

11241

3

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 FACULTAD DE MEDICINA
 DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
 DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA, PSICOLOGÍA Y SALUD MENTAL**

**Factores relacionados al síndrome de *burnout* (desgaste) y a la
 sintomatología psiquiátrica en residentes de diferentes especialidades
 médicas**

Tesis que para obtener el título de especialista en psiquiatría
 presenta:

Natasha Viviana Alcocer Castillejos



**DIVISION DE ESPECIALIZACION
 DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
 FACULTAD DE MEDICINA
 U. N. A. M.**

2002

**Tutor Teórico
 Dr. Rafael J. Salín P.**

**Tutor metodológico
 Dra. Carmen Lara Muñoz.**

**DIVISION DE ESPECIALIZACION
 DE PSICOLOGIA MEDICA
 SALUD Y SALUD MENTAL
 FACULTAD DE MEDICINA
 U. N. A. M.**

Dr. Alejandro Lara Muñoz

**TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ANTECEDENTES

Estrés y síndrome de desgaste

La mayoría de las teorías sobre el estrés proponen dos factores: a) una interacción entre el individuo y su ambiente que resulta en una demanda y b) la incapacidad del individuo a tolerar o responder a la demanda. Muchos de los estudios de estrés en médicos se han enfocado en el primer factor y han tratado de encontrar los factores laborales que crean más estrés.

En 1974 Freudenberger, un psiquiatra psicoanalista norteamericano, estudió las respuestas al estrés en trabajadores de instituciones de salud "alternativas" y utilizó el término de "burnout" (en español quemado o desgastado) para referirse a una situación de cansancio físico y emocional resultante de las condiciones de trabajo. No fue sino hasta 1976 que Cristina Maslach empleó por vez primera en forma pública el concepto de "desgaste" para referirse a "una situación cada vez más frecuente entre trabajadores de los servicios humanos, que por la naturaleza de su trabajo debían mantener un contacto directo y continuado con la gente, "quemándose" profesionalmente después de meses o años de dedicación". En 1981 Maslach y Jackson definieron el síndrome de burnout o desgaste y crearon un cuestionario para su evaluación, el Inventario de desgaste de Maslach (MBI). Consideraron al síndrome como una respuesta inadecuada a un estrés emocional crónico y describieron 3 componentes básicos:

- a) Agotamiento físico y/o psicológico (*emotional exhaustion*) que consiste en la disminución de recursos emocionales que acompaña la sensación de que ya no hay nada que ofrecer a los demás.
- b) Despersonalización (*depersonalization*) que se refiere al desarrollo de una actitud negativa, fría e insensible hacia los destinatarios de los servicios que se prestan. Con este planteamiento el individuo intenta superar la falta de recursos emocionales y trata a los demás como objetos o números, privándolos de su condición de personas o culpándolos de sus propias frustraciones.
- c) Falta de consecución de logros personales (*personal accomplishment*) que es la percepción de que los logros profesionales quedan por debajo de las expectativas personales. Surge al comprobar que las demandas que se le hacen al profesional exceden su capacidad para atenderlas, esto supone una auto calificación negativa con rechazo de sí mismo, de los rendimientos laborales conseguidos y sentimientos de fracaso y baja autoestima. En ocasiones la percepción puede no ser consciente y puede estar encubierto por una sensación paradójica de omnipotencia.

Después de la descripción del síndrome por Jackson y Maslach surgieron numerosos estudios, teorías y recomendaciones acerca del trabajo y el estrés. Se ha descrito desde entonces el

síndrome en diferentes profesionales, sobre todos en aquellos expuestos en forma más directa al trato con personas. Así, se encuentran estudios en maestros, psicólogos, administradores de servicios de salud, enfermeras y médicos. Los médicos son particularmente susceptibles al desgaste debido a los altos ideales de la profesión y las largas horas de trabajo. Hoy día además se agregan otros factores como la sobrecarga de trabajo, la disminución en la percepción de apoyo, el aumento de las expectativas de los pacientes, y el aumento del apoyo a pacientes que realizan demandas contra los médicos.

Aunque casi todos los autores consideran al *burnout* como un proceso continuo, existen autores que consideran en la evolución del síndrome una serie de fases:

1. **Fase de estrés laboral.** En esta ocurre un desequilibrio entre las demandas laborales y los recursos tanto humanos como materiales, lo que ocasiona una situación de estrés.
2. **Fase de exceso o sobreesfuerzo.** El sujeto trata de dar una respuesta emocional al desajuste a que está sometido, realizando un esfuerzo extra que motiva la aparición de síntomas emocionales como ansiedad, fatiga, irritabilidad, tensión y también signos o síntomas laborales tales como la aparición de conductas egoístas, alienación laboral, pérdida del altruismo e idealismo, disminución o pérdida de las metas laborales y una falta de responsabilidad en los resultados de su trabajo.
3. **Fase de enfrentamiento defensivo.** Hay un cambio de actitudes y conductas, empleadas por el individuo para defenderse de las tensiones a que se ve sometido; así, el sujeto aparecerá emocionalmente distanciado, con deseos y fantasías de cambio de trabajo, con reacciones de huida o retirada, mayor rigidez a la hora de realizar su trabajo, niveles elevados de absentismo laboral y actitudes cínicas y despreciativas en relación con los usuarios. En esta fase los profesionales suelen culpar a los demás como responsables y causantes de sus problemas.

Además de los 3 conjuntos de síntomas que caracterizan al síndrome de desgaste con frecuencia existen otras manifestaciones asociadas a la entidad :

1. **Síntomas psicosomáticos.** Entre ellos se encuentran la cefalea, los dolores osteomusculares de cuello y espalda, las molestias gastrointestinales como úlceras, diarrea, disminución de peso, la sensación crónica de cansancio, el insomnio, la hipertensión arterial, el asma y las alteraciones menstruales.
2. **Síntomas conductuales.** Se caracterizan por actitudes anómalas como ausentismo laboral, dependencia al alcohol u otras sustancias, consumo elevado de cigarrillos, problemas conyugales y familiares, conductas violentas y conductas de alto riesgo como la

conducción temeraria, actividad sexual sin protección con mayor riesgo de un embarazo no deseado y de enfermedades de transmisión sexual.

3. **Síntomas emocionales.** Además del distanciamiento afectivo con las personas a las que se atiende el sujeto puede volverse irritable, impaciente y desconfiado hasta el punto de manifestar rasgos paranoides en su relación con los pacientes, compañeros o jefes. Aparece además ansiedad que ocasiona una disminución en la capacidad de concentración y disminución en el rendimiento en el trabajo.
4. **Síntomas defensivos.** Son utilizados por el individuo para poder aceptar sus sentimientos. Niega las emociones descritas y le resultan desagradables. Desplaza los sentimientos hacia otras situaciones o cosas que no tengan que ver con el trato con el paciente.

La medición del síndrome de desgaste

Los dos instrumentos más usados para medir los síntomas de desgaste son el Maslach Burn-out inventory (MBI) y el de Burn-out Measure. Este último se ha utilizado en pocos estudios de Estados Unidos, por lo que no hay muchos resultados. El MBI tiene 3 subescalas: la de agotamiento emocional, la de despersonalización y la de percepción de rendimiento o de logros personales.

Síndrome de desgaste y otras entidades parecidas

Debido a que el término *burnout* ha surgido íntimamente relacionado con otros conceptos ya existentes, es difícil establecer claras diferencias entre ellos. Tal sucede entre los conceptos de estrés, insatisfacción laboral, e incluso el de depresión. La diferencia más clara es que el síndrome de *burnout* es un estrés crónico caracterizado por ser experimentado en el contexto laboral. Las diferencias entre el tedio o aburrimiento en el trabajo es que el *burnout* es fruto de repetidas presiones emocionales, mientras que el tedio puede resultar de cualquier presión o falta de innovación. Aunque participa de rasgos semejantes, el *desgaste* no es igual a la depresión. El ánimo abatido en el primer síndrome suele ser temporal y específico del ámbito laboral. En 1996 Glass y cols. realizaron un análisis de regresión múltiple en cada subescala del MBI utilizando la escala de Beck para depresión. Encontraron que más del 19% de la varianza en la subescala de agotamiento emocional se podía atribuir a las puntuaciones en la escala de depresión de Beck mientras que esta varianza fue del 3.9 y 6.5% en las otras dos subescalas del MBI. Con esto podemos aclarar que aunque en el síndrome de desgaste puede coexistir un componente depresivo existen otros factores o componentes que no se deben del todo a un estado de ánimo bajo.

MARCO DE REFERENCIA

Evaluación de la salud mental en los médicos

La mayoría de los estudios sobre trastornos psiquiátricos en médicos se han limitado a aquellos de morbilidad psiquiátrica menor y otros a aspectos básicamente de personalidad mediante el MMPI. Se han utilizado otros indicadores de trastornos más graves como la tasa de suicidios, pero en forma infrecuente. En el Reino Unido se ha utilizado el cuestionario de Goldberg de salud general (GGHQ) como instrumento de tamizaje para morbilidad psicológica el cual tiene una sensibilidad del 73 y especificidad del 86% al compararla con la entrevista clínica para detectar "problemas psicológicos". Muy pocos estudios han reportado resultados de entrevistas semiestructuradas.

Resulta importante mencionar que en el estudio y la evaluación de problemas de salud mental en los médicos nos enfrentamos a una importante limitación: la resistencia o negación que tiene el médico a reconocer sus "debilidades", en este caso sus problemas emocionales. Esto hace difícil una evaluación del todo completa y confiable, razón por la cual se deberá de estudiar el aspecto con mayor cuidado.

Además de estudiar la salud y la enfermedad mental del médico, no podemos perder de vista en este análisis la naturaleza en sí del trabajo de este. La práctica de la medicina, aunque llena de satisfacciones, es inherentemente estresante. Día tras día existen mayor número de fuentes de estrés debido a un aumento de la demanda de servicios de salud y diversos factores sociales y económicos. Con el crecimiento de la población mundial y por ende de las necesidades de servicios de salud ha sido cada vez más evidente la relación entre el trabajo y el estrés.

La morbilidad en los médicos

Aún cuando los médicos tienen tasas menores de diversas enfermedades médicas existen cuatro áreas de particular preocupación: los médicos tienen mayor tasa de suicidio, trastornos psiquiátricos, accidentes automovilísticos y abuso de alcohol y drogas que la población general. La tasa de suicidios en los médicos es 3 veces mayor que la de la población general, principalmente en mujeres (3.22 a 4 vs.. 1.4 veces en hombres). Al parecer existe un pico del índice de suicidios en la mediana edad y no existe un incremento lineal posterior. También existe un sub registro del suicidio en médicos ya que muchos casos se consideran como intoxicación por fármacos. Algunos estudios han demostrado que 3/4 partes de los médicos que se suicidan se encuentran deprimidos en el momento de hacerlo. La alta prevalencia de trastornos psiquiátricos en mujeres, explica la mayor tasa de suicidios.

Cuando los médicos inician sus estudios, la tasa de trastornos psiquiátricos es sólo levemente mayor en mujeres, pero la prevalencia aumenta desproporcionadamente en el transcurso de la

estudió la salud mental en 12000 trabajadores de la salud y se encontró una morbilidad psicológica del 27%. La prevalencia de trastornos psiquiátricos en mujeres médicas fue del 36% y en hombres fue del 24%. Cabe mencionar que las enfermeras y los administradores de los servicios de salud se encontraron aún con mayor prevalencia de trastornos psiquiátricos aunque persistió la diferencia de género en estos profesionales (17% en empleados, vs. 36 y 41% en médicas y administradoras).

La presencia de enfermedad mental se asoció con la percepción de altos niveles de trabajo, el trabajo por horas prolongadas, trabajar por horas extras no remuneradas y la cantidad de tiempo dedicada a contacto "cara a cara" con el paciente, esto último en las médicas. Se encontró que las tasas de morbilidad psicológica son levemente diferentes entre los hombres y las mujeres hasta la edad en que estas se casan y tienen hijos. El matrimonio es un factor protector para los hombres en cuanto a enfermedad psiquiátrica mientras que es un factor de riesgo en las mujeres.

En cuanto al alcoholismo, existen pocas evidencias que confirmen que los médicos tienden a tomar más que otros profesionales (en los cuales en general el consumo es mayor). Algunas evidencias apuntan a una leve diferencia en cuanto a mortalidad por cirrosis hepática secundaria a alcoholismo en este grupo, otros profesionales como los abogados también presentan altas tasas de alcoholismo.

Médicos en formación

Existen 3 estudios importantes en este ámbito:

Firth-Cozens estudiaron a un grupo de 318 alumnos del 4to año de la carrera en 3 escuelas diferentes y los siguió durante 5 años hasta que llegaron a ser médicos generales. Utilizando el cuestionario de salud de Goldberg de 30 reactivos encontró una prevalencia del 50% de trastornos emocionales. El factor más estresante encontrado fue la sobrecarga de trabajo (los médicos trabajaban más de 90 hrs. por semana), seguido de dar informes a parientes preocupados, las fallas serias en el tratamiento y los efectos de la vida privada de cada uno. Se encontró una correlación alta entre aspectos estresantes del trabajo y una puntuación alta en el GGHQ, así como entre la dificultad de los estudiantes para adaptarse a cambios en los patrones de sueño y la presencia de depresión. No existió correlación entre el número de horas trabajadas por guardias por llamada o con el número de camas asignadas a cada médico y la presencia de depresión. Cerca de una quinta parte de los médicos reportaron episodios o brotes ocasionales o frecuentes de ingesta importante de alcohol, pero no existió correlación entre el consumo de alcohol y la puntuación en el GGHQ.

Los mismos autores, en un estudio de 235 médicos, reportaron una correlación significativa entre los niveles reportados de estrés y la auto-percepción del rendimiento en el trabajo: Entre más estresados se encontraron los médicos, más negativos fueron los reportes de diferentes aspectos de su papeles, tenían menor capacidad para discutir sus problemas o dudas con colegas de mayor jerarquía y menor claridad de lo que se esperaba de ellos. Dos terceras partes de los estudiados,

sobre todo mujeres, se encontraron arrepentidos de estudiar medicina por diversas razones: largas horas de trabajo, mucha responsabilidad, interferencia con su vida. El 18% de los encuestados se sintieron inseguros de abandonar la carrera y 20% lo hicieron.

Interconsultantes

En un estudio por Ramírez en 1996 realizado en interconsultantes de gastroenterología, cirugía, rayos X y oncología se encontró una morbilidad psicológica del 27%, y no existió diferencia entre las especialidades. Se encontró una prevalencia del 23% de depresión y ansiedad. Los médicos con estrés laboral alto reportaron niveles altos de desgaste y mayor morbilidad psiquiátrica. La satisfacción laboral se observó como un factor protector contra este desgaste. Aquellos que reportaron alto estrés y poca satisfacción tenían 6 veces más riesgo de ser casos según el GGHQ que los de alto trabajo o estrés pero alta satisfacción. Algunos componentes importantes en esta relación fueron: buenas relaciones con los pacientes, familiares, personal, estatus profesional, autoestima, autonomía y variedad en el trabajo. Los cirujanos reportaron los mayores niveles de satisfacción en el trabajo. Los interconsultantes con poco entrenamiento en comunicación con los pacientes reportaron altos niveles de despersonalización y bajo rendimiento personal.

Especialidades individuales

Algunos estudios han sugerido ciertas especialidades como más riesgosas para un trastorno psiquiátrico. Un estudio de 100 psiquiatras en Manchester no encontró una prevalencia mayor en psiquiatras de trastornos psiquiátricos. Se han reportado, sin embargo, mayor índice de suicidios en patólogos, psiquiatras y anesthesiólogos y se ha encontrado menor satisfacción laboral en los radiólogos.

Médicos generales y de comunidad

El estudio más completo ha sido el de Cooper (1989) quien estudió 400 médicos generales y encontró que las mujeres tenían menor prevalencia de ansiedad y depresión que la población general y que los hombres presentaban mayor ansiedad que la población general e igual índice de depresión. Cuatro años después, a pesar del desarrollo laboral, encontró un patrón similar de resultados. La insatisfacción laboral se relacionó fuertemente con las demandas de trabajo y el aumento de expectativas del trabajo. Otros factores fueron la presencia de conflicto entre el cuidado clínico y las demandas nuevas por los roles, temor a la equivocación, el trabajo administrativo y los recursos insuficientes. Se reportó un sentimiento de falta de control o participación de los médicos en las decisiones que afectan la forma de trabajo.

Caplan estudió 322 médicos de pregrado, 81 interconsultantes y 121 médicos de base. Encontró en los tres grupos una puntuación en la escala de depresión de Hamilton (HAM-D) mayor a 10 puntos en 30% de los estudiados. Los médicos de pregrado tuvieron mayor puntuación en depresión y los administradores menor. Los médicos de pregrado fueron los que más reportaron pensamientos suicidas. Otro estudio, de 532 médicos generales (506 de hospital y 241 administrativos) reportó un 72% y un 50% de médicos que consideraban su trabajo como estresante la mayor parte del tiempo. Los médicos generales, además reportaron como factores estresantes a las demandas y expectativas de otros hacia ellos y el cambio en las formas que se espera que hagan su trabajo.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN

¿ Por qué estudiar la salud mental de los médicos?

Es bien conocido el refrán popular que dice “en casa del herrero azadón de palo” y sabemos bien que siendo médicos tenemos fama de ser muy malos pacientes. Aunque la población médica tenga un nivel mejor de salud física que la población general, no parece ser lo mismo en cuanto a la salud mental. El conocer y reconocer estos tipo de problemas resulta de suma importancia no solamente por que la prevalencia de problemas de salud mental es mayor en este grupo que en la población general si no también por las implicaciones que la presencia de estos problemas pueden tener en el objeto de trabajo de los médicos: los pacientes. Existen 4 aspectos en los que se llaman la atención en relación a la salud mental de los médicos: la alta presencia de síntomas depresivos-ansiosos, la alta tasa de suicidios (3 veces más alta que la población general), la mayor frecuencia de uso de alcohol y otras sustancias y la mayor incidencia de accidentes, sobre todo de tipo automovilísticos (2 veces mayor que en la población general).

Con todo esto no queda duda que para tener un servicio de salud adecuado tenemos que conocer evaluar y, en caso dado, tratar el estado de salud de sus trabajadores. Es importante, entonces saber cómo es el estado actual de nuestros trabajadores de salud y si existen los riesgos ya mencionados en nuestra población médica mexicana.

OBJETIVOS

- a) Describir la intensidad del síndrome de desgaste en residentes de diversas especialidades de medicina.
- b) Detectar los factores psiquiátricos y ambientales que se asocian a la intensidad de este síndrome.
- c) Determinar si existe alguna variación de estos factores en diferentes especialidades.

HIPÓTESIS

Si la presencia del síndrome de desgaste está en relación directa con el trabajo y sus diferentes características y con variables propias de cada médico, entonces esperamos encontrar un alto nivel de desgaste en aquellos médicos que estén expuestos a mayor tiempo o intensidad de trabajo y en aquellos que sean más susceptibles al desgaste ya sea por factores sociodemográficos (i.e. estar casado, tener problemas económicos) o psicológicos (i.e. presentar sintomatología ansiosa o depresiva (valorada mediante el SCL-90)).

DISEÑO DEL ESTUDIO

Se trata de un estudio descriptivo, abierto, observacional y transversal.

MATERIAL Y MÉTODO

Población de estudio:

Se incluyeron a residentes de primero, segundo o tercer año de las especialidades de anestesiología, cirugía, traumatología y ortopedia, pediatría, psiquiatría y ginecología de tres sedes diferentes: Hospital Universitario de Puebla (HUP), Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez (HPFBA) e Instituto Nacional de Psiquiatría Dr. Ramón de la Fuente Muñiz (INPRF). Todos aceptaron participar voluntariamente en la contestación de los cuestionarios aplicados. Se excluyeron aquellos que no desearon participar o que tardaron más de 2 semanas en devolver los cuestionarios, los extraviaron o los regresaron incompletos y a aquellos que por enfermedad o vacaciones no se encontraran en el momento de la aplicación de los instrumentos.

Variables e instrumentos de medición y su descripción

A todos los participantes se les pidió que contestaran 3 cuestionarios los cuales se describen a continuación. Los tres son instrumentos auto-aplicables y se requirió que los participantes los contestaran en forma anónima con el fin de respeto a la confidencialidad. Debido a que el responder a los cuestionarios toma tiempo, se permitió que los residentes participantes se quedaran con ellos y los resolvieran con cierta calma. Se les solicitó que lo tuvieran contestado al día siguiente.

Los cuestionarios fueron los siguientes:

1) Cuestionario sobre factores sociodemográficos, laborales y de patrón de consumo de café, cigarro y alcohol y algunos hábitos higiénico-dietéticos. (ANEXO 1)

2) Escala de verificación de síntomas psiquiátricos (SCL-90).

La lista de verificación de síntomas psiquiátricos (SCL-90) tuvo su origen en la lista de síntomas de Hopkins que constaba de 58 reactivos. Es un cuestionario diseñado para medir la intensidad de los síntomas psiquiátricos en forma auto-reportada. Actualmente está conformado por 90 reactivos que se califican en una escala del 0 al 4 según la intensidad. Abarca 9 dimensiones sintomatológicas: la somatización, los síntomas obsesivo-compulsivos, la sensibilidad interpersonal, la depresión, la ansiedad, la hostilidad, la ansiedad fóbica, la ideación paranoide y el psicoticismo. Se han encontrado diferentes coeficientes de consistencia interna (0.94, 0.90, 0.89, 0.83 y 0.94) en las

DISEÑO DEL ESTUDIO

Se trata de un estudio descriptivo, abierto, observacional y transversal.

MATERIAL Y MÉTODO

Población de estudio:

Se incluyeron a residentes de primero, segundo o tercer año de las especialidades de anestesiología, cirugía, traumatología y ortopedia, pediatría, psiquiatría y ginecología de tres sedes diferentes: Hospital Universitario de Puebla (HUP), Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez (HPFBA) e Instituto Nacional de Psiquiatría Dr. Ramón de la Fuente Muñiz (INPRF). Todos aceptaron participar voluntariamente en la contestación de los cuestionarios aplicados. Se excluyeron aquellos que no desearon participar o que tardaron más de 2 semanas en devolver los cuestionarios, los extraviaron o los regresaron incompletos y a aquellos que por enfermedad o vacaciones no se encontraran en el momento de la aplicación de los instrumentos.

Variables e instrumentos de medición y su descripción

A todos los participantes se les pidió que contestaran 3 cuestionarios los cuales se describen a continuación. Los tres son instrumentos auto-aplicables y se requirió que los participantes los contestaran en forma anónima con el fin de respeto a la confidencialidad. Debido a que el responder a los cuestionarios toma tiempo, se permitió que los residentes participantes se quedaran con ellos y los resolvieran con cierta calma. Se les solicitó que lo tuvieran contestado al día siguiente.

Los cuestionarios fueron los siguientes:

1) Cuestionario sobre factores sociodemográficos, laborales y de patrón de consumo de café, cigarro y alcohol y algunos hábitos higiénico-dietéticos. (ANEXO 1)

2) Escala de verificación de síntomas psiquiátricos (SCL-90).

La lista de verificación de síntomas psiquiátricos (SCL-90) tuvo su origen en la lista de síntomas de Hopkins que constaba de 58 reactivos. Es un cuestionario diseñado para medir la intensidad de los síntomas psiquiátricos en forma auto-reportada. Actualmente está conformado por 90 reactivos que se califican en una escala del 0 al 4 según la intensidad. Abarca 9 dimensiones sintomatológicas: la somatización, los síntomas obsesivo-compulsivos, la sensibilidad interpersonal, la depresión, la ansiedad, la hostilidad, la ansiedad fóbica, la ideación paranoide y el psicoticismo. Se han encontrado diferentes coeficientes de consistencia interna (0.94, 0.90, 0.89, 0.83 y 0.94) en las

diferentes sub-dimensiones (depresión, somatización, ansiedad fóbica, sensibilidad interpersonal y suspicacia hostil, respectivamente) y un coeficiente de alfa de 0.975 para la prueba en total. Debido a que el instrumento presenta una fuerte interrelación entre los factores de la prueba, se ha considerado que este instrumento mide sobre todo el malestar general más que dimensiones específicas de sintomatología. Se sabe que el instrumento distingue bien entre pacientes y controles ($p < 0.001$) y tiene un poder discriminatorio de 93.1% en la comunidad y 77.9% en los pacientes para detectar sintomatología psiquiátrica. (ANEXO 2)

3) Escala para la medición de "desgaste" (Maslach Burnout Inventory).

El inventario de desgaste de Maslach es un cuestionario auto-aplicable constituido por 22 reactivos en forma de afirmaciones sobre los sentimientos personales y actitudes del profesional en su trabajo y hacia sus pacientes. Fue desarrollado por Maslach y Jackson en 1981 y la versión en castellano ha sido utilizado en diversos estudios de salud mental.

El instrumento fue diseñado para valorar tres aspectos fundamentales del síndrome de desgaste o *burnout* : el agotamiento emocional, la despersonalización y la ausencia de logros personales. La subescala de agotamiento emocional, constituida por 9 reactivos, valora la sensación de estar emocionalmente saturado o exhausto por el propio trabajo. La subescala de despersonalización, integrada por cinco reactivos, mide el grado en el cual la respuesta hacia los pacientes es fría, distante e impersonal. La subescala de logros personales consta de ocho reactivos que valoran los sentimientos de competencia y eficacia en la realización del trabajo.

El *burnout* o desgaste profesional se concibe como una variable continua que se puede experimentar en bajo, moderado o alto grado, y no como una variable dicotómica que está presente o ausente. Altas puntuaciones en las subescalas de agotamiento emocional y de despersonalización y bajas puntuaciones en la subescala de logros personales son reflejo de un alto grado de *burnout*. Un grado medio es reflejo de puntuaciones medias en las tres subescalas. La presencia de bajas puntuaciones en las subescalas de agotamiento emocional y despersonalización y de altas puntuaciones en la de logros personales son indicativas de un bajo grado de *burnout*.

Esta escala ha sido validada en España en sujetos de 5 profesiones distintas (psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, asistentes sociales y auxiliares psiquiátricos). La consistencia interna del cuestionario fue estimada por el coeficiente alfa de Cronbach y fue de 0.90 para la subescala de cansancio emocional, 0.79 para la de despersonalización y 0.71 para la de logros personales. (ANEXO 3)

Procedimiento de captación de la información

La información fue capturada en una base de datos del programa DBASE IV para Windows.

Análisis de los datos

Los datos obtenidos fueron analizados mediante el programa S.A.S. (Statistical Análisis System). Se obtuvo el coeficiente de correlación de Spearman para el análisis entre variables continuas. Con las variables categóricas se realizaron comparaciones entre grupos mediante la prueba t de student. Se consideró significativa un coeficiente rho mayor 0.5 y una $p < 0.05$. El programa se corrió en búsqueda de asociaciones entre las diferentes variables del cuestionario número 1 y el grado de sintomatología de desgaste y de las diferentes sub-dimensiones en el SCL-90.

RESULTADOS

Se entregaron los cuestionarios a un total de 80 residentes. De ellos, sólo 44 (55%) lo regresaron, 9 (20.5%) fueron del HFBA, 10 (22.7%) del INPRF y 25 (56.8%) del HUP. En la Tabla 1 se encuentra la distribución de los residentes según los diferentes datos sociodemográficos. La distribución por especialidades se observa en la figura 1. Los psiquiatras representaron el 43.2%, mientras que el resto de las especialidades en su conjunto el 56.8%. El 70.5% de los encuestados fueron solteros y sólo el 29.5% estaban casados o vivían en unión libre. La mayor parte de ellos fueron de religión católica (75%) y sólo el 13% reportaron tener hijos.

La frecuencia de las guardias y la percepción en cuanto a la gravedad de los pacientes que atienden, lo claro del rol de cada uno, y la calidad de la supervisión recibida por personas de mayores jerarquías se encuentran en la Tabla 2 y graficadas en las figuras 2, 3 y 4.

Sintomatología psiquiátrica y *burnout* en las diferentes sedes hospitalarias

Se encontró una diferencia estadísticamente significativa en la puntuación de las subescalas de obsesividad ($x = 17.40 \pm 3.69$ vs. $x = 14.36 \pm 4.77$) y de depresión ($x = 20.10 \pm 2.99$ vs. $x = 17.52 \pm 4.3$) entre los residentes del INPRF y el HUP. En el HFBA también se encontró mayor puntuación de estas mismas sub dimensiones pero no existió significancia estadística. No existió diferencia en las demás sub dimensiones de la escala SCL-90 al comparar entre los tres grupos (Tabla 3).

Tanto los residentes del HFBA como los del INPRF tuvieron mayor puntuación que el HUP en la escala total de *burnout* y en la subescala de agotamiento emocional. En las sub dimensión de despersonalización y la de logros personales sólo existió diferencia significativa entre los residentes del INPRF y los del HUP (Tabla 4). No existió diferencia significativa en la puntuación de esta escala entre el INPRF y el HFBA.

Sintomatología psiquiátrica y *burnout* en las diferentes especialidades

Debido a que el número de participantes de otras especialidades diferentes a la psiquiatría fue bajo se decidió comparar dos grupos solamente: el de psiquiatras y el de no psiquiatras. No se encontró diferencia significativa en la puntuación de las diferentes subescalas del SCL-90 entre estos dos grupos (Tabla 5).

Al comparar la puntuación total del *burnout*, y en las sub dimensiones de agotamiento emocional, despersonalización y logros personales, los psiquiatras tuvieron una mayor intensidad que los no psiquiatras ($p < 0.01$) (Tabla 6).

Sintomatología psiquiátrica y burnout según la percepción sobre la calidad en la supervisión recibida

Se encontró menor puntuación en la escala de ansiedad fóbica en el grupo de regular supervisión ($p < 0.05$) al compararlo con el de buena supervisión. Existió una mayor puntuación en las subescalas de hostilidad en el grupo de residentes con reporte de muy buena supervisión al compararla con los de buena supervisión ($p < 0.05$). La puntuación en la subescala de psicosis fue menor en el grupo de muy buena supervisión que en los otros dos grupos ($p < 0.01$). (Tabla 7). No se encontraron diferencias significativas entre los grupos en las demás subescalas del SCL-90.

No se encontraron diferencias significativas en las puntuaciones de la escala total de *burnout* y sus sub dimensiones entre los 3 grupos.

Sintomatología psiquiátrica y burnout según la percepción sobre lo definido del rol como residente

No se encontraron diferencias significativas en ninguna de las subescalas del SCL-90 entre el grupo de rol bien definido, regularmente definido y poco definido.

La calificación total del burnout fue significativamente mayor en el grupo de rol regularmente definido que en el de rol bien definido ($x = 37.93 \pm 18.43$ vs. $x = 25.23 \pm 14.79$ $p < 0.05$). El grado de despersonalización fue mayor en el grupo de rol poco definido y en el de rol regularmente definido al compararlos con el grupo de rol bien definido ($x = 9.25 \pm 7$ y $x = 7.21 \pm 5.32$ vs. 3.58 ± 2.61 , respectivamente, $p < 0.05$). No existieron diferencias significativas en las subescalas de agotamiento emocional y de logros personales. (Tabla 8).

Sintomatología psiquiátrica y burnout con otras variables

No se encontraron diferencias significativas en las 2 escalas y sus sub dimensiones al comparar según estado civil, lugar de origen, religión, la presencia o no de hijos, el tipo de vivienda, el tipo de guardia en cuanto a frecuencia, el consumo reportado de café, cigarrillos y alcohol y la realización o no de ejercicio.

Sintomatología psiquiátrica y su relación con el burnout

Se observó una correlación positiva ($\rho > 0.5$) estadísticamente significativa ($p < 0.01$) entre la intensidad de los síntomas de somatización, obsesivo compulsivos, depresión, ansiedad y hostilidad y la puntuación total de *burnout*. En la subescala de agotamiento emocional se encontró correlación con las mismas entidades. Para la sub dimensión de despersonalización se encontró que solamente la sintomatología ansiosa presenta una correlación significativa. En logros

personales existió correlación positiva para los síntomas de somatización, depresión y ansiedad. (Tabla 9).

Relación del *burnout* y otras variables

No se encontró correlación entre el grado de burnout y sus 3 sub dimensiones y las variables 1) número de horas diarias en contacto con los pacientes, 2) cantidad diaria consumida de café, 3) cantidad diaria fumada de cigarrillos 4) horas de sueño, 5) horas diarias de trabajo y 6) número de pacientes atendidos diariamente. La cantidad consumida de alcohol no fue reportada en la mayoría de los cuestionarios, por lo cual no se analizó esta información.

Tabla 1. Datos sociodemográficos

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Sede		
HFBA	9	20.5
HUP	25	56.8
INP	10	22.7
Año de residencia		
1o	35	79.5
2o	4	9.1
3o	5	11.4
Especialidad		
Anestesiología	4	9.1
Cirugía	8	18.2
Ginecología	7	15.9
Traumatología y ortopedia	4	9.1
Pediatría	2	4.5
Psiquiatría	19	43.2
Estado civil		
Soltero	31	70.5
Casado	12	27.3
Unión libre	1	2.3
Lugar de origen		
Líbano	1	2.3
Aguascalientes	1	2.3
Chiapas	2	4.5
Distrito federal	15	34.1
Estado de México	1	2.3
Guadalajara	2	4.5
Hidalgo	1	2.3
Oaxaca	2	4.5
Puebla	16	36.4
Querétaro	1	2.3
Tabasco	1	2.3
Tlaxcala	1	2.3
Religión		
Católica	338	75
Ninguna	38	18.2
Otras	3	6.8
Hijos		
No	13	70.5
Si	31	29.5

Tabla 2. Datos laborales/académicos

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Frecuencia de las guardias		
AB	6	13.6
ABC	25	56.8
ABCD	12	27.3
Otras	1	2.3
Ejercicio		
Si	19	43.2
No	25	56.8
Gravedad de los pacientes		
Muy grave	6	13.6
Grave	20	45.5
Moderado	15	34.1
Poco grave	2	4.5
Definición del rol		
Muy bien definido	26	59.1
Regularmente definido	14	31.8
Poco definido	4	9.1
Calidad de la supervisión		
Muy buena	5	11.4
Buena	23	52.3
Regular	12	27.3
Mala	4	9.1

Figura 1. Distribución de los residentes por especialidad

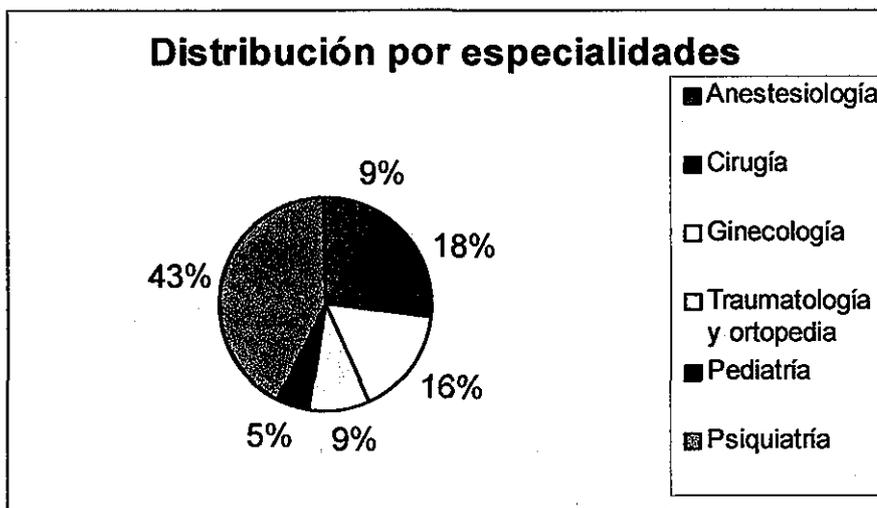


Figura 2. Distribución según la frecuencia de guardias

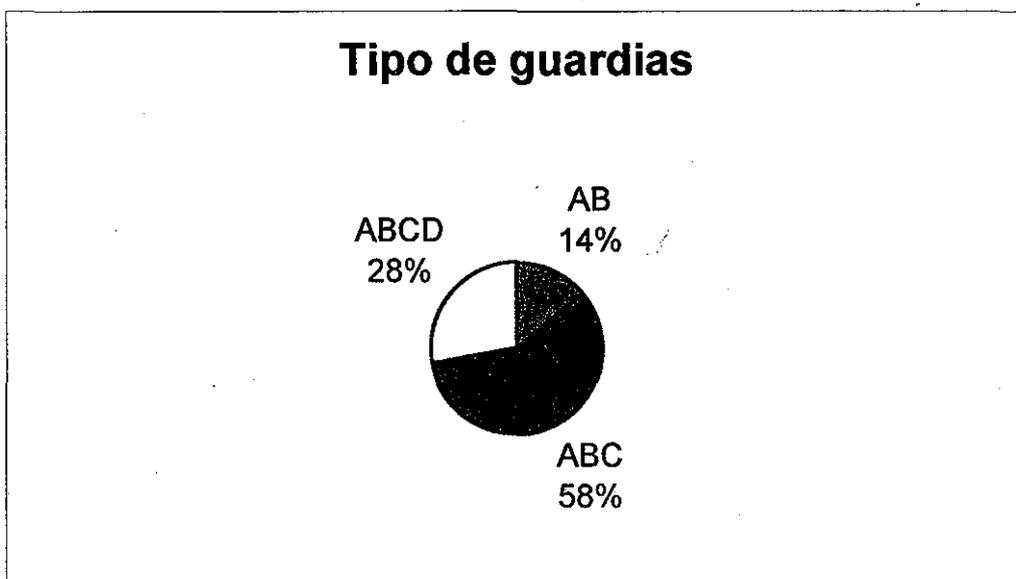


Figura 3. Gravedad de los pacientes atendidos

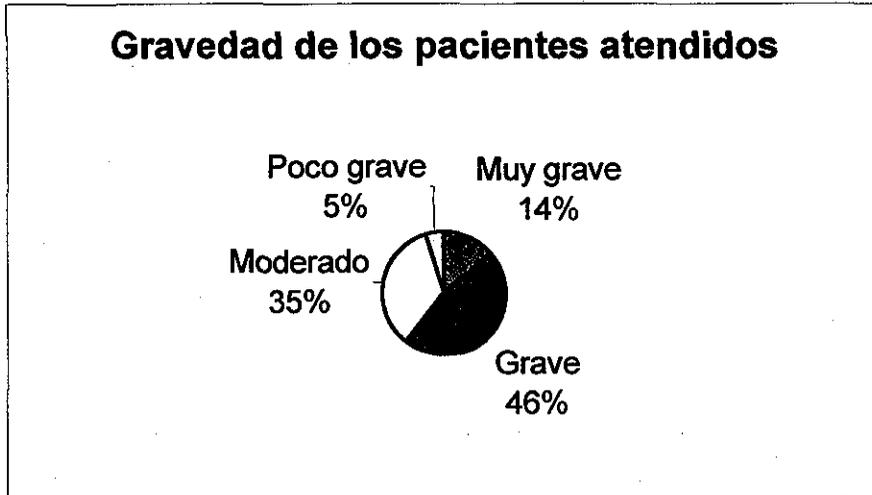


Figura 4. Calidad (percibida) de la supervisión recibida por los residentes



Tabla 3. Puntuación en la escala SCL-90 en las diferentes sedes hospitalarias

	Somatización		S. obsesivo compulsivos		Sensibilidad Interpersonal		Depresión		Ansiedad		Ansiedad fóbica		Hostilidad		Ideación paranoide		Psicosis	
	X	D.E.	X	D.E.	X	D.E.	X	D.E.	X	D.E.	X	D.E.	X	D.E.	X	D.E.	X	D.E.
HUP	14.84	4.04	14.36	4.77	11.96	3.16	17.52	4.30	11.96	3.32	7.68	1.22	7.20	1.83	7.84	2.27	11.08	2.4
HFBA	17.33	5.02	15.33	5.24	11.89	3.18	19.33	6.24	13.11	2.80	7.44	1.33	8.33	3.53	7.22	2.22	10.22	0.6
INPRF	16.60	3.86	17.40*	3.69	12.90	2.18	20.10*	2.99	13.80	3.05	7.20	0.63	8.20	1.23	7.8	1.48	10.60	0.9

* = P < 0.05 al comparar con HUP

Tabla 4. Grado de la sintomatología del síndrome de desgaste y sus sub dimensiones en las diferentes sedes hospitalarias

	Burnout Total		Agotamiento emocional		Despersonalización		Logros personales▲	
	X	D.E.	X	D.E.	X	D.E.	X	D.E.
HUP	22	13.47	10.84	6.85	3.36	3.62	7.8	6.01
HFBA	36.56*	17.29	17.89*	9.24	6.33	4.53	12.33	6.67
INPRF	44.80*	11.38	23.10*	5.74	9.00*	4.19	12.70*	4.30

* = P < 0.05 al comparar con HUP

▲ = La calificación en esta subescala es inversa, es decir, a mayor puntuación menor sensación logros o satisfacción personal

Tabla 5. Calificaciones del SCL-90 entre psiquiatras y no psiquiatras

	Somatización		S. obsesivo compulsivos		Sensibilidad Interpersonal		Depresión		Ansiedad		Ansiedad fóbica		Hostilidad		Ideaación paranoide		Psicosis	
	X	D.E.	X	D.E.	X	D.E.	X	D.E.	X	D.E.	X	D.E.	X	D.E.	X	D.E.	X	D.E.
psiquiatras	16.95	4.33	16.42	4.49	12.42	2.67	19.73	4.69	13.47	2.87	7.32	1.00	8.26	2.51	7.53	1.83	10.42	0.84
No psiquiatras	14.84	4.05	14.36	4.77	11.96	3.16	17.52	4.30	11.96	3.32	7.68	1.22	7.20	1.83	7.84	2.27	11.08	2.43

* = $p < 0.01$

Tabla 6. Calificación del síndrome de burnout y sus sub dimensiones entre psiquiatras y no psiquiatras

	Burnout Total		Agotamiento emocional		Despersonalización		Logros personales▲	
	X	D.E.	X	D.E.	X	D.E.	X	D.E.
Psiquiatras	40.89*	14.689	20.63*	7.85	7.74*	4.45	12.53*	5.39
No psiquiatras	22.00	13.47	10.84	6.85	3.36	3.62	7.80	6.01

* = $p < 0.01$

▲ = La calificación en esta subescala es inversa, es decir, a mayor puntuación menor sensación de logros o satisfacción personal

Tabla 7. Calificación en el SCL-90 por diferente calidad de la supervisión

	Somatización		S. obsesivo compulsivos		Sensibilidad interpersonal		Depresión		Ansiedad		Ansiedad fóbica		Hostilidad		Ideación paranoide		Psicosis	
	X	D.E.	X	D.E.	X	D.E.	X	D.E.	X	D.E.	X	D.E.	X	D.E.	X	D.E.	X	D.E.
Muy buena	16.60	4.98	16.40	6.02	11.80	1.79	16.80	4.270	13.00	3.67	8.00	1.73	9.40*	4.56	8.80	2.68	10.00**	0.00
Buena	15.17	4.22	14.43	4.64	12.00	2.86	17.96	3.83	12.43	3.07	7.57	1.08	7.26	1.25	7.74	1.76	10.87	1.69
Regular	16.17	4.02	15.42	3.48	11.83	2.76	19.25	5.38	11.92	1.68	7.00*	0.00	7.50	1.45	6.83	1.11	10.42	0.66

* = p < 0.05 al comparar con el grupo de supervisión buena

** = p < 0.01 al comparar con el grupo de supervisión regular

Tabla 8. Puntuación en la escala de burnout y sus sub dimensiones según lo definido del rol como residente

	Burnout Total		Agotamiento emocional		Despersonalización		Logros personales▲	
	X	D.E.	X	D.E.	X	D.E.	X	D.E.
Bien definido	25.23	14.79	13.38	8.90	3.58	2.61	8.27	5.42
Regularmente definido	37.93*	18.43	18.79	8.64	7.21*	5.32	11.93	6.55
Poco definido	35.00	14.49	13.00	3.46	9.25*	7.00	12.75	7.72

* = p < 0.05 al comparar con el grupo de rol bien definido

▲ = La calificación en esta subescala es inversa, es decir, a mayor puntuación menor sensación de logros o satisfacción personal

Tabla 9. Correlación entre la puntuación total en la escala de *burnout*, sus sudimensiones y la puntuación en la sintomatología psiquiátrica

	Somatización		S. obsesivo compulsivos		Sensibilidad interpersonal		Depresión		Ansiedad		Ansiedad fóbica		Hostilidad		Ideación paranoide		Psicosis	
	rho	p	rho	p	rho	p	rho	p	rho	p	rho	p	rho	p	rho	p	rho	p
Puntuación total de <i>burnout</i>	0.60	0.00	0.55	0.0001	0.47	0.0012	0.695	0.00	0.64	0.00	0.13	0.398	0.52	0.0003	0.27	0.08	0.27	0.07
Agotamiento emocional	0.64	0.00	0.58	0.00	0.44	0.003	0.66	0.00	0.63	0.00	0.04	0.82	0.52	0.0003	0.21	0.18	0.20	0.20
Despersonalización	0.45	0.00	0.44	0.001	0.29	0.002	0.49	0.00	0.50	0.001	0.11	0.002	0.320	0.00	0.28	0.002	0.37	0.00
Logros personales	0.54	0.00	0.47	0.00	0.45	0.001	0.62	0.00	0.55	0.0003	0.25	0.003	0.46	0.0003	0.34	0.0001	0.45	0.00

DISCUSIÓN

Una de las principales limitaciones de este estudio fue el tamaño de la muestra. Como se mencionó, existió un porcentaje de respuesta del 55%. Habíamos planeado contar con una muestra de 100 residentes y entre ellos que hubiera un número adecuado representante de cada especialidad. En gran parte la imposibilidad de llevar a cabo estas metas se debió al temor o duda de las autoridades de algunos hospitales quienes consideraban importante no “invadir” a los residentes o se sentían preocupados por la confidencialidad de la información obtenida. Por otra parte, resultó interesante el observar que los mismos residentes al ser solicitados para contestar los cuestionarios se sentían en ocasiones desconfiados, en otras temerosos de la posibilidad de “repercusiones” negativas. Otros no lo expresaron así, pero tardaron varios días en regresar el cuestionario o no lo hicieron finalmente.

Este punto me parece importante mencionarlo ya que ilustra en parte, la resistencia que existe en el medio médico en nuestro país a tratar sobre temas emocionales y podríamos tomarlo como un indicio de la importancia de estudiar la situación más a fondo.

En los resultados presentados queda clara la diferencia en cuanto a la presencia de sintomatología psiquiátrica y del síndrome de desgaste entre la población de psiquiatras y no psiquiatras. El resultado sobre las distintas sedes refleja lo mismo, ya que tanto el HFBA y el INPRF son hospitales donde sólo hay residentes de psiquiatría. Estos hallazgos confirman resultados ya obtenidos en estudios previos donde se describe como especialidades de riesgo a la psiquiatría, la anestesiología y la cirugía entre otros. En este caso no debemos dejar de considerar que el grado mayor de sintomatología psiquiátrica y de *burnout* en los psiquiatras también podría reflejar un sesgo ya que estos profesionales pueden tener mayor tendencia a sobre valorar o sobre reportar e incluso a manipular la información. Por esta razón se consideró más conveniente aplicar las escalas solamente en residentes de primer año que todavía no las conocen en su mayoría.

La calidad de la supervisión recibida en los médicos en formación ha sido descrita como un factor importante que incluso protege contra la aparición de estrés y *burnout*. Los resultados obtenidos en este estudio no son congruentes con lo reportado en otros estudios, ya que al existir una mejor calidad de la supervisión (o por lo menos lo que el residente percibe de esta) se encontró que también existían mayores niveles de ansiedad fóbica y hostilidad y no se encontró una correlación significativa con respecto al grado de *burnout*. A este respecto, sólo cabría considerar la posibilidad de que la supervisión recibida por lo residentes sea calificada como buena por ser intensa o incluso algo persecutoria aunque no se enfoque directamente a aliviar o resolver dudas sobre todo de índole no académico como por ejemplo el cómo tratar a los familiares, cómo dar malas noticias, etc. Estos últimos factores aunque no son parte de una supervisión académica, son importantes en el trabajo diario del residente y se han reportado como fuentes de estrés en algunos estudios del Reino Unido. Sería de interés el poder indagar un poco mejor sobre la supervisión que recibe el residente y qué tanto ésta se enfoca a aspectos académicos y qué tanto a otros aspectos más globales.

Algo semejante a lo que pasó con la calidad de supervisión sucedió con la definición del papel o rol del residente. Parece ser que en este caso, el tener un rol bien definido se asoció a mayor grado de burnout aunque el grado poco definido de este rol se asoció con mayor grado de despersonalización. Esta última asociación resulta explicable si consideramos que la despersonalización como un síntoma del *burnout* es una forma de afrontamiento al estrés laboral y es entendible que si éste es alto la sintomatología aumente como defensa para tratar de canalizar ese malestar.

Al planear el estudio suponíamos encontrar alguna correlación entre el grado de desgaste y sintomatología psiquiátrica y el estado civil y la presencia de hijos (suponíamos mayor sintomatología en los casados, sobre todo mujeres y en aquellos con hijos por las presiones económicas que implican). Esto no fue significativo en nuestro estudio y será necesario realizar la investigación en una población mayor o con mayor número de casados para poder valorar adecuadamente. La asociación de la frecuencia de uso de café y cigarrillos, la práctica de ejercicio y la frecuencia de las guardias no fue buena en este caso aunque no podemos descartar que se encuentre alguna utilizando una población mayor.

Finalmente, en cuanto a la presencia de sintomatología psiquiátrica y el grado de *burnout* se encontró una buena correlación. Los síntomas asociados básicamente son de tipo ansioso-depresivo (*ansiedad, ansiedad fóbica, obsesivo compulsivo, somatización y depresión*) y en la subescala de despersonalización básicamente la ansiedad. Esto habla del componente emocional importante en el síndrome de *burnout*, si bien, por el tipo de estudio no podemos hacer inferencias sobre causalidad, no podremos saber si la presencia de cierta sintomatología psiquiátrica hace más vulnerable a un sujeto de padecer *burnout* o por lo contrario, aquellos con mayor grado de *burnout* presentan mayor sintomatología psiquiátrica como parte del mismo proceso. Algunos de los escasos estudios de cohortes en estudiantes de medicina han encontrado que aquellos con padecimientos psiquiátricos previos son más susceptibles de padecer de estrés o de *burnout*, de renunciar a su especialidad o de abandonar la especialidad.

CONCLUSIONES

Los hallazgos obtenidos en este estudio fueron parciales aunque los positivos confirmaron algunos datos ya obtenidos en la población médica de otros países: la asociación entre la presencia de sintomatología psiquiátrica y la de desgaste o *burnout* (especialmente en cuanto a sintomatología ansiosa y depresiva) y la presencia de mayor grado de desgaste y de sintomatología psicológica o psiquiátrica (no de trastornos tal cual) en médicos de especialidades de alto riesgo, en este caso los psiquiatras.

Será importante estudiar varios aspectos en forma más definitiva como sería el papel que juega la supervisión en la presencia de estos síntomas, el papel de factores laborales como horas de trabajo, satisfacción laboral tipo de guardias y otros factores no investigados en el presente estudio como lo son los rasgos de personalidad.

Finalmente, no sobra mencionar, que la importancia de conocer estos factores y de conocer en general la situación emocional de los médicos y en este caso de los residentes no sólo está en ayudar a los propios médicos para mejorar su calidad de vida y rendimiento, sino también se reflejaría en la atención de aquellos que son la razón por la cual somos médicos: nuestros pacientes.

19. ¿Cuántas horas diarias se encuentra en relación directa con los pacientes? _____ hrs.

20. ¿Qué tiempo diario dedica a estudiar? _____ hrs.

21. ¿Qué tiempo dedica a su formación académica (clases, sesiones, supervisión)?

_____ hrs./semana

22. ¿Qué tiempo dedica a su distracción personal? _____ hrs./semana

23. ¿Qué actividades hace en su tiempo libre? _____

24. ¿Realiza algún ejercicio, cual? SI _____ NO

25. ¿Con qué frecuencia? _____ por semana

26. ¿Por lo general, cuántas horas duerme al día? _____ hrs.

27. ¿Ha tenido cambios en su peso en el último año? SI NO

28. ¿Con qué frecuencia y en qué cantidad toma café?

Frecuencia _____/semana Cantidad _____ tazas

29. ¿Con qué frecuencia y en qué cantidad fuma cigarrillos?

Frecuencia _____/semana Cantidad _____ tazas

30. ¿Con qué frecuencia y en qué cantidad ingiere bebidas alcohólicas?

Frecuencia _____/semana Cantidad _____ tazas

31. ¿Ha utilizado algún psicofármaco sin prescripción médica o ha consumido alguna sustancia ilegal (conteste sólo si lo desea)? SI NO

32. Según su percepción:

a) ¿Cuál es la gravedad de los pacientes que habitualmente atiende?

1) Muy grave (riesgo de vida) 2) grave 3) moderado 4) poco grave

b) ¿Qué tan bien siente que está definido su papel (obligaciones y roles) en su lugar de trabajo?

1) muy bien definido 2) regularmente definido 3) poco definido

4) nada definido

c) ¿Cómo calificaría la supervisión que recibe por sus superiores?

1) muy buena 2) buena 3) regular 4) mala o escasa

33. Aproximadamente, ¿cuántos pacientes ve diariamente? _____

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

ANEXO 2

Las siguientes oraciones tratan de sentimientos relacionados con su trabajo. Por favor lea cada una y piense si ha presentado algunos de ellos. Si nunca los ha tenido califique con 0 y si lo ha hecho califique con el número según su frecuencia:

0=Nunca 1=casi nunca 2=pocas veces 3=algunas veces 4=con frecuencia 5=casi siempre
6=todos los días

1. Me siento emocionalmente exhausto de mi trabajo. ()
2. Me siento agotado al final de un día de trabajo. ()
3. Al levantarme por las mañanas y tener que enfrentar otro día me siento fatigado. ()
4. Puedo entender con facilidad como se sienten mis pacientes acerca de sus problemas. ()
5. Trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales. ()
6. El tratar con personas todo el día es una carga para mí. ()
7. Trato con eficiencia los problemas de mis pacientes. ()
8. Me siento desgastado por mi trabajo. ()
9. Siento que influyo positivamente en la vida de mis pacientes a través de mi trabajo. ()
10. Me he vuelto más duro con las personas desde que tengo este trabajo. ()
11. Me preocupa que este trabajo me este endureciendo emocionalmente. ()
12. Me siento con mucha energía. ()
13. Me siento frustrado por mi trabajo. ()
14. Siento que trabajo demasiado duro en mi trabajo. ()
15. En realidad no me importa lo que les pase a algunos de mis pacientes. ()
16. El trabajar directamente con gente me estresa mucho. ()
17. Puedo crear un ambiente relajado con facilidad al trabajar con mis pacientes. ()
18. Me siento emocionado después de trabajar de cerca con mis pacientes. ()
19. He tenido muchos logros que valen la pena en este trabajo. ()
20. Siento como si estuviera al final de mi cuerda. ()
21. En mi trabajo, trato con problemas emocionales con mucha calma. ()
22. Siento que los pacientes me culpan por algunos de sus problemas. ()

ANEXO 3

Instrucciones: a continuación encontrará una lista de problemas y quejas que la gente tiene a veces. Elija la opción que mejor describa qué tanto el problema le molestó a Ud. durante la semana pasada, incluido el día de hoy. Elija solamente una opción para cada problema y no deje vacío ningún punto.

¿QUÉ TANTO LE HA MOLESTADO?

	Nada	Muy poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente
1. Dolor de cabeza	()	()	()	()	()
2. Nerviosismo o inestabilidad interior	()	()	()	()	()
3. Malos pensamientos, ideas o palabras	()	()	()	()	()
4. Debilidad o mareos	()	()	()	()	()
5. Pérdida del interés o placer sexual	()	()	()	()	()
6. Actitud crítica hacia los demás	()	()	()	()	()
7. Sensación de que alguien puede controlar sus pensamientos	()	()	()	()	()
8. Cree que a los otros se les debe culpar por sus problemas	()	()	()	()	()
9. Problemas para recordar las cosas	()	()	()	()	()
10. Preocupación por su descuido o actitud indiferente	()	()	()	()	()
11. Fácilmente molesto(a) o irritable	()	()	()	()	()
12. Dolor en el corazón o en el tórax	()	()	()	()	()
13. Siente miedo en los espacios abiertos o en las calles	()	()	()	()	()
14. Sentimientos de falta de energía o lentitud	()	()	()	()	()
15. Pensamientos de acabar con su vida	()	()	()	()	()
16. Oye voces que los demás no oyen	()	()	()	()	()
17. Temblor	()	()	()	()	()
18. Sentimiento de que la mayoría de la gente no es de confianza	()	()	()	()	()
19. Poco apetito	()	()	()	()	()
20. Lloro fácilmente	()	()	()	()	()
21. Se le hace difícil el trato con el sexo opuesto	()	()	()	()	()
22. Se siente atrapado (a)	()	()	()	()	()
23. Se asusta de repente sin razón	()	()	()	()	()
24. Explosiones temperamentales incontrolables	()	()	()	()	()
25. Tiene miedo a salir solo(a) de casa	()	()	()	()	()
26. Sentimientos de culpabilidad	()	()	()	()	()
27. Dolor en la parte inferior de la espalda	()	()	()	()	()
28. Se siente limitado(a) para hacer las cosas	()	()	()	()	()
29. Se siente solo(a)	()	()	()	()	()

	Nada	Muy poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente
30. Tristeza	()	()	()	()	()
31. Se preocupa demasiado por las cosas	()	()	()	()	()
32. No tiene interés	()	()	()	()	()
33. Siente miedo	()	()	()	()	()
34. Se siente herido(a) en sus sentimientos	()	()	()	()	()
35. Cree que los demás están enterados de sus pensamientos privados	()	()	()	()	()
36. Cree que los demás no lo(a) entienden o que no es simpático(a)	()	()	()	()	()
37. Cree que la gente no es amigable	()	()	()	()	()
38. Hace las cosas muy despacio para asegurarse de que están bien hechas	()	()	()	()	()
39. Siente que el corazón le golpea o está acelerado	()	()	()	()	()
40. Náusea o malestar en el estómago	()	()	()	()	()
41. Se siente inferior a los demás	()	()	()	()	()
42. Dolor muscular	()	()	()	()	()
43. Sentimiento de que está siendo observado(a) o que los demás hablan de usted	()	()	()	()	()
44. Problemas para quedarse dormido(a)	()	()	()	()	()
45. Tiene que comprobar lo que hace, una o dos veces	()	()	()	()	()
46. Dificultad para tomar decisiones	()	()	()	()	()
47. Siente miedo a viajar en autobuses, metro o trenes	()	()	()	()	()
48. Sensación de ahogo	()	()	()	()	()
49. Ataques de calor o frío	()	()	()	()	()
50. Evita ciertas cosas, lugares o actividades porque le asustan	()	()	()	()	()
51. Se le queda la mente en blanco	()	()	()	()	()
52. Entumecimiento u hormigueo en partes del cuerpo	()	()	()	()	()
53. Siente un nudo en la garganta	()	()	()	()	()
54. Se siente desesperado frente al futuro	()	()	()	()	()
55. Dificultad para concentrarse	()	()	()	()	()
56. Sentir debilidad en partes del cuerpo	()	()	()	()	()
57. Sentirse tenso(a) o excitado(a)	()	()	()	()	()
58. Pesadez en brazos o piernas	()	()	()	()	()
59. Pensamientos de muerte o agonía	()	()	()	()	()
60. Comer en exceso	()	()	()	()	()
61. Sentirse incómodo(a) cuando la gente le mira o le habla	()	()	()	()	()
62. Tener pensamientos que no son los suyos propios	()	()	()	()	()

	Nada	Muy poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente
63. Tener necesidad urgente de golpear, dañar o herir a alguien	()	()	()	()	()
64. Despertarse pronto por la mañana	()	()	()	()	()
65. Tener que repetir las mismas acciones tales como tocar, contar, lavar	()	()	()	()	()
66. Sueño inquieto o alterado	()	()	()	()	()
67. Tener necesidad de romper o destruir cosas	()	()	()	()	()
68. Tener ideas o creencias que otros no comparten	()	()	()	()	()
69. Sentirse muy tímido(a) delante de otras personas	()	()	()	()	()
70. Sentirse incómodo(a) en las multitudes, tal como al ir de compras o en el cine	()	()	()	()	()
71. Sentir que todo cuesta un esfuerzo	()	()	()	()	()
72. Períodos de terror o pánico	()	()	()	()	()
73. Sentirse incómodo(a) al comer o beber en público	()	()	()	()	()
74. Involucrarse en frecuentes discusiones	()	()	()	()	()
75. Sentirse nervioso (a) cuando se queda solo	()	()	()	()	()
76. Que otros no le reconocen méritos apropiados por sus logros	()	()	()	()	()
77. Sentirse solo(a) aún cuando está con otra gente	()	()	()	()	()
78. Sentirse tan intranquilo(a) que no podría quedarse quieto(a)	()	()	()	()	()
79. Sentimientos de inutilidad	()	()	()	()	()
80. Sentir que las cosas conocidas son extrañas o irreales	()	()	()	()	()
81. Gritar o tirar las cosas	()	()	()	()	()
82. Sentir miedo a que pueda desmayarse en público	()	()	()	()	()
83. Sentir que los demás se aprovecharán de Ud. si les deja	()	()	()	()	()
84. Tener pensamientos sobre el sexo que le molestan mucho	()	()	()	()	()
85. Que debe ser castigado (a) por sus pecados	()	()	()	()	()
86. Sentirse obligado(a) a que las cosas estén hechas	()	()	()	()	()
87. Tener la idea de que algo grave le pasa en su cuerpo	()	()	()	()	()
88. No sentirse nunca cerca de otra persona	()	()	()	()	()
89. Culpabilidad	()	()	()	()	()
90. La sensación de que algo malo está pasando en su mente	()	()	()	()	()

BIBLIOGRAFÍA

Holmes J. **Mental health of doctors.** *Advances in Psychiatric Treatment*, 3: 251-253. 1997.

Hale R. **How our patients make us ill.** *Advances in Psychiatric Treatment*, 3: 254-258. 1997.

Myers M.F. **Management of medical students' health problems.** *Advances in Psychiatric Treatment*, 3: 259-266. 1997.

Wilheim K., Diamond M. And Williams A. **Prevention and treatment of impairment in doctors.** *Advances in Psychiatric Treatment*, 3: 267-274. 1997.

Roberts G.A. **Prevention of burn-out.** *Advances in Psychiatric Treatment*, 3: 282-289. 1997.

Kesteven S. Mann S and Sims A. **Health procedures of the General Medical Council.** *Advances in Psychiatric Treatment*, 3: 297-304. 1997.

Brandon S. **Persuading the sick or impaired doctor to seek treatment.** *Advances in Psychiatric Treatment*, 3: 305-311. 1997.

Hillhouse J.J. and Adler C. M. **Investigating stress effect patterns in hospital staff nurses: results of a cluster analysis.** *Soc. Sci. Med.* (45)12=, 1781-88, 1997.

Firth-Cozens J. And Greenhalgh J. **Doctors perception of the links between stress and lowered clinical care.** *Soc. Sci Med.* 44(7), 1017-1022, 1997.

Sutherland V.J. and Cooper C. L. **Job stress, satisfaction, and mental health among general practitioners before and after introduction of new contract.** *Br. Med. J.* 304:1548-50, 1992.

Cooper C. L. Rout U. And Faragher B. **Mental health, job satisfaction and job stress among general practitioners.** *Br. Med. J.* 298:366-70, 1989.

Caplan R. P. **Stress, anxiety, and depression in hospital consultants, general practitioners and senior health service managers.** *Br. Med. J.* 309:1261-3, 1994.

Firth-Cozens J. **Emotional distress in junior house officers.** *Br. Med. J.* 295:533-534, 1987.

Steppacher R. C. Judith S. And Mausner. **Suicide in Male and Female Physicians.** *JAMA* 228(3): 323-328, 1974.

Ramírez A. J., Graham J., Richards M.A. Cull A. And Gregory W.M. **Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work.** *Lancet.* 347:724-28,1996.

Brooke D., Edwards F. and Taylor C. **Addiction as an occupational hazard: 144 doctor with drug and alcohol problems.** Br. J. of Addiction. 86:1011-16, 1991.

Richings J.C., Khara G. S. And Mc Dowell M. **Suicide in Young Doctors.** Br. J. of Psych. 149:475-78, 1986.

McC. Miller P. and Surtees P.G. **Psychological symptoms and their course in first-Year Medical Students as Assesed by the Interval General Health Questionnaire (I-GHQ).** Br. J. of Psych. 159:199-207,1991.

Aldana I, De las Cuevas Castresana L y Rojo Moreno L. **El desgaste profesional del psiquiatra: resultados de una encuesta entre profesionales.** Actas Esp. Psiquiatr. 27(5):305-9,1999.

Da silva S. Vega D. Y Pérez Urdaniz A. **Estudio del síndrome de desgaste profesional entre los profesionales sanitarios de un hospital general.** Actas Esp. siquiatr. 27(5): 310-320, 1999.

Alvarez Gallego E. y Fernández Ríos L. **El Síndrome de "Burnout" o el desgaste profesional (I): Revisión de estudios.** Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 11(39): 257-265, 1991.

Alvarez Gallego E. y Fernández Ríos L. **El Síndrome de "Burnout" o el desgaste profesional (II): Estudio empírico de los profesionales gallegos del área de Salud Mental.** Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 11(39): 267-274, 1991.