

UNIVERSIDAD CATÓLICA REDEMPTORIS MATERS
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS



INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR AL TÍTULO DE
DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGÍA

**Factores de riesgo asociados al síndrome de Burnout en médicos internos de
los hospitales escuelas de Managua 2021-2022**

AUTORES

Br. Alden Xavier Haslam Cuadra
Br. Omar José González Rocha
Br. Pedro Pablo Valverde Gómez

TUTOR

Carlos Jiménez Valverde, MD, Msc
Especialista en Medicina Interna

REVISORES DE LA INVESTIGACIÓN

René Alfonso Gutiérrez Aburto, MD, Msc
Carlos Manuel Téllez Ramos, Msc

Dedicatoria

A mis padres

Por darme la vida y por su apoyo a lo largo de mi vida.

A mis abuelos

Por su cariño y por siempre creer en mí.

A mi familia

Por estar siempre conmigo y por su apoyo incondicional.

Para mi mamita

Quien ya no está con nosotros, pero siempre mostró su apoyo incondicional.

A mis padres

Que siempre estuvieron dándome apoyo constante durante estos años de preparación académica y como persona.

Para mi papá Dr. Omar González Fonseca

Quien no está con nosotros, el cual siempre fue incondicional y el mejor guía para ser el profesional que soy hoy.

Agradecimientos

A todos los docentes

Quienes, a lo largo de toda nuestra carrera, ya sea a nivel universitario u hospitalaria aportaron su grano de arena a nuestra formación

Al Dr. Carlos Jiménez

Por su dedicación y asesoría para la culminación de este estudio.

Opinión del tutor

La presente tesis titulada “Factores de riesgo asociados al Síndrome de Burnout en médicos internos de los hospitales escuelas de Managua 2021-2022” realizada por los Bres. Alden Xavier Haslam Cuadra, Omar José González Rocha y Pedro Pablo Valverde Gómez nos demuestra una prevalencia del Síndrome de Burnout del 23.6%, el agotamiento emocional, despersonalización y realización personal baja en los médicos internos y como factores de riesgo relevantes la falta de motivación laboral, falta de satisfacción e insatisfacción laboral constituyen una limitante en el desarrollo integral de las nuevas generaciones de profesionales de salud en Nicaragua acorde a los estándares internacionales.

Felicitemos a nuestros educandos Bres. Alden Haslam, Omar González y Pedro Valverde por la excelente labor médica académica y científica, donde demostraron dominio y aplicación de las evidencias científicas en la presente investigación, con validez y confiabilidad estadística y de referencia para futuras investigaciones.

Atte.

Dr. Carlos Jiménez Valverde

Especialista en Medicina Interna

MSc. Investigación educativa

MSc. Educación superior

Resumen

Título: Factores de riesgo asociados a síndrome de Burnout en médicos internos de los hospitales escuela de Managua 2021-2022.

Objetivo: Analizar los factores de riesgo asociados al Síndrome de Burnout en médicos internos de hospitales escuela de Managua 2021-2022

Metodología: Se realizó un estudio transversal analítico donde participaron 89 médicos internos de los diferentes hospitales escuelas de Managua. La muestra fue calculada en base a una población finita. Se realizó un cuestionario en línea a través de Google que consistía del instrumento Maslach Burnout Inventory Human Services Survey for Medical Personnel (MBI-HSS-MP) y una serie de preguntas con el fin de recolectar datos sociodemográficos y posibles factores de riesgo. Se realizó un análisis de frecuencias simples y un análisis bivariado donde se calculó razón de momios para encontrar posibles factores asociados. Se valoró confiabilidad del instrumento a través del alfa de Cronbach y se valoró la adecuación del muestreo a través del Kaiser-Meyer-Olkin.

Resultados: La prevalencia global de síndrome de Burnout fue de 23.6 % (21). La subescala más afectada fue el agotamiento emocional alto en un 76.4% (68) de los médicos internos. Los factores de riesgo para síndrome de Burnout con significancia estadística fueron: falta de motivación laboral (OR: 6.8 IC 95%: 2.36-20.01 $p < 0.001$), falta de satisfacción laboral (OR: 4.7 IC 95%: 1.61-13.7 $p < 0.05$) e insatisfacción laboral (OR: 4.4 IC 95%: 1.57-12.70 $p < 0.05$). En un subanálisis, se encontró asociación entre la presencia de cefalea y despersonalización alta (OR: 3.2 IC 95 %: 1.24-8.25 $p < 0.05$) y entre ir a fiestas y agotamiento emocional alto (OR: 5.7 IC 95%: 1.69-15.7 $p < 0.05$). La confiabilidad del instrumento y el muestreo fueron adecuados.

Conclusiones: Existe una prevalencia del 23.6% del síndrome de Burnout en médicos internos, siendo los principales factores de riesgo falta de motivación laboral, falta de satisfacción laboral, insatisfacción laboral. La presencia de cefalea se asoció a despersonalización alta y el ir a fiestas a agotamiento emocional alto.

Palabras claves: Síndrome de Burnout, internado, médicos internos

Abstract

Title: Risk factors associated with Burnout syndrome in medical interns at hospitals in Managua 2021-2022

Objective: Analyze risk factors associated with Burnout syndrome in medical interns at hospitals in Managua 2021-2022

Methods: This was a cross-sectional study with 89 medical interns from Managua's hospitals. The sample was calculated according to finite population sample size formula. They were evaluated online through Google Forms using the Maslach Burnout Inventory Human Services Survey for Medical Personnel (MBI-HSS-MP) and assessed about socio demographic data and possible risk factors. Frequencies and bivariate analysis were done and Odds Ratio was calculated to assess possible risk factors. MBI-HSS-MP's reliability was assessed using Cronbach's Alpha. Sampling adequacy was assessed using Kaiser-Meyer-Olkin test.

Results: The overall Burnout syndrome prevalence was 23.6 % (21). High emotional exhaustion was the most affected subscale among medical interns with 76.4 % (68). The following risk factors had statistical significance with Burnout syndrome: lack of work motivation (OR: 6.8 IC 95%: 2.36-20.01 $p < 0.001$), lack of work satisfaction (OR: 4.7 IC 95%: 1.61-13.7 $p < 0.05$) and job dissatisfaction (OR: 4.4 IC 95%: 1.57-12.70 $p < 0.05$). In a sub analysis, an association between headache and high depersonalization (OR: 3.2 IC 95 %: 1.24-8.25 $p < 0.05$) and between parties and high emotional exhaustion (OR: 5.7 IC 95%: 1.69-15.7 $p < 0.05$) was found. Instrument's reliability and sampling adequacy were adequate.

Conclusion: There is a 23.6% Burnout syndrome's prevalence among medical interns. Main risk factors were lack of work motivation, lack of work satisfaction and job dissatisfaction. There is an association between headache and high depersonalization and between parties and high emotional exhaustion.

Key words: Burnout syndrome, internship, medical interns

ÍNDICE

I. Introducción.....	8
II. Antecedentes.....	10
III. Justificación.....	13
IV. Planteamiento del problema.....	14
V. Objetivos.....	15
VI. Marco referencial.....	16
VII. Hipótesis.....	32
VIII. Diseño metodológico.....	33
IX. Resultados.....	45
X. Análisis de resultados.....	53
XI. Conclusiones.....	56
XII. Recomendaciones.....	57
XIII. Bibliografía.....	58
XIV. Anexos.....	63

I. Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) enfatiza que la salud mental es más que la ausencia de trastornos o discapacidades mentales. Tener una salud mental óptima no solo significa evitar las enfermedades mentales, sino también cuidar su felicidad y bienestar. También hace referencia a la salud propiamente dicha, como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Por lo tanto, reconoce la salud mental como un componente esencial de la salud (Organización Mundial de la Salud, 2022)

Según las estadísticas del ministerio de Salud SILAIS Managua, para los años 2020-2021 las enfermedades psiquiátricas-psicosomáticas constituyen la séptima causa de morbilidad de enfermedades crónicas con un total de 9607 casos para una tasa de 101 casos por 100.000 habitantes en el año 2020-2021. Hubo un incremento significativo de casos en relación a los datos estadísticos del año 2017 donde se reportaron 2380 casos para una tasa de 15.5 por 100 mil habitantes. Las personas con discapacidad intelectual y psicosocial constituyen las principales discapacidades asociados en primer lugar a la discapacidad motora. (Ministerio de Salud, 2022).

El síndrome de Burnout, al igual que otros trastornos de salud mental, son una problemática global ya establecida dentro del personal de salud, atribuible principalmente a la alta carga laboral. Se estima que las tasas de prevalencias del síndrome de Burnout en personal médico se encuentran entre un 25% a 75% (Doulougeri, Georganta y Montgomery 2016). Las tasas de prevalencia de síndrome de Burnout en estudiantes de medicina, incluyendo médicos internos, también oscilan en este rango.

Considerando que los profesionales de salud, incluyendo médicos internos, son una población con mayor riesgo para trastornos de salud mental, donde el síndrome de Burnout no es la excepción. Esto insta a la investigación de cómo se presenta la problemática dentro de los distintos sectores del personal de salud, para poder así encontrar factores desencadenantes, y en base a eso proponer estrategias preventivas y terapéuticas contra este problema. Todo con la finalidad de mejorar la salud mental del personal y por ende el servicio que este brinda.

En el presente trabajo se determinan los factores de riesgo asociados al desarrollo del síndrome de Burnout en médicos internos. Esto se realizó a través de una encuesta que valora la presencia de esta condición clínica y los factores que puedan estar asociados a este. La investigación se

realizó de manera retrospectiva, en un solo tiempo. Por lo cual, se logró la prevalencia del síndrome en estudio, así como las condiciones asociadas a esto.

Al realizarse de manera retrospectiva, no se valoró el síndrome de Burnout durante distintos períodos del Internado Rotatorio, por lo tanto, no se valoró la evolución del síndrome de Burnout de una manera óptima debido a posibles errores de medición. Por otra parte, la información recolectada es subjetiva a la experiencia previa de la población a estudio, conllevando a un posible sesgo en los hallazgos.

II. Antecedentes

1. Miranda-Ackerman, Barbosa-Camacho y Sander-Möller et al. (2018) realizaron un estudio sobre la prevalencia del síndrome de Burnout durante el internado en hospitales públicos y privados en México. El estudio fue de tipo transversal y se usó el instrumento Maslach Burnout Inventory (MBI). La muestra constó de 96 mujeres y 80 varones, con un rango de edad entre 21-34 años. Los resultados reflejaron que el síndrome de Burnout tuvo una prevalencia global del 20%, siendo un 22% en mujeres y un 18.6% en varones. Los estudiantes internos de segundo semestre sufrieron mayores tasas de burnout (29%) en comparación a los de primer semestre (15%). Los puntajes de agotamiento emocional y despersonalización fueron más altos en los internos de segundo semestre que trabajaron en hospitales públicos. Sin embargo, la prevalencia no fue diferente entre hospitales públicos y privados.

2. Guillén-Graf, Flores-Villalba, Díaz-Elizondo, et al. (2019) realizaron un estudio sobre el incremento de síndrome de Burnout en estudiantes de medicina posterior a un mes de rotación clínica en México. Este fue un estudio observacional y descriptivo, en el cual se aplicó el instrumento Maslach Burnout Inventory Human Services Survey. La muestra fue de 172 alumnos, de los cuales 53% fueron mujeres y 47% hombres. Los resultados mostraron que un total de 12,3% alumnos presentaba síntomas de severidad en las 3 dimensiones al inicio del trimestre; luego de un mes existió un aumento a un total de 19,8% sujetos ($p = 0,059$). No obstante, al eliminar el criterio de realización personal, 31,6% y 44,2% alumnos presentaron severidad en el resto de las dimensiones al inicio y después de un mes, respectivamente, con un aumento significativo ($p = 0,016$). Se concluyó que después de un mes de exposición clínica se presentó un incremento significativo en la presencia de cansancio emocional, despersonalización y burnout.

3. Morales, Ojeda Jesús y Salgado Jiménez et al. (2019) realizaron un estudio sobre el síndrome de Burnout en médicos internos de pregrado en México. Se hizo un estudio transversal analítica y la muestra consistió de 108 médicos internos del Hospital General Regional (HGR) y del Hospital no. 1 Vicente Guerrero del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Se aplicó el instrumento Maslach Burnout Inventory (MBI). Los resultados mostraron que la prevalencia global de síndrome de Burnout fue de 17.5%. En 42 médicos internos con antigüedad de seis meses el hallazgo fue de 17% y en 28 médicos internos con doce meses de servicio el síndrome de Burnout se diagnosticó en un 43%. Los resultados en las subescalas del cuestionario MBI en el grupo afectado por Burnout fueron los siguientes: agotamiento emocional alto: 61.4 % y

38.6% presentó riesgo bajo y moderado. Despersonalización alta se presentó en 45.7% y 54.3% se clasificó como riesgo bajo y moderado. Mientras que realización personal baja se encontró en un 51.4% y un 48.6%, alto y moderado. Los médicos internos que rotaron por los servicios de urgencias y medicina interna fueron los que presentaron mayor frecuencia de síndrome de Burnout, siendo el principal factor de riesgo asociado fue rotar por el servicio de urgencias (OR: 5.4). Se concluyó que conforme avanza el tiempo en la prestación de servicio aumenta la prevalencia del síndrome de burnout en médicos internos.

4. Fontana, Generoso, Sizilio, y Bivanco-Lima (2020) llevaron a cabo un estudio sobre el síndrome de Burnout, actividades extracurriculares y apoyo social en estudiantes brasileños que cursaban su Internado Rotario. Este estudio fue de tipo transversal analítico y la muestra consistió de 121 médicos internos. Se utilizó el instrumento Maslach Burnout Inventory-Human Services. Los resultados mostraron una prevalencia del síndrome de Burnout de 57.5%. El desgaste emocional alto estuvo presente en 33.1% de los médicos internos. Por otro lado, la alta despersonalización se observó en 45.7% y 36.2% de los participantes tuvieron baja realización personal. Los individuos con participación en servicios comunitarios tuvieron menor frecuencia de despersonalización (RP:0.61 IC 95% 0.42-0.88). El síndrome de Burnout no se asoció a distintos tipos de actividades extracurriculares, tampoco se encontró asociación entre síndrome de Burnout y la búsqueda de apoyo social, ingresos del hogar o el tener beca.

5. Silvestre, Santos da Cruz, Carvalho e Silva et al. (2021) realizaron un estudio sobre la prevalencia del síndrome de Burnout en estudiantes de facultades de medicina brasileñas. A través de búsquedas sistemáticas en cinco bases de datos, Google Scholar y en listas de referencias, se llevó a cabo una revisión sistemática con el fin de identificar estudios originales que evaluaran los factores asociados y la prevalencia del SB en estudiantes de escuelas de medicina brasileñas. Posteriormente, se realizó un meta-análisis para resumir las prevalencias. A partir de los datos de 13 artículos originales, realizados en ocho estados brasileños, se encontró que las variables "fracaso en los exámenes", "no tener percepción de la adquisición de habilidades" y "malestar con respecto a las actividades del curso" están asociadas como riesgo al SB. El metaanálisis mostró una prevalencia acumulada de SB del 17% (IC 95% = 0,12; 0,23; n = 3.613; I2 = 95%).

6. Erschens, Keifenheim y Herrmann-Werner, et al. (2018) publicaron un estudio sobre síndrome de Burnout en estudiantes de medicina. Se realizó una revisión sistemática y metaanálisis. Dicha revisión se realizó a través de las guías PRISMA, incluyéndose estudios

entre 2000 y 2017. El metaanálisis se realizó con datos medidos a través del MBI. Se utilizaron 12 estudios para el metaanálisis, encontrándose una prevalencia del SBO entre 7.0% a 75.2%, dependiendo del país, instrumento aplicado y puntos de corte aplicados.

III. Justificación

Al investigar los factores de riesgo asociados al síndrome de Burnout en médicos internos, se podrá valorar cuáles de esos factores pueden ser modificables para así reducir incidencia y prevalencia de este síndrome. Los resultados podrán ayudar a identificar los riesgos a los que están expuestos este grupo de personas, permitiendo desarrollar así estrategias de intervención.

Por otra parte, no existen estudios sobre el síndrome de Burnout en médicos internos en Nicaragua, por lo que este estudio servirá de antecedente para futuras posibles investigaciones sobre dicha problemática y así mejorar tanto la calidad de formación de médicos internos como la calidad de atención que este brinda.

IV. Planteamiento del problema

¿Cuáles fueron los factores de riesgo asociados al síndrome de Burnout en médicos internos en los hospitales escuela de Managua en 2021-2022?

V. Objetivos

V.I Objetivo general

Analizar los factores de riesgo asociados al Síndrome de Burnout en médicos internos hospitales escuela de Managua 2021-2022

V.II Objetivos específicos

1. Describir las características sociodemográficas de los médicos internos en hospitales escuela de Managua 2021-2022 y su relación con el síndrome de Burnout.
2. Identificar los principales factores de riesgo modificables y no modificables del síndrome de Burnout en médicos internos de los hospitales escuela de Managua 2021-2022.

VI. Marco Referencial

VI.I. Generalidades del Síndrome de Burnout

VI.I.1 Definiciones

El síndrome de Burnout (SBO) es conocido a través de varios términos tales como síndrome de burned out, síndrome del quemado, síndrome de sobrecarga emocional, síndrome del desgaste profesional y síndrome de fatiga en el trabajo, entre otros (Gutiérrez Aceves et al. 2006).

Martínez Pérez (2010) afirma que desde hace al menos dos décadas el síndrome de Burnout es conocido, diagnosticado y prevenido en ámbitos de trabajo cada vez más generales e inespecíficos, llegando a encubrir situaciones como el estrés laboral o la fatiga crónica.

El primero que introdujo el término Burnout fue Freudenberg en 1974, posterior a la aplicación del mismo para referirse al estado físico y mental de los jóvenes voluntarios que trabajaban en la Free Clinic de Nueva York. Basándose en el sacrificio de su propia salud a cambio de alcanzar ideales superiores y no siendo remunerados por dicho esfuerzo. Por lo tanto, según se relata al cabo de 3 años aproximadamente, comenzaron a presentar conductas cargadas de irritación, agotamiento, actitudes de cinismo con los clientes y una tendencia a evadirlos. (Martínez Pérez 2010)

No obstante, Martínez Pérez (2010) comenta que en la tendencia de aplicar el Burnout sólo a profesiones asistenciales, se intentó una ampliación del concepto aceptando diversas definiciones en función de lagunas características similares, entre las que destacan:

- 1) El predominio de síntomas mentales o conductuales que los físicos. Por ejemplo: síntomas disfóricos, cansancio mental o emocional, fatiga y depresión.
- 2) Las personas que presenta este síndrome no sufrían psicopatología previa.
- 3) Se considera un síndrome clínico laboral.
- 4) El desencadenante es una inadecuada adaptación al trabajo, que resulta en una disminución del rendimiento laboral y baja autoestima.

Saborío Morales y Hidalgo Murillo (2015) refieren que el síndrome de Burnout fue declarado en el año 2000 por la Organización Mundial de la Salud como un factor de riesgo laboral por su capacidad para afectar la calidad de vida, salud mental e incluso hasta poner en riesgo la vida

Sin embargo, a pesar de que no se consta con una definición por parte del DSM-V, ni en el CIE 10, existe un consenso general en que el síndrome de Burnout es una respuesta al estrés crónico en el trabajo, que se puede manifestar en un largo plazo y que tiene peculiaridades en áreas determinadas del trabajo, profesional, voluntario o doméstico.

Desarrollando consigo la definición clásica de burnout, siendo un síndrome psicológico que consta de agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal, que puede ocurrir en individuos normales (Lovo 2020).

VI.I. II Maslach Burnout Inventory

En 1976 Christina Maslach y sus colegas realizaron, en una primera fase de su investigación, entrevistas a múltiples trabajadores del área de los servicios humanos. A través de estas entrevistas aprendieron que los trabajadores frecuentemente se sentían exhaustos y desarrollaban tanto percepciones como sentimientos negativos acerca de sus clientes (Maslach et al. 2001).

A esto lo denominaron burnout y lo definió como una respuesta a factores estresantes emocionales e interpersonales crónicos asociados al trabajo, que puede ocurrir entre individuos que trabajan con otras personas de alguna manera. (Maslach et al. 2001).

A través de las entrevistas, observación y desarrollo psicométrico, Maslach, Jackson y Leiter en 1981 crearon un método para evaluar el síndrome en el sector de los servicios humanos denominado: Maslach Burnout Inventory (MBI). Posteriormente se crearon distintas versiones del MBI original tales como Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS), Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey-Medical Personnel (MBI-HSS-MP), Maslach Burnout Inventory-Educational Settings (MBI-ES), entre otros. Esto con la finalidad de evaluar el SBO para distintos tipos de población, por ejemplo: educadores, estudiantes, personal asistencial, personal médico, etc.

VI.I. III Las 3 dimensiones del Burnout

Por consiguiente, con la incorporación del MBI, se propuso la existencia de tres componentes o dimensiones dentro del síndrome: el agotamiento emocional (AE), la despersonalización (DP) y una reducida realización personal (RP) (Barraza Cartagena 2016).

El AE es el síntoma más evidente del síndrome, el que más se reporta y el más analizado. Refleja la dimensión del estrés dentro del síndrome y se da a largo plazo. Si bien es el síntoma central

del síndrome, alguien que sólo presenta este síntoma no puede ser diagnosticado con burnout (Maslach et al. 2001).

La DP se produce tras el intento del trabajador por poner distancia entre sí mismo y su cliente, paciente, alumno, es decir, quien vaya a recibir el servicio. Esto se ve reflejado en la insensibilidad, cinismo e indiferencia que presenta el individuo entregando el servicio (Maslach et al. 2001).

La reducida RP es la más compleja, y se suele ver como una función (en cierto grado) de las otras dos dimensiones. Si se ha tenido una jornada laboral abrumadora que provoca agotamiento y despersonalización, probablemente se verá reflejado en la eficacia laboral del individuo, lo que tarde o temprano afectará su autoestima y su realización personal (Maslach, et al. 2001)

VI.1. IV Etiopatogenia del Burnout

Basándose en la definición del burnout como un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y una reducida realización personal. Se han propuesto distintos modelos para explicar el origen del mismo

De Hert, (2020) refiere que inicialmente Freudenberg, en conjunto con Gail North establecieron el modelo de 12 etapas, las cuales incluían 1) compulsión de probarse a sí mismo, 2) trabajar de más, 3) descuido de las necesidades básicas, 4) caso omiso a los problemas, 5) lo importante pasa a segundo término, 6) intolerancia, 7) aislamiento, 8) cambios en el comportamiento, 9) despersonalización, 10) vacío, 11) depresión, 12) Burnout.

No obstante, dicho modelo fue simplificado a 5 etapas, iniciando con la fase de “luna de miel”, caracterizada por: entusiasmo. Posteriormente, se evidencia la etapa de “estancamiento”, conllevando a un estado de estrés in situ, impactando de manera directa en las relaciones interpersonales del afectado. Luego, aparece una fase denominada: “estrés crónico” desencadenando frustración, siendo esta lo más similar al sentimiento de una reducida realización personal, manifestándose en sentirse incompetente o inadecuado por la sensación de falta de reconocimiento. A continuación, aparece la etapa de “apatía”, con la presencia de desesperación y desilusión. Finalizando con el “burnout habitual”. (De Hert, 2020)

No obstante, De Hert (2020) argumenta que además del modelo propuesto por Freudenberg, se conocen los siguientes:

1- ***Modelo de control de demanda de trabajo:***

Introducido inicialmente en 1979 por Karasek, y se basa en el balance entre la magnitud de la demanda (alta tensión) y el nivel de control en un ambiente laboral para una persona (latitud de decisión). Involucrando todos los aspectos correspondientes, así como: ritmo de trabajo, disponibilidad, presión del tiempo, tiempo de viaje, dificultad de las tareas, etc. Dicho modelo se basa en un diagrama que representa 4 situaciones laborales distintas, siendo: baja y alta tensión, además de trabajo pasivo y activo. (De Hert 2020)

Karasek propone que el trabajo de baja tensión representa la combinación entre un oficio con una demanda importante, pero con cierta latencia de toma de decisiones, por ejemplo: elección de horarios, etc. Por lo tanto, el trabajo de alta tensión hace referencia a una demanda exigente y compleja con una pobre latencia de toma de decisiones, aumentando el riesgo de estrés laboral significativamente. (De Hert 2020)

Por otra parte, un trabajo pasivo no se compone de complejidad, sin embargo, la latencia de toma de decisiones es casi nula, no generando un desafío para el trabajador. Por el contrario, el trabajo activo se basa en una alta demanda combinada con alta latencia de toma de decisiones. Resumiéndose en el equilibrio entre los requerimientos laborales y el nivel de control que un empleado tiene en su situación profesional. (De Hert 2020)

2- ***Modelo de desequilibrio esfuerzo-recompensa***

Una alternativa más sencilla fue propuesta por Siegrist en 1996, con un enfoque en que las condiciones de trabajo desafiantes se manifiestan como un desajuste entre la alta demanda (gran carga de trabajo) y el bajo control sobre las recompensas a largo plazo. (De Hert 2020)

3- ***Modelo de organización injusta***

De Hert (2020) también hace mención de un tercer modelo, introducido por Greenberg en 1987. El cual hace referencia a los componentes de la justicia organizacional, siendo; distributivo, procedimental y justicia informativa.

VI.II. Factores de riesgo asociados al Síndrome de burnout

VI.II. I Factores de Riesgo Generales para SBO

Si bien el SBO es atribuible al estrés laboral a la que el individuo es expuesto, se concibe al SBO como un fenómeno multicausal, por lo cual existen factores de riesgo que se han visto asociados a una mayor incidencia y prevalencia del SBO. Dichos factores pueden ser modificables o no modificables, además que varían según el tipo de población en estudio (diferencias características sociodemográficas y laborales). No obstante, varios factores suelen encontrarse presente de manera generalizada.

Maslach y Leiter. (2008) describen siete factores de riesgo asociados a SBO, siendo el principal la 1. Carga laboral, esto incluye sobrecarga de trabajo, tiempo limitado para descanso/recuperación, etc. Seguidamente se describe, 2. Control, haciéndose referencia a la falta de control personal, conflictos de rol y la ausencia de dirección en el trabajo. También se menciona una 3. remuneración/reconocimiento inadecuado, ya sea financiera, institucional o social.

Siguiendo la idea anterior, 4. La comunidad, consiste en aspectos relacionados a la falta de apoyo mutuo, falta de trabajo en equipo, resolución de conflictos inadecuada, etc. Por otro lado, se menciona 5. Igualdad, que implica la percepción de equidad por parte de una organización o jefe. Seguidamente se menciona 6. Valores, refiriéndose al poder cognitivo-emocional de las metas y expectativas laborales, es decir, conflictos entre los valores de una institución y los del individuo. Por último, 7. Incongruencia trabajo-persona, donde la personalidad del individuo no encaja con las expectativas laborales, o bien falta de mecanismo de defensa.

De la misma manera, se describen factores que hacen susceptible al individuo tales como componentes personales como: edad, sexo, situación familiar, estado civil, personalidad; además de inadecuada formación profesional, condiciones laborales deficientes y otros factores socioambientales (Saborío Morales y Hidalgo Murillo 2015)

Por otro lado, un metaanálisis por Danhof-Pont et al. publicado en 2010 incluyó a 31 estudios donde se analizaron biomarcadores como cortisol, sulfato de dehidroepiandrosterona (DHEAS), presión arterial, proteína C reactiva (PCR), linfocitos Natural Killer (NK) y prolactina en pacientes con SBO. No obstante, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas para sugerir que alguno fuera considerado un biomarcador de riesgo para SBO.

VI.II. II Profesión de Médico como Factor de Riesgo para SBO

Sin embargo, llama la atención el caso particular del personal de salud. Un estudio por Shanafelt et al. publicado en 2012, realizó una comparación entre médicos y población general en Estados Unidos respecto a la incidencia de SBO, donde se encontró que los médicos tenían una mayor incidencia de síntomas de SBO vs población general, 37.9% vs 27.8% respectivamente ($P < .001$). Otro hallazgo relevante fue que, en comparación a bachilleres, un mayor grado académico (maestría o doctorado no relacionado a medicina) confirió un menor riesgo de SBO. Mientras que, en el caso tener un grado en medicina (MD) confería un mayor riesgo de SBO luego de ajustar otros factores (OR:1.36, $p < 0.001$).

Dicho lo anterior, la profesión de médico pudiera considerarse un factor de riesgo para el desarrollo de SBO. Esto concuerda con otras problemáticas de salud mental en médicos como lo es el suicidio, donde se ha visto tasas de suicidio son 40% mayor en médicos hombres en relación a hombres en la población general y 130% mayor en médicos mujeres en comparación a mujeres en la población general. (Schernhammer y Colditz 2004).

Profundizando más, esta problemática viene surgiendo desde la formación del médico. Múltiples estudios han revelado que los estudiantes de medicina tienden a presentar mayores tasas de ideación suicida, depresión y SBO en comparación a la población general (Schwenk, et al. 2010). Por lo que el estudiar la carrera de medicina también podría considerar como otro factor de riesgo para el desarrollo de SBO.

VI.II.III Factores de Riesgo para SBO en Profesionales de la Salud

Por otro lado, existen factores de riesgo asociados al desarrollo de SBO ya propiamente en estudiantes/trabajadores de la salud. En un estudio publicado por Shanafelt et al. en 2009, se evaluaron 7905 cirujanos estadounidenses y se evidenció como factores de riesgo independientes asociados a desarrollo de SBO: ser joven + tener hijos (OR: 1.54), trabajar más de 60 horas semanales (OR:1.02 por cada hora adicional), algunas subespecializaciones (traumatólogo OR: 1.56, urólogo OR:1.48) número de llamados de turno nocturno (OR: 1.02 por cada noche adicional).

Dicho esto, también existe evidencia de mayor incidencia de SBO en determinadas especialidades. El estudio por Shanafelt et al. publicado en 2012 mostró una mayor incidencia de SBO en especialidades consideradas de “primera línea” como lo son medicina familiar, medicina interna y medicina de emergencias. Por su parte, una revisión sistemática y

metaanálisis por Rodrigues et al. publicada en 2018, evaluó la prevalencia de SBO en residentes de distintas especialidades, siendo las de mayor prevalencia: cirugía general, anestesiología, ginecoobstetricia y ortopedia (40.8%), seguido de medicina interna, cirugía plástica y pediatría (30.0%).

Dentro de lo anterior, existen datos que sugieren que el personal de áreas de emergencia en particular está en mayor riesgo de SBO, esto probablemente secundario a la sobrecarga laboral y la alta demanda de atención. Un estudio transversal por Moukarzel et al. publicado en 2019 investigó SBO en personal de salud del departamento de emergencia y encontró 1 de cada 2 médicos del área de emergencia presentaban SBO. Los factores asociados a SBO de manera independiente fueron estrés laboral, trastornos del sueño, trabajo nocturno, deseo de renunciar y baja calidad de salud mental.

Lo anterior se observó de manera similar en un estudio por Morales et al. publicado en 2019 donde el principal factor de riesgo para SBO en médicos internos de pregrado fue el rotar por el servicio de urgencias (OR: 5.4, p: 0.014).

No obstante, el SBO parece ser inherente al ámbito hospitalario, ya que un estudio por Guillén-Graf et al. publicado en 2019 realizado en estudiantes de medicina encontró un aumento de SBO severo en las escalas de AE y DP de 31.6% a 44.2% (p: 0.016) tras un mes de rotación clínica, esto dentro del contexto de un programa de exposición de 80 horas semanales.

Haciendo énfasis en el factor tiempo, si bien se habla de cantidad de horas laborales semanales, también se ha encontrado una asociación de este aspecto en el largo plazo. En el mismo estudio por Morales et al. 2019 se observó que en médicos internos a medida que avanza el tiempo de prestación de servicio, aumenta la prevalencia de SBO. De hecho, el solo llevar 6 meses de antigüedad se consideró un factor protector en comparación a 12 meses de antigüedad (OR: 0.26 p: 0.034). Lo mismo observaron Miranda-Ackerman et al. en 2019 donde la prevalencia de SBO en médicos internos de primer semestre fue de 15% en comparación a 29% en los de segundo semestre.

Continuando la idea anterior, esta tendencia se observa también dentro de estudiantes de medicina, Amor et al. en 2019 observaron que, en estudiantes de medicina de España, la prevalencia de SBO aumentó de 28.6 % en alumnos de primer curso a 60.5% en alumnos de sexto curso (p=0.01), aumentando el DE de 55.9% a 88.4% (p=0.001), DP de 26.5% a 65.1% (p=0.001). Por lo que a medida que el estudiante avanza en su proceso de formación y se ve expuesto al ámbito clínico, mayor es la prevalencia de SBO.

En cuanto a factores sociodemográficos, Amor et al. (2019) no observaron asociación entre factores como sexo, edad, domicilio familiar, actividades de ocio, trabajo remunerado y SBO. En otro estudio por Fontana et al. 2020, se observó que el SBO no se asoció a distintos tipos de actividades extracurriculares, ni a la búsqueda de apoyo social, ingresos del hogar o el tener beca.

Por otro lado, algunos estudios sugieren que estudiantes de medicina y residentes del sexo femenino tienen mayor riesgo de SBO y AE, mientras que el sexo masculino puede experimentar más la DP, aunque la relación no es muy fuerte (Dyrbye y Shanafelt 2015). De hecho, un estudio nacional por Cerda Vásquez (2014) el sexo femenino fue un factor de riesgo para SBO en personal de salud. (OR= 2.19, Chi cuadrado= 5.61, p= 0.01). Sin embargo, un metaanálisis por Low et al. (2019) muestra una mayor prevalencia de SBO en residentes varones, aunque particularmente en casados y de mayor edad. Por lo que la prevalencia SBO según sexo probablemente sea similar y las diferencias en los distintos estudios podrían ser atribuibles a otros factores adicionales.

En cuanto a factores académicos, una revisión sistemática y metaanálisis por Silvestre et al. publicada en 2021 concluyó que variables como "fracaso en los exámenes", "no tener percepción de la adquisición de habilidades" y "malestar con respecto a las actividades del curso" están asociadas como riesgo al SBO.

Por su parte, algunos estudios han encontrado asociación entre SBO y la personalidad del individuo. Se ha visto una asociación entre neuroticismo y AE (Dyrbye y Shanafelt 2015). Por otra parte, existe una asociación de la dimensión de AE con problemas de salud mental como depresión ($r = 0,392$), obsesión-compulsión ($r = 0,273$), sensibilidad interpersonal ($r = 0,242$), ansiedad ($r = 0,222$), hostilidad ($r = 0,294$) e ideación paranoide ($r = 0,262$) (Mingote Adán et al. 2004)

Aparte, la DP se relaciona significativamente con la hostilidad ($r = 0,262$), la ideación paranoide ($r = 0,266$) y el psicoticismo ($r = 0,233$). Sin embargo, la dimensión de realización personal presenta ausencia de relaciones significativas con los síntomas psicopatológicos (Mingote Adán et al. 2004). Finalmente, médicos con cualidades de idealismo, perfeccionismo y un intenso sentido de responsabilidad tienden a ser propensos a SBO. (Lacy y Chan 2017)

De igual forma, Koutsimani et al. (2019) a través de una revisión sistemática y metaanálisis encontraron una asociación significativa entre SBO y depresión ($r = 0.520$, SE = 0.012, 95%

CI = 0.492, 0.547) y entre SBO y ansiedad ($r = 0.460$, $SE = 0.014$, 95% CI = 0.421, 0.497). Aunque concluyen que se requieren de más estudios longitudinales para establecer causalidad.

En cuanto a consumo de sustancias hay una relación estadísticamente significativa para la dimensión de RP en relación con el consumo de alcohol. Aparte, los sanitarios que consumen analgésicos y tranquilizantes presentan mayor agotamiento emocional. Respecto al consumo de tabaco, las tasas altas de consumo (> 20 cigarrillos/día) se asocian con conductas de DP, siendo más acentuado en hombres que en mujeres. (Mingote Adán et al. 2004).

En lo relativo al trato recibido, se ha atribuido parte de SBO al maltrato recibido en el campo médico. Cook et al. (2014) observaron que la mayoría (83%) de estudiantes de medicina habían experimentado maltrato en una ocasión por residentes o por un miembro de la facultad, mientras que un 13% reportó haber experimentado maltrato “severo” o “numerosas veces”. El maltrato recurrente, en comparación al no recurrente se asoció con mayor prevalencia de SBO ($p: 0.001$).

Con todo lo anterior dicho, puede verse que existen una amplia gama de factores asociados al SBO, por lo que dicho fenómeno es evidentemente multicausal, sin embargo, la asociación de los distintos factores de riesgo y SBO pareciera variar según los distintos estudios, lo cual puede deberse a diferencias socioculturales entre las distintas poblaciones y el cómo los distintos factores de riesgo interactúan entre sí.

VI.III Síndrome de Burnout en los Estudiantes y Trabajadores de la Salud.

VI.III.I Síndrome de Burnout en Personal de Salud

A como se estableció previamente, los estudiantes de medicina y el personal de salud presentan tasas de SBO mayores en comparación a la población general, por lo cual tanto la carrera como el ejercer en el área de la salud, representa un factor de riesgo para el desarrollo de SBO.

Por un lado, las tasas de prevalencia de SBO en médicos varían entre un 25% a 75% según distintos estudios (Doulougeri et al. 2016), dicha variabilidad es aún más evidenciada en revisiones sistemáticas como la de Rotenstein et al. (2018) donde en base a 182 estudios en 45 países, se encontró una prevalencia entre 0% a 80.5%. Dicha inconsistencia se atribuye a los distintas definiciones y puntos de corte establecidos en los distintos estudios.

Respecto a esto Doulougeri et al. (2016) abordan la dificultad que ha existido para establecer un consenso en el diagnóstico de SBO en médicos. Dentro de esto, existen una gran inconsistencia entre la definición de SBO, ya sea como un síndrome tridimensional,

bidimensional y unidimensional. A esto habría que añadirle los distintos puntos de corte que se atribuyen para definir una esfera afectada y por supuesto la variabilidad de instrumentos utilizados más allá del MBI.

Dicho esto, la problemática es evidente dentro de este sector de la población, donde ya se ha evidenciado que existen tasas mayores de SBO en comparación a la población general. Aun no siendo el tema de enfoque, la misma problemática se ve dentro del personal de enfermería los cuales según una revisión sistemática y metaanálisis por Monsalve-Reyes et al. (2018) dicha población presenta una prevalencia de AE alto en un 28%, DP alta en un 15% y 31% en baja RP.

VI.III.II Síndrome de Burnout en estudiantes de medicina

Si bien se habla del SBO en personal médico, llama la atención como este empieza a ocurrir en las etapas de formación del médico. Como se mencionó previamente revisiones sistemáticas como las de Silvestre et al. (2021) y Erschens et al. (2019), existen prevalencias del 17% y 7.0%-75.2% respectivamente. Ambas revisiones hacen la observación que dichas prevalencias varían según el país donde se realizan los estudios, instrumentos aplicados y puntos de corte establecido, no obstante, se observa que la problemática alcanza prevalencias considerables.

Otro hallazgo particular, es el encontrado por Amor et al. (2020), quienes realizaron dos cohortes en España, encontrando una prevalencia de SBO en estudiantes de medicina de 33.6% y 38%. Lo particular de este estudio es que se hicieron subdivisiones del año que cursaban los estudiantes, viéndose una diferencia estadísticamente significativa entre estudiantes de 1er y 6to año, siendo las prevalencias de 20.9% y 45.6% en la primera cohorte y 20.6% y 60.5% en la segunda cohorte respectivamente. Por lo que se observa una tendencia al aumento de SBO a medida que el estudiante avanza en su carrera.

Dicho incremento puede deberse a la transición de las áreas preclínicas a clínicas, lo cual conlleva en sí, mayor responsabilidad y mayor carga de trabajo. Esto se observó en un estudio por Guillén-Graf et al. (2018) donde posterior a un mes de rotación clínica hubo un incremento de SBO estadísticamente significativo de 32% a 44%, particularmente en las esferas de AE y DP.

Dicho esto, es evidente que la carrera de medicina en sí, representa un factor detonante de SBO. Un hallazgo que da aún más soporte a esto, es el encontrado por Brazeau et al. (2014) donde se observa que estudiantes estadounidenses al momento de matricularse en medicina tienden a

tener tasas menores de SBO y síntomas depresivos en comparación a estudiantes matriculándose en otras carreras, 27.3% v 37.3%, $P < .001$ y 26.2% vs 42.4%, $P < .0001$ respectivamente. Además de presentar mejores puntajes en escales de calidad de vida en todas sus esferas ($P < .0001$). Todo esto incluso después de ajustar por posibles variables de confusión.

Sin embargo, una vez dentro del desarrollo de la carrera, los estudiantes de medicina tienden a experimentar mayores tasas de SBO y de síntomas depresivos ($P < .0001$) en comparación a la población general, dicha tendencia se mantiene durante las etapas de residencia médica y al momento de ejercer como médico. (Dyrbye et al. 2014). Algo similar observaron Shanafelt et al. (2012) donde en relación a bachilleres, un mayor grado académico no relacionado a medicina confirió un menor riesgo de SBO. Mientras que, en el caso de tener un grado en medicina, conllevaba un mayor riesgo de SBO luego de ajustar otros factores (OR:1.36, $p < 0.001$).

Con todo lo anterior, dicha problemática toma mayor relevancia cuando tomamos en cuenta la relación entre SBO y suicidio en estudiantes de medicina. Dyrbye et al. (2008) observaron en estudiantes estadounidenses una prevalencia de SBO de 49.6% y de ideación suicida 11.2%, encontrando una asociación entre ideación suicida y SBO OR: 2.33, $p < 0.001$. Además, se observó una disminución estadísticamente significativa en ideación suicida en estudiantes que se recuperaban de SBO en comparación a quienes padecía de SBO nuevo o “crónico”.

VI.III.III Síndrome de Burnout en médicos internos

Respecto al caso del internado rotatorio, este representa una de las etapas de mayor estrés laboral para el médico en formación, esto debido a situaciones no favorables como lo son enseñanza no satisfactoria, ambiente educativo no idóneo, horario y carga laboral, extenuante, papeleo excesivo, además de maltrato y acoso (Morales et al. 2019). Por lo cual, es una etapa donde puede desarrollarse el SBO.

La prevalencia del SBO en médicos internos ha sido estimado en estudios como el realizado Morales et al. (2019) realizado en México, donde se encontró una prevalencia global de SBO de 17.5%. Algo destacable es que el SBO se presentó en un 17% a los 6 meses de antigüedad mientras que en médicos internos con 12 meses de servicio el SBO se diagnosticó en un 43%. Por lo que, conforme avanza el tiempo en la prestación de servicio aumenta la prevalencia del síndrome de burnout en médicos internos. La esfera más afectada fue la de CE alto: 61.4%, seguido de RP baja en un 51.4% y DP alta en un 45.7%, siendo el principal factor de riesgo asociado fue rotar por el servicio de urgencias (OR: 5.4).

Por otra parte, igualmente en México, Miranda-Ackerman et al. (2018) observaron una prevalencia global de SBO del 20%. Nuevamente, los estudiantes internos de segundo semestre sufrieron mayores tasas de burnout (29%) en comparación a los de primer semestre (15%). Los puntajes de agotamiento emocional y despersonalización fueron más altos en los internos de segundo semestre que trabajaron en hospitales públicos. Sin embargo, la prevalencia no fue diferente entre hospitales públicos y privados.

Por último, un estudio transversal realizado en médicos internos de Brasil por Fontana et al. (2020) encontró una prevalencia del SBO de 57.5%. Dentro de las esferas, el AE alto estuvo presente en 33.1%, la DP alta se observó en 45.7% y 36.2% tuvieron baja RP. Aquí llama la atención que los individuos con participación en servicios comunitarios tuvieron menor frecuencia de despersonalización (RP:0.61 IC 95% 0.42-0.88). Mientras que el SBO no se asoció a distintos tipos de actividades extracurriculares, ni a la búsqueda de apoyo social, ingresos del hogar o el tener beca.

VI.III.IV Síndrome de Burnout en médicos residentes

Por su parte, la residencia médica, se considera otra etapa extenuante dentro de la formación del médico, donde la tendencia tiende a ser similar a la descrita en estudiantes de medicina y médicos internos. Aquí resalta el hecho que existen algunas tendencias de especialidades médicas que sufren mayores tasas de SBO en comparación a otras.

Respecto a esto, existen dos grandes revisiones sistemáticas y metaanálisis. En la realizada por Rodrigues et al. (2018), encontró una prevalencia global de 35.1%, siendo mayor en: cirugía general, anestesiología, ginecoobstetricia y ortopedia (40.8%), seguido de medicina interna, cirugía plástica y pediatría (30.0%). Sin embargo, en la realizada por Low et al. (2019), encontró una prevalencia global del 51%, siendo radiología (77.1%), neurología (71.9%) y cirugía general (58.3%) las 3 especialidades con mayor prevalencia de SBO, mientras que psiquiatría, (42%), oncología (38.3%) y medicina familiar (35.9%) tuvieron las menores prevalencias de SBO.

Con lo anterior mencionado, puede verse una gran variabilidad, sin embargo, esto puede deberse a los estudios incluidos en ambas revisiones (muestras no representativas, países distintos). Por ejemplo, las prevalencias en radiología y neurología fueron calculadas ambas en base a 2 estudios, representado un % muy bajo de los residentes incluidos en el metaanálisis. Aparte, lo que puede inferirse de esto es que hay especialidades tasas mayores de SBO, sin embargo, este se encuentra de manera considerable en todas las especialidades médicos

quirúrgicas, aunque con una aparente predilección por especialidades quirúrgicas y relacionadas al campo de emergencia.

VI.III.V Síndrome de Burnout en estudios nacionales

A nivel nacional, se han realizado ya varios estudios sobre SBO en personal de salud. Cerda Vásquez (2014) realizó un estudio sobre SBO en personal de salud del Hospital Santiago de Jinotepe. Se encontró una prevalencia del 71%, predominando en el personal de enfermería. La afección de las esferas del SBO fueron 40% RP, 25% AE y 20% DP, siendo los principales factores de riesgo sexo femenino, una mayor cantidad de horas diarias y una mayor carga de trabajo semanal.

Por su lado, Rodríguez Hernández (2016) evaluó la prevalencia de SBO en médicos residentes de 2do a 4to año de especialidades médicas quirúrgicas. Hubo una prevalencia de SBO del 50% afectando primordialmente mujeres casadas, siendo esfera más afectada fue el AE con 62% seguido de la DP con 38% finalmente la RP baja se presentó en el 14% de la muestra estudiada.

Por otra parte, García Cisneros (2016) valoró la prevalencia de SBO y factores asociados en médicos generales y residentes de último año en el Hospital Alemán Nicaragüense, donde se encontró una prevalencia del 25%. Se observó que un 87.5% de los médicos estudiados tienen un nivel alto de RP, mientras que un 62.5% se encontró un nivel medio de AE. Por último, un 87.5% de los casos se encontró un nivel alto de DP.

VI.IV. Validación Científica de las Escalas del Burnout

VI.IV.I Maslach Burnout Inventory (MBI)

A como se mencionó en un principio, el MBI fue la primera herramienta diseñada para el estudio del SBO. De modo que, hoy en día se trata de la escala más utilizada en este ámbito, utilizada hasta en 93% de artículos publicados respecto al tema. Por ende, ya ha sido validada en diversos contextos y profesiones (Doulougeri et al. 2016), además de desarrollarse versiones alternativas como el MBI HHS, MBI-SS, MBI-GS, entre otros.

Respecto a la fiabilidad de la escala, en el manual del MBI, Maslach et al. (1997) se establece que la consistencia interna del MBI fue determinada a través del alfa de Cronbach, resultando en coeficientes de 0.90 para DE, 0.79 para DP y 0.71 para RP. Por su parte, Iwanicki y Schwab

(1981) mostraron hallazgos similares con alfa de Cronbach de 0.90 para DE, 0.76 para DP y 0.76 para RP.

En cuanto a la validación en el campo médico, Doulougeri et al. (2016) plantean la problemática de que el MBI no se diseñó en un principio como una herramienta diagnóstica, sin embargo, se han llevado a cabo validaciones para ello, principalmente en Holanda donde se validó clínicamente en varios estudios.

En cuanto a versiones alternativas del MBI, destaca un estudio por Obregon et al. (2020), donde se utilizó la escala MBI-SS para valorar SBO en estudiantes de medicina, encontrándose alfa de Cronbach de 0.83 para DE, 0.76 para eficacia académica y 0.85 para cinismo. Por su parte, un estudio por Lin et al. (2022) evaluó las propiedades psicométricas del MBI-HSS-MP encontrando alfa de Cronbach de 0.84 para DE, 0.78 para RP y 0.73 para DP.

No obstante, el instrumento MBI no está exento de limitaciones, Olivares-Faúndez et al. (2018) plantean los siguientes problemas con dicho instrumento: 1. Algunos investigadores proponen que sería mejor considerar solo 2 factores en lugar de los 3 originalmente propuestos. 2. La dimensión DP muestra indicadores de consistencia interna inferiores en algunos estudios. 3. Es necesario capturar más ampliamente la naturaleza del SBO.

Respecto al primer punto mencionado, Doulougeri et al. (2016) comentan como existe una inconsistencia en la definición de SBO a través del MBI, con lo cual a través de una revisión encontraron distintas definiciones utilizadas: 1. AE alto + DP alta + RP baja 2. AE alto y/o DP alta 3. AE alto y/o DP alto + RP baja 4. Cualquier dimensión alta 5. Solo AE alto.

En cuanto al segundo punto, un ejemplo de esto se observó en un estudio por Ogunsuji et al. (2022) donde se evaluó la fiabilidad y validez interna del MBI y otros instrumentos para valoración de SBO en médicos residentes de Nigeria. Dentro de los hallazgos se observó un alfa de Cronbach de 0.89 para AE, pero para DP y RP fue de 0.68 y 0.62 respectivamente.

Por otra parte, también se ha cuestionado la universalidad del MBI debido a su origen dentro de un contexto anglosajón. Para ello, Kulakova et al. (2017) investigaron la universalidad del constructo del MBI en un contexto latinoamericano. Se evidenció que El 41% de los ítems no superaron las cargas factoriales. Siendo las dimensiones DP (Cronbach: 0.50) y RP (Cronbach: 0.52), las de mayor cuestionamiento. Mientras que AE (Cronbach: 0.82) resultó consistente y con la fiabilidad aceptable. Esto se atribuye a la probable falta de correspondencia cultural del constructo.

VI.IV.II Otras herramientas para la medición del SBO

A como se mencionó previamente, el MBI y sus versiones alternativas, aún con sus limitaciones, es la herramienta más validada y utilizada para el estudio del SBO. No obstante, han surgido otras herramientas alternativas para el estudio del SBO, que de igual manera han sido validadas.

Una de estas escalas es el Copenhagen Burnout Inventory (CBI), creado en 2005. Esta escala se enfoca en el aspecto de la fatiga y agotamiento del SBO y evalúa 3 ámbitos diferentes: SBO personal, SBO relacionado al trabajo y SBO relacionado al cliente/paciente/estudiante. Dicha escala ya ha sido validada y traducida a múltiples idiomas.

En cuanto a su validez, Márquez Lugo et al. (2021) comentan que, en la evaluación original de la escala, se evidenció un alfa de Cronbach entre 0.85-0.87. Hallazgos similares se han visto en otros estudios donde el alfa de Cronbach en general suele encontrarse $>0,80$. Un ejemplo de esto se observa en un estudio por Todorovic et al. (2021) donde se observó un alfa de Cronbach de 0.93. Igualmente, Ogunsuji et al. (2020) observó alfa de Cronbach en rango de 0.83 a 0.91 en sus 3 subescalas.

Sin embargo, Márquez Lugo et al. (2021) comentan algunas desventajas del CBI. Primeramente, este se enfoca únicamente en el componente del agotamiento físico y emocional y deja a un lado esferas como la DP y baja RP. Otra desventaja es el uso del lenguaje similares en diferentes ítems lo cual puede llevar a una superposición de resultados. Por último, hay falta de literatura de su validación dentro del contexto latinoamericano.

Por su parte, el Oldenburg Burnout Inventory (OLBI) es un instrumento creado en 1999. Se trata de un instrumento similar al MBI en el sentido que evalúa agotamiento (físico-emocional) y la desconexión, pero excluye la esfera de RP. Por lo que se plantean como un modelo bidimensional.

En cuanto a su validez y confiabilidad, está se encuentra en rangos aceptables con alfa de Cronbach entre 0.74 a 0.87, siendo todas sus puntuaciones por encima de 0.70. De igual manera es una escala validada en varios idiomas y contextos (Márquez Lugo et al. 2021). De hecho, una revisión sistemática por Shoman et al. (2020) encontró que la escala OLBI tenía el mayor número de propiedades psicométricas en comparación a MBI, CBI y otras.

No obstante, también existen ciertas desventajas respecto a este instrumento. Primeramente, se necesitan más pruebas para verificar sus propiedades psicométricas, además de la escasez de literatura respecto a validación de este instrumento en el contexto latinoamericano.

Por último, otro instrumento a destacar es el Spanish Burnout Inventory (SBI) o Cuestionario de Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT). Este instrumento surge como una alternativa para evaluar el SBO dentro de un contexto hispanohablante. Este evalúa 4 dimensiones, 1. Ilusión por el trabajo 2. Desgaste psíquico 3. Indolencia y 4. Culpa (Olivares-Faúndez et al. 2018)

Siguiendo la idea, Olivares-Faúndez et al. (2018) plantean que el SBI ofrece algunas ventajas frente a otros instrumentos existentes tales como: 1. Parte desde un modelo teórico previo al modelo psicométrico, 2. Añade la culpa como un síntoma que permite establecer distintos perfiles en la evolución del burnout 3. Supera las insuficiencias psicométricas de otros instrumentos; y 4. Contempla de forma más cercana, los aspectos socioculturales latinoamericanos.

Respecto a la fiabilidad de las subescalas, en este mismo estudio por Olivares-Faúndez et al. (2018) dos de las cuatro subescalas del cuestionario (Ilusión por el trabajo y Desgaste psíquico) alcanzaron valores de fiabilidad alfa de Cronbach adecuados (> 0.70) mientras que indolencia (0.66) y culpa (0.60) no alcanzaron valores adecuados. En cuanto a esto, comentan que en el caso de indolencia se han encontrado valores similares en otros estudios, lo cual permite afirmar la existencia de consistencia interna, mientras que en el caso de culpa en estudios previos se han visto valores > 0.70 .

Siguiendo la idea, en el caso de personal de salud, García Borrero et al. (2021) evaluaron la fiabilidad y validez del SBI en médicos residentes de especialidades quirúrgicas en Colombia. En este, se observó un alfa de Cronbach de 0.79 para ilusión por el trabajo, 0.89 para desgaste psíquico, 0.75 para indolencia y 0.79 para culpa, teniendo así un puntaje de 0.78 para la escala en general.

VIII. Hipótesis

H1: El sexo, la maternidad/paternidad, el estado civil, el tipo de rotación, el estrés laboral, la falta de satisfacción laboral, la falta de remuneración integral, el tiempo de jornada laboral, el riesgo académico y la falta de actividades extracurriculares son factores de riesgos asociados al Síndrome de Burnout

H0: El sexo, la maternidad/paternidad, el estado civil, el tipo de rotación, el estrés laboral, la falta de satisfacción laboral, la falta de remuneración integral, el tiempo de jornada laboral, el riesgo académico y la falta de actividades extracurriculares no son factores de riesgos asociados al Síndrome de Burnout

IX. Diseño Metodológico

IX.I. Área de estudio

Hospitales-Escuelas del departamento de Managua

IX.II Tipo de investigación.

El presente estudio es de tipo observacional, transversal, analítico

IX.III Universo

130 médicos Internos de Universidades públicas y privadas

33 médicos internos de la Facultad de Ciencias Médicas del Hospital Militar

43 médicos internos de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Americana (UAM)

54 médicos internos de Hospitales público del Ministerio de Salud, esto incluye Facultad de Ciencias Médicas Universidad Católica (UNICA) Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (UNAN) y Universidad Central de Nicaragua (UCN)

Hospitales incluidos dentro del estudio: Hospital Escuela Alemán Nicaragüense, Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca, Hospital Escuela Bertha Calderón Roque, Hospital Escuela Manuel de Jesús Rivera, Hospital Escuela Manolo Morales Peralta, Hospital Escuela Carlos Roberto Huembes, Hospital Escuela Alejandro Dávila Bolaños, Hospital Escuela Bautista.

La jornada laboral consiste de 8 horas diarias en promedio de lunes a viernes. Horario habitual de 7 a.m. a 3 p.m. A esto se le añade turnos de 24 horas cada 4 días, incluyendo fines de semanas. Todo médico interno rota por 5 servicios: Pediatría, Cirugía, Ginecoobstetricia, Atención Primaria en Salud (APS) y Medicina Interna, ya sea en una sola unidad hospitalaria o en varias en dependencia de donde es asignado el médico interno.

IX.IV Muestra

89 médicos internos de universidades públicas y privadas.

IX.V Estrategia muestral: estrategia probabilística- epidat.

Tamaño de la muestra $n = [EDFF * Np(1-p)] / [(d^2 / Z^2_{1-\alpha/2} * (N-1) + p*(1-p)]$

Tamaño de la población (para el factor de corrección de la población finita o fcp)(N): 130

Frecuencia % hipotética del factor del resultado en la población (p):50% +/-

Límites de confianza como % de 100(absoluto +/-%) (d): 5 (90%)

Efecto de diseño (para encuestas en grupo-*EDFF*): 5%

IX.VI Unidad de análisis.

Médicos internos de hospitales escuela de Managua en el periodo marzo 2021-marzo 2022

IX.VII Variable principal

Síndrome de Burnout

IX.VIII Criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de Inclusión

- Médicos Internos de los Hospitales Escuelas del Departamento de Managua que realizaron su internado procedente de las Universidades: UNICA, UAM, UCN, UNAN, Facultad de Medicina del Hospital Militar.
- Médicos Internos que cursaron el internado de marzo 2021-marzo 2022
- Médicos Internos que voluntariamente desean participar en la presente tesis.
- Médicos Internos que hayan realizado sus rotaciones académicas-asistenciales en el período establecido.
- Médicos Internos que llenen el formato virtual de Burnout de manera completa.

Criterios de Exclusión.

- Médicos Internos que cursen en interfases en los Hospitales Escuelas durante el período establecido.
- Médicos Internos que no pertenezcan a las Universidad descritas en los criterios de inclusión.
- Médicos Internos que no deseen participar voluntariamente en la presente tesis.
- Médicos Internos que no llenen el Formato Virtual de Burnout de manera completa.
- Médicos Internos que no hayan finalizado su internado en el período correspondiente.

IX. IX Variables por objetivos.

Objetivo No. 1. Describir las características sociodemográficas de los médicos internos en hospitales escuela de Managua 2021-2022 y su relación con el síndrome de Burnout.

- 1.1. Edad
- 1.2. Sexo
- 1.3. Procedencia
- 1.4 Riesgo reproductivo: paternidad, maternidad.
- 1.5 Estado civil: soltero, unión de hecho, viudo, casado
- 1.6. Universidad
- 1.7 Unidad hospitalaria

2. Identificar los principales factores de riesgo modificables y no modificables del síndrome de Burnout en médicos internos de los hospitales escuela de Managua 2021-2022.

- 2.1 Síndrome de Burnout
- 2.2 Agotamiento Emocional
- 2.3 Despersonalización.
- 2.4 Realización Personal
- 2.5 Satisfacción laboral: motivación laboral, satisfacción laboral, insatisfacción laboral, autopercepción del desempeño laboral
- 2.6 Estrés laboral: agotamiento, fatiga, cefalea, colon irritable, insomnio
- 2.7 Tipo de rotación: Cirugía, Medicina interna, Pediatría, Atención primaria en salud, Ginecoobstetrica
- 2.8. Remuneración integral: monetaria, académica, institucional.
- 2.9. Riesgo de jornadas laborales: > 40 horas semanales < 40 horas semanales, jornadas extrahospitalarias
- 2.10 Actividades extracurriculares: Deportivas, culturales, académicas, servicios comunitarios
- 2.11 Riesgo académico: Fracaso en los exámenes, falta de percepción de la adquisición de las habilidades, malestar respecto a las actividades del curso
- 2.12 Riesgo de Prevalencia de Burnout según evolución laboral: Primera Rotación, segunda rotación, tercera rotación, cuarta rotación, quinta rotación

IX. X Operacionalización de las variables.

Objetivo 1: Describir las características sociodemográficas de los médicos internos en hospitales escuela de Managua 2021-2022 y su relación con el síndrome de Burnout.

Variable	Definición Operacional	Definición Conceptual	Indicador	Valor	Tipo
Sexo	Caracteres primarios y secundarios sexuales	Condición orgánica por la que se diferencia la sexualidad humana	Masculino Femenino	No de médicos internos según sexo.	Cualitativa Nominal
Edad	Edad en años cumplidos en el momento de la encuesta.	Numero en años del tiempo de vida de una persona	Grupos Etarios	21-23 años 24-25 años 26-28 años >28 años	Cuantitativa Continua
Procedencia	Residencia actual en el momento de la encuesta	Lugar de origen del encuestado	Ubicación geográfica	Urbano Rural	Cualitativa Nominal
Riesgo Reproductivo	Se manifiesta por su rol materno o paterno durante su profesión	La presencia de hijos durante su formación académica y laboral.	Paternidad Maternidad	Si No	Cualitativa Nominal
Estado Civil	Categoría en relación de pareja al momento de la encuesta	El Estado civil es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes	Soltero Casado Viudo Unión de hecho	Si –No Si-No Si-No Si-No	Nominal Cualitativa
Universidad	Universidad donde realiza sus estudios al	Institución destinada a la enseñanza	UNICA UAM	Si-No	Nominal Cualitativa

	momento de la encuesta	superior constituida por varias facultades y que concede los grados académicos correspondientes.	UCN UNAN Facultad ciencias médicas Hospital Militar		
Unidad Hospitalaria	Unidad hospitalaria donde se realizó su internado rotatorio	Establecimiento o destinado a la atención de enfermos por parte de personal de salud	HAN HALF HBCR HMJR HMMP HCRH HADB Hospital Bautista	Si-No	Cualitativa Nominal

Objetivo 2. Identificar los principales factores de riesgo modificables y no modificables del síndrome de Burnout en médicos internos de los hospitales escuela de Managua 2021-2022.

Variable	Definición Operacional	Definición Conceptual	Indicador	Valor	Tipo
Síndrome de Burnout	Síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir en individuos que trabajan con personas	Se trata de un estado de estrés laboral crónico, que se caracteriza por que individuo presenta un agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal que afecta su	1. agotamiento emocional alto + despersonalización alta + baja realización personal 2. Burnout alternativo #1 (agotamiento emocional alto + despersonalización alta) 3. Burnout alternativo #2 (2 de 3 subescalas alteradas)	Escala de 22 items	Cualitativa Nominal

		vida individual y colectiva	4. Indicios de Burnout (1 de 3 subescalas alteradas)		
Evaluación de Burnout	Se considera un Burnout donde la sumatoria de las tres dimensiones están afectadas.	Evaluación que se realiza al agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal	1. Alta 2. Medio 3. Bajo.	Alto: Agotamiento Emocional es más de 26 y despersonalización más de 9 y realización personal más de 39. Medio: AE (19-26) DP (6-9) y RP (34-39) Bajo: AE(0-18), DP(0-5) y RP(0-33)	Cualitativa Nominal

Variable	Definición Operacional	Definición Conceptual	Indicador	Valor	Tipo
Agotamiento Emocional	Sucede cuando los recursos emocionales de una persona se han agotado.	Se define como cansancio y fatiga que puede manifestarse física y psíquicamente. Es la sensación de no poder dar más de sí mismo a los demás.	Datos reportados en la encuesta. Consta de 9 preguntas. Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo ya sea Alto, Medio o Bajo	0=Nunca 1=Pocas veces al año o menos 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	Cualitativa Nominal

Despersonalización	Esta se caracteriza por inestabilidad emocional por parte del profesional, quien comienza a tratar a los pacientes y colegas de manera impersonal. Y consiste en el desarrollo de actitudes negativas, de insensibilidad y cinismo hacia los receptores del servicio prestado.	Es el desarrollo de sentimientos, actitudes y respuestas negativas, distantes, frías hacia las personas	Datos reportados en la encuesta. Está formada por 5 ítems. Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento o ya sea Alto, Medio o Bajo	0=Nunca 1=Pocas veces al año o menos 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	Cualitativa Nominal
Reducida realización Personal	Revelan una autoevaluación negativa asociada a la infelicidad y la insatisfacción en el trabajo. Es la tendencia a evaluar el propio trabajo de forma negativa: los afectados se	Surge cuando se verifica que las demandas que se hacen, exceden las capacidades para atenderlas de forma competente. Supone respuestas negativas hacia uno mismo y hacia su trabajo. Se caracteriza por una desilusión y fracaso en dar sentido personal al	Datos reportados en la encuesta. Se compone de 8 ítems. Evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo ya sea Alto, Medio o Bajo.	0=Nunca 1=Pocas veces al año o menos 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	Cualitativa nominal

	reprochan no haber alcanzado los objetivos propuestos, con vivencias de insuficiencia personal y baja autoestima profesional	trabajo, experimentando sentimientos de fracaso, insatisfacción.			
Satisfacción laboral	La satisfacción laboral representa una respuesta afectiva o emocional hacia el trabajo como un todo	surge como resultado de un proceso de evaluación más consciente de las características del trabajo y de su comparación con un standard cognitivo	Motivación laboral Satisfacción Laboral Insatisfacción Laboral Autopercepción del desempeño laboral	1. Escala de Likert Excelente Muy bueno Bueno Regular Malo 2. Si 3. No	Cualitativa Nominal
Estrés Laboral	Este se manifiesta a través de un estado de agotamiento físico y mental que se prolonga en el tiempo y llega a alterar la personalidad y autoestima del trabajador.	Se definen como los trastornos psicosomáticos y de conducta que están presentes por la Actividad Laboral que se produce en el internado rotatorio.	Fatiga Cefalea Colon irritable Insomnio. Ansiedad Depresión.	Si No	Cualitativa Nominal
Tipo de Rotación	Rotación del Médico Interno por el Servicio donde realiza su	Planificación docente de rotación del médico interno en su práctica	Carga Laboral	Medicina Cirugía Pediatria Ginecoobstetricia APS	Cualitativa Nominal

	Internado rotatorio	médico-quirúrgica.			
Remuneración Integral	Es el tipo de remuneración que se percibe por su actividad académica-laboral	Es la remuneración mensual por su rotación en los servicios	1.Monetaria 2.Reconocimiento Académico 3.Reconocimiento Institucional	Si- No Si-No Si-No	Nominal Cualitativa
Riesgo Académico	Se considera como un estado de propensión en el confluyen distintos factores.	Una condición de propensión al bajo rendimiento académico, al fracaso escolar, bajo nivel de aprovechamiento de habilidades y destrezas. Etc.	1.Fracaso en los exámenes 2.Falta de percepción de la adquisición de las habilidades 3.Malestar respecto a las actividades del curso	Si – No Si-No Si-No	Nominal Cualitativa
Riesgo Jornadas Laborales	Situación contractual en cuanto a las condiciones de trabajo en que se encuentra el individuo al momento de la encuesta	Situación laboral de un individuo relacionadas con las jornadas laborales realizadas durante su internado rotatorio.	1.Jornadas Laborales > 40 horas semanal 2.Jornadas Extrahospitalarias semanal	Si – No Si-No Si-No	Cualitativa Nominal
Actividades extracurriculares	Son actividades que realiza el médico interno fuera de su jornada laboral	Actividades que se realizan de forma comunitaria, social o familiar.	1.Deportivas 2.Culturales 3.Académicas. 4.Servicios comunitarios 5. Actividades religiosas	Si-No	Cualitativa Nominal
Riesgo de Prevalencia de Burnout según evolución laboral	Tiempo de trabajo realizado según el período académico-laboral en	Aparición del Burnout según la evolución de su rotación laboral en un tiempo definido	Primera Rotación Segunda rotación Tercera rotación	Si No	Cualitativa Nominal

	las unidades de salud.		Cuarta rotación Quinta rotación		
--	------------------------	--	------------------------------------	--	--

IX. XI Cruce de variables

- Sexo y Síndrome de Burnout
- Estado civil y Síndrome de Burnout
- Riesgo reproductivo y Síndrome de Burnout.
- Satisfacción Laboral y Síndrome de Burnout
- Stress Laboral y Síndrome de Burnout
- Jornada Laboral y Síndrome de Burnout
- Actividades extracurriculares y Síndrome de Burnout
- Remuneración integral y Síndrome de Burnout
- Riesgo académico y Síndrome de Burnout
- Tipo de rotación y Síndrome de Burnout

IX. XII Obtención de la información

Se utilizaron dos cuestionarios por medio de las Plataforma Virtual Google a cada uno de los médicos internos, que trabajaron en los diferentes servicios de los Hospitales. Se explicó los motivos del estudio, así como también que su participación era voluntaria, de carácter anónimo, y que los datos consignados serían estrictamente confidenciales para recabar la información necesaria, se utilizó dos cuestionarios. La distribución de este cuestionario se realizó a través de múltiples redes sociales, aclarando siempre a la población que iba dirigida.

El primero consiste de datos generales y laborales con variables como nombre (opcional), edad, sexo, estado civil, procedencia, factores de riesgo modificables y no modificables, etc.

Para evaluar el síndrome de *burnout*, se utilizó la escala de valoración de “*Maslach Burnout Inventory Human Services Survey for Medical Personnel (MBI-HSS-MP)*”. Este instrumento consta de 22 reactivos, distribuidos en tres dimensiones: 1) agotamiento emocional (AE) formada por 9 ítems que describen sentimientos de estar agotados y abrumados (puntajes: alto ≥ 27 , medio 19 a 26 y bajo 0 a 18); 2) despersonalización (DP), constituida por 5 reactivos, que describe una respuesta impersonal y falta de sentimientos (puntajes: alto ≥ 10 , medio 5 a 9 y bajo 0 a 5); y, 3) y realización personal (RP), con 8 ítems que describen sentimientos de falta de motivación (puntajes: baja < 33 , medio 34 a 39 y alta 40 a 48), correspondiendo a las tres subescalas del MBI. Para las dimensiones “AE” y “DP”, altas puntuaciones corresponden a altos sentimientos de Burnout y para la de “RP”, bajas puntuaciones se relacionan a altos

sentimientos de Burnout. Este instrumento es confiable, tanto en su validez factorial concurrente y discriminante. La encuesta no informará al encuestado su resultado final. Previo a la recolección de información se llevo a cabo una validación del instrumento por expertos (ver Anexo)

IX. XIII Procesamiento de la información

Clasificación de las Variables	Tipo de Variables	Estadística	Software Estadístico
Variabes Cuantitativas	Edad	Frecuencia	SPSS versión 25
Variabes Cualitativas	1.Sexo 2.Procedencia 3.Riesgo reproductivo 4. Universidad 5. Unidad hospitalaria 6.Síndrome de Burnout 7.Agotamiento Emocional 8.Despersonalizacion 9.Realización personal 10.Satisfaccion laboral 11. Estres laboral 12. Riesgo académico 12.Riesgo Jornada Laboral 13.Remuneración Integral 14. Tipo de rotación	Tablas de Contingencia Medidas de Tendencia Chi cuadrado Alfa de Cronbach Razón de momios para prevalencias Chi de Mantel y Haenszel	SPSS versión 25

IX. XIV Análisis estadístico

El análisis estadístico fue realizado mediante el *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versión 25 para Windows. Se llevaron a cabo análisis estadísticos descriptivos, paramétricos y no paramétricos. Tales como:

Medidas de tendencia central

Alfa de Cronbach

Razón de momios para prevalencia

Chi de Mantel y Haenszel

IX. XV Consideraciones éticas.

Se solicitó la autorización respectiva a la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Católica Redemptoris Matter y la aprobación del tema a Investigar con fines de promoción académica.

A las personas seleccionadas se les dio una breve explicación de la investigación, se hizo hincapié de que la información recolectada en las encuestas es confidencial y anónima pues no se pide datos personales que identifiquen a la persona.

Después de toda la información brindada se le preguntó al seleccionado si deseaba participar. Al ser afirmativa su respuesta, aceptar la encuesta y entregarla resuelta el seleccionado está aceptando su participación en la investigación por lo tanto dando su consentimiento para usar la información que brinda a través del llenado de la encuesta virtual.

IX. XVI Limitaciones y estrategias de intervención

Dentro de las limitaciones al llevar a cabo el estudio se presentaron inicialmente dificultades para recolectar un número de encuestas adecuadas, lo cual retrasó el avance del trabajo por aproximadamente 1 semana más de lo planeado, sin embargo, se logró alcanzar la meta eventualmente a través de una mayor difusión del cuestionario. Por otro lado, debido a la naturaleza del cuestionario, la base de datos no estaba adecuadamente organizada para su manipulación en SPSS, por lo cual se tuvo que reintroducir de manera manual una serie de variables para poder realizar los análisis estadísticos pertinentes, lo cual retrasó el trabajo 1 semana más.

X. Resultados

Los resultados de la presente tesis se presentarán en base los objetivos planteados:

Objetivo No.1 Describir las características sociodemográficas de los médicos internos en hospitales escuela de Managua 2021-2022 y su relación con el síndrome de Burnout.

1.1 En relación al grupo etario, el 83.1% (74) de médicos internos se encontraban en el rango de 20 a 25 años edad, mientras que el 16.9% (15) restante se encontraba en el rango de 26 a 30 años. La media de edad fue de 24.2 y la desviación estándar de 1.75. Siendo el rango de 21 a 30 años. (Ver Tabla 1)

1.2 En relación al sexo, el sexo predominante fue el femenino con un 70.8% (63), mientras que el 29.2% (26) restante correspondió al sexo masculino. (Ver Tabla 2)

1.3 El 98.9% (88) de médicos internos eran de procedencia urbana, mientras que solo el 1.1% (1) era de procedencia rural. (Ver Tabla 3)

1.4 El 85.4% (76) de médicos internos eran solteros, mientras que un 6.7% (6) se encontraban casados. Por último, el 7.9% (7) se encontraba en unión de hecho. (Ver Tabla 4)

1.5 El 88.8 % (79) de médicos internos no tenía hijos al momento de realizar su internado, mientras un 11.2 % (10) si tenía hijos. (Ver Tabla 5)

El 28.1 % (25) de médicos internos fueron procedente de la UAM, seguido de 24.7% (22) procedente de la UNICA, seguido de 18 % (16) procedente de la UCN, y por último 14.6 % (13) procedente tanto de la UNAN como de la facultad de ciencias médicas del Hospital Militar. (Ver Tabla 6)

La mayoría de médicos internos realizó su internado en 2 o más hospitales, con un 43.8% (39). Por otro lado, un 20.2 % (18) realizaron su internado únicamente en el HADB. Seguido de un 15.7 % (14) quienes lo realizaron únicamente en el HCRH. Seguido de un 14.6% (13) quienes lo realizaron únicamente en el HAN, y por último un 5.6% (5) quienes lo realizaron únicamente en el Hospital Bautista. (Ver Tabla 7)

Objetivo 2. Identificar los principales factores de riesgo modificables y no modificables del síndrome de Burnout en médicos internos de los hospitales escuela de Managua 2021-2022.

2.1 La mayoría de médicos internos presentó agotamiento emocional alto según el MBI-HHS-MP con un 76.4 % (68). Por otra parte, un 12.4% (11) presentó agotamiento emocional medio, mientras que el 11.2 % (11) restante presentó agotamiento emocional bajo. La media de la puntuación en la subescala de agotamiento emocional fue de 35, con una desviación estándar de 11.65, encontrándose el rango entre 7 y 54. (Ver Tabla 8)

2.2 El alfa de Cronbach calculado para la subescala de agotamiento emocional fue de 0.883, mientras que el Kaiser Meyer-Olkin (KMO) calculado fue de 0.854. (Ver Tabla 9)

2.3 La mayoría de médicos internos presentó despersonalización alta según el MBI-HHS-MP con un 58.4% (52). Por otra parte, un 10.1 % (9) presentó despersonalización media, mientras que el 31.5% (28) presentó despersonalización baja. La media de la puntuación en la subescala de despersonalización fue de 11, con una desviación estándar de 7.37 y un rango de 0 a 27. (Ver Tabla 10)

2.4 El alfa de Cronbach calculado para la subescala de despersonalización fue de 0.747, mientras que el KMO calculado fue de 0.754. (Ver Tabla 11)

2.5 La mayoría de médicos internos presentó realización personal alta según el MBI-HHS-MP con un 46.1% (41). Por otra parte, un 21.3 % (19) presentó realización personal media, mientras que el 32.6% (29) presentó realización personal baja. La media de la puntuación en la subescala de realización personal fue de 36.8, con una desviación estándar de 8.3 y un rango de 10 a 48. (Ver Tabla 12)

2.6 El alfa de Cronbach calculado para la subescala de realización personal fue de 0.781, mientras que el KMO calculado fue de 0.801. (Ver Tabla 13)

2.7 El síndrome de Burnout (AE alta + DP alta + RP baja) tuvo una prevalencia del 23.6 % (21) en los médicos internos. Mientras que el 76.4 % (68) restante no tuvo afección de las 3 esferas. (Ver Tabla 14)

2.8 El alfa de Cronbach calculado para todo el instrumento MBI-HHS-MP fue de 0.706, mientras que el KMO calculado fue de 0.830. (Ver Tabla 15)

2.9 Un 52.8 % (47) de los médicos internos presentó Burnout alternativo #1 (AE alto + DP alta), mientras que el 47.2 % (42) restante no. (Ver Tabla 16)

2.10 Un 59.6% (53) de los médicos internos presentó Burnout alternativo #2 (2 de 3 esferas afectadas), mientras que el 40.4% (36) restante no. (Ver Tabla 17)

2.11 El 83.1 % (74) de los médicos internos presentó indicios de Burnout (al menos 1 de las 3 esferas afectadas), mientras que solo el 16.9 % (15) no presentó afección de alguna de las esferas. (Ver Tabla 18)

2.12 La mayoría de médicos internos percibió que su desempeño laboral fue “Muy bueno” con un 46.1 % (41), esto seguido de un desempeño “bueno” por parte del 31.5% (28). Por otro lado, un 19.1 % (17) de médicos internos consideró que su desempeño fue “excelente”. Mientras que, un 2.2% (2) y un 1.1% (1) percibió su desempeño como “regular” y “malo” respectivamente. (Ver Tabla 19)

2.13 La mayoría de médicos internos se sintió motivado al trabajar en sus rotaciones hospitalarias con un 70.8 % (63), mientras que el 29.2% (63) restante no se sintió motivado al trabajar en sus rotaciones hospitalarias. (Ver Tabla 20)

2.14 Para la mayoría de médicos internos su trabajo realizado representó satisfacción con un 76.4 % (68), mientras que para el 23.6% (21) restante no representó satisfacción. (Ver Tabla 21)

2.15 La mayoría de médicos internos no se consideró insatisfecho con su participación en los servicios rotarios con un 60.7 % (54), mientras que el 39.3 % (35) restante si se consideró insatisfecho. (Ver Tabla 22)

2.16 El síntoma de estrés laboral más común referido por los médicos internos fue fatiga con un 75.2 % (67), seguido de cefalea con un 70.7 % (63), seguido de ansiedad 66. 2% (59), seguido de insomnio con un 46 % (41), seguido gastritis con un 33.7 % (30) y finalmente colon irritable con un 29.2 % (26). (Ver Tabla 23)

2.17 La mayoría de médicos internos presentó más de 3 síntomas de estrés laboral con un 44.9 % (40), mientras que un 38.2% (34) presentó entre 2-3 síntomas. Por su lado, solo un 16.9 % (15) presentó menos de 2 síntomas. (Ver Tabla 24)

2.18 La mayoría de médicos internos percibió mayor estrés laboral durante su cuarta y quinta rotación, con un 28.1% (25) y un 22.5% (20) respectivamente. Esto seguido de un 16.9 % (15) tanto en la segunda como tercera rotación. Mientras que solo un 15.7% (14) percibió mayor estrés laboral durante su primera rotación. (Ver Tabla 25)

2.19 La mayoría de médicos internos percibió mayor estrés laboral durante su rotación por el servicio de medicina interna con un 37.1 % (33), seguido del servicio de ginecoobstetricia con

un 30.3 % (27). Por otro lado, un 20.2 % (18) percibió mayor estrés laboral durante su rotación por el servicio de cirugía. Mientras que solo un 12.4 % (11) percibió mayor estrés laboral en su rotación por pediatría. Ningún médico interno percibió mayor estrés laboral durante su rotación por APS. (Ver Tabla 26)

2.20 La mayoría de médicos internos no recibió remuneración monetaria durante su internado rotatorio con un 79.8% (71), mientras que solo un 20.2 % (18) recibieron remuneración monetaria. (Ver Tabla 27)

2.21 La mayoría de médicos internos no recibió remuneración académica por parte de la unidad de salud donde ejercieron su internado con un 71.9 % (64) mientras que solo el 28.1 % (25) restante recibió remuneración académica por parte de su unidad de salud. (Ver Tabla 28)

2.22 La mayoría de médicos internos no recibió remuneración académica por parte de su universidad con un 86.5 % (77), mientras que solo el 13.5 % (12) restante recibió remuneración académica por parte de su universidad. (Ver Tabla 29)

2.23 Un 40.4 % (36) de los médicos internos percibió malestar respecto a las evaluaciones de cada rotación, mientras que un 37% (33) percibió un riesgo académico debido a fracaso en sus exámenes. Por su lado, un 35.9 % (32), percibió un riesgo académico debido a falta de percepción de la adquisición de habilidades. Por último, un 25.8% (23) de los médicos internos no percibió riesgo académico. (Ver Tabla 30)

2.24 La mayoría de internos tuvo 1 esfera afectada en cuanto a riesgo académico con un 47.2 % (42), seguido de un 25.8 % (23) que no percibió riesgo académico. Por su lado, un 14.6 % (13) tuvo 2 esferas afectadas en cuanto riesgo académico. Por último, el 12.4 % (11) restante tuvo las 3 esferas afectadas en cuanto a riesgo académico. (Ver Tabla 31)

2.25 La mayoría de médicos internos refirió que su jornada laboral constaba de más de 40 horas semanales con un 86.5 % (77), mientras que el 13.5 % (12) refirió que fue menor de 40 horas semanales. (Ver Tabla 32)

2.26 La mayoría de médicos internos refirió que realizaron jornadas extrahospitalarias con un 82% (73), mientras que el 18% (16) restante refirió que no realizó jornadas extrahospitalarias. (Ver Tabla 33)

2.27 La actividad extracurricular más común referida por los médicos internos fue fiestas con un 52.8 % (47), seguido de visitas familiares con un 46.0 % (41). Por otro lado, un 28% (25) de los médicos internos refirió realizar algún tipo de actividad física, mientras que un 20.2% (18) refirió realizar actividades religiosas. En menor medida un 10.1 % (9) de los médicos internos realizaban cursos académicos y solo un 9.9% (8) realizaban servicios comunitarios. Un 24.7% (22) no realizó ningún tipo de actividad extracurricular. (Ver Tabla 34)

2.28 La mayoría de médicos internos realizaba de 2 a 3 actividades extracurriculares con un 44.9% (40). Por otro lado, un 22.5% (20) realizaba únicamente una actividad extracurricular. Mientras que, solo un 7.9 % (7) realizaba más de 3 actividades extracurriculares. El 24.7 % (22) restante no realizaba ninguna actividad extracurricular. (Ver Tabla 35)

2.29 La prevalencia de SBO en varones fue de 30.8% (8), mientras que en mujeres fue de 20.6% (13). Se calculó un OR: 1.7 (IC 95%: 0.6-4.8) p: 0.3 y un Chi cuadrado de Mantel y Haenszel de 0.56 p: 0.45 para el sexo masculino, por lo que la asociación no es estadísticamente significativa. (Ver Tabla 36)

2.30 La prevalencia de SBO en médicos internos solteros fue de 27.6% (21) mientras que médicos no solteros (casados o unión de hecho) no hubo casos de SBO. Se calculó un OR: 10.4 (IC 95%: 0.6-183.7) p: 0.1 y un Chi cuadrado de Mantel y Haenszel de 2.62 p: 0.1 para el estado civil soltero, por lo que la asociación no es estadísticamente significativa. (Ver Tabla 37)

2.31 La prevalencia de SBO en médicos internos con hijos fue de 10% (1), mientras que en médicos internos sin hijos fue de 25.3% (20), se calculó un OR: 0.3 (IC 95%: 0.04-2.75) p: 0.3 y un Chi cuadrado de Mantel y Haenszel de 0.46 p:0.49 para médicos internos con hijos, por lo que la asociación no es estadísticamente significativa. (Ver Tabla 38)

2.32 La prevalencia de SBO en médicos internos que no se sintieron motivados en su trabajo fue de 50.0% (13), mientras que en los que si sentían motivados fue de 12.7 % (8). Se calculó

un OR: 6.88 (IC 95%: 2.36-20.01) p: <0.001 y un Chi cuadrado de Mantel y Haenszel de 12.21 p: <0.001 para médicos internos que no se sintieron motivados, por lo que la asociación si es estadísticamente significativa. (Ver Tabla 39)

2.33 La prevalencia de SBO en médicos internos con falta de satisfacción laboral fue de 47.6% (10), mientras que en quienes sentían satisfacción laboral fue de 16.2 % (11). Se calculó un OR: 4.7 (IC 95%: 1.61-13.7) p: <0.05 y un Chi cuadrado de Mantel y Haenszel de 7.14 p: < 0.05 para quienes no sentían satisfacción laboral, por lo que la asociación es estadísticamente significativa. (Ver Tabla 40)

2.34 La prevalencia de SBO en médicos internos con insatisfacción laboral fue de 40.0% (14), mientras que en los médicos internos sin insatisfacción laboral fue de 13.0 % (7). Se calculó un OR: 4.47 (IC 95%: 1.57-12.70) p: < 0.05 y un Chi cuadrado de Mantel y Haenszel de 7.18 p: <0.05 para médicos internos con insatisfacción laboral, por lo que la asociación es estadísticamente significativa. (Ver Tabla 41)

2.35 La prevalencia de SBO en médicos internos que presentaban más de 2 síntomas de estrés laboral fue de 25.7 % (19) mientras que en quienes presentaban menos de 2 síntomas fue de 13.3 % (2). Se calculó un OR: 2.25 (IC 95%: 0.46-10.87) p: 0.3 y un Chi de Mantel y Haenszel de 0.48 p:0.48 para quienes presentaron más de 2 síntomas, por lo que la asociación no es estadísticamente significativa. (Ver Tabla 42)

2.36 La prevalencia de BO alternativo #2 (2 de 3 subescalas afectadas) en médicos internos que presentaban más de 2 síntomas fue de 64.9% (48), mientras que quienes presentaban menos de 2 síntomas fue de 33.3 % (5). Se calculó un OR: 3.69 (IC 95%: 1.14-11.95) p: <0.05 y un Chi cuadrado de Mantel y Haenszel de 3.92 p: <0.05. Por lo que la asociación es estadísticamente significativa. (Ver Tabla 43)

2.37 La prevalencia de DP alta en médicos internos que presentaron cefalea fue de 66.7% (42), mientras que en quienes no presentaron cefalea fue de 38.5 % (10). Se calculó un OR: 3.2 (IC: 95% 1.24-8.25) p: < 0.05 y un Chi Mantel y Haenszel de 4.92 p <0.05, por lo que la asociación es estadísticamente significativa. (Ver Tabla 44)

2.38 La prevalencia de SBO en médicos internos que no recibieron remuneración monetaria fue de 25.0 % (18), mientras que en quienes si recibieron remuneración monetaria fue de 17.6 % (3). Se calculó un OR: 1.56 (IC 95%: 0.4-6.04) p: 0.5 y un Chi cuadrado de Mantel y Haenszel de 0.11 p: 0.74 en quienes no recibieron remuneración monetaria, por lo que la asociación no es estadísticamente significativa. (Ver Tabla 45)

2.39 La prevalencia de SBO en médicos internos que no recibieron remuneración académica por parte de su unidad de salud fue de 28.1 % (18), mientras que en quienes si recibieron fue de 12.0 % (3). Se calculó un OR: 2.87 (IC 95%: 0.76-10.7) p: 0.1 y un Chi cuadrado de 1.78 p: 0.1 en quienes no recibieron. Por lo que la asociación no es estadísticamente significativa. (Ver Tabla 46)

2.40 La prevalencia de SBO en médicos internos que no recibieron remuneración académica por parte de su universidad fue de 23.4% (18) mientras que en quienes si recibieron fue de 25.0 % (3). Se calculó un OR: 0.92 (IC 95%: 0.22-3.75) p: 0.9 y Chi cuadrado de Mantel y Haenszel de 0.05 p: 0.8, por lo que la asociación no es estadísticamente significativa. (Ver Tabla 47)

2.41 La prevalencia de SBO en médicos internos cuya jornada laboral era mayor a 40 horas fue de 24.7% (19) mientras que quienes fue menor de 40 horas semanales fue de 16.7% (2). Se calculó un OR: 1.64 (IC 95%: 0.33-8.15) p: 0.5 y Chi cuadrado de Mantel y Haenszel de 0.06 p: 0.8, por lo que la asociación no es estadísticamente significativa. (Ver Tabla 48)

2.42 La prevalencia de SBO en médicos internos que realizaron jornadas extrahospitalarias fue de 21.9% (16) mientras que en quienes no realizaron fue de 31.2% (5). Se calculó 0.62 (IC 95%: 0.19-2.04) p: 0.4 y Chi cuadrado de Mantel y Haenszel de 0.22 p: 0.6, por lo que la asociación no es estadísticamente significativa. (Ver Tabla 49)

2.43 La prevalencia de SBO en médicos internos que percibieron riesgo académico fue de 27.3 % (18) mientras que en quienes no percibieron riesgo académico fue de 13.0% (3). Se calculó OR de 2.5 (IC 95%: 0.66-9.44) p: 0.1 y Chi de Mantel y Haenszel de 1.21 p:0.2 para quienes percibieron riesgo académico, por lo que la asociación no es estadísticamente significativa. (Ver Tabla 50)

2.44 La prevalencia de SBO en médicos internos que realizaron algún tipo actividad extracurricular fue de 28.4 % (19) mientras que en quienes no realizaban actividades extracurriculares fue de 9.1 % (2). Se calculó OR 3.9 (IC 95%: 0.84-18.6) p:0.08 y Chi cuadrado de Mantel y Haenszel de 2.43 p:0.1, por lo que la asociación no fue estadísticamente significativa. (Ver Tabla 51)

2.45 La prevalencia de AE alto en médicos internos que incluyeron fiestas en sus actividades extracurriculares fue de 28.4 % (42) mientras que quienes no iban a fiestas fue de 9.1 % (26). Se calculó un OR: 5.17 (IC: 95%: 1.69-15.7) p: <0.05 y Chi cuadrado de Mantel y Haenszel 7.81 p: <0.05, por lo que la asociación es estadísticamente significativa. (Ver Tabla 52)

2.46 La prevalencia de SBO en médicos internos según el servicio donde más estrés laboral percibieron fue 27.3 % (9) en medicina interna, 12.2% (4) en cirugía 9.1 % (1) en pediatría y 25.9% (7) en ginecoobstetricia. Los OR y Chi cuadrado de Mantel y Haenszel para los distintos servicios no fueron estadísticamente significativos. (Ver Tabla 53)

XI Análisis de los resultados

El análisis de los resultados de la presente tesis se presentará en base los objetivos planteados:

Objetivo No.1 Describir las características sociodemográficas de los médicos internos en hospitales escuela de Managua 2021-2022 y su relación con el síndrome de Burnout.

En el presente estudio predominó el grupo etario de 20 a 25 años con un 83.1%, esto concuerda con los estudios de Morales et al. (2019) y Miranda Ackerman et al. (2018). Por otro lado, predominó el sexo femenino con un 70.8%, concordando con el estudio de Miranda Ackerman et al. (2018) y contrastando con el de Morales et al. (2019) y Fontana et al. (2020). El estado civil predominante fue soltero con un 85.4 %, esto concuerda con el estudio de Morales et al. (2019).

Objetivo 2. Identificar los principales factores de riesgo modificables y no modificables del síndrome de Burnout en médicos internos de los hospitales escuela de Managua 2021-2022.

En el presente estudio la prevalencia global de SBO fue de 23.6 %, siendo similares al 20 % de Miranda Ackerman et al (2018) y 17.5 % de Morales et al. (2019). El hallazgo es similar a el estudio nacional realizado por García Cisneros (2016) que reportó una prevalencia de 25% en personal médico de emergencia del Hospital Alemán Nicaragüense.

En el caso del estudio por Fontana et al. (2020) la tasa de prevalencia de SBO fue de 57.5%, sin embargo, el SBO fue definido aquí como la presencia solo de AE alta y DP alta, sin tomar en cuenta RP baja. En el presente estudio la prevalencia de BO alternativo #1 fue de 52.8%, por lo cual el hallazgo es similar al estudio previamente mencionado. El alfa de Cronbach global para el instrumento MBI-HHS-MP fue de 0.7 lo cual indica una confiabilidad y consistencia interna aceptable. El KMO calculado fue 0.83, lo cual indica un muestreo bueno.

En el presente estudio la prevalencia global de AE alto fue de 76.4%, siendo la subescala afectada predominante. Este hallazgo fue mayor al encontrado por Fontana et al. (2020) de 33.1%, al encontrado por Miranda Ackerman et al. (2018) de 43.1 % y al encontrado por Morales et al. (2019) de 61.4 %. Probablemente este hallazgo sea atribuible a las limitaciones del entorno laboral de los médicos internos de la muestra estudiada. El alfa de Cronbach para la subescala de AE fue de 0.88, lo cual indica una confiabilidad y consistencia interna buena, similar a estudios internacionales. El KMO calculado fue de 0.85 lo cual indica un muestreo bueno.

Por otro lado, la prevalencia global de DP alta en este estudio fue de 58.4 %. Este hallazgo es similar al encontrado por Miranda Ackerman et al. (2018) de 56.5 %, y siendo un poco mayor al encontrado por Fontana et al. (2020) y Morales et al. (2019) de 45.7 %. El alfa de Cronbach para la subescala de DP fue 0.74 lo cual indica una confiabilidad y consistencia interna aceptable, similar a estudios internacionales. El KMO calculado fue de 0.75 lo cual indica un muestreo adecuado.

Por su parte, la prevalencia global de RP baja en el presente estudio fue de 32.6 %, siendo similar al de Fontana et al. (2020) de 36.2 % y al de Miranda Ackerman et al. (2018) de 34.6%. Sin embargo, fue menor al hallazgo encontrado por Morales et al. (2019) de 51.4 %. El alfa de Cronbach calculado fue de 0.78 lo cual indica una confiabilidad y consistencia interna adecuada, similar a estudios internacionales. El KMO calculado fue de 0.80 lo cual indica un muestreo bueno.

Dentro de los factores de riesgo investigados asociados al SBO con significancia estadística y clínica son los siguientes: falta de motivación laboral, la cual se encontró en un 29.2 % de los encuestados, calculándose un OR: 6.88 (IC 95%: 2.36-20.01) p: <0.001 y un Chi cuadrado de Mantel y Haenszel de 12.21 p: <0.001. Por otro lado, en cuanto la falta de satisfacción laboral se encontró en un 23.6% de los encuestados, calculándose un OR: 4.7 (IC 95%: 1.61-13.7) p: <0.05 y un Chi cuadrado de Mantel y Haenszel de 7.14 p: < 0.05. Por su parte, la insatisfacción laboral encontrada fue de 39.3 %, calculándose un OR: 4.47 (IC 95%: 1.57-12.70) p: < 0.05 y un Chi cuadrado de Mantel y Haenszel de 7.18 p: <0.05. Estos resultados reflejan que laboralmente los médicos internos en casi un 40% requieren un mayor nivel de promoción integral por parte de las unidades hospitalarias. A nuestro conocimiento, no hay estudios que mencionen estos factores como factores de riesgo para desarrollar SBO.

En el caso de síntomas de estrés laboral, la presencia de > 2 síntomas no se asociaron significativamente al SBO, sin embargo, al realizar un análisis entre presentar > 2 síntomas y el desarrollo de BO alternativo, se encontró un OR: 3.69 (IC 95%: 1.14-11.95) p: <0.05 y un Chi cuadrado de Mantel y Haenszel de 3.92 p: <0.05. Haciendo un subanálisis individual de los síntomas, se encontró que la presencia de cefalea se asoció significativamente a una DP alta, con un OR: 3.2 (IC: 95% 1.24-8.25) p: < 0.05 y un Chi Mantel y Haenszel de 4.92 p <0.05. Consideramos, que la presencia de > 2 síntomas es clínicamente relevante, en particular cuando esto incluye la presencia de cefalea.

En el caso de actividades extracurriculares, la personas que realizaron algún tipo de actividad extracurricular tenían una mayor prevalencia de SBO en comparación a quienes no realizaron ningún tipo de actividad extracurricular 28.4% vs 9.1, sin embargo, la asociación no fue estadísticamente significativa OR 3.9 (IC 95%: 0.84-18.6) p:0.08 y Chi cuadrado de Mantel y Haenszel de 2.43 p:0.1. No obstante, al realizar un subanálisis de las actividades referidas, se encontró que ir a fiestas se asocia significativamente a AE alto OR: 5.17 (IC: 95%: 1.69-15.7) p: <0.05 y Chi cuadrado de Mantel y Haenszel 7.81 p: <0.05. Por lo que, consideramos que el ir a fiestas es un factor contribuyente al agotamiento emocional y por ende de cierta manera al SBO. Ninguna actividad extracurricular resultó ser un factor protector estadísticamente significativo.

Los siguientes factores: sexo, maternidad/paternidad, remuneración monetaria, remuneración académica, jornadas extrahospitalarias, riesgo académico, tiempo de jornada laboral, tipo de rotación no tuvieron significancia estadística con el desarrollo de SBO, ni con ninguna de sus alternativas. Consideramos que algunas de estas asociaciones no fueron estadísticamente significativas debido a el tamaño de la muestra y la naturaleza retrospectiva del presente estudio.

Esto último difiere de estudios como el de Silvestre et al. (2021) donde las variables de riesgo académico tales como "fracaso en los exámenes", "no tener percepción de la adquisición de habilidades" y "malestar con respecto a las actividades del curso" si se asociaron a SBO. Por otro lado, estos últimos hallazgos concuerdan con estudios como el de Amor et al. (2019) donde tampoco se observó asociación entre factores como sexo, edad, domicilio familiar, actividades de ocio, trabajo remunerado y SBO.

Con todo lo anterior dicho, se observa a pesar de que existen ciertos factores de riesgo asociados significativamente con el desarrollo de SBO, existen muchos factores que puede que no contribuyan al desarrollo del síndrome y por ende dicho síndrome puede ocurrir aún sin la presencia de factores de riesgo, por lo cual pudiera decirse que es un fenómeno inherente del personal de salud, en este caso, de los médicos internos.

XII. Conclusiones

La prevalencia de síndrome de Burnout médicos internos en las unidades hospitalarias de Managua fue de 23.6 %. El agotamiento emocional alto fue la subescala predominante, presente en un 76.4% de los médicos internos, seguido de despersonalización alta en un 58.4% y baja realización en un 32.6 %.

Los factores de riesgo para SBO con significancia estadística fueron: falta de motivación laboral, falta de satisfacción e insatisfacción laboral. Existe una asociación estadísticamente significativa entre la cefalea y la despersonalización y entre las fiestas y el agotamiento emocional alto. Los factores de riesgo sin significancia estadística fueron: edad, sexo, maternidad/paternidad, remuneración monetaria, remuneración académica, jornadas extrahospitalarias, riesgo académico, tiempo de jornada laboral, tipo de rotación.

La presente investigación de factores de riesgos asociados a síndrome de Burnout presenta una validación interna confiable y consistente.

XIII. Recomendaciones

Ministerio de Salud (MINSA)

- Realizar tamizaje de síndrome de Burnout en el personal de salud.
- Continuar promoviendo el bienestar integral del personal de salud.

Hospitales escuelas de Managua

- Realizar tamizaje periódico de síndrome de Burnout en médicos internos (cada 4-6 meses)
- Incluir la temática de Síndrome de Burnout en las sesiones de educación médica continua.
- Continuar promoviendo el bienestar integral del personal hospitalario.
- Valorar estrategias de intervención a personal diagnosticado con síndrome de Burnout.
- Fomentar mayor investigación del síndrome de Burnout tanto en médicos internos como en otros sectores del personal de salud.

Universidad Católica Redemptoris Mater

- Fomentar la investigación de síndrome de Burnout en los diferentes años de la carrera de medicina.
- Realizar tamizaje periódico de síndrome de Burnout en estudiantes de la carrera de medicina (cada 4-6 meses)
- Valorar estrategias de intervención a estudiantes diagnosticados con síndrome de Burnout.

XIV. Lista de referencias

- Amor, E.M, Baños, J. E., & Sentí, M. (2020). Prevalencia del Síndrome de burnout entre los estudiantes de medicina y su relación con variables demográficas, personales Y académicas. *Revista De La Fundación Educación Médica*, 23(1), 25–33. <https://doi.org/10.33588/fem.231.1036>
- Barraza Cartagena, G. (2016). Síndrome de Burnout: Evaluando su futuro a través de su historia. *Research Gate*.
- Brazeau, C. M. L. R., Shanafelt, T., Durning, S. J., Massie, F. S., Eacker, A., Moutier, C., Satele, D. V., Sloan, J. A., & Dyrbye, L. N. (2014). Distress among matriculating medical students relative to the general population. *Academic Medicine*, 89(11), 1520–1525. <https://doi.org/10.1097/acm.0000000000000482>
- Cerda Vásquez, S. A. (2014) Síndrome de Burnout en Personal Sanitario del Hospital Santiago de Jinotepe, Carazo, Nicaragua. Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud (CIES), Universidad Autónoma de Nicaragua(UNAN).
- Cook, A. F., Arora, V. M., Rasinski, K. A., Curlin, F. A., & Yoon, J. D. (2014). The prevalence of medical student mistreatment and its association with Burnout. *Academic Medicine*, 89(5), 749–754. <https://doi.org/10.1097/acm.0000000000000204>
- Danhof-Pont, M. B., van Veen, T., & Zitman, F. G. (2011). Biomarkers in burnout: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 70(6), 505–524. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2010.10.012>
- De Hert, S. (2020). Burnout in Healthcare Workers: Prevalence, Impact and Preventative Strategies. *Local and Regional Anesthesia*, 13, 171–183. <https://doi.org/10.2147/lra.s240564>
- Doulougeri, K., Georganta, K., & Montgomery, A. (2016). “diagnosing” burnout among healthcare professionals: Can we find consensus? *Cogent Medicine*, 3(1), 1–10. <https://doi.org/10.1080/2331205x.2016.1237605>
- Dyrbye, L. N., Thomas, M. R., Massie, F. S., Power, D. V., Eacker, A., Harper, W., Durning, S., Moutier, C., Szydlo, D. W., Novotny, P. J., Sloan, J. A., & Shanafelt, T. D. (2008). Burnout and suicidal ideation among U.S. medical students. *Annals of Internal Medicine*, 149(5), 334–341. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-149-5-200809020-00008>
- Dyrbye, L. N., West, C. P., Satele, D., Boone, S., Tan, L., Sloan, J., & Shanafelt, T. D. (2014). Burnout among U.S. medical students, residents, and early career physicians relative to the general U.S. population. *Academic Medicine*, 89(3), 443–451. <https://doi.org/10.1097/acm.0000000000000134>

- Dyrbye, L., & Shanafelt, T. (2015). A narrative review on burnout experienced by medical students and residents. *Medical Education*, 50(1), 132–149. <https://doi.org/10.1111/medu.12927>
- Erschens, R., Keifenheim, K. E., Herrmann-Werner, A., Loda, T., Schwille-Kiuntke, J., Bugaj, T. J., Nikendei, C., Huhn, D., Zipfel, S., & Junne, F. (2018). Professional burnout among medical students: Systematic Literature Review and meta-analysis. *Medical Teacher*, 41(2), 172–183. <https://doi.org/10.1080/0142159x.2018.1457213>
- Fontana, M. C., Generoso, I. P., Sizilio, A., & Bivanco-Lima, D. (2020). Burnout syndrome, extracurricular activities and social support among Brazilian internship medical students: A cross-sectional analysis. *BMC Medical Education*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12909-020-01998-6>
- García Borrero, L. M., Aguirre Acevedo, D. C., Zapata Rueda, C. M., & García García, H. I. (2021). Validity and reliability of the SBI (spanish burnout inventory) in Medical Surgical Specialists. *Colombian Journal of Anesthesiology*. <https://doi.org/10.5554/22562087.e1017>
- García Cisneros, M. de C. (2016). Prevalencia del Síndrome de Burnout y factores asociados en Médicos generales y residentes de último año del Hospital Alemán-Nicaragüense, Marzo-Octubre 2016. UNAN.
- Gutiérrez Aceves, G. A., Moreno Jiménez, S., Farias Serratos, F., & Suárez Campos, J. de J. (2006). Síndrome de Burnout. *Arch Neurocién*, 11(4), 305–309.
- Guillén-Graf, A. M., Flores-Villalba, E., Díaz-Elizondo, J. A., Garza-Serna, U., López-Murga, R. E., Aguilar-Abisad, D., Muñoz-Lozano, J. F., & Rentería García, L. (2019). Incremento de Síndrome de burnout en Estudiantes de Medicina Tras Su primer mes de Rotación Clínica. *Educación Médica*, 20(6), 376–379. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2018.09.003>
- Iwanicki, E. F., & Schwab, R. L. (1981). A cross validation study of the Maslach Burnout Inventory. *Educational and Psychological Measurement*, 41(4), 1167–1174. <https://doi.org/10.1177/001316448104100425>
- Koutsimani, P., Montgomery, A., & Georganta, K. (2019). The relationship between burnout, depression, and anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00284>
- Kulakova, O., Moreno Jiménez, B., Garrosa, E., Sánchez Hernández, M. O., & Aragón, A. (2017). Universalidad del Constructo del Maslach Burnout Inventory en UN Contexto Latinoamericano. *Acta De Investigación Psicológica*, 7(2), 2679–2690. <https://doi.org/10.1016/j.aiprr.2017.05.001>
- Lacy, B. E., & Chan, J. L. (2018). Physician burnout: The Hidden Health Care Crisis. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 16(3), 311–317. <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2017.06.043>

- Lin, C.-Y., Alimoradi, Z., Griffiths, M. D., & Pakpour, A. H. (2022). Psychometric Properties of the Maslach Burnout Inventory for Medical Personnel (MBI-HSS-MP). *Heliyon*, 8(2). <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2022.e08868>
- Lovo, J. (2020). Síndrome de burnout: Un problema moderno. *Entorno*, (70), 110–120. <https://doi.org/10.5377/entorno.v0i70.10371>
- Low, Z. X., Yeo, K. A., Sharma, V. K., Leung, G. K., McIntyre, R. S., Guerrero, A., Lu, B., Sin Fai Lam, C. C., Tran, B. X., Nguyen, L. H., Ho, C. S., Tam, W. W., & Ho, R. C. (2019). Prevalence of burnout in medical and surgical residents: A meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(9), 1479. <https://doi.org/10.3390/ijerph16091479>
- Márquez-Lugo, I., Mosquera-Quiñónez, M., Ochoa-Granados, C., Pacavita-Sánchez, D., Palencia-Sánchez, F., & Riaño-Casallas, M. (2021). Revisión de los instrumentos de medición del síndrome de burnout- documento de trabajo (instruments for Measuring Burnout Syndrome: A review-working paper). *SSRN Electronic Journal*. <https://doi.org/10.2139/ssrn.3841093>
- Martínez Pérez, A. (2010). El Síndrome de burnout. evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia*, (112), 42–80. <https://doi.org/10.15178/va.2010.112.42-80>
- Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1997). Maslach Burnout Inventory: Third edition. En C. P. Zalaquett & R. J. Wood (Eds.), *Evaluating stress: A book of resources* (pp. 191–218). Scarecrow Education.
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2008). Early predictors of Job Burnout and engagement. *Journal of Applied Psychology*, 93(3), 498–512. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.93.3.498>
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 397–422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
- Mingote Adán, J. C., Moreno Jiménez, B., & Gálvez Herrer, M. (2004). Desgaste Profesional y salud de los profesionales médicos: Revisión y propuestas de prevención. *Medicina Clínica*, 123(7), 265–270. <https://doi.org/10.1157/13065203>
- Miranda-Ackerman, R. C., Barbosa-Camacho, F. J., Sander-Möller, M. J., Buenrostro-Jiménez, A. D., Mares-País, R., Cortes-Flores, A. O., Morgan-Villela, G., Zuloaga-Fernández del Valle, C. J., Solano-Genesta, M., Fuentes-Orozco, C., Cervantes-Cardona, G. A., Cervantes-Guevara, G., & González-Ojeda, A. (2019). Burnout syndrome prevalence during internship in public and Private Hospitals: A survey study in Mexico. *Medical Education Online*, 24(1). <https://doi.org/10.1080/10872981.2019.1593785>
- Morales, B.J., Ojeda Jesús, G., Salgado Jiménez, M. de, Ríos Oliveros, L. A., & Villalobos Aguayo, P. (2019). Síndrome de burnout en Médicos Internos de Pregrado. *Atención Familiar*, 26(4), 145–149. <https://doi.org/10.22201/facmed.14058871p.2019.4.70798>
- Monsalve-Reyes, C. S., San Luis-Costas, C., Gómez-Urquiza, J. L., Albendín-García, L., Aguayo, R., & Cañadas-De la Fuente, G. A. (2018). Burnout syndrome and its

- prevalence in primary care nursing: A systematic review and meta-analysis. *BMC Family Practice*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12875-018-0748-z>
- Moukarzel, A., Michelet, P., Durand, A.-C., Sebbane, M., Bourgeois, S., Markarian, T., Bompard, C., & Gentile, S. (2019). Burnout syndrome among emergency department staff: Prevalence and associated factors. *BioMed Research International*, 2019, 1–10. <https://doi.org/10.1155/2019/6462472>
- Obregon, M., Luo, J., Shelton, J., Blevins, T., & MacDowell, M. (2020). Assessment of burnout in medical students using the Maslach Burnout Inventory-Student Survey: A cross-sectional data analysis. *BMC Medical Education*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02274-3>
- Ogunsuji, O., Ogundipe, H., Adebayo, O., Oladehin, T., Oiwoh, S., Obafemi, O., Soneye, O., Agaja, O., Uyilawa, O., Efuntoye, O., Alatishe, T., Williams, A., Ilesanmi, O., & Atilola, O. (2022). Internal reliability and validity of Copenhagen Burnout Inventory and Oldenburg Burnout Inventory compared with Maslach Burnout Inventory among Nigerian Resident Doctors: A pilot study. *Dubai Medical Journal*, 5(2), 89–95. <https://doi.org/10.1159/000521376>
- Olivares Faúndez, V., Gil Monte, P., Montaña Espinoza, R., Barrera Capot, R., Fredes Collarte, D., & Figueiredo Ferraz, H. (2018). Validez factorial del cuestionario para la evaluación del síndrome de quemarse por el trabajo (cesqt) en profesionales de servicios. *Interciencia*, 43(6), 417–424.
- Rodrigues, H., Cobucci, R., Oliveira, A., Cabral, J. V., Medeiros, L., Gurgel, K., Souza, T., & Gonçalves, A. K. (2018). Burnout syndrome among medical residents: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, 13(11). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0206840>
- Rodriguez Hernández, N. H. (2016). Prevalencia del síndrome de burnout en médicos residentes que cursan de segundo a cuarto año de especialidades médico-quirúrgicas, en hospitales escuela de managua, nicaragua. Mayo 2016. CIES. UNAN
- Rotenstein, L. S., Torre, M., Ramos, M. A., Rosales, R. C., Guille, C., Sen, S., & Mata, D. A. (2018). Prevalence of burnout among physicians. *JAMA*, 320(11), 1131–1150. <https://doi.org/10.1001/jama.2018.12777>
- Saborío Morales, L. & Hidalgo Murillo, L.F. (2015). Síndrome de Burnout. *Medicina Legal de Costa Rica*, 32(1), 119-124.
- Schernhammer, E. S., & Colditz, G. A. (2004). Suicide rates among physicians: A quantitative and Gender Assessment (meta-analysis). *American Journal of Psychiatry*, 161(12), 2295–2302. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.12.2295>
- Schwenk, T. L., Davis, L., & Wimsatt, L. A. (2010). Depression, stigma, and suicidal ideation in medical students. *JAMA*, 304(11), 1181. <https://doi.org/10.1001/jama.2010.1300>
- Shanafelt, T. D., Balch, C. M., Bechamps, G. J., Russell, T., Dyrbye, L., Satele, D., Collicott, P., Novotny, P. J., Sloan, J., & Freischlag, J. A. (2009). Burnout and career satisfaction

among American surgeons. *Annals of Surgery*, 250(3), 463–471.
<https://doi.org/10.1097/sla.0b013e3181ac4dfd>

Shanafelt, T. D., Boone, S., Tan, L., Dyrbye, L. N., Sotile, W., Satele, D., West, C. P., Sloan, J., & Oreskovich, M. R. (2012). Burnout and satisfaction with work-life balance among us physicians relative to the general US population. *Archives of Internal Medicine*, 172(18), 1377. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2012.3199>

Silvestre, R., Da Cruz, M. S., Carvalho e Silva, M. J., Mello, T. H., Cesco, Y. P., & Guerra, P. H. (2021). Metaanálisis de la prevalencia del síndrome de Burnout en estudiantes de las facultades de medicina brasileñas. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, 10(3), 522–531. <https://doi.org/10.17267/2317-3394rpdsv10i3.3723>

Todorovic, J., Terzic-Supic, Z., Divjak, J., Stamenkovic, Z., Mandic-Rajcevic, S., Kocic, S., Ukropina, S., Markovic, R., Radulovic, O., Arnaut, A., Piperac, P., Mirkovic, M., & Nestic, D. (2021). Validation of the Study Burnout Inventory and the Copenhagen Burnout Inventory for the use among medical students. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 34(6), 737–745.
<https://doi.org/10.13075/ijomeh.1896.01726>

XV. Anexos

Anexo I: Instrumento de recolección y validación por expertos

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS.

Tesis: Factores de Riesgo asociado al Síndrome de Burnout en Médicos Internos de la Carrera de Medicina en el Departamento de Managua período marzo 2021-marzo 2022

La recolección de datos se realizará en función de los objetivos que nos planteamos en la presente tesis por medio de una Encuesta Virtual:

Objetivo 1: Describir las características sociodemográficas de los médicos internos de la carrera de medicina en hospitales escuela del departamento de Managua 2021-2022 y su relación con el síndrome de Burnout.

No. de Interno: _____

Edad: _____ Sexo: M: F:

Procedencia: Urbana: Rural:

Estado Civil: Soltero Casado Union de hecho:

¿Tienes hijos? Si No

Universidad: Unica: UAM: UNAN UCN Hospital Militar:

Hijos: Si No:

Hospitales donde realizo sus rotaciones: (escoger más de 1 si aplica)

- Hospital Escuela Alemán Nicaragüense:
- Hospital Escuela Antonio Lenín Fonseca:
- Hospital Escuela Bertha Calderón:
- Hospital Escuela Manuel de Jesús Rivera:
- Hospital Escuela Manolo Morales Peralta:
- Hospital Escuela Carlos Roberto Huembes:
- Hospital Escuela Alejandro Dávila Bolaños:
- Hospital Escuela Bautista:

Objetivo 2. Analizar los principales factores de riesgo modificables y no modificables del síndrome de Burnout en médicos internos de los hospitales escuela del departamento de Managua 2021-2022.

**MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI – HSS (MP))
INVENTARIO BURNOUT DE MASLACH (MBI - HSS)**

Edad: _____ Sexo/género: _____

Área de trabajo: _____ Tiempo de trabajo: _____

INSTRUCCIONES: Lea cuidadosamente cada enunciado y marque los casilleros correspondientes a la frecuencia de sus sentimientos acerca del trabajo donde labora. Las opciones que puede marcar son:

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

	Nunca / Ninguna vez	Casi nunca/ Pocas veces al año	Algunas Veces / Una vez al mes o menos	Regularmente / Pocas veces al mes	Bastantes Veces / Una vez por semana	Casi siempre / Pocas veces por semana	Siempre / Todos los días
	0	1	2	3	4	5	6
1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo							
2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo							
3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar							
4. Comprendo fácilmente cómo se sienten los pacientes							
5. Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales							
6. Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa							
7. Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes							
8. Siento que mi trabajo me está desgastando							
9. Siento que estoy influyendo positivamente a través de mi trabajo, en la vida de otras personas							
10. Siento que me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión							
11. Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente							
12. Me siento con mucha energía en mi trabajo							
13. Me siento frustrado en mi trabajo							
14. Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo							
15. Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes							
16. Siento que trabajar directamente con personas me produce estrés							
17. Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes							
18. Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes							
19. Creo que consigo muchas cosas valiosas con mi profesión							
20. Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades							
21. Siento que en mi trabajo los problemas emocionales de forma adecuada							
22. Siento que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas							

Subescala	Código	Ítems	Número de ítems	Puntaje por ítem	Puntaje por subescala	Indicios Burnout
Agotamiento emocional	EE	1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20	9	De 0 a 6	De 0 a 54	Más de 26
Despersonalización	DP	5, 10, 11, 15, 22	5	De 0 a 6	De 0 a 30	Más de 9
Realización personal	PA	4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21	8	De 0 a 6	De 0 a 48	Menos de 34

Subescala	Bajo	Medio	Alto
Agotamiento emocional	De 0 a 18	De 19 a 26	De 27 a 54 (*)
Despersonalización	De 0 a 5	De 6 a 9	De 10 a 30 (*)
Realización personal	De 0 a 33 (*)	De 34 a 39	De 40 a 56

(*) Síntomas del Síndrome de Burnout

Mayor Carga Laboral al momento de su internado:

- 1ra rotación
- 2da rotación
- 3ra rotación
- 4ta rotación
- 5ta rotación

Mayor carga laboral en la rotación de su internado:

- Medicina interna:
- Cirugía:
- Pediatría:
- Gineco-obstetricia:
- Atención primaria en salud:

- ¿Se sintió motivado al trabajar en las rotaciones hospitalarias? Si: No:
- ¿Representó para usted satisfacción el trabajo realizado como médico interno?
Si No:
- ¿Se consideró insatisfecho con su participación por los diversos servicios del internado rotatorio? Si: No:
- ¿Cuál es su percepción de su desempeño laboral durante el internado?
Excelente Muy bueno Bueno Regular Malo
- ¿Presentó alguno de los siguientes síntomas con recurrencia? Señale más de 1 si así fue.
Fatiga Cefalea Colón irritable Gastritis
Insomnio Ansiedad Depresión

- ¿Considera usted que su Paternidad o Maternidad significó un mayor riesgo en sus funciones laborales y académicas? Si: No: No aplica:

¿De cuántas horas constó su jornada laboral semanal?

- Más de 40 h
- Menos de 40 h

¿Realizó jornadas extrahospitalarias? (Jornadas de vacunación, jornadas de abatización, visitas familiares, ferias de salud, captación de embarazadas, diagnósticos comunitarios, MOSAFC, etc.)

- Sí
- No

¿Realizó algún tipo de actividad extracurricular? Puede señalar más de una.

- Actividad física (deportes, gimnasio, etc.)
- Servicios comunitarios
- Cursos académicos
- Ninguna

¿Considera usted que durante su Internado percibió Riesgo Académico por las siguientes aseveraciones:

1. Fracaso en los exámenes: Si No
2. Falta de percepción de la adquisición de las habilidades: Si No
3. Malestar respecto a las evaluaciones de cada rotación: Si No

¿Recibió remuneración monetaria como médico interno?: Si: No:

¿Ha recibido algún tipo de remuneración o reconocimiento académico por su labor como interno de la unidad de salud donde ejerció su internado? Si: No:

¿Ha recibido algún tipo de remuneración o reconocimiento académico por su papel como interno de su universidad de origen? Si: No:

¿En qué período de su rotación de su internado percibió mayor stress laboral o académico?

Primera Rotación Si: No:

Segunda rotación Si: No:

Tercera rotación Si: No:

Cuarta rotación Si: No:

Quinta rotación Si: No:

Validación de Instrumento de Recolección de Datos de Tesis:
Factores de Riesgo asociado al Síndrome de Burnout en Médicos Internos
de la Carrera de Medicina en el Departamento de Managua
período marzo 2021-marzo 2022

INSTRUMENTO DE VALIDACION DE EXPERTO

Universidad Católica Redemptoris Maters
Facultad de Ciencias Médicas.

Estimado Dr:

Presente. -

Tenemos el agrado de dirigirnos a Ud., para saludarlo(a) cordialmente y a la vez manifestarle que, conocedores de su trayectoria académica y profesional, molestamos su atención al elegirlo como JUEZ EXPERTO para revisar el contenido del instrumento que pretendemos utilizar en la Tesis para optar al Título de Médico General de nuestra Facultad de Medicina .

El instrumento tiene como objetivo evaluar la ficha de recolección de datos de la presente tesis titulada:” Factores de Riesgo asociado al Síndrome de Burnout en Médicos Internos de la Carrera de Medicina en el Departamento de Managua periodo marzo 2021-marzo 2022” por lo que, con la finalidad de determinar la validez de su contenido, solicitamos marcar con una X el grado de evaluación a los indicadores para los ítems del instrumento, de acuerdo a su amplia experiencia y conocimientos.

Se adjunta la Ficha de Recolección de Datos para su evaluación. Agradecemos anticipadamente su colaboración y estamos seguros que su opinión y criterio de experto servirán para los fines propuestos.

Atentamente:

Autores:

BR. OMAR JOSÉ GONZÁLEZ ROCHA
BR. ALDEN XAVIER HASLAM CUADRA
BR. PEDRO PABLO VALVERDE GÓMEZ

INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTOS DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

1. Datos Generales

Nombre y Apellido del

Experto: _____

Grado

Académico: _____

Cargo o Institución donde

labora: _____

Lugar y

Fecha: _____

2. Aspectos de Evaluación:

Indicadores	Criterios	Deficiente 1	Regular 2	Bueno 3	Muy Bueno 4	Excelente 5
1. Claridad	Esta formulado con lenguaje apropiado y comprensible.					
2. Objetividad	Permite medir hechos observables.					
3. Actualidad	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología					
4. Organización	Presentación Ordenada					
5. Suficiencia	Comprende aspectos de las variables en cantidad y calidad suficiente.					
6. Pertinencia	Permite conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados					
7. Consistencia	Pretende conseguir datos basados en teorías y modelos teóricos.					
8. Coherencia	Existe coherencia entre los objetivos y las variables.					
9. Metodología	La estrategia responde al propósito de la investigación					
10. Aplicación	Los datos permiten un análisis estadístico pertinente					
Conteo Total		A:	B:	C:	D:	E:

Calificación Global: Coeficiente de Validez = $1xA+2xB+3xC+4xD+5xE / 50$: _____

3.Opinión de Aplicabilidad (Ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y marque con una x en el acápite Marcar)

Categoría	Marcar	Intervalo
No válido, reformular		0.20-0.40
No válido, modificar		0.41-0.60
Válido, mejorar		0.61-0.80
Válido, aplicar.		0.81-1.00

4.Resultado de la Validación:

4.1.Valoración total cuantitativa:_____

4.2.Opinión: Valido : _____

No Valido:_____

4.3.Debe mejorar en lo siguiente:

Recomendaciones:

Firma del Experto.

INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTOS DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

1. Datos Generales

Nombre y Apellido del Experto: María Belén Molina Moreno.

Grado Académico: Licenciada en Psicología

Cargo o Institución donde labora: Psicóloga ,Equipo de Salud Mental INSS.

Lugar y Fecha: __07 de Julio del año 2022.

2. Aspectos de Evaluación:

Indicadores	Criterios	Deficiente	Regular	Bueno	Muy Bueno	Excelente
		1	2	3	4	5
1. Claridad	Esta formulado con lenguaje apropiado y comprensible.					X
2. Objetividad	Permite medir hechos observables.				X	
3. Actualidad	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología					X
4. Organización	Presentación Ordenada		X			
5. Suficiencia	Comprende aspectos de las variables en cantidad y calidad suficiente.		X			
6. Pertinencia	Permite conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados	X				
7. Consistencia	Pretende conseguir datos basados en teorías y modelos teóricos.				X	
8. Coherencia	Existe coherencia entre los objetivos y las variables.			X		
9. Metodología	La estrategia responde al propósito de la investigación			X		
10. Aplicación	Los datos permiten un análisis estadístico pertinente				X	
Conteo Total		A:	B:	C:	D:	E:

Calificación Global: Coeficiente de Validez = $1xA+2xB+3xC+4xD+5xE / 50$: 0.66

3.Opinión de Aplicabilidad (Ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y marque con una x en el ácapite Marcar)

Categoría	Marcar	Intervalo
No válido, reformular		0.20-0.40
No válido, modificar		0.41-0.60
Válido, mejorar	X	0.61-0.80
Válido, aplicar.		0.81-1.00

4.Resultado de la Validación:

4.1.Valoración total cuantitativa: 0.66

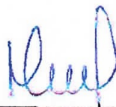
4.2.Opinión: Valido : Mejorar

No Valido: _____

4.3.Debe mejorar en lo siguiente:

Recomendaciones:

Recomiendo replantear los objetivos o adecuarlos según los instrumentos, ya que los instrumentos elegidos no cumplen con los objetivos planteados. Asimismo, elegir correctamente los verbos de los objetivos, ya que no corresponde con lo que se desea alcanzar.



Maria Belén Molina M.
PSICÓLOGA
UCA
Código Minsa 77202

Firma del Experto.

INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTOS DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

1. Datos Generales

Nombre y Apellido del Experto: Francisco Otero Proxita
 Grado Académico: Médico Psiquiatra en Clínica de Serenidad de Salud
 Cargo o Institución donde labora: Decoris
 Lugar y Fecha: Managua 8 de Junio 2022

2. Aspectos de Evaluación:

Indicadores	Criterios	Deficiente	Regular	Bueno	Muy Bueno	Excelente
		1	2	3	4	5
1. Claridad	Esta formulado con lenguaje apropiado y comprensible.					X
2. Objetividad	Permite medir hechos observables.					X
3. Actualidad	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología					X
4. Organización	Presentación Ordenada					X
5. Suficiencia	Comprende aspectos de las variables en cantidad y calidad suficiente.					X
6. Pertinencia	Permite conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados					X
7. Consistencia	Pretende conseguir datos basados en teorías y modelos teóricos.					X
8. Coherencia	Existe coherencia entre los objetivos y las variables.					X
9. Metodología	La estrategia responde al propósito de la investigación					X
10. Aplicación	Los datos permiten un análisis estadístico pertinente					X
Conteo Total		A:	B:	C:	D:	E: 30

Calificación Global: Coeficiente de Validez = $1xA+2xB+3xC+4xD+5xE / 50$: 1

3. Opinión de Aplicabilidad (Ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y marque con una x en el acápite Marcar)

Categoría	Marcar	Intervalo
No válido, reformular		0.20-0.40
No válido, modificar		0.41-0.60
Válido, mejorar		0.61-0.80
Válido, aplicar.	X	0.81-1.00

4. Resultado de la Validación:

4.1. Valoración total cuantitativa: 30

4.2. Opinión: Valido :

No Valido:

4.3. Debe mejorar en lo siguiente:

Recomendaciones:

Aplicarlo

[Handwritten Signature]
Firma del Experto.

INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTOS DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

1. Datos Generales

Nombre y Apellido del Experto: **René Alfonso Gutiérrez Aburto**

Grado Académico: **Universitario**

Cargo o Institución donde labora: **Coordinador Area básica Facultad de Ciencias Medicas**

Lugar y Fecha: **Managua 19 Agosto 2022**

2. Aspectos de Evaluación:

Indicadores	Criterios	Deficiente 1	Regular 2	Bueno 3	Muy Bueno 4	Excelente 5
1. Claridad	Esta formulado con lenguaje apropiado y comprensible.				X	
2. Objetividad	Permite medir hechos observables.					X
3. Actualidad	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología					X
4. Organización	Presentación Ordenada				X	
5. Suficiencia	Comprende aspectos de las variables en cantidad y calidad suficiente.				X	
6. Pertinencia	Permite conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados					X
7. Consistencia	Pretende conseguir datos basados en teorías y modelos teóricos.				X	
8. Coherencia	Existe coherencia entre los objetivos y las variables.					X
9. Metodología	La estrategia responde al propósito de la investigación					X
10. Aplicación	Los datos permiten un análisis estadístico pertinente				X	
Conteo Total		A:	B:	C:	D:	E:

Calificación Global: Coeficiente de Validez = $1xA+2xB+3xC+4xD+5xE / 50$: 0.9

3. Opinión de Aplicabilidad (Ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y marque con una x en el acápite Marcar)

Categoría	Marcar	Intervalo
No válido, reformular		0.20-0.40
No válido, modificar		0.41-0.60
Válido, mejorar		0.61-0.80
Válido, aplicar.	X	0.81-1.00

4.Resultado de la Validación:

4.1.Valoración total cuantitativa: _____ 45 _____

4.2.Opinión: Valido : _____X_____

No Valido: _____

4.3.Debe mejorar en lo siguiente:

Recomendaciones:

La edad debe de registrarse de dos formas una libre como la tienen para poder calcular medidas de tendencia central y de dispersión y en intervalos para presentar en una tabla

Si responde afirmativamente que tiene hijos, poner cantidad

No darles a conocer las tablas de resumen del MBI, será mejor que ustedes por aspectos éticos le den su resultado personalmente, a menos que al terminar de llenar el cuestionario se le de a conocer el resultado de su evaluación, si ustedes muestran los rangos antes de enviar el cuestionario el Interno puede modificar su respuesta y sería un sesgo

Si marca que sí, que se sintió insatisfecho dejar un espacio en blanco para que el mencione por qué.

La pregunta sobre paternidad ubicarla debajo de la pregunta sobre si tiene hijo

En lo referente a actividad Extra curricular, yo le quitaría esa palabra y lo redactaría diferente:

Ejemplo

¿Qué tipo de actividad realizo aparte de tener los compromisos académicos y laborales del internado rotatorio? Puede señalar más de una.

- Actividad física
Caminata: Frecuencia Semanal Minutos Semanales
Correr
Football
Basketball
Gimnasio
Otro: _____
- Servicios comunitarios

- Cursos académicos
- Ninguna

En lo Referente al riesgo si la contesta Si, como respuesta dejar que un espacio libre para que diga la razón

Separar la medición del stress laboral del Académico, es decir dos preguntas por que son asuntos diferentes y se interpretan distinto con diferente connotación.

René Alfonso Gutiérrez Aburto

Firma del Experto.

Anexo II: Cronograma

1.Planeacion del protocolo	Fechas	Horas
1.1. Búsqueda de información científica	18-25 de mayo	8 hrs
1,2. Delimitación del problema	01-jun	4 hrs
1.3. Formulacion del problema y objetivos	01-jun	
1.4. Antecedentes del problema a investigar	01-jun	
1.5. Justificacion y planteamiento del problema	08-jun	4 hrs
1.6. Elaboración del marco teórico	8 jun-15 junio	4 hrs
1.7. Elaboración de la Hipótesis	22-jun	4 hrs
1.8. Elaboración del diseño metodológico	22-jun	
1.9 Elaboración de la ficha de recolección de datos	29-jun	4 hrs
1.10 Operacionalización de las variables	06-jul	4 hrs
1.11. Validación del instrumento	06-jul	
1.12. Elaboración y entrega del protocolo final	14-15 de julio	4 hrs
2. Elaboración del informe final	20 reunión virtual	4 hrs
2.1. Recolección de datos	27-jul	4 hrs
2.3. Análisis e interpretación	03-ago	3 hrs
2.4. Conclusiones y recomendaciones	10-ago	3 hrs
2.5. Anexos y tablas.	10-ago	
Total de horas académicas tutoriales		50 horas

Anexo III: Tablas y gráficos

Tabla 1. Edad de médicos internos de los hospitales escuelas del departamento de Managua 2021-2022

Edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	Media	DE	Mínimo	Máximo
20 a 25 años	74	83.1	83.1	24.2	1.75	21	30
26 a 30 años	15	16.9	100.0				
Total	89	100.0					

Gráfico 1. Edad de médicos internos de los hospitales escuelas del departamento de Managua 2021-2022

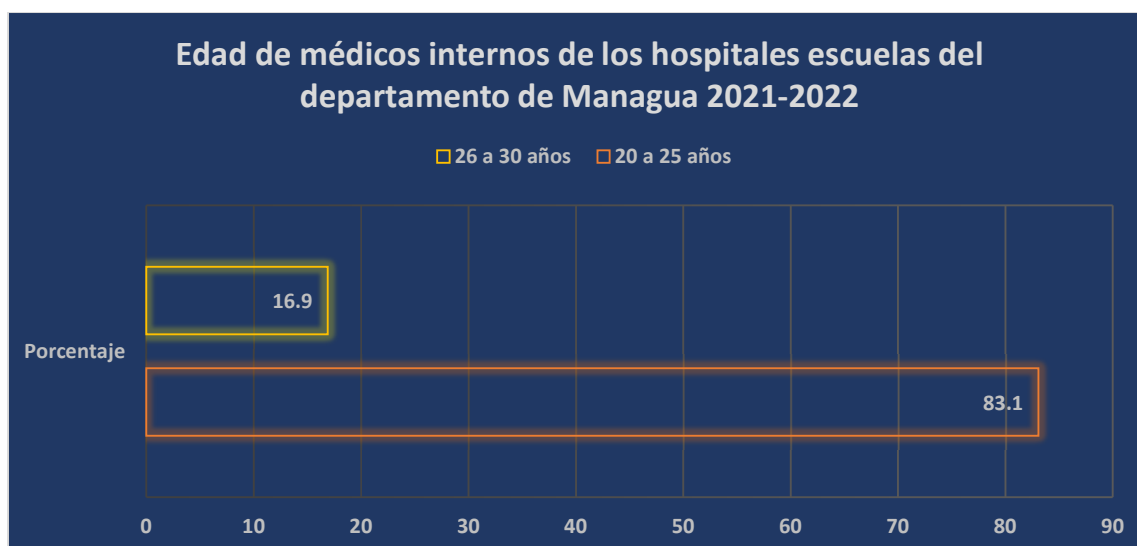


Tabla 2. Sexo de médicos internos de los hospitales escuelas del departamento de Managua 2021-2022

Sexo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Masculino	26	29.2	29.2
Femenino	63	70.8	100.0
Total	89	100.0	

Gráfico 2. Sexo de médicos internos de los hospitales escuelas del departamento de Managua 2021-2022

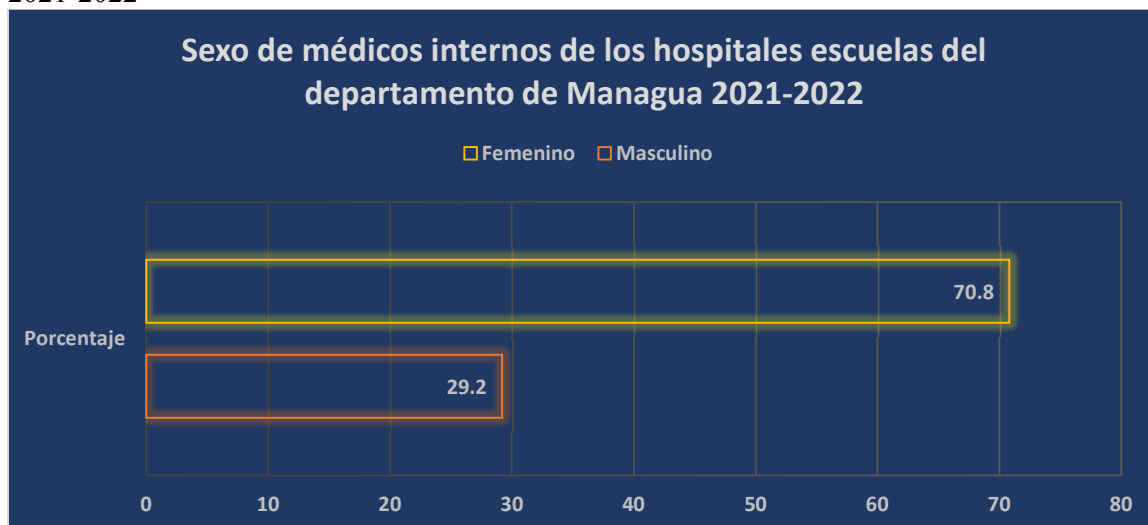


Tabla 3. Procedencia de médicos internos de los hospitales escuelas del departamento de Managua 2021-2022

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Urbana	88	98.9	98.9
Rural	1	1.1	100.0
Total	89	100.0	

Gráfico 3. Procedencia de médicos internos de los hospitales escuelas del departamento de Managua 2021-2022

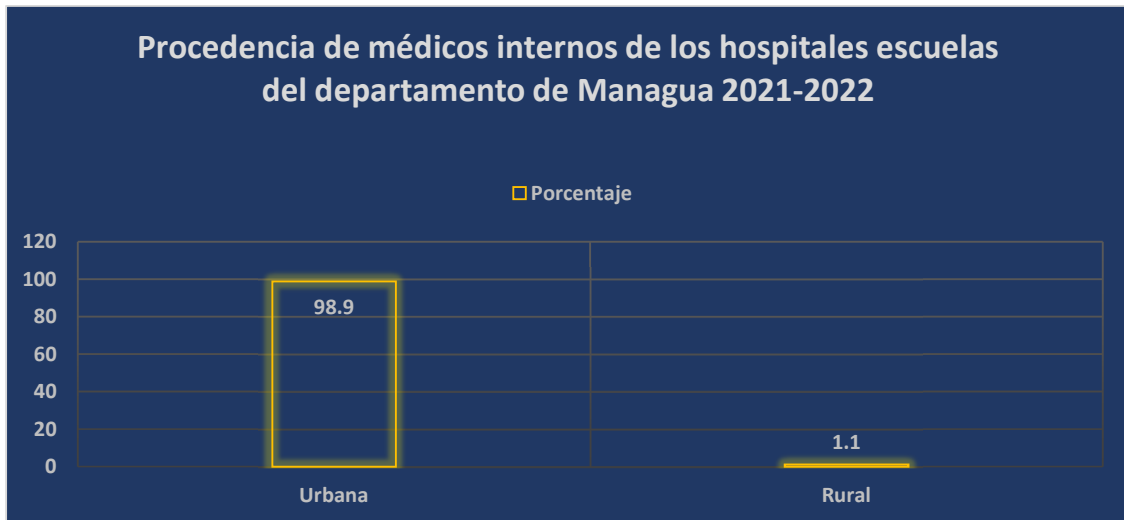


Tabla 4. Estado civil de médicos internos de los hospitales escuelas del departamento de Managua 2021-2022

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos Casado/a	6	6.7	6.7
Soltero/a	76	85.4	92.1
Unión de hecho	7	7.9	100.0
Total	89	100.0	

Gráfico 4. Estado civil de médicos internos de los hospitales escuelas del departamento de Managua 2021-2022

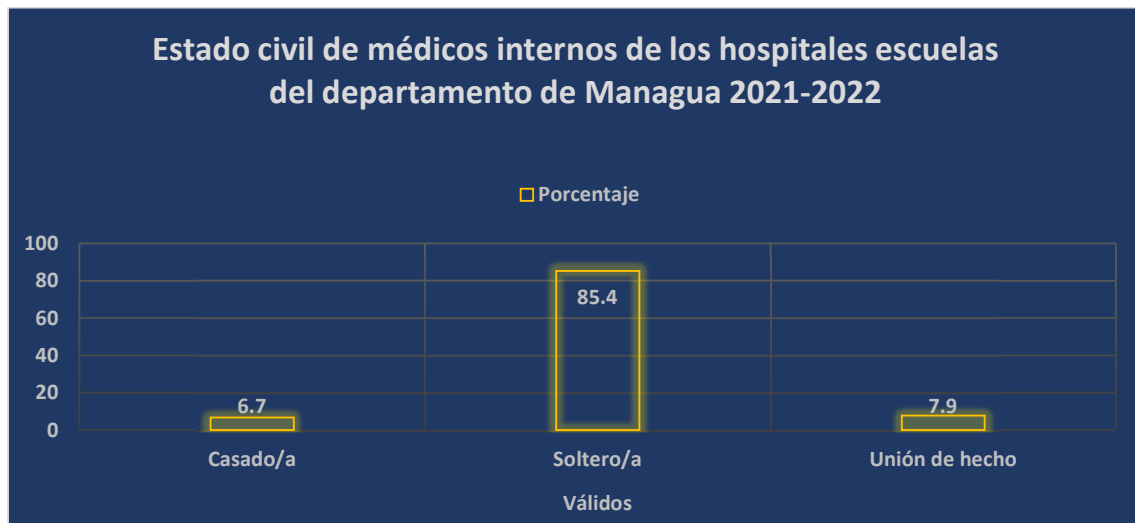


Tabla 5. Maternidad/paternidad de médicos internos de los hospitales escuelas del departamento de Managua 2021-2022

¿Tiene hijos?	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Si	10	11.2	11.2
No	79	88.8	100.0
Total	89	100.0	

Gráfico 5. Maternidad/paternidad de médicos internos de los hospitales escuelas del departamento de Managua 2021-2022



Tabla 6. Universidades de médicos internos de los hospitales escuelas del departamento de Managua 2021-2022

Universidad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
UNICA	22	24.7	24.7
UAM	25	28.1	52.8
UNAN	13	14.6	67.4
UCN	16	18.0	85.4
Hospital Militar	13	14.6	100.0
Total	89	100.0	

Gráfico 6. Universidades de médicos internos de los hospitales escuelas del departamento de Managua 2021-2022

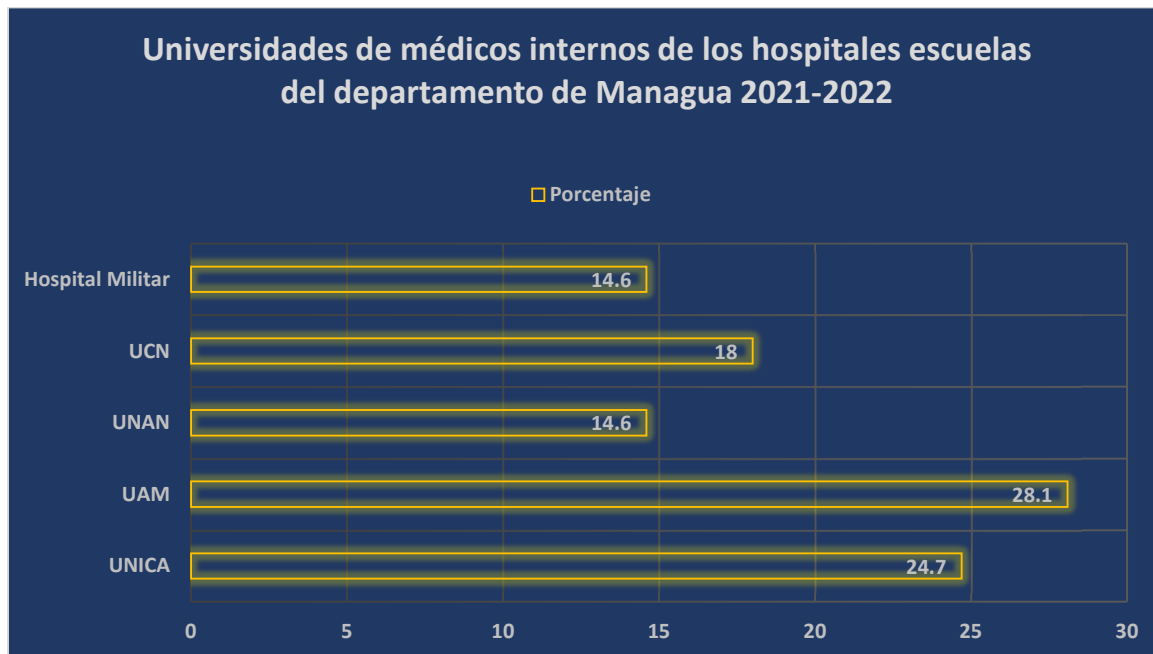


Tabla 7. Unidades hospitalarias de médicos internos de los hospitales escuelas del departamento de Managua 2021-2022

Hospitales donde realizó sus rotaciones (escoger más de 1 si aplica)

¿En qué hospital realizó sus rotaciones?	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Hospital Escuela Alemán Nicaragüense	13	14.6	14.6	14.6
Hospital Escuela Carlos Roberto Huembes	14	15.7	15.7	30.3
Hospital Escuela Alejandro Dávila Bolaños	18	20.2	20.2	50.5
Hospital Escuela Bautista	5	5.6	5.6	56.1
Rotación de 2 o más hospitales	39	43.8	43.8	100.0
Total	89	100.0	100.0	

Gráfico 7. Unidades hospitalarias de médicos internos de los hospitales escuelas del departamento de Managua 2021-2022

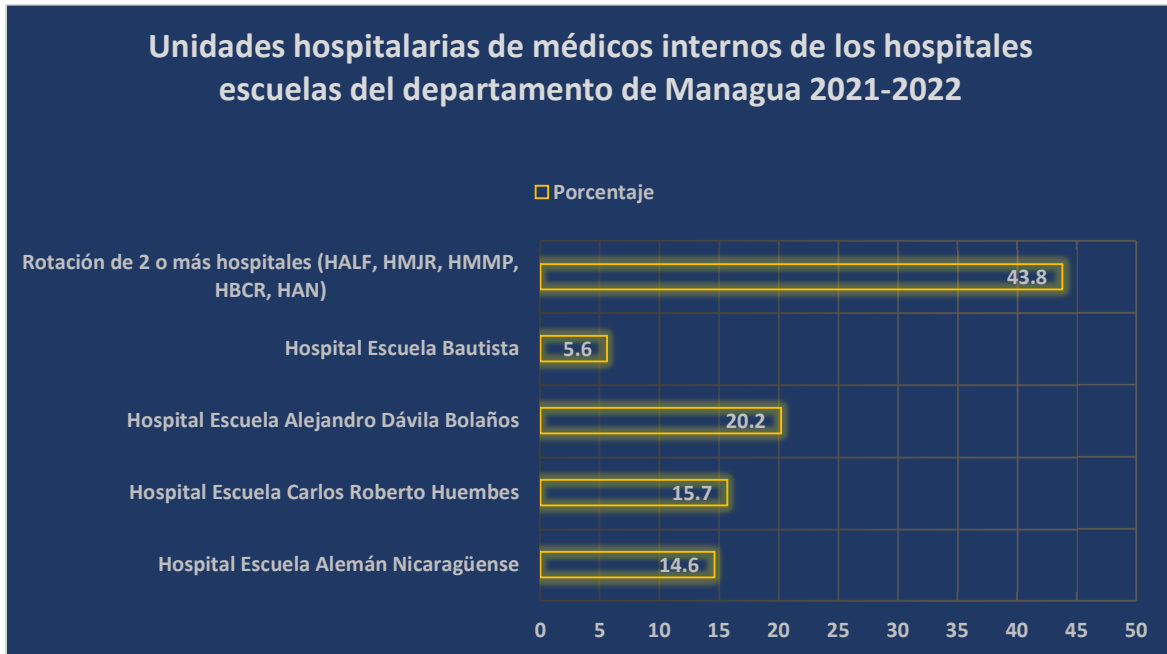


Tabla 8. Agotamiento emocional de médicos internos de los hospitales escuelas del departamento de Managua 2021-2022

Agotamiento emocional	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	Media	DE	Mínimo	Máximo
AE alto (27-54)	68	76.4	76.4	35.02	11.65	7	54
AE medio (18-26)	11	12.4	88.8				
AE bajo (0-18)	10	11.2	100.0				
Total	89	100.0					

Gráfico 8. Agotamiento emocional de médicos internos de los hospitales escuelas del departamento de Managua 2021-2022

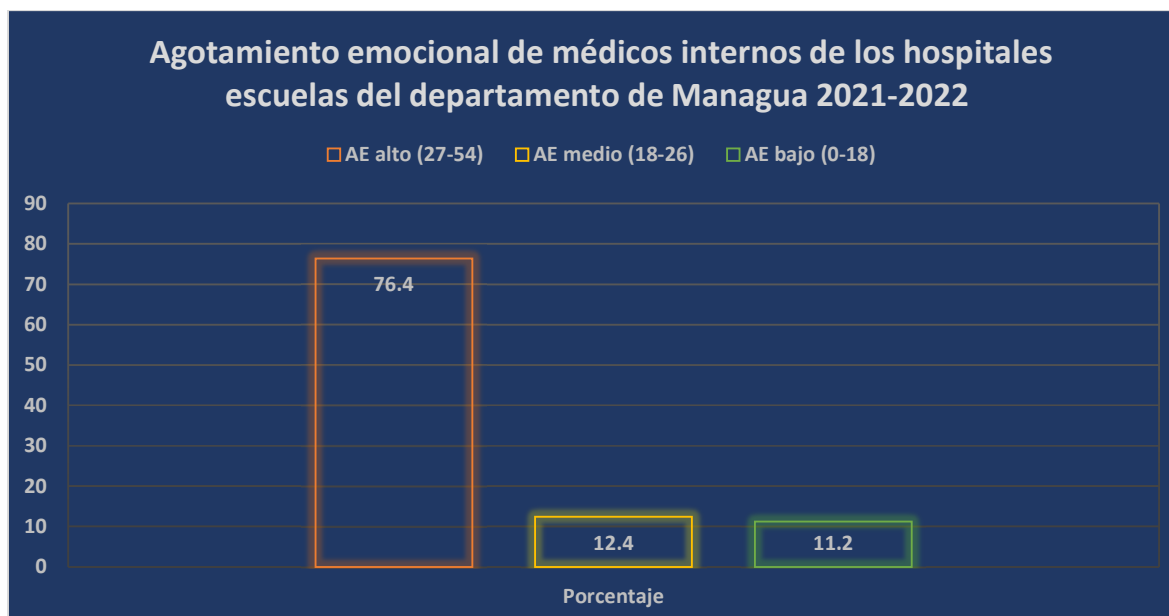


Tabla 9. Coeficiente de confiabilidad y adecuación de muestro de la subescala de agotamiento emocional.

Alfa de Cronbach	N de elementos	Kaiser Meyer-Olkin
0.883	9	0.854

Tabla 10. Despersonalización en médicos internos de los hospitales escuelas del departamento de Managua 2021-2022

Despersonalización	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	Media	DE	Mínimo	Máximo
DP alta (10-30)	52	58.4	58.4	11.03	7.37	0	27
DP media (5-9)	9	10.1	68.5				
DP baja (0-5)	28	31.5	100.0				
Total	89	100.0					

Gráfico 9. Despersonalización en médicos internos de los hospitales escuelas del departamento de Managua 2021-2022

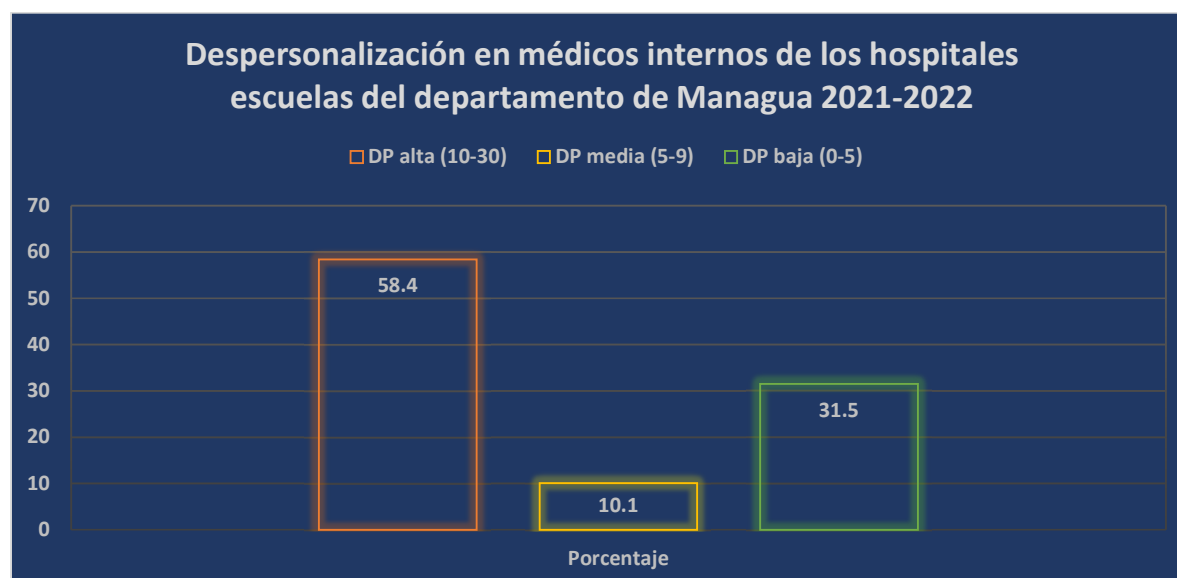


Tabla 11. Coeficiente de confiabilidad y adecuación de muestro de la subescala de despersonalización

Alfa de Cronbach	N de elementos	Kaiser Meyer-Olkin
0.747	5	0.754

Tabla 12. Realización personal en médicos internos de los hospitales escuelas del departamento de Managua 2021-2022

Realización personal	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	Media	DE	Mínimo	Máximo
RP alta (34-48)	41	46.1	46.1	36.8	8.3	10	48
RP media (34-39)	19	21.3	67.4				
RP baja (0-33)	29	32.6	100.0				
Total	89	100.0					

Gráfico 10. Realización personal en médicos internos de los hospitales escuelas del departamento de Managua 2021-2022

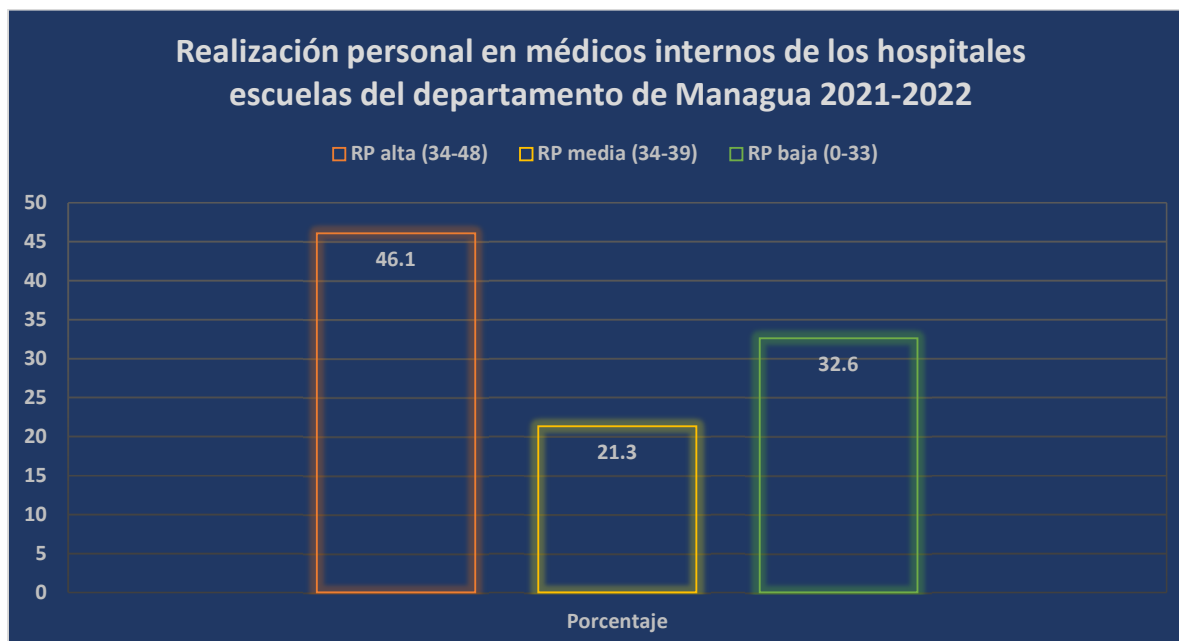


Tabla 13. Coeficiente de confiabilidad y adecuación de muestro de la subescala de realización personal.

Alfa de Cronbach	N de elementos	Kaiser Meyer-Olkin
0.781	8	0.801

Tabla 14. Síndrome de Burnout en médicos internos de los hospitales escuelas del departamento de Managua 2021-2022

Síndrome de Burnout (AE alto + DP alta + RP baja)	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Si	21	23.6	23.6
No	68	76.4	100.0
Total	89	100.0	

Gráfico 11. Síndrome de Burnout en médicos internos de los hospitales escuelas del departamento de Managua 2021-2022

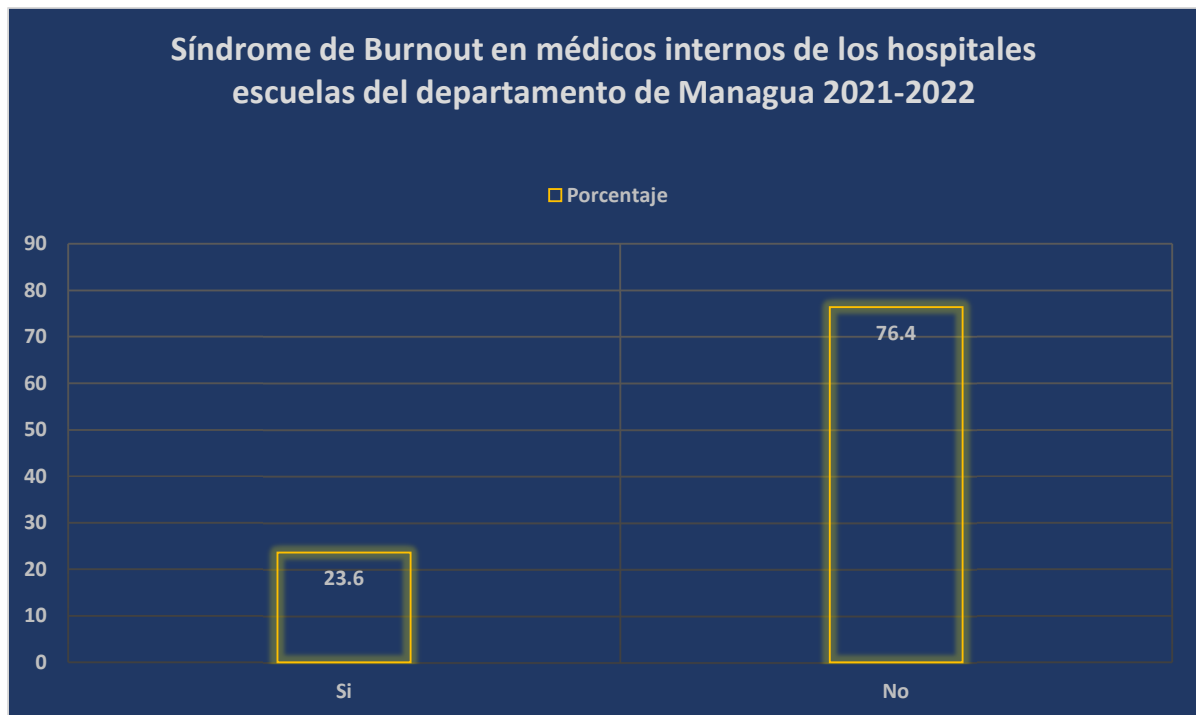


Tabla 15. Coeficiente de confiabilidad y adecuación de muestro del instrumento Maslach Burnout Inventory Human Services Medical Personnel

Alfa de Cronbach	N de elementos	Kaiser Meyer-Olkin
0.706	22	0.830

Tabla 16. Burnout alternativo #1 en médicos internos de los hospitales escuelas del departamento de Managua 2021-2022

Burnout alternativo (AE alto + DP alta)	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Si	47	52.8	52.8
No	42	47.2	100.0
Total	89	100.0	

Gráfico 12. Burnout alternativo #1 en médicos internos de los hospitales escuelas del departamento de Managua 2021-2022

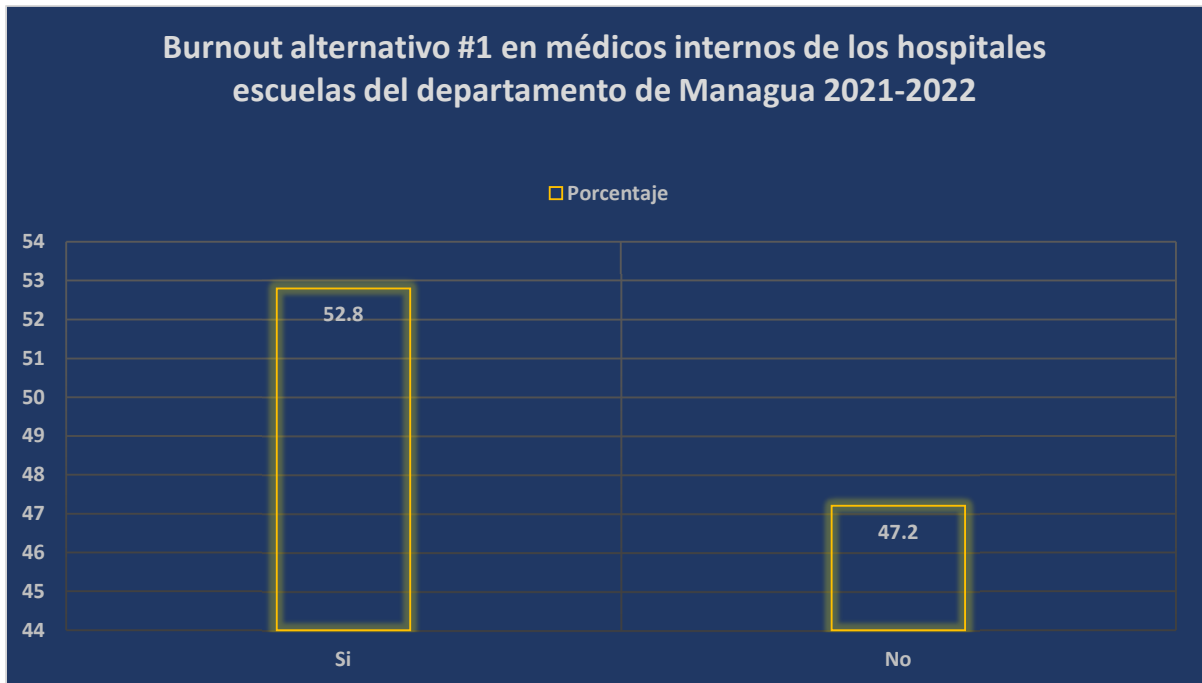


Tabla 17. Burnout alternativo #2 en médicos internos de los hospitales escuelas del departamento de Managua 2021-2022

Burnout alternativo (2 de 3 esferas del MBI afectadas)	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Si	53	59.6	59.6
No	36	40.4	100.0
Total	89	100.0	

Gráfico 13. Burnout alternativo #2 en médicos internos de los hospitales escuelas del departamento de Managua 2021-2022

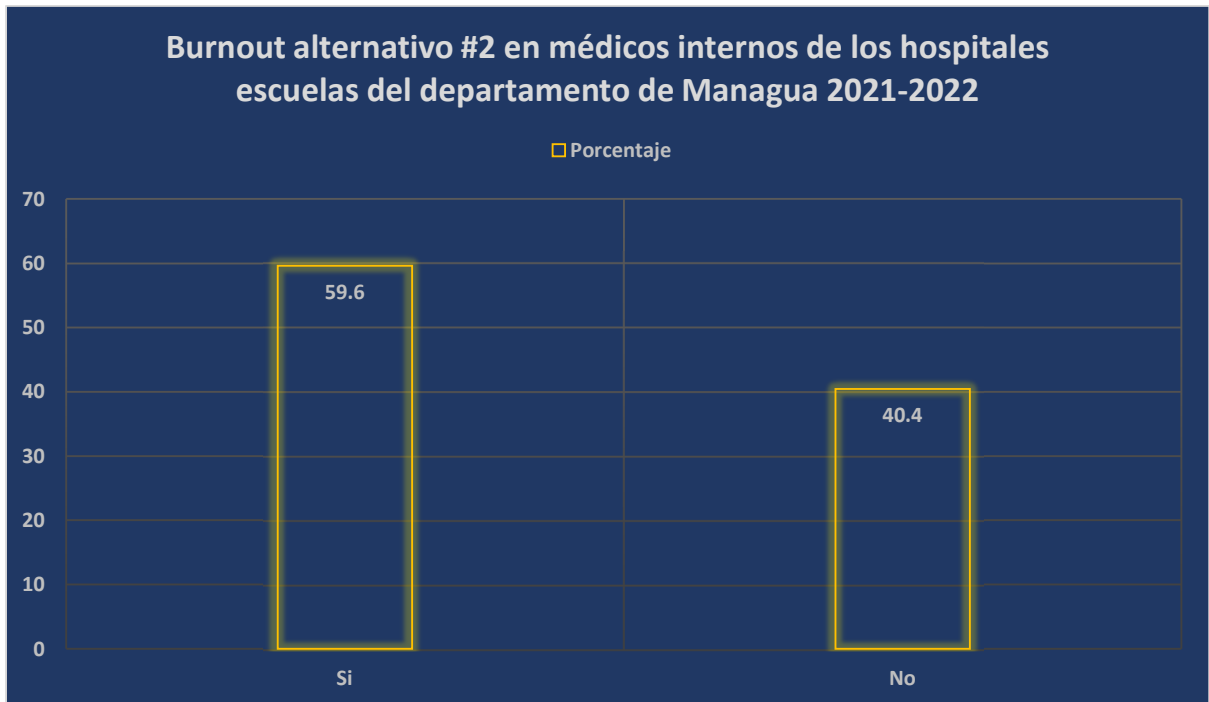


Tabla 18. Indicios de Burnout en médicos internos de los hospitales escuelas del departamento de Managua 2021-2022

Indicios de Burnout (al menos 1 de 3 esferas del MBI afectadas)	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Si	74	83.1	83.1
No	15	16.9	100.0
Total	89	100.0	

Gráfico 14. Indicios de Burnout en médicos internos de los hospitales escuelas del departamento de Managua 2021-2022

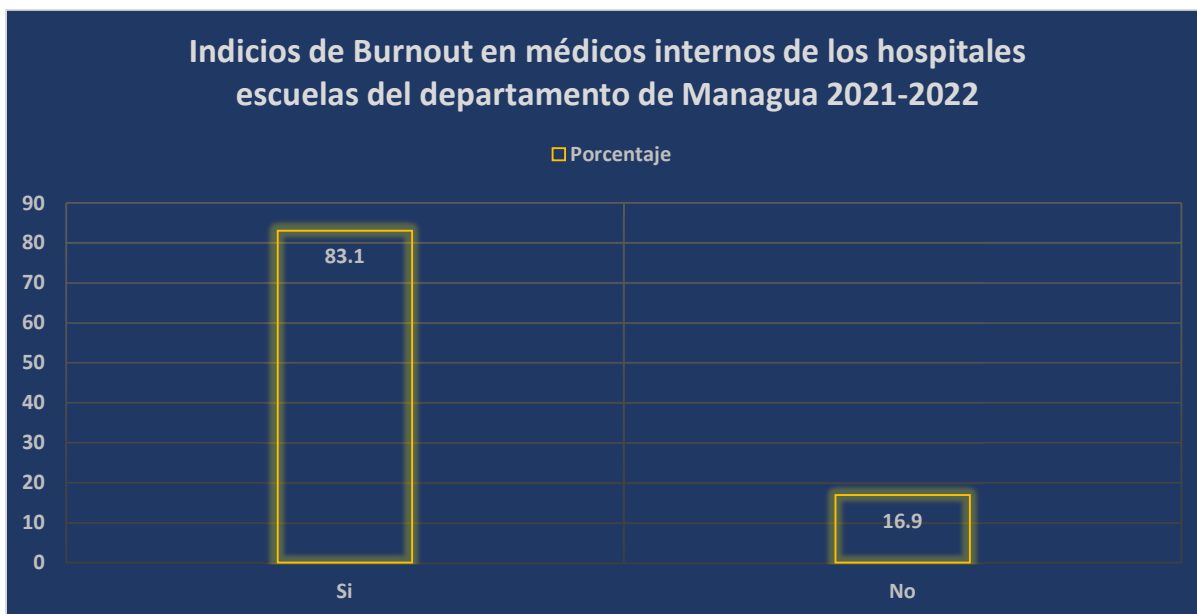


Tabla 19. Percepción de desempeño de médicos internos de los hospitales escuelas del departamento de Managua 2021-2022

¿Cómo percibió su desempeño?	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Bueno	28	31.5	31.5
Muy bueno	41	46.1	77.5
Excelente	17	19.1	96.6
Regular	2	2.2	98.9
Malo	1	1.1	100.0
Total	89	100.0	

Gráfico 15. Percepción de desempeño de médicos internos de los hospitales escuelas del departamento de Managua 2021-2022

Percepción de desempeño de médicos internos de los hospitales escuelas del departamento de Managua 2021-2022

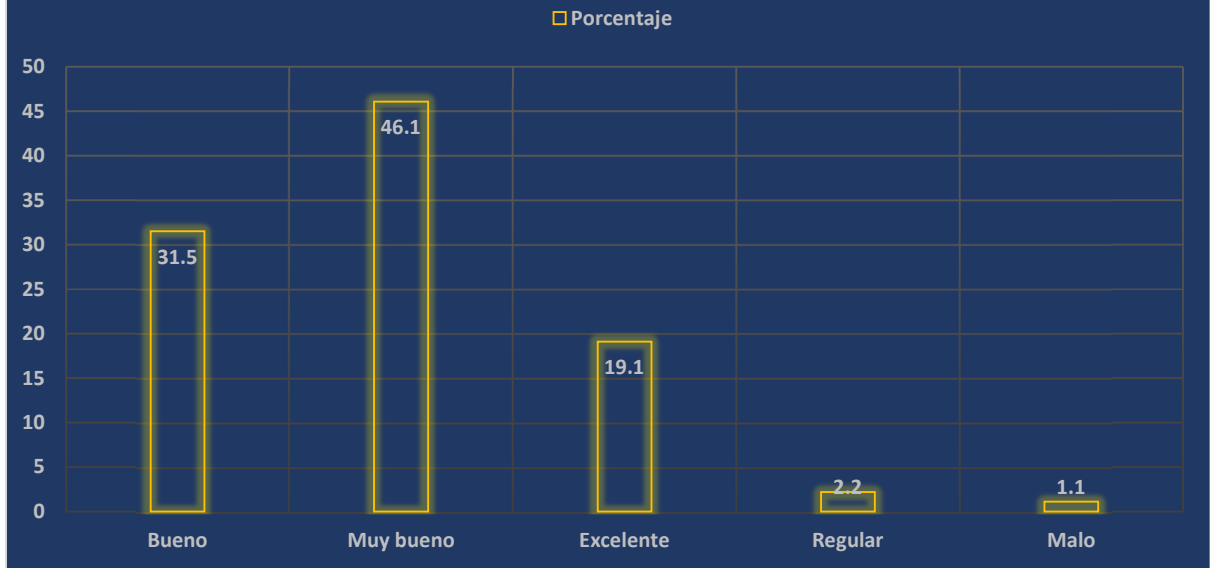


Tabla 20. Motivación al trabajar en rotaciones hospitalarias de médicos internos de los hospitales escuelas del departamento de Managua 2021-2022

¿Se sintió motivado al trabajar en las rotaciones hospitalarias?	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Si	63	70.8	70.8
No	26	29.2	100.0
Total	89	100.0	

Gráfico 16. Motivación al trabajar en rotaciones hospitalarias de médicos internos de los hospitales escuelas del departamento de Managua 2021-2022



Tabla 21. Satisfacción laboral de médicos internos de los hospitales escuelas del departamento de Managua 2021-2022

¿Representó para usted satisfacción el trabajo realizado como médico interno?	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Si	68	76.4	76.4
No	21	23.6	100.0
Total	89	100.0	

Gráfico 17. Satisfacción laboral de médicos internos de los hospitales escuelas del departamento de Managua 2021-2022

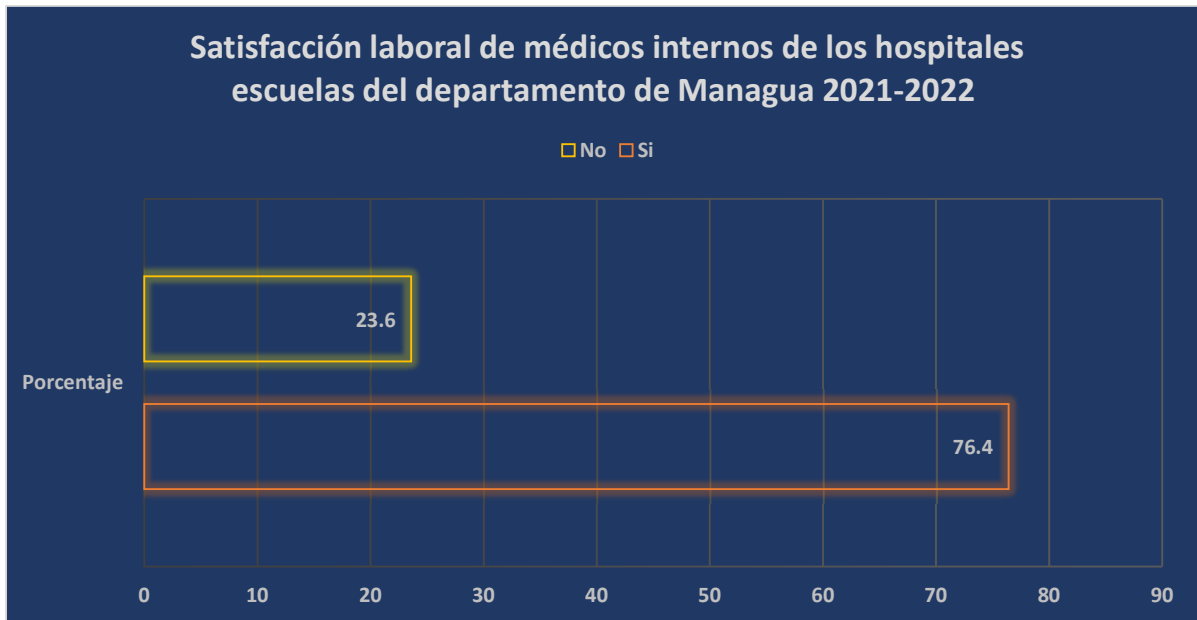


Tabla 22: Insatisfacción laboral de médicos internos de los hospitales escuelas del departamento de Managua 2021-2022.

¿Se consideró insatisfecho con su participación por los diversos servicios del internado rotatorio?	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Si	35	39.3	39.3
No	54	60.7	100.0
Total	89	100.0	

Gráfico 18. Insatisfacción laboral de médicos internos de los hospitales escuelas del departamento de Managua 2021-2022

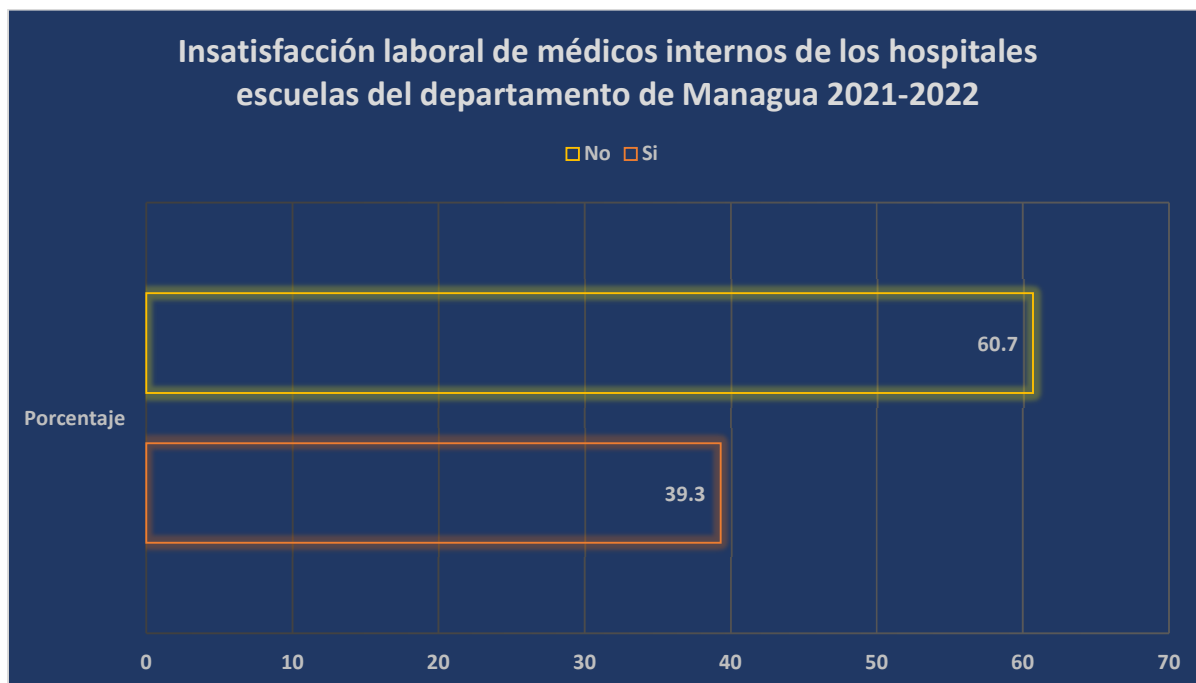


Tabla 23. Síntomas de estrés laboral en médicos internos de los hospitales escuelas del departamento de Managua 2021-2022

Síntoma	Frecuencia	Porcentaje
Fatiga	67	75.2
Cefalea	63	70.7
Colon irritable	26	29.2
Insomnio	41	46.0
Gastritis	30	33.7
Ansiedad	59	66.2

Gráfico 19. Síntomas de estrés laboral en médicos internos de los hospitales escuelas del departamento de Managua 2021-2022

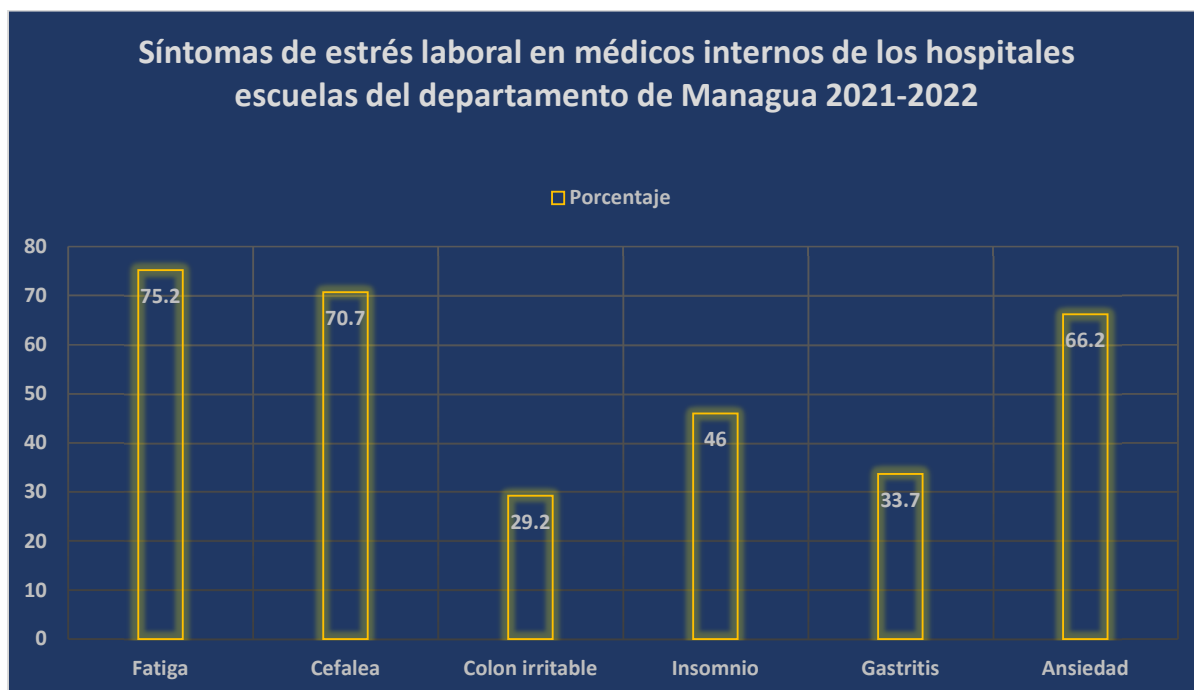


Tabla 24. Cantidad de síntomas de estrés laboral en médicos internos de los hospitales escuelas del departamento de Managua 2021-2022

#Síntomas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	Media	DE
<2 síntomas	15	16.9	16.9	3.2	1.5
2-3 síntomas	34	38.2	55.1		
> 3 síntomas	40	44.9	100.0		
Total	89	100.0			

Gráfico 20. Cantidad de síntomas de estrés laboral en médicos internos de los hospitales escuelas del departamento de Managua 2021-2022

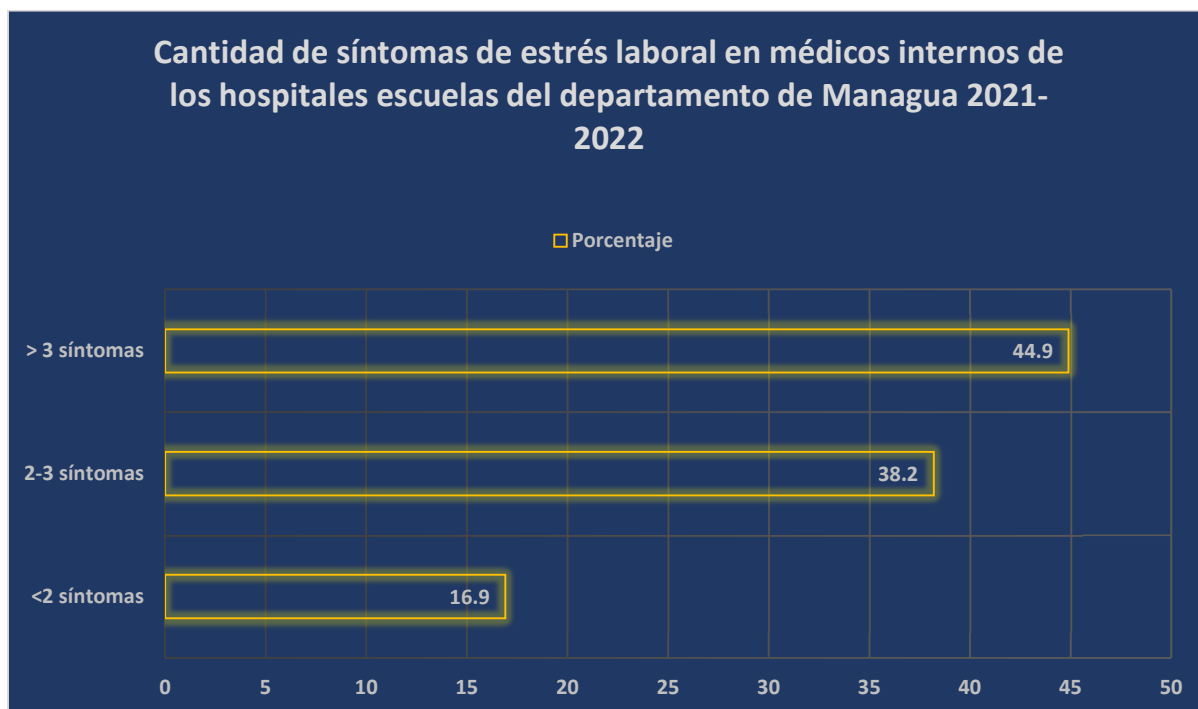


Tabla 25. Estrés laboral según rotación en médicos internos de los hospitales escuelas del departamento de Managua 2021-2022

¿En qué momento del internado percibió más estrés laboral?	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Primera rotación	14	15.7	15.7
Segunda rotación	15	16.9	32.6
Tercera rotación	15	16.9	49.4
Cuarta rotación	25	28.1	77.5
Quinta rotación	20	22.5	100.0
Total	89	100.0	

Gráfico 21. Estrés laboral según rotación en médicos internos de los hospitales escuelas del departamento de Managua 2021-2022

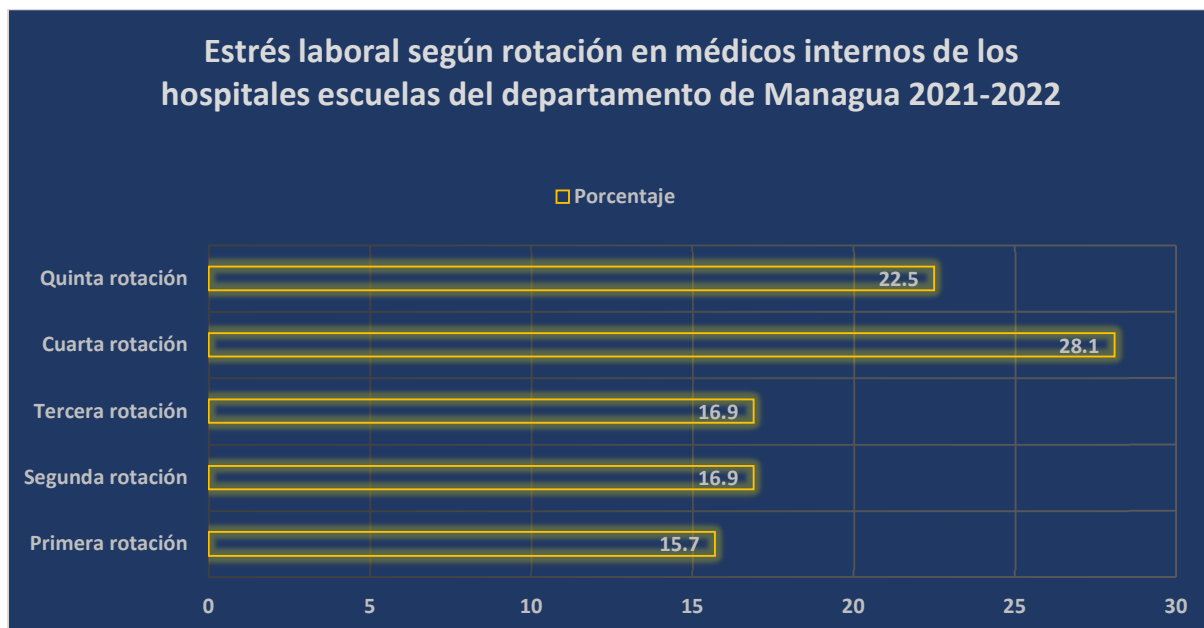


Tabla 26. Estrés laboral según servicio rotario en médicos internos de los hospitales escuelas del departamento de Managua 2021-2022

¿En qué servicio percibió mayor estrés laboral?	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Cirugía	18	20.2	20.2
Gineco-obstetricia	27	30.3	50.6
Medicina interna	33	37.1	87.6
Pediatría	11	12.4	100.0
APS	0	0	100.0
Total	89	100.0	

Gráfico 22. Estrés laboral según servicio rotatorio en médicos internos de los hospitales escuelas del departamento de Managua 2021-2022

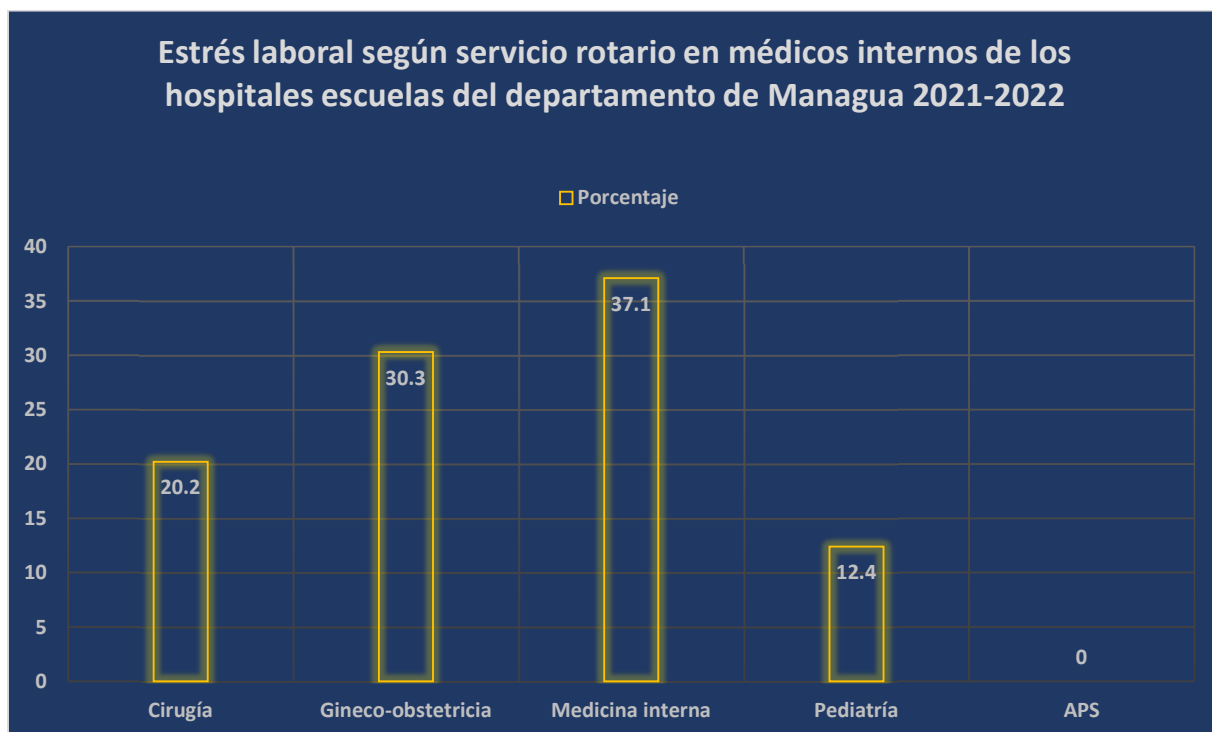


Tabla 27. Remuneración monetaria en médicos internos de los hospitales escuelas del departamento de Managua 2021-2022

¿Recibió remuneración académica?	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Si	18	20.2	20.2
No	71	79.8	100.0
Total	89	100.0	

Gráfico 23. Remuneración monetaria en médicos internos de los hospitales escuelas del departamento de Managua 2021-2022



Tabla 28. Remuneración académica por parte de unidad de salud donde ejercieron médicos internos de los hospitales escuelas del departamento de Managua 2021-2022

¿Recibió remuneración académica por parte de su unidad de salud?	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Si	25	28.1	28.1
No	64	71.9	100.0
Total	89	100.0	

Gráfico 24. Remuneración académica por parte de unidad de salud donde ejercieron médicos internos de los hospitales escuelas del departamento de Managua 2021-2022



Tabla 29. Remuneración académica por parte de universidad de médicos internos de los hospitales escuelas del departamento de Managua 2021-2022

¿Recibió remuneración académica por parte de su universidad?	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Si	12	13.5	13.5
No	77	86.5	100.0
Total	89	100.0	

Gráfico 25. Remuneración académica por parte de universidad de médicos internos de los hospitales escuelas del departamento de Managua 2021-2022



Tabla 30. Riesgo académico de médicos internos de los hospitales escuelas del departamento de Managua 2021-2022

	Frecuencia	Porcentaje
Fracaso en los exámenes	33	37
Falta de percepción de la adquisición de las habilidades	32	35.9
Malestar respecto a las evaluaciones de cada rotación	36	40.4
Ninguno	23	25.8

Gráfico 26. Riesgo académico de médicos internos de los hospitales escuelas del departamento de Managua 2021-2022

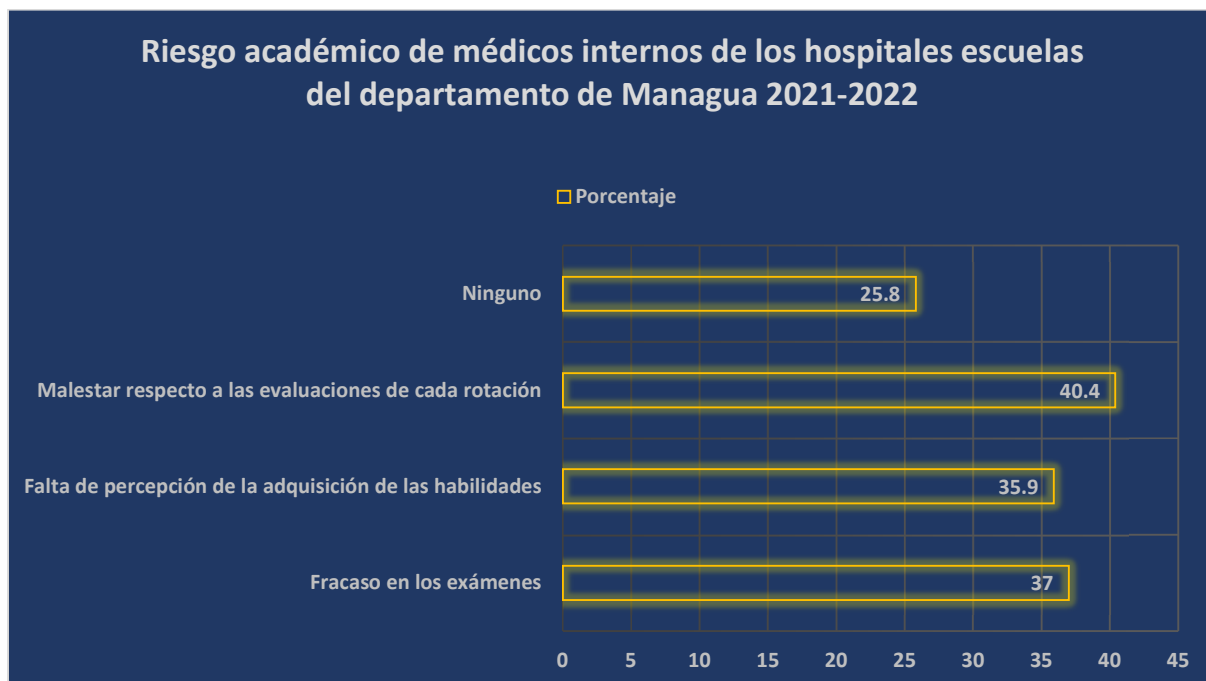


Tabla 31. Cantidad de esferas afectadas en riesgo académico en médicos internos de los hospitales escuelas del departamento de Managua 2021-2022

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Ninguna	23	25.8	25.8
1 esfera afectada	42	47.2	73.0
2 esferas afectadas	13	14.6	87.6
3 esferas afectadas	11	12.4	100.0
Total	89	100.0	

Gráfico 27. Cantidad de esferas afectadas en riesgo académico en médicos internos de los hospitales escuelas del departamento de Managua 2021-2022



Tabla 32. Duración de jornada laboral de médicos internos de los hospitales escuelas del departamento de Managua 2021-2022

Duración jornada laboral semanal	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Más de 40 h	77	86.5	86.5
Menos de 40h	12	13.5	100.0
Total	89	100.0	

Gráfico 28. Duración de jornada laboral de médicos internos de los hospitales escuelas del departamento de Managua 2021-2022

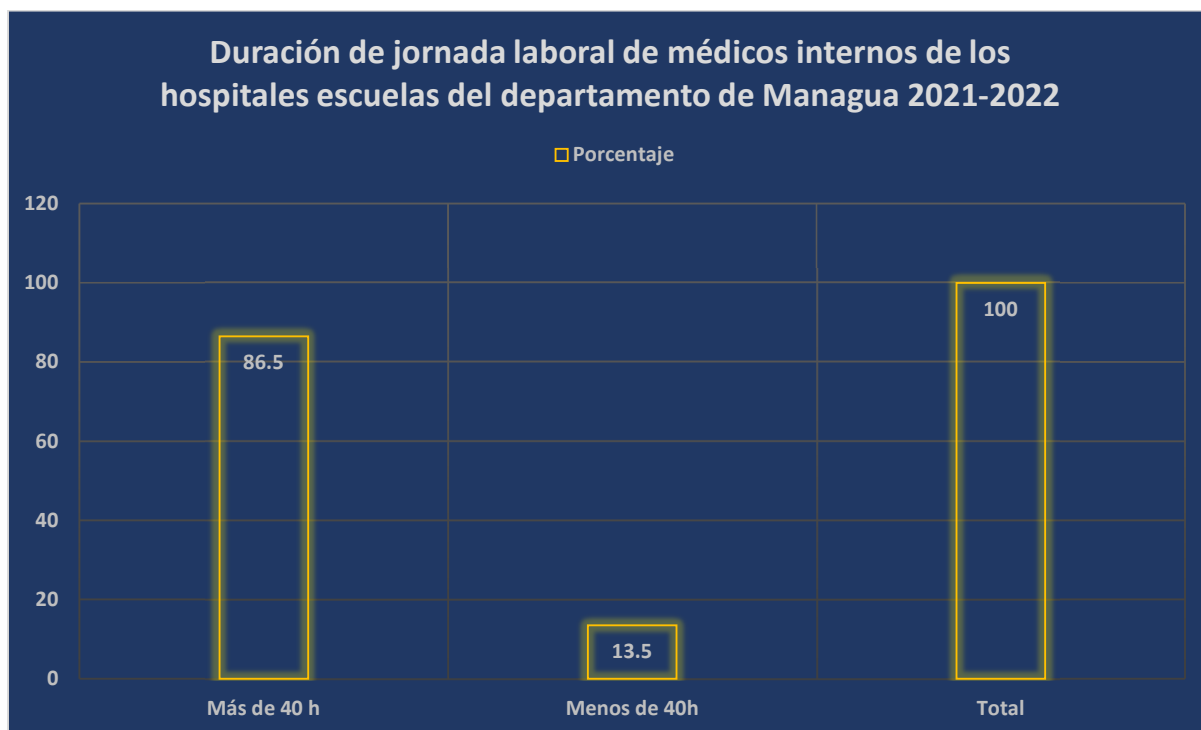


Tabla 33. Jornadas extrahospitalarias de médicos internos de los hospitales escuelas del departamento de Managua 2021-2022

¿Realizó jornadas extrahospitalarias?	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Si	73	82.0	82.0
No	16	18.0	100.0
Total	89	100.0	

Gráfico 29. Jornadas extrahospitalarias de médicos internos de los hospitales escuelas del departamento de Managua 2021-2022

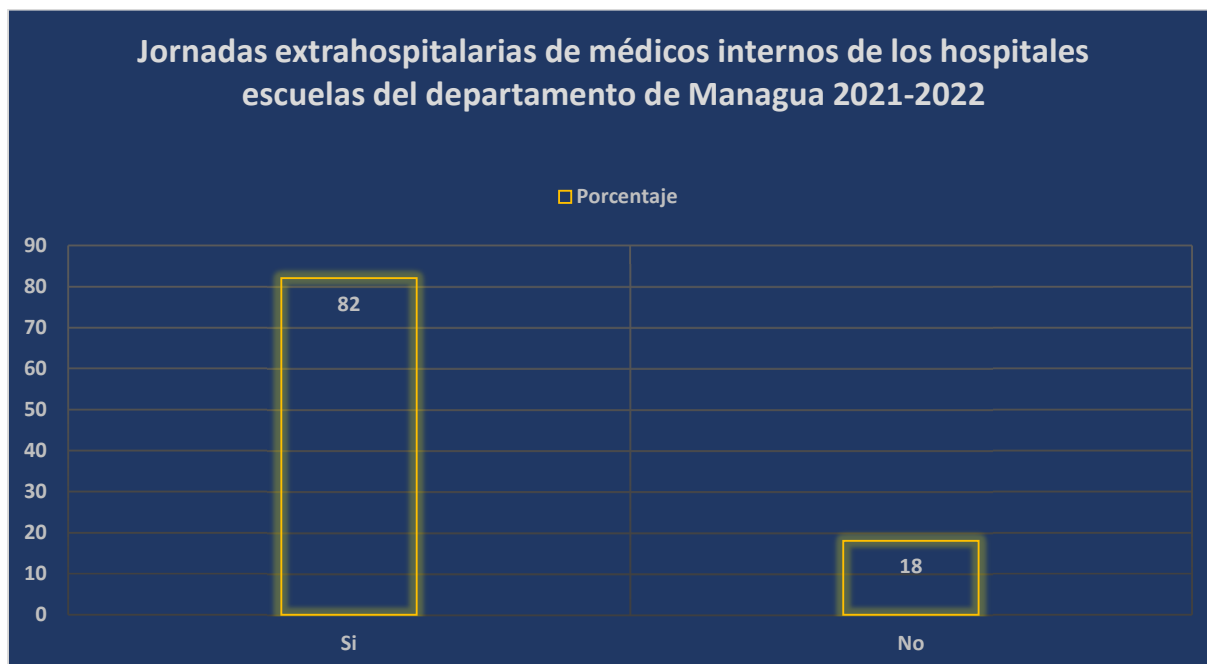


Tabla 34. Actividades extracurriculares realizadas por médicos internos de los hospitales escuelas del departamento de Managua 2021-2022

	Frecuencia	Porcentaje
Actividad física	25	28.0
Servicios comunitarios	8	8.9
Cursos académicos	9	10.1
Visitas familiares	41	46.0
Actividades religiosas	18	20.2
Fiestas	47	52.8
Ninguna	22	24.7

Gráfico 30. Actividades extracurriculares realizadas por médicos internos de los hospitales escuelas del departamento de Managua 2021-2022

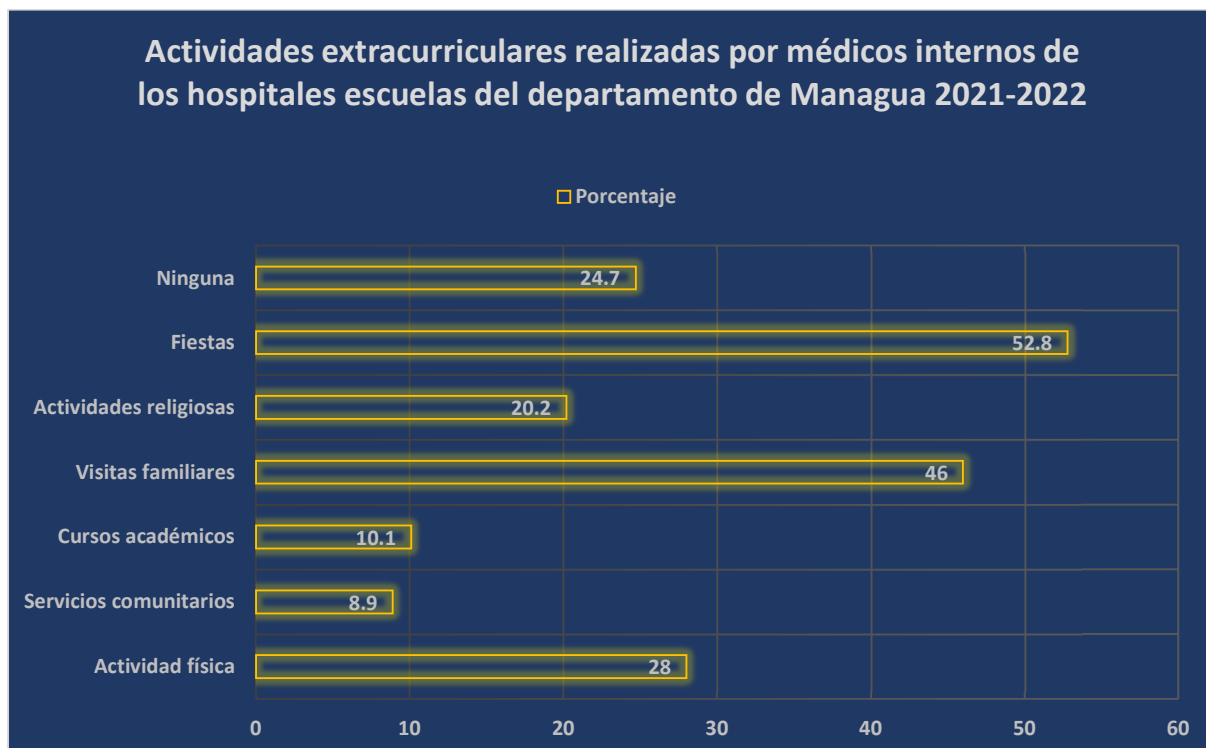


Tabla 35. Cantidad de actividades extracurriculares realizadas por médicos internos de los hospitales escuelas del departamento de Managua 2021-2022

# Actividades realizadas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Ninguna	22	24.7	24.7
1 actividad	20	22.5	47.2
2-3 actividades	40	44.9	92.1
>3 actividades	7	7.9	100.0
Total	89	100.0	

Gráfico 31. Cantidad de actividades extracurriculares realizadas por médicos internos de los hospitales escuelas del departamento de Managua 2021-2022

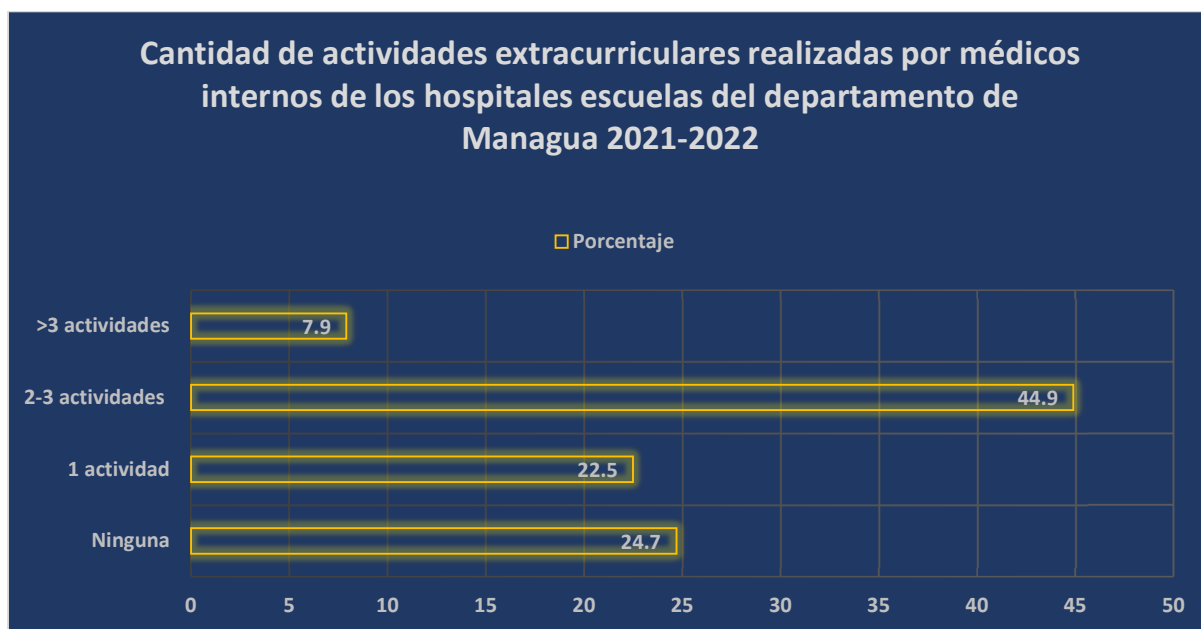


Tabla 36. Sexo y síndrome de Burnout

Sexo	SBO (si)	SBO (no)	Total	OR	Valor de p	Chi Mantel y Haenszel
Masculino	8	18	26	1.7 (IC 95%: 0.6-4.8)	0.3	0.56 p: 0.45
%	30.8%	69.2%	100%			
Femenino	13	50	63			
%	20.6%	79.4%	100.0			
Total	21	68	89			

Gráfico 32. Prevalencia del síndrome de Burnout según sexo en los médicos internos de los hospitales escuelas del departamento de Managua 2021-2022.

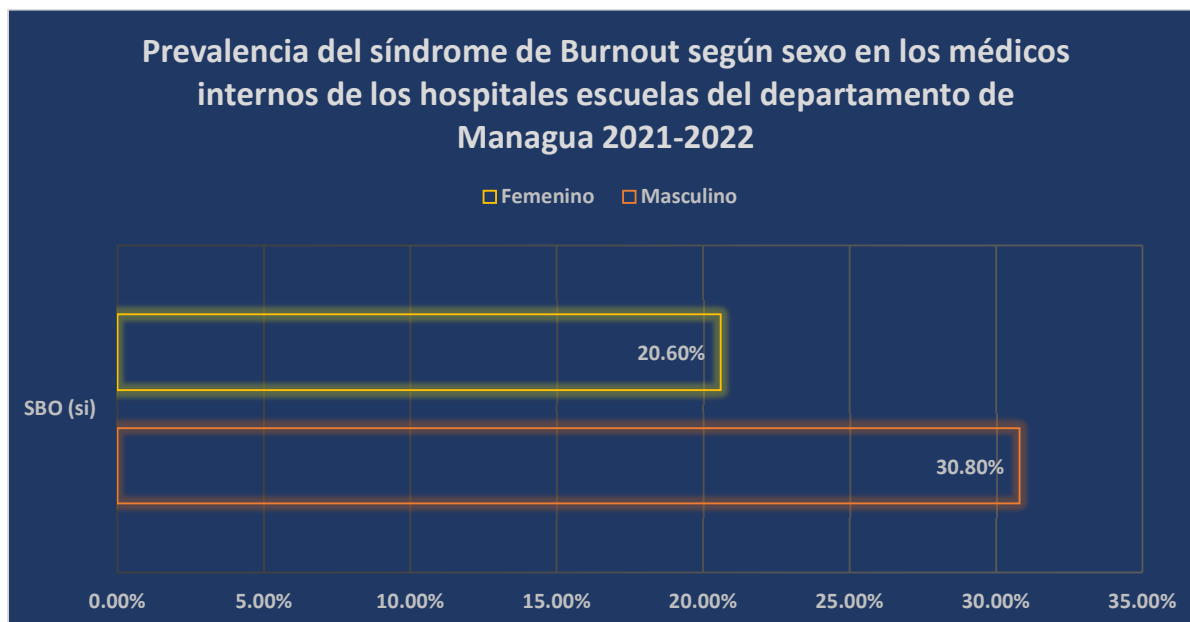


Tabla 37. Estado civil y síndrome de Burnout

Estado civil	SBO (si)	SBO (no)	Total	OR	Valor de p	Chi Mantel y Haenszel
Soltero	21	55	76	10.4 (IC 95%: 0.6-183.7)	0.1	2.62 p: 0.1
%	27.6%	72.4 %	100%			
No Soltero	0	13	13			
%	0%	100.0%	100.0			
Total	21	68	89			

Gráfico 33. Prevalencia del síndrome de Burnout según estado civil en los médicos internos de los hospitales escuelas del departamento de Managua 2021-2022.

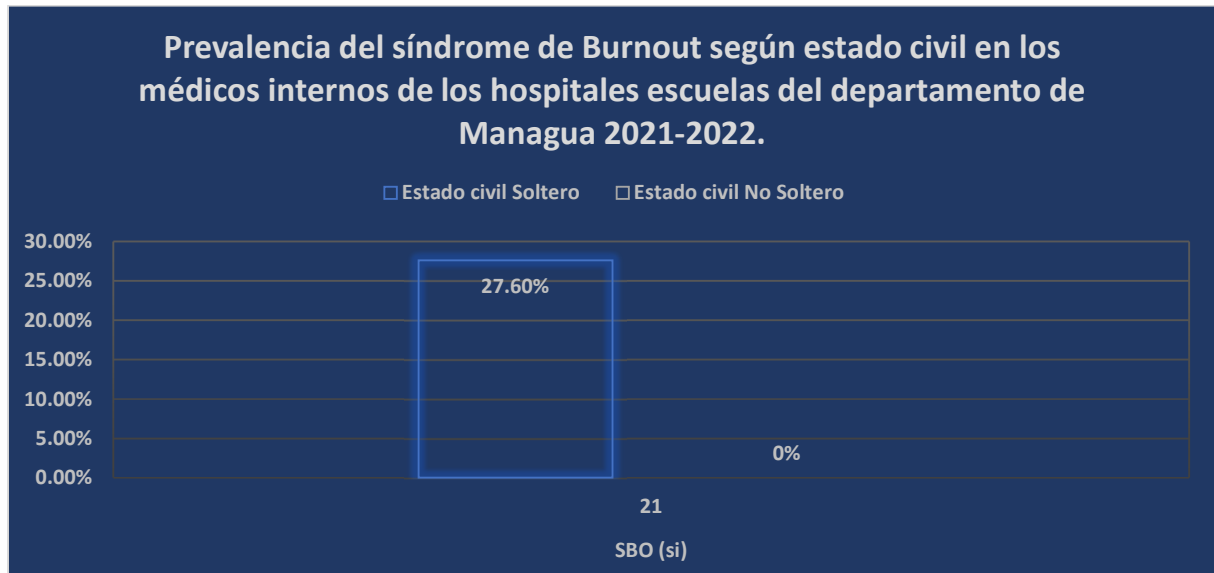


Tabla 38. Riesgo reproductivo y síndrome de Burnout

¿Tiene hijos?	SBO (si)	SBO (no)	Total	OR	Valor de p	Chi Mantel y Haenszel
Si	1	9	10	0.3 (IC 95%: 0.04-2.75)	0.3	0.46 p: 0.49
%	10.0 %	90.0 %	100%			
No	20	59	79			
%	25.3 %	74.7 %	100.0			
Total	21	68	89			

Gráfico 34. Prevalencia del síndrome de Burnout según riesgo reproductivo en los médicos internos de los hospitales escuelas del departamento de Managua 2021-2022

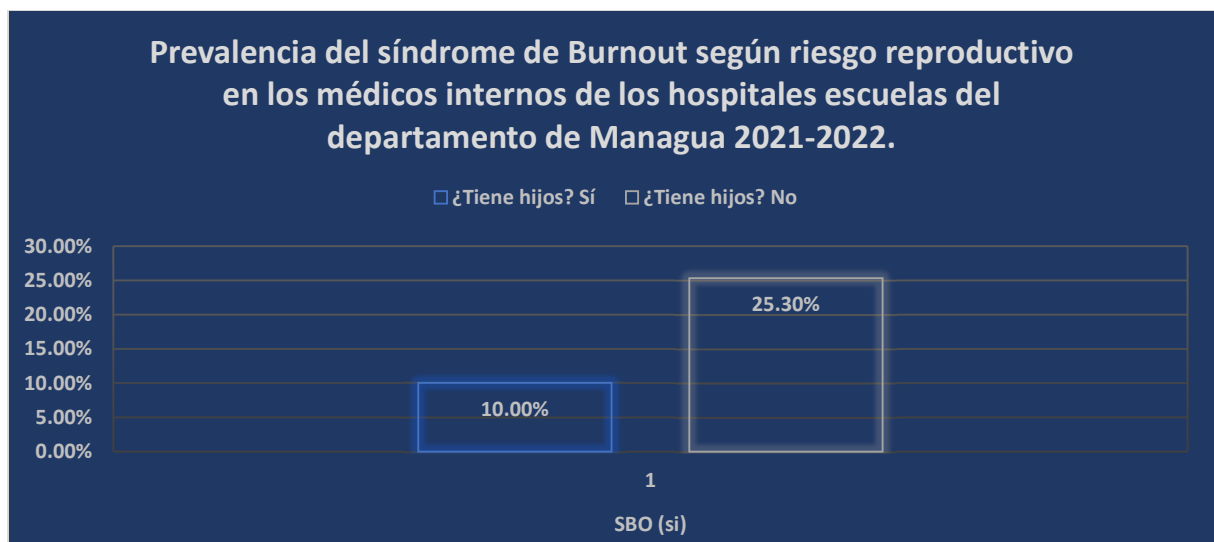


Tabla 39. Motivación laboral y síndrome de Burnout

¿Se sintió motivado al trabajar en las rotaciones hospitalarias?	SBO (si)	SBO (no)	Total	OR	Valor de p	Chi Mantel y Haenszel
No	13	13	26	6.88 (IC 95%: 2.36-20.01)	<0.001	12.21 p: <0.001
%	50.0 %	50.0 %	100%			
Si	8	55	69			
%	12.7 %	87.3 %	100.0			
Total	21	68	89			

Gráfico 35. Prevalencia del síndrome de Burnout según motivación laboral en los médicos internos de los hospitales escuelas del departamento de Managua 2021-2022

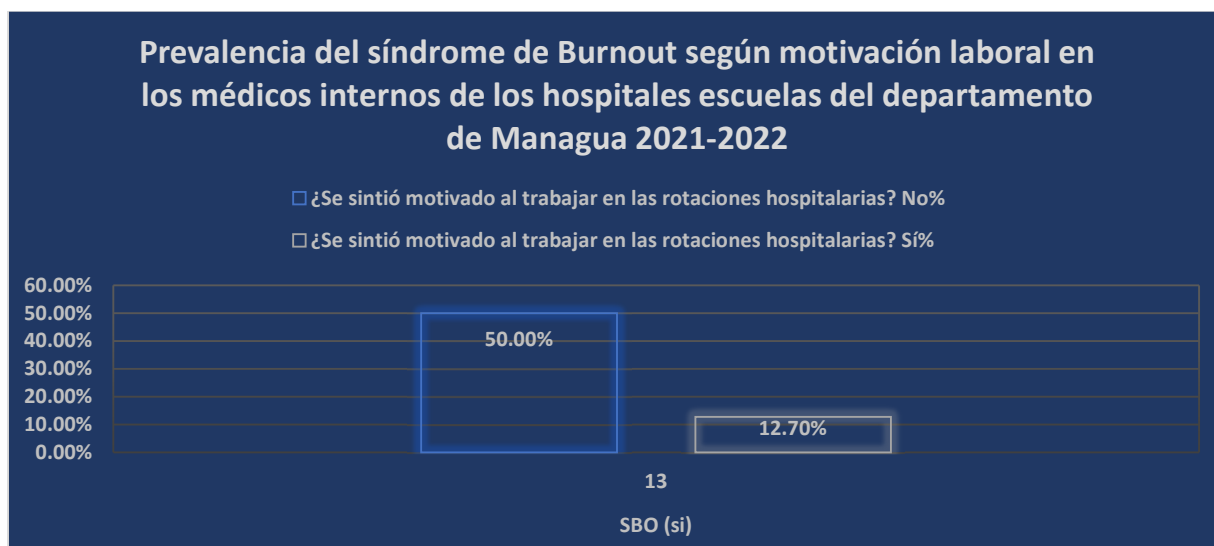


Tabla 40. Satisfacción laboral y síndrome de Burnout

¿Representó para usted satisfacción el trabajo realizado como médico interno?	SBO (si)	SBO (no)	Total	OR	Valor de p	Chi Mantel y Haenszel
No	10	11	21	4.7 (IC 95%: 1.61-13.7)	<0.05	7.14 p: <0.05
%	47.6%	52.4 %	100%			
Si	11	57	68			
%	16.2 %	83.8 %	100.0			
Total	21	68	89			

Gráfico 36 Prevalencia del síndrome de Burnout según satisfacción laboral en los médicos internos de los hospitales escuelas del departamento de Managua 2021-2022.

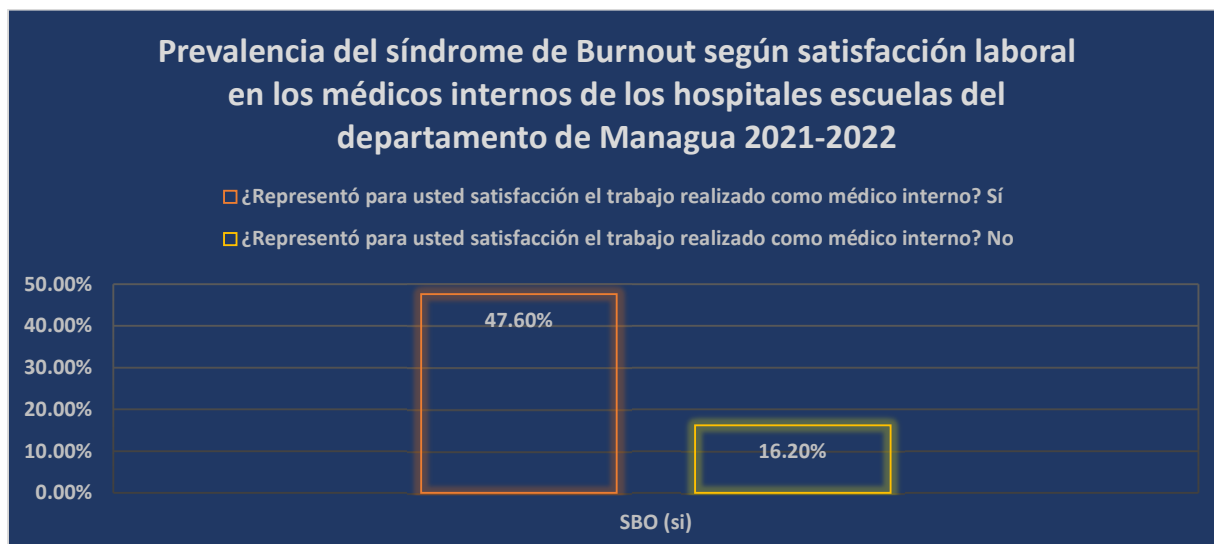


Tabla 41. Insatisfacción laboral y síndrome de Burnout

¿Se consideró insatisfecho con su participación por los diversos servicios del internado rotatorio?	SBO (si)	SBO (no)	Total	OR	Valor de p	Chi Mantel y Haenszel
Si	14	21	35	4.47 (IC 95%: 1.57-12.70)	<0.05	7.18 p: <0.05
%	40.0%	60.0 %	100%			
No	7	47	54			
%	13.0 %	87.0 %	100.0			
Total	21	68	89			

Gráfico 37. Prevalencia del síndrome de Burnout según insatisfacción laboral en los médicos internos de los hospitales escuelas del departamento de Managua 2021-2022.

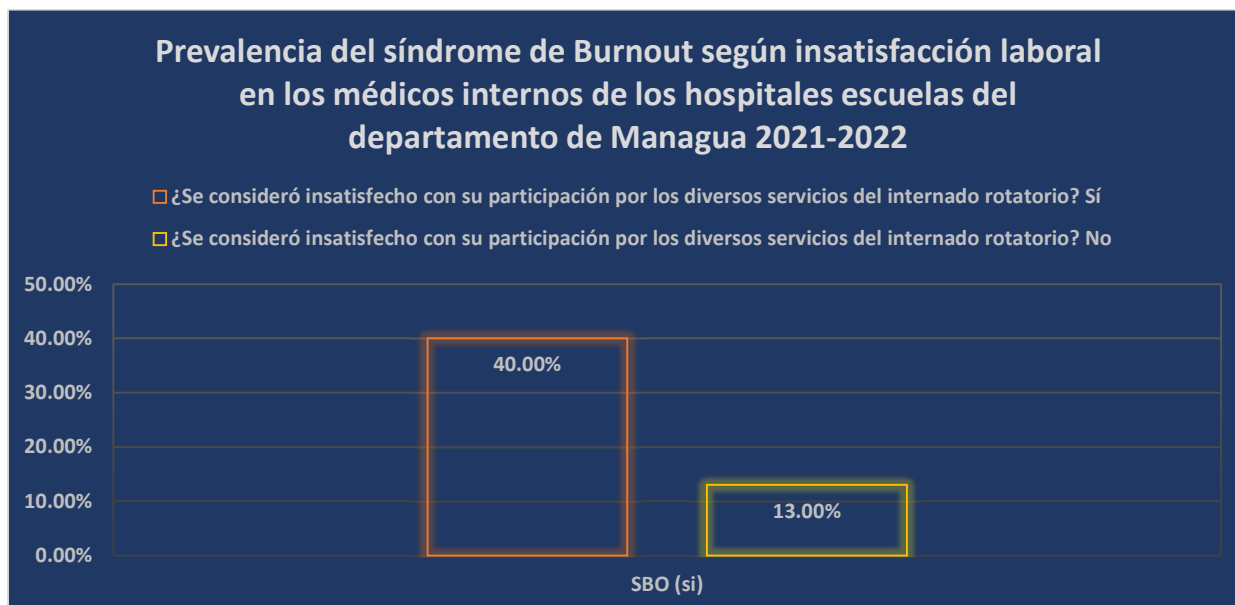


Tabla 42. Síntomas de estrés laboral y síndrome de Burnout

Cantidad de síntomas	SBO (si)	SBO (no)	Total	OR	Valor de p	Chi Mantel y Haenszel
>2 síntomas	19	55	74	2.25 (IC 95%: 0.46-10.87)	0.3	0.48 p: 0.48
%	25.7%	74.3 %	100%			
<2 síntomas	2	13	15			
%	13.3%	86.7%	100.0			
Total	21	68	89			

Gráfico 38. Prevalencia del síndrome de Burnout según cantidad de síntomas en los médicos internos de los hospitales escuelas del departamento de Managua 2021-2022.

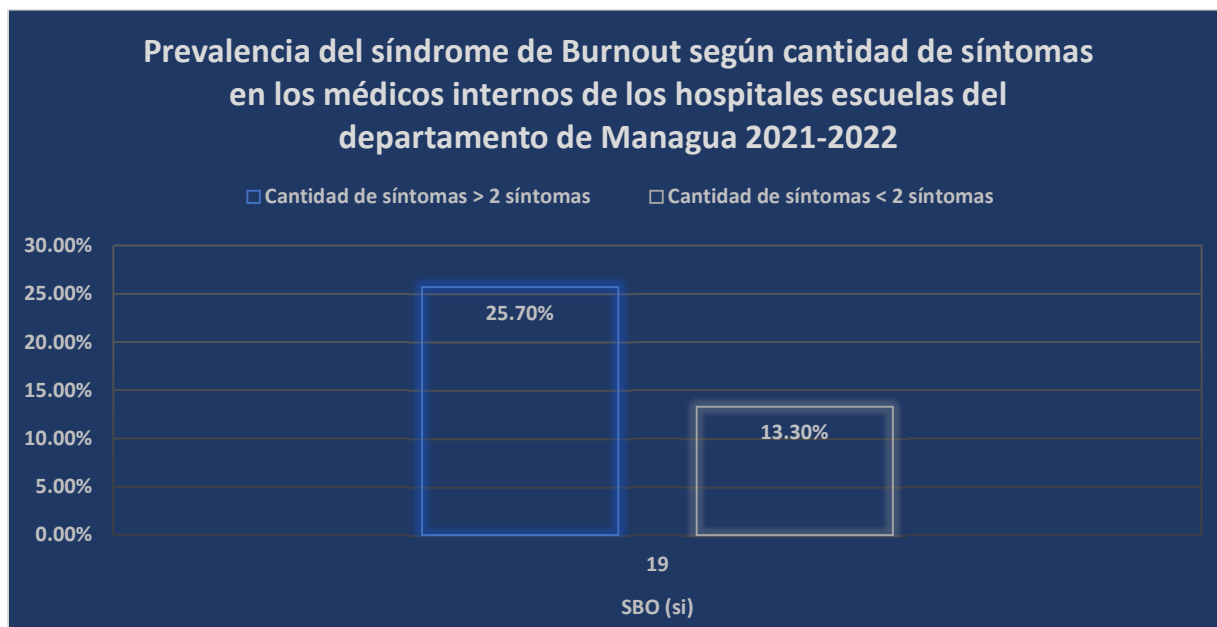


Tabla 43. Síntomas de estrés laboral y Burnout alternativo #2

Cantidad de síntomas	BO alternativo (si)	BO alternativo (no)	Total	OR	Valor de p	Chi Mantel y Haenszel
>2 síntomas	48	26	74	3.69 (IC 95%: 1.14-11.95)	<0.05	3.92 p: <0.05
%	64.9%	35.1 %	100%			
<2 síntomas	5	10	15			
%	33.3%	66.7%	100.0			
Total	21	68	89			

Gráfico 39. Prevalencia del síndrome de Burnout alternativo #2 según estrés laboral de síntomas en los médicos internos de los hospitales escuelas del departamento de Managua 2021-2022.

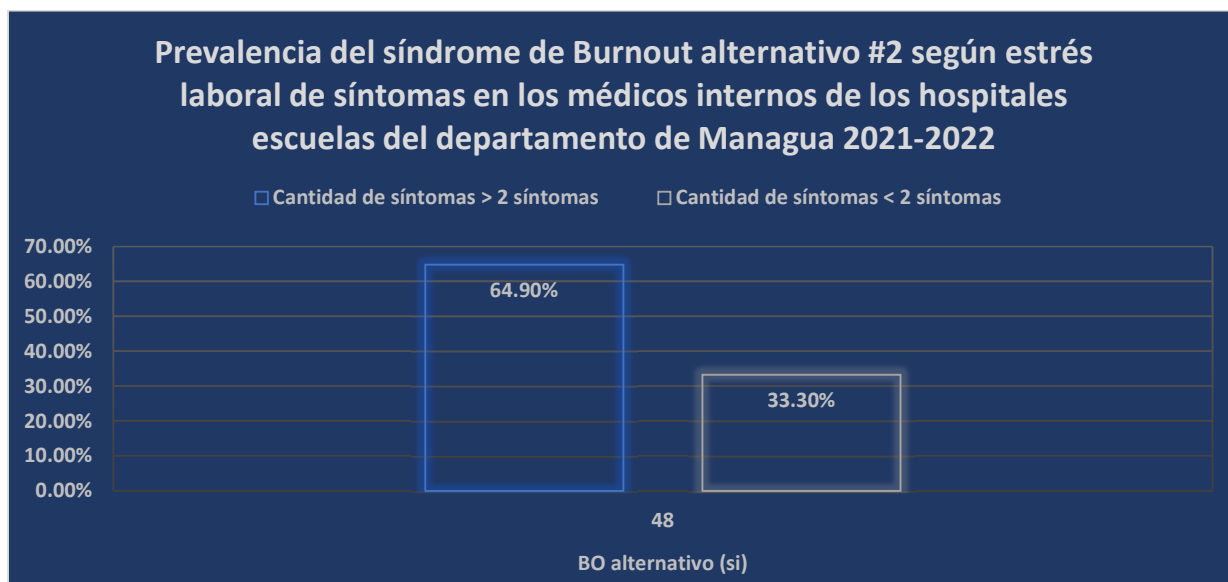


Tabla 44. Cefalea y despersonalización

¿Experimentó cefalea?	DP alta (si)	DP alta (no)	Total	OR	Valor de p	Chi Mantel y Haenszel
Si	42	21	63	3.2 (IC 95%: 1.24-8.25)	<0.05	4.92 p: <0.05
%	66.7%	33.3 %	100%			
No	10	16	26			
%	38.5%	61.5%	100.0			
Total	52	37	89			

Gráfico 40. Prevalencia de cefalea más despersonalización en los médicos internos de los hospitales escuelas del departamento de Managua 2021-2022.

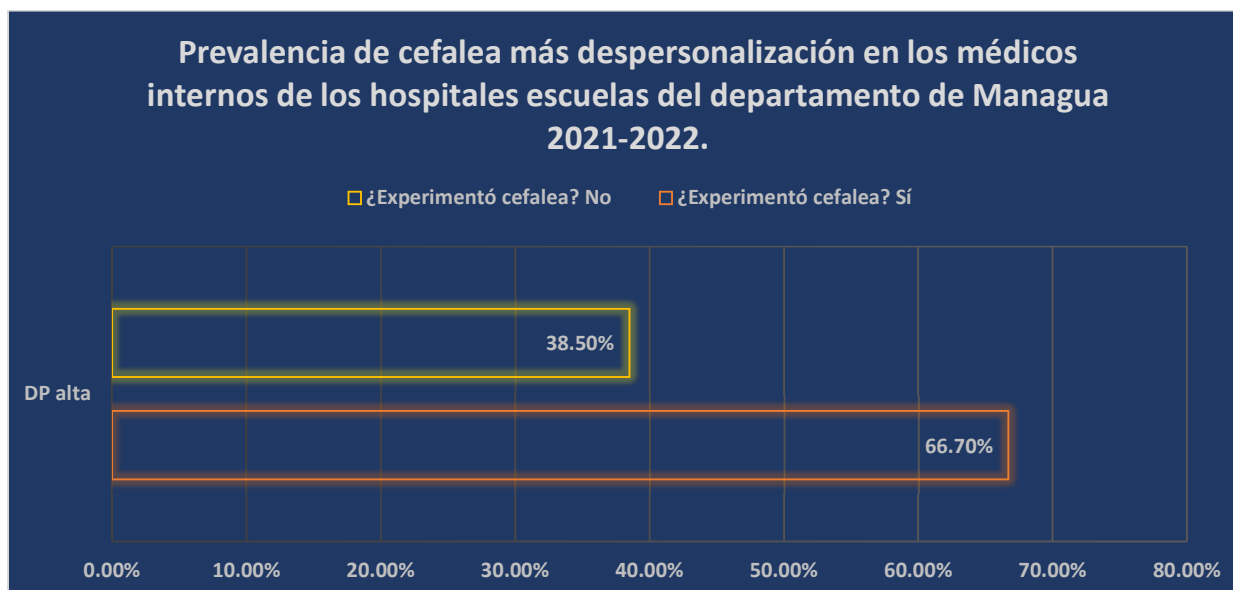


Tabla 45. Remuneración monetaria y síndrome de Burnout

¿Recibió remuneración monetaria?	SBO (si)	SBO (no)	Total	OR	Valor de p	Chi Mantel y Haenszel
No	18	54	72	1.56 (IC 95%: 0.4-6.04)	0.5	0.11 p: 0.74
%	25.0 %	75.0 %	100%			
Si	3	14	17			
%	17.6%	82.4%	100.0			
Total	21	68	89			

Gráfico 41. Prevalencia del síndrome de Burnout según remuneración monetaria en los médicos internos de los hospitales escuelas del departamento de Managua 2021-2022

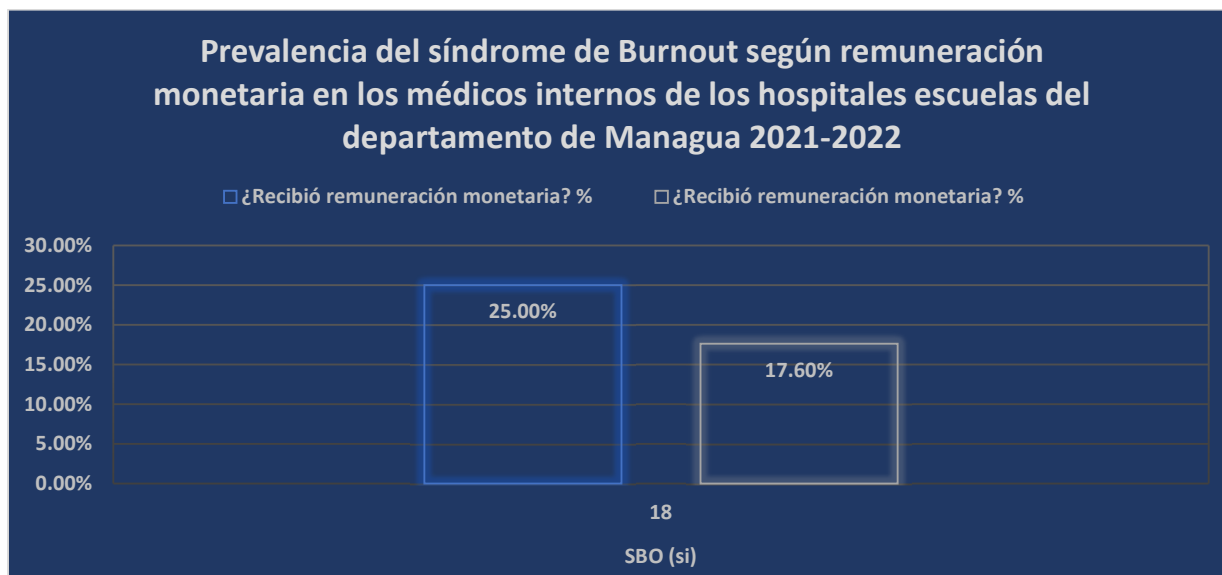


Tabla 46. Remuneración académica y síndrome de Burnout

¿Recibió remuneración académica por parte de su unidad de salud?	SBO (si)	SBO (no)	Total	OR	Valor de p	Chi Mantel y Haenszel
No	18	46	64	2.87 (IC 95%: 0.76-10.7)	0.1	1.78 p: 0.1
%	28.1%	71.9 %	100%			
Si	3	22	25			
%	12.0%	88.0%	100.0			
Total	21	68	89			

Gráfico 42. Prevalencia del síndrome de Burnout según remuneración académica en los médicos internos de los hospitales escuelas del departamento de Managua 2021-2022

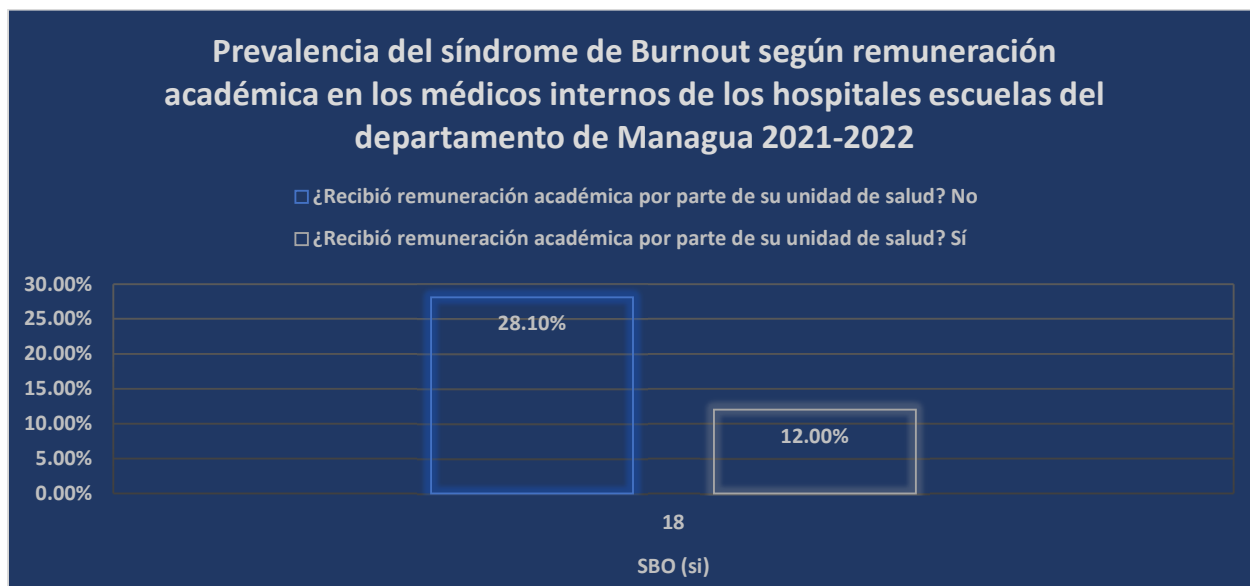


Tabla 47. Remuneración académica por parte de universidad y síndrome de Burnout

¿Recibió remuneración académica por parte de universidad?	SBO (si)	SBO (no)	Total	OR	Valor de p	Chi Mantel y Haenszel
No	18	59	77	0.92 (IC 95%: 0.22-3.75)	0.9	0.05 p: 0.8
%	23.4%	76.6 %	100%			
Si	3	9	12			
%	25.0%	75.0%	100.0			
Total	21	68	89			

Gráfico 43. Prevalencia del síndrome de Burnout según remuneración académica por parte de la universidad en los médicos internos de los hospitales escuelas del departamento de Managua 2021-2022

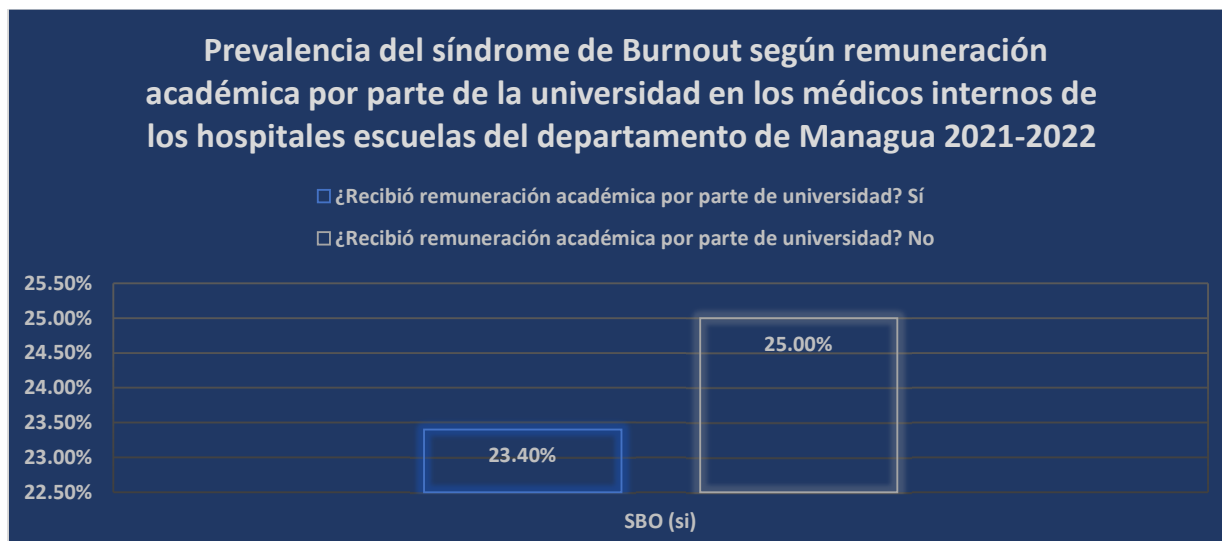


Tabla 48. Tiempo de jornada laboral y síndrome de Burnout

¿De cuantas horas constó su jornada laboral semanal?	SBO (si)	SBO (no)	Total	OR	Valor de p	Chi Mantel y Haenszel
>40 horas	19	58	77	1.64 (IC 95%: 0.33-8.15)	0.5	0.06 p: 0.8
%	24.7%	75.3 %	100%			
<40 horas	2	10	12			
%	16.7%	83.3%	100.0			
Total	21	68	89			

Gráfico 44. Prevalencia del síndrome de Burnout según tiempo de jornada laboral por parte de la universidad en los médicos internos de los hospitales escuelas del departamento de Managua 2021-2022

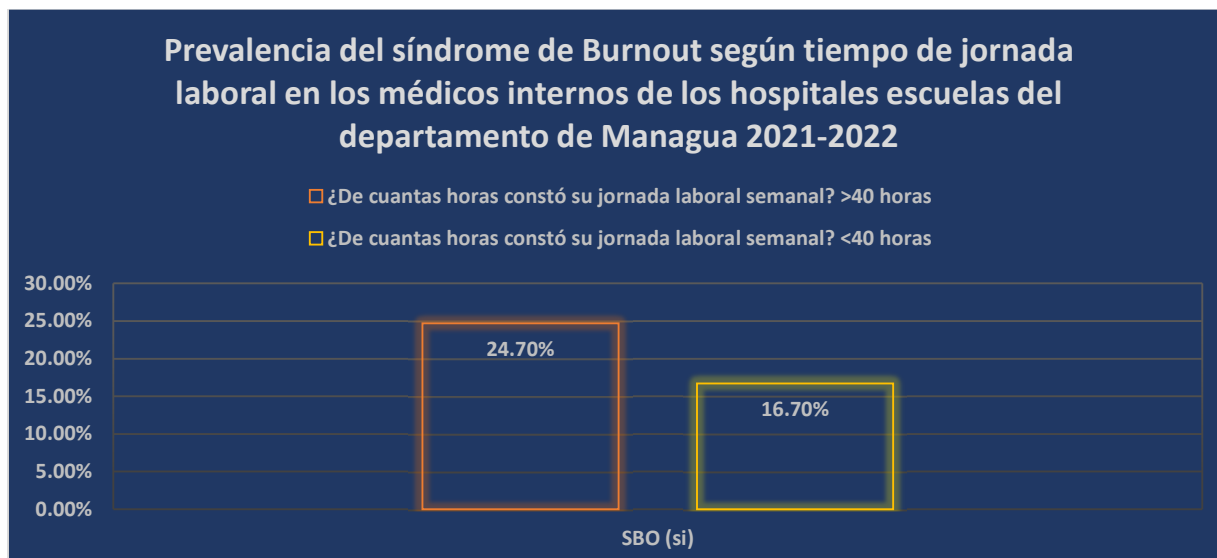


Tabla 49. Jornadas extrahospitalarias y síndrome de Burnout

¿Realizó jornadas extrahospitalarias?	SBO (si)	SBO (no)	Total	OR	Valor de p	Chi Mantel y Haenszel
Si	16	57	73	0.62 (IC 95%: 0.19-2.04)	0.4	0.22 p: 0.6
%	21.9%	78.1 %	100%			
No	5	11	16			
%	31.2%	68.8%	100.0			
Total	21	68	89			

Gráfico 45. Prevalencia del síndrome de Burnout según jornadas extrahospitalarias en los médicos internos de los hospitales escuelas del departamento de Managua 2021-2022

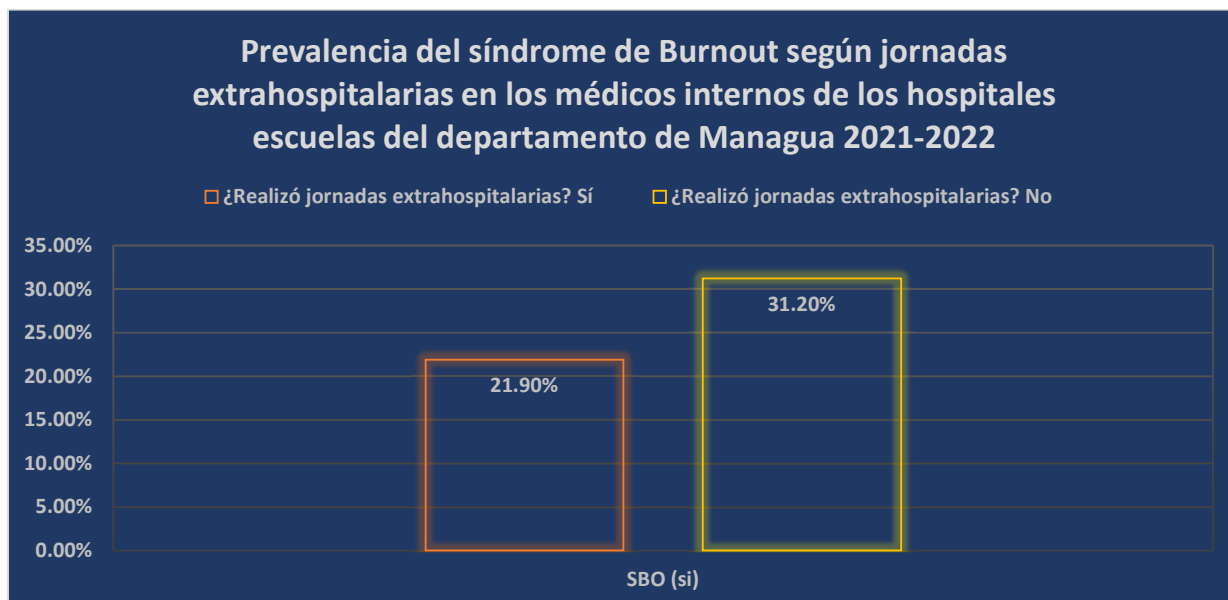


Tabla 50. Riesgo académico y síndrome de Burnout

¿Percibió riesgo académico?	SBO (si)	SBO (no)	Total	OR	Valor de p	Chi Mantel y Haenszel
Sí	18	48	66	2.5 (IC 95%: 0.66-9.44)	0.1	1.21 p: 0.2
%	27.3%	72.7 %	100%			
No	3	20	23			
%	13.0%	87.0%	100.0			
Total	21	68	89			

Gráfico 46. Prevalencia del síndrome de Burnout según riesgo académico en los médicos internos de los hospitales escuelas del departamento de Managua 2021-2022

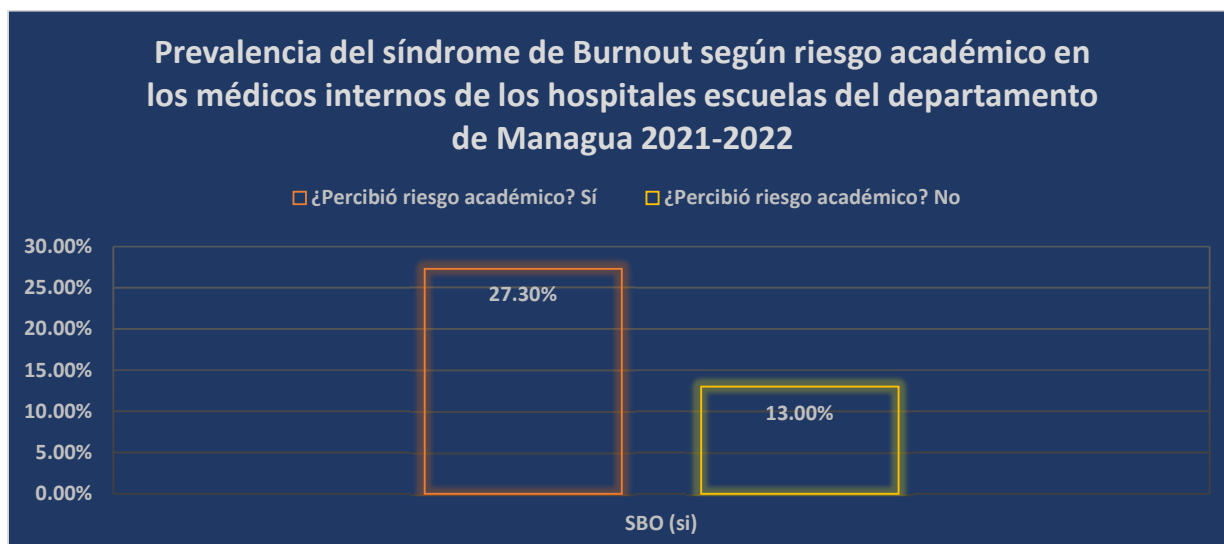


Tabla 51. Actividades extracurriculares y síndrome de Burnout

¿Realizó algún tipo de actividad extracurricular?	SBO (si)	SBO (no)	Total	OR	Valor de p	Chi Mantel y Haenszel
Si	19	48	67	3.9 (IC 95%: 0.84-18.6)	0.08	2.43 p: 0.1
%	28.4%	71.6 %	100%			
No	2	20	22			
%	9.1%	90.9%	100.0			
Total	21	68	89			

Gráfico 47. Prevalencia del síndrome de Burnout según actividades extracurriculares en los médicos internos de los hospitales escuelas del departamento de Managua 2021-2022

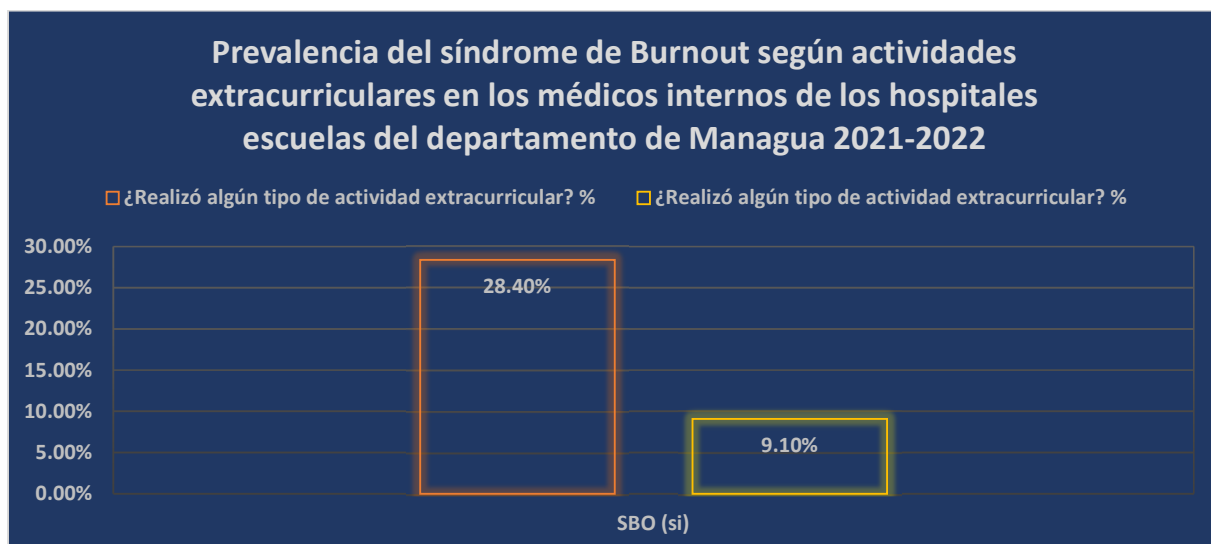


Tabla 52. Fiestas y agotamiento emocional

¿Incluyó fiesta en sus actividades extracurriculares?	AE alto (si)	AE alto (no)	Total	OR	Valor de p	Chi Mantel y Haenszel
Si	42	5	47	5.17 (IC 95%: 1.69-15.7)	< 0.05	7.81 p: <0.05
%	28.4%	71.6 %	100%			
No	26	16	42			
%	9.1%	90.9%	100.0			
Total	68	21	89			

Gráfico 48. Prevalencia del agotamiento emocional según fiestas en los médicos internos de los hospitales escuelas del departamento de Managua 2021-2022

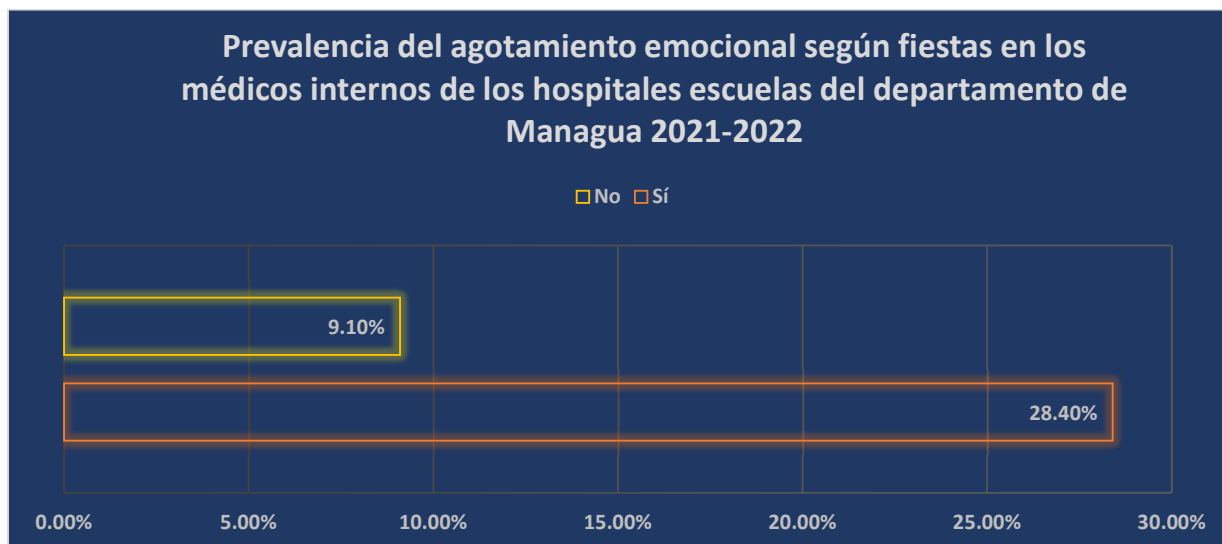


Tabla 53. Tipo de rotación y síndrome de Burnout

Servicio	SBO (si)	SBO (no)	Total	OR	Valor de p	Chi Mantel y Haenszel
Medicina interna	9	24	33	1.38 (IC 95%: 0.51-3.73)	0.5	0.14 p: 0.7
%	27.3%	72.7%	100.0%			
Cirugía	4	14	18	0.91 (IC 95%: 0.26-3.13)	0.8	0.02 p:1
%	12.2%	77.8%	100.0%			
Pediatría	1	10	11	0.29 (IC 95%: 0.03-2.41)	0.2	0.69 p: 0.4
%	9.1%	90.9%	100.0%			
Ginecoobstetricia	7	20	27	1.2 (IC 95%: 0.42-3.4)	0.7	0.005 p: 0.9
%	25.9%	74.1%	100.0			
Total	21	68	89			

Gráfico 48. Prevalencia del síndrome de Burnout según tipo de rotación en los médicos internos de los hospitales escuelas del departamento de Managua 2021-2022

