

Prevalencia del Síndrome de *Burnout* en Médicos Residentes Venezolanos y su Relación con el Contexto de Crisis Sanitaria en Venezuela.

Daniela Patiño Hernández¹, Susana Rubio Valdehita²

Recibido: 6/7/2020

Aceptado: 19/7/2020

Resumen

Antecedentes: El síndrome de desgaste profesional o burnout es un fenómeno específico del trabajo que surge como respuesta a estresores crónicos emocionales e interpersonales en el entorno laboral. Considerando las consecuencias que puede tener el síndrome, resulta relevante estudiar cómo la situación de crisis sanitaria en Venezuela, que ha sido documentada ya por años, ha impactado a los profesionales de la salud del país. **Objetivos:** explorar la relación entre la crisis del sistema sanitario y la salud laboral de una muestra de 82 residentes de medicina interna a nivel nacional. se buscó esclarecer la relación del desabastecimiento de insumos médicos básicos y fallas en el servicio eléctrico con las puntuaciones en burnout obtenidas. **Métodos:** Se utilizó la versión MBI-HSS versión en español. Se realizó una prueba de correlación de Pearson entre las variables y una prueba de Chi-cuadrado para determinar si existían diferencias en el grado de las dimensiones de burnout según el auto-reporte de desabastecimiento de medicinas y fallas en el servicio eléctrico. **Resultados:** Se obtuvo una correlación significativa entre las fallas en el servicio eléctrico y el burnout, pero no fue así con el desabastecimiento ni se pudieron establecer diferencias en grado de las dimensiones según auto-reporte de deficiencias. **Conclusión:** Se hacen necesarios más estudios con muestras mayores,

más representativas y de mayor experiencia para seguir estudiando los posibles impactos de la crisis sanitaria en Venezuela sobre los profesionales de la salud.

Palabras clave: síndrome de burnout; síndrome de desgaste profesional; residencia de medicina interna; crisis sanitaria en Venezuela.

Prevalence of *Burnout* Syndrome in Venezuelan Medical Residents in the Context of the country's health crisis

Daniela Patiño Hernández, Susana Rubio Valdehita

Abstract

The burnout syndrome is a work-specific phenomenon that arises as a response to chronic emotional and interpersonal stressors at the workplace. Considering the consequences of this work-related syndrome, it is relevant to study how the health crisis in Venezuela, which has been documented for years now, has impacted health professionals in the country. The present study aimed to explore the relationship between the long-standing Venezuelan health crisis and the work-related health of a sample of 82 internal medicine residents at a national level. More concretely, the goal was to explore the relationship between medical supplies shortages and power system failures and the scores obtained in burnout as measured by the MBI-HSS in its Spanish version. A Pearson correlation test was performed between the variables along with Chi-Square tests for determining if there were differences in degree of burnout dimensions according to self-reports in medical supplies shortages and

1. Licenciada en Psicología Universidad Complutense de Madrid, España. Correo: daniepat@ucm.es
2. Profesora Titular de la Universidad Complutense de Madrid . Universidad Dpto. P.E.y T.P. II. Psicología Diferencial y del Trabajo. España

power outages. A significant relationship was found between power system failures and burnout. However, that was not the case for medicine shortages nor for the differences in degree of burnout dimensions according to self-reported medical supplies shortages and power failures. More studies with larger more representative and experienced samples are needed to keep studying the possible impacts that the health crisis in Venezuela is having on healthcare professionals.

Key words: *burnout syndrome; internal medicine residency; health crisis in Venezuela.*

Introducción

El síndrome de *burnout* o desgaste profesional ha sido definido como un fenómeno psicológico que surge como respuesta a estresores crónicos emocionales e interpersonales en el trabajo.¹ Este síndrome se conoce por estar relacionado a la actividad laboral y por tener consecuencias negativas a nivel personal y organizacional.

Su investigación se inició a mediados de los años 1970 con los trabajos del psiquiatra Herbert Freudenberger, quien acuñó el término y lo describió por primera vez, y la psicóloga social Christina Maslach interesada en el estudio de las emociones dentro del contexto laboral. Desde el comienzo la investigación se concentró en la experiencia de los trabajadores en los sectores sociales y asistenciales, como el de la sanidad, que se caracterizan por intensas interacciones profesional-paciente. El marco teórico más apoyado propone tres dimensiones o factores que subyacen esta respuesta desadaptada en sectores asistenciales.¹⁻⁴

- Agotamiento o cansancio emocional— se refiere a sentimientos de sobre-extensión y agotamiento de los recursos emocionales propios. Los trabajadores se sienten carentes de energía y consideran no poder dar más de sí mismos a nivel psicológico. Esta dimensión representa el componente de estrés individual en el *burnout*.
- Despersonalización— se refiere a actitudes y sentimientos negativos hacia la persona a la que se presta el servicio, pérdida

de idealismo e irritabilidad. En principio, el distanciamiento emocional y cognitivo hacia el paciente puede tener un valor protector, pero se corre el riesgo que se torne en una respuesta deshumanizada y, por lo tanto, desadaptada para lidiar con el medio. Esta dimensión representa el componente interpersonal.

- Realización personal reducida— se refiere a la tendencia a valorar el trabajo realizado de una manera negativa. Se ve asociado a un declive en los sentimientos de competencia y satisfacción con los logros alcanzados en el trabajo. Esta dimensión representa el componente autoevaluativo.

De esta manera, la teoría postula que el síndrome de *burnout* es una respuesta de estrés individual que surge dentro de un contexto social complejo y que se ve influenciada tanto por componentes individuales como interpersonales. De hecho, el agotamiento emocional, si bien es el componente más evidente e investigado, se considera insuficiente para describir el síndrome por no abarcar la experiencia relacional.^{1,3} Se concibe al agotamiento emocional como estrechamente relacionado a la despersonalización ya que se encuentra consistentemente una fuerte relación entre estas dos dimensiones.^{1,4} Se ha visto, en ciertos casos, que el síndrome tiene un desarrollo secuencial en el que el agotamiento se da primero, seguido de la despersonalización y finalmente la baja realización personal que, a su vez, agrava el agotamiento.^{5,6} Se ha observado que la despersonalización tiene efectos de feedback sobre el agotamiento a través del tiempo, lo que apoya la idea de que es una estrategia de afrontamiento disfuncional.^{7,8} La baja realización personal se ha propuesto también como un factor independiente que surge en paralelo a los otros dos componentes y en cara a falta de recursos relevantes como el apoyo social u oportunidades de desarrollo profesional.⁹ Independientemente de cómo se desarrolle el síndrome, se puede concluir que este modelo dimensional es el que mejor describe el *burnout*, abarcando tanto la experiencia individual como la relación que se tiene con el trabajo y cómo se lidia con los estresores interpersonales en este contexto.

PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE *BURNOUT* EN MÉDICOS RESIDENTES VENEZOLANOS Y SU RELACIÓN CON EL CONTEXTO DE CRISIS SANITARIA EN VENEZUELA.

Instrumento de medición del burnout:

MBI-HSS

La herramienta de medida más utilizada y, de hecho, la única que utiliza las tres dimensiones para describir el burnout es el Maslach Burnout Inventory (MBI).

La versión original fue desarrollada por Maslach, Jackson y Leiter específicamente para individuos en el sector sanitario y de servicios: MBI- Human Services Survey (MBI-HSS).^{4,10,11} Más adelante se crearon versiones para el sector educacional (MBI-Educators Survey) y, por el interés en generalizar el concepto, a sectores no asistenciales con ciertas modificaciones (MBI-General Survey). La estructura tridimensional se ha confirmado y, en sus tres formas, el MBI ha probado su validez y fiabilidad.¹² De interés para este estudio es el MBI-HSS que cuenta con 22 ítems que representan las tres subescalas: agotamiento emocional (9 ítems), despersonalización (5 ítems) y realización personal (8 ítems). Estos ítems toman forma de afirmaciones (“Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo”; “Creo que trato a algunos pacientes como si fuesen objetos impersonales”; “Trato muy eficazmente con los problemas de mis pacientes”) y se responden mediante una escala de Likert de 7 puntos, evaluando frecuencia (de 0- “nunca” a 6- “todos los días”).

Como se mencionaba anteriormente, las subescalas de agotamiento emocional y despersonalización correlacionan moderadamente entre sí, mientras que la realización personal, con una correlación más bien baja, se considera independiente. Altas puntuaciones en las subescalas de agotamiento emocional (puntuación máx.: 54) y despersonalización (puntuación máx.: 30) y bajas en la subescala de realización personal (puntuación máx.: 48) son las que corresponden a mayores niveles de *burnout* experimentado. Puesto que no está claro si las tres subescalas pesan lo mismo, las puntuaciones en cada una no se deben combinar en una puntuación global, sino que deben ser computadas y consideradas separadamente.⁴ Para determinar niveles o grados de *burnout*, se han establecido puntos de corte según la distribución normati-

va de los grupos estudiados que permiten identificar *burnout* Bajo ($AE \leq 18$, $D \leq 5$, $RP \geq 40$), Medio ($AE 19-26$, $D 6-9$, $RP 34-39$) o Alto ($AE \geq 27$, $D \geq 10$, $RP \leq 33$) (Maslach y col., 1996). Estos puntos de corte, que en un principio se consideraban más bien arbitrarios, han sido luego clínicamente validados e incluso han sentado las bases para la creación de diferentes reglas de decisión diagnósticas. Es decir, para discernir entre quien sufre de *burnout* clínico y quién no.¹³

Consecuencias

En el caso particular de profesionales de la salud, las tasas del síndrome de *burnout* tienden a reportarse entre los niveles medios y altos y se considera como más prevalente que en las demás profesiones.¹⁴ En un estudio estadounidense de gran escala se ha encontrado que los médicos son más propensos a tener síntomas de *burnout* y a estar más insatisfechos con su balance vida-trabajo en comparación con otros trabajadores e incluso otros profesionales con altos niveles académicos y de entrenamiento (e.g., doctorados).¹⁵⁻¹⁷ Este se ha visto relacionado a una serie de consecuencias negativas tanto a nivel organizacional como personal. Se asocia frecuentemente a insatisfacción con el trabajo, absentismo e intención y acción de dejar el trabajo.¹⁸ Estudios que analizan el caso particular de residentes de medicina interna encontraron que el *burnout* se ve relacionado a mayor autoinforme de prácticas subóptimas¹⁹ y a mayor probabilidad de reportar errores médicos en el futuro próximo.²⁰ Tanto en el estudio de Shanafelt et al.¹⁹ como en el de Suñer-Soler et al.²¹ con una gran muestra de profesionales sanitarios de Hispanoamérica, la dimensión de despersonalización se vió significativamente relacionada a reportar errores. A partir de estos resultados, se puede concluir que las consecuencias negativas del *burnout* también se ven reflejadas en el servicio prestado. Asimismo, como la experiencia de *burnout* hace menos probables las experiencias positivas en el trabajo, se asocia también a menores niveles de satisfacción y compromiso laboral.¹⁴

Por otro lado, se ha visto relacionado a problemas físicos y psíquicos. La dimensión de agotamiento emocional, que justamente representa el componente de estrés individual, es la que más se

relaciona con consecuencias negativas en la salud física. Entre ellas están problemas cardiovasculares, fatiga crónica, problemas gastrointestinales, tensión muscular, gripe y problemas del sueño. En cuanto a los efectos psicológicos adversos, el *burnout* se ha visto relacionado a desórdenes como ansiedad, depresión e incluso abuso de sustancias nocivas. A pesar de las similitudes que pueden existir entre el *burnout* y la depresión, se han detectado diferencias cualitativas importantes y un solapamiento únicamente parcial que las diferencian como entidades separadas.²² Así, el *burnout* se ha comprobado como un fenómeno específico del trabajo y de la situación, mientras que la depresión es general y libre de contexto.^{1,23}

Si bien se ha querido esclarecer una relación causal entre *burnout* y enfermedad y se ha fundamentado con estudios longitudinales, hay que tener en cuenta que estas interacciones con la salud pueden resultar de un ciclo en el que la enfermedad, directa o indirectamente, influye en el *burnout* y este, a su vez, contribuye a la enfermedad.²²

Causas

Se han identificado diferentes factores que actúan en la etiología del síndrome y que se pueden clasificar entre interpersonales y organizacionales. Los interpersonales comprenden la autoeficacia percibida, las motivaciones y expectativas hacia el trabajo, la falta de equidad y la falta de apoyo social percibida. Por otro lado, los factores organizacionales comprenden la sobrecarga laboral, el conflicto y ambigüedad de rol, ambiente físico de trabajo, clima organizacional e incluso características de la sociedad en la cual se desempeña el trabajo.²⁴ Este último aspecto se refiere a una perspectiva “sociocultural” del *burnout* que incluye factores procedentes de los entornos sociológicos en los que están inmersos los individuos. A pesar de su importancia, esta aproximación no ha sido investigada lo suficiente. Con relación al contexto social, Saranson²⁵ propone que los valores sociales, las condiciones económicas y los momentos históricos son de gran relevancia en la etiología del síndrome tanto individual como colectivamente. Además, hay que tener en mente lo que comenta Maslach³ sobre cómo las profesiones asistenciales pueden

verse directamente afectadas por factores sociales, políticos y económicos (e.g., recortes de presupuesto y políticas restrictivas) cuando estos conducen a la disminución de los recursos y al incremento en las exigencias. La expansión internacional de la investigación en *burnout* ha permitido comprobar la estructura dimensional del constructo y la validez del MBI en otros idiomas. Es, por lo tanto, un fenómeno del trabajo que se experimenta a través de países y culturas diferentes. Sin embargo, las medias en *burnout* entre países sí que varían y esto puede atribuirse a los factores contextuales de cada país o región. Entre sus comentarios sobre los aspectos transnacionales en el estudio de *burnout*, Golembiewski, Scherb y Boudreau²⁶ sugieren que los efectos negativos, si bien ampliamente extendidos en mayoría de los países, son mayores en sociedades en desarrollo.

Contextos de crisis y el síndrome de *burnout*

En el contexto de crisis sanitaria en Venezuela, es particularmente interesante y necesario el estudio del impacto que tienen las condiciones de vida y trabajo sobre este síndrome. En la investigación sobre el tema solo se encontró otro estudio que hiciera alusión al tema en un contexto de crisis—en su caso, económica. El estudio de Rachiotis y cols.,²⁷ se realizó sobre una gran muestra de profesionales de la salud en Grecia. Buscaron analizar la relación entre las dimensiones de *burnout* y el desabastecimiento de medicamentos, el cual surge en ese país a partir de recortes y medidas de austeridad tomadas por la crisis. Los resultados mostraron que el desabastecimiento de medicamentos estaba fuertemente asociado a las dimensiones de agotamiento emocional y despersonalización en *burnout*. Además, establecen que la austeridad experimentada en el país estaría afectando la calidad del servicio sanitario prestado.

Situación sanitaria en Venezuela

El sistema sanitario en Venezuela ha sufrido un deterioro muy significativo en la última década. Sin duda, son los complicados factores políticos, sociales y económicos del país los que han llevado al deterioro de su sistema de salud. Aunque es difícil especificar el origen de dicha crisis, se puede relacionar a la inestabilidad política y el progresivo

PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE *BURNOUT* EN MÉDICOS RESIDENTES VENEZOLANOS Y SU RELACIÓN CON EL CONTEXTO DE CRISIS SANITARIA EN VENEZUELA.

declive en los ingresos petroleros desde 2008. El sistema de salud se vió particularmente afectado por la tasa de cambio impuesta por el gobierno, la cual dificultó el acceso a monedas extranjeras necesarias para importar equipo médico, medicinas y materia prima.²⁸ Desde el año 2011 se reportan deficiencias en la productividad y calidad de la atención hospitalaria en materia de intervenciones quirúrgicas, camas disponibles, estudios radiológicos y cobertura de vacunas.²⁹ La organización no gubernamental, Human Rights Watch, ha estado reportando sobre la crisis sanitaria en Venezuela desde sus alarmantes inicios. En un artículo del 2015, Diederik Lohman, director adjunto de salud y derechos humanos de la organización, reportaba que había escasez de medicamentos básicos para el tratamiento de dolor, asma, hipertensión, diabetes y enfermedades cardíacas, y de materiales esenciales como jeringas, gasas, agujas y reactivos para análisis de laboratorio. De esa manera, hospitales, centros de salud privados y farmacias se quedaron sin medicamentos e insumos básicos, la tarea de los médicos se dificulta y los familiares de los pacientes se ven obligados a buscar los insumos necesarios en el mercado negro. Es importante destacar lo que Lohman comenta: “si bien documentamos estos problemas en países de todo el mundo (con relación al desabastecimiento), pocas veces hemos visto, fuera de zonas en guerra, un deterioro tan rápido en el acceso a medicamentos esenciales como el de Venezuela”.³⁰

Profesionales de la salud y derechos humanos han pedido que se declare una emergencia de salud desde 2017.³¹ Destaca que al menos el 60% de la capacidad de la asistencia médica disponible para 2011 se perdió entre 2012 y 2017.³²

A finales de 2018 hubo un cambio en el discurso del gobierno, en el que se acepta la crisis económica bajo su propia agenda, y se permite la entrada de ayuda humanitaria internacional, que podría estar llegando muy tarde y calificarse de insuficiente para cubrir las necesidades imperantes de la sociedad venezolana.^{33 34}

Los centros hospitalarios han tenido que lidiar en estos últimos años con fallas en servicios básicos como agua y electricidad, que indudablemente

tienen un impacto negativo sobre el servicio prestado. Según un reporte de 2018 sobre el derecho al agua realizado por 5 organizaciones no gubernamentales, un 55% de la red de hospitales nacionales no recibe agua continuamente, mientras que un 25% no la recibe de un todo. El no tener acceso a agua crea severos problemas sanitarios en hospitales como el Hospital pediátrico J.M de Los Ríos, donde se reporta que el 70% de las muertes se deben a “sepsis, infecciones respiratorias y diarreas...”.³⁵ Ante la falta evidente de datos oficiales, la Encuesta Nacional de Hospitales (ENH), iniciativa de la red de Médicos por la Salud, ha sido una importante fuente de información acerca del estado de los hospitales a nivel nacional. En su balance final de 2019 proporcionan datos alarmantes que toman en cuenta el impacto del apagón generalizado que sumió al país completo— sin excepción de los hospitales— en la oscuridad entre 7 y el 11 de marzo. Durante los apagones nacionales, se atribuyeron 26 muertes a la falta de energía eléctrica, mientras que para todo el año 2019 se registraron un total de 164 muertes evitables por fallas de energía. En cuanto al desabastecimiento, este balance final reporta un 49% de escasez de medicamentos básicos en emergencia, una cifra de 2.602 muertes evitables a causa del desabastecimiento de medicamentos para enfermedades cardíacas y de 2.256 muertes evitables debidas a la escasez de medicamentos para el trauma.³⁶

Hay un vacío en el análisis de la crisis: el impacto que esta tiene sobre el recurso humano— el personal médico. Sin duda hace falta medir el impacto que tienen factores estresores poco estudiados, como el desabastecimiento de medicamentos básicos y fallas del servicio eléctrico, en el personal médico que lidia con ellos día a día. Además, este personal médico cuenta con otras presiones añadidas como salarios bajos, sobrecarga laboral debido a la fuga de médicos, entre otros. En este estudio piloto nos dedicamos a analizar la relación del desabastecimiento y las fallas en servicios públicos con el *burnout*, pero debe tenerse en cuenta que existen otros factores que también pueden tener un efecto sobre la salud física y mental del personal médico.

Objetivos

Determinar la prevalencia del síndrome de *burnout* en médicos residentes de medicina interna en Venezuela y relacionar la situación de desabastecimiento de medicinas y fallas en servicio eléctrico a este síndrome.

Métodos

Se trata de una investigación no experimental, descriptiva y de tipo transversal.

Participantes

La muestra se compone de 82 médicos residentes de medicina interna trabajando en diferentes hospitales del país, hombres y mujeres (40,2% hombres, 59,8% mujeres) y, en su mayoría, en un rango de edad de entre 25 y 34 años (89%).

La participación en el cuestionario era voluntaria y no requería identificación, por lo que se conservaba el anonimato.

Procedimiento

Se difundió el cuestionario online en noviembre de 2019 mediante la plataforma Google Forms con: 1) preguntas demográficas (edad y sexo),² preguntas relacionadas a frecuencia e impacto del desabastecimiento de medicamentos, fallas en electricidad y muertes evitables con escalas de frecuencia (0- “nunca”; 5- “todos los días”) y acuerdo/desacuerdo (0- “muy en desacuerdo”; 4- “muy de acuerdo”) y³ Maslach Burnout Inventory. La difusión de este cuestionario fue posible por la colaboración de la Sociedad Venezolana de Medicina Interna y el Comité de Disciplina de los Postgrados de Medicina Interna.

Instrumento de medida de *burnout*

Se utilizó el Maslach Burnout Inventory- Human Services MBI-HSS^{11,4} en su versión en español elaborada por Monte-Gil y Peiró.³⁷ Esta versión tiene una consistencia interna estimada por alfa de Cronbach de 0.72 para realización personal, 0.87 para agotamiento emocional y 0.57 para despersonalización— similar a la obtenida por Maslach y cols.¹¹ a excepción de la subescala de despersonalización que resulta más baja.

- La subescala de Agotamiento Emocional consta de los ítems 1, 2, 3, 4, 8, 13, 14, 16 y 20.
- La subescala de Despersonalización está formada por los ítems 5, 10, 11, 15 y 22.
- La subescala de Realización personal se conforma por los elementos 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21.

Para más información sobre la corrección de la prueba, volver a la sección “Instrumento de medida del *burnout*: MBI-HSS” en la introducción.^{4,10,11}

Análisis estadístico

Los datos obtenidos del cuestionario fueron procesados utilizando el paquete estadístico SPSS versión 20 y presentados en frecuencias absolutas y porcentuales. Primero se realizaron correlaciones de Pearson con significación de 0,05 ($p < 0,05$) para comprobar la existencia de relación entre el síndrome de *burnout* y el desabastecimiento de insumos médicos y fallas en el servicio eléctrico. Luego, se utilizó Chi-cuadrado (χ^2) con una significación de 0,05 ($p < 0,05$) para determinar si existían diferencias estadísticamente significativas en el grado de *burnout* y sus dimensiones según sexo, edad, desabastecimiento de medicinas y electricidad reportado. Adicionalmente, se realizaron pruebas T para variables independientes con la finalidad de comparar las medias en *burnout* según la frecuencia indicada en desabastecimiento, fallas del sistema eléctrico y muertes evitables (Siempre vs. Nunca; Una vez al mes o menos; Unas pocas veces al mes; Una vez a la semana; Varias veces a la semana).

Resultados

Se evaluaron 82 médicos residentes del postgrado de medicina interna de diferentes regiones del país. Entre los encuestados predominó el sexo femenino conformando el 59,8% de la muestra (49 mujeres) y, de toda la muestra, el 89% (73) se encontraba en el rango de edad entre 25 y 34 años **Tabla 1**.

Tabla 1. Datos demográficos

Edad	18-24 años:	1/82 (1,2%)
	25-34 años:	73/82 (89%)
	35-44 años:	8/82 (9,8%)
Sexo	Mujer:	49/82 (59,8%)
	Hombre:	33/82 (40,2%)

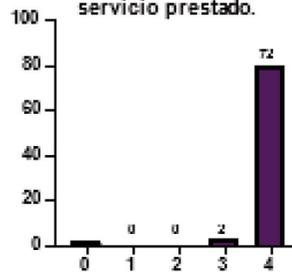
PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE *BURNOUT* EN MÉDICOS RESIDENTES VENEZOLANOS Y SU RELACIÓN CON EL CONTEXTO DE CRISIS SANITARIA EN VENEZUELA.

De los encuestados, 52,4% reportó un desabastecimiento de insumos médicos básicos (hipotensores, antidiabéticos, antibióticos) “todos los días” durante los últimos 12 meses mientras que 39% “varias veces a la semana”. En cuanto a las muertes evitables debido a desabastecimiento de insumos, el 36,6% reportó que experimentaban estas pérdidas “varias veces a la semana” y 23,2% “todos los días”. El 96,3%, está “muy de acuerdo” con la afirmación que expone que el desabastecimiento de insumos médicos impacta negativamente sobre la calidad del servicio prestado. Por otra parte, el 40,2% informó fallas en el servicio eléctrico entre “una vez a la semana”, “varias veces en la semana” y “todos los días” en los últimos 12 meses. El 32,9% afirmó que ha experimentado “una vez al mes o menos” la muerte evitable de pacientes por el desabastecimiento eléctrico en ese periodo. Finalmente, el 69,5% de los encuestados estableció estar “muy de acuerdo” con la idea que las fallas en el servicio eléctrico tenían un impacto negativo sobre la calidad del servicio prestado

Gráficos 1 - 6.

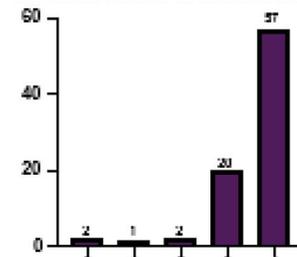
Gráficos 1-6. Respuestas al cuestionario sobre frecuencia de desabastecimiento de medicamentos, fallas en el servicio eléctrico y muertes evitables relacionadas a ellas.

Existencia de un impacto negativo del desabastecimiento sobre la calidad del servicio prestado.



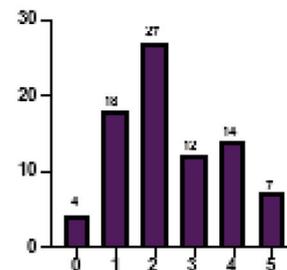
0: Muy en desacuerdo; 1: En desacuerdo; 2: Indeciso; 3: De acuerdo; 4: Muy de acuerdo

Impacto negativo de las fallas en el servicio eléctrico sobre la calidad del servicio prestado.



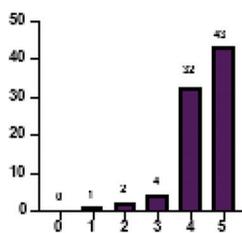
0- Muy en desacuerdo; 1-En desacuerdo; 2- Indeciso; 3- De acuerdo; 4-Muy de acuerdo

Frecuencia percibida de fallas en el servicio eléctrico.



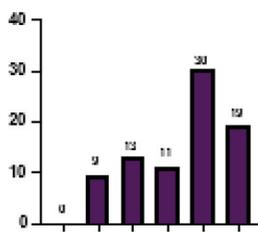
0- Nunca; 1- Una vez al mes o menos; 2- Unas pocas veces al mes; 3-Una vez a la semana; 4- Varias veces a la semana; 5- Todos los días

Frecuencia percibida de desabastecimiento de insumos médicos



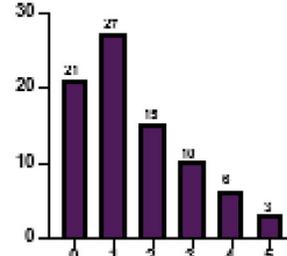
0- Nunca; 1- Una vez al mes o menos; 2- Unas pocas veces al mes; 3-Una vez a la semana; 4- Varias veces a la semana; 5- Todos los días

Frecuencia percibida de muertes evitables debidas al desabastecimiento.



0- Nunca; 1- Una vez al mes o menos; 2- Unas pocas veces al mes; 3-Una vez a la semana; 4- Varias veces a la semana; 5- Todos los días

Frecuencia percibida de muertes evitables por fallas en el servicio eléctrico.



0: Nunca; 1: Una vez al mes o menos; 2: Unas pocas veces al mes; 3: Una vez a la semana; 4: Varias veces a la semana; 5: Todos los días

En lo que concierne a la prevalencia de *burnout*, se determinó que el 20.7% (17) de los encuestados posee grado alto de burnout (alto en agotamiento emocional y despersonalización, bajo en realización personal). Un grado medio de *burnout* se encontró en el 64.6% (53) de estos y grado bajo en el 9.8% (8). El 4.9% (4) restante tienen al menos una puntuación media o alta en alguna dimensión, por lo que no entran en estas categorías. En la dimensión de agotamiento emocional la media fue de $36,4 \pm 11,9$, lo que corresponde con un nivel alto de agotamiento emocional. Más específicamente, se observó alto grado de agotamiento emocional en el 81,7% (67 médicos) y bajo grado en el 11% (9 médicos). Al evaluar la despersonalización se encuentra una media de $12,8 \pm 7,1$, correspondiente a un nivel alto. El 67,1% presentó un nivel alto de despersonalización mientras el 18,3% presentó un nivel bajo. En la dimensión de realización personal el promedio fue de $36,8 \pm 6,5$ que corresponden con un grado medio de realización personal. El 39% presentó grado bajo, mientras que el 26,8% presentó un alto grado de realización personal **Tabla 2**.

Tabla 2. Cifras de prevalencia de burnout y sus dimensiones.

Dimensiones Burnout	Alto:	7/82 (20,7%)
	Medio:	53/82 (64,6%)
	Bajo:	8/82 (9,8%)
Agotamiento emocional	M.	36,4 DT: 11,9
	Alto:	67/82 (81,7%)
	Medio:	6/82 (7,3%)
	Bajo:	9/82 (11%)
Despersonalización	M. :	12,8 DT: 7,1
	Alto:	54/81(67,1%)
	Medio:	12/81 (14,6%)
	Bajo:	15/81 (18,3%)
Realización personal	M:	36,8 DT: 6,5
	Bajo:	32/82 (39%)
	Medio:	28/82 (34,2%)
	Alto:	22/82 (26,8%)

Se obtuvo una correlación significativa entre el síndrome de *burnout* y fallas en el servicio eléctrico ($p= 0,235$; $p<0,05$), mientras que para la relación entre el síndrome y el desabastecimiento de insumos no se encontró significancia. Por otro

lado, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el grado de las dimensiones de *burnout* según edad o sexo. Adicionalmente no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el grado de las dimensiones de *burnout* según el reporte de desabastecimiento de insumos médicos y de electricidad. Puesto que esta falta de diferencias significativas podía ocurrir debido a falta de variabilidad en algunos casos (i.e., mayor parte de la muestra se encuentra en los extremos), se decidió hacer una prueba de T que compare las medias de *burnout* global y sus dimensiones según lo reportado en desabastecimiento de insumos, electricidad y muertes evitables (Siempre vs. Nunca; Una vez al mes o menos; Unas pocas veces al mes; Una vez a la semana; Varias veces a la semana). De igual manera no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre estas medias. Por lo tanto, no se pudo establecer una asociación entre las dimensiones de *burnout* y el desabastecimiento de medicamentos y electricidad como en el estudio de Rachiotis y cols.²⁷

Discusión

Se demostró una prevalencia de grado alto de *burnout* del 20,7% en los residentes de medicina interna de diferentes hospitales de Venezuela. En cuanto a sus diferentes dimensiones, un 81,7% de los médicos residentes demostraron un alto grado de agotamiento emocional, un 67,1% un alto grado de despersonalización y un 39% un bajo grado de realización personal.

La prevalencia del síndrome varía mucho en la literatura debido a los diferentes criterios utilizados para determinar su presencia. En este caso, con fines de comparación, solo tomamos en cuenta aquellos estudios que consideraban grado alto de *burnout* según lo establecido en el manual de Maslach y cols.⁴ Un estudio de la región latinoamericana que cumplía este criterio fue el realizado por Tironi y cols.³⁸ sobre 297 profesionales de cuidados intensivos de Salvador, Brasil, donde la prevalencia del *burnout* alto se demostró del 7.4%. El trabajo de Maticorena-Quevedo, Beas, Anduaga-Beramendi y Mayta-Tristán³⁹ realizado con una gran muestra de médicos de todo el Perú consiguieron una prevalencia de 3,7% con los valores predeterminados del manual. Finalmente, el estudio en el personal sanitario (mayoritariamente médicos) hispanoamericano y español de Grau Martín, Flichtentrei, Suñer, Prats,

PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE *BURNOUT* EN MÉDICOS RESIDENTES VENEZOLANOS Y SU RELACIÓN CON EL CONTEXTO DE CRISIS SANITARIA EN VENEZUELA.

y Braga⁴⁰ proporciona cifras de prevalencia de *burnout* en varios países de interés. Resaltan que España y Argentina fueron los países con mayor prevalencia de *burnout*, 14,9%, y 14,4% respectivamente, mientras que en países como Ecuador, Perú y Colombia se encontraba entre 4%, 4,3% y 5,9% respectivamente. En su análisis también indicaron que la especialidad de internista contaba con una de las prevalencias de *burnout* más altas, un 15,5%, luego de los emergenciólogos, un 17%.

Más allá, un estudio en Siria realizado en residentes de medicina de diferentes especialidades (de los cuales, 24,2% de medicina interna) arrojó una prevalencia de *burnout* alto del 19,3%.⁴¹ En cuanto a sus dimensiones, las prevalencias para agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal fueron del 77,9%, 54,5% y 64,5% respectivamente. Los autores resaltan el hecho que los profesionales de la salud en Siria tienen que manejarse en el día a día con poco material sanitario y desabastecimiento de medicinas. Además, el trabajo piloto de Rachiotis et al.²⁷, que se lleva a cabo también en un contexto de desabastecimiento, presenta prevalencias del 44,5% para agotamiento emocional, 43,2% para despersonalización y 51,5% para baja realización personal.

De especial importancia para este análisis es el estudio de Tepedino Peluso y Peña⁴² con una muestra de 203 médicos residentes del Hospital Universitario de Caracas. Este encontró una prevalencia de grado alto de *burnout* del 11,3% y un agotamiento emocional del 42,9%, despersonalización del 32% y baja realización personal del 39,9% **Tabla 3.** Hacer esta comparativa con el pasado es relevante ya que puede darnos una idea del deterioro progresivo del bienestar laboral en los profesionales de la salud en Venezuela, especialmente el de aquellos iniciándose en el campo.

Los altos niveles en agotamiento emocional y despersonalización obtenidos en este trabajo son muy destacables y deben tenerse en cuenta para una intervención adecuada al contexto venezolano en el futuro. Resulta curioso el grado medio que se obtuvo en la dimensión de realización personal dadas las duras condiciones con las que tienen trabajar los residentes encuestados. Una posible explicación para dicho resultado puede ser que los residentes venezolanos hasta ahora entienden que la calidad de

Tabla 3. Comparación entre Tepedino Peluso y Peña (2014) y el presente trabajo.

Tepedino Peluso y Peña (2010)	Patiño Hernández y Rubio-Valdehita (2020)
Burnout: 11,3%	Burnout: 20,7%
Agotamiento emocional: 42,9%	Agotamiento emocional: 81,7%
Despersonalización: 32%	Despersonalización: 67,1%
Baja realización personal: 39,9%	Baja realización personal: 39%

su trabajo se ve inevitablemente mermada por las carencias y condiciones hospitalarias. Por lo tanto, no hacen atribuciones negativas de sí mismos o sus competencias y obtienen satisfacción con los éxitos obtenidos en estas difíciles circunstancias.

Por otro lado, del estudio se pueden resaltar las alarmantes cifras de desabastecimiento reportadas, tanto de insumos como de electricidad. En cuanto a insumos médicos básicos (hipotensores, antidiabéticos, antibióticos), el 91,4% de los encuestados reportó un desabastecimiento de estos entre “todos los días” y “varias veces a la semana”. Relacionado a fallas en el servicio eléctrico, 40,2% reporta que experimentan fallas en el servicio eléctrico entre “una vez a la semana”, “varias veces a la semana” y “todos los días” en los últimos 12 meses.

Se evidenció una relación débil pero significativa entre el síndrome de *burnout* y las fallas en el servicio eléctrico, mientras que no fue posible establecer esta relación con el desabastecimiento de medicinas. Esto puede deberse a que el tamaño muestral es pequeño para este tipo de estudio, lo que hace necesario futuros trabajos con muestras mayores que permitan encontrar una correlación de mayor fuerza e incluso una posible relación entre *burnout* y el desabastecimiento de medicinas básicas. Además, entre las limitaciones del presente estudio se encuentra el hecho que nuestra muestra está basada en personal en formación, es decir residentes, con menor experiencia y trayectoria laboral. Asimismo, si se quisiera hablar de los impactos que ha tenido el colapso del sistema de salud sobre el personal sanitario venezolano se necesitaría una muestra más representativa que incluya profesionales de mayor experticia y de diferentes ámbitos (médicos de diferentes especialidades, enfermeros, transportadores). Por

otro lado, la metodología transversal de este trabajo en sí postula una limitación pues no permite establecer relaciones de causalidad, sino que simplemente ofrece una imagen superficial de la situación de los residentes de medicina interna venezolanos. Todos estos aspectos deben tenerse en cuenta al interpretar los resultados de este trabajo.

En el contexto de la actual pandemia por COVID-19 se exalta aún más la importancia de considerar las dificultades a las que se enfrentan los profesionales de la salud en Venezuela. En el índice de 2019 sobre seguridad sanitaria global (GSH Index) se posicionaba al país entre los menos preparados para tener una rápida respuesta y mitigar una epidemia o pandemia (posición 180 de 195) y de los menos equipados y robustos para tratar a pacientes y proteger a los profesionales de la salud (posición 141 de 195).⁴³ Un reporte de 14, 15 y 16 de mayo del 2020 informa que, a nivel nacional, un 71,7% de los encuestados reporta suministro de agua irregular y/o baja calidad y que, en el sector de salud, se experimentan grandes deficiencias y escasez de gel desinfectante, tapabocas, jabón y guantes.⁴⁴ Sin acceso seguro a un suministro continuo de agua de calidad, que es lo más elemental para prevenir la transmisión del COVID-19, los trabajadores de la salud en Venezuela se ven en un riesgo inminente al hacer su labor.

Sin duda alguna, la pandemia de COVID-19 en Venezuela puede tener un enorme impacto negativo sobre el profesional de la salud venezolano, no solo a nivel de salud física sino también a nivel psicológico. Por lo tanto, se vuelve relevante hacer estudios que evalúen a todos los profesionales sanitarios con respecto al síndrome *burnout* durante y después de la pandemia.

Conclusión

Se encontraron cifras alarmantes relativas al desabastecimiento de insumos, fallas en el servicio eléctrico y muertes evitables dadas por estas circunstancias. Además, según lo reportado, estas condiciones problemáticas ciertamente tienen un impacto negativo sobre la calidad del servicio prestado. La prevalencia encontrada del síndrome de *burnout* puede ser considerada alta cuando se compara con la de regiones cercanas o “similares” en cultura, e incluso cuando se compara con una

región en conflicto como Siria. De la comparación con estudios previos en Venezuela también se puede observar un aumento notable en la prevalencia de *burnout* del 2011 a la actualidad. Por otro lado, se pudo establecer una relación positiva significativa entre fallas en el servicio eléctrico y *burnout*. Más estudios a futuro son necesarios para determinar claramente las relaciones entre la crisis del sistema de salud y este síndrome específico del trabajo.

Referencias

- Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job Burnout. *Annu Rev Psychol.* febrero de 2001;52(1):397-422.
- Maslach C, Zimbardo PG. Burnout : the cost of caring. 1982.
- Maslach C. A multidimensional theory of burnout. *Theor Organ Stress.* 1998;(August):68-85.
- Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. MBI: Maslach burnout inventory. CPP, Incorporated Sunnyvale, CA; 1996.
- Leiter MP, Maslach C. The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. *J Organ Behav.* 1988;9(4):297-308.
- Byrne BM. Burnout: Testing for the validity, replication, and invariance of causal structure across elementary, intermediate, and secondary teachers. *Am Educ Res J.* 1994;31(3):645-73.
- Taris TW, Le Blanc PM, Schaufeli WB, Schreurs PJG. Are there causal relationships between the dimensions of the Maslach Burnout Inventory? A review and two longitudinal tests. *Work Stress.* 1 de julio de 2005;19(3):238-55.
- Bakker AB, Schaufeli WB, Sixma HJ, Bosveld W, van Dierendonck D. Patient Demands, Lack of Reciprocity, and Burnout: A Five-Year Longitudinal Study among General Practitioners. *J Organ Behav.* 10 de julio de 2000;21(4):425-41.
- Leiter MP. Burnout as a developmental process: Consideration of models. En: *Professional burnout: Recent developments in theory and research.* Philadelphia, PA, US: Taylor & Francis; 1993. p. 237-50. (Series in applied psychology: Social issues and questions.).
- Maslach C, Jackson S, Leiter MP. Maslach Burnout Inventory. California: Consulting Psychologist Press; 1981.
- Maslach C, Jackson SE, Leiter MP, Schaufeli WB, Schwab RL. Maslach burnout inventory. Vol. 21. Consulting psychologists press Palo Alto, CA; 1986.
- Cartwright S, Cooper CL, Maslach C, Leiter MP, Schaufeli W. *Measuring Burnout.* Oxford University Press;
- Doulougeri K, Georganta K, Montgomery A. “Diagnosing” burnout among healthcare professionals: Can we find consensus? *Cogent Med.* 7 de octubre de 2016;3(1).
- Maslach C, Leiter MP. Burnout. *Stress Concepts, Cogn Emot Behav Handb Stress.* 2016;351-7.
- Shanafelt TD, Boone S, Tan L, Dyrbye LN, Sotile W, Satele D, et al. Burnout and Satisfaction With Work-Life Balance Among US Physicians Relative to the General US Population. *Arch Intern Med.* 8 de octubre de 2012;172(18):1377-85.
- Shanafelt TD, Hasan O, Dyrbye LN, Sinsky C, Satele D, Sloan J, et al. Changes in Burnout and Satisfaction With Work-Life Balance in Physicians and the General US Working Population Between 2011 and 2014. *Mayo Clin Proc.* 1 de diciembre de 2015;90(12):1600-13.
- Shanafelt TD, Sinsky C, Dyrbye LN, Trockel M, West CP. Burnout Among Physicians Compared With Individuals With a Professional or Doctoral Degree in a Field Outside of Medicine. Vol. 94. *Mayo Clinic proceedings.* England; 2019. p. 549-51.

PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE *BURNOUT* EN MÉDICOS RESIDENTES VENEZOLANOS Y SU RELACIÓN CON EL CONTEXTO DE CRISIS SANITARIA EN VENEZUELA.

18. Soler JK, Yaman H, Esteva M, Dobbs F, Asenova RS, Katić M, et al. Burnout in European family doctors: The EGPRN study. *Fam Pract.* 2008;25(4):245-65.
19. Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, Back AL. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. [Summary for patients in *Ann Intern Med.* 2002 Mar 5;136(5):I29; PMID: 11874329]. *Ann Int Med.* 2002;136(February 2001).
20. West CP, Huschka MM, Novotny PJ, Sloan JA, Kolars JC, Habermann TM, et al. Association of perceived medical errors with resident distress and empathy: A prospective longitudinal study. *J Am Med Assoc.* 2006;296(9):1071-8.
21. Suñer-Soler R, Grau-Martín A, Flichtentrei D, Prats M, Braga F, Font-Mayolas S, et al. The consequences of burnout syndrome among healthcare professionals in Spain and Spanish speaking Latin American countries. *Burn Res.* 2014;1(2):82-9.
22. Ahola K, Hakonen J. Burnout and health. En: *Burnout at work: A psychological perspective.* New York, NY, US: Psychology Press; 2014. p. 10-31. (Current issues in work and organizational psychology).
23. Maslach C, Leiter MP. Chapter 43 - Burnout. En: *Fink Cognition, Emotion, and Behavior GBT-SC*, editor. San Diego: Academic Press; 2016. p. 351-7.
24. Gálvez Herrer M, Moreno Jiménez B, Mingote Adán JCTA-TT. El desgaste profesional del médico: revisión y guía de buenas prácticas: el vuelo de Ícaro LK - <https://ucm.on.worldcat.org/oclc/847505474>. NV-1 o. Madrid: Díaz de Santos; 2009.
25. Sarason SB. Caring and compassion in clinical practice: Issues in the selection, training, and behavior of helping professionals. Rowman & Littlefield; 1995.
26. Golembiewski RT. Burnout in cross-national settings: Generic and model-specific perspectives. *Prof Burn.* 1993;217-36.
27. Rachiotis G, Kourousis C, Kamilaraki M, Symvoulakis EK, Dounias G, Hadjichristodoulou C. Medical supplies shortages and burnout among greek health care workers during economic crisis: A pilot study. *Int J Med Sci.* 2014;11(5):442-7.
28. The collapse of the Venezuelan health system. Vol. 391, *Lancet* (London, England). England: The Lancet; 2018. p. 1331.
29. Morales N. Hospitales están raspados en calidad y productividad. *Diario 2001.* 2012;21-2.
30. Lohman D. Venezuela's Health Care Crisis | Human Rights Watch [Internet]. Human Rights Watch. 2015 [citado 10 de julio de 2020]. Disponible en: <https://www.hrw.org/news/2015/04/29/venezuelas-health-care-crisis>
31. Fraser B. Data reveal state of Venezuelan health system. Vol. 389, *Lancet* (London, England). England; 2017. p. 2095.
32. National Report. Complex Humanitarian Emergency in Venezuela. Right to Health - CEPAZ. 2018.
33. Taraciuk Broner T. La crisis de salud en Venezuela exige una respuesta regional urgente | Human Rights Watch [Internet]. Human Rights Watch. 2018 [citado 10 de julio de 2020]. Disponible en: <https://www.hrw.org/es/news/2018/11/27/la-crisis-de-salud-en-venezuela-exige-una-respuesta-regional-urgente>
34. Se requiere una respuesta a gran escala de la ONU para abordar la crisis de salud y alimentaria | HRW. Human Rights Watch. 2019.
35. Complex Humanitarian Emergency In Venezuela: Right To Water - CEPAZ. 2018.
36. Boletín final año 2019 | Encuesta Nacional de Hospitales - Médicos por la Salud. 2020.
37. Monte PRG, Peiró JM. Validez factorial del Maslach Burnout Inventory en una muestra multiocupacional. *Psicothema.* 1999;11(3):679-89.
38. Tironi MOS, Nascimento Sobrinho CL, Barros D de S, Reis EJFB, Marques Filho ES, Almeida A, et al. Trabalho e síndrome da estafa profissional (Síndrome de Burnout) em médicos intensivistas de Salvador . Vol. 55, *Revista da Associação Médica Brasileira* . scielo ; 2009. p. 656-62.
39. Maticorena-Quevedo J, Beas R, Anduaga-Beramendi A, Mayta-Tristán P. Prevalence of burnout syndrome in Peruvian physicians and nurses, ENSUSALUD 2014. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2016;33(2):241-7.
40. Grau Martín A, Flichtentrei D, Suñer R, Prats M, Braga F. [Influence of personal, professional and cross-national factors in burnout syndrome in Hispanic Americans and Spanish health workers (2007)]. *Rev Esp Salud Publica.* 2009;83(2):215-30.
41. Alhaffar BA, Abbas G, Alhaffar AA. The prevalence of burnout syndrome among resident physicians in Syria. *J Occup Med Toxicol.* 2019;14:31.
42. Tepedino Peluso D, Peña C. Síndrome de desgaste profesional en residentes del Hospital Universitario de Caracas. *Med Interna;* Vol 27, Núm 1. 2011.
43. 2019 Global Health Security Index. 2019 oct.
44. Venezuela necesita ayuda humanitaria urgente para combatir la Covid-19 | Human Rights Watch [Internet]. Human Rights Watch. [citado 10 de julio de 2020]. Disponible en: <https://www.hrw.org/es/news/2020/05/26/venezuela-necesita-ayuda-humanitaria-urgente-para-combatir-la-covid-19>.