

# Síndrome de *burnout* en médicos de cuidados críticos: una alarma de agotamiento emocional y psicopatía

Alexandra Calvopiña Molina<sup>1</sup>, Marco Antonio López Cueva<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Central del Ecuador

Rev Fac Cien Med (Quito), 2017; 42 (1): 56-64

Recibido: 07/04/16; Aceptado: 10/06/16

Correspondencia:

Alexandra Calvopiña Molina

alexitacalvopia@gmail.com

## Resumen

**Contexto:** el estrés laboral es un problema reconocido en trabajadores de la salud; los médicos son considerados un grupo de especial riesgo, especialmente aquellos que laboran en áreas críticas, en un entorno exigente y muy técnico, donde la muerte es un evento común manteniéndose latente el error. No existen estudios sobre el desgaste profesional en médicos ecuatorianos especializados en medicina crítica y emergencia. Se realizó el estudio para conocer la prevalencia del síndrome de agotamiento, los problemas relacionados al estrés laboral y el bienestar psicológico en el personal médico que labora en áreas críticas. **Métodos:** estudio descriptivo de corte transversal, realizado a médicos que laboran en cuidados intensivos y en emergencia de los principales hospitales de la red pública integral de salud del distrito metropolitano de Quito, en el período comprendido entre junio y agosto de 2015.

**Resultados:** se recopilaron datos de 289 profesionales que laboraban en cuidados intensivos (n=120, 41,5%) y emergencia (n=169, 58,5%); la prevalencia general de Burnout fue 10,4% calificada por el cumplimiento sistemático de los tres criterios evaluados en la escala de Maslach. Los intensivistas predominaron en la categoría de agotamiento emocional, de despersonalización y de realización personal sin alcanzar significancia estadística. No se demostró que la especialidad de terapia intensiva sea un factor de riesgo para desarrollo de síndrome de desgaste profesional (OR 0,68, IC 95% 0,29-1,48; p= 0,34). El 6,2% de los médicos encuestados (n=18) presentaron calificaciones superiores a 7 puntos, indicativas de psicopatología; un 9,7% (n=28) recibieron calificaciones entre 5 y 6 puntos encasillándolos como sospechosos de psicopatología subumbral y la mayoría (84,1%) tuvieron puntajes de 0 a 4 puntos indicativos de ausencia de psicopatología.

**Conclusiones:** los médicos que laboran en áreas de terapia intensiva o emergencia tienen la misma susceptibilidad de padecer síndrome de agotamiento, por el tipo de trabajo, intensidad del mismo y desgaste emocional. Los profesionales médicos jóvenes que laboran en unidades de cuidados intensivos o de emergencia (cargos de médicos residentes o tratantes jóvenes) dedican más horas de trabajo por semana volviéndose la población médica más susceptible de padecer el síndrome de agotamiento crónico, también conocido como síndrome de Burnout.

**Descriptor DeCs:** síndrome de Burnout, agotamiento profesional, prevalencia, terapia intensiva, emergencia, psicopatía.

## Abstract

**Context:** work-related stress is a recognized issue for healthcare workers, and medical doctors have always been considered a high risk group for this problem. Medical doctors employed in critical areas regularly work in demanding technical surroundings, where death is a common event, and mistakes may occur. No studies regarding professional Burnout have been carried out on Ecuadorian medical doctor working in critical care



Este artículo está bajo una licencia de Creative Commons de tipo Reconocimiento - No comercial - Sin obras derivadas 4.0 International Licence

medicine of emergency rooms. We started this study to understand the prevalence of Burnout syndrome, of work-related stress issues and of psychological welfare for medical staff working in the main critical fields

**Methods:** descriptive, cross-sectional study between doctors working in intensive care units and emergency rooms of the main hospitals in the comprehensive public health network of the metropolitan district of Quito, during June 1, 2015 to August 1, 2015.

**Results:** Data of 289 professionals working in "Intensive Care" (n = 120; 41.5%) and "Emergency" (n = 169; 58.5%), fields was gathered. The general prevalence of Burnout syndrome was 10.4% defined as the systematic fulfillment of the three assessment criteria in Maslach scale of stress. Intensive care workers were predominant in the category of "emotional burnout", "depersonalization" and "personal fulfillment" without reaching statistical significance. No intensive care field was found as a risk factor for development of Burnout syndrome (OR: 0.68; 95% CI 0.29 - 1.48; p = 0.34). 6.2% of the surveyed medical doctor (n = 18) obtained scores higher than 7 points, which indicate psychopathology, 9.7% (n = 28) obtained score between 5 and 6 points, which lead to suspicions of sub-threshold psychopathology; and finally, a majority with 84.1% medical doctor obtained scores of 0-4, which indicate the absence of psychopathology.

**Conclusions:** Medical doctor working in intensive care and emergency fields are equally at risk to suffer from Burnout syndrome, since both work branches are considered as critical care fields. We can link young medical staff working at intensive care and emergency fields, resident doctors or young medical doctor who work more hours per week, as the most at-risk population of chronic Burnout

**Keywords:** burnout syndrome, Burnout, prevalence intensive care, emergency, psychopathy.

## Introducción

El estrés laboral es un problema reconocido en trabajadores de la salud; en este grupo ocupacional, los médicos son considerados un grupo especial de riesgo. Los profesionales médicos que laboran en áreas críticas habitualmente trabajan en un entorno exigente y técnico, donde la muerte es un evento común, y los errores pueden estar presentes<sup>1</sup>. Las áreas de medicina crítica están conformadas por las especialidades de emergencia, terapia intensiva y anestesiología; son especialidades médicas que se dedican al manejo del soporte vital y corrección del fallo de órganos en pacientes considerados críticamente enfermos, quienes requieren un tratamiento y supervisión continua de un médico especializado y experto<sup>1</sup>. En Ecuador, estas unidades están disponibles en establecimientos de salud de segundo y de tercer nivel; al momento del estudio, no existen datos sobre el número de unidades de cuidados intensivos. En Quito, están registradas 41 unidades de cuidados intensivos pertenecientes a hospitales públicos y privados de segundo y tercer nivel.

Para la selección de las unidades críticas, se consideraron unidades de tercer nivel, de alta complejidad (cuentan con atención de todas las especialidades básicas de medicina y subespecialidades; además brindan soporte tecnológico diagnóstico y terapéutico<sup>2</sup>).

Según datos poblacionales del último censo realizado en Ecuador, la tasa de especialistas en terapia intensiva existente en el Distrito Metropolitano de Quito es 4,8 intensivistas/100.000 habitantes, número insuficiente para cubrir la atención a pacientes críticos; se advierte que este dato puede estar sobre-

valorado, según datos de un estudio que señala que la tasa real de intensivistas puede ser menor a la mitad del número indicado<sup>2</sup>. Las recomendaciones internacionales sobre requerimientos de intensivistas es variable; España señala una tasa óptima de 6,1/100.000 habitantes mientras que Argentina o Chile, a través de las respectivas Sociedades Científicas de Medicina Crítica, por una parte carecen de información relativa y consideran que esta especialidad está crisis por déficit de personal calificado y malas condiciones laborales que impiden el desarrollo de la especialidad<sup>2</sup>.

Como áreas laborales de un hospital, son consideradas zonas de alta exigencia por la condición clínica de sus pacientes que ameritan un particular abordaje y tratamiento; otros elementos que aúnan en la exigencia se relacionan a los resultados que derivan del acto médico y a la presión que nace de los familiares de los pacientes, generalmente angustiados por la posibilidad de muerte inminente de su ser querido<sup>3</sup>. El trabajo que desarrollan los profesionales de áreas críticas genera estrés, situación que a la postre se constituye en un factor de riesgo para la salud mental o física; por lo tanto, reviste particular importancia diagnosticar tempranamente situaciones de desgaste profesional. Toda alteración en la salud del profesional de áreas críticas, deriva en menor calidad y resultados de su trabajo<sup>3</sup>. El bienestar psicológico es un determinante de la salud y a la vez un componente de ella, pero no son categorías equivalentes; la tarea de evaluar objetivamente la salud se facilita por el desarrollo de un cuestionario de auto reporte de salud (salud autopercebida). Este cuestionario fue desarrollado para identificar la severidad de disturbios

psiquiátricos menores y mide la salud mental del encuestado y no el estado general de salud<sup>4</sup>.

El término desgaste profesional o síndrome de burnout describe un tipo específico de estrés laboral e institucional que se genera en profesiones que tienen relación constante y directa con personas beneficiarias del trabajo del personal médico que se desempeña en áreas críticas<sup>4</sup>. No existen estudios sobre desgaste profesional en médicos ecuatorianos especializados en áreas críticas (cuidados intensivos y emergencia). El interés de los autores se ciñe en el estudio del estrés laboral en unidades de cuidados intensivos y de emergencia; para el efecto se emprendió un estudio descriptivo de corte transversal, utilizando los cuestionarios generales de salud GHQ-12 y el Maslach Burnout Inventory MBI respectivamente, para establecer la prevalencia y caracterización del síndrome de burnout en médicos que laboran en las unidades de cuidados intensivos y de emergencia de la red pública integral de salud del Distrito Metropolitano de Quito. Se midió además, los niveles de salud mental autopercibida por los médicos mediante el desarrollo del cuestionario de salud de Goldberg GHQ-12. Finalmente se estableció una posible asociación de la salud mental con indicadores de agotamiento laboral como es el síndrome de burnout.

## Sujetos y métodos

**Diseño de la investigación:** estudio multicéntrico descriptivo de corte transversal.

**Población y muestra:** médicos tratantes, residentes y asistenciales que laboran en unidades de cuidados intensivos y de emergencia de los principales hospitales de la red pública integral de salud del distrito metropolitano de Quito (Hospitales: Eugenio Espejo, Enrique Garcés, Isidro Ayora, Pablo Arturo Suárez, Militar HG1, Policía Nacional de Quito y Francisco de Quito), en el período junio-agosto de 2015.

**Criterios de Inclusión:** médicos especialistas, residentes de posgrado y residentes asistenciales que laboran en unidades de emergencia y de cuidados intensivos, que realicen turnos rotativos diurnos o nocturnos, utilizando como base el último censo de médicos que reportó el estudio sobre Recurso humano médico y sus condiciones laborales en las unidades de terapia intensiva del Distrito Metropolitano de Quito-Ecuador realizado en el año 2014.

**Criterios de exclusión;** médicos especialistas en emergencia y de terapia intensiva que no cumplan turnos rotativos (diurnos y nocturnos) y especialistas en otras áreas médicas, residentes de otros posgrados que roten por los servicios de terapia intensiva y emergencia, médicos asistenciales de otros servicios que roten en terapia intensiva y emergencia, médicos extranjeros que realicen pasantías en terapia intensiva o emergencia y estudiantes de pregrado de medicina.

**Análisis estadístico:** las variables cuantitativas se reportaron como promedio ( $\pm$  desviación estándar) o mediana con sus respectivos rangos intercuantílicos (Q25–Q75), las variables cualitativas se reportan como porcentajes. Las comparaciones se realizaron previa prueba de Kolmogorov-Smirnov y gráficos (normal quantile-quantile o normal QQ plot) para verificar el cumplimiento de los requisitos de normalidad de las variables cuantitativas. Las comparaciones para medias usaron pruebas de “t de student” o pruebas no paramétricas para aquellas que no cumplían los requisitos de normalidad. Las variables discretas se compararon usando pruebas de independencia con Chi-cuadrado; la prueba exacta de Fisher se usó en caso necesario. La valoración de riesgo se basó en el cálculo de OR ajustado de acuerdo a modelaje con regresión logística para control de cofactores y de confusión; los coeficientes se reportan como OR con sus respectivos intervalos de confianza al 95%. Para todas las comparaciones, se consideraron significativos valores inferiores al 5% ( $p < 0,05$ ). Los datos se recopilaron en una base de datos diseñada en MS-Excel®. Los análisis y figuras usaron el paquete estadístico R (2015), software libre disponible de manera gratuita en: URL <http://www.R-project.org>

## Resultados

El sexo masculino predominó en la especialidad de terapia intensiva (70,8%) en relación a emergencia (52,1%), con una significancia estadística de  $p < 0,01$ . En relación al cargo profesional, prevalecen postgraduados en el servicio de emergencia (43,8%) en relación a los médicos de terapia intensiva donde predominan tratantes, diferencia con significancia estadística ( $p = 0,02$ ). La población profesional en emergencia es joven (45,6%) con edades comprendidas entre 20 a 30 años, respecto a los profesionales de terapia intensiva que registran mayor edad ( $p = 0,04$ ) (ver tabla 1).

Tabla 1. Distribución de las características sociodemográficas

Variable	Descripción	Médicos Cuidados Intensivos n=120		Médicos Emergencias n=169		p<0,05
		n	(%)	n	(%)	
Sexo	Masculino	85	70,8	88	52,1	<0,01
	Femenino	15	29,2	81	47,9	
Grupo de edad	De 20 a 30 años	50	41,7	77	45,6	0,04
	De 31 a 40 años	38	31,7	69	40,8	
	De 41 a 50 años	18	15,0	15	8,9	
	Mayor de 50 años	14	11,7	8	4,7	
Estado Civil	Soltero	46	38,3	76	45,0	0,59
	Casado	57	47,5	74	43,8	
	Unión libre	7	5,8	10	5,9	
	Divorciado	10	8,3	9	5,3	
Hogar con hijos	Si	69	57,5	86	50,9	0,32
	No	51	42,5	83	49,1	
Posición/ puesto de trabajo	Médico Tratante	48	40,0	45	26,6	0,02
	Médico. Postgradista	50	41,7	74	43,8	
	Médico Asistencial	22	18,3	50	29,6	

Fuente: encuesta.

Elaboración: autores.

Entre los factores que son para determinar síndrome de desgaste profesional, destaca un cambio de la actividad profesional, factor que se asoció positivamente con el riesgo de desarrollar síndrome de desgaste profesional ( $p < 0,0001$ ). Una carga laboral entre

41 a 80 horas/semana se asoció en un 53,3% con riesgo de presentar síndrome de desgaste profesional; en este aspecto, el médico de postgrado tiene un 63,3% de riesgo para desarrollar síndrome de desgaste profesional (ver tabla 2).

**Tabla 2.** Factores de riesgo para desarrollar síndrome de desgaste profesional en profesionales de medicina intensiva y emergencia, estudio de burnout en hospitales de la red de salud del Distrito Metropolitano de Quito, 2015.

Variable	Descripción	Desgaste profesional				p<0.05
		Presente n=30		Ausente n=259		
		n	(%)	n	(%)	
Especialidad en Cuidados Intensivos Emergencia		10	33.3	110	42.5	0.34
		20	66.7	119	57.5	
Cargo laboral						0.04
	Médico tratante	4	13.3	89	34.4	
	Médico postgradista	19	63.3	105	40.5	
	Médico asistencial	7	23.3	65	25.1	
Carga laboral						0.03
	Mayor de 80 horas/ semana	9	30.0	32	12.4	
	Entre 41 y 80 horas/ semana	16	53.3	156	60.2	
	Menor de 41 horas/ semana	5	16.7	71	27.4	
Duración de vacaciones						0.07
	Menor a 15 días/año	24	80.0	152	58.7	
	Entre 15 y 30 días/año	6	20.0	100	38.6	
	Más de 30 días/año	...	...	7	2.7	
Realizan actividades re- creativas		17	56.7	177	68.3	0.27
Ha referido sentimientos de enfermedad		10	33.3	67	25.9	0.51
Ha considerado en algún momento cambiar de actividad profesional		20	66.7	67	25.9	<0.0001

Fuente: datos del estudio. Elaboración: autores.

La prevalencia general de Burnout fue del 10.4% calificada por el cumplimiento sistemático de los tres criterios evaluados en la escala de Maslach. Con 10 intensivistas y 20 emergenciólogos calificaron positivo (8.3% vs. 11.8%) respectivamente. En la evaluación en los diferentes componentes de la escala

de Maslach se notó que los intensivistas predominaron en la categoría de “agotamiento emocional” (p=0.06); en los componentes de despersonalización y en la subcategoría de realización personal se notó predominio en el servicio de emergencia. Ver Tabla 3.

**Tabla 3.** Prevalencia del síndrome de Burnout

Variable	Médicos de Cuidados Intensivos n=120		Médicos de Emergencias n=169		Total Médicos Burnout		p<0.05
	n	%	n	%	n	%	
Síndrome de desgaste profesional	10	8.3	20	11.8	30	10.4	0.44
Evaluación de Maslach (Componentes)							
Agotamiento Emocional	34	28.3	31	18.3			0.06
Despersonalización	43	35.8	70	41.4			0.39
Realización personal	32	26.7	54	32.0			0.36

Fuente: Resultados del estudio.

Elaboración: autores

**Prevalencia del síndrome de desgaste profesional:** fue calificada por el cumplimiento sistemático de los tres criterios evaluados en la escala de Maslach. El 8,3% de médicos de terapia intensiva y 11,8% de médicos de emergencia presentan

desgaste profesional, sin diferencia estadística. Respecto a los factores de riesgo, una carga laboral de 41-80 horas por semana representa un riesgo 0,27 mayor de presentar este síndrome (ver tabla 4).

**Tabla 4.** Descripción de los factores de riesgo para desarrollo de Síndrome de desgaste profesional

Factor de riesgo	OR	IC 95%	P<0.05
Carga laboral 41 a 80 horas/semana	0.27	0.10 – 0.75	0.01
Carga laboral menor a 41 horas/semana	0.19	0.05 – 0.64	<0.01
Haber considerado cambio de actividad profesional	6.68	2.90 – 16.55	<0.0001

Notas: beta\_0 (0.15); una carga laboral &gt;80 horas semana se considera 1.

Fuente: Resultados del estudio. Elaboración: autores

## Discusión

Predominaron profesionales del sexo masculino (59,9%), por servicio, correspondió al sexo masculino el 70,8% en terapia intensiva y 52,1% en emergencia. Se argumenta como causa a la mayor población de médicos ecuatorianos de sexo masculino y su mayor inserción laboral; se señala además, la preferencia a contratar médicos de sexo masculino se debe, entre otras cosas, a la mayor capacidad para soportar la carga laboral y los turnos rotativos de trabajo. La encuesta determinó que predominaron médicos postgradistas de terapia intensiva (41,7%) seguido de postgradistas de emergencia (43,8%), atribuyéndose a la relación laboral asistencial que los vincula con unidades de la red de salud del Distrito Metropolitano de Quito. Por su relación laboral, permanecen un mayor tiempo en las unidades de salud.

La edad promedio predominante fue 20 a 40 años; se argumenta que esta prevalencia de población joven se debe a mayores oportunidades laborales, mayor resistencia a la carga laboral, mayor tolerancia al estrés sin repercusión de salud y mayor número de profesionales que realizan estudios de postgrado.

La prevalencia del síndrome de desgaste profesional fue 10,4% (8,3% en terapia intensiva y 11,8% en emergencia). Las aptitudes exigibles a profesionales de unidades de áreas críticas incluyen vocación definida, estabilidad emocional, salud física y alta tolerancia a una carga laboral intensa que permita al profesional enfrentar con solvencia jornadas intensas de trabajo que generan estrés laboral por el tipo de pacientes que manejan. En términos generales, estas profesiones predisponen al síndrome de desgaste profesional.

La presentación del síndrome de burnout en personal de áreas críticas es descrita en diferentes estudios con prevalencias variables, entre 10% a 60%<sup>5,7</sup>; los resultados del presente estudio guardan concordancia. El síndrome de Burnout es catalogado como un problema de salud, al generar en el personal sanitario una sensación de fatiga y agotamiento, afectando el bienestar del médico, la atención al paciente y las relaciones laborales con otros miembros del equipo de salud de áreas críticas; el síndrome de Burnout puede expresarse en uno de sus componentes, como una sensación de agotamiento personal<sup>8</sup>. Los resultados del estudio de Quito denotan una prevalencia de cansancio emocional del 28,3% en profesionales de cuidados intensivos y 18,3% de emergencia, sin diferencia estadística significativa entre ambos grupos.

El estudio de Quito reporta mayor incidencia de desgaste profesional en médicos de emergencia, atribuyéndose a que en esta área ocurre el primer contacto con familiares que acompañan al paciente así como sucesivas entrevistas para informar sobre la

condición clínica, evolución y pronóstico. Esta carga adicional de estrés sumado a la responsabilidad asistencial vuelve más propenso al desgaste a profesionales de emergencia, lo que no ocurre con profesionales de cuidados intensivos, quienes tienen un contacto con familiares más restringido. El médico de emergencia sufre una sensación de frustración profesional, explicada por ser quien mantuvo el primer contacto con el paciente, diagnosticó su enfermedad y lo transfirió al servicio respectivo perdiendo el contacto con el enfermo, lo que a la postre reduce el crédito por el correcto manejo que permitió la recuperación del enfermo. Se señala otro elemento adicional que explicaría la mayor prevalencia de desgaste profesional en emergencia, relacionado a la personalidad del profesional y no por la especialidad que posee el médico.

Los profesionales que desarrollan cansancio emocional presentarán sentimientos de estar emocionalmente sobrecargados y agotados por el trabajo, con pérdida de energía, desgaste físico, agotamiento extremo y desinterés. La despersonalización fue mayor en médicos de emergencia (41,4%) y concuerdan con un estudio internacional<sup>9</sup>. Un médico que sufre despersonalización exhibe una actitud de rechazo, fría e impersonal hacia los pacientes, creando una relación interpersonal deshumanizada. La despersonalización predominó en los profesionales del servicio de emergencia, de alta demanda en instituciones estatales, volviendo robotizada la atención, minimizando el tiempo que se otorga a la atención al paciente decreciendo la eficacia y eficiencia, incrementando el número de errores y la posibilidad de una mala práctica profesional.

La falta de realización personal genera una actitud negativa hacia la misma persona y a su trabajo evidenciándose pérdida de interés, irritabilidad, baja productividad y pobre autoestima<sup>10</sup>. Los médicos de emergencia tienen mayor prevalencia de despersonalización (41,4%) comparado con profesionales de cuidados intensivos (35,8%); se atribuye entre sus causas, a la sobrecarga de trabajo con escaso tiempo de descanso, lo que fundamenta el implementar como obligatoria la libranza de las guardias para disminuir el estrés crónico al que están sometidos los residentes luego de extenuantes jornadas laborales por una parte y para disminuir riesgos que supone continuar trabajando o estudiando (si son residentes de postgrado) luego de realizada una guardia. Diversos estudios muestran que en el síndrome de desgaste, se expresa con alta prevalencia el cansancio emocional y la despersonalización. En Reino Unido, la prevalencia de cansancio emocional fue 33% y 49% de despersonalización<sup>6</sup>; en Bosnia Herzegovina<sup>14</sup> 37% y 46%. Estados Unidos informa que el cansancio emocional afecta entre el 23% al 75% de los profesionales<sup>11</sup>.

Murat afirma que en médicos de emergencia, la exposición a factores de estrés justifica la alta prevalencia del síndrome de burnout (44,7%); resalta los porcentajes altos de cansancio emocional (32%) y despersonalización (28%); en el grupo de médicos de cuidados intensivos, la prevalencia del síndrome de burnout oscila entre el 10% al 37%, con un porcentaje de cansancio emocional entre el 30% a 60% y 30% a 50% de sentimientos de despersonalización<sup>12</sup>.

Se argumenta que, tanto la despersonalización como la falta de realización profesional son consecuencias del agotamiento emocional; la falta de realización profesional y el agotamiento emocional surgen paralelamente y la despersonalización es una estrategia de afrontamiento.<sup>13,14</sup>

La secuencia podría comenzar por el agotamiento emocional, frente a la cual, el individuo reacciona aislándose a través de la despersonalización motivando a que el trabajador pierda el entusiasmo, lo que genera menor realización profesional<sup>10</sup>. Diversos estudios asocian al síndrome de Burnout con la presencia de cansancio emocional y la despersonalización sin afectarse la realización personal. En el presente estudio, pese a que el cansancio emocional y la despersonalización son altos y equiparables a otros estudios realizados en distintos países, no existen diferencias en la presentación de burnout en intensivistas y emergenciólogos.

Este estudio puso de manifiesto una realidad conocida, lamentablemente soslayada pese a su impacto sobre el individuo, entiéndase médico, y los resultados de su desempeño profesional. Debería considerarse las implicaciones de este síndrome sobre la red de unidades de salud del Distrito Metropolitano de Quito, a fin de establecer estrategias de prevención y promoción de la salud.

### Conclusión

La especialidad de terapia intensiva, de acuerdo a los resultados presentados, no constituye un factor de riesgo para desarrollar síndrome de desgaste profesional, lo que no ocurre con los profesionales en emergencia que tienen un mayor factor de riesgo para presentar este síndrome. El personal médico

masculino, joven, postgradista, con carga laboral entre 40 a 80 horas/semana y que labora en unidades de cuidados intensivos o emergencia es más susceptible de padecer síndrome de agotamiento crónico. Además, la despersonalización y falta de realización personal son más prevalentes en médicos de emergencia comparado con profesionales de cuidados intensivos donde primó el agotamiento emocional. La mayoría de médicos con síndrome de agotamiento laboral, han considerado cambiar de actividad profesional. Los médicos con síndrome de burnout tienen mayor probabilidad de presentar psicopatía.

### Contribución de los autores

El protocolo de investigación y el diseño de la misma, la recolección de datos, el análisis estadístico, la valoración e interpretación de los datos, el análisis crítico, la discusión, la redacción y la aprobación del manuscrito final fueron realizados por todos los autores quienes contribuyeron de igual forma en todo el proceso. El autor correspondiente representa al colectivo de autores.

### Disponibilidad de datos y materiales

Los datos que sustentan este manuscrito están disponibles bajo requisición al autor correspondiente.

### Consentimiento para publicación

La identidad de los individuos participantes en el estudio es anónima y confidencial, por lo que no se obtuvo un consentimiento específico para su publicación.

### Aprobación ética y consentimiento

El protocolo y el consentimiento fueron aprobados.

### Financiamiento

Los recursos fueron provistos por los autores.

### Conflicto de interés

Los autores NO reportan conflicto de interés alguno.

### Agradecimientos

Los autores agradecen a todas las personas que colaboraron en el proceso de la investigación.

## Referencias

1. Bugeo G. Crisis en medicina intensiva. In. Chile: Revista Chilena de medicina intensiva. ; 2004. 19(2): 55-57.
1. Montesdeoca J, Del Pozo G. El personal médico y sus condiciones laborales en las unidades de terapia intensiva del Distrito Metropolitano de Quito. In. Quito - Ecuador: Rev Med Vozandes ; 2013.24: 27 –36.
1. Murat K. Burnout syndrome at the emergency service. In. España: Scand J Trauma Resusc Emerg Med ; 2006. 14:37-40.
1. Carmen R. Manual para la utilización del cuestionario de salud general de Goldberg. In. Cuba: Revista Cubana Medicina General Integral; 2000. 15(1):88-97.
1. Carrillo R. Prevalencia del síndrome de Burnout en una unidad de terapia intensiva. In. México: Revista de Investigación Med Sur Mex; 2012. 19(4): 208-211.
1. Ramirez A. Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. In.: Lancet; 2000. 347: 724-8.
1. Hernández C. El síndrome de desgaste profesional Burnout en médicos mexicanos. In. México: Revista Facultad Médica UNAM; 2008, 51(1):20-24.
1. Selmanovic S. Stress at Work and Burnout Syndrome in Hospital Doctors. In.: MED ARH; 2011. 65(4): 221-224.
1. Veasey S. Sleep loss and fatigue in residency training: a reappraisal. In.: JAMA; 2002. 288:1116- 1124.
1. Quirós M. Evaluación del estrés laboral y Burnout en los servicios de urgencia extrahospitalaria. In. España: International Journal of Clinical and Health Psychology.; 2007. 7(2):323-335.
1. Shanafelt T, Bradley K, Wipf J, Back A. Burnout and self-reported patient care in internal medicine residency programs. In. Estados Unidos: Ann Intern Medical; 2002, 136:358-67.
1. Zazzetti F. Prevalencia de síndrome de Burnout en médicos y enfermeros de unidades de terapia intensiva privadas en Argentina. In. Argentina: Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica; 2011, 17 (2):120 - 8
1. Goldman C. The impact of regulation restricting medical house staff working hours on the quality of patient care. In.: JAMA; 2000. 374- 378
1. Cubrilo M, Turek M. Burnout syndrome among intensive care staffSveti Duh General Hospital, Zagreb. In.: Croatia Critical Care; 2005. p. (Suppl 1):P247.