



UNIVERSIDAD LATINA DE PANAMÁ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN Y DESARROLLO HUMANO
MAESTRÍA EN DOCENCIA SUPERIOR

SEMINARIO I

TESIS

INFLUENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL APRENDIZAJE DE
HABILIDADES CLÍNICAS DE LOS MÉDICOS INTERNOS DE PRIMER AÑO DEL
COMPLEJO HOSPITALARIO DR. ARNULFO ARIAS MADRID DURANTE EL 2026

INTEGRANTES:

HILLARY MADELEYN ROSAS ROBLES 9-754-782
JHOAN SURIAMY SANTANA GONZÁLEZ 2-736-515

PROFESOR:

DOCTOR GIULIANO MAZZANTIA

PANAMÁ, JUNIO 2026

DEDICATORIA

A quienes, dentro y fuera de los pasillos hospitalarios, sostienen con su esfuerzo diario la formación, de aquellos que recién comienzan su camino en la medicina.

A los médicos internos de primer año, que enfrentan sus primeras guardias, sus primeras decisiones clínicas y sus primeros errores con la misma entrega, que enfrentan sus primeros aciertos. Este trabajo nace de la convicción de que su bienestar no es un tema secundario frente a su formación técnica, sino una condición necesaria para que esa formación realmente ocurra.

A quienes los forman, los supervisan y los acompañan día a día, médicos tratantes, docentes, residentes mayores y que muchas veces cargan un desgaste similar al que intentan prevenir en otros, casi siempre en silencio y sin el reconocimiento que merecen.

A las instituciones de salud que, pese a sus limitaciones estructurales, siguen siendo el espacio donde se forma el criterio clínico y humano de quienes cuidarán de otros durante las próximas décadas.

Y a quienes, en algún momento de su propia formación médica, sintieron que el agotamiento amenazaba con apagar su vocación, pero encontraron o siguen buscando la manera de sostenerla.

Esta investigación es también suya.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por la fortaleza y la claridad necesarias para sostener este proceso hasta su culminación.

A la Universidad Latina de Panamá, por brindarme el espacio académico y los recursos formativos que hicieron posible el desarrollo de esta investigación.

A nuestro asesor de tesis, por su orientación, su exigencia académica y su disposición constante para revisar, corregir y enriquecer cada etapa de este trabajo.

Al Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid, y en particular a los médicos internos de primer año, que participaron en este estudio, por su tiempo, su honestidad y su disposición a compartir sus experiencias en medio de jornadas ya de por sí exigentes. Sin su colaboración, esta investigación no habría sido posible.

A los docentes, quienes a lo largo de mi formación aportaron las herramientas metodológicas y el criterio crítico necesarios para llevar a cabo este trabajo.

A nuestras familias, por su paciencia, su apoyo incondicional y su comprensión durante las largas horas dedicadas a esta investigación.

A todas las personas que, de una u otra forma, contribuyeron con su tiempo, sus conocimientos o su aliento a que este trabajo llegara a buen término.

DECLARACIÓN JURADA

Yo, _____ portadora de la cédula de identidad

personal No. _____, estudiante de la Maestría en Docencia Superior de la Universidad Latina de Panamá, declaro bajo juramento que el trabajo de tesis titulado:

"Influencia del síndrome de burnout en el aprendizaje de habilidades clínicas de los médicos internos de primer año del complejo hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid durante el 2026"

Es de mi autoría, original e inédito, elaborado con fines académicos como requisito para optar por el título de Magister en Docencia Superior.

Declaro que todas las fuentes consultadas han sido citadas conforme a las normas académicas vigentes y que asumo plena responsabilidad ante cualquier eventualidad de carácter académico o legal.

Firmo en la ciudad de Panamá, a los _____ días del mes de _____ del año 2026.

Firma: _____

Nombre completo: _____

Cédula: _____

ÍNDICE

RESUMEN	7
SUMMARY	10
INTRODUCCIÓN.....	12
CAPÍTULO 1.0 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
1.1 Problema.....	14
1.2 Antecedentes o Estado del Arte.....	14
1.2.1 Antecedentes a nivel internacional.....	15
1.2.3 Antecedentes en América Latina.....	17
1.2.4 Antecedentes nacionales	18
1.2.5 Síntesis del estado del arte y brecha de conocimiento	19
1.3 Planteamiento del problema	20
1.3.1 Diagnóstico situacional del problema.....	21
1.3.2 Delimitación o alcance del proyecto.....	22
1.4 Justificación de la investigación	23
1.4.1 Importancia de la investigación	26
1.4.2 Aportes de la investigación	26
1.5 Objetivos.	27
1.5.1 Objetivos Generales.	27
1.5.2 Objetivos Específicos.....	27
1.6 Definición de términos.....	28
1.7 Limitaciones o restricciones de la investigación	32
1.8 Hipótesis.	33
CAPÍTULO 2.0 MARCO TEÓRICO	35
2.1 El internado médico y su relación con el síndrome de burnout	35
2.2 Evolución histórica.....	37
2.3 Factores de riesgo del síndrome de burnout.....	42
2.4 Manifestaciones clínicas del síndrome de burnout.....	44
2.5 Diferenciación conceptual del síndrome de burnout y modelos teóricos.....	45
2.6 Impacto del burnout en el desempeño profesional	55
2.7 Diferenciación del síndrome de burnout frente a otros trastornos relacionados ...	57
2.8 Diferencias entre el burnout y la crisis de la mediana edad	58
2.9 Consecuencias del síndrome de burnout.....	59
2.10 Instrumentos para la evaluación del síndrome de burnout.....	61
2.11 Fisiopatología del estrés crónico y su impacto en las funciones ejecutivas.....	62
2.12 Teoría del afrontamiento y personalidad.....	67

2.13 El círculo vicioso entre la baja realización personal y la inseguridad procedimental.....	68
2.14 Estrategias de prevención e intervención frente al síndrome de burnout.....	72
<i>CAPÍTULO 3.0 MARCO METODOLÓGICO</i>	<i>77</i>
3.1 Tipo y diseño de la investigación.....	77
3.2 Población y muestra	78
3.3 Variables de estudio.....	79
3.4 Descripción del instrumento	81
3.5 Recolección de la información	83
3.6 Tratamiento y análisis de la información.....	83
<i>CAPÍTULO 4.0 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.....</i>	<i>85</i>
4.1 Instrumento 1	85
4.2 Instrumento 2 - Entrevista semiestructurada a especialista.....	108
4.3 Prueba de hipótesis.....	119
4.4 Síntesis de los principales hallazgos	120
4.5 Limitaciones metodológicas - Recomendaciones	121
<i>CAPÍTULO 5.0 LA PROPUESTA</i>	<i>122</i>
5.1 Introducción	122
5.2 Fundamentación de la Propuesta.....	124
5.3 Justificación de la Propuesta.....	126
5.4 Objetivos de la Propuesta	128
5.5 Análisis costo-beneficio de la propuesta	129
5.6 Implementación de la propuesta.....	133
5.7 Cronograma de actividades.....	135
5.8 Presupuesto de implementación de la propuesta	137
<i>CONCLUSIONES</i>	<i>140</i>
<i>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</i>	<i>142</i>
<i>ANEXOS.....</i>	<i>145</i>

RESUMEN

El síndrome de burnout constituye un fenómeno ocupacional asociado al estrés laboral crónico, que no ha sido gestionado adecuadamente y que se caracteriza principalmente por agotamiento emocional, despersonalización y disminución de la realización personal. En el contexto de la formación médica, los médicos internos representan una población especialmente vulnerable debido a la combinación de extensas jornadas laborales, elevada carga asistencial, responsabilidades clínicas crecientes y exigencias académicas propias de la transición entre la formación universitaria y el ejercicio profesional supervisado.

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la influencia del síndrome de burnout en el desarrollo y adquisición de habilidades clínicas de los médicos internos de primer año del Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid durante 2026. La investigación se desarrolló bajo un enfoque orientado al análisis de la relación entre el agotamiento asociado al burnout y la percepción del desarrollo de competencias clínicas fundamentales durante el internado médico.

Para la recolección de la información se emplearon instrumentos dirigidos a evaluar las dimensiones relacionadas con el síndrome de burnout y el aprendizaje de habilidades clínicas, complementándose los resultados con una entrevista semiestructurada realizada a una especialista. La muestra preliminar estuvo constituida por 30 médicos internos de primer año, predominantemente mujeres y con edades concentradas entre los 24 y 26 años.

Los resultados evidenciaron la presencia de indicadores relacionados con las tres dimensiones características del síndrome de burnout, destacándose particularmente el agotamiento emocional y el cansancio al finalizar la jornada laboral. Asimismo, el análisis estadístico mediante el coeficiente de correlación de Pearson evidenció una

relación negativa moderada entre el agotamiento y el desarrollo percibido de habilidades clínicas ($r = -0.566$; $p = 0.0011$), indicando que mayores niveles de agotamiento tienden a relacionarse con menores puntuaciones en el desarrollo percibido de dichas competencias. No obstante, el análisis de sensibilidad mediante la correlación de Spearman no alcanzó significación estadística ($\rho = -0.332$; $p = 0.0732$), por lo que los resultados deben interpretarse con cautela debido al tamaño reducido de la muestra.

La entrevista a la especialista permitió complementar estos hallazgos, identificando al burnout como un fenómeno multifactorial asociado a la exposición prolongada a exigencias laborales y a oportunidades insuficientes de recuperación. Además, se destacó que el agotamiento puede comprometer procesos esenciales para el aprendizaje clínico, entre ellos la capacidad de concentración, la atención, la motivación y el procesamiento de información compleja.

A partir de los resultados obtenidos, se propone la implementación de un Programa de Tamizaje y Acompañamiento Temprano del Burnout, basado en la aplicación periódica del instrumento MBI-HSS, la identificación temprana de internos en riesgo, la derivación hacia servicios de apoyo y el establecimiento de un sistema de acompañamiento tutorial clínico, especialmente durante el primer semestre del internado. La propuesta ha sido diseñada bajo criterios de pertinencia, viabilidad y sostenibilidad, aprovechando principalmente los recursos institucionales existentes.

Se concluye que el síndrome de burnout constituye una problemática relevante dentro de la formación de los médicos internos de primer año y que el agotamiento puede relacionarse negativamente con el proceso de adquisición y consolidación de habilidades clínicas. Los hallazgos respaldan la necesidad de fortalecer los mecanismos institucionales de prevención, detección temprana y acompañamiento,

promoviendo ambientes educativos hospitalarios que favorezcan simultáneamente el bienestar del médico interno, la calidad del aprendizaje clínico y la seguridad de la atención brindada a los pacientes.

Palabras clave: síndrome de burnout, médicos internos, habilidades clínicas, agotamiento emocional, educación médica, internado médico, aprendizaje clínico.

SUMMARY

Burnout syndrome is an occupational phenomenon associated with chronic workplace stress that has not been successfully managed, characterized primarily by emotional exhaustion, depersonalization, and a reduced sense of personal accomplishment. In the context of medical training, medical interns represent an especially vulnerable population due to the combination of long working hours, heavy clinical workloads, increasing clinical responsibilities, and the academic demands inherent to the transition from undergraduate education to supervised professional practice.

This study aimed to determine the influence of burnout syndrome on the development and acquisition of clinical skills among first-year medical interns at the Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid during the year 2026. The research was conducted using an approach focused on analyzing the relationship between burnout-related exhaustion and the perceived development of fundamental clinical competencies during medical internship.

For data collection, instruments designed to assess dimensions related to burnout syndrome and clinical skills acquisition were utilized, supplemented by findings from a semi-structured interview conducted with a specialist. The preliminary sample consisted of 30 first-year medical interns, predominantly female and aged between 24 and 26 years.

The results revealed the presence of indicators related to all three dimensions of burnout syndrome, particularly highlighting emotional exhaustion and fatigue at the end of the workday. Furthermore, statistical analysis using Pearson's correlation coefficient showed a moderate negative relationship between exhaustion and the perceived development of clinical skills ($r = -0.566$; $p = 0.0011$), indicating that higher levels of exhaustion tend to be associated with lower scores in the perceived

development of these competencies. However, sensitivity analysis using Spearman's rank correlation did not reach statistical significance ($\rho = -0.332$; $p = 0.0732$); therefore, results should be interpreted with caution given the small sample size.

The specialist interview complemented these findings, identifying burnout as a multifactorial phenomenon linked to prolonged exposure to workplace demands and insufficient recovery opportunities. Additionally, it was highlighted that exhaustion can compromise essential processes for clinical learning, including concentration, attention, motivation, and the processing of complex information.

Based on the findings, the implementation of an *Early Burnout Screening and Support Program* is proposed. This program is based on the periodic administration of the MBI-HSS instrument, early identification of interns at risk, referral to support services, and the establishment of a clinical tutorial support system, especially during the first semester of the internship. The proposal was designed under criteria of relevance, feasibility, and sustainability, primarily leveraging existing institutional resources.

It is concluded that burnout syndrome constitutes a significant issue within first-year medical internship training, and that exhaustion may negatively affect the acquisition and consolidation of clinical skills. These findings support the need to strengthen institutional mechanisms for prevention, early detection, and support, promoting hospital educational environments that simultaneously foster intern well-being, clinical learning quality, and patient safety.

Keywords: burnout syndrome, medical interns, clinical skills, emotional exhaustion, medical education, medical internship, clinical learning.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de burnout constituye uno de los fenómenos ocupacionales de mayor relevancia estudiados en el ámbito de la salud durante las últimas décadas. Definido por Maslach y Jackson (1981) como una respuesta prolongada a los estresores crónicos de carácter interpersonal presentes en el entorno laboral, dicho síndrome se manifiesta a través de tres dimensiones interrelacionadas: el agotamiento emocional, la despersonalización y la disminución de la realización personal. Cabe destacar que, desde el año 2019, la Organización Mundial de la Salud, (OMS) reconoce formalmente el burnout como un fenómeno ocupacional en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE -11). Lo cual evidencia la magnitud de su impacto, no solo en el bienestar individual del trabajador, sino también en la calidad de los servicios prestados por las instituciones de salud.

La práctica médica, y de manera particular la etapa de internado, representa uno de los contextos de mayor vulnerabilidad para el desarrollo de dicho síndrome. Los médicos internos de primer año se enfrentan, de forma simultánea, a una curva de aprendizaje clínico considerablemente exigente, a extensas jornadas de trabajo, a la responsabilidad directa sobre la vida de los pacientes y a una transición abrupta desde el rol de estudiante hacia el profesional de salud.

En el Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid (CHDAAM), principal centro de referencia y formación médica del país, los médicos internos de primer año desarrollan sus primeras competencias clínicas bajo condiciones de considerable exigencia asistencial y académica. No obstante, hasta la fecha no se dispone de evidencia sistemática respecto a la prevalencia del síndrome de burnout en dicha población específica, ni sobre su posible relación con el desempeño en el aprendizaje de habilidades clínicas durante el primer año de formación. Esta ausencia de datos

institucionales representa un vacío de conocimiento significativo, en la medida en que la identificación temprana de estos procesos permitiría el diseño de estrategias de acompañamiento oportunas y pertinentes.

La presente investigación se propone abordar dicha problemática mediante un estudio orientado a examinar la influencia del síndrome de burnout en el aprendizaje de habilidades clínicas de los médicos internos de primer año del CHDAAM durante el 2026. Para tal efecto, se emplea el Maslach Burnout Inventory–Human Services Survey (MBI-HSS), instrumento validado internacionalmente para la medición de las tres dimensiones del síndrome, el cual se complementa con la revisión de indicadores de desempeño clínico correspondientes a los internos participantes.

El presente trabajo se estructura en cinco capítulos: el primero contextualiza el problema de investigación, sus objetivos y su justificación; el segundo desarrolla el marco teórico, desde los modelos clásicos del burnout hasta la neurofisiología del estrés crónico; el tercero describe el marco metodológico; el cuarto presenta el análisis y la discusión de los resultados; y el quinto formula una propuesta orientada a la detección temprana y al acompañamiento de los internos afectados.

CAPÍTULO 1.0 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Problema

Influencia del síndrome de burnout en el aprendizaje de habilidades clínicas de los médicos internos de primer año del Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid duarte el 2026.

1.2 Antecedentes o Estado del Arte

El síndrome de burnout constituye una de las problemáticas más estudiadas en los profesionales de la salud debido a sus repercusiones sobre el bienestar físico y emocional, el desempeño laboral y la calidad de la atención médica. En el contexto de la educación médica, el interés por este fenómeno ha aumentado considerablemente durante las últimas décadas, particularmente en estudiantes de medicina, médicos internos y residentes, quienes se encuentran expuestos a elevados niveles de exigencia académica, carga asistencial, jornadas prolongadas y situaciones clínicas de alta complejidad. La Organización Mundial de la Salud (OMS,2019), define el síndrome de burnout como un fenómeno ocupacional resultante del estrés crónico en el trabajo que no ha sido gestionado adecuadamente, caracterizado por agotamiento emocional, cinismo hacia el trabajo y disminución de la eficacia profesional.

En el contexto de la formación médica, el internado médico representa una etapa de transición entre la formación universitaria y el ejercicio profesional supervisado, los estudiantes deben integrar conocimientos teóricos, desarrollar habilidades clínicas y asumir responsabilidades asistenciales crecientes. Sin embargo, las condiciones propias de esta etapa pueden favorecer la aparición del síndrome de burnout, afectando potencialmente la capacidad de aprendizaje, el desarrollo de competencias clínicas y el desempeño académico.

Diversas investigaciones realizadas a nivel internacional, latinoamericano y nacional han abordado el estudio del burnout en médicos en formación, así como su relación con el ambiente educativo hospitalario y el proceso de adquisición de habilidades clínicas. Estos antecedentes permiten comprender la magnitud del problema y fundamentan la necesidad de investigar esta realidad en el contexto panameño.

1.2.1 Antecedentes a nivel internacional

A nivel internacional, múltiples estudios han documentado una elevada prevalencia de síndrome de burnout entre estudiantes de medicina, médicos internos y residentes. Dyrbye et al. (2014), en un estudio multicéntrico realizado en Estados Unidos con más de 12,000 participantes, encontraron que los médicos en formación con mayores niveles de burnout presentaban menor satisfacción académica, menor calidad de vida y mayores dificultades para afrontar las exigencias de la formación médica. Los autores concluyeron que el agotamiento emocional constituye un factor que puede afectar significativamente el proceso formativo.

Posteriormente, Rotenstein et al. (2018), mediante una revisión sistemática y metaanálisis que incluyó 182 estudios realizados en diferentes países, identificaron una amplia variabilidad en la prevalencia del síndrome de burnout entre médicos, confirmando que se trata de un problema de alcance mundial. Los autores concluyeron que las diferencias observadas están relacionadas con factores organizacionales, condiciones laborales y características propias de los sistemas de formación médica.

Por su parte, West et al. (2016) analizaron intervenciones dirigidas a reducir el burnout en el profesional de la salud y se demostró que las modificaciones organizacionales, incluyendo mejoras en la carga laboral y optimización del ambiente

del trabajo, genera una disminución significativa del estrés laboral. Hallazgos similares fueron considerados y reportados por Panagioti et al. (2017) los cuales concluyeron que las intervenciones centradas en la organización presentan mayor efectividad que aquellas dirigidas exclusivamente al individuo.

En relación con el aprendizaje clínico, El Mouedden et al. (2022), exploraron la experiencia de estudiantes y residentes durante sus prácticas hospitalarias, identificando, que el burnout académico y burnout laboral pueden coexistir durante la formación médica. Los autores señalaron que el agotamiento emocional disminuye la motivación, la participación activa en actividades clínicas y la capacidad para consolidar competencias profesionales, factores esenciales para el aprendizaje significativo durante el internado.

De igual forma, la National Academy of Medicine (2019), destacó que el burnout en médicos en formación puede comprometer el razonamiento clínico, la toma de decisiones, la seguridad del paciente y el desarrollo de competencias profesionales. Estos hallazgos respaldan la necesidad de abordar la salud mental como un componente esencial dentro de la formación médica.

Paralelamente, diversas investigaciones han evaluado el ambiente educativo hospitalario como factor determinante del aprendizaje clínico. En este sentido, Roff et al. (2005) desarrollaron el instrumento Postgraduate Hospital Educational Environment Measure (PHEEM), considerado actualmente uno de los estándares internacionales para medir la percepción del ambiente educativo en hospitales docentes. Diversos estudios realizados mediante este instrumento han demostrado que ambientes educativos favorables contribuyen al desarrollo de competencias clínicas y a una mayor satisfacción académica de los médicos en formación.

1.2.3 Antecedentes en América Latina

En América Latina, el estudio del síndrome de burnout en médicos en formación ha cobrado relevancia debido a las características particulares de los sistemas sanitarios y las condiciones de trabajo en los hospitales docentes.

En México, Miranda-Ackerman et al. (2019), evaluaron la prevalencia del síndrome de burnout en médicos internos de hospitales públicos y privados, encontrando que, aproximadamente el 20% de los participantes presentaba criterios compatibles con el síndrome. Los autores observaron mayores niveles de agotamiento emocional en aquellos internos sometidos a mayores cargas asistenciales y jornadas laborales prolongadas, concluyendo que estas condiciones podrían interferir con el aprendizaje y el desempeño clínicos.

De manera complementaria, Torres Gutiérrez et al. (2025), analizaron la relación entre el ambiente de aprendizaje y el síndrome de burnout en médicos residentes mediante la utilización conjunta del Maslach Burnout Inventory y el cuestionario Postgraduate Hospital Educational Environment Measure. Los resultados mostraron que el 70.8% de los participantes percibía un ambiente educativo favorable, mientras que el 10.4% presentaba burnout. Aunque, no encontraron una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables, identificaron que la carga asistencial, el apoyo social y la resiliencia individual desempeñan un papel importante en la aparición del síndrome.

Diversas investigaciones desarrolladas en Perú, Colombia y otros países de Latinoamérica han señalado que la sobrecarga laboral, la limitada supervisión docente, la privación del sueño y la escasez de espacios formales de retroalimentación constituyen factores de riesgo para el desarrollo del burnout en médicos en formación. Estos estudios destacan que el agotamiento emocional puede disminuir la motivación académica, afectar la concentración y limitar la

adquisición de competencias clínicas necesarias para el ejercicio de la profesión (Arrieta et al., 2020; Paredes & Sanabria, 2021).

Asimismo, estudios realizados en hospitales universitarios latinoamericanos han demostrado que un ambiente educativo positivo favorece el aprendizaje significativo, el desarrollo del razonamiento clínico y la confianza profesional. En contraste, contextos caracterizados por supervisión insuficiente, falta de acompañamiento docente y excesiva presión asistencial suelen asociarse con mayores niveles de agotamiento emocional y menor satisfacción académica.

En conjunto, la evidencia latinoamericana sugiere que el síndrome de burnout no sólo representa una amenaza para la salud mental de los médicos en formación, sino que también puede comprometer la calidad del proceso de enseñanza-aprendizaje y la adquisición de habilidades clínicas necesarias para el ejercicio profesional.

1.2.4 Antecedentes nacionales

En Panamá, la producción científica relacionada con el síndrome de burnout en médicos internos aún es limitada. No obstante, durante los últimos años se ha observado un creciente interés por evaluar la calidad de los ambientes educativos hospitalarios y las condiciones de formación de los médicos internos.

Uno de los antecedentes más relevantes corresponde al estudio multicéntrico realizado en hospitales públicos panameños mediante la aplicación del instrumento PHEEM, donde se identificaron diferencias significativas en la percepción del ambiente educativo entre distintos centros hospitalarios. Los resultados evidenciaron que factores como la supervisión docente, la organización académica y las oportunidades de aprendizaje práctico influyen directamente en la experiencia formativa de los médicos internos.

De manera complementaria, investigaciones nacionales han señalado la necesidad de fortalecer los procesos de enseñanza-aprendizaje durante el internado médico mediante estrategias, que favorezcan una mejor integración entre teoría y práctica clínica.

Asimismo, Barría (2026), en su investigación sobre la percepción de los médicos internos respecto al proceso de enseñanza-aprendizaje durante el internado médico en el Hospital Materno Infantil José Domingo de Obaldía, concluyó que la supervisión docente, los métodos de evaluación, las oportunidades de aprendizaje práctico y el ambiente académico-organizacional constituyen factores determinantes para la calidad de la experiencia formativa. Además, destacó que la carga laboral y la dinámica hospitalaria pueden influir en el aprendizaje y en el desarrollo de habilidades clínicas de los médicos internos.

A pesar de estos avances, la revisión de la literatura nacional evidencia una escasez de investigaciones dirigidas a evaluar específicamente la influencia del síndrome burnout sobre el aprendizaje de habilidades clínicas durante el internado médico. La mayoría de los estudios realizados en Panamá se han centrado en la percepción del ambiente educativo o en la calidad del proceso enseñanza-aprendizaje, sin analizar directamente la relación entre agotamiento emocional y adquisición de competencias clínicas.

1.2.5 Síntesis del estado del arte y brecha de conocimiento

La evidencia científica revisada demuestra que el síndrome de burnout constituye una problemática frecuente en los médicos en formación y que diversos factores relacionados con el ambiente educativo hospitalario pueden influir tanto en su aparición como en la calidad del aprendizaje clínico. Los estudios internacionales y latinoamericanos coinciden en señalar que el agotamiento emocional puede afectar

procesos cognitivos fundamentales para la formación médica, tales como la atención, la memoria, la motivación, el razonamiento clínico y la capacidad para adquirir competencias profesionales.

Sin embargo, a pesar de la existencia de abundantes investigaciones sobre la prevalencia del síndrome burnout y su relación con variables organizacionales y educativas, persiste una limitada producción científica acerca de cómo este síndrome influye específicamente en el aprendizaje de habilidades clínicas durante el internado médico. Esta brecha resulta aún más evidente en Panamá, donde no se identifican investigaciones orientadas a evaluar dicha relación en médicos internos de primer año.

En consecuencia, surge la necesidad de desarrollar investigaciones que permitan comprender cómo el síndrome de burnout puede influir en el aprendizaje y desarrollo de habilidades clínicas en los médicos internos. Por ello, la presente investigación busca aportar evidencia científica sobre la influencia del síndrome de burnout en el aprendizaje de habilidades clínicas de los médicos internos de primer año del Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid durante el año 2026, con el propósito de generar evidencia científica que contribuya al fortalecimiento de la educación médica y al bienestar de los futuros profesionales de la salud.

1.3 Planteamiento del problema

El síndrome de Burnout constituye una problemática prioritaria en el ámbito de la salud, derivada de las exigencias físicas, emocionales y psicológicas inherentes a la práctica profesional. Conceptualizado como una respuesta prolongada al estrés laboral crónico, este síndrome se manifiesta mediante tres dimensiones principales: agotamiento emocional, despersonalización y reducción de la realización personal. En el contexto médico, su presencia compromete tanto el bienestar del profesional

como la calidad de la atención brindada, generando consecuencias académicas, asistenciales y organizacionales de considerable magnitud.

1.3.1 Diagnóstico situacional del problema.

Los médicos internos de primer año representan una población particularmente vulnerable al desarrollo de Burnout, dado que atraviesan una etapa crítica de transición entre la formación teórica universitaria y la práctica clínica supervisada. Durante este período, deben asumir responsabilidades directas en la atención de pacientes, ejecutar procedimientos clínicos, participar en guardias hospitalarias prolongadas y satisfacer demandas académicas continuas. La confluencia de estas exigencias genera elevados niveles de estrés y fatiga, lo cual puede afectar adversamente su capacidad de aprendizaje y el desarrollo óptimo de las competencias requeridas para el ejercicio profesional.

La adquisición de habilidades clínicas constituye el eje central del internado médico. Entre estas competencias se encuentran la anamnesis, el examen físico, la interpretación de hallazgos, la comunicación efectiva con pacientes y familiares, la toma de decisiones clínicas y la ejecución de procedimientos médicos. El desarrollo adecuado de estas habilidades resulta indispensable para garantizar una atención segura, eficiente y de calidad. No obstante, cuando el médico interno experimenta síntomas asociados al Burnout tales como cansancio extremo, disminución de la motivación, dificultades de concentración y menor tolerancia ante situaciones complejas, el proceso de aprendizaje clínico se ve significativamente afectado, lo que puede repercutir en su desempeño académico y asistencial durante toda la formación.

Diversos estudios internacionales han demostrado que los profesionales de la salud con niveles elevados de Burnout presentan menor rendimiento laboral,

dificultades en la adquisición de nuevas competencias y deterioro en la calidad de la atención. En el contexto hospitalario docente, estas limitaciones afectan directamente la formación de los médicos internos, reduciendo su confianza profesional y la solidez de las habilidades desarrolladas durante el entrenamiento. Sin embargo, a pesar de la relevancia del tema, existe una escasez de evidencia local que permita comprender la magnitud de este fenómeno y su impacto específico sobre el aprendizaje clínico de los médicos internos en formación.

El Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid representa uno de los principales centros asistenciales y docentes de Panamá, donde los médicos internos realizan una parte sustancial de su formación práctica. La alta demanda asistencial, el contacto permanente con pacientes en condiciones críticas y la intensidad de las actividades académicas y laborales configuran un escenario propicio para la emergencia de factores asociados al Burnout. Por esta razón, resulta imperativo analizar de manera rigurosa cómo esta condición puede influir en el desarrollo de las habilidades clínicas durante una etapa tan determinante de la formación médica.

1.3.2 Delimitación o alcance del proyecto.

Ante esta situación, se hace necesario investigar la influencia del síndrome de Burnout, en el aprendizaje de habilidades clínicas de los médicos internos de primer año del Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid durante 2026. Los resultados de esta investigación permitirán generar evidencia científica pertinente para el diseño de estrategias orientadas a la promoción del bienestar de los internos, la prevención del Burnout y el fortalecimiento de la calidad del proceso formativo dentro de la institución.

1.4 Justificación de la investigación

La formación de médicos cualificados constituye uno de los principales desafíos de los sistemas de educación superior y de salud, debido a que la calidad de la atención médica depende, en gran medida, de la adecuada adquisición de conocimientos, habilidades clínicas y competencias profesionales durante el proceso formativo. En este contexto, el internado médico representa una etapa fundamental de aprendizaje, ya que permite al estudiante integrar los conocimientos teóricos adquiridos durante la carrera universitaria con la práctica clínica supervisada en escenarios hospitalarios reales. Sin embargo, las exigencias académicas, asistenciales y emocionales propias de esta etapa pueden favorecer la aparición del síndrome de burnout, afectando potencialmente el aprendizaje y el desarrollo de habilidades clínicas esenciales para el ejercicio de esta profesión.

Desde la perspectiva académica, la presente investigación es relevante debido a que permitirá generar evidencia científica sobre la influencia del síndrome de burnout en el aprendizaje de habilidades clínicas de los médicos internos de primer año del Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid. Aunque existen numerosos estudios sobre la prevalencia del burnout en estudiantes de medicina, internos y residentes, la literatura evidencia una limitada indagación científica orientada a comprender cómo este fenómeno afecta específicamente la adquisición de competencias clínicas durante el internado médico, particularmente en el contexto panameño. En consecuencia, el estudio contribuirá al fortalecimiento del conocimiento en el campo de la educación médica y la docencia superior, aportando información útil para futuras investigaciones relacionadas con el bienestar estudiantil y el aprendizaje clínico.

Desde el punto de vista científico, la investigación adquiere importancia al abordar una problemática de creciente interés internacional. Diversos estudios han demostrado que el síndrome de burnout puede afectar procesos cognitivos fundamentales para el aprendizaje, tales como: la atención, la concentración, la memoria, el razonamiento clínico y la toma de decisiones. No obstante, aún existe escasa evidencia que permita establecer de manera específica cómo estas alteraciones repercuten en el desarrollo de habilidades clínicas durante el internado médico. Por ello, los resultados de esta investigación contribuirán a ampliar el conocimiento existente sobre la relación entre salud mental, desempeño académico y formación profesional en ciencias de la salud.

Desde la perspectiva institucional, los hallazgos del estudio proporcionarán información valiosa para las autoridades académicas, docentes clínicos y directivos del Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid, al permitir identificar el grado de influencia que ejerce el burnout sobre el aprendizaje de los médicos internos. Esta información podrá servir como base para el diseño e implementación de estrategias orientadas a fortalecer el acompañamiento docente, optimizar los ambientes de aprendizaje, promover el bienestar emocional de los internos y desarrollar programas preventivos dirigidos a disminuir los factores asociados al agotamiento físico y emocional durante el proceso formativo.

En el ámbito social y sanitario, la investigación cobra especial relevancia debido a que la calidad de la formación médica influye directamente en la calidad de la atención brindada a la población. Un médico interno que desarrolla adecuadamente sus habilidades clínicas posee mayores capacidades para realizar una valoración integral del paciente, formular diagnósticos oportunos, tomar decisiones clínicas fundamentadas y ejecutar procedimientos con seguridad. Por el contrario, la

presencia de burnout puede afectar el rendimiento académico y clínico, generando consecuencias que trascienden el ámbito individual y repercuten en la calidad de los servicios de salud. En este sentido, comprender la relación entre burnout y aprendizaje clínico contribuirá indirectamente al fortalecimiento de la seguridad del paciente y de la atención médica.

Desde el enfoque de la docencia superior, esta investigación adquiere especial importancia, pues analiza un fenómeno que afecta directamente los procesos de enseñanza y aprendizaje en contextos clínicos. Los resultados permitirán reflexionar sobre la necesidad de incorporar estrategias pedagógicas que favorezcan ambientes educativos saludables, promueven el aprendizaje significativo y fortalezcan el desarrollo integral de los médicos en formación. Asimismo, contribuirán a la construcción de modelos de enseñanza clínica centrados no solo en la adquisición de conocimientos y competencias, sino también en el bienestar emocional de los estudiantes.

Finalmente, desde la perspectiva metodológica, el estudio permitirá disponer de información empírica obtenida mediante instrumentos validados para la medición del síndrome de burnout y del aprendizaje de habilidades clínicas, generando evidencia objetiva y contextualizada sobre una realidad poco explorada en Panamá. Los resultados podrán servir como referencia para futuras investigaciones en educación médica, salud ocupacional y docencia superior, así como para el desarrollo de políticas institucionales orientadas a mejorar la calidad de la formación médica en el país.

1.4.1 Importancia de la investigación

La importancia de esta investigación radica en abordar una problemática, que involucra simultáneamente la salud mental, la educación médica y la calidad de la atención sanitaria. El síndrome de burnout ha sido reconocido como uno de los principales riesgos psicosociales, es decir, afectan a los profesionales de la salud y a los médicos en formación; sin embargo, su influencia sobre el aprendizaje de habilidades clínicas continúa siendo un aspecto insuficientemente estudiado en el contexto panameño.

Al analizar esta relación en los médicos internos de primer año del Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid, el estudio permitirá identificar factores que pueden limitar o favorecer el proceso de aprendizaje clínico, proporcionando información relevante para la toma de decisiones académicas e institucionales. De igual forma, contribuirá a sensibilizar a docentes, autoridades hospitalarias y responsables de la formación médica sobre la necesidad de implementar estrategias que promuevan el bienestar emocional y optimicen las condiciones de aprendizaje durante el internado médico.

1.4.2 Aportes de la investigación

La presente investigación aportará evidencia científica sobre la influencia del síndrome de burnout en el aprendizaje de habilidades clínicas de los médicos internos de primer año, temática poco explorada en Panamá. Asimismo, permitirá generar un diagnóstico situacional sobre el nivel de burnout y su posible repercusión en el desarrollo de competencias clínicas dentro de uno de los principales hospitales docentes del país.

De igual manera, los resultados podrán orientar el diseño de programas de apoyo psicológico, intervenciones educativas y estrategias de acompañamiento

docente dirigidas a mejorar el bienestar y el desempeño académico de los médicos internos. Finalmente, el estudio contribuirá al fortalecimiento de la investigación en educación médica y docencia superior, constituyéndose en un antecedente de referencia para futuras investigaciones nacionales relacionadas con la formación clínica y la salud mental de los profesionales de la salud.

1.5 Objetivos.

1.5.1 Objetivos Generales.

Determinar la influencia del síndrome de Burnout en el desarrollo y la adquisición de habilidades clínicas de los médicos internos de primer año del Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid durante el año 2026.

1.5.2 Objetivos Específicos.

1. Identificar el nivel de síndrome de Burnout presente en los médicos internos de primer año del Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid durante el año 2026.
2. Evaluar el nivel de desarrollo y adquisición de habilidades clínicas de los médicos internos de primer año durante su período de formación práctica.
3. Analizar la relación existente entre los niveles de Burnout y el desempeño en las habilidades clínicas de los médicos internos.
4. Determinar cuál de las dimensiones del síndrome de Burnout (agotamiento emocional, despersonalización o reducción de la realización personal) presenta mayor influencia sobre el aprendizaje de habilidades clínicas.
5. Formular recomendaciones orientadas a la prevención y reducción del síndrome de Burnout para favorecer el desarrollo de competencias clínicas en los médicos internos.

1.6 Definición de términos.

1.6.1 Síndrome de Burnout

Fenómeno ocupacional resultante del estrés crónico relacionado con el trabajo que no ha sido gestionado adecuadamente. Se caracteriza por sentimientos de agotamiento físico y emocional, actitudes negativas o de distanciamiento hacia las actividades laborales y una disminución de la eficacia profesional (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2019).

1.6.2 Agotamiento emocional

Dimensión del síndrome de burnout que se refiere a la sensación de cansancio extremo, pérdida de energía y desgaste emocional provocado por las demandas laborales o académicas continuas. Constituye uno de los componentes principales descritos por Maslach y Jackson (1981).

1.6.3 Despersonalización

Componente del síndrome de burnout caracterizado por el desarrollo de actitudes negativas, indiferentes o distantes hacia las personas con las que se interactúa en el ámbito laboral o asistencial. En el contexto médico puede manifestarse como una atención impersonal hacia los pacientes (Maslach & Jackson, 1981).

1.6.4 Realización personal

Dimensión del burnout relacionada con la percepción de competencia, logro y satisfacción profesional. Niveles bajos de realización personal se asocian con sentimientos de ineficacia y disminución del rendimiento laboral o académico (Maslach & Jackson, 1981).

1.6.5 Médico interno

Estudiante de medicina que ha culminado satisfactoriamente la fase teórica de la carrera universitaria y se encuentra realizando el internado médico, participando en la atención del paciente y en actividades académicas bajo supervisión profesional en un entorno hospitalario.

1.6.6 Internado médico

Etapa formativa obligatoria de la educación médica en la cual el estudiante integra conocimientos teóricos, habilidades clínicas y competencias profesionales mediante la atención directa de pacientes en diferentes especialidades bajo supervisión docente.

1.6.7 Aprendizaje

Proceso mediante el cual una persona adquiere, modifica o refuerza conocimientos, habilidades, actitudes y competencias a través de la experiencia, la práctica, la observación y la interacción con su entorno (Ausubel, 2002).

1.6.8 Aprendizaje significativo

Proceso de construcción del conocimiento en el cual la nueva información se relaciona de manera sustancial con los conocimientos previos del estudiante, favoreciendo una comprensión profunda y duradera (Ausubel, 2002).

1.6.9 Habilidades clínicas

Conjunto de capacidades cognitivas, procedimentales y actitudinales que permiten al médico realizar adecuadamente la anamnesis, el examen físico, el razonamiento clínico, la formulación diagnóstica, la toma de decisiones terapéuticas y la comunicación efectiva con los pacientes.

1.6.10 Anamnesis

Proceso sistemático de entrevista para recopilar información relacionada con la historia clínica del paciente, con el propósito de orientar el diagnóstico y el manejo clínico.

1.6.11 Examen físico

Procedimiento mediante el cual, el profesional de la salud realiza la revisión física del paciente mediante técnicas de inspección, palpación, percusión y auscultación para identificar hallazgos clínicos relevantes.

1.6.12 Razonamiento clínico

Proceso cognitivo y analítico, que utiliza el profesional de la salud para procesar e integrar información proveniente de la historia clínica, examen físico y estudios complementarios para formular diagnósticos y tomar decisiones clínicas fundamentadas.

1.6.13 Toma de decisiones clínicas

Proceso mediante el cual el profesional de la salud selecciona la mejor alternativa tanto diagnóstica como terapéutica basándose en la evidencia científica, la experiencia clínica y las características del paciente.

1.6.14 Competencia clínica

Conjunto integral de conocimientos, habilidades, actitudes y valores necesarios para desempeñar de manera eficaz y segura las funciones propias de la práctica médica.

1.6.15 Supervisión clínica

Proceso de acompañamiento y orientación proporcionado por médicos especialistas durante la formación del médico interno, con el propósito de garantizar el aprendizaje y la seguridad del paciente.

1.6.16 Educación médica

Disciplina orientada al estudio y desarrollo de los procesos de enseñanza y aprendizaje relacionados con la formación de profesionales de la medicina en sus diferentes niveles educativos.

1.6.17 Estrés académico

Respuesta fisiológica, emocional y conductual generada por las demandas educativas que son percibidas que superan sus recursos y capacidades para afrontarlas.

1.6.18 Bienestar psicológico

Se define como la capacidad del individuo para gestionar sus emociones y afrontar adecuadamente las exigencias de la vida académica y profesional.

1.6.19 Postgraduate Hospital Educational Environment Measure (PHEEM)

Instrumento desarrollado para evaluar la percepción que tienen los médicos en formación sobre el ambiente educativo hospitalario. Está diseñado específicamente para contextos clínicos de posgrado e internado médico y permite valorar aspectos relacionados con la autonomía profesional, la calidad de la enseñanza y el apoyo social recibido durante la formación. El PHEEM consta de 40 ítems distribuidos en tres dimensiones: percepción de la autonomía, percepción de la enseñanza y percepción del apoyo social. Es uno de los instrumentos más utilizados internacionalmente para evaluar la calidad del entorno educativo en hospitales docentes.

1.6.20 Maslach Burnout Inventory (MBI)

Este instrumento es considerado el estándar internacional para la evaluación del síndrome de burnout, mide el grado de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal en profesionales expuestos a situaciones de estrés laboral. Es ampliamente utilizado en investigaciones relacionadas con profesionales de la salud, educación y servicios humanos.

1.7 Limitaciones o restricciones de la investigación

La presente investigación puede enfrentar diversas limitaciones relacionadas con el contexto, la población de estudio y la naturaleza de las variables analizadas.

Una de las principales limitaciones corresponde al ámbito geográfico de la investigación, ya que el estudio se desarrollará exclusivamente con médicos internos de primer año del Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid. Por tal motivo, los resultados obtenidos reflejarán la realidad específica de esta institución y no podrán generalizarse de manera absoluta a todos los hospitales docentes del país, debido a las diferencias existentes en la organización académica, carga laboral, recursos institucionales y ambientes de aprendizaje.

Otra limitación está relacionada con el diseño metodológico de la investigación. Al tratarse de un estudio de tipo descriptivo-correlacional y de corte transversal, la información será recolectada en un único momento durante el período de estudio, lo que permitirá identificar asociaciones entre las variables, pero no establecer relaciones de causalidad entre el síndrome de burnout y el aprendizaje de habilidades clínicas.

Además, la medición del síndrome de burnout y de las habilidades clínicas dependerá, en gran medida, de la información proporcionada por los participantes mediante instrumentos de recolección de datos. En consecuencia, existe la probabilidad de que algunos participantes respondan de acuerdo con percepciones subjetivas, expectativas personales, experiencias propias o criterios individuales, lo que podría generar sesgos de respuesta, especialmente en aspectos relacionados con el estado emocional, el desempeño académico o la percepción de sus propias competencias clínicas.

De igual manera, factores externos no controlados por la investigación, tales como la carga laboral diaria, el número de guardias realizadas, las rotaciones clínicas, el apoyo recibido por parte de los docentes, situaciones personales o familiares, al igual que las condiciones institucionales específicas, como son insumos deficientes o personal insuficiente, podrían influir tanto en los niveles de burnout como en el aprendizaje de habilidades clínicas, afectando indirectamente los resultados obtenidos.

Otra posible limitación corresponde a la disponibilidad y participación voluntaria de los médicos internos. Debido a las exigencias académicas y asistenciales propias del internado médico, algunos participantes podrían presentar limitaciones de tiempo para completar los instrumentos de investigación o decidir no participar en el estudio, lo que podría afectar el tamaño de la muestra inicialmente proyectada.

Finalmente, aunque se utilizarán instrumentos validados y ampliamente reconocidos en la literatura científica para la evaluación del síndrome de burnout y de las variables relacionadas con el aprendizaje clínico, es importante considerar que dichos instrumentos evalúan percepciones y experiencias reportadas por los participantes, las cuales pueden variar según las características individuales y el contexto específico en que se desarrolla la formación médica.

No obstante, estas limitaciones no comprometen la validez de la investigación, ya que se implementarán estrategias metodológicas orientadas a garantizar la confiabilidad de la información recolectada, la adecuada selección de los participantes y el cumplimiento de los principios éticos, que rigen la investigación científica.

1.8 Hipótesis.

El síndrome de Burnout constituye una condición capaz de afectar de manera significativa el desempeño académico y profesional de los médicos en formación.

Dado que este síndrome se asocia con agotamiento emocional, pérdida de motivación y disminución de la capacidad de concentración, resulta plausible que interfiera en el proceso de aprendizaje y en la adquisición de habilidades clínicas durante el internado médico. A partir de esta relación teórica, se plantean las siguientes hipótesis:

1.8.1 Hipótesis de investigación (H_i)

Existe una influencia significativa del síndrome de Burnout sobre el desarrollo y la adquisición de habilidades clínicas de los médicos internos de primer año del Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid durante 2026, de manera que, a mayores niveles de Burnout, menor será el nivel de desarrollo de dichas habilidades.

1.8.2 Hipótesis nula (H_0)

No existe una influencia significativa del síndrome de Burnout sobre el desarrollo y la adquisición de habilidades clínicas de los médicos internos de primer año del Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid durante 2026.

1.8.3 Hipótesis alternativa (H_1)

Los médicos internos de primer año que presentan niveles altos de síndrome de Burnout muestran un menor desarrollo y adquisición de habilidades clínicas en comparación con aquellos que, presentan niveles bajos o moderados de Burnout.

CAPÍTULO 2.0 MARCO TEÓRICO

2.1 El internado médico y su relación con el síndrome de burnout

El internado médico constituye la etapa final de la formación de pregrado y representa el momento en que el estudiante integra y aplica los conocimientos teóricos, habilidades clínicas y competencias adquiridas durante la carrera.

En esta fase, el futuro médico participa activamente en la atención de los pacientes bajo supervisión, enfrentándose por primera vez a las exigencias reales del ejercicio profesional. Sin embargo, la función del médico interno varía según las características y necesidades de cada institución hospitalaria.

En hospitales con déficit de personal, los internos suelen asumir una elevada carga asistencial y múltiples responsabilidades clínicas, mientras que en centros con mayor disponibilidad de recursos humanos su participación puede limitarse a funciones de apoyo. Esta variabilidad influye directamente en la experiencia formativa y en el nivel de estrés al que se encuentra expuesto el estudiante.

Los programas de internado no solo buscan fortalecer las competencias científicas y técnicas, sino también promover el desarrollo de valores éticos, compromiso social, trabajo en equipo y una adecuada relación médico-paciente. Estos componentes favorecen la denominada socialización profesional, proceso mediante el cual el estudiante construye su identidad como futuro profesional de la salud.

El internado constituye una etapa determinante en la formación médica, ya que permite consolidar los conocimientos adquiridos y desarrollar habilidades indispensables para el ejercicio profesional. No obstante, cuando las responsabilidades asistenciales exceden los objetivos académicos y las capacidades

del estudiante, el proceso formativo puede transformarse en una fuente importante de estrés físico y emocional.

La salud mental, el agotamiento emocional y la calidad del sueño constituyen factores que inciden de manera directa en el desempeño académico de los estudiantes de Medicina.

La prevalencia del síndrome de burnout en esta población es notablemente elevada y presenta variaciones, con cifras que alcanzan hasta un 75,2% en algunos estudios. Se trata de un fenómeno de particular relevancia, pues sus efectos trascienden el bienestar individual del estudiante: comprometen también la calidad de la atención que estos brindarán en su futuro ejercicio profesional como agentes de salud.

En cuanto a su etiología, se han propuesto modelos explicativos que identifican dos mecanismos fisiopatológicos principales en el origen de estos trastornos: por un lado, el agotamiento progresivo de las reservas energéticas del organismo; por otro, la activación sostenida del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal.

2.1.1 Inteligencia emocional y adaptación durante el internado

El desempeño clínico del médico interno no depende únicamente de sus conocimientos científicos, sino también de su capacidad para reconocer, comprender y regular sus propias emociones.

En este contexto, la inteligencia emocional se define como la habilidad para percibir, expresar y manejar adecuadamente las emociones, favoreciendo tanto el razonamiento como la adaptación psicológica y física frente a situaciones de alta demanda.

El adecuado desarrollo de esta competencia permite afrontar de manera más efectiva los desafíos propios del internado, mejorar la toma de decisiones clínicas y fortalecer las relaciones interpersonales con pacientes y equipos de salud.

La inteligencia emocional constituye un factor protector frente al estrés ocupacional, ya que facilita el desarrollo de estrategias de afrontamiento saludables. Los médicos internos con mayores habilidades emocionales suelen presentar una mejor adaptación al entorno hospitalario y una menor probabilidad de desarrollar agotamiento emocional.

2.2 Evolución histórica

El síndrome de burnout fue descrito por primera vez en 1974, por Herbert Freudenberger para explicar el agotamiento físico y emocional observado en profesionales sometidos a elevados niveles de estrés laboral. No obstante, el fenómeno había sido descrito previamente, de forma metafórica, por H. B. Bradley en 1960, al referirse al desgaste psicosocial de agentes de libertad condicional, utilizando la expresión «staff burnout».

En 1978, Pines y Kafry presentaron su trabajo sobre cómo afrontar el burnout en la convención anual de la American Psychology Association, y ese mismo año Pines y Maslach publicaron su estudio sobre las características del agotamiento del personal en entornos de salud mental.

En esa misma década, Edelwich y Brodsky propusieron que el desarrollo del síndrome atraviesa cuatro etapas en las profesiones de ayuda:

- **Entusiasmo:** el profesional inicia su actividad laboral con elevadas expectativas, motivación y compromiso.

- Estancamiento: surge cuando las expectativas iniciales no se cumplen y aparece la percepción de desequilibrio entre el esfuerzo realizado y las recompensas obtenidas.
- Frustración: predominan sentimientos de desilusión, agotamiento y pérdida de satisfacción laboral.
- Apatía: el trabajador desarrolla conductas de distanciamiento emocional, desimplicación y evitación como mecanismo de defensa frente al desgaste acumulado.

En 1981, el modelo tridimensional y el instrumento de medición Maslach y Jackson definieron el burnout como una manifestación tridimensional, y de ahí surgió el Maslach Burnout Inventory (MBI), que extraoficialmente se convirtió en la escala más aceptada por su amplia utilización en diversos tipos de muestras.

Posteriormente se implementa el modelo de Cherniss Cherniss describe el burnout mediante cuatro fases:

- Fase de estrés: existe un desequilibrio entre las demandas laborales y los recursos disponibles para afrontarlas.
- Fase de agotamiento: aparecen ansiedad, preocupación, tensión, fatiga física y emocional.
- Fase de afrontamiento defensivo: el profesional modifica su comportamiento, mostrando actitudes impersonales, frías y cínicas hacia los pacientes y compañeros de trabajo. Este modelo destaca que las respuestas defensivas representan un intento del individuo por protegerse del desgaste emocional, aunque terminan deteriorando la calidad de las relaciones interpersonales.

El modelo de Farber durante 1991, plantea seis estadios evolutivos:

- Entusiasmo y dedicación.

- Aparición de frustración e ira frente a los estresores laborales.
- Desequilibrio entre el esfuerzo realizado y las recompensas obtenidas.
- Pérdida del compromiso con el trabajo.
- Incremento de la vulnerabilidad física, emocional y cognitiva.
- Agotamiento profundo y descuido de las responsabilidades profesionales.

La expansión conceptual y debate sobre los límites del constructo, se centró en diferenciar el burnout de conceptos vecinos. Pines y Kafry y Maslach y Jackson coincidieron en que el burnout es generado por presiones emocionales repetidas, mientras que el tedio puede surgir de cualquier tipo de presión o falta de motivación, aunque ambos términos se consideraban equivalentes cuando derivan de insatisfacción laboral.

En el 2000, hubo consolidación como problema de salud pública y aplicación al ámbito médico Maslach y Leiter ampliaron el foco hacia las condiciones organizacionales: relacionaron el burnout especialmente con características del trabajo, incluyendo alto volumen de trabajo, conflicto y ambigüedad de rol, baja previsibilidad, falta de participación y apoyo social, y experiencia de injusticia. En el campo sanitario específicamente, se popularizó la idea de que el síndrome representa la paradoja de la atención en salud: el profesional se enferma en la misma medida en que sana a los pacientes.

El síndrome de burnout ha evolucionado desde una condición asociada al agotamiento laboral hasta convertirse en un importante problema de salud ocupacional. Actualmente, no está reconocido como un trastorno mental en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5); sin embargo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo incorpora en la Clasificación Internacional

de Enfermedades (CIE-11) como un fenómeno ocupacional relacionado con el estrés laboral crónico que no ha sido gestionado adecuadamente.

Los estudios recientes muestran que el reconocimiento oficial no se traduce automáticamente en práctica clínica. Una encuesta a psiquiatras españoles en 2023 encontró que el 48.2% aseguró no haber usado nunca el término burnout ni los códigos CIE Z73.0/QD85, mientras que sólo un 9.1% los usaba con frecuencia en la práctica clínica, y el 58.5% consideraba el burnout solo una condición relacionada con el trabajo, frente a un 38.4% que lo veía como un síndrome o trastorno evidencia de que el debate conceptual iniciado, en 1978 sigue sin resolverse del todo. En paralelo, la investigación se ha expandido masivamente a poblaciones específicas como docentes universitarios latinoamericanos y, por supuesto, personal de salud.

Por su parte, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) reconoce que el burnout surge como consecuencia de condiciones laborales desfavorables, entre ellas la sobrecarga de trabajo, la remuneración insuficiente, la explotación laboral y las deficientes condiciones organizacionales. Sin embargo, no lo considera una enfermedad profesional independiente del estrés laboral.

Trayectoria de clasificación en la CIE En versiones anteriores de la clasificación (CIE-10), el burnout se incluía bajo el código Z73.0, dentro de los «problemas relacionados con la dificultad en el control de la vida», en la categoría genérica de personas que entran en contacto con los servicios sanitarios en otras circunstancias.

En algunos países podía además diagnosticarse como neurastenia (F48.0) cuando los síntomas estaban estrechamente vinculados al trabajo.

Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST), Portal de Prevención. Esta ubicación en la CIE-10 dificulta el abordaje del síndrome desde la salud laboral, tanto en el plano preventivo como en el de la vigilancia de la salud ocupacional, ya

que lo encuadran como un problema de ajuste personal y no como una consecuencia directa de las condiciones de trabajo.

La Asamblea Mundial de la Salud de la OMS celebró en Ginebra entre el 22 y el 28 de mayo de 2019, la undécima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11), que entró en vigor el 1 de enero de 2022. Esta revisión introduce un cambio conceptual relevante: el desgaste profesional pasa a reconocerse explícitamente como un problema relacionado con el trabajo. Con la nueva clasificación, el síndrome de desgaste profesional se identifica “Factores que influyen en el estado de salud o el contacto con los servicios de salud”, dentro de la subcategoría de “problemas asociados con el empleo y el desempleo”, y es codificado como QD85: Síndrome de desgaste ocupacional. *INSST — Síndrome de desgaste profesional (Burnout), 2022.*

La definición oficial de la OMS, conceptualiza el síndrome de la siguiente manera: Un síndrome conceptualizado como resultado del estrés crónico en el lugar de trabajo que no ha sido manejado con éxito. Es caracterizado por tres dimensiones: 1) sentimientos de agotamiento de energía o cansancio; 2) mayor distancia mental del trabajo o sentimientos de negativismo o cinismo relacionados al trabajo; y 3) eficiencia profesional reducida. *Organización Mundial de la Salud, CIE-11 (citado en Psyciencia, 2019).*

Es importante destacar una precisión diagnóstica clave incluida por la OMS: el burnout se refiere específicamente a fenómenos en el contexto laboral y no debe aplicarse para describir experiencias en otras áreas de la vida de la persona.

Asimismo, se recomienda a los profesionales de la salud descartar trastornos de ansiedad o del estado de ánimo antes de establecer el diagnóstico, dado que el

síndrome no se clasifica como una enfermedad médica per se, sino como un fenómeno ocupacional.

La nueva inclusión del burnout, en el sistema de clasificación CIE-11 es importante porque aporta visibilidad a un síndrome especialmente dañino con las profesiones sanitarias; implica una nueva justificación y pertinencia para el desarrollo de la investigación que permita un mejor diagnóstico temprano y tratamiento.

Proyecto HUCI — Burnout según la OMS. Clasificando el sufrimiento, 2019.

La CIE-11 también amplía la comprensión de la seguridad en la atención sanitaria, lo que permite identificar y reducir eventos adversos vinculados a flujos de trabajo poco seguros en los hospitales, un aspecto directamente relacionado con el desempeño clínico de médicos internos y residentes en formación. Cabe señalar que, paralelamente, otros sistemas de clasificación como el DSM-5 de la Asociación Americana de Psiquiatría no reconocen el burnout como una entidad diagnóstica específica, sino que lo incluyen entre otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica relacionados con el empleo, lo que evidencia que la CIE-11 representa actualmente el marco de clasificación más detallado y específico para este síndrome.

El reconocimiento progresivo del burnout por organismos internacionales refleja la creciente preocupación por sus repercusiones sobre la salud de los trabajadores y la calidad de los servicios, aunque la ausencia de un trastorno específico en algunos sistemas diagnósticos ha contribuido a retrasar su identificación y tratamiento oportuno.

2.3 Factores de riesgo del síndrome de burnout

El desarrollo del síndrome de burnout es consecuencia de la interacción entre factores individuales, familiares, sociales y organizacionales. La evidencia científica

señala que determinadas características personales y condiciones laborales incrementan significativamente la probabilidad de presentar desgaste profesional.

2.3.1 Factores individuales

Entre los factores personales asociados al burnout se encuentran el entusiasmo excesivo al iniciar la actividad laboral, el perfeccionismo, la hiperresponsabilidad y la escasa experiencia profesional. Asimismo, los trabajadores jóvenes presentan mayor vulnerabilidad debido a que, en muchas ocasiones, aún no han desarrollado estrategias eficaces para afrontar las exigencias emocionales propias del entorno laboral.

Otros estudios indican que, un mayor nivel educativo puede asociarse con niveles elevados de agotamiento emocional, probablemente porque implica mayores responsabilidades y expectativas profesionales. En contraste, la estabilidad laboral y la permanencia en un mismo puesto favorecen la satisfacción profesional y actúan como factores protectores. En cuanto al sexo, algunas investigaciones reportan que las mujeres presentan una mayor susceptibilidad al desgaste profesional, atribuida tanto a las demandas laborales como a la carga adicional derivada de responsabilidades familiares y sociales.

2.3.2 Factores familiares y sociales

El apoyo social constituye uno de los principales factores protectores frente al burnout. Las relaciones familiares estables y el respaldo de amigos favorecen el bienestar emocional y aumentan la capacidad para afrontar el estrés cotidiano.

Diversos estudios sugieren que los profesionales con hijos desarrollan mayores recursos para manejar situaciones estresantes, ya que el compromiso familiar fortalece las estrategias de afrontamiento y proporciona apoyo emocional.

De igual manera, un ambiente social positivo dentro y fuera del lugar de trabajo reduce el impacto de los estresores ocupacionales.

2.3.3 Factores organizacionales

Las condiciones de trabajo representan uno de los determinantes más importantes del síndrome de burnout.

Entre los principales factores organizacionales destacan:

- Sobrecarga laboral.
- Baja remuneración económica.
- Escaso reconocimiento institucional.
- Falta de apoyo por parte de supervisores y compañeros.
- Uso inadecuado de los recursos disponibles.
- Ambigüedad o conflicto de roles.
- Clima organizacional desfavorable.

2.4 Manifestaciones clínicas del síndrome de burnout

El burnout presenta una evolución progresiva y afecta múltiples dimensiones del funcionamiento del individuo. Las manifestaciones clínicas suelen clasificarse en cuatro grupos:

- **Síntomas psicosomáticos:** cefaleas, trastornos gastrointestinales, insomnio, fatiga crónica y otras alteraciones físicas relacionadas con el estrés.
- **Síntomas conductuales:** apatía, anhedonia, hostilidad, deterioro de las relaciones interpersonales y ausentismo laboral.

- **Síntomas emocionales:** ansiedad, depresión, distanciamiento afectivo, sensación de impotencia, insatisfacción y disminución del rendimiento profesional.
- **Síntomas defensivos:** negación del problema, autoevaluación negativa, autocompasión y mecanismos de desplazamiento.

El inicio suele ser gradual, dificultando que el profesional identifique oportunamente el deterioro de su salud física y emocional. Esta naturaleza progresiva favorece que sus síntomas sean interpretados como una consecuencia normal del trabajo, retrasando el diagnóstico y permitiendo que el síndrome avance hacia formas de mayor gravedad.

2.5 Diferenciación conceptual del síndrome de burnout y modelos teóricos

El concepto de burnout ha evolucionado considerablemente desde sus primeras definiciones. Inicialmente se relacionaba exclusivamente con el estrés laboral; sin embargo, investigaciones posteriores demostraron que su desarrollo, también está influido por el significado que el trabajo tiene para la persona, su capacidad de afrontamiento y el nivel de compromiso emocional que establece con sus funciones. Según Mingote (1998), una implicación excesiva en el trabajo puede llevar al profesional a descuidar tanto sus necesidades personales como las de quienes dependen de sus servicios, favoreciendo el desarrollo del desgaste profesional.

La comprensión actual del burnout permite reconocer que no se trata únicamente de una respuesta al exceso de trabajo, sino también de la forma en que el individuo interpreta y afronta las exigencias de su entorno laboral. Por ello, la prevención requiere tanto estrategias personales de afrontamiento como intervenciones institucionales.

2.5.1 Modelo tridimensional de Maslach y Jackson

Uno de los modelos más aceptados para explicar el síndrome de burnout es el propuesto por Christina Maslach y Susan Jackson (1981, 1982), quienes lo definen como una manifestación conductual del estrés laboral crónico, conformada por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional.

Maslach y Jackson (1981), señalan que el burnout es una respuesta al estrés laboral crónico, conformado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, siendo un síndrome caracterizado por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado. *Validez factorial del MBI-HSS en profesionales chilenos, SciELO Colombia.*

En el ámbito individual, el burnout provoca agotamiento físico y emocional, desmotivación, disminución del rendimiento y sentimientos de ineffectividad. En el ámbito grupal, afecta las relaciones interpersonales, dificulta el trabajo en equipo, favorece la aparición de conflictos y deteriora la comunicación, repercutiendo negativamente en el clima laboral y en la calidad de la atención brindada.

Posteriormente, Maslach amplió la definición, describiendo el burnout como una respuesta prolongada a estresores emocionales e interpersonales crónicos en el trabajo, definida operacionalmente a través de tres dimensiones centrales: Un síndrome psicológico de agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal que puede ocurrir en los individuos normales que trabajan de alguna manera con las personas. *Maslach (1993), citado en Acta de Investigación Psicológica.*

- **Agotamiento emocional**

El agotamiento emocional constituye el componente central y nuclear del burnout, y suele ser el primero en manifestarse en el proceso de desarrollo del síndrome. Se refiere al cansancio físico y psicológico que experimenta el profesional como consecuencia de la exposición continua a elevadas demandas laborales.

Es el elemento clave del síndrome, y se refiere a que los individuos presentan sentimientos de estar emocionalmente agotados y sobrepasados en cuanto a sus recursos emocionales. *Laudatio: Dra. Christina Maslach, Comprendiendo el Burnout, SciELO Chile.*

El individuo percibe que sus recursos emocionales han sido consumidos y que ya no posee la energía necesaria para responder de manera eficaz a las exigencias del trabajo. Desde una perspectiva operacional, esta dimensión se entiende como la disminución progresiva de los recursos disponibles para hacer frente a las demandas del entorno laboral: La dimensión agotamiento emocional del burnout se entiende por la disminución y pérdida de la energía o los recursos emocionales.

Una experiencia de estar emocionalmente agotado producida por las continuas interacciones con las personas que hay que atender usuarios y mantener las relaciones entre los trabajadores. En profesiones de servicio, como las del ámbito de la salud, el contacto permanente con pacientes, familiares y compañeros de trabajo implica una elevada demanda emocional que, cuando se mantiene durante largos períodos sin recursos adecuados de afrontamiento, favorece la aparición del desgaste profesional. Esta situación reduce la capacidad del individuo para responder con empatía, disminuye la satisfacción laboral y genera sentimientos de frustración, desmotivación e ineficacia. Asimismo, la necesidad de mantener relaciones interpersonales continuas y afrontar situaciones de alta presión contribuye al desgaste

progresivo *Universalidad del constructo del MBI en contexto latinoamericano, SciELO México.*

Como resultado, aparecen desmotivación, fatiga persistente, pérdida de interés por las actividades laborales y dificultades para afrontar las tareas cotidianas. En el contexto específico de la práctica médica, el agotamiento emocional adquiere matices particulares por la naturaleza de la labor clínica, que combina exigencia técnica, carga emocional y contacto sostenido con el sufrimiento humano: No poder dar más de sí mismo en el ámbito emocional y afectivo. *Validez factorial del MBI-HSS en profesionales chilenos, SciELO Colombia.*

Esta dimensión se manifiesta clínicamente a través de síntomas como cansancio físico y psicológico persistente, irritabilidad, sensación de sobrecarga y, en casos avanzados, síntomas psicosomáticos como: cefalea, alteraciones del sueño y trastornos gastrointestinales, hallazgos reportados consistentemente en estudios con médicos residentes.

- **Despersonalización**

La despersonalización consiste en el desarrollo de actitudes frías, distantes y deshumanizadas hacia los pacientes, compañeros de trabajo e incluso hacia la propia institución. Como mecanismo de defensa frente al desgaste emocional continuo, el profesional reduce su implicación afectiva y adopta comportamientos impersonales, cínicos o indiferentes.

También, denominada cinismo en la versión general del inventario (MBI-GS), constituye el componente actitudinal-interpersonal del síndrome.

La despersonalización implica actitudes negativas, cínicas e impersonales, generando sentimientos demasiado distantes hacia otras personas. Esta respuesta favorece la deshumanización de las relaciones interpersonales, deteriora la

comunicación y reduce la calidad de la atención brindada, además de afectar el clima laboral y la satisfacción tanto del profesional como de las personas a quienes presta sus servicios. *Laudatio: Dra. Christina Maslach, Comprendiendo el Burnout, SciELO Chile.*

Esta dimensión representa una respuesta defensiva del profesional ante el desgaste emocional acumulado, mediante la cual se distancia afectivamente de las personas a quienes atiende, como mecanismo generalmente inconsciente de autoprotección: La despersonalización se refería a la respuesta negativa, cínica o excesivamente indiferente hacia otras personas en el trabajo y representaba el componente interpersonal del burnout. *Propiedades psicométricas del MBI-GS en muestra venezolana, PEPSIC.*

Implica la reducción del compromiso emocional en la relación asistencial y favorece una atención más impersonal, lo que puede deteriorar la comunicación, disminuir la confianza de los usuarios y afectar la calidad de los servicios prestados. En consecuencia, la calidad de los servicios prestados se ve seriamente afectada, ya que la atención deja de centrarse en la persona para convertirse en un proceso mecánico y rutinario, con repercusiones negativas tanto para la satisfacción del usuario como para los resultados de la atención.

En el ámbito clínico-hospitalario, donde se desarrolló originalmente el modelo de Maslach y Jackson (a través del inventario MBI-HSS), esta dimensión se define específicamente como: el desarrollo de sentimientos y actitudes de cinismo y, en general, de carácter negativo hacia las personas destinatarias del trabajo. *Validez factorial del MBI-HSS en profesionales chilenos, SciELO Colombia.*

Esta respuesta favorece la pérdida del idealismo y del sentido humanitario que caracterizan el ejercicio de las profesiones sanitarias, deteriorando la calidad de las relaciones interpersonales y de la atención brindada.

En médicos internos y residentes, la despersonalización puede manifestarse como trato distante o mecanizado hacia los pacientes, pérdida de empatía clínica, cinismo respecto a los protocolos de atención y, en su forma más avanzada, menor adherencia a las prácticas de seguridad clínica, las cuales pueden llegar a percibirse como burocracia añadida en lugar de salvaguardas necesarias para la seguridad del paciente.

- **Baja realización personal**

La baja realización personal constituye una de las dimensiones fundamentales del síndrome de burnout y hace referencia a la valoración negativa que el profesional realiza de sus propias competencias, logros y desempeño laboral. Constituye la dimensión cognitivo-evaluativa del síndrome, vinculada directamente a la percepción de competencia y eficacia profesional. La tendencia a evaluarse negativamente, de manera especial con relación a la habilidad para realizar el trabajo y para relacionarse profesionalmente, con las personas a las que atienden. *Validez factorial del MBI-HSS en profesionales chilenos, SciELO Colombia.*

Se caracteriza por sentimientos de incompetencia, fracaso, ineficacia e insatisfacción profesional, los cuales disminuyen progresivamente la motivación, el compromiso con el trabajo y la confianza en las propias capacidades. A diferencia de las otras dos dimensiones en las que una mayor puntuación indica mayor presencia del síndrome, en la subescala de realización personal ocurre lo inverso: a menor

puntaje, mayor es la incidencia del síndrome de burnout, ya que la escala mide sentimientos de autoeficacia y logro profesional.

Evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo, cuanto mayor es el puntaje en esta subescala, mayor es la realización personal en el trabajo y menor la incidencia del burnout. *Prevalencia del síndrome de burnout en residentes de Pediatría, Investigación en Educación Médica / Elsevier.*

En etapas avanzadas, esta percepción puede llevar al cuestionamiento de la vocación profesional, a una pérdida importante de la autoestima y a una sensación persistente de incapacidad para responder adecuadamente a las demandas laborales.

Como consecuencia, se genera un círculo vicioso en el que la inseguridad profesional incrementa el agotamiento emocional, favorece la aparición de errores y deteriora progresivamente el desempeño clínico mecanismo que se desarrolla con mayor profundidad en el apartado.

2.5.2 Diversos modelos teóricos integradores

Modelo de Gil-Monte y colaboradores (1995), proponen una relación causal distinta entre las dimensiones, sugiriendo que el proceso se inicia con la pérdida de la realización personal y el incremento del cansancio emocional, en lugar del orden secuencial clásico (agotamiento emocional, despersonalización, baja realización personal) propuesto originalmente por Maslach y Jackson.

Esta discusión teórica es relevante para comprender por qué, en algunos profesionales sanitarios, el deterioro de la autoeficacia percibida puede preceder y no solo seguir al agotamiento emocional manifiesto.

La baja realización personal suele interpretarse como una falta de capacidad individual; sin embargo, con frecuencia es el resultado de condiciones laborales

desfavorables, escaso reconocimiento institucional y una sobrecarga de responsabilidades. Por ello, fortalecer la autoestima profesional requiere no solo desarrollar competencias individuales, sino también promover ambientes de trabajo que favorezcan el aprendizaje, el acompañamiento y el reconocimiento del desempeño.

El instrumento MBI-HSS incluye estructura, ítems y fiabilidad cuyas dimensiones desarrollaron el Maslach Burnout Inventory (MBI), considerado el instrumento más utilizado para evaluar el síndrome de burnout en diferentes contextos profesionales. El Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey (MBI-HSS) constituye el instrumento de referencia internacional para la evaluación del síndrome en profesionales de servicios humanos, incluyendo al personal médico.

El MBI-HSS, con 22 ítems, evalúa la variable burnout mediante 3 dimensiones clásicas: Agotamiento emocional (9 ítems), Despersonalización (5 ítems) y Realización personal (8 ítems). Los ítems son de tipo Likert con 7 categorías de respuesta, que van de 0 (nunca) a 6 (todos los días). Universalidad del constructo del MBI en contexto latinoamericano, SciELO México.

Posteriormente, se desarrolló el Maslach Burnout Inventory-General Survey (MBI-GS), diseñado para profesionales de diferentes áreas laborales. Esta versión mantiene la estructura tridimensional original, aunque adapta algunos componentes: el agotamiento emocional se orienta hacia la fatiga general, la despersonalización se reemplaza por el cinismo hacia el trabajo, y la realización personal incorpora aspectos relacionados con la competencia profesional. Las puntuaciones suelen clasificarse mediante percentiles, considerando valores elevados (P75), moderados (P50) y bajos (P25), aunque diversos estudios indican, que los puntos de corte pueden variar según la población evaluada.

La estructura trifactorial del MBI ha sido confirmada en múltiples estudios de análisis factorial realizados en contextos hispanohablantes: Aluja, Blanch y García confirmaron la estructura factorial de tres factores, que explican el 43,39% de la variación (rotación ortogonal), con valores para agotamiento emocional de 19,45%, baja realización personal en el trabajo de 15,07%, y despersonalización de 8,86%. *Laudatio Christina Maslach, SciELO Chile, 2017*.

No obstante, algunos estudios realizados en poblaciones latinoamericanas han cuestionado la universalidad cultural del constructo, particularmente en las dimensiones de Despersonalización y Realización Personal, mientras que la dimensión de Agotamiento Emocional ha demostrado mayor consistencia transcultural, lo que resulta relevante al adaptar el instrumento a contextos como el panameño.

Las tres dimensiones del burnout no actúan de manera aislada, sino que se potencian entre sí: el agotamiento emocional favorece el desarrollo de actitudes de despersonalización y, con el tiempo, conduce a una disminución de la realización personal, proceso progresivo que explica el deterioro del bienestar del profesional y el aumento del riesgo de errores durante la práctica clínica.

El modelo tridimensional de Maslach y Jackson continúa siendo el referente principal en la investigación sobre burnout debido a que permite comprender de manera integral las manifestaciones emocionales, cognitivas y conductuales del síndrome.

2.5.3 Otras perspectivas teóricas sobre el burnout

Diversos autores han ampliado la comprensión del síndrome desde diferentes enfoques. Burke (1987), lo describe como un proceso de adaptación fallida al estrés laboral caracterizado por desgaste emocional, desorientación profesional y

aislamiento. Por su parte, Farber (2000), considera que el burnout es una consecuencia de los entornos laborales modernos, donde se exige una productividad cada vez mayor con recursos limitados.

Pines y Aronson (1988), sostienen que el síndrome no se limita a las profesiones asistenciales, sino que puede presentarse en cualquier persona sometida a elevados niveles de estrés prolongado. Según estos autores, el burnout se manifiesta mediante agotamiento físico, emocional y mental, acompañado de sentimientos de impotencia, inutilidad, baja autoestima y falta de entusiasmo. Los altos niveles de estrés laboral, sobrecarga de responsabilidades, presión constante y escasos recursos para afrontar las demandas del entorno favorecen este estado. Cuando estas condiciones persisten sin intervenciones adecuadas, el desgaste físico y emocional se intensifica, afectando el bienestar, el desempeño y la capacidad para responder eficazmente a las exigencias del trabajo, independientemente del sector o la ocupación desempeñada.

Desde una perspectiva conductual, Hombrados (1997) define el burnout como la coexistencia de respuestas fisiológicas, cognitivas, verbales y conductuales ante situaciones laborales altamente demandantes y sostenidas en el tiempo. Las distintas perspectivas teóricas coinciden en que el burnout es un fenómeno multifactorial que afecta diversas dimensiones de la vida del trabajador.

Aunque, difieren en algunos aspectos conceptuales, todas reconocen la importancia del estrés laboral crónico como elemento central en su desarrollo. La diversidad de definiciones refleja la complejidad del síndrome, pero también evidencia la necesidad de criterios diagnósticos más uniformes, que faciliten su identificación y comparación entre diferentes contextos laborales y culturales.

2.6 Impacto del burnout en el desempeño profesional

Los individuos, que intentan responder continuamente a elevadas demandas laborales pueden desarrollar un esfuerzo excesivo y sostenido que termina afectando su bienestar físico y emocional. Como consecuencia, disminuye el rendimiento laboral, aumenta el ausentismo, se deteriora la calidad del servicio prestado y se incrementa la rotación del personal e incluso el abandono de la profesión.

En el ámbito sanitario, estas consecuencias adquieren especial relevancia debido a que pueden comprometer la seguridad del paciente y favorecer la aparición de errores diagnósticos o terapéuticos. La relación entre agotamiento emocional y errores profesionales demuestra que el burnout no constituye únicamente un problema individual, sino también una amenaza para la calidad de los sistemas de salud. Por ello, su prevención debe considerarse una prioridad institucional.

2.6.1 Burnout y tedio laboral

El tedio o aburrimiento laboral se relaciona principalmente con la falta de motivación, desafíos o innovación en el trabajo.

Por el contrario, el burnout surge como resultado de una exposición prolongada a presiones emocionales y demandas excesivas. Aunque, ambos fenómenos pueden coexistir, poseen mecanismos de desarrollo diferentes. La diferenciación conceptual del burnout respecto a otros trastornos permite realizar diagnósticos más precisos y diseñar estrategias de intervención específicas para cada situación.

La similitud de algunos síntomas con otras condiciones psicológicas puede dificultar el diagnóstico temprano del burnout.

Por ello, resulta fundamental que los profesionales de la salud reciban capacitación para identificar sus manifestaciones y diferenciarlas adecuadamente de otros trastornos relacionados con el estrés laboral.

2.6.2 Burnout como respuesta al estrés laboral crónico

El síndrome de burnout se considera una respuesta al estrés laboral crónico y acumulativo, especialmente en profesiones caracterizadas por un elevado compromiso humano, como la medicina. Su aparición refleja un desequilibrio sostenido entre las demandas laborales y los recursos disponibles para afrontarlas, produciendo consecuencias negativas tanto para el trabajador como para la organización.

En los médicos internos, este desequilibrio suele manifestarse cuando las exigencias asistenciales superan sus competencias, experiencia o recursos personales, favoreciendo la aparición del agotamiento emocional y disminuyendo la calidad de la atención brindada. Reducir el burnout a un problema exclusivamente personal invisibiliza la responsabilidad institucional en la generación de condiciones laborales saludables. La prevención efectiva requiere cambios estructurales que promuevan ambientes de trabajo seguros, apoyo organizacional y una adecuada distribución de la carga asistencial.

Algunos modelos describen ocho niveles de gravedad que combinan diferentes grados de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, permitiendo clasificar la intensidad del síndrome desde formas leves hasta manifestaciones severas.

La identificación de las diferentes etapas del burnout permite detectar tempranamente el problema e implementar intervenciones antes de que el desgaste alcance niveles que comprometan la salud del profesional y la seguridad del paciente.

2.6.3 Inseguridad laboral

Las limitadas oportunidades de desarrollo profesional. Asimismo, las condiciones horarias constituyen un importante factor de riesgo. Las jornadas prolongadas, el trabajo nocturno, la rotación constante de turnos y las horas extraordinarias afectan la calidad del sueño, el rendimiento cognitivo, la atención, la salud cardiovascular y la satisfacción laboral, incrementando la probabilidad de desarrollar agotamiento emocional.

El burnout no depende únicamente de las características individuales del trabajador. Su aparición responde principalmente al desequilibrio entre las demandas laborales y los recursos disponibles para afrontarlas, lo que evidencia la importancia de implementar intervenciones organizacionales orientadas a mejorar las condiciones de trabajo. Con frecuencia, las instituciones sanitarias responsabilizan al profesional por no adaptarse al estrés laboral, ignorando que factores como: la sobrecarga asistencial, la insuficiencia de personal y la falta de reconocimiento constituyen las verdaderas causas estructurales del síndrome.

2.7 Diferenciación del síndrome de burnout frente a otros trastornos relacionados

2.7.1 Burnout y estrés general

Aunque, ambos conceptos comparten ciertas características, el estrés general puede generar efectos tanto positivos como negativos, dependiendo de su intensidad y duración. En contraste, el burnout se asocia exclusivamente con consecuencias negativas derivadas de una exposición prolongada a factores estresantes laborales.

2.7.2 Burnout y fatiga física

La principal diferencia radica en el proceso de recuperación. Mientras que, la fatiga física suele mejorar con descanso adecuado, el burnout presenta una

recuperación más lenta y se acompaña de sentimientos persistentes de fracaso, frustración e insatisfacción profesional.

2.7.3 Burnout y depresión

La depresión y el burnout comparten diversos síntomas, como el agotamiento emocional y la pérdida de interés. Sin embargo, la depresión suele caracterizarse por sentimientos predominantes de culpa, mientras que en el burnout son más frecuentes la frustración, la irritabilidad y la rabia. Algunos autores consideran que la depresión puede surgir como una consecuencia posterior del burnout cuando el desgaste se prolonga en el tiempo.

2.8 Diferencias entre el burnout y la crisis de la mediana edad

El síndrome de burnout debe diferenciarse de la crisis de la mediana edad, ya que ambas condiciones presentan características y mecanismos de desarrollo distintos.

La crisis de la mediana edad suele aparecer cuando el individuo realiza una valoración negativa de su trayectoria personal o profesional, mientras que el burnout se presenta con mayor frecuencia en profesionales jóvenes, que inician su actividad laboral y enfrentan elevadas demandas emocionales y organizacionales para las cuales aún no cuentan con suficientes estrategias de afrontamiento (Hill y Millar, 1981; Bronfenbrenner, 1979).

Esta diferencia demuestra que el burnout no depende exclusivamente de la edad, sino de la interacción entre las exigencias laborales, los recursos personales y el apoyo institucional disponible. Por ello, los médicos internos constituyen una población especialmente vulnerable durante su proceso de formación.

2.9 Consecuencias del síndrome de burnout

El síndrome de burnout produce un impacto significativo sobre la salud física, psicológica, cognitiva y social del profesional, además de afectar su desempeño laboral y la calidad de la atención que brinda. Sus consecuencias trascienden el ámbito individual y representan un problema de salud ocupacional con repercusiones para los pacientes, las instituciones sanitarias y los sistemas de salud.

- **Consecuencias emocionales y psicológicas**

Las alteraciones emocionales constituyen una de las manifestaciones más frecuentes del burnout. Entre ellas destacan el agotamiento emocional persistente, la ansiedad, la irritabilidad, la frustración, la agresividad, la pérdida de autoestima, los sentimientos de fracaso, la anhedonia y los síntomas depresivos. En los casos más graves, el profesional puede presentar ideación suicida, situación que evidencia la magnitud del impacto del síndrome sobre la salud mental.

- **Consecuencias cognitivas**

El desgaste profesional, también compromete el funcionamiento cognitivo. La discrepancia entre las expectativas laborales y la realidad asistencial favorece dificultades de concentración, alteraciones de la memoria, lentitud del pensamiento, disminución del rendimiento intelectual y problemas en la toma de decisiones clínicas. Estas alteraciones incrementan la probabilidad de cometer errores diagnósticos y terapéuticos, afectando directamente la seguridad del paciente.

- **Consecuencias conductuales**

Desde el punto de vista conductual, el burnout se caracteriza por la despersonalización, el distanciamiento afectivo, la pérdida de iniciativa y del compromiso laboral, el aislamiento social y la procrastinación. Asimismo, algunos profesionales recurren al consumo de sustancias psicoactivas o estimulantes como

mecanismos inadecuados para afrontar el estrés, lo que puede agravar aún más el deterioro de su salud física y mental.

- **Consecuencias físicas**

El agotamiento crónico ocasiona múltiples manifestaciones físicas, entre ellas fatiga persistente, trastornos del sueño, cefaleas, dolores musculares, hipertensión arterial, palpitaciones, dolor torácico, alteraciones gastrointestinales, pérdida del apetito, disminución de la respuesta inmunológica, trastornos psicosomáticos y alteraciones de la función sexual. Estas manifestaciones repercuten negativamente en la calidad de vida y limitan la capacidad del profesional para desempeñar sus funciones.

- **Consecuencias profesionales, familiares e institucionales**

El burnout afecta significativamente el desempeño profesional, favoreciendo la disminución del rendimiento laboral, el ausentismo, los conflictos interpersonales, el abandono del puesto de trabajo y el incremento de los errores clínicos. En situaciones de mayor gravedad puede ocasionar sanciones disciplinarias, desempleo e incluso la suspensión o pérdida de la licencia profesional.

Las repercusiones también alcanzan el ámbito familiar y social, generando deterioro de las relaciones interpersonales, conflictos familiares y una disminución de la calidad de vida. A nivel institucional, el síndrome reduce la productividad, incrementa la rotación del personal y compromete la calidad de la atención sanitaria. Las consecuencias del burnout no afectan únicamente al profesional de la salud, sino que repercuten directamente en la seguridad del paciente, la calidad de los servicios asistenciales y la eficiencia de las instituciones sanitarias. Por ello, la prevención, detección temprana y tratamiento oportuno del síndrome deben considerarse componentes esenciales de los programas de salud ocupacional, especialmente en

los médicos internos de pregrado, quienes se encuentran expuestos a elevadas demandas académicas y asistenciales.

En numerosos hospitales, el agotamiento emocional continúa siendo percibido como una condición inherente a la formación médica, lo que favorece su normalización y retrasa su reconocimiento.

2.10 Instrumentos para la evaluación del síndrome de burnout

La identificación temprana del burnout requiere el empleo de instrumentos válidos y confiables que permitan evaluar sus diferentes dimensiones.

El Maslach Burnout Inventory (MBI), es el instrumento de evaluación más utilizado internacionalmente. Burnout Measure (BM) El Burnout Measure (BM) constituye el segundo instrumento más empleado para evaluar el síndrome. Deriva del Tedium Measure desarrollado por Pines, Aronson y Kafry, y está compuesto por 21 ítems distribuidos en tres dimensiones: agotamiento físico, agotamiento emocional y agotamiento mental.

Este instrumento presenta adecuados niveles de confiabilidad y validez, aunque diversos estudios indican que evalúa principalmente el componente de agotamiento emocional y mantiene una elevada correlación con dicha dimensión del MBI. Aunque el MBI continúa siendo el instrumento de referencia internacional, su interpretación debe contextualizarse según las características culturales y laborales de la población estudiada.

En el caso de los médicos internos de pregrado, resulta recomendable complementar su aplicación con la evaluación de variables como la carga académica, la calidad del sueño, el apoyo institucional y las estrategias de afrontamiento, para obtener una comprensión más integral del fenómeno.

2.11 Fisiopatología del estrés crónico y su impacto en las funciones ejecutivas

2.11.1 Activación del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HPA)

El estrés crónico, sustrato fisiopatológico del síndrome de burnout, involucra mecanismos neuroendocrinos complejos; que afectan de manera sostenida al sistema nervioso central, particularmente al eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HPA). La respuesta efectora ante este evento compromete dos situaciones, la parte motora y la endocrina, el efecto sobre el eje HPA que por medio del hipotálamo se encarga de la respuesta neurohormonal, con incremento de la producción y liberación de glucocorticoides (GCs). *Efecto en el Eje Hipotálamo-Hipófisis-Adrenal, Revista Ecuatoriana de Neurología.*

El proceso de respuesta al estrés se desarrolla en fases secuenciales bien descritas en la literatura neurocientífica:

- Fase de alerta: en reacción a un estresor, el hipotálamo estimula la médula suprarrenal para secretar adrenalina, generando un aumento de la frecuencia cardíaca, vasodilatación y aumento de la vigilancia (mediada también por noradrenalina).
- Fase de programación de la reacción: se activa la corteza prefrontal implicada en la toma de decisiones, la atención y la memoria a corto plazo junto con el sistema límbico, que realiza un análisis comparativo entre la nueva situación y experiencias previas almacenadas en la memoria.
- Fase de activación de la respuesta del organismo: interviene la amígdala (memoria emocional) y el hipocampo (memoria explícita), poniendo en juego el complejo hipotálamo-hipofisiario, la formación reticular y el locus coeruleus del tallo cerebral. *Neurobiología del estrés, SciELO Chile; Revista Finlay, 2025.*

2.11.2 Efectos neurotóxicos del estrés crónico sobre estructuras cerebrales

Mientras que, la activación aguda del eje HPA constituye una respuesta adaptativa, la exposición prolongada y repetida a glucocorticoides se caracteriza del estrés laboral crónico no resuelto produce alteraciones estructurales y funcionales en regiones cerebrales clave: Los glucocorticoides alteran la actividad basal de la amígdala, del hipocampo y de la corteza prefrontal medial, la función del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal y funciones cognitivas como la memoria. Sin embargo, el mecanismo mediante el cual se producen dichos cambios es poco comprendido.

Neurobiología del Estrés Agudo y Crónico, Universitas Médica / Redalyc, 2013

Investigaciones más recientes en neurociencia han profundizado en estos hallazgos, describiendo mecanismos de daño estructural específicos: la cronicidad del estrés deteriora morfológicamente las redes neuronales de la corteza prefrontal, el hipocampo y la amígdala, generando lesiones e interferencias en el procesamiento que se realiza, tanto en la percepción, la atención, la memoria, el aprendizaje, la asociación de conceptos, toma de decisiones y resolución de problemas. Hipercortisolemia y estrés. Impacto en las funciones cognitivas, SciELO Ecuador, 2022.

A nivel celular, se ha documentado específicamente que la exposición crónica a agentes estresores produce un marcado acortamiento dendrítico en la corteza prefrontal medial, hallazgo directamente relacionado con alteraciones atencionales significativas en quienes padecen estrés sostenido. Estudios contemporáneos de neuroimagen y neurociencia clínica han corroborado y ampliado estos hallazgos: La exposición prolongada a altos niveles de glucocorticoides: hormonas del estrés pueden provocar inflamación cerebral y atrofia en áreas como la corteza prefrontal y

el sistema límbico, perjudicando la regulación emocional y la toma de decisiones. Infobae. Cómo el estrés crónico puede cambiar la estructura cerebral, abril 2026.

Las alteraciones incrementan la vulnerabilidad al agotamiento emocional, favorecen la aparición de trastornos del estado de ánimo y limitan el desempeño profesional, especialmente en ocupaciones, que requieren una toma de decisiones constante y un elevado compromiso emocional.

El córtex prefrontal, que interviene en la lógica, el autocontrol y la evaluación de situaciones, se debilita. Esto hace que nos volvamos más impulsivos, menos lúcidos y más vulnerables emocionalmente. Esto explica por qué las personas que atraviesan situaciones de burnout, conflictos relacionales crónicos o una presión laboral constante experimentan a menudo un declive de las funciones cognitivas y un colapso del estado de ánimo. Cortisol: qué es, para qué sirve y cómo afecta al estrés, Uno bravo, 2026.

2.11.3. Impacto del agotamiento emocional en las funciones ejecutivas y el error diagnóstico

Las funciones ejecutivas: memoria de trabajo, planeación, flexibilidad cognitiva, atención sostenida y toma de decisiones dependiendo en gran medida de la integridad funcional de la corteza prefrontal, región cerebral particularmente vulnerable a los efectos neurotóxicos del estrés crónico descritos previamente.

En el contexto de la práctica clínica, este deterioro tiene consecuencias directas sobre la calidad y seguridad de la atención médica. Evidencia empírica: burnout y deterioro de funciones ejecutivas. Una tesis doctoral reciente (Universidad Católica de Murcia, 2024) evaluó comparativamente las funciones ejecutivas en una muestra de profesionales con y sin síndrome de burnout, utilizando instrumentos neuropsicológicos estandarizados (subpruebas del WAIS y Test de Stroop):

Los resultados mostraron que, el grupo con síndrome de burnout presentaba altos niveles de agotamiento emocional y despersonalización, y baja realización personal, en comparación con el grupo control. En cuanto a las funciones ejecutivas, hubo diferencias significativas en Memoria de trabajo, Planeación y Flexibilidad mental entre ambos grupos, evidenciándose un peor rendimiento en el grupo con síndrome de burnout. Tesis Doctoral, Escuela Internacional de Doctorado, Universidad Católica de Murcia, 2024.

Un estudio similar realizado en personal de salud del Hospital San Rafael de Andes (Colombia) empleó el MBI junto con el Test de Stroop y el Trail Making Test (TMT) para evaluar la función ejecutiva, encontrando un subgrupo de profesionales con afectación clínicamente relevante: Se observó un significativo deterioro en algunos participantes (8 personas) con niveles altos en el agotamiento emocional y la despersonalización y puntuaciones bajas en la realización personal, que pueden indicar un deterioro en la salud de los participantes. Síndrome de burnout y funciones ejecutivas en el personal de salud, E.S.E. Hospital San Rafael de Andes Mecanismo específico en médicos residentes: de la sobrecarga al error clínico.

La evidencia más directamente aplicable al contexto de médicos internos proviene de una revisión publicada en Medicina Clínica, que describe con precisión la cadena causal entre el estrés laboral incontrolable y el deterioro de las capacidades necesarias para una práctica clínica segura: El estrés laboral crónico incontrolable puede dar lugar a una disminución de la motivación, de la capacidad de concentración, empeoraría la memoria de trabajo, la capacidad de organización, la toma de decisiones, la introspección y la empatía propias del trabajador con burnout. Estrés laboral y burnout en los médicos residentes, antes y durante la pandemia por COVID-19, PMC / Medicina Clínica.

Esta afectación de la toma de decisiones clínicas y la memoria de trabajo son funciones ejecutivas críticas para el razonamiento diagnóstico que constituye el mecanismo neuropsicológico, que vincula el agotamiento emocional con el incremento del riesgo de error médico.

La literatura en seguridad del paciente respalda directamente esta asociación: el principal peligro del burnout es el negativo impacto que tiene en la seguridad de los pacientes, puesto que es más probable que en condiciones de agotamiento y de inseguridad laboral se den más errores médicos, lo que puede tener consecuencias graves para los pacientes y generar problemas legales y éticos a los profesionales sanitarios. El burnout en el personal sanitario: causas, consecuencias y estrategias de prevención, Revista Sanitaria de Investigación, 2025.

Asimismo, se ha identificado que ciertos hábitos protectores relacionados con el adecuado aporte energético al cerebro pueden mitigar parcialmente este deterioro funcional: El ejercicio y la dieta sana cubren las altas necesidades energéticas que precisa el correcto funcionamiento cerebral, en concreto del córtex prefrontal. El mantenimiento de ambos hábitos saludables a pesar de la estresante situación laboral debería plantearse como una prioridad. Estrés laboral y burnout en los médicos residentes, PMC / Medicina Clínica, 2021.

En síntesis, el agotamiento emocional es la primera dimensión en manifestarse según el modelo de Maslach y Jackson no constituye únicamente una vivencia subjetiva de cansancio, sino que se traduce en un correlato neurocognitivo objetivable: el deterioro de la memoria de trabajo, la flexibilidad mental y la capacidad de planeación, funciones indispensables para el razonamiento clínico y la prevención del error diagnóstico durante la formación del médico interno.

2.12 Teoría del afrontamiento y personalidad

2.12.1. Teoría del afrontamiento

La teoría del afrontamiento propuesta por Lazarus y Folkman (1986) define el afrontamiento como el conjunto de pensamientos y acciones cognitivas y conductuales que permiten al individuo manejar de manera realista y flexible las situaciones estresantes, con el propósito de disminuir su impacto sobre el bienestar físico y emocional. Desde esta perspectiva, el afrontamiento puede orientarse hacia la resolución del problema o hacia la regulación de la respuesta emocional. Cuando la situación no puede modificarse, el individuo emplea estrategias dirigidas a controlar las emociones asociadas al estrés, tales como la aceptación, el distanciamiento, la reevaluación positiva, la atención selectiva y la búsqueda de aspectos favorables dentro de una experiencia adversa.

Las estrategias de afrontamiento constituyen uno de los principales factores protectores frente al burnout, ya que determinan la forma en que el profesional interpreta y responde a las demandas del entorno laboral. Un afrontamiento adaptativo favorece la resiliencia y disminuye el impacto del estrés crónico.

2.12.2 Personalidad y vulnerabilidad al burnout

Las características de personalidad desempeñan un papel importante en el desarrollo del síndrome de burnout.

El neuroticismo, entendido como una tendencia hacia la inestabilidad emocional, incrementa la susceptibilidad al estrés laboral y favorece respuestas emocionales negativas. Asimismo, el patrón de conducta se caracteriza por competitividad, impaciencia, hostilidad, necesidad constante de logro, perfeccionismo y elevada implicación laboral. Aunque, estas características pueden favorecer un alto

rendimiento profesional, también incrementan el riesgo de agotamiento cuando las demandas superan la capacidad de afrontamiento.

La personalidad influye en la manera en que cada individuo enfrenta el estrés; sin embargo, no debe considerarse la causa principal del burnout. Atribuir el problema únicamente a rasgos personales invisibiliza la responsabilidad de las instituciones en la creación de ambientes laborales saludables.

2.13 El círculo vicioso entre la baja realización personal y la inseguridad procedimental

La relación entre la baja realización personal y la inseguridad en la práctica procedimental no es unidireccional, sino que conforma un circuito de retroalimentación negativa que tiende a intensificarse progresivamente si no se interviene de manera oportuna.

Las dimensiones actúan retroalimentándose y pueden llegar a ser un círculo vicioso en el cual, el individuo sufre un deterioro progresivo. El reconocimiento temprano de estos síntomas es crucial para prevenir consecuencias más graves. El burnout, un enfoque integral desde la perspectiva de la salud y el bienestar, Revista Médica, 2025.

Un estudio publicado en la Revista Latinoamericana de Bioética, centrado específicamente en las tensiones éticas del personal de salud durante la pandemia de COVID-19, modela este fenómeno mediante una representación gráfica explícita denominada «Círculo vicioso del burnout», en la cual el deterioro del desempeño profesional retroalimenta directamente la pérdida de confianza en las propias capacidades clínicas (García Uribe, Espinal Espinal, Canestero Montoya, Henao Villegas y Garzón Duque, 2023).

En relación con, la pérdida de autoeficacia al error e inseguridad puede describirse en una secuencia de retroalimentación negativa: la disminución de la realización personal reduce la confianza del profesional en su propia competencia técnica, lo cual incrementa la probabilidad de cometer errores durante la ejecución de procedimientos clínicos; estos errores, a su vez, refuerzan la percepción de baja autoeficacia, cerrando el ciclo.

El desempeño laboral se ve significativamente afectado por el síndrome de burnout, ya que el agotamiento físico y emocional reduce la capacidad de concentración, dificulta la toma de decisiones y aumenta la probabilidad de cometer errores durante la ejecución de las tareas. Por lo tanto, disminuyen la motivación, el compromiso y la productividad, lo que repercute negativamente en la calidad del trabajo y en el cumplimiento de las responsabilidades. Esta situación suele generar un círculo vicioso en el que el bajo rendimiento incrementa las exigencias, la presión y el estrés percibido, intensificando progresivamente el desgaste profesional y favoreciendo la persistencia del síndrome si no se implementan medidas oportunas de intervención. Síndrome de Burnout: Conoce qué es e implica, RedSalud, 2025.

Esta consecuencia puede generar un círculo vicioso entre los trabajadores sanitarios ya que, al haber menos personal, el trabajador que sigue en activo experimenta una sobrecarga de trabajo y un empeoramiento de sus condiciones laborales que con el tiempo puede derivar en burnout. El burnout en el personal sanitario: causas, consecuencias y estrategias de prevención, Revista Sanitaria de Investigación, 2025.

Un estudio español realizado con profesionales de servicios de urgencias y unidades de cuidados críticos contextos asistenciales de alta exigencia

procedimental, comparables al entorno formativo de un médico interno aportó evidencia cuantitativa directa sobre esta asociación: Se obtiene una correlación negativa entre las diferentes dimensiones de la Escala sobre Habilidades de Comunicación en Profesionales de la Salud, la realización personal en el trabajo del Maslach Burnout Inventory y la autoeficacia percibida con las dimensiones agotamiento emocional y despersonalización del Maslach Burnout Inventory. Burnout, habilidades de comunicación y autoeficacia en profesionales de urgencias y cuidados críticos, SciELO ISCIII, 2020. Es decir, a menor realización personal percibida, menor autoeficacia procedimental reportada por el profesional, lo cual respalda empíricamente el mecanismo circular propuesto: la pérdida de confianza en las propias capacidades clínicas (baja RP) se asocia consistentemente con mayor inseguridad en la ejecución de procedimientos.

2.13.2 Consecuencias clínicas documentadas en médicos en formación

En residentes y especialistas en formación, las consecuencias de este círculo vicioso han sido ampliamente documentadas en la literatura médica: inseguridad, temor, fatiga, ansiedad, depresión, irritabilidad, falta de satisfacción personal, trastornos del sueño, percepción de mayor incapacidad, peor calidad asistencial, entre otras, son algunas de las consecuencias que han sido relacionadas con el burnout en diferentes investigaciones. *Grado de burnout en especialistas en formación de medicina y psicología clínica, Educación Médica / Elsevier, 2021.*

Adicionalmente, se ha descrito un patrón compensatorio de relevancia clínica y económica: ante la inseguridad procedimental derivada de la baja realización personal, algunos profesionales tienden a sobrecompensar mediante conductas defensivas que, paradójicamente, no mejoran la calidad asistencial:

La baja realización personal y el distanciamiento pueden traducirse en prescripción excesiva de pruebas complementarias (para compensar la inseguridad clínica) o en derivaciones innecesarias, que saturan otros niveles asistenciales. Burnout médico en España: epidemiología, especialidades de riesgo, consecuencias y soluciones, Cardioteca, 2026.

Este hallazgo es particularmente relevante para el marco metodológico del presente estudio, ya que sugiere que la inseguridad procedimental no solo afecta la confianza subjetiva del médico interno, sino que puede traducirse en conductas clínicas objetivables como la sobreutilización de recursos diagnósticos o la derivación defensiva susceptibles de ser operacionalizadas como variables de estudio.

En conjunto, la evidencia revisada permite sostener que la baja realización personal y la inseguridad procedimental no son fenómenos independientes ni unidireccionales, sino que constituyen un circuito de retroalimentación negativa autosostenido: la pérdida de confianza en la propia competencia clínica incrementa el riesgo de error o de conducta defensiva, lo cual, a su vez, refuerza la percepción de baja autoeficacia profesional, perpetuando el ciclo si no media una intervención formativa o institucional oportuna.

Actualmente, se reconoce como una respuesta al estrés crónico relacionado con el trabajo y constituye uno de los principales problemas de salud ocupacional en profesiones asistenciales, especialmente en el ámbito sanitario.

El burnout continúa rodeado de un importante estigma social. Con frecuencia se interpreta erróneamente como una señal de debilidad personal o falta de fortaleza emocional, lo que dificulta que los profesionales soliciten ayuda oportunamente. Asimismo, la escasa empatía institucional y la falta de apoyo por parte del equipo de trabajo incrementan la sensación de aislamiento y favorecen la progresión del

síndrome. Hay que persistir en la idea de que el agotamiento profesional refleja una incapacidad individual invisibiliza la responsabilidad de las instituciones sanitarias.

La normalización de jornadas excesivas, la sobrecarga laboral y la insuficiencia de recursos humanos favorecen el desarrollo del burnout y retrasan la implementación de estrategias preventivas.

2.14 Estrategias de prevención e intervención frente al síndrome de burnout

2.14.1 Intervenciones individuales

La mayoría de los programas de prevención buscan fortalecer las habilidades personales para afrontar el estrés laboral y reducir la aparición del síndrome de burnout. Parasuraman y Cleek (1984), clasifican las estrategias de afrontamiento en adaptativas y no adaptativas. Las estrategias adaptativas incluyen la planificación de actividades, la organización del trabajo, el establecimiento de prioridades y la búsqueda de apoyo social. Estas conductas favorecen una adecuada resolución de problemas y reducen el impacto del estrés.

Por el contrario, las estrategias no adaptativas comprenden trabajar durante más tiempo a costa de disminuir la calidad del desempeño, asumir compromisos poco realistas, evitar la supervisión y prolongar conductas que incrementan el desgaste emocional. Dewe y Guest (1990), describen siete estrategias principales para afrontar el estrés laboral:

- Afrontar directamente el problema.
- Evitar que el problema domine la vida personal.
- Expresar las emociones de manera saludable.
- Implementar medidas preventivas.
- Recuperarse física y emocionalmente antes de afrontar nuevas demandas.
- Buscar apoyo familiar y social y tolerar pasivamente los efectos del estrés.

Las investigaciones coinciden en que las estrategias centradas en la resolución de problemas y el apoyo social producen mejores resultados que aquellas basadas en la evitación o la resignación, las cuales favorecen la cronificación del desgaste profesional. Ramos (1999) propone:

La reestructuración de los procesos cognitivos de autoevaluación para favorecer una percepción más realista de las propias capacidades, el desarrollo de técnicas cognitivo-conductuales que permitan afrontar el estrés de manera adecuada y reducir su impacto, el fortalecimiento de las habilidades de comunicación y la asertividad para mejorar las relaciones interpersonales, el incremento del apoyo social entre compañeros y supervisores, y la implementación de medidas organizacionales dirigidas a disminuir los factores estresantes presentes en el ambiente de trabajo.

Asimismo, las estrategias individuales para prevenir y afrontar el síndrome de burnout incluyen la formación continua y el fortalecimiento de la competencia profesional, la adecuada organización del tiempo y la planificación de las actividades, el establecimiento de objetivos realistas, la práctica regular de actividad física, la aplicación de técnicas de relajación, el desarrollo de habilidades sociales, la participación en espacios de ocio y recreación, y la realización de pausas activas durante la jornada laboral.

Complementariamente, entre las intervenciones psicológicas con mayor evidencia científica destacan la terapia cognitivo-conductual, las técnicas de relajación muscular, el biofeedback, la inoculación del estrés, la desensibilización sistemática y la reestructuración cognitiva, las cuales han demostrado ser eficaces para reducir el impacto del estrés, fortalecer las estrategias de afrontamiento y favorecer el bienestar emocional del profesional. Estas técnicas permiten modificar

pensamientos disfuncionales, mejorar la regulación emocional y fortalecer la capacidad para afrontar situaciones de elevada exigencia.

2.14.2 Mindfulness y resiliencia

En los últimos años, el mindfulness ha demostrado ser una herramienta eficaz para disminuir el estrés laboral. Su práctica favorece una actitud de aceptación, atención plena y regulación emocional, contribuyendo a reducir la activación fisiológica, mejorar la calidad del sueño y aumentar el bienestar psicológico. Por otra parte, la resiliencia se define como la capacidad de adaptarse positivamente a situaciones adversas.

Esta competencia constituye un importante factor protector frente al burnout al facilitar la recuperación emocional y promover estrategias de afrontamiento saludables. Las intervenciones dirigidas a fortalecer la resiliencia incluyen el entrenamiento cognitivo-conductual, la comunicación emocional, la meditación, la respiración consciente y el desarrollo de habilidades para resolver problemas.

La evidencia científica demuestra que el mindfulness y la resiliencia no eliminan las fuentes de estrés, pero aumentan la capacidad del profesional para responder de manera adaptativa a las exigencias laborales, disminuyendo la probabilidad de desarrollar agotamiento emocional.

2.14.3 Intervenciones organizacionales

Hatinen y colaboradores (2004) señalan que las intervenciones individuales deben complementarse con cambios organizacionales para obtener resultados sostenibles. Las principales acciones institucionales incluyen:

- Disminuir la carga laboral.
- Favorecer períodos adecuados de descanso.
- Promover horarios flexibles.

- Fortalecer el apoyo institucional.
- Mejorar la comunicación entre supervisores y trabajadores.
- Fomentar el sentido de pertenencia y trabajo en equipo.
- Implementar incentivos laborales.
- Promover el equilibrio entre la vida laboral y personal.

Asimismo, resulta recomendable realizar asesoramiento profesional, redefinir metas laborales, fortalecer las redes de apoyo y facilitar el acceso a actividades recreativas, deportivas, culturales y espirituales. Las estrategias centradas exclusivamente, en el trabajador suelen ser insuficientes cuando persisten condiciones laborales desfavorables. La prevención efectiva del burnout requiere una responsabilidad compartida entre el profesional y la institución, evitando culpabilizar al individuo por un problema cuyo origen es, en gran medida, organizacional.

2.14.4 Recomendaciones para la prevención del burnout

El autocuidado constituye un componente esencial en la prevención del síndrome de burnout e implica reconocer de forma temprana los signos de agotamiento y solicitar ayuda profesional cuando sea necesario. Asimismo, es fundamental mantener hábitos de vida saludables, como una alimentación equilibrada, la práctica regular de ejercicio físico y un descanso reparador, además de desarrollar habilidades para la resolución de problemas y la regulación emocional. De igual manera, fortalecer las redes de apoyo familiar, social y laboral, participar en actividades recreativas y de relajación, y promover una comunicación abierta con las autoridades para identificar y abordar los factores estresantes del entorno de trabajo contribuyen a preservar el bienestar psicológico y a reducir el riesgo de desgaste profesional.

La prevención del burnout requiere un enfoque integral que combine intervenciones individuales, fortalecimiento de la resiliencia y mejoras organizacionales. Solo mediante una estrategia multidimensional es posible reducir el impacto del síndrome y garantizar el bienestar de los profesionales de la salud.

En el contexto de los médicos internos de pregrado, las estrategias de afrontamiento adquieren especial relevancia debido a las elevadas exigencias académicas y asistenciales propias del internado. Fortalecer competencias como la regulación emocional, la resiliencia y la comunicación efectiva, junto con la implementación de políticas institucionales, que promuevan ambientes laborales saludables, puede contribuir significativamente a disminuir la incidencia del síndrome de burnout y mejorar tanto el bienestar del profesional como la calidad de la atención brindada a los pacientes.

CAPÍTULO 3.0 MARCO METODOLÓGICO

3.1 Tipo y diseño de la investigación

La presente investigación se desarrollará bajo un enfoque cuantitativo, debido a que busca medir y analizar la influencia del síndrome de burnout en el aprendizaje de habilidades clínicas mediante la recolección y análisis estadístico de datos obtenidos a través de un cuestionario estructurado.

Según su alcance, la investigación será de tipo descriptiva y correlacional. Será descriptiva porque permitirá caracterizar los niveles de síndrome de burnout y el grado de desarrollo de las habilidades clínicas en los médicos internos de primer año. Asimismo, será correlacional porque pretende determinar la relación existente entre las dimensiones del síndrome de burnout y el aprendizaje de habilidades clínicas.

El diseño de investigación será no experimental, debido a que las variables serán observadas tal como ocurren en su contexto natural, sin manipulación por parte del investigador. Además, será de corte transversal, ya que la información será recolectada en un único momento durante el año 2026.

Diseño esquemático

$X \rightarrow Y$

Donde:

- X = Síndrome de Burnout
- Y = Aprendizaje de habilidades clínicas

El estudio buscará determinar la influencia existente entre ambas variables en la población objeto de estudio.

3.2 Población y muestra

3.2.1 Población

La población estará constituida por todos los médicos internos de primer año que realicen su internado médico en el Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid durante el año 2026.

De acuerdo con, información proporcionada por la coordinación académica del internado médico, la población estimada corresponde aproximadamente a 85-90 médicos internos.

3.2.2 Muestra

Considerando que la población es relativamente pequeña y accesible, se utilizará un muestreo censal.

Según Arias (2012), el censo poblacional consiste en estudiar la totalidad de los elementos que conforman la población cuando su tamaño permite el acceso a todos sus integrantes.

Por lo tanto, la muestra estará constituida por la totalidad de los médicos internos de primer año que acepten participar voluntariamente en la investigación.

Se espera una participación aproximada de entre 85 y 90 médicos internos.

3.2.2.1 Criterios de inclusión

- Médicos internos de primer año activos durante el período de recolección de datos.
- Médicos internos asignados al Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid.
- Participantes que acepten firmar el consentimiento informado.

3.2.2.2 Criterios de exclusión

- Médicos internos de segundo año.
- Médicos residentes.

- Médicos internos ausentes durante el período de aplicación del instrumento.
- Participantes que no completan adecuadamente el cuestionario.

3.3 Variables de estudio

3.3.1 Variable independiente

Síndrome de Burnout

Definición conceptual:

Fenómeno ocupacional derivado del estrés laboral crónico caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y disminución de la realización personal (OMS, 2019).

Dimensiones:

- Agotamiento emocional
- Despersonalización
- Realización personal

3.3.2 Variable dependiente

Aprendizaje de habilidades clínicas

Definición conceptual:

Proceso mediante el cual el médico interno adquiere y desarrolla competencias relacionadas con el conocimiento clínico, las habilidades prácticas, la comunicación médico-paciente y el desempeño asistencial durante el internado médico.

Dimensiones:

- Obtención de conocimientos clínicos
- Desarrollo de habilidades prácticas
- Comunicación clínica
- Influencia percibida del burnout sobre el aprendizaje clínico

3.3.3 Operacionalización de las variables

Variable	Dimensión	Indicadores
Síndrome de Burnout	Agotamiento emocional	Cansancio físico, agotamiento emocional, pérdida de energía, fatiga laboral
	Despersonalización	Distanciamiento emocional, pérdida de empatía, trato impersonal
	Realización personal	Satisfacción profesional, percepción de competencia, logro profesional
Aprendizaje de habilidades clínicas	Conocimientos clínicos	Integración teoría-práctica, razonamiento clínico, actualización médica
	Habilidades prácticas	Procedimientos clínicos, examen físico, aplicación de protocolos
	Comunicación clínica	Comunicación con pacientes, escucha activa, relación médico-paciente
	Influencia del burnout	Concentración, aprendizaje, rendimiento clínico y académico

3.4 Descripción del instrumento

Para la recolección de los datos se utilizará un cuestionario estructurado diseñado específicamente para esta investigación. El instrumento está compuesto por dos secciones.

La primera sección recoge información sociodemográfica de los participantes, incluyendo:

- Edad
- Sexo
- Rotación actual

La segunda sección está conformada por 18 ítems con escala tipo Likert de cinco puntos:

1 = Totalmente en desacuerdo

2 = En desacuerdo

3 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo

4 = De acuerdo

5 = Totalmente de acuerdo

Los 18 ítems evalúan diferentes dimensiones del síndrome de burnout y desarrollo de habilidades clínicas:

- Los ítems 1 al 5 evalúan las dimensiones del síndrome de burnout
- Los ítems 6 al 10 evalúan la obtención de conocimientos clínicos
- Los ítems 11 al 13 evalúan el desarrollo de habilidades prácticas
- Los ítems 14 al 18 evalúan la influencia del Burnout en las habilidades clínicas

3.4.1 Validez y confiabilidad del instrumento

3.4.1.1 Validez

La validez de contenido será determinada mediante juicio de expertos.

Para ello, el instrumento será sometido a evaluación por tres especialistas:

- Un especialista en educación médica.
- Un especialista en salud ocupacional o psicología.

Los expertos evaluarán:

- Claridad
- Coherencia
- Pertinencia
- Relevancia

de cada uno de los ítems.

3.4.1.2 Confiabilidad

La confiabilidad del instrumento será determinada mediante el coeficiente Alfa de Cronbach.

Se realizará una prueba piloto con aproximadamente 10 médicos internos de características similares a la población de estudio.

Posteriormente se calculará el Alfa de Cronbach utilizando el software estadístico SPSS versión 27.

Se considerará aceptable un valor de $\alpha \geq 0.70$.

3.5 Recolección de la información

La recolección de datos se llevará a cabo previa autorización de las autoridades académicas y administrativas del Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid.

Posteriormente, se explicará a los participantes el propósito de la investigación y se solicitará la firma del consentimiento informado.

La aplicación del cuestionario será presencial y anónima, con una duración aproximada de 10 a 15 minutos.

La participación será completamente voluntaria.

3.5.1 Consideraciones éticas

La investigación respetará los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki para investigaciones con seres humanos.

Se garantizará:

- Participación voluntaria.
- Consentimiento informado.
- Confidencialidad de la información.
- Anonimato de los participantes.
- Uso exclusivo de los datos para fines académicos y científicos.

Los participantes podrán retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto genere consecuencias académicas o laborales.

3.6 Tratamiento y análisis de la información

Los datos obtenidos serán codificados y registrados en una base de datos electrónica utilizando Microsoft Excel y posteriormente analizados mediante el programa estadístico SPSS versión 27.

Para el análisis descriptivo se utilizarán:

- Frecuencias absolutas
- Frecuencias relativas
- Porcentajes
- Medias
- Desviación estándar

Los resultados serán presentados mediante tablas y gráficos estadísticos.

Para el análisis inferencial se utilizará la prueba de correlación de Spearman, debido a que las variables serán medidas mediante escala ordinal tipo Likert.

Se establecerá un nivel de significancia estadística de:

$$p < 0.05$$

con un intervalo de confianza del 95%.

CAPÍTULO 4.0 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1 Instrumento 1

El análisis se orientó a examinar el agotamiento asociado al internado, el desarrollo percibido de habilidades clínicas y la interferencia percibida del cansancio, el estrés y la sobrecarga laboral sobre el aprendizaje y el desempeño clínico.

La muestra preliminar estuvo constituida por 30 médicos internos. Los ítems 1 al 17 contaron con 30 respuestas válidas, mientras que el ítem 18 presentó 29 respuestas visibles. Para los análisis, que integran simultáneamente los 18 reactivos se consideraron los 29 casos completos. Los ítems fueron valorados mediante una escala Likert de cinco puntos, desde 1 (Totalmente en desacuerdo) hasta 5 (Totalmente de acuerdo).

Debido al carácter no experimental y transversal del estudio y a que las variables se basan en autopercepción, los resultados permiten identificar asociaciones, pero no demostrar relaciones causales.

Características generales de los participantes

Edad (años)	Frecuencia	Porcentaje
24	7	23.3%
25	10	33.3%
26	11	36.7%
27	2	6.7%

Las edades oscilaron entre 24 y 27 años, con una media de 25.3 años. La mayor proporción correspondió a participantes de 26 años (36.7%), seguida de 25 años (33.3%), lo que evidencia una muestra etariamente homogénea.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	18	60.0%
Masculino	12	40.0%

El 60.0% de la muestra correspondió al sexo femenino y el 40.0% al masculino.

Rotación actual	Frecuencia	Porcentaje
Geriatría	10	33.3%
Cirugía	5	16.7%
Medicina Interna	4	13.3%
Gastroenterología	3	10.0%
Otorrinolaringología	2	6.7%
Urología	2	6.7%
Neurocirugía y Oftalmología	1	3.3%
No especificado	1	3.3%
Urgencias	1	3.3%
Psiquiatría	1	3.3%

La muestra incluyó médicos internos de distintas rotaciones, con mayor representación de Geriatría. Las comparaciones por servicio deben interpretarse con cautela debido al reducido número de participantes en algunas rotaciones.

Resultados de los 18 ítems del cuestionario

Gráfico 1: Me siento emocionalmente agotado por las actividades del internado.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente en desacuerdo	2	6.7%
En desacuerdo	0	0.0%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	7	23.3%
De acuerdo	10	33.3%
Totalmente de acuerdo	11	36.7%

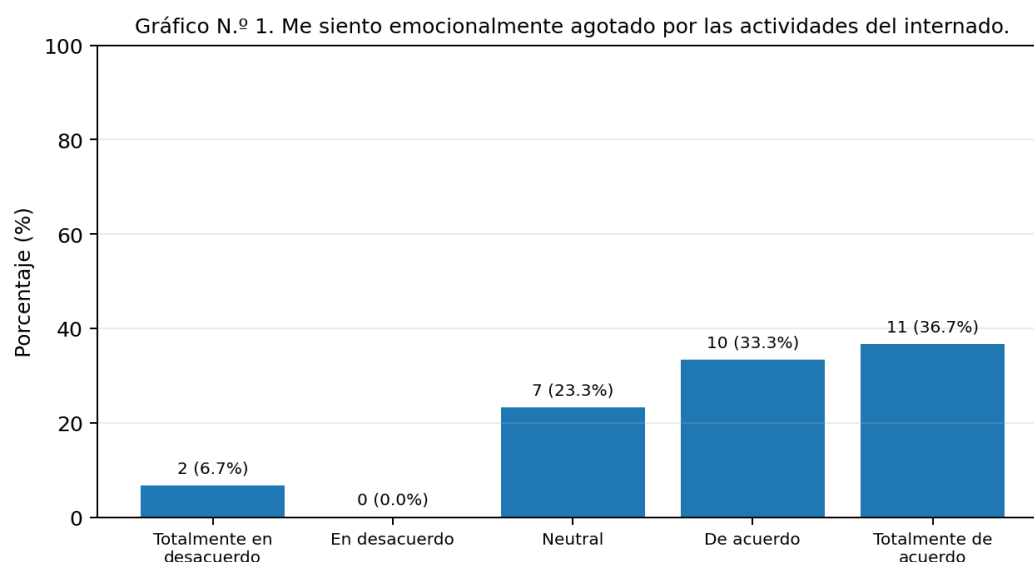


Gráfico 1. Distribución porcentual de respuestas al ítem 1. Fuente: encuesta aplicada a médicos internos, 2026.

Análisis del Gráfico 1: El 70.0% manifestó estar de acuerdo o totalmente de acuerdo, el 23.3% se mantuvo neutral y el 6.7% expresó desacuerdo. La media fue de 3.93/5,

evidenciando una percepción importante de agotamiento emocional asociado a las actividades del internado.

Gráfico 2: Al finalizar la jornada laboral me siento completamente cansado.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente en desacuerdo	0	0.0%
En desacuerdo	2	6.7%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	8	26.7%
De acuerdo	10	33.3%
Totalmente de acuerdo	10	33.3%

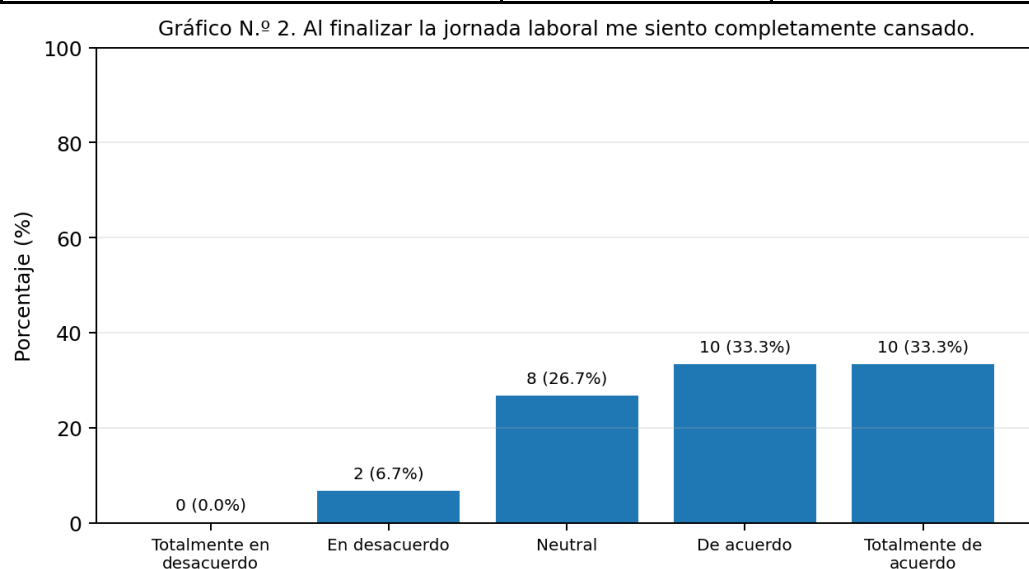


Gráfico 2. Distribución porcentual de respuestas al ítem 2. Fuente: encuesta aplicada a médicos internos, 2026.

Análisis del Gráfico 2: El 66.7% manifestó acuerdo o total acuerdo, el 26.7% neutralidad y el 6.7% desacuerdo. La media fue de 3.93/5. El cansancio al finalizar la jornada constituye una experiencia frecuente en la muestra.

Gráfico 3: Las exigencias del internado exceden mi capacidad de recuperación física y mental.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente en desacuerdo	2	6.7%
En desacuerdo	0	0.0%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	10	33.3%
De acuerdo	8	26.7%
Totalmente de acuerdo	10	33.3%

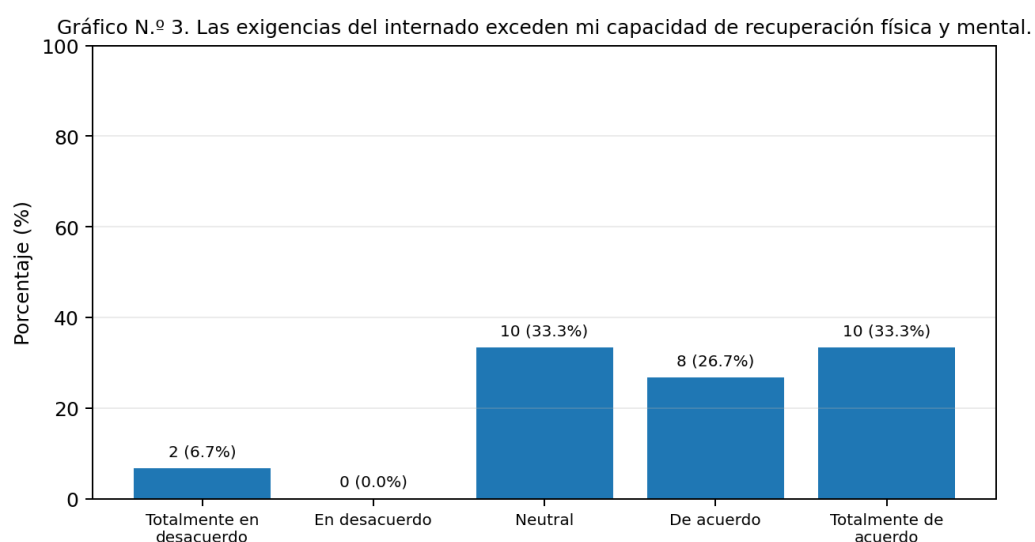


Gráfico 3. Distribución porcentual de respuestas al ítem 3. Fuente: encuesta aplicada a médicos internos, 2026.

Análisis del Gráfico 3: El 60.0% manifestó acuerdo o total acuerdo, el 33.3% neutralidad y el 6.7% desacuerdo. La media fue de 3.80/5, sugiriendo que una proporción considerable percibe que las exigencias exceden su capacidad habitual de recuperación.

Gráfico 4: Trabajar con pacientes durante largos períodos me genera agotamiento.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente en desacuerdo	0	0.0%
En desacuerdo	3	10.0%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	9	30.0%
De acuerdo	12	40.0%
Totalmente de acuerdo	6	20.0%

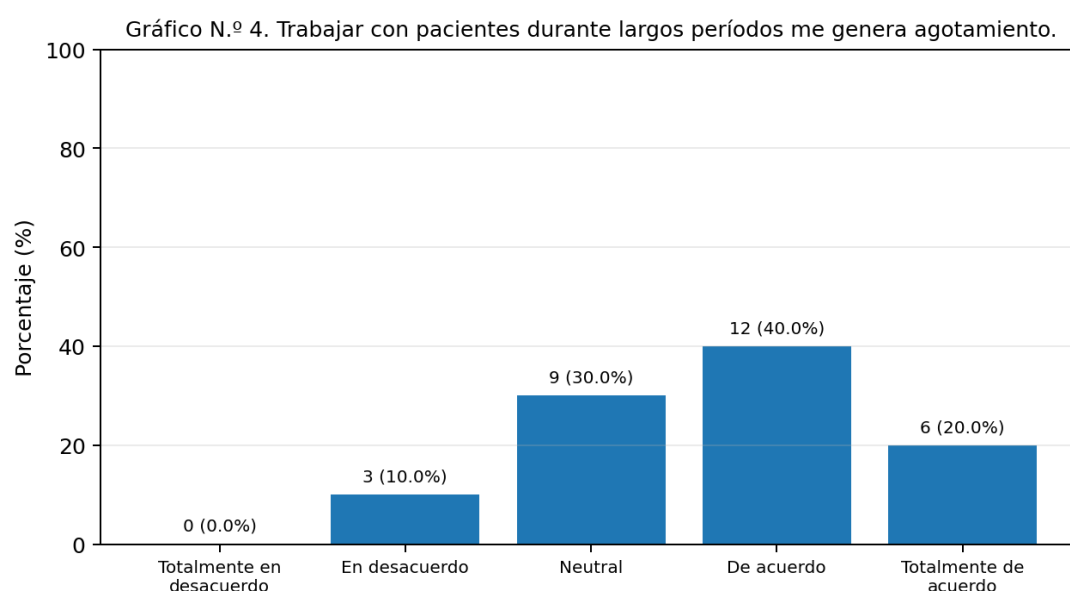


Gráfico 4. Distribución porcentual de respuestas al ítem 4. Fuente: encuesta aplicada a médicos internos, 2026.

Análisis del Gráfico 4: El 60.0% manifestó acuerdo o total acuerdo, el 30.0% neutralidad y el 10.0% desacuerdo. La media fue de 3.70/5. La exposición prolongada al trabajo con pacientes constituye un factor de agotamiento percibido.

Gráfico 5: Me resulta difícil mantener la energía necesaria para cumplir mis responsabilidades diarias.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente en desacuerdo	0	0.0%
En desacuerdo	3	10.0%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	13	43.3%
De acuerdo	9	30.0%
Totalmente de acuerdo	5	16.7%

Gráfico N.º 5. Me resulta difícil mantener la energía necesaria para cumplir mis responsabilidades diarias.

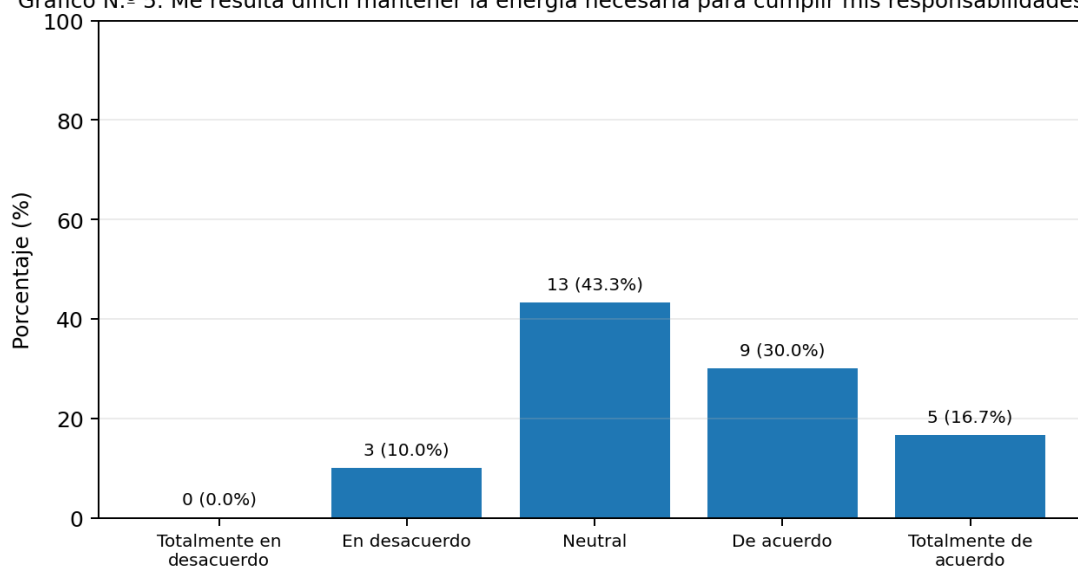


Gráfico 5. Distribución porcentual de respuestas al ítem 5. Fuente: encuesta aplicada a médicos internos, 2026.

Análisis del Gráfico 5: El 46.7% manifestó acuerdo o total acuerdo, el 43.3% neutralidad y el 10.0% desacuerdo. La media fue de 3.53/5. Casi la mitad reportó dificultad para conservar la energía necesaria para sus responsabilidades diarias.

Gráfico 6: Comprendo adecuadamente los fundamentos teóricos de los casos clínicos que atiendo.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente en desacuerdo	0	0.0%
En desacuerdo	2	6.7%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	16	53.3%
De acuerdo	8	26.7%
Totalmente de acuerdo	4	13.3%

Gráfico N.º 6. Comprendo adecuadamente los fundamentos teóricos de los casos clínicos que atiendo.

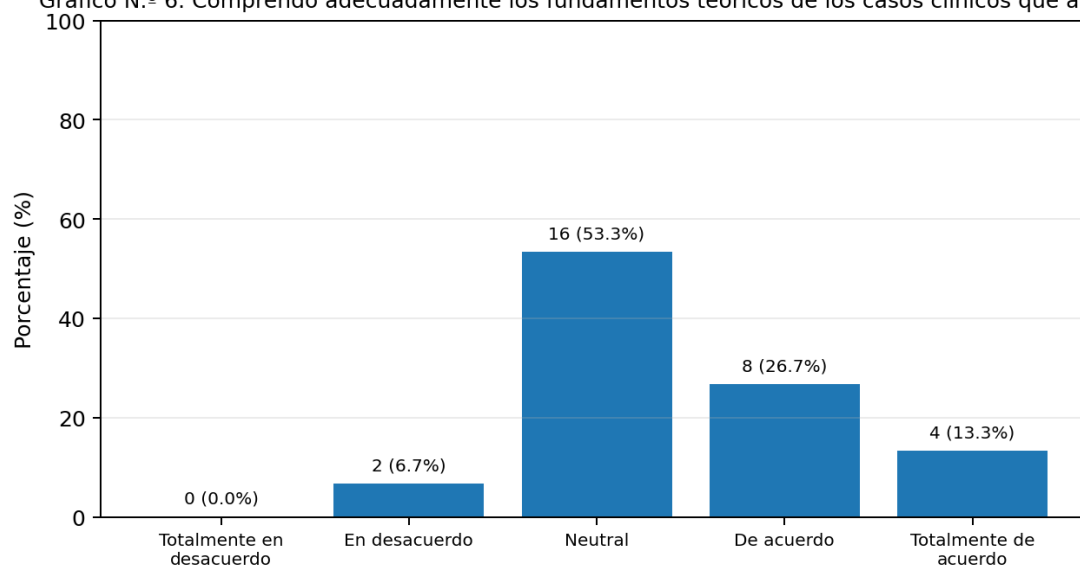


Gráfico 6. Distribución porcentual de respuestas al ítem 6. Fuente: encuesta aplicada a médicos internos, 2026.

Análisis del Gráfico 6: El 40.0% respondió de acuerdo o totalmente de acuerdo, el 53.3% neutral y el 6.7% en desacuerdo. La media fue de 3.47/5, reflejando una percepción intermedia del dominio de los fundamentos teóricos.

Gráfico 7: Logró integrar los conocimientos adquiridos en la universidad con la práctica hospitalaria.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente en desacuerdo	0	0.0%
En desacuerdo	1	3.3%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	20	66.7%
De acuerdo	7	23.3%
Totalmente de acuerdo	2	6.7%

Gráfico N.º 7. Logro integrar los conocimientos adquiridos en la universidad con la práctica hospitalaria.

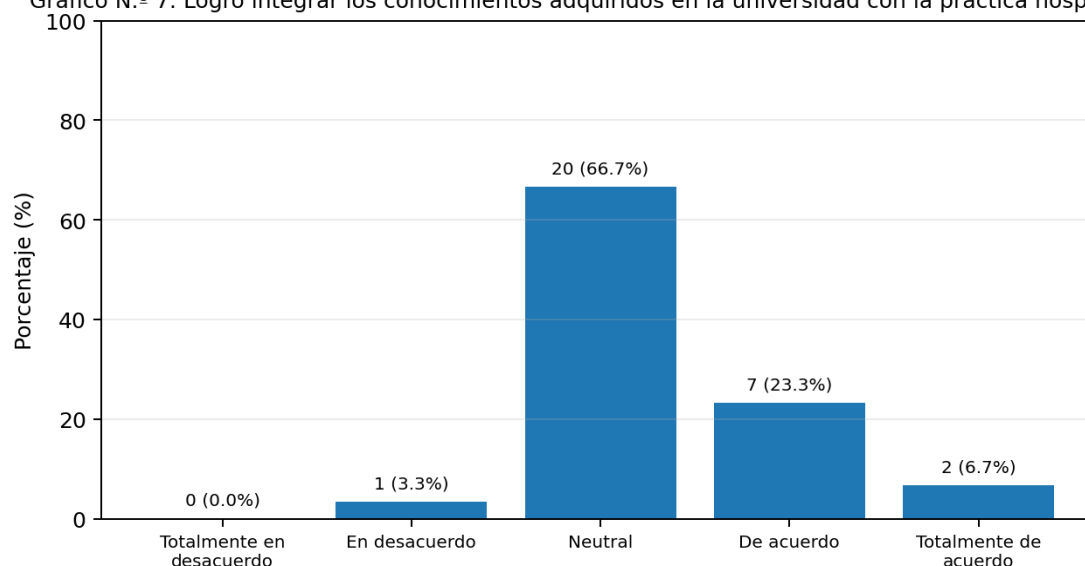


Gráfico 7. Distribución porcentual de respuestas al ítem 7. Fuente: encuesta aplicada a médicos internos, 2026.

Análisis del Gráfico 7: El 30.0% expresó acuerdo o total acuerdo, el 66.7% neutralidad y el 3.3% desacuerdo. La media fue de 3.33/5. Predomina una valoración neutral de la integración entre formación universitaria y práctica hospitalaria.

Gráfico 8: Me siento preparado para analizar y resolver problemas clínicos.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente en desacuerdo	0	0.0%
En desacuerdo	2	6.7%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	21	70.0%
De acuerdo	7	23.3%
Totalmente de acuerdo	0	0.0%

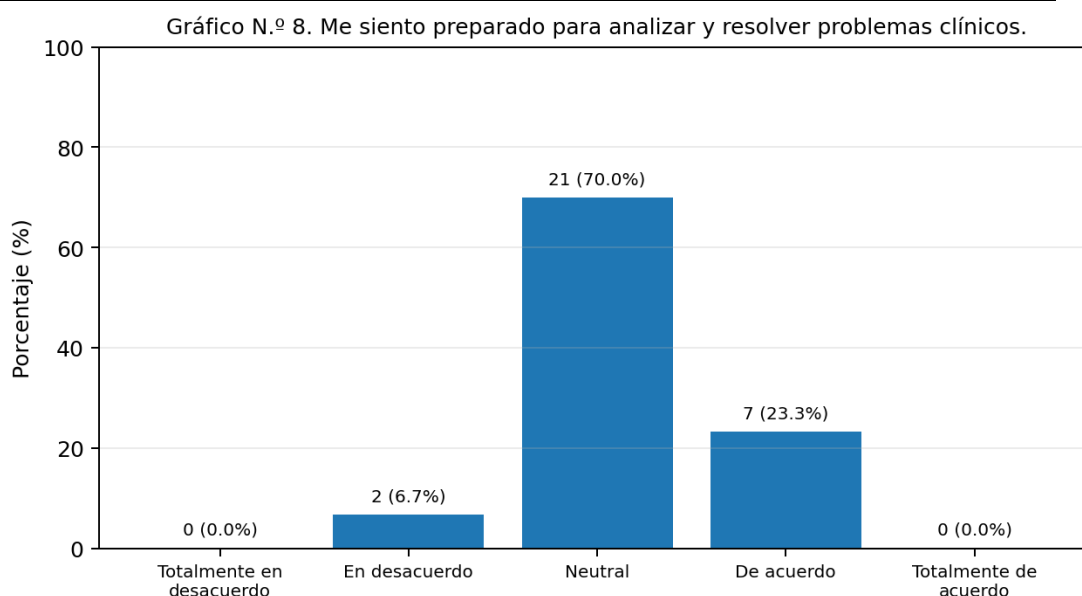


Gráfico 8. Distribución porcentual de respuestas al ítem 8. Fuente: encuesta aplicada a médicos internos, 2026.

Análisis del Gráfico 8: El 23.3% manifestó acuerdo, el 70.0% neutralidad y el 6.7% desacuerdo. La media fue de 3.17/5, reflejando una autopercepción de competencia para resolver problemas clínicos aún en consolidación.

Gráfico 9: Actualizo mis conocimientos médicos de manera constante.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente en desacuerdo	1	3.3%
En desacuerdo	9	30.0%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	15	50.0%
De acuerdo	5	16.7%
Totalmente de acuerdo	0	0.0%

Gráfico N.º 9. Actualizo mis conocimientos médicos de manera constante.

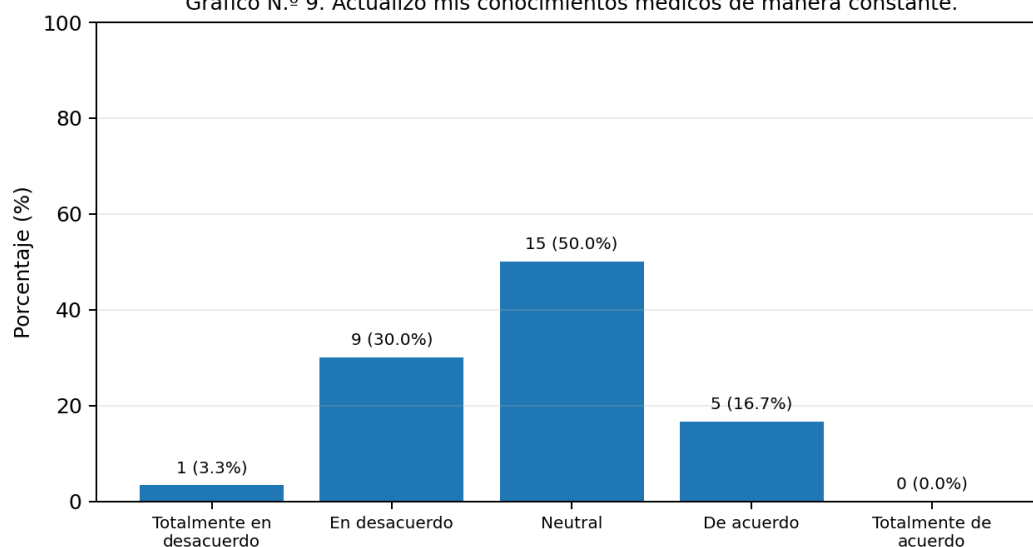


Gráfico 9. Distribución porcentual de respuestas al ítem 9. Fuente: encuesta aplicada a médicos internos, 2026.

Análisis del Gráfico 9: El 16.7% manifestó acuerdo, el 50.0% neutralidad y el 33.3% desacuerdo. La media fue de 2.80/5, la más baja de la dimensión, lo que sugiere dificultades en la actualización constante de conocimientos.

Gráfico 10: Identifico con facilidad los diagnósticos más probables de los pacientes.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente en desacuerdo	0	0.0%
En desacuerdo	0	0.0%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	19	63.3%
De acuerdo	11	36.7%
Totalmente de acuerdo	0	0.0%

Gráfico N.º 10. Identifico con facilidad los diagnósticos más probables de los pacientes.

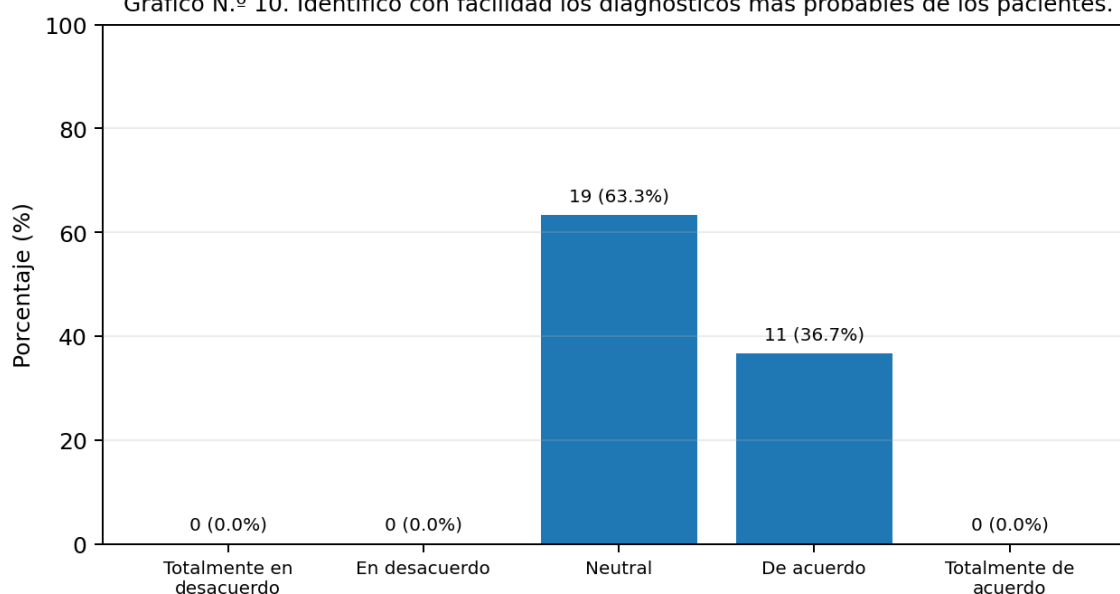


Gráfico 10. Distribución porcentual de respuestas al ítem 10. Fuente: encuesta aplicada a médicos internos, 2026.

Análisis del Gráfico 10: El 36.7% manifestó acuerdo y el 63.3% neutralidad, sin respuestas de desacuerdo. La media fue de 3.37/5, indicando una percepción moderada respecto a la identificación de diagnósticos probables.

Gráfico 11: Realizo procedimientos clínicos con seguridad y confianza.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente en desacuerdo	0	0.0%
En desacuerdo	1	3.3%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	16	53.3%
De acuerdo	13	43.3%
Totalmente de acuerdo	0	0.0%

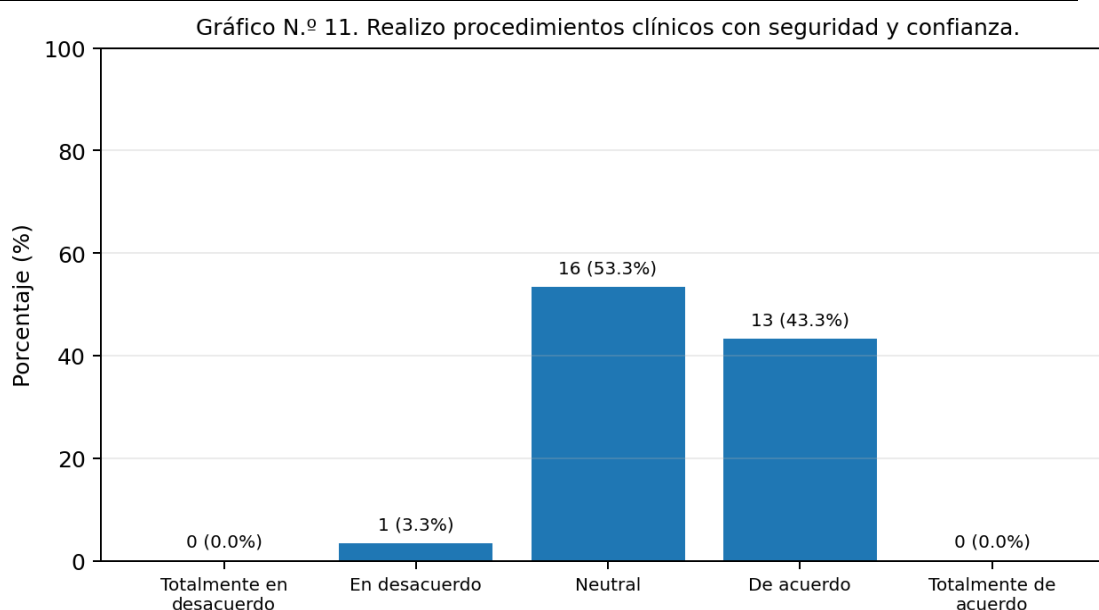


Gráfico 11. Distribución porcentual de respuestas al ítem 11. Fuente: encuesta aplicada a médicos internos, 2026.

Análisis del Gráfico 11: El 43.3% manifestó acuerdo, el 53.3% neutralidad y el 3.3% desacuerdo. La media fue de 3.40/5; la seguridad para realizar procedimientos parece encontrarse en proceso de consolidación.

Gráfico 12: Mantengo una relación profesional adecuada con los pacientes y familiares.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente en desacuerdo	0	0.0%
En desacuerdo	0	0.0%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	9	30.0%
De acuerdo	18	60.0%
Totalmente de acuerdo	3	10.0%

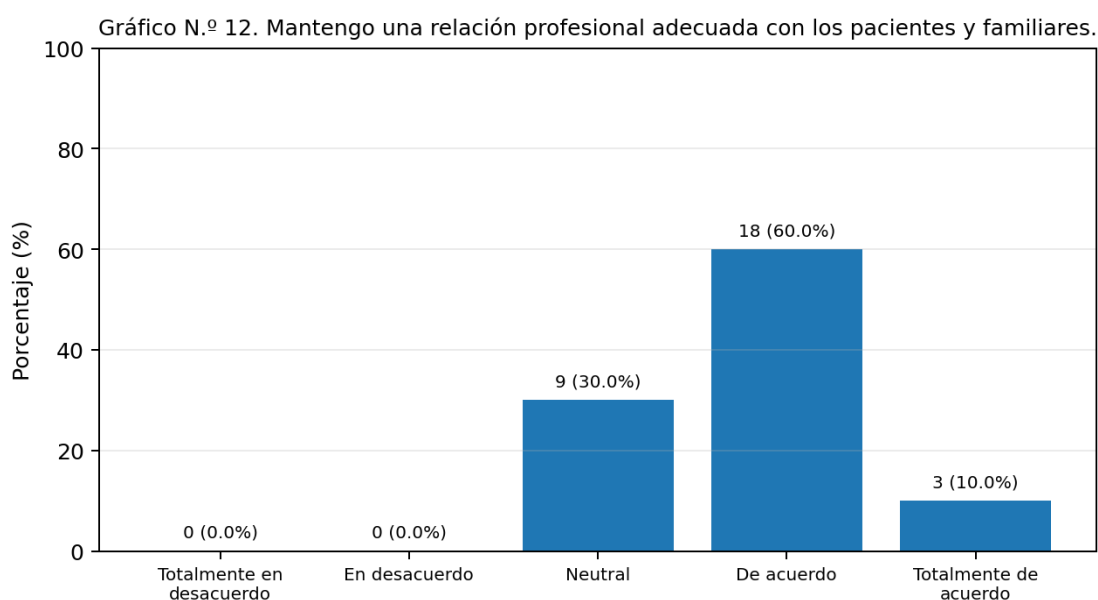


Gráfico 12. Distribución porcentual de respuestas al ítem 12. Fuente: encuesta aplicada a médicos internos, 2026.

Análisis del Gráfico 12: El 70.0% manifestó acuerdo o total acuerdo y el 30.0% neutralidad. La media fue de 3.80/5. Este constituye uno de los indicadores más favorables del desarrollo percibido de habilidades clínicas.

Gráfico 13: Me siento seguro al comunicar información clínica relevante.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente en desacuerdo	0	0.0%
En desacuerdo	1	3.3%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	13	43.3%
De acuerdo	15	50.0%
Totalmente de acuerdo	1	3.3%

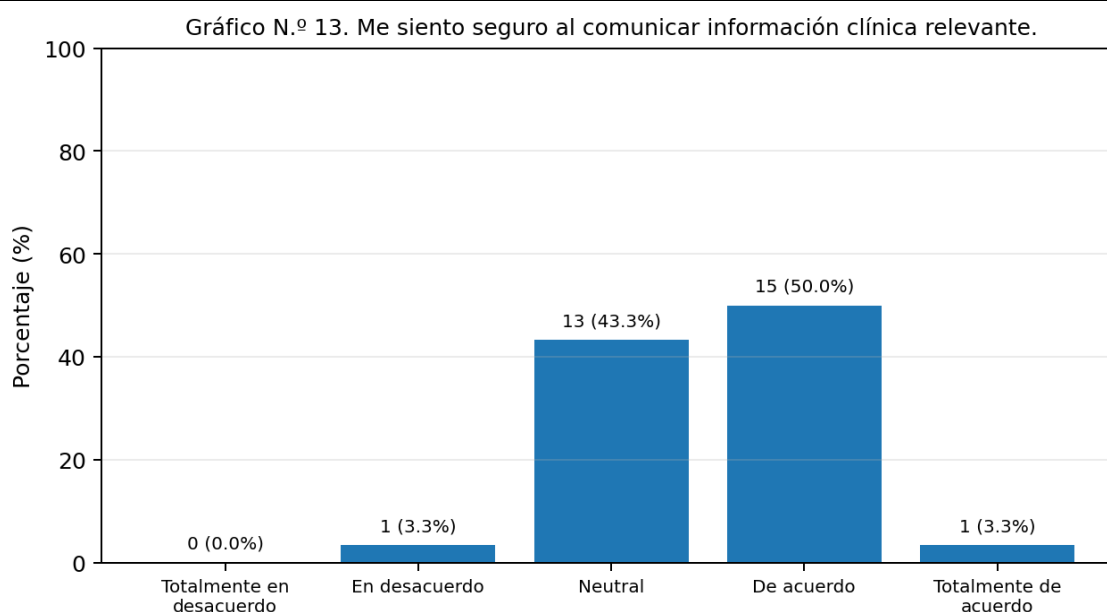


Gráfico 13. Distribución porcentual de respuestas al ítem 13. Fuente: encuesta aplicada a médicos internos, 2026.

Análisis del Gráfico 13: El 53.3% manifestó acuerdo o total acuerdo, el 43.3% neutralidad y el 3.3% desacuerdo. La media fue de 3.53/5, evidenciando una valoración relativamente favorable de la comunicación clínica.

Gráfico 14: El cansancio afecta mi capacidad de aprendizaje clínico.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente en desacuerdo	0	0.0%

En desacuerdo	3	10.0%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	11	36.7%
De acuerdo	9	30.0%
Totalmente de acuerdo	7	23.3%

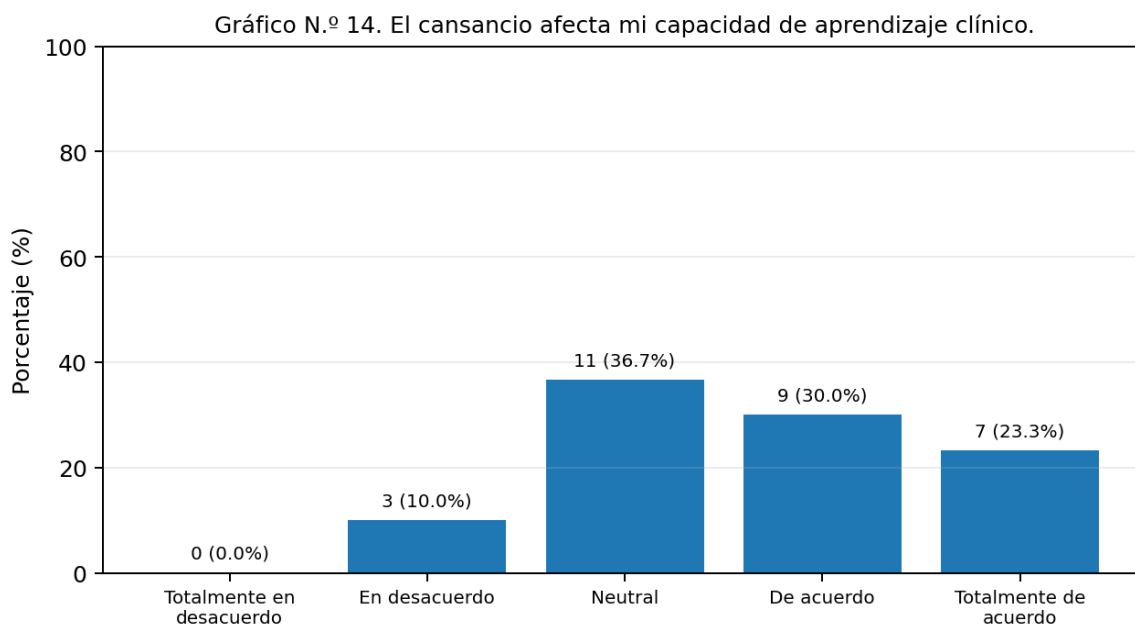


Gráfico 14. Distribución porcentual de respuestas al ítem 14. Fuente: encuesta aplicada a médicos internos, 2026.

Análisis del Gráfico 14: El 53.3% señaló acuerdo o total acuerdo, el 36.7% neutralidad y el 10.0% desacuerdo. La media fue de 3.67/5. Más de la mitad reconoce que el cansancio puede interferir con su capacidad de aprendizaje clínico.

Gráfico 15: El estrés disminuye mi concentración durante las actividades asistenciales.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente en desacuerdo	0	0.0%
En desacuerdo	3	10.0%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	9	30.0%
De acuerdo	13	43.3%
Totalmente de acuerdo	5	16.7%

Gráfico N.º 15. El estrés disminuye mi concentración durante las actividades asistenciales.

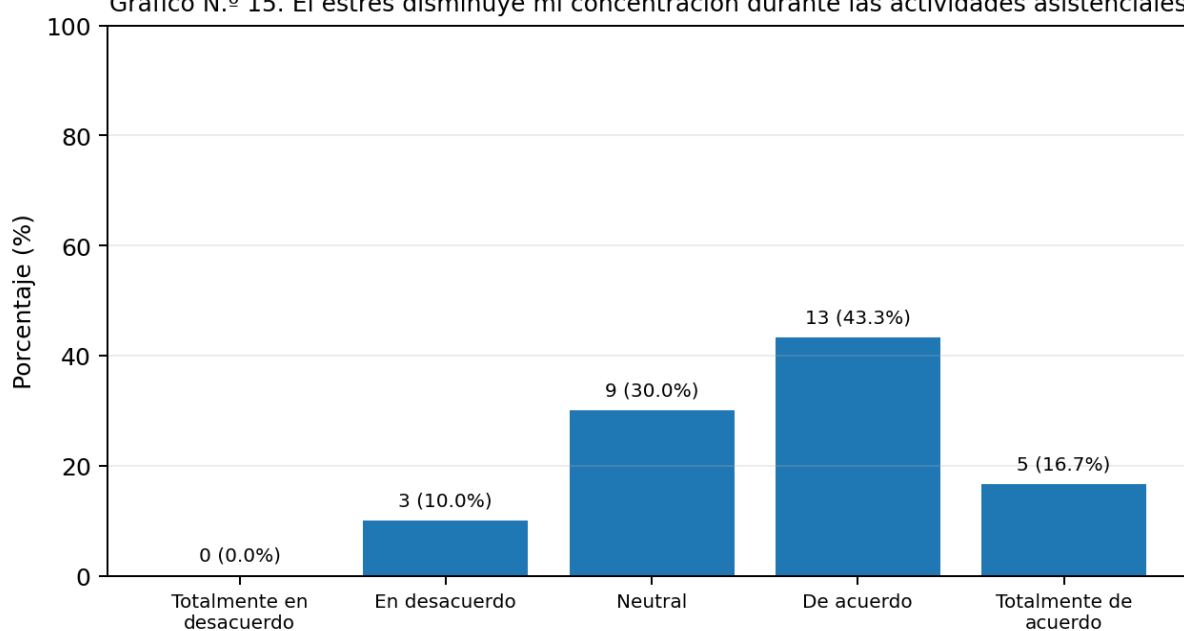


Gráfico 15. Distribución porcentual de respuestas al ítem 15. Fuente: encuesta aplicada a médicos internos, 2026.

Análisis del Gráfico 15: El 60.0% señaló acuerdo o total acuerdo, el 30.0% neutralidad y el 10.0% desacuerdo. La media fue de 3.67/5. La mayoría percibe que el estrés reduce su concentración durante las actividades asistenciales.

Gráfico N.º 16: El agotamiento influye negativamente en mi desempeño clínico.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente en desacuerdo	2	6.7%

En desacuerdo	1	3.3%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	8	26.7%
De acuerdo	14	46.7%
Totalmente de acuerdo	5	16.7%

Gráfico N.º 16. El agotamiento influye negativamente en mi desempeño clínico.

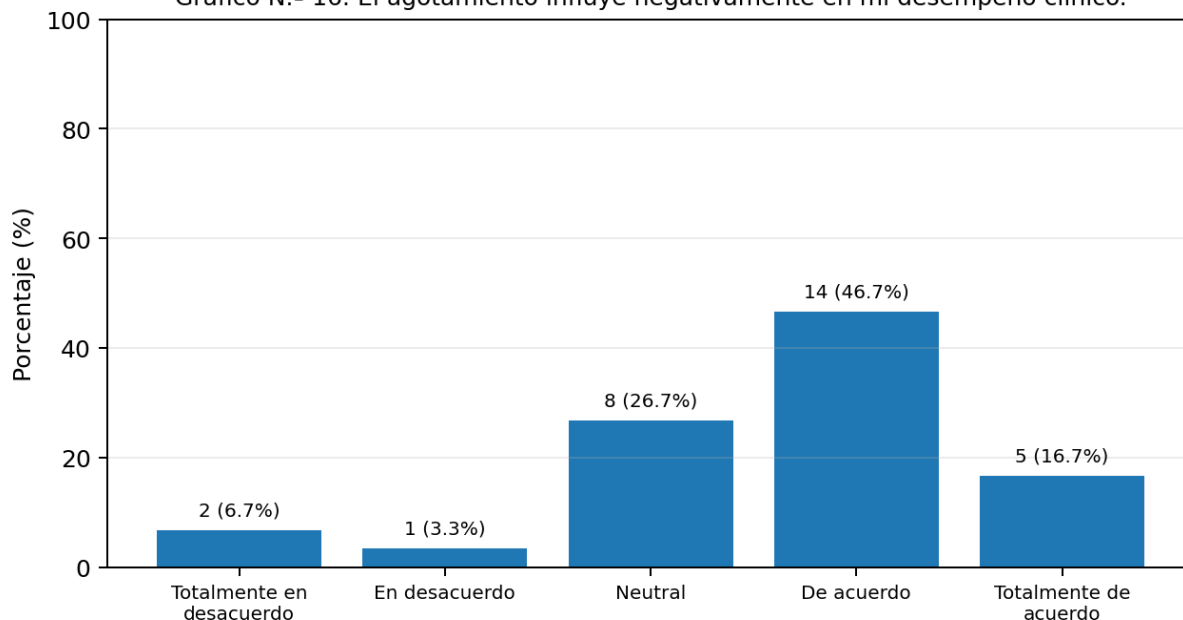


Gráfico 16. Distribución porcentual de respuestas al ítem 16. Fuente: encuesta aplicada a médicos internos, 2026.

Análisis del Gráfico 16: El 63.3% manifestó acuerdo o total acuerdo, el 26.7% neutralidad y el 10.0% desacuerdo. La media fue de 3.63/5. Una proporción importante vincula directamente el agotamiento con un menor desempeño clínico.

Gráfico 17: La sobrecarga laboral dificulta el desarrollo de nuevas habilidades clínicas.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente en desacuerdo	0	0.0%
En desacuerdo	3	10.0%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	10	33.3%
De acuerdo	12	40.0%
Totalmente de acuerdo	5	16.7%

Gráfico N.º 17. La sobrecarga laboral dificulta el desarrollo de nuevas habilidades clínicas.

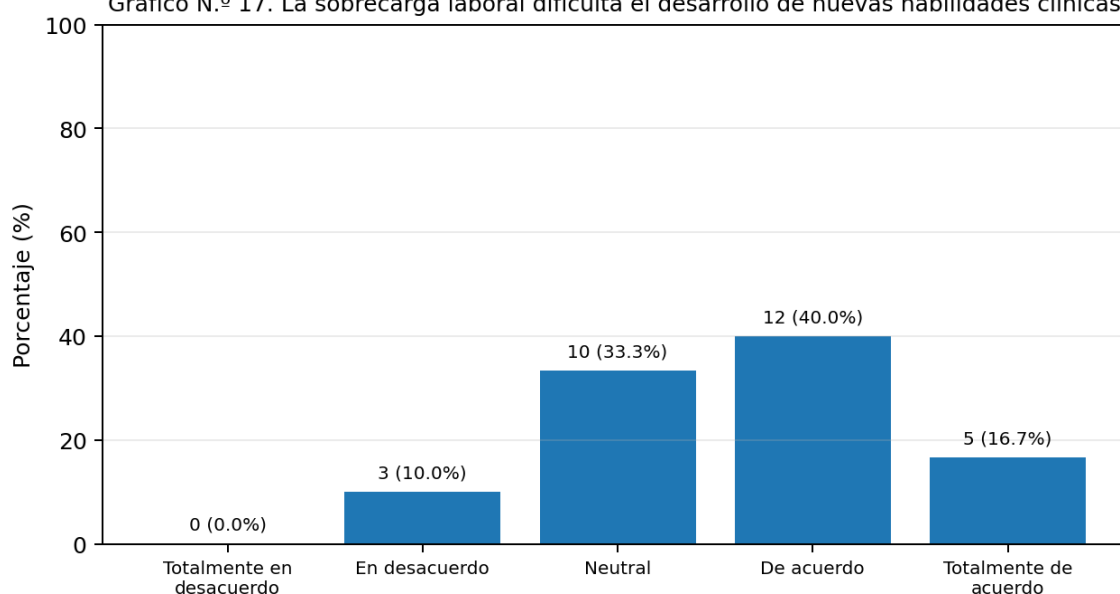


Gráfico 17. Distribución porcentual de respuestas al ítem 17. Fuente: encuesta aplicada a médicos internos, 2026.

Análisis del Gráfico 17: El 56.7% manifestó acuerdo o total acuerdo, el 33.3% neutralidad y el 10.0% desacuerdo. La media fue de 3.63/5. La sobrecarga laboral se configura como una barrera percibida para el desarrollo de nuevas habilidades clínicas.

Gráfico 18: Cuando me siento emocionalmente agotado, mi rendimiento académico y clínico disminuye.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente en desacuerdo	2	6.9%
En desacuerdo	1	3.4%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	11	37.9%
De acuerdo	11	37.9%
Totalmente de acuerdo	4	13.8%

Gráfico N.º 18. Cuando me siento emocionalmente agotado, mi rendimiento académico y clínico disminuye.

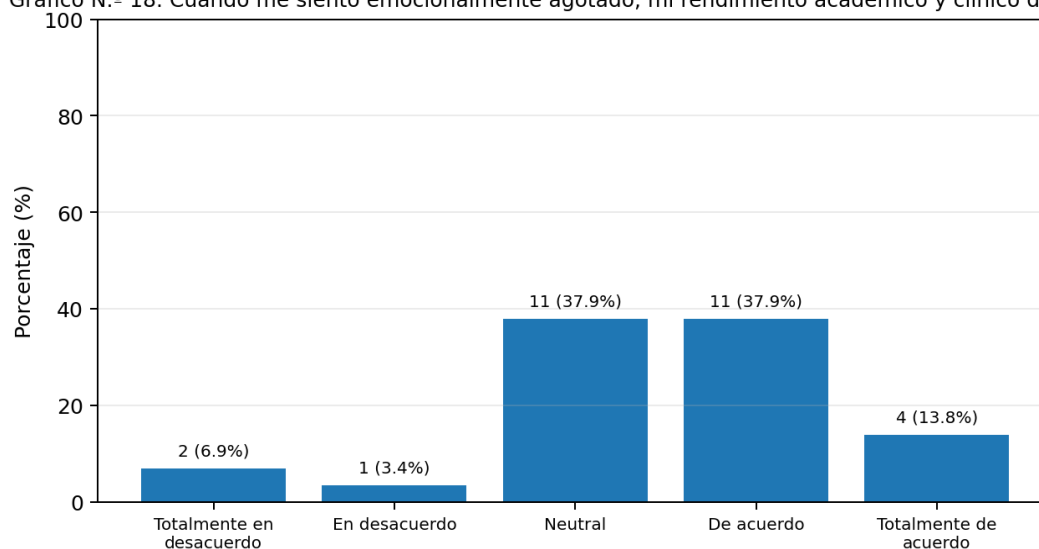


Gráfico 18. Distribución porcentual de respuestas al ítem 18. Fuente: encuesta aplicada a médicos internos, 2026.

Análisis del Gráfico 18: Entre las 29 respuestas registradas, el 51.7% manifestó acuerdo o total acuerdo, el 37.9% neutralidad y el 10.3% desacuerdo. La media fue de 3.48/5. Más de la mitad reconoce una disminución del rendimiento cuando experimenta agotamiento emocional.

Análisis por dimensiones

Dimensión	Media global (1-5)	Promedio de acuerdo/total acuerdo
Agotamiento asociado al internado	3.78	60.7%
Desarrollo percibido de habilidades clínicas	3.36	39.2%
Impacto del agotamiento sobre el aprendizaje	3.62	57.0%

La dimensión de agotamiento asociado al internado alcanzó una media conjunta de 3.78/5. Los mayores niveles de acuerdo se observaron en el agotamiento emocional y el cansancio al finalizar la jornada, lo que evidencia una presencia relevante de agotamiento percibido.

El desarrollo percibido de habilidades clínicas presentó una media de 3.36/5. La relación profesional con pacientes y familiares obtuvo una valoración especialmente favorable, mientras que la actualización de conocimientos y varios componentes del razonamiento clínico mostraron mayor concentración de respuestas neutrales.

El impacto del agotamiento sobre el aprendizaje registró una media aproximada de 3.62/5. Más de la mitad de los participantes manifestó acuerdo con que el cansancio, el estrés, el agotamiento y la sobrecarga laboral afectan el aprendizaje o el desempeño clínico.

Análisis complementario según rotación médica

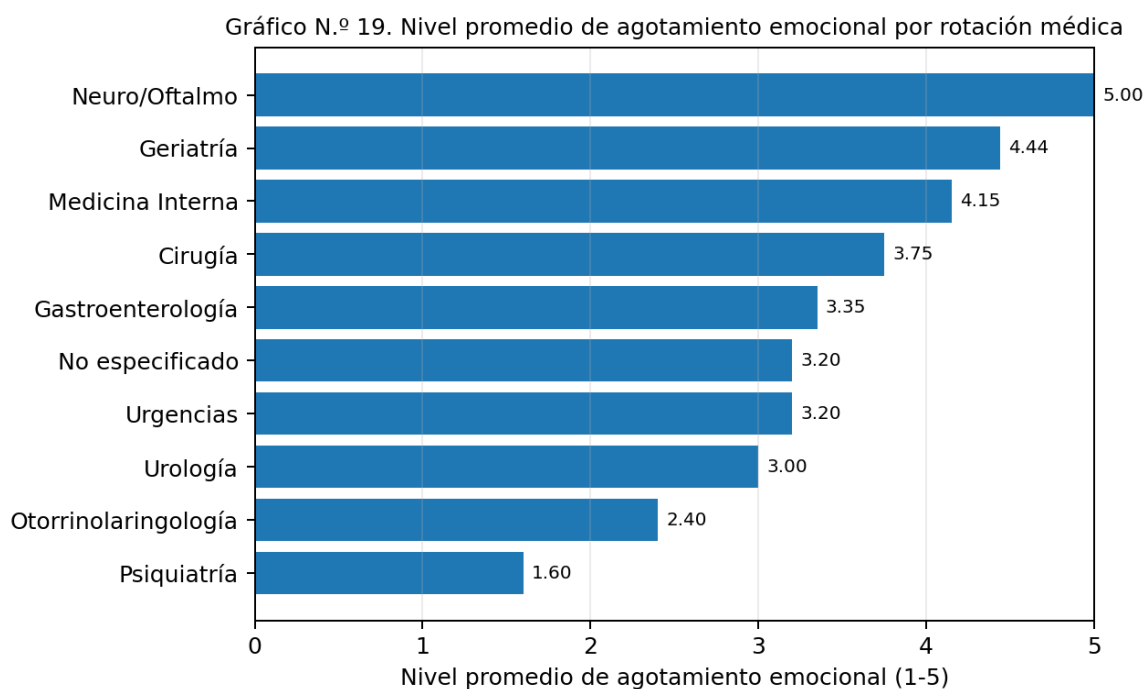


Gráfico 19. Nivel promedio de agotamiento emocional por rotación médica. Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta, 2026.

El análisis por rotación mostró diferencias relevantes. Geriatría presentó el promedio de agotamiento emocional más elevado (4.44/5), seguida de Medicina Interna (4.15/5). En contraste, Psiquiatría (1.60/5) y Otorrinolaringología (2.40/5) presentaron los valores más bajos. Estos hallazgos deben considerarse exploratorios debido a la desigual representación de participantes entre servicios.

La interpretación de Geriatría debe considerar que, según las condiciones reportadas durante la recolección, el servicio cuenta aproximadamente con 200 pacientes hospitalizados para 8 a 10 internos distribuidos en diferentes salas. En Neurocirugía/Oftalmología, la representación corresponde a una sola interna, lo que limita especialmente cualquier generalización por rotación.

Relación entre agotamiento emocional e impacto negativo en el rendimiento

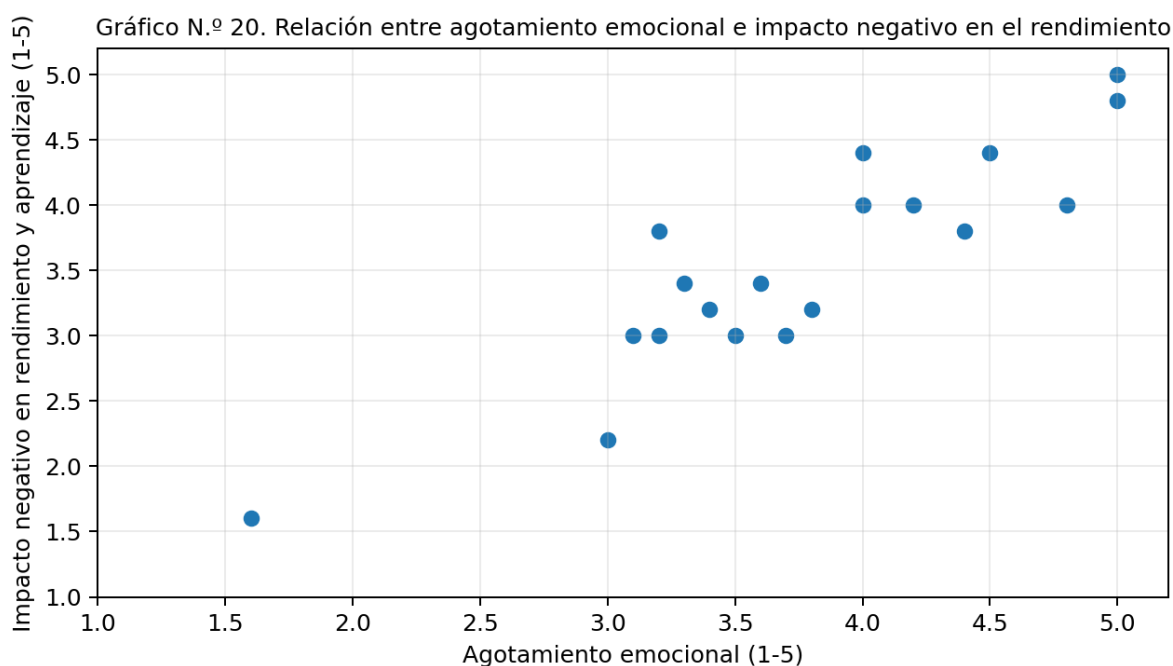


Gráfico 20. Relación entre agotamiento emocional e impacto negativo en el rendimiento. Fuente: reconstrucción gráfica del análisis complementario suministrado, 2026.

El análisis complementario suministrado reporta una correlación positiva extremadamente fuerte de aproximadamente $r=0.89$ entre agotamiento emocional e impacto negativo percibido en el aprendizaje y la concentración. En términos interpretativos, mayores puntuaciones de agotamiento se acompañan de mayores puntuaciones de interferencia percibida sobre el rendimiento. Este análisis se considera complementario y no sustituye la prueba principal de hipótesis entre agotamiento y habilidades clínicas.

Confiabilidad del instrumento: Alfa de Cronbach

Escala/dimensión	Alfa de Cronbach	n	Interpretación
Agotamiento asociado al internado	0.956	30	Excelente
Desarrollo percibido de habilidades clínicas	0.881	30	Buena
Impacto del agotamiento sobre el aprendizaje	0.956	29	Excelente
Instrumento completo (18 ítems)	0.790	29	Aceptable

El instrumento completo obtuvo un alfa de Cronbach de 0.790 en los 29 casos completos, indicando consistencia interna aceptable. Por dimensiones, los coeficientes fueron elevados. Los valores superiores a 0.95 deben interpretarse junto con la validez de contenido, ya que también pueden reflejar una fuerte similitud entre reactivos.

4.2 Instrumento 2 - Entrevista semiestructurada a especialista

Como parte del proceso de investigación, se realizó una entrevista semiestructurada a una profesional con experiencia en el área, con el propósito de profundizar en la comprensión del síndrome de burnout en los médicos en formación y analizar su posible influencia sobre el aprendizaje y desarrollo de habilidades clínicas durante el internado médico.

Para el análisis de la información obtenida se realizó una interpretación cualitativa de las respuestas, identificando categorías temáticas relacionadas con: conceptualización del burnout, factores predisponentes, manifestaciones, influencia sobre el aprendizaje, motivación y rendimiento académico, ambiente de aprendizaje, papel del docente clínico y carga asistencial.

4.2.1 Conceptualización del síndrome de burnout

Ante la pregunta sobre cómo definiría el síndrome de burnout en los médicos en formación, la especialista lo conceptualizó como un estado de desgaste generado por la exposición prolongada a factores estresantes relacionados con el trabajo, especialmente cuando existen pocas oportunidades para recuperarse.

Análisis

La respuesta permite identificar dos componentes centrales: por una parte, la exposición sostenida a estresores laborales y, por otra, la insuficiencia de espacios de recuperación. Desde esta perspectiva, el burnout no se interpreta como el resultado de un episodio aislado de estrés, sino como un proceso relacionado con la persistencia de las demandas laborales y la ausencia de mecanismos adecuados de recuperación.

Este planteamiento adquiere especial relevancia en el contexto del internado médico, debido a que la formación se desarrolla simultáneamente con responsabilidades asistenciales. Por tanto, el equilibrio entre las exigencias del trabajo y las posibilidades de descanso constituye un elemento importante para comprender la aparición del agotamiento en los médicos internos.

4.2.2 Factores que favorecen la aparición del burnout durante el internado médico

La especialista identificó como principales factores asociados a la aparición del burnout las jornadas prolongadas, múltiples tareas simultáneas, falta de descanso, alteración del ritmo circadiano, dificultad para desconectarse mentalmente del trabajo, conflictos laborales, aumento de tareas y perfeccionismo.

Análisis

Los factores mencionados permiten identificar dos grandes grupos. El primero corresponde a factores relacionados con la organización y las condiciones del trabajo, como las jornadas prolongadas, el aumento de tareas, la simultaneidad de responsabilidades, la falta de descanso y los conflictos laborales. El segundo comprende elementos relacionados con la manera en que el individuo enfrenta las exigencias profesionales, como el perfeccionismo y la dificultad para desconectarse mentalmente de las responsabilidades laborales.

Resulta particularmente relevante la identificación de la falta de descanso y la alteración del ritmo circadiano, ya que ambas condiciones reducen las oportunidades de recuperación del médico interno. De esta manera, la respuesta de la entrevistada sugiere que el burnout debe comprenderse como un fenómeno multifactorial en el que interactúan las condiciones del ambiente hospitalario con determinados factores individuales.

4.2.3 Burnout como problema relevante en los hospitales docentes

La especialista considera que el burnout constituye actualmente un problema relevante dentro de los hospitales docentes debido a que estos ambientes reúnen diversas condiciones, estas pueden favorecer su aparición. Sin embargo, enfatiza que no significa que todos los médicos internos necesariamente desarrollarán burnout, debido a que las estrategias de afrontamiento pueden modificar el riesgo.

Análisis

Este planteamiento permite evitar una interpretación determinista del fenómeno. La exposición a condiciones laborales exigentes representa un factor de riesgo, pero no implica necesariamente, que todos los médicos internos desarrollarán burnout.

La respuesta introduce, además, la importancia de las estrategias de afrontamiento, señalando que la vulnerabilidad puede variar entre individuos. En consecuencia, las intervenciones preventivas no deberían limitarse exclusivamente a modificar las condiciones laborales, sino que también podrían contemplar mecanismos de acompañamiento y recursos de apoyo para los médicos en formación.

4.2.4 Manifestaciones frecuentes del burnout

Entre las principales manifestaciones identificadas por la especialista se encuentran la irritabilidad, falta de concentración, alteraciones del sueño, desmotivación, pérdida del disfrute, aislamiento, agotamiento y dificultad para desconectarse del trabajo.

Análisis

Las manifestaciones señaladas abarcan diferentes dimensiones del funcionamiento del médico interno. Algunas se relacionan con el bienestar emocional, como la irritabilidad, desmotivación y pérdida del disfrute; otras afectan procesos cognitivos esenciales para el aprendizaje, particularmente la concentración; mientras que las alteraciones del sueño y el agotamiento comprometen la recuperación física y mental. En el contexto de esta investigación resulta especialmente relevante la falta de concentración, debido a que el aprendizaje clínico exige mantener la atención, integrar conocimientos y analizar información durante la atención de los pacientes.

4.2.5 Influencia del agotamiento emocional sobre el aprendizaje

La especialista considera que el agotamiento emocional constituye un factor de riesgo para el proceso de aprendizaje, debido a que puede favorecer la pérdida del disfrute,

desmotivación, falta de atención y concentración, además de dificultar el procesamiento de información compleja.

Análisis

Esta respuesta establece uno de los principales vínculos entre las dos variables centrales de la investigación. El agotamiento emocional podría afectar el aprendizaje a través de la alteración de procesos cognitivos y motivacionales necesarios para adquirir y consolidar habilidades clínicas.

La dificultad para mantener la atención y procesar información compleja resulta particularmente importante en la formación médica, donde el interno debe interpretar datos clínicos, integrar conocimientos teóricos con situaciones reales y participar en la resolución de problemas.

Por consiguiente, desde la perspectiva de la especialista, el agotamiento emocional no solamente constituye un problema relacionado con el bienestar del médico interno, sino que también puede representar un factor que interfiera con su proceso formativo.

4.2.6 Burnout y motivación para las actividades académicas y asistenciales

La entrevistada, considera que el burnout puede disminuir la motivación de los internos para participar activamente en las actividades académicas y asistenciales. Explica que, cuando una proporción importante de la energía del individuo se destina a enfrentar las dificultades asociadas al agotamiento, las actividades académicas pueden comenzar a ser percibidas como una carga adicional.

Análisis

Este hallazgo permite comprender que la influencia del burnout sobre el aprendizaje podría producirse no solamente mediante dificultades cognitivas, sino también mediante una disminución de la disposición para aprender.

El aprendizaje clínico requiere participación, esfuerzo y motivación. Si el médico interno percibe las actividades educativas como una responsabilidad adicional dentro de una jornada ya exigente, podría disminuir su involucramiento en las oportunidades formativas.

Por tanto, la respuesta sugiere la existencia de un posible mecanismo progresivo en el cual la sobrecarga favorece el agotamiento, el agotamiento disminuye la energía y motivación disponible y, finalmente, esta situación puede limitar la participación en experiencias de aprendizaje.

4.2.7 Relación entre burnout y rendimiento académico

Ante la pregunta sobre la existencia de una relación entre burnout y rendimiento académico, la especialista respondió afirmativamente.

Análisis

La respuesta respalda la existencia percibida de una relación entre ambas variables. Este resultado debe interpretarse juntamente con las respuestas anteriores, en las cuales la especialista identificó mecanismos que podrían explicar dicha relación, entre ellos la disminución de la concentración, desmotivación, agotamiento y dificultad para procesar información compleja.

No obstante, por tratarse de la opinión profesional obtenida mediante una entrevista cualitativa, este hallazgo debe utilizarse como elemento complementario para interpretar los resultados cuantitativos de la investigación y no como demostración estadística de una relación causal.

4.2.8 Características de un ambiente clínico favorable para el bienestar y aprendizaje

La especialista considera que un ambiente de aprendizaje clínico adecuado debería caracterizarse por el equilibrio entre trabajo y aprendizaje, disponibilidad de tiempo

suficiente para alimentación, oportunidades reales de descanso y recuperación, oportunidades de aprendizaje y acceso a acompañamiento psicológico.

Análisis

La respuesta evidencia que un ambiente clínico favorable requiere integrar las necesidades asistenciales con los objetivos educativos y el bienestar de los médicos internos.

Destaca particularmente el concepto de equilibrio entre trabajo y aprendizaje, debido a que el internado posee simultáneamente una función asistencial y formativa. Cuando las actividades asistenciales desplazan las oportunidades educativas o limitan excesivamente el descanso, podría verse comprometido el propósito pedagógico del internado.

En este sentido, favorecer oportunidades reales de recuperación no debe interpretarse de manera separada del aprendizaje, sino como una condición que puede contribuir a mantener la capacidad física, cognitiva y emocional necesaria para participar adecuadamente en las actividades formativas.

4.2.9 Papel del docente clínico en la prevención del burnout

La especialista atribuye al docente clínico un papel que trasciende la transmisión de conocimientos. Señala que, el docente debe favorecer un ambiente donde el interno pueda expresar dudas, reconocer errores y solicitar ayuda; además, debe proporcionar supervisión y acompañamiento, mantener una comunicación cercana y asertiva, identificar posibles señales de burnout y recomendar el acceso a recursos de apoyo cuando sea necesario.

Análisis

La respuesta sitúa al docente clínico como un elemento importante tanto para el aprendizaje como para el bienestar del médico interno. El acompañamiento docente

puede generar un entorno en el cual el interno tenga mayor seguridad para reconocer sus limitaciones y solicitar orientación.

Asimismo, la supervisión adecuada adquiere una doble importancia: contribuye al desarrollo progresivo de habilidades clínicas y permite identificar cambios en el comportamiento o desempeño que puedan sugerir dificultades relacionadas con el agotamiento.

De esta manera, la función docente durante el internado no debería limitarse exclusivamente a la enseñanza de conocimientos y procedimientos, sino incluir componentes de acompañamiento, comunicación y orientación.

4.2.10 Carga asistencial, aprendizaje y bienestar emocional

La especialista considera que, actualmente no necesariamente existe un equilibrio adecuado entre carga asistencial, aprendizaje y bienestar emocional. Señala que este desequilibrio puede presentarse particularmente cuando predominan las actividades asistenciales sobre las educativas y cuando las jornadas limitan las oportunidades de descanso y recuperación.

Sin embargo, aclara que el bienestar del médico interno no depende exclusivamente de la cantidad de trabajo, sino de la relación existente entre la carga asistencial, las oportunidades de aprendizaje y las posibilidades de recuperación.

Análisis

Esta respuesta constituye uno de los hallazgos más relevantes de la entrevista porque permite comprender que, la carga asistencial no debe analizarse únicamente en términos cuantitativos.

La práctica clínica constituye una parte indispensable del proceso formativo y, por tanto, una elevada actividad asistencial puede generar oportunidades valiosas de aprendizaje. El problema surge cuando dicha actividad no se acompaña de objetivos

educativos, supervisión, espacios de aprendizaje y oportunidades suficientes de recuperación.

Por consiguiente, más que plantear una eliminación de las exigencias propias del internado, la perspectiva de la especialista orienta hacia la necesidad de alcanzar un equilibrio entre exposición clínica, aprendizaje y recuperación.

Análisis temático integrado de la entrevista

A partir de las respuestas obtenidas se identificaron cinco categorías principales:

Categoría temática	Principales elementos identificados	Posible relación con la investigación
Condiciones generadoras de burnout	Jornadas prolongadas, múltiples tareas, falta de descanso, alteración del ritmo circadiano y conflictos laborales	Favorecen el desgaste y disminuyen las oportunidades de recuperación
Manifestaciones del agotamiento	Irritabilidad, agotamiento, alteraciones del sueño, aislamiento y dificultad para desconectarse	Reflejan afectación del bienestar del médico interno
Procesos relacionados con el aprendizaje	Falta de concentración, desmotivación y dificultad para procesar información compleja	Pueden interferir con la adquisición de conocimientos y habilidades clínicas
Ambiente educativo protector	Equilibrio trabajo-aprendizaje, descanso, alimentación, oportunidades educativas y apoyo psicológico	Puede favorecer tanto el bienestar como el proceso formativo

Papel del docente clínico	Supervisión, acompañamiento, comunicación, posibilidad de expresar dudas y solicitar ayuda	Constituye un potencial factor protector dentro del ambiente educativo
---------------------------	--	--

Interpretación integrada

El análisis global de la entrevista permite identificar una secuencia conceptual relevante para el problema estudiado. La exposición prolongada a condiciones laborales exigentes, cuando no se acompaña de suficientes oportunidades de descanso y recuperación, puede favorecer el agotamiento. Este agotamiento puede manifestarse mediante alteraciones emocionales, físicas, motivacionales y cognitivas. Dentro de estas manifestaciones, la disminución de la concentración, la desmotivación y la dificultad para procesar información compleja representan los elementos que establecen una conexión más directa con el proceso de aprendizaje de habilidades clínicas.

Asimismo, la entrevista evidencia que el ambiente hospitalario puede actuar tanto como factor de riesgo como elemento protector. Una organización predominantemente asistencial, con jornadas que dificultan la recuperación, podría incrementar el riesgo de agotamiento; mientras que un entorno que combine adecuadamente responsabilidades clínicas, oportunidades educativas, supervisión docente y espacios de recuperación podría favorecer una experiencia formativa más equilibrada.

Integración de los resultados cualitativos y cuantitativos

Los hallazgos de la entrevista presentan correspondencia con los resultados obtenidos mediante el cuestionario aplicado a los médicos internos. En el componente cuantitativo se identificó una tendencia elevada de agotamiento percibido, mientras

que la especialista señaló precisamente las jornadas prolongadas, falta de descanso, múltiples tareas y dificultad para desconectarse del trabajo como factores que pueden favorecer este fenómeno.

Asimismo, los médicos internos manifestaron que el cansancio, estrés, agotamiento y sobrecarga laboral pueden afectar diferentes componentes de su aprendizaje y desempeño clínico. Esta percepción encuentra respaldo cualitativo en la entrevista, en la cual se identificaron la falta de concentración, desmotivación, disminución de la atención y dificultad para procesar información compleja como posibles mecanismos mediante los cuales el agotamiento puede interferir con el aprendizaje.

De especial relevancia resulta la coincidencia respecto a la sobrecarga asistencial. Mientras los resultados cuantitativos muestran que una proporción importante de los participantes considera que la sobrecarga dificulta el desarrollo de nuevas habilidades clínicas, la especialista señala que el problema aparece especialmente cuando las responsabilidades asistenciales predominan sobre las educativas y limitan las posibilidades de descanso y recuperación.

En conjunto, ambos instrumentos presentan una convergencia de hallazgos: el agotamiento es percibido como un fenómeno relevante durante el internado y existen elementos, que sugieren una relación entre mayores niveles de desgaste y dificultades en el proceso de aprendizaje clínico.

Sin embargo, estos resultados deben interpretarse con prudencia. La entrevista corresponde a la perspectiva profesional de una especialista y los datos cuantitativos proceden de un estudio transversal basado principalmente en autopercepción. Por ello, los resultados permiten identificar asociaciones, percepciones y mecanismos plausibles, pero no demostrar por sí mismos una relación causal.

Síntesis del análisis de la entrevista

La entrevista permite concluir que, desde la perspectiva de la especialista, el burnout durante el internado médico constituye un fenómeno multifactorial relacionado con la exposición prolongada a exigencias laborales y con oportunidades insuficientes de recuperación. Sus manifestaciones pueden comprometer procesos fundamentales para el aprendizaje, principalmente la concentración, motivación, atención y procesamiento de información compleja.

Asimismo, los resultados cualitativos destacan que la prevención no depende exclusivamente de disminuir la carga laboral. Resulta necesario promover un equilibrio entre las responsabilidades asistenciales, las oportunidades reales de aprendizaje y las posibilidades de recuperación, acompañado de supervisión docente, comunicación efectiva y acceso a recursos de apoyo.

De esta manera, los hallazgos cualitativos complementan los resultados obtenidos mediante el cuestionario y fortalecen la interpretación integral del fenómeno estudiado, al aportar una explicación profesional acerca de los mecanismos mediante los cuales el agotamiento puede relacionarse con el aprendizaje y desarrollo de habilidades clínicas de los médicos internos.

4.3 Prueba de hipótesis

Hipótesis de investigación (H_1): Existe una relación estadísticamente significativa entre el agotamiento asociado al síndrome de burnout y el aprendizaje/desarrollo percibido de habilidades clínicas de los médicos internos.

Hipótesis nula (H_0): No existe una relación estadísticamente significativa entre el agotamiento asociado al síndrome de burnout y el aprendizaje/desarrollo percibido de habilidades clínicas de los médicos internos.

Variables correlacionadas	r de Pearson	p	n
Agotamiento (ítems 1-5) vs. habilidades clínicas (ítems 6-13)	-0.566	0.0011	30

El coeficiente de Pearson fue $r=-0.566$, con $p=0.0011$. Debido a que $p<0.05$, la prueba de Pearson aporta evidencia estadística a favor de la hipótesis de investigación en esta muestra. La relación es negativa y de magnitud moderada: mayores puntuaciones de agotamiento tienden a corresponder con menores puntuaciones de desarrollo percibido de habilidades clínicas.

Como análisis de sensibilidad, la correlación de Spearman fue $\rho=-0.332$ con $p=0.0732$, sin alcanzar significación estadística al nivel de 0.05. La discrepancia entre ambas pruebas y el tamaño reducido de la muestra aconsejan considerar la asociación como preliminar y confirmar con la muestra final.

4.4 Síntesis de los principales hallazgos

- La muestra preliminar estuvo constituida por 30 médicos internos, predominantemente mujeres y con edades concentradas entre 24 y 26 años.
- Los indicadores de agotamiento mostraron una tendencia general hacia el acuerdo, destacándose el agotamiento emocional y el cansancio al finalizar la jornada.
- La percepción de habilidades clínicas fue intermedia, con fortalezas en relación profesional y comunicación y mayor neutralidad en integración teoría-práctica, resolución de problemas y actualización de conocimientos.
- Más de la mitad de los participantes percibió que el cansancio, el estrés, el agotamiento o la sobrecarga laboral interfieren con el aprendizaje o el desempeño clínico.

- Geriatría y Medicina Interna presentaron los promedios de agotamiento emocional más elevados en el análisis por rotación.
- El instrumento mostró consistencia interna aceptable globalmente y elevada por dimensiones.
- Pearson mostró una asociación negativa moderada y estadísticamente significativa entre agotamiento y habilidades clínicas; Spearman no alcanzó significación, por lo que la interpretación se mantiene preliminar.

4.5 Limitaciones metodológicas - Recomendaciones

La muestra de este período se vio reducida debido a que, de aproximadamente 90 internos ingresados, una proporción importante se encontraba cumpliendo rotaciones obligatorias en CIDELAS, particularmente Pediatría y Obstetricia, por lo que solo fue posible encuestar a los 30 internos disponibles.

La distribución desigual por rotación limita las comparaciones entre servicios. Además, el estudio es transversal y se basa en autopercepción, por lo que permite identificar asociaciones, pero no demostrar causalidad.

Entre nuestras recomendaciones se encuentra ampliar futuras investigaciones a otros cohortes, incorporar diseños longitudinales y fortalecer institucionalmente la evaluación del bienestar psicológico como parte del proceso educativo.

CAPÍTULO 5.0 LA PROPUESTA

5.1 Introducción

El presente capítulo desarrolla una propuesta de intervención dirigida a mitigar el impacto del síndrome de burnout sobre el aprendizaje de habilidades clínicas en los médicos internos de primer año del Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid (CHDAAM). Los hallazgos obtenidos en el capítulo de resultados evidencian una relación entre los niveles de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, y el desempeño del interno en la adquisición de competencias clínicas durante su primer año de formación. Esta relación, lejos de constituir un dato meramente descriptivo, plantea a la institución una responsabilidad concreta, si el desgaste emocional del interno interfiere de manera medible con la calidad de su aprendizaje clínico, entonces la formación de un futuro médico general y, por extensión, la seguridad del paciente que este atenderá no puede considerarse ajena a las condiciones psicológicas en las que dicha formación tiene lugar.

A partir de esta evidencia, conviene precisar el alcance y los límites de lo que aquí se propone. La presente propuesta no se orienta a la eliminación de las condiciones estructurales que generan el desgaste jornadas prolongadas, guardias nocturnas recurrentes, sobrecarga asistencial, jerarquías rígidas, cuya modificación implicaría decisiones de política institucional y de sistema de salud que exceden el alcance de esta investigación y, con frecuencia, la capacidad de acción de una tesis individual. En su lugar, la propuesta se dirige a un objetivo más acotado, pero igualmente relevante: la instalación de un mecanismo institucional capaz de identificar tempranamente al interno en riesgo y activar una respuesta de apoyo oportuna, antes de que el deterioro acumulado afecte de manera irreversible su proceso formativo o su bienestar. Esta delimitación no es una renuncia a la ambición del trabajo, sino una decisión metodológica: es preferible una intervención viable, implementable y sostenible en el tiempo, a una propuesta estructural de mayor alcance, pero de difícil ejecución dentro del sistema hospitalario público panameño.

El eje central de esta propuesta es el Programa de Tamizaje y Acompañamiento Temprano del Burnout, el cual retoma el instrumento MBI-HSS adaptado y validado en el desarrollo metodológico de esta investigación, no ya como

herramienta de medición con fines exclusivamente académicos, sino como dispositivo de monitoreo periódico institucionalizado. El programa contempla tres componentes articulados entre sí. El primero es la aplicación trimestral del instrumento a la totalidad de los internos de primer año, lo cual permite construir una trayectoria longitudinal del estado emocional de cada interno a lo largo de su año de formación, en lugar de depender de una medición puntual que solo capture un momento aislado.

El segundo componente es el establecimiento de puntos de corte, definidos a partir de las tres dimensiones del modelo de Maslach y Jackson, que activen la derivación oportuna hacia los servicios de bienestar estudiantil o psicología, de manera que la detección del riesgo se traduzca en una acción concreta y no permanezca como un dato archivado. El tercer componente es la asignación de un tutor clínico como figura de acompañamiento sostenido durante el primer semestre de internado, período que la evidencia recogida en este estudio identifica como de mayor vulnerabilidad, dado que coincide con la transición más abrupta entre el rol de estudiante observador y el de profesional con responsabilidad directa sobre pacientes.

Esta propuesta se sustenta, además, en un criterio explícito de viabilidad institucional. Al apoyarse en un instrumento ya construido, adaptado y validado en el marco de esta misma investigación, su implementación no exige inversión significativa de recursos económicos ni la creación de estructuras administrativas enteramente nuevas, sino la incorporación de un proceso de tamizaje dentro de la dinámica docente-asistencial ya existente en el CHDAAM. Esta condición de bajo costo y alta factibilidad resulta particularmente relevante en un contexto hospitalario público con recursos limitados, donde las propuestas que dependen de inversión adicional suelen enfrentar mayores obstáculos de implementación y sostenibilidad en el tiempo. De este modo, el capítulo se estructura en los siguientes apartados: fundamentación de la propuesta, objetivos generales y específicos, descripción detallada de los componentes del programa, cronograma de implementación por fases y mecanismos de evaluación de su impacto.

5.2 Fundamentación de la Propuesta

La fundamentación del Programa de Tamizaje y Acompañamiento Temprano del Burnout se apoya en cuatro pilares que, en conjunto, otorgan sustento teórico, empírico, institucional-ético y metodológico a la intervención propuesta. Esta fundamentación multidimensional responde a la necesidad de que una propuesta de intervención derivada de una investigación académica no se sostenga únicamente en la buena voluntad institucional, sino en razones verificables que justifiquen tanto su pertinencia como su forma específica de implementación.

5.2.1 Fundamentación teórica

El primer pilar retoma el modelo tridimensional de Maslach y Jackson, según el cual el síndrome de burnout no constituye un evento súbito, sino un proceso progresivo que atraviesa fases identificables de agotamiento emocional, despersonalización y disminución de la realización personal. Esta naturaleza procesual es, precisamente, lo que legitima la viabilidad de un dispositivo de detección temprana: si el burnout se instalará de manera abrupta e imprevisible, cualquier esfuerzo de tamizaje periódico resultaría ineficaz por definición, pues no existiría una ventana temporal en la cual intervenir.

Sin embargo, al tratarse de un fenómeno acumulativo y de desarrollo escalonado, existe una ventana de oportunidad entre la aparición de los primeros signos subclínicos irritabilidad ocasional, fatiga que no cede con el descanso habitual, distanciamiento afectivo incipiente frente al paciente y la configuración plena del síndrome. Es en esa ventana donde una intervención oportuna puede modificar la trayectoria del interno antes de que el deterioro se cristalice en un impacto medible sobre su aprendizaje clínico. El programa propuesto no pretende, por tanto, eliminar el agotamiento inherente a un año de formación intensiva, sino interrumpir su progresión hacia las fases más severas del síndrome, en las que el compromiso cognitivo y conductual resulta más difícil de revertir.

A este sustento se añade el marco proporcionado por la neurofisiología del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HPA), la exposición sostenida a estrés ocupacional sin periodos de recuperación adecuados produce una desregulación del eje HPA que

compromete funciones ejecutivas: atención sostenida, memoria de trabajo, flexibilidad cognitiva directamente implicadas en la ejecución de procedimientos clínicos. Este mecanismo neurobiológico refuerza la lógica del tamizaje periódico, en tanto permite anticipar el punto en que el desgaste deja de ser meramente subjetivo y comienza a expresarse en un deterioro funcional objetivable.

5.2.2 Fundamentación empírica

El segundo pilar se sostiene en los hallazgos propios de esta investigación, que documentan una asociación entre los niveles de agotamiento emocional y despersonalización y el desempeño de los internos en la adquisición de habilidades clínicas durante su primer año de formación en el CHDAAM. Estos resultados no constituyen un dato aislado dentro de la literatura: coinciden con lo reportado en investigaciones previas sobre poblaciones médicas en formación, que documentan que el desgaste emocional interfiere con procesos cognitivos superiores necesarios para la ejecución correcta de procedimientos clínicos y para la toma de decisiones bajo presión.

La propuesta, por tanto, no responde a un supuesto abstracto sobre el bienestar del interno, sino a una relación observada, estadísticamente sustentada y consistente con el marco teórico que la precede. Esta correspondencia entre diagnóstico y propuesta es lo que distingue a una intervención basada en evidencia de una recomendación genérica de bienestar organizacional: el programa no se limita a declarar que el burnout es indeseable, sino que actúa específicamente sobre la variable el desgaste emocional y su efecto en el aprendizaje clínico; que esta investigación demostró como relevante para la población de internos del CHDAAM.

5.2.3 Fundamentación institucional y ética

El tercer pilar reconoce que el CHDAAM, en tanto entidad formadora de recursos humanos en salud, asume una responsabilidad que trasciende la mera transmisión de competencias técnicas. La formación médica de posgrado inmediato el internado ocurre en condiciones de alta exigencia que son, en gran medida, inherentes al sistema hospitalario público panameño y no modificables en el corto plazo: jornadas prolongadas, guardias nocturnas recurrentes, sobrecarga asistencial y estructuras jerárquicas rígidas conforman un entorno formativo que difícilmente podrá transformarse mediante una intervención acotada como la que aquí se propone.

Ante esta realidad estructural, que la propuesta reconoce explícitamente no poder transformar, la institución conserva no obstante la obligación de mitigar sus efectos sobre quienes forma. No detectar ni acompañar el desgaste emocional del interno equivale a trasladar sobre un individuo en formación una carga que corresponde, cuando menos en parte, a las condiciones del sistema que lo forma. Esta consideración ética conecta, además, con la seguridad del paciente: un interno cuyo aprendizaje clínico se ve comprometido por el agotamiento no solo compromete su propio proceso formativo, sino la calidad de la atención que eventualmente brindará como médico general. El principio de no maleficencia, central a la ética médica, se extiende así del paciente al propio profesional en formación, en la medida en que un sistema formativo que ignora el desgaste de sus internos incurre en un riesgo indirecto hacia ambos.

5.2.4 Fundamentación metodológica

El cuarto pilar radica en la disponibilidad de un instrumento ya adaptado, aplicado y validado en el contexto específico del CHDAAM: el MBI-HSS adaptado desarrollado en el marco metodológico de esta misma investigación. Esta condición elimina una de las principales barreras que suelen enfrentar los programas de tamizaje institucional en salud mental ocupacional, a saber, la necesidad de adaptar y validar un instrumento antes de poder implementarlo. Al contar ya con dicho instrumento, la propuesta puede transitar directamente de la fase de investigación a la fase de aplicación institucional, sin requerir un proceso adicional de validación psicométrica que, de otro modo, podría demorar la implementación por periodos prolongados.

5.3 Justificación de la Propuesta

La justificación de esta propuesta responde a cuatro criterios que orientaron su diseño: pertinencia, viabilidad, sostenibilidad y oportunidad. Estos criterios no operan de manera independiente, sino que se refuerzan mutuamente para conformar una intervención que resulta, a la vez, técnicamente sólida y realista dentro del contexto hospitalario público panameño.

5.3.1 Pertinencia

La pertinencia de la propuesta radica en que ataca directamente el problema identificado por esta investigación, sin desviarse hacia soluciones genéricas de bienestar que no atienden la especificidad del hallazgo. No se trata de proponer actividades recreativas, jornadas de esparcimiento o charlas motivacionales aisladas, intervenciones frecuentes en el ámbito hospitalario, pero de efecto limitado y difícil de sostener en el tiempo por carecer de un mecanismo de seguimiento, sino de instalar un mecanismo de detección basado en el mismo instrumento que permitió evidenciar el problema. Existe, así, una coherencia metodológica entre el diagnóstico y la intervención, propone monitorear con la misma herramienta que permitió medir, lo cual garantiza continuidad conceptual entre lo que esta tesis encontró y lo que la institución podría hacer al respecto.

5.3.2 Viabilidad

La viabilidad de la propuesta se justifica por su bajo costo de implementación, condición particularmente relevante en el contexto de un hospital público con recursos limitados. Al no requerir la adquisición de nuevos instrumentos, la contratación de personal externo ni la creación de una estructura administrativa paralela, el programa se inserta en los procesos docente-asistenciales ya existentes en el CHDAAM, lo cual reduce significativamente las barreras de adopción institucional. La aplicación trimestral de un instrumento ya validado y la derivación a servicios de psicología o bienestar estudiantil que, previsiblemente, ya forman parte de la estructura hospitalaria, no exige inversión adicional sustancial, sino una reorganización del uso de recursos existentes.

A esto se suma que el personal docente del CHDAAM: jefes de servicio, médicos tratantes, coordinadores de docencia, ya cumple funciones de supervisión y evaluación del interno, de modo que la función de tutoría clínica contemplada en el programa no representa la creación de un rol enteramente nuevo, sino la formalización y focalización de un acompañamiento que, en la práctica informal, ya suele existir de manera desigual entre distintos servicios.

5.3.3 Sostenibilidad

La sostenibilidad de la propuesta se justifica en su carácter institucionalizado y no dependiente de la persona investigadora. A diferencia de una intervención puntual

vinculada a la ejecución de esta tesis, el programa está diseñado para operar como un proceso continuo, incorporado al calendario académico del internado, de manera que su continuidad no dependa de la permanencia de un actor específico, sino de su integración en la dinámica institucional regular. Esta característica resulta indispensable si se considera que el problema del burnout, al ser recurrente en cada nueva cohorte de internos, exige una respuesta igualmente recurrente y no un esfuerzo aislado en el tiempo.

La sostenibilidad se refuerza, además, mediante la generación de una base de datos longitudinal: cada aplicación trimestral del instrumento no solo sirve al propósito inmediato de detección, sino que va construyendo una serie histórica institucional sobre los niveles de burnout en la población de internos, información que puede orientar decisiones futuras de política institucional, incluso aquellas de mayor alcance estructural que exceden el objetivo de esta propuesta.

5.3.4 Oportunidad

A los tres criterios anteriores se suma una justificación de oportunidad: el hallazgo de que el primer semestre del internado constituye el período de mayor vulnerabilidad, por coincidir con la transición del rol de estudiante observador al de profesional con responsabilidad clínica directa, permite dirigir el componente de acompañamiento tutorial hacia la ventana temporal donde su efecto protector resulta más probable. Esto optimiza el uso del tiempo del tutor clínico que en cualquier institución hospitalaria es limitado, evitando diluir el acompañamiento de manera uniforme a lo largo de todo el año cuando la evidencia indica que su mayor rendimiento se concentra en una etapa específica.

5.4 Objetivos de la Propuesta

5.4.1 Objetivo general

Diseñar un programa institucional de tamizaje periódico y acompañamiento temprano del síndrome de burnout, dirigido a los médicos internos de primer año del Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid, orientado a mitigar su impacto sobre el aprendizaje de habilidades clínicas durante el internado.

5.4.2 Objetivos específicos

1. Establecer un cronograma de aplicación trimestral del instrumento MBI-HSS adaptado y validado en esta investigación, que permita construir una trayectoria longitudinal del estado emocional de cada interno a lo largo de su año de formación.
2. Definir puntos de corte operativos para las dimensiones de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal, con base en el modelo de Maslach y Jackson, que activen protocolos de derivación hacia los servicios de bienestar estudiantil o psicología del CHDAAM.
3. Estructurar un componente de acompañamiento tutorial clínico durante el primer semestre del internado, dirigido a los internos identificados en riesgo, en atención al hallazgo de esta investigación sobre dicho período como el de mayor vulnerabilidad.
4. Proponer mecanismos institucionales de bajo costo que permitan la implementación del programa dentro de la estructura docente-asistencial existente del CHDAAM, sin requerir inversión significativa de recursos adicionales.
5. Establecer criterios e indicadores para la evaluación periódica del impacto del programa sobre los niveles de burnout y el desempeño en la adquisición de habilidades clínicas de los internos de primer año.
6. Definir los responsables institucionales de cada componente del programa aplicación del instrumento, activación de derivaciones y asignación de tutores clínicos, a fin de asegurar la trazabilidad y continuidad operativa del proceso.

5.5 Análisis costo-beneficio de la propuesta

El análisis costo-beneficio de la presente propuesta permite valorar su factibilidad institucional a partir de la relación existente entre los recursos requeridos para su ejecución y los beneficios esperados sobre el bienestar de los médicos internos, el proceso de adquisición de habilidades clínicas y la calidad del entorno docente-asistencial del Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid (CHDAAM).

La propuesta parte del principio de que la prevención del síndrome de burnout durante el internado médico no requiere necesariamente la creación de estructuras paralelas ni inversiones económicas de elevada magnitud. Una proporción importante de las acciones planteadas puede desarrollarse mediante la reorganización y optimización de recursos humanos, académicos e institucionales ya existentes. En consecuencia, la inversión se concentra principalmente en actividades de capacitación, elaboración de materiales, seguimiento, evaluación y organización de espacios destinados al acompañamiento del médico interno.

Costos de la propuesta

Capacitación del personal docente y supervisores clínicos.

Se contempla el desarrollo de talleres dirigidos a médicos especialistas, residentes y profesionales que participan directamente en la formación de los médicos internos. Estas actividades estarán orientadas al reconocimiento temprano de manifestaciones asociadas al desgaste profesional, comunicación efectiva, retroalimentación formativa, acompañamiento clínico y generación de ambientes educativos psicológicamente seguros.

El costo asociado corresponde principalmente a materiales educativos, organización logística y disponibilidad de los profesionales responsables de las actividades. Se priorizará la utilización de personal institucional capacitado, con el propósito de disminuir los costos y favorecer la sostenibilidad de la intervención.

Elaboración de materiales y herramientas de seguimiento.

Será necesario desarrollar material educativo relacionado con prevención del burnout, autocuidado, identificación de factores de riesgo, mecanismos institucionales de apoyo y estrategias para favorecer el aprendizaje clínico. De igual manera, se requerirán instrumentos breves para el seguimiento periódico del bienestar y la experiencia formativa de los internos.

Siempre que sea posible, estos recursos serán distribuidos mediante medios digitales institucionales, reduciendo el uso de material impreso y los costos derivados de su reproducción.

Tiempo destinado a actividades de seguimiento y acompañamiento.

La implementación de espacios de retroalimentación, reuniones periódicas, actividades educativas y mecanismos de seguimiento requiere destinar tiempo dentro de la dinámica hospitalaria. Este componente representa principalmente un costo indirecto relacionado con la reorganización de las actividades docentes y asistenciales.

Sin embargo, estos espacios no deben considerarse como una disminución de la productividad, sino como una inversión en la calidad de la formación médica y en la prevención de consecuencias asociadas al agotamiento sostenido.

Monitoreo y evaluación de la propuesta.

La evaluación periódica requerirá recursos destinados a la aplicación y análisis de instrumentos de seguimiento, elaboración de informes y reuniones para valorar el cumplimiento de los indicadores establecidos. Se priorizarán herramientas digitales para la recolección y procesamiento de información, disminuyendo los costos administrativos.

Beneficios esperados

Detección temprana del riesgo de burnout.

La aplicación periódica de mecanismos de seguimiento permitirá identificar oportunamente condiciones relacionadas con agotamiento emocional, despersonalización y disminución de la realización personal, facilitando la implementación de medidas institucionales antes de que el desgaste alcance niveles que comprometan significativamente el bienestar o el proceso formativo.

Fortalecimiento del aprendizaje de habilidades clínicas.

Al disminuir la exposición sostenida a condiciones que interfieren con la atención, la motivación y la disponibilidad cognitiva del interno, se espera favorecer su participación en el aprendizaje clínico, la práctica deliberada, la recepción de retroalimentación y la consolidación progresiva de competencias.

Mejoramiento del entorno docente-asistencial.

La propuesta permitirá fortalecer la comunicación entre internos, residentes, especialistas y autoridades docentes, promoviendo un ambiente de aprendizaje basado en el respeto, la supervisión y la identificación temprana de dificultades.

Optimización de la organización institucional.

El seguimiento de factores como carga horaria, distribución de responsabilidades, disponibilidad de supervisión docente y espacios formativos permitirá identificar oportunidades de mejora dentro de la organización del internado.

Contribución a la seguridad del paciente.

Un médico interno con condiciones adecuadas para aprender, supervisión efectiva y menor desgaste laboral dispone de mejores condiciones para mantener la atención, el razonamiento clínico y el cumplimiento seguro de sus funciones. Por tanto, los beneficios de la propuesta trascienden al médico en formación y pueden repercutir indirectamente en la calidad y seguridad de la atención.

Sostenibilidad institucional.

Una vez establecidos los instrumentos, protocolos y mecanismos de seguimiento, estos podrán incorporarse progresivamente a la organización habitual del internado, reduciendo la necesidad de inversiones adicionales en períodos posteriores.

Relación costo-beneficio

Al comparar los recursos requeridos con los beneficios potenciales, se considera que la propuesta presenta una relación costo-beneficio favorable. La inversión económica directa es relativamente baja, debido a que se plantea aprovechar recursos institucionales existentes y utilizar herramientas digitales para capacitación, seguimiento y evaluación.

En contraste, los beneficios esperados abarcan dimensiones individuales, educativas, institucionales y asistenciales. La prevención y detección temprana del burnout puede favorecer el bienestar de los médicos internos, mejorar las condiciones para la adquisición de habilidades clínicas, fortalecer la supervisión docente y contribuir a una cultura institucional que reconozca el bienestar del profesional en formación como parte integral de la calidad educativa.

La rentabilidad de la propuesta no debe analizarse únicamente desde una perspectiva monetaria. Su principal retorno se expresa en términos de bienestar ocupacional, calidad formativa, desarrollo de competencias, fortalecimiento

institucional y seguridad del paciente. En consecuencia, se considera una propuesta viable, pertinente y potencialmente sostenible dentro del contexto del CHDAAM.

5.6 Implementación de la propuesta

La implementación de la propuesta se desarrollará mediante un proceso progresivo, participativo y evaluable, dirigido simultáneamente a los médicos internos de primer año y a los componentes institucionales que intervienen en su proceso formativo. Su propósito no consiste únicamente en fortalecer estrategias individuales de afrontamiento, sino en identificar y modificar, dentro de las posibilidades institucionales, aquellos factores organizacionales que contribuyen al desgaste profesional.

La ejecución se organizará en seis líneas de acción complementarias.

5.6.1. Sensibilización y capacitación sobre síndrome de burnout

Durante la fase inicial se desarrollarán jornadas de sensibilización dirigidas a médicos internos, residentes, especialistas y personal vinculado con la formación clínica.

Los contenidos abordarán el concepto de síndrome de burnout, sus dimensiones, factores laborales asociados, repercusiones sobre el aprendizaje y el desempeño clínico, importancia de la detección temprana y mecanismos institucionales disponibles para solicitar orientación.

La finalidad será generar una comprensión compartida del fenómeno y disminuir su normalización como una consecuencia inevitable de la formación médica.

5.6.2. Sistema periódico de detección y seguimiento

Se establecerá un mecanismo de evaluación periódica del bienestar de los médicos internos mediante instrumentos breves y confidenciales. Este seguimiento permitirá identificar tendencias de agotamiento y reconocer servicios, rotaciones o períodos del internado en los cuales exista mayor exposición a factores de riesgo.

Los resultados serán analizados de forma agregada para orientar decisiones institucionales, evitando que el sistema sea utilizado con fines punitivos o como mecanismo de evaluación académica individual.

Los médicos internos que durante el proceso manifiesten necesidad de apoyo deberán contar con información clara acerca de las vías institucionales disponibles para recibir orientación y atención profesional.

5.6.3. Fortalecimiento de la supervisión y retroalimentación docente

La adquisición de habilidades clínicas requiere exposición práctica acompañada de supervisión, retroalimentación y oportunidades para corregir errores. Por ello, se promoverá que cada rotación establezca espacios definidos de retroalimentación entre médicos internos y profesionales responsables de su formación.

La retroalimentación deberá centrarse en competencias clínicas específicas, fortalezas observadas y oportunidades de mejora, evitando prácticas humillantes, descalificadoras o exclusivamente punitivas.

Asimismo, se incentivará la capacitación de los médicos responsables de la docencia clínica en estrategias de retroalimentación efectiva, comunicación y acompañamiento del profesional en formación.

5.6.4. Organización de la carga laboral y protección del tiempo formativo

Considerando que las jornadas prolongadas, la acumulación de responsabilidades, las guardias y la insuficiencia de períodos de recuperación pueden contribuir al desgaste profesional, se propone establecer mecanismos periódicos de revisión de la carga laboral de los internos.

Se evaluarán aspectos como distribución de tareas, número de guardias, cumplimiento de períodos de descanso, concentración de responsabilidades administrativas y disponibilidad de tiempo para actividades docentes.

La propuesta no pretende eliminar las responsabilidades asistenciales propias del internado, sino procurar que estas mantengan una relación razonable con los objetivos formativos y que no sustituyan sistemáticamente las oportunidades de aprendizaje clínico.

Asimismo, se promoverán espacios protegidos para sesiones académicas, discusión de casos, actividades de simulación cuando estén disponibles y retroalimentación clínica.

5.6.5. Acompañamiento y apoyo institucional

Se establecerán espacios periódicos de acompañamiento en los cuales los médicos internos puedan comunicar dificultades relacionadas con su experiencia formativa y laboral.

Estos espacios deberán caracterizarse por confidencialidad, respeto y ausencia de represalias académicas. Cuando se identifiquen situaciones, que requieran intervención especializada, se facilitará la orientación hacia los servicios institucionales correspondientes.

El acompañamiento debe complementarse con mecanismos de comunicación entre representantes de los internos, coordinación docente y autoridades hospitalarias, permitiendo identificar problemas recurrentes y establecer medidas correctivas.

5.6.6. Evaluación y mejora continua

La propuesta será sometida a evaluación durante su implementación. Para ello, se utilizarán indicadores de proceso y de resultado, entre los cuales podrán considerarse: participación en actividades de capacitación, cumplimiento de espacios de retroalimentación, percepción de apoyo docente, satisfacción con el ambiente formativo y evolución de los indicadores relacionados con burnout.

La información obtenida permitirá comparar las condiciones iniciales con las observadas durante y al finalizar la intervención.

La implementación deberá entenderse como un proceso dinámico. Aquellas estrategias, que demuestren resultados favorables podrán mantenerse e incorporarse progresivamente a la organización habitual del internado, mientras que las actividades con dificultades de ejecución deberán ser modificadas de acuerdo con la evaluación obtenida.

5.7 Cronograma de actividades

La implementación inicial de la propuesta se plantea para un período de seis meses, permitiendo desarrollar progresivamente las actividades de diagnóstico, organización, capacitación, intervención, seguimiento y evaluación.

Análisis del cronograma de actividades

El cronograma ha sido estructurado de manera progresiva con el propósito de evitar una implementación abrupta y permitir que cada etapa genere los insumos necesarios para la siguiente.

Durante el primer mes se desarrollará la fase organizativa, que comprende la presentación de la propuesta ante las autoridades correspondientes, la identificación del equipo responsable y el establecimiento de una línea base. Esta fase permitirá disponer de información inicial para comparar posteriormente los resultados obtenidos.

Entre los meses uno y dos se diseñarán o adaptarán los materiales educativos, instrumentos de seguimiento y mecanismos de comunicación necesarios para la intervención.

Durante los meses dos y tres se concentrarán las actividades de sensibilización y capacitación. La participación tanto de médicos internos como de los profesionales responsables de la supervisión resulta fundamental, debido a que el burnout no será abordado exclusivamente como una dificultad individual, sino como un fenómeno relacionado con la interacción entre las características personales y las condiciones del entorno formativo.

A partir del tercer mes se iniciará la fase operativa, incorporando seguimiento periódico, espacios de retroalimentación, revisión de condiciones organizacionales y mecanismos de acompañamiento.

En el cuarto mes se realizará una evaluación intermedia destinada a identificar fortalezas, dificultades de implementación y modificaciones necesarias. Los ajustes correspondientes podrán desarrollarse durante los meses cuatro y cinco.

Finalmente, durante el sexto mes se efectuará la evaluación final, comparando los indicadores obtenidos con la línea base y elaborando un informe que permita determinar la factibilidad de mantener, modificar o ampliar las estrategias implementadas.

Este diseño permite que la propuesta funcione como un ciclo de mejora continua y no como una intervención aislada, favoreciendo su adaptación progresiva a las características reales del CHDAAM.

5.8 Presupuesto de implementación de la propuesta

La presente propuesta ha sido diseñada procurando una inversión económica moderada y priorizando el aprovechamiento de los recursos humanos, físicos y tecnológicos disponibles dentro de la institución. Por esta razón, el presupuesto corresponde a una estimación inicial para un período piloto de seis meses y podrá ajustarse de acuerdo con la disponibilidad institucional.

Presupuesto estimado

Concepto	Descripción	Costo estimado (B/.)
Material educativo	Elaboración e impresión limitada de guías, material informativo y formatos	75.00
Capacitación y sensibilización	Materiales y recursos logísticos para jornadas educativas	100.00
Recursos digitales	Formularios, material digital y herramientas de seguimiento	25.00
Logística de reuniones y actividades	Materiales de apoyo y organización de sesiones	50.00
Evaluación y seguimiento	Aplicación, procesamiento y presentación de resultados	75.00
Material de difusión institucional	Afiches, infografías y recursos educativos	50.00

Fondo para imprevistos	Gastos menores derivados de la implementación	25.00
Total, estimado		B/. 400.00

Análisis del presupuesto

El presupuesto estimado para la fase inicial de seis meses asciende a B/. 400.00, cantidad considerada moderada, en relación con la amplitud de los beneficios potenciales de la intervención.

La propuesta prioriza la utilización de infraestructura hospitalaria existente para reuniones y actividades educativas, así como el empleo de plataformas digitales para la distribución de materiales y aplicación de instrumentos. De esta manera, se reduce la necesidad de adquirir equipos tecnológicos o contratar servicios externos.

Asimismo, la participación de profesionales pertenecientes a la propia institución en las actividades de capacitación y seguimiento permitiría disminuir considerablemente los costos. En caso de que determinadas actividades puedan incorporarse dentro de la programación docente habitual, algunos componentes presupuestados podrían incluso ejecutarse sin gastos adicionales.

Debe señalarse que el presupuesto presentado constituye una estimación para fines de planificación de la propuesta y no representa una cotización institucional definitiva. Su valor podrá modificarse de acuerdo con los recursos disponibles, número de participantes, modalidad de las capacitaciones y mecanismos de apoyo que autorice el CHDAAM.

La viabilidad económica de la propuesta radica precisamente en que sus principales intervenciones dependen más de la reorganización institucional, la voluntad de participación, la supervisión docente y la generación de mecanismos de seguimiento que de una inversión financiera elevada. En consecuencia, su implementación resulta potencialmente factible y sostenible, siempre que exista compromiso de las autoridades académicas, hospitalarias y de los profesionales involucrados en la formación de los médicos internos.

A largo plazo, la incorporación de las estrategias que demuestren efectividad dentro de la estructura regular del internado permitiría disminuir aún más los costos de implementación y transformar la propuesta inicial en un programa institucional permanente de prevención del burnout y fortalecimiento del aprendizaje de habilidades clínicas.

CONCLUSIONES

Al término de la presente investigación, resulta posible afirmar que, el síndrome de burnout constituye una condición de alta relevancia dentro de la formación de los médicos internos de primer año del Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid (CHDAAM), en la medida en que su desarrollo compromete no solo el bienestar individual del interno, sino también el proceso mediante el cual este adquiere y consolida las habilidades clínicas fundamentales de su ejercicio profesional. El análisis efectuado a través del Maslach Burnout Inventory–Human Services Survey (MBI-HSS) permitió constatar la presencia de las tres dimensiones características del síndrome: agotamiento emocional, despersonalización y disminución de la realización personal en la población estudiada, confirmando así la pertinencia del marco teórico adoptado.

Los hallazgos obtenidos evidencian, que existe una relación entre los niveles de agotamiento emocional y despersonalización, por una parte, y el desempeño observado en el aprendizaje de competencias clínicas, por otra, lo cual respalda el planteamiento inicial de la investigación respecto a la influencia del síndrome de burnout sobre dicho proceso formativo. Asimismo, se identificó que la ausencia de mecanismos institucionales de detección temprana favorece la progresión del síndrome hacia etapas de mayor severidad, con el consiguiente riesgo tanto para la salud del interno como para la calidad de la atención brindada a los pacientes.

En este sentido, la presente investigación no solo contribuye a llenar el vacío de conocimiento institucional señalado en el planteamiento del problema, sino que además sienta las bases empíricas necesarias para justificar la implementación de la propuesta desarrollada en el capítulo quinto, orientada al tamizaje periódico y al acompañamiento temprano de los médicos internos de primer año. La adopción de

dicha propuesta permitiría a la institución transitar de un abordaje reactivo hacia uno preventivo frente al síndrome de burnout.

Finalmente, se recomienda que futuras investigaciones amplíen el presente estudio hacia otras cohortes de internado y especialidades médicas, así como hacia el seguimiento longitudinal de los internos a lo largo de los distintos años de formación, con el propósito de determinar la evolución del síndrome y la efectividad de las estrategias de acompañamiento implementadas. De igual manera, resulta conveniente que el CHDAAM y otras instituciones formadoras de recurso humano en salud incorporen de manera sistemática la evaluación del bienestar psicológico de sus internos como un componente indispensable de la calidad educativa y asistencial.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almutairi, H., Alsubaiei, A., Abduljawad, S., Alshatti, A., Fekih-Romdhane, F., Husni, M., & Jahrami, H. (2022). Prevalence of burnout in medical students: A systematic review and meta-analysis. *The International Journal of Social Psychiatry*, 68(6), 1157–1170. <https://doi.org/10.1177/00207640221106691>
- Athié Gutiérrez, C., Cardiel Marmolejo, L. E., Camacho Aguilera, J., Mucientes Avellaneda, V. M., Terronez Girón, A. del M., Cabrera Mora, N. A., Cueto Romero, H. D., García Nava, G. S., Jiménez García, A. D., Sánchez Durán, D., Valdés Peñaloza, A. L., & Sainos Ramírez, C. A. (2016). Burnout en médicos internos de pregrado del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga. *Investigación en educación médica*, 5(18), 102–107. <https://doi.org/10.1016/j.riem.2016.01.020>
- Backovic, D., V., Maksimovic, M., Davidovic, D., Ilic-Zivojinovic, J., & Stevanovic, D. (2013). Stress and mental health among medical students. *Srpski Arhiv Za Celokupno Lekarstvo*, 141(11–12), 780–784. <https://doi.org/10.2298/sarh1312780b>
- Bridgeman, P. J., Bridgeman, M. B., & Barone, J. (2018). Burnout syndrome among healthcare professionals. *American Journal of Health-System Pharmacy: AJHP: Official Journal of the American Society of Health-System Pharmacists*, 75(3), 147–152. <https://doi.org/10.2146/ajhp170460>
- Castañeda-Aguilera, E., & García de-Alba-García, J. E. (2020). Síndrome de desgaste profesional (burnout) en médicos cirujanos especialistas: prevalencia y factores de riesgo. *Cirugia y cirujanos*, 88(3). <https://doi.org/10.24875/ciru.19001502>
- Frajerma, A., Morvan, Y., Krebs, M.-O., Gorwood, P., & Chaumette, B. (2019). Burnout in medical students before residency: A systematic review and meta-

analysis. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 55, 36–42. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.08.006>

Freudenberger, H. J. (1974). Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159–165. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>

Ge, M.-W., Hu, F.-H., Jia, Y.-J., Tang, W., Zhang, W.-Q., & Chen, H.-L. (2023). Global prevalence of nursing burnout syndrome and temporal trends for the last 10 years: A meta-analysis of 94 studies covering over 30 countries. *Journal of Clinical Nursing*, 32(17–18), 5836–5854. <https://doi.org/10.1111/jocn.16708>

Joanico Morales, B., Ojeda Jesús, G., Salgado Jiménez, M. de L. Á., Ríos Oliveros, L. A., & Villalobos Aguayo, P. (2019). Síndrome de burnout en médicos internos de pregrado. *Atención familiar*, 26(4), 145. <https://doi.org/10.22201/facmed.14058871p.2019.4.70798>

Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2(2), 99–113. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>

Organización Mundial de la Salud. (2019). Burn-out an "occupational phenomenon": International Classification of Diseases. <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>

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), e0206840. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0206840>

Roy, I. (2018). Le syndrome d'épuisement professionnel : définition, typologie et prise en charge. *Soins. Psychiatrie*, 39(318), 12–19.
<https://doi.org/10.1016/j.spsy.2018.06.005>

Shansky, R. M., & Lipps, J. (2013). Stress-induced cognitive dysfunction: Hormone-neurotransmitter interactions in the prefrontal cortex. *Frontiers in Human Neuroscience*, 7, Article 123. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2013.00123>

Tacle Humanante, S. S., & Gárate Aguirre, J. C. (2023). Prevalencia del Síndrome de Burnout en Internos Rotativos de Medicina de un Hospital de Latacunga. *Religación*, 8(38), e2301000. <https://doi.org/10.46652/rqn.v8i38.1100>

Torres Gutiérrez, M. N., Ramírez Dueñas, L. K., Zaret de la Garza López, A., Abarca-Vázquez, M. G., & Cabrera Jiménez, M. (2025). Ambiente de Aprendizaje y Síndrome de Burnout en Médicos Residentes: Análisis desde la Educación Médica. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 9(3), 8748–8761.
https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i3.18509

ANEXOS

Actividad	Junio			Julio				Agosto				
	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S5
	10-16	17-23	24-30	1-7	8-14	15-21	22-26	27 jul-2	3-9	10-16	17-23	24-30
CAPÍTULO 1.0 - EL PROBLEMA												
1.1. Título												
1.2. Antecedentes de la investigación												
1.3. Planteamiento del problema												
1.4. Justificación de la investigación												
1.5. Objetivos												
1.5.1. Generales												
1.5.2. Específicos												
1.6. Definición de términos												
1.7. Limitaciones del trabajo de investigación												
1.8. Hipótesis												
CAPÍTULO 2.0 - MARCO TEÓRICO												
2.1. Antecedentes de la investigación												
2.2. Bases teóricas												
CAPÍTULO 3.0 - MARCO METODOLÓGICO												
3.1. Tipo y diseño de investigación												
3.2. Población y Muestra												
3.3. Variables												
3.4. Descripción de los instrumentos												
3.5. Recolección de la información												
3.6. Tratamiento de la información												
CAPÍTULO 4.0 - ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS												
4.1. Instrumento No. 1												
4.2. Instrumento No. 2												
4.3. Prueba de hipótesis												
4.4. Conclusiones												
4.5. Recomendaciones												
CAPÍTULO 5.0. LA PROPUESTA												
5.1. Introducción												
5.2. Fundamentación de la Propuesta												
5.3. Justificación de la Propuesta												
5.4. Objetivos de la Propuesta												
5.5. Análisis costo beneficio de la Propuesta												
5.6. Implementación de la Propuesta												
5.7. Cronograma de actividades												
5.8. Presupuesto de implementación de la Propuesta												

ENCUESTA

La influencia del síndrome de burnout en el aprendizaje de habilidades clínicas de los médicos internos de primer año del Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid, 2026

Dirigido a: Médicos internos de primer año del Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid.

Investigadores responsables: Dra. Hillary Rosas, Dra. Jhoan Santana

La presente encuesta tiene fines académicos y de investigación. La participación es completamente voluntaria y la información proporcionada será tratada de manera confidencial y anónima. Los datos recopilados serán utilizados únicamente para los objetivos de este estudio y en ningún momento se solicitará información que permita identificar personalmente a los participantes.

La participación en esta encuesta no implica ningún tipo de remuneración económica, beneficio académico, ni compensación de otra naturaleza. Asimismo, usted tiene el derecho de abstenerse de responder cualquier pregunta o de retirarse de la encuesta en cualquier momento, sin que ello conlleve consecuencia alguna.

Usted manifiesta su consentimiento libre y voluntario para participar en la presente investigación? *

☐ Sí ☐ No

Edad

Respuesta: _____

Sexo

☐ Femenino ☐ Masculino

Rotación actual

☐ Medicina Interna ☐ Geriatría ☐ Gastroenterología ☐ Cirugía

Otro: _____

Instrucciones: Marque con una X la opción que mejor refleje su nivel de acuerdo con cada afirmación, según la escala: 1 = Totalmente en desacuerdo, 2 = En desacuerdo, 3 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4 = De acuerdo, 5 = Totalmente de acuerdo.

1. Me siento emocionalmente agotado por las actividades del internado.

1. Totalmente en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4. De acuerdo 5. Totalmente de acuerdo

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

2. Al finalizar la jornada laboral me siento completamente cansado.

1. Totalmente en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4. De acuerdo 5. Totalmente de acuerdo

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

3. Las exigencias del internado exceden mi capacidad de recuperación física y mental.

1. Totalmente en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4. De acuerdo 5. Totalmente de acuerdo

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

4. Trabajar con pacientes durante largos períodos me genera agotamiento.

1. Totalmente en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4. De acuerdo 5. Totalmente de acuerdo

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

5. Me resulta difícil mantener la energía necesaria para cumplir mis responsabilidades diarias.

1. Totalmente en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4. De acuerdo 5. Totalmente de acuerdo

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

6. Comprendo adecuadamente los fundamentos teóricos de los casos clínicos que atiendo.

1. Totalmente en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4. De acuerdo 5. Totalmente de acuerdo

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

7. Logro integrar los conocimientos adquiridos en la universidad con la práctica hospitalaria.

1. Totalmente en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4. De acuerdo 5. Totalmente de acuerdo

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

8. Me siento preparado para analizar y resolver problemas clínicos.

1. Totalmente en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4. De acuerdo 5. Totalmente de acuerdo

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

9. Actualizo mis conocimientos médicos de manera constante.

1. Totalmente en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4. De acuerdo 5. Totalmente de acuerdo

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

10. Identifico con facilidad los diagnósticos más probables de los pacientes.

1. Totalmente en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4. De acuerdo 5. Totalmente de acuerdo

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

11. Realizo procedimientos clínicos con seguridad y confianza.

1. Totalmente en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4. De acuerdo 5. Totalmente de acuerdo

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

12. Mantengo una relación profesional adecuada con los pacientes y familiares.

1. Totalmente en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4. De acuerdo 5. Totalmente de acuerdo

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

13. Me siento seguro al comunicar información clínica relevante.

1. Totalmente en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4. De acuerdo 5. Totalmente de acuerdo

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

14. El cansancio afecta mi capacidad de aprendizaje clínico.

1. Totalmente en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4. De acuerdo 5. Totalmente de acuerdo

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

15. El estrés disminuye mi concentración durante las actividades asistenciales.

1. Totalmente en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4. De acuerdo 5. Totalmente de acuerdo

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

16. El agotamiento influye negativamente en mi desempeño clínico.

1. Totalmente en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4. De acuerdo 5. Totalmente de acuerdo

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

17. La sobrecarga laboral dificulta el desarrollo de nuevas habilidades clínicas.

1. Totalmente en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4. De acuerdo 5. Totalmente de acuerdo

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

18. Cuando me siento emocionalmente agotado, mi rendimiento académico y clínico disminuye.

1. Totalmente en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4. De acuerdo 5. Totalmente de acuerdo

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

ENTREVISTA

La influencia del síndrome de burnout en el aprendizaje de habilidades clínicas de los médicos internos de primer año del Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid, 2026

Dirigido a:

Especialidad: Salud Pública y Epidemiología con Maestría en Docencia Superior

Investigadores responsables: Dra. Hillary Rosas, Dra. Jhoan Santana

La presente entrevista tiene fines académicos y de investigación. La participación es completamente voluntaria y la información proporcionada será tratada de manera confidencial y anónima. Los datos recopilados serán utilizados únicamente para los objetivos de este estudio y en ningún momento se solicitará información que permita identificar personalmente al participante.

La participación en esta entrevista no implica ningún tipo de remuneración económica, beneficio académico, ni compensación de otra naturaleza. Asimismo, usted tiene el derecho de abstenerse de responder cualquier pregunta o de retirarse de la entrevista en cualquier momento, sin que ello conlleve consecuencia alguna.

¿Usted manifiesta su consentimiento libre y voluntario para participar en la presente investigación? *

☐ Sí ☐ No

Preguntas de la entrevista

- 1. Desde su experiencia profesional, ¿cómo definiría el síndrome de burnout en los médicos en formación?**
- 2. ¿Cuáles considera que son los principales factores que favorecen la aparición del burnout durante el internado médico?**
- 3. ¿Considera que el burnout constituye actualmente un problema relevante dentro de los hospitales docentes? ¿Por qué?**
- 4. ¿Cuáles son las manifestaciones más frecuentes del burnout que ha observado en médicos internos?**
- 5. ¿De qué manera considera que el agotamiento emocional puede influir en el proceso de aprendizaje de los médicos internos?**
- 6. Desde su perspectiva docente, ¿cree que el burnout puede disminuir la motivación de los internos para participar activamente en las actividades académicas y asistenciales?**

7. ¿Considera que existe relación entre el burnout y el rendimiento académico de los médicos internos? (Sí / No / Tal vez)

☐ Sí ☐ No ☐ Tal vez

Otro: _____

8. ¿Qué características debería tener un ambiente de aprendizaje clínico que favorezca el bienestar y el desarrollo profesional de los médicos internos?

9. ¿Cuál considera que es el papel del docente clínico en la prevención del burnout durante el internado médico?

10. ¿Considera que la carga asistencial actual permite un adecuado equilibrio entre aprendizaje y bienestar emocional de los médicos internos?