.0	0	0.0	18	42.9
TOTAL	32	76.2	7	16.7	3	7.1	42	100
<hr/>								
$\bar{X} = 36 \pm 7$ años								
<hr/>								

Fuente: Autora

Tabla 2. Distribución de los casos según los síntomas y signos en función de las horas trabajadas a la semana. Institución de Educación Superior de Guayaquil, año 2017.

SÍNTOMAS Y SIGNOS	HORAS TRABAJADAS A LA SEMANA						TOTAL	
	De 40 a 60 horas		De 61 a 90 horas		Más de 90 horas		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Cansancio	22	52.4	3	7.1	2	4.8	27	64.3
Epigastralgia	18	42.9	3	7.1	3	7.1	24	57.1
Cefalea	13	31.0	2	4.8	1	2.4	16	38.1
Insomnio	11	26.2	1	2.4	0	0.0	12	28.6
Irritabilidad	8	19.0	0	0.0	1	2.4	9	21.4
Hipersomnia	4	9.5	0	0.0	0	0.0	4	9.5
Nerviosismo	2	4.8	0	0.0	2	4.8	4	9.5
Falta de apetito	2	4.8	1	2.4	1	2.4	4	9.5
Hipertensión arterial	3	7.1	0	0.0	0	0.0	3	7.1
Depresión	2	4.8	1	2.4	0	0.0	3	7.1
Taquicardia	1	2.4	0	0.0	0	0.0	1	2.4
Disfunción sexual	1	2.4	0	0.0	0	0.0	1	2.4
Ninguno	2	4.8	0	0.0	0	0.0	2	4.8

Fuente: Autora.

**Tabla 3. Distribución de los casos según el conocimiento sobre el Síndrome de *Burnout*.
Institución de Educación Superior de Guayaquil, año 2017.**

CONOCIMIENTO		EDAD			TOTAL
		Menos de 40 años	De 40 a 49 años	50 años y más	
Sí	Recuento	22	4	2	28
	% dentro de Edad	68.8	57.1	66.7	66.7
No	Recuento	10	3	1	14
	% dentro de Edad	31.3	42.9	33.3	33.3
TOTAL	Recuento	32	7	3	42
	% dentro de Edad	100	100	100	100

$X^2= 0.35$ gl= 2 IC: 95% p= 0.84

Fuente: Encuesta.

Tabla 4. Distribución de los casos por la puntuación del test de Maslach según la edad. Institución de Educación Superior de Guayaquil, año 2017.

TEST DE MASLACH	EDAD						TOTAL	
	Menos de 40 años		40 a 49 años		50 años y más		N	%
	N	%	N	%	N	%		
CANSANCIO EMOCIONAL								
Puntaje bajo	13	31.0	5	11.9	3	7.1	21	50.0
Puntaje moderado	9	21.4	2	4.8	0	0.0	11	26.2
Puntaje alto	10	23.8	0	0.0	0	0.0	10	23.8
X²= 6.68 p= 0.15								
DESPERSONALIZACIÓN								
Puntaje bajo	9	21.4	4	9.5	2	4.8	15	35.7
Puntaje moderado	7	16.7	1	2.4	1	2.4	9	21.4
Puntaje alto	16	38.1	2	4.8	0	0.0	18	42.9
X²= 4.59 p= 0.33								
REALIZACIÓN PERSONAL								
Puntaje bajo	19	45.2	2	4.8	0	0.0	21	50.0
Puntaje moderado	4	9.5	0	0.0	1	2.4	5	11.9
Puntaje alto	9	21.4	5	11.9	2	4.8	16	38.1
X²= 8.23 p= 0.08								
TOTAL	32	76.2	7	16.7	3	7.1	42	100

Fuente: Autora

Tabla 5. Distribución de los casos por la puntuación del test de Maslach según las horas trabajadas a la semana. Institución de Educación Superior de Guayaquil, año 2017.

TEST DE MASLACH	HORAS TRABAJADAS A LA SEMANA						TOTAL	
	40 a 60 horas		61 a 90 horas		Más de 90 horas		N	%
	N	%	N	%	N	%		
CANSANCIO EMOCIONAL								
Puntaje bajo	20	47.6	1	2.4	0	0.0	21	50.0
Puntaje moderado	6	14.3	2	4.8	3	7.1	11	26.2
Puntaje alto	9	21.4	1	2.4	0	0.0	10	23.8
X²= 11.33 p= 0.02								
DESPERSONALIZACIÓN								
Puntaje bajo	14	33.3	1	2.4	0	0.0	15	35.7
Puntaje moderado	8	19.0	1	2.4	0	0.0	9	21.4
Puntaje alto	13	31.0	2	4.8	3	7.1	18	42.9
X²= 4.68 p= 0.32								
REALIZACIÓN PERSONAL								
Puntaje bajo	16	38.1	2	4.8	3	7.1	21	50.0
Puntaje moderado	5	11.9	0	0.0	0	0.0	5	11.9
Puntaje alto	14	33.3	2	4.8	0	0.0	16	38.1
X²= 3.95 p= 0.41								
TOTAL	35	83.3	4	9.5	3	7.1	42	100

Fuente: Autora.

Tabla 6. Distribución de los casos por la puntuación del test de Maslach según el turno principal de actividad. Institución de Educación Superior de Guayaquil, año 2017.

TEST DE MASLACH	TURNO PRINCIPAL DE ACTIVIDAD										TOTAL	
	Matutino		Vespertino		Nocturno		Rotativo		Guardias		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
CANSANCIO EMOCIONAL												
Puntaje bajo	6	14.3	3	7.1	2	4.8	3	7.1	7	16.7	21	50.0
Puntaje moderado	2	4.8	0	0.0	1	2.4	2	4.8	6	14.3	11	26.2
Puntaje alto	3	7.1	2	4.8	0	0.0	0	0.0	5	11.9	10	23.8
$X^2= 5.84 \quad p= 0.67$												
DESPERSONALIZACIÓN												
Puntaje bajo	7	16.7	1	2.4	2	4.8	2	4.8	3	7.1	15	35.7
Puntaje moderado	1	2.4	2	4.8	1	2.4	1	2.4	4	9.5	9	21.4
Puntaje alto	3	7.1	2	4.8	0	0.0	2	4.8	11	26.2	18	42.9
$X^2= 10.53 \quad p= 0.23$												
REALIZACIÓN PERSONAL												
Puntaje bajo	2	4.8	3	7.1	1	2.4	3	7.1	12	28.6	21	50.0
Puntaje moderado	2	4.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	7.1	5	11.9
Puntaje alto	7	16.7	2	4.8	2	4.8	2	4.8	3	7.1	16	38.1
$X^2= 10.55 \quad p= 0.23$												
TOTAL	11	26.2	5	11.9	3	7.1	5	11.9	18	42.9	42	100

Fuente: Autora.

Tabla 7. Distribución de los casos según el diagnóstico de Síndrome de *Burnout* en función de las horas trabajadas a la semana. Institución de Educación Superior de Guayaquil, año 2017.

SÍNDROME DE BURNOUT		HORAS TRABAJADAS A LA SEMANA			TOTAL
		40 a 60 horas	61 a 90 horas	Más de 90 horas	
Sí	Recuento	22	4	2	28
	% dentro de Horas trabajadas a la semana	68.8	57.1	66.7	66.7
No	Recuento	10	3	1	14
	% dentro de Horas trabajadas a la semana	31.3	42.9	33.3	33.3
TOTAL	Recuento	32	7	3	42
	% dentro de Horas trabajadas a la semana	100	100	100	100

Fuente: Autora.