

11237



Universidad Nacional Autónoma de México

División de Estudios de Posgrado e Investigación

Facultad de Medicina

Hospital Infantil de México Federico Gómez

SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL
FRECUENCIA, FACTORES DE RIESGO Y
CO-MORBILIDAD EN RESIDENTES DE UN
HOSPITAL DE TERCER NIVEL

TESIS

Que presenta la:

DRA. INGRID YOLANDA KUHN CÓRDOVA

SUBDIVISION
DIVISION DE EST
FACULTAD DE

Para obtener el Diploma de la Especialidad de:
Pediatría Médica

Tutor:

Dr. Arturo Soria Magaña

[Handwritten signature]

YR Pardo

México, D. F.

2005



0348180

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

A mis padres.

*A mis hermanos:
Juan Pablo, Omar y Angelita.*

*A Daniel, mi amor,
el hombre que amo.*

AGRADECIMIENTOS

A Dios, que está sobre todas las cosas y dirige todos los acontecimientos, gracias por guiar mis pasos día a día, gracias por permitirme conocer este maravilloso país.

A mis padres, gracias por darme la vida, por su apoyo y preocupación constante, gracias por la confianza que depositan en mí, les debo la persona que soy.

A mis hermanos: Juan Pablo, Omar, Angelita; mis cuñadas: Natalia y Gabriela; mis sobrinas: Micaela, Gio, Natali y mi sobrino Gabriel Enrique, gracias por existir.

Al Dr. Arturo Soria, la Psicóloga Mercedes Luque y el departamento de Psicología, gracias por la ayuda brindada sin la cual la realización de este trabajo no hubiera sido posible.

Al Departamento de enseñanza por permitir la realización de este trabajo.

A todos los residentes que participaron en este estudio, quienes fueron la inspiración para la realización del mismo.

A la Dra. Consuelo González Salinas, por la orientación prestada para la elaboración de éste trabajo.

Al Dr. Alfonso Reyes, quien con la mejor de las disposiciones, me ayudó con el análisis de los resultados obtenidos.

Finalmente pero no menos importante, gracias a ti Daniel, mi amor, gracias por amarme tanto....

ÍNDICE

Página

Introducción.....	3
Breve reseña histórica.....	4
Aspectos epidemiológicos.....	5
Síndrome de desgaste profesional en México.....	6
Definición de términos.....	7
Signos y síntomas.....	9
Medida para diagnóstico de <i>burnout</i>	12
<i>Burnout</i> un proceso progresivo.....	14
Factores asociados a <i>burnout</i>	15
Relación entre estrés y <i>burnout</i>	17
Diferencia entre <i>burnout</i> y depresión.....	19
Consecuencias de desgaste profesional	19
Tratamiento y medidas de prevención.....	20
Justificación.....	23
Planteamiento del problema.....	24
Hipótesis.....	25
Objetivos.....	26
Materiales y métodos.....	27
Resultados.....	29
Discusión.....	31
Conclusiones.....	33
Recomendaciones.....	34
Figuras.....	37
Cuadros.....	40
Gráficas.....	45
Anexos.....	52
Referencias.....	58

**SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL
FRECUENCIA, FACTORES DE RIESGO Y CO-MORBILIDAD EN RESIDENTES DE
PEDIATRÍA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL
Hospital Infantil de México Federico Gómez
Estudio transversal y descriptivo**

TÍTULO

Síndrome de desgaste profesional o síndrome de *burnout* frecuencia, factores de riesgo y comorbilidad en residentes de pediatría de un hospital de tercer nivel.

Estudio transversal y descriptivo.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de desgaste profesional conocido también como síndrome de *burnout*, se considera como un proceso de deterioro del cuidado y atención profesional, en quienes prestan servicios de atención pública (servicios públicos, médicos, voluntarios, organizaciones educativas) representando una sensación de fracaso y una existencia agotada. Constituye un trastorno adaptativo crónico que hace referencia a un tipo de estrés laboral e institucional que ocurre en aquellos profesionales, que precisan mantener una relación de ayuda constante y directa a otras personas.¹ Es descrito por primera vez en 1974 por Freudenberg, sin embargo los conceptos introducidos por Maslach y Jackson en los que lo definen como un síndrome tridimensional caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y una reducida realización personal son los que hacen que incremente el interés en el estudio del síndrome.^{2,3}

El síndrome de *burnout* por las repercusiones personales, familiares, sociales y laborales que implica, actualmente se considera un problema sanitario de importancia siendo el responsable de la disminución del grado de satisfacción y desmotivación que sufren los profesionales sanitarios con consecuencias sobre su estado de salud, aparición de hábitos de vida no saludables (consumo de alcohol, drogas), cambios conductuales, incremento del ausentismo laboral así como ineficacia y deterioro en la calidad asistencial con el riesgo de que los pacientes reciban cuidados de una calidad inferior a la deseable con las consecuencias que esto conlleva.⁴

En México en la última década se han realizado varios estudios^{5, 6, 7, 8,9} con respecto a la prevalencia de *burnout* en profesionales de la salud a nivel de centros de atención primaria y secundaria en distintos ámbitos. Los resultados son controversiales y aún no hay un consenso para establecer guías de prevención y tratamiento. Considerando que en México el síndrome de *burnout* puede constituir por las razones expuestas un problema sanitario importante se diseñó el siguiente estudio para reportar la frecuencia del desgaste profesional los factores de riesgo y co-morbilidad en los residentes de Pediatría del Hospital Infantil de México.

BREVE RESEÑA HISTÓRICA

El síndrome de desgaste profesional se describe por primera vez en 1974 por Freudenberg quien emplea el término para describir un conjunto de síntomas físicos sufridos por personal sanitario como resultado de las condiciones de trabajo, lo considera como un proceso de deterioro del cuidado y atención profesional, en quienes prestan servicios de atención pública representando una sensación de fracaso y una existencia agotada¹. Uno de los ejemplos citados para la comprensión del síndrome lo encontramos en el relato siguiente:

“Si alguna vez ha visto un edificio quemado, usted sabe que es una imagen devastadora, aquello que antes era estructura vital, ahora es desolación, donde antes había actividad, ahora solo hay pedazos de energía y vida... En mi práctica psicoanalítica me he dado cuenta que la gente como los edificios, algunas veces se queman.”

Freudenberg, 1980

Se introdujeron posteriormente varios conceptos, Cherniss lo define como un proceso que comprende cambios negativos en las actitudes y la conducta del profesional que brinda un servicio a seres humanos en respuesta a una experiencia de trabajo demandante, frustrante y poco gratificante. Fischer lo considera como un estado resultante del trauma narcisista que conllevaba a una disminución de la autoestima de los sujetos. Pines y Aronson en 1981 lo conceptualizan como un estado en el que se combina la fatiga emocional, física y mental, con sentimientos de impotencia e inutilidad y baja autoestima producido por el agotamiento crónico en el trabajo en situaciones emocionalmente demandantes. Golembieski y col en 1983, 1986 aseguran que el *burnout* afecta a todo tipo de profesiones y no solo a organizaciones de ayuda.¹⁰ Es a partir de los estudios de Christina Maslach y Susan Jackson en 1981, 1985, 1986 en que lo definen como un síndrome tridimensional caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y una reducida realización personal^{2,3}, cuando se incrementa el interés hacia el estudio del síndrome, además con la introducción del cuestionario Maslach *Burnout Inventory* (MBI), instrumento para la valoración de la existencia del síndrome se inicia el desarrollo de varios estudios transversales demostrando su prevalencia en países de primer mundo, a nivel de profesionales de la salud de distintas especialidades ginecólogos, médicos internistas, psiquiatras, intensivistas, pediatras y otros profesionales de la salud, siendo dirigidos en la última década al

establecimiento de factores de psicomorbilidad, así como relación con estrés, depresión y otras patologías.¹¹⁻²⁰

“ Ellos dieron .. y dieron hasta que finalmente no había nada que dar. La tetera estaba vacía, la batería se había secado, el circuito estaba sobrecargado.

Ellos se habían quemado”

Christina Maslach, 1982

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

La prevalencia del síndrome de desgaste profesional se ha reportado en forma variable entre el 25 y 76% de acuerdo a diferentes estudios.¹¹⁻²⁰ A nivel epidemiológico de acuerdo a varios estudios se reporta que el sexo más vulnerable es el femenino, la edad no influye particularmente en el desarrollo del síndrome más bien está en relación a los primeros años de carrera profesional donde se produce la transición de expectativas idealistas a la práctica cotidiana; en cuanto al estado civil se considera que el síndrome se presenta con menor frecuencia personas casadas o con una pareja estable que en solteros; igualmente el número de hijos y la familia parecen constituir un factor protector para el desarrollo del síndrome; finalmente la sobrecarga laboral quien ha sido ampliamente estudiada influye en una forma directamente proporcional, de modo que las personas expuestas a mayor carga laboral son las que están más propicias a presentar altos grados de estrés y con esto es mayor la probabilidad del desarrollo del síndrome.²¹ En 1997 Atancé en un estudio de 294 profesionales de atención primaria y especializada del sistema público del área de Guadalajara que describe los aspectos epidemiológicos del síndrome reporta una media de 47.1 +/- 7.93 para la presencia de *burnout*, concluye que el perfil epidemiológico de riesgo sería el de una mujer de más de 44 años sin pareja estable, con más de 19 años de antigüedad en la profesión y más de 11 en el mismo lugar, con más de 21 pacientes a su cargo a los que dedica más del 70% de la jornada laboral y a ésta entre 36 y 40 horas semanales. Aunque muchos estudios se han realizado en profesionales de la salud, tal como se mencionaba anteriormente en la última década se ha ampliado el estudio del síndrome de *burnout* en otras profesiones igualmente demandantes. A nivel de programas de residencia médica se describen 3 estudios en la literatura^{12,22,23} siendo el más reciente el realizado en el

programa de residencia de la Universidad de Washington, en donde se reporta una prevalencia de hasta un 76% considerándolo un problema sanitario mayor, señalándose las repercusiones directas sobre la asistencia sanitaria, el ausentismo laboral, alteraciones en la dinámica familiar, disminución del nivel de satisfacción de los profesionales y de los pacientes, además de las asociaciones a otras entidades patológicas como depresión, alcoholismo y consumo de drogas.^{4, 12,24}

SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL EN MÉXICO

En México debido a la demanda creciente en los Hospitales de atención pública se desarrolla el ambiente propicio para síndrome de desgaste profesional. Se describe particularmente en los Servicios de Urgencias donde el ruido excesivo condicionado por el llanto de los niños, alarmas de monitores, ventiladores, máquinas de escribir, voces de familiares, además de un espacio físico inadecuado para cunas, camas, camillas, aunado a una excesiva realización de trámites, registros, instalaciones deficientes, carencia de equipo y material, que en conjunto propician el desarrollo de pensamientos negativos en médicos y enfermeras que presentan insatisfacción por su trabajo y frustración al considerar que su trabajo es mal remunerado.⁶ Se han realizado varios estudios en el país con resultados contradictorios, así tenemos: En la ciudad de México en el 2003 Dickinson y cols. reportan una frecuencia de 12.8% en médicos de una Institución de Seguridad Social de primer nivel con una muestra de 431 médicos,²⁵ otro estudio reciente efectuado en la ciudad de Mexicali, Baja California en médicos anesestesiólogos reporta una prevalencia general de 44%,⁷ sin embargo en un estudio elaborado por González Jiménez y cols. en la ciudad de Monterrey, Nuevo León en el periodo de enero a julio del 2003 se reporta que en una muestra de 277 médicos residentes e internos de pregrado en hospitales del IMSS no se encontró el síndrome de *burnout* como tal, únicamente se encontraron algunas manifestaciones de éste en la población estudiada.⁵

El tema ha sido objeto también de varias tesis doctorales y no solo a involucrado el estudio en médicos o personal sanitario, es así que destaca en 1995 la tesis de Robles- Valdez, Dra. en Psicología de la Universidad Iberoamericana quien realiza la determinación del síndrome en el personal de educación (maestros) y expone un modelo de aparición del síndrome de *burnout* destacando la existencia de factores personales que predisponen al síndrome de *burnout*, tales como sexo, edad, experiencia personal, nivel académico que

constituyen un terreno fértil para la aparición del *burnout*, de añadirse a este terreno el estrés laboral crónico o la baja satisfacción personal se da lugar al agotamiento laboral que a menos que se compense con otro tipo de condiciones culminará en el desarrollo del síndrome con todo lo que este conlleva. ⁸ **Figura 1.** La tesis de García Pedraza elaborada en personal primer y segundo nivel de atención con una muestra de 325 profesionales de la salud reporta un 65% de *burnout* de grado bajo, 23 % de grado moderado y un 11.8% grado alto a nivel hospitalario. ⁹ Otro estudio a mencionar aunque no es referente a *burnout* es el publicado por Arenas-Monreal y cols. titulado “Las instituciones de salud y el autocuidado de los médicos” realizado en un centro de salud, un hospital general y un instituto de investigación en salud del sistema nacional de salud mexicano en donde por medio de entrevistas individualizadas a 4 médicos se concluye que las instituciones de salud no están diseñadas para promover e impulsar el autocuidado de quienes ahí laboran más aún en quienes laboran en un segundo nivel de atención donde la estructura organizativa dificulta el autocuidado. Los entrevistados coincidieron que las instituciones de salud carecen de políticas, programas, reglamentaciones y espacios que promuevan el autocuidado de los trabajadores que en ellas laboran y que las principales dificultades están en relación a estrés, alimentación, descanso y esparcimiento. ²⁶De este modo y tomando otro título que me llama la atención dentro de la literatura mexicana podríamos preguntarnos “Y al cuidador... ¿Quién lo cuida?”. ²⁷

Vemos así, que los estudios en México no se han limitado a médicos generales, sino que además se han realizado en otros miembros de instituciones de salud como médicos de especialidad, enfermeras, técnicos, maestros y estudiantes, sin embargo aún no se ha logrado establecer un consenso nacionalmente aceptado para prevenir el desarrollo de desgaste profesional.

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Burnout es un término de la literatura anglosajona cuya traducción más próxima corresponde a “estar quemado”, desgastado, exhausto y perder la ilusión por el trabajo. Debido a que para el término *burnout* no existe una traducción literal en español, se utiliza como sinónimo de “desgaste profesional”. De acuerdo a la definición de Maslach el síndrome de desgaste profesional se define como un síndrome tridimensional caracterizado por agotamiento

emocional, despersonalización y una reducida realización personal que lleva a una disminución de la efectividad laboral³.

Las tres dimensiones interrelacionadas que se incluyen en la definición de *burnout* se conceptualizan del modo siguiente:

- ***Cansancio emocional (CE)***, como un sentimiento de agotamiento ante las exigencias de la tarea o un sobreesfuerzo físico que se produce como consecuencia de las personas a las que hay que atender
- ***Despersonalización (DP)***, como una falta de sentimiento e insensibilidad de los profesionales con una conducta de rechazo a los pacientes o una referencia a ellos como si fuesen objetos; y
- ***Falta de realización persona (RP)***, como una actitud negativa hacia el trabajo y uno mismo, irritabilidad, baja productividad y pobre autoestima.

Dado que el síndrome de *burnout* comparte síntomas con la depresión y ansiedad nos permitimos al momento analizar las definiciones de cada uno de ellos, explicando más adelante en el texto las diferencias entre los mismos.

De acuerdo al DSM IV TR los trastornos depresivos se analizan dentro de los trastornos del estado de ánimo e incluyen el trastorno depresivo mayor, el trastorno distímico y trastorno bipolar. No siendo el objeto del estudio establecer en forma amplia la diferenciación entre tales entidades mencionaremos que entre los síntomas que se consideran para el diagnóstico de un trastorno depresivo no especificado tenemos disminución de interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, pérdida de peso, trastornos de sueño, fatiga o falta de energía, sentimientos de inutilidad o culpa, disminución de capacidad de concentración o para tomar decisiones, baja autoestima, sentimientos de desesperanza, incluyendo ideas de muerte o suicidio en el trastorno depresivo mayor. Característica importante de la sintomatología es que se presenta por un periodo de tiempo determinado y afecta a todas las esferas de la vida de la persona no siendo los sentimientos controlados por la voluntad por lo que una vez establecido el síndrome clínico es necesario establecer tratamiento integral de especialidad.²⁸

La ansiedad por otro lado puede ser conceptualizada tanto como un estado o un rasgo, la ansiedad – estado se considera una condición o estado emocional transitorio del organismo caracterizado por sentimientos de tensión y de aprensión subjetivos conscientemente percibidos con un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo. La ansiedad-rasgo en tanto se refiere a diferencias individuales, relativamente estables en la propensión a ansiedad, es decir las diferencias entre las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones en la intensidad de ansiedad – estado. El trastorno de ansiedad generalizada tal como se describe en el DSM IV TR hace referencia a ansiedad y preocupación excesivas con 3 o más de los siguientes síntomas: inquietud o impaciencia, fatiga fácil, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular, alteraciones del sueño, sintomatología que provoca malestar o deterioro social, laboral o en otras áreas del individuo.²⁸

SIGNOS Y SÍNTOMAS

Varios autores entre ellos Freudenberg, Maslach, Pines, Cherniss, tal como veremos posteriormente reportan una lista de síntomas que se presentan en el síndrome de *burnout*. En la revisión de estudios realizada por Álvarez y Fernández para una mejor comprensión vemos que se pueden agrupar en 4 áreas básicamente:¹⁰

Síntomas psicósomáticos:

Dolor de cabeza

Fatiga crónica

Desórdenes gastrointestinales

Dolores musculares

Problemas de sueño

Pérdida de peso

Pérdida del ciclo menstrual en mujeres

Síntomas conductuales:

Ausentismo laboral

Conducta violenta

Abuso de alcohol y drogas

Incapacidad para relajarse

Síntomas emocionales:

Distanciamiento afectivo

Impaciencia

Deseos de abandonar el trabajo

Irritabilidad

Ansiedad

Incapacidad para concentrarse

Baja autoestima

Síntomas defensivos:

Negación de emociones

Ironía

Atención selectiva

Racionalización

Desplazamiento de afectos

Freudenberg describe en forma más detallada la siguiente lista de signos y síntomas:

Agotamiento y cansancio: Caracterizado por pérdida de energía y cansancio, al individuo le cuesta levantarse y cumplir con la rutina diaria, que antes realizaba sin esfuerzo.

Alejamiento: Caracterizado por el aislamiento, el profesional empieza a aislarse, dejando de asistir a eventos sociales y recreativos.

Pérdida del sentido de las cosas: El profesional se muestra aburrido, pierde el gusto por lo que hace, por las personas y por la vida misma.

Irritabilidad: La persona se vuelve irritable, fácilmente se molesta conforme el agotamiento aumenta.

Echarle la culpa a los demás: Debido a que la persona se siente maltratada busca en los demás el culpable de la situación que está viviendo, pudiendo recaer la culpa en su esposa, su jefe, sus pacientes, etc.

Disminución de las funciones cognitivas: Se altera la percepción, el juicio y la capacidad para tomar decisiones, igualmente la memoria y atención, con trabajo para concentrarse y disminución del rendimiento.

Desarrollo de enfermedades psicosomáticas: Dolores de cabeza, enfermedades intestinales, insomnio, enfermedades respiratorias, etc. a consecuencia de estrés y tensión laboral.

Depresión: O más bien síntomas depresivos en el trabajo, con cambio del estado de ánimo al llegar al hogar o realizar algún deporte.

Negación del problema: El paciente niega tener algún problema aunque este sea notorio para los demás. Evade la situación.

Maslach y Jackson igualmente presentan una lista de síntomas y signos que se encuentran en el síndrome de *burnout*.³

- Agotamiento emocional, verbalizado con la expresión ya no puedo más
- Quejas contra todo y contra todos
- Fatiga y falta de ilusión por el trabajo cotidiano
- Sensación de atrapamiento sin salida
- Dificultad para afrontar la sobrecarga de trabajo
- Enfriamiento en relaciones interpersonales (pareja, familiares, amigos, enfermos)
- Reacción cínica ante cualquier intento de sugerencia o ayuda
- Disminución de la satisfacción y motivación personales
- Creencia de falta de logro profesional
- Sentimiento de frustración profesional e ideas de abandono precoz de la carrera en la que se han invertido grandes esfuerzos
- Síntomas de somatización como cefalea, malestar abdominal, insomnio, etc.
- Intentos de automedicación, utilización de alcohol, tranquilizantes, estimulantes.

Considerando la perspectiva psicosocial es necesario comprender que el síndrome se desarrolla en una forma secuencial en lo que respecta a la presencia de sus síntomas y signos, correspondiendo la última fase por lo general a la negación del problema.

MEDIDA PARA DIAGNÓSTICO DE *BURNOUT*

El Maslach Burnout Inventory

Para el diagnóstico el instrumento más utilizado es el cuestionario de Maslach *Burnout Inventory* (MBI) que ha demostrado ser reproducible y válido,^{3, 29,30} explora los sentimientos y actitudes del personal hacia su paciente y valora los tres aspectos fundamentales del síndrome de desgaste profesional: cansancio emocional, despersonalización y realización personal. El cuestionario es autoaplicable y consta de 22 ítems que tienen 7 opciones de respuesta en la escala de Likert de 0 a 6 en relación a la frecuencia en la que se presentan ciertos sentimientos con respecto a su trabajo. La suma de las puntuaciones determina las 3 escalas o dimensiones de *burnout* de las que hablamos anteriormente: cansancio emocional, despersonalización y realización personal, puntuaciones altas en las dos primeras subescalas y baja en la de realización personal definen el síndrome. **Tabla 1** Las dos primeras subescalas cansancio emocional y despersonalización apuntan a un mayor estrés ocupacional a la inversa de lo que ocurre con la realización personal que indica menor grado de estrés y *burnout*. Dentro de la evaluación del cuestionario para establecer el grado de *burnout* se considera:

En la subescala de *cansancio emocional* que describe los sentimientos de una persona exhausta por el trabajo en un total de 9 ítems (1,2,3,6,8,13,14,16,20) una puntuación de 27 o más corresponde a un nivel alto, entre 19 y 26, un nivel medio y por debajo de 19 un nivel bajo. Se valora mediante los siguientes cuestionamientos:

- Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo
- Me siento cansado al final de la jornada de trabajo
- Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme con otro día de trabajo
- Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo

- Me siento quemado por mi trabajo
- Me siento frustrado en mi trabajo
- Creo que estoy trabajando demasiado
- Trabajar directamente con las personas me produce estrés.
- Me siento acabado

En la subescala de *despersonalización* cuyos elementos describen una respuesta interpersonal y fría hacia los receptores del servicio profesional tenemos 5 ítems (5,10,11,15,22) correspondiendo una puntuación mayor de 9 a un grado alto, entre 6 y 9 un grado moderado y menor de 6 nivel bajo. Se valora mediante los siguientes ítems:

- Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales
- Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión
- Me preocupa el hecho de que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente
- Realmente no me preocupa lo que ocurre con algunos de mis pacientes
- Siento que los pacientes me culpan por algunos de sus problemas

En la subescala de *realización personal* en cuyos elementos se describen los sentimientos de competencia y éxito en el trabajo propio con personas contamos con 8 ítems (4,7,9,12,17,18,19,21) hay un significado opuesto a los dos anteriores, así puntuaciones entre 0 y 33 se consideran grado alto, entre 34 y 39 grado moderado y por encima de 39 grado bajo de realización personal. Se valoran los siguientes cuestionamientos:

- Fácilmente comprendo como se sienten los pacientes
- Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes
- Creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en las vidas de otras personas
- Me siento muy activo
- Fácilmente puedo crear una atmósfera relajada con mis pacientes
- Me siento estimulado después de trabajar en contacto con mis pacientes
- He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión
- En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma.

En conclusión el perfil de síndrome es de tipo “+, +, -”, lo que equivale a lo ya mencionado puntuaciones altas en CE y DP y bajas en RP. Es necesario por este motivo el análisis de las tres escalas en conjunto, elevaciones aisladas de una de las escalas como por ejemplo el reporte de un CE alto indicaría un grado alto de estrés laboral aún sin embargo sin desarrollo del síndrome como tal.

BURNOUT UN PROCESO PROGRESIVO

Es importante conceptualizar al síndrome de *burnout* como una variable continua que puede experimentarse en bajo moderado o alto grado resultado de un proceso dinámico de mala adaptación a una situación de estrés crónica que es el trabajo mismo. Gil Monte y Peiró en 1997 afirman que el síndrome de *burnout* puede estudiarse bajo la perspectiva clínica y psicosocial, la perspectiva clínica asume el *burnout* como un estado al que llega el sujeto como consecuencia de estrés laboral en tanto que la psicosocial lo define como un proceso en una serie de etapas que se generan por interacción de las características personales y del entorno laboral.^{31,32} Una forma práctica para explicar el proceso es en la que se divide el síndrome en 4 fases, así:

1. Fase de entusiasmo: En la que hay altas expectativas idealistas que ocurre generalmente en los primeros años de ejercicio profesional donde se presenta la discrepancia entre las expectativas individuales y la realidad.
2. Fase de estancamiento: Caracterizada por una toma de conciencia de que un énfasis excesivo en el trabajo puede llevar a descuido en las necesidades personales, el individuo siente que se siente apartado de otras necesidades de la vida además empieza a ver que no siempre pero en ocasiones no es recompensado por los superiores o apreciado por los pacientes.
3. Fase de frustración: Constituye la fase en la que el individuo se cuestiona la utilidad de su trabajo, destacando todas las dificultades o aspectos negativos de este (horas de guardia, salario bajo, recursos limitados del sistema..) generando actitudes negativas que repercuten en los pacientes y/o clientes. Esta fase corresponde al

centro del síndrome y es donde se presentan las alteraciones de conducta y emocionales.

4. Fase de apatía: Corresponde a la fase final, en la que el individuo alcanza un estado de apatía o indiferencia al medio, como parte de un mecanismo de defensa para combatir el daño emocional progresivo por la frustración experimentada. Se establece un sentimiento de vacío total que se manifiesta con distanciamiento emocional llegando hasta el desprecio y cinismo en cuanto a la relación con los pacientes.

De este modo se concluye que el *burnout* es un proceso de respuesta a una situación de estrés crónico, donde los individuos más vulnerables al desarrollo del síndrome son aquellos que empiezan su carrera con dedicación idealista a los servicios humanos. El proceso se presenta en fases o etapas que pueden ser reconocidas y tratadas a tiempo evitando la progresión hacia las etapas finales.

FACTORES ASOCIADOS A *BURNOUT*

Aunque se han descrito varios factores asociados al desarrollo de desgaste profesional, encuentro que la forma más sencilla para estudiarlos es dividirlos en cuanto a los que dependen de las características propias del trabajo, los factores organizacionales y ambientales y finalmente los factores individuales o personales. Estudiaremos por separado cada uno de ellos, y en otro apartado la relación del síndrome con el estrés ampliamente estudiada.

Factores dependientes del tipo de trabajo

Como es bien sabido existen dentro de la gama de profesiones algunas que resultan más demandantes que otras, aquellas en las cuales se establece algún tipo de servicio son las que constituyen un factor de riesgo para el desarrollo de *burnout*, es el caso de maestros, profesionales de salud, empresarios, personal de servicios públicos, etc. En el caso de los profesionales de la salud se agrega un factor particular y es que deben de tratar con personas con diversos tipos de enfermedades lo que las hace más demandantes, además deben de convivir con el sufrimiento humano, la invalidez, la desesperanza y la muerte.

Maslach describe ciertas características de la interacción humana (en este caso relación médico- paciente) que hacen que esta sea más estresante y difícil, tenemos así la existencia de pacientes difíciles, pacientes con poca o ninguna capacidad de mejoría (como ocurre algunos casos de pacientes en terapia intensiva), el hecho de que el profesional que brinda un servicio suele centrarse solo en los problemas del otro sin considerar sus fortalezas y cualidades y finalmente la falta de retroalimentación positiva esto es que se de agradecimiento al profesional de salud por los servicios prestados lo que no ocurre en todos los casos. Vale mencionar que por el tipo de cuidados requeridos ciertos grupos de pacientes como ancianos, pacientes enfermos crónicos o terminales, neonatos, pacientes psiquiátricos, alcohólicos o drogadictos adicionan una carga mayor de estrés laboral a los profesionales.

Factores organizacionales y ambientales

Los factores a analizar comprenden en el caso de los profesionales de la salud la sobrecarga laboral, los trámites de tipo administrativo (burocracia), las instalaciones hospitalarias, el material y equipo médico con el que se disponga. Dentro de todos la sobrecarga de trabajo se reporta como el factor organizacional de mayor importancia dada por la gran demanda de pacientes que hace que el personal no se de abasto, ⁷ además las instalaciones y el suministro médico en algunos casos deficientes, los trámites exagerados (falta de personal propio para tal tarea), el ambiente físico no adecuadamente condicionado o insuficiente, la existencia de relaciones inadecuadas dentro del grupo de trabajo (malas relaciones entre compañeros de trabajo) determinan factores agregados para el desarrollo de *burnout*. La falta de cierta libertad y autonomía en la forma de realizar el trabajo, la falta de metas organizacionales por parte de la Institución en la que se trabaja con una fuente de motivación o estimulación son igualmente factores agravantes, la necesidad de reconocimiento por el trabajo bien hecho por parte de la Institución como por el jefe inmediato es algo que no siempre se sufre y que también contribuye a la insatisfacción laboral e incrementar el agotamiento emocional. En el estudio realizado por Palmer y col en Mexicali Baja California en 92 anestesiólogos en el que se valoraron como variables organizacionales la falta de reconocimiento por el trabajo desempeñado, la pérdida de control por lo que se realiza, la pérdida de cordialidad en el ambiente laboral, y la injusticia un gran porcentaje reportó que no existía reconocimiento para el trabajo desempeñado (71.4%), lo que constituía un factor importante para el grado de insatisfacción laboral y *burnout*.

Factores personales o individuales

Estos factores responderían a la pregunta de por qué aún sometidos al mismo tipo de trabajo, sobrecarga laboral, factores organizacionales y ambientales deficientes algunos individuos desarrollan *burnout* y otros no. Tenemos por un lado los aspectos sociodemográficos correspondientes a edad, sexo, estado civil, número de hijos, ya analizados, y por otro la relación que existe entre *burnout* y algunas características propias de la personalidad principalmente aquellas en las que hay rasgos de neurosis.³³ Considerando la división del tipo de personalidad en A o B en donde la A es la personalidad caracterizada por un grado de competitividad alto, niveles elevados de desempeño y logros, gran compromiso con las tareas, urgencia para realizarlas, hostilidad y la B aquella con un patrón de características opuestas, tenemos que las características de la personalidad A en interacción con un entorno social demandante cuyas demandas moldean y favorecen el prototipo aumenta el riesgo de consecuencias psicofisiológicas en los individuos susceptibles,³⁴ este tipo de personalidad es la más propensa a desarrollar desgaste profesional, de modo que algunos de los médicos más eficientes, productivos e idealistas son los que se encuentran en mayor riesgo de desarrollar *burnout*. Tomaré una frase que llama mi atención que bien justifica el porque de esta relación “para poder quemarte debes estar encendido”.

El exceso de idealismo, perfeccionismo, la autoimposición de sobrecarga laboral tal como la describe Freudenberg, el involucrarse en forma excesiva con el trabajo realizado olvidando las necesidades personales, el abstraerse de eventos sociales y relaciones personales son otras características individuales que influyen en el desarrollo del síndrome.

RELACION ENTRE ESTRÉS Y BURNOUT

La organización mundial de la salud (OMS) define como estrés el conjunto de reacciones fisiológicas que prepara el organismo para la acción.³⁵ Estrés hace referencia por tanto a cambios del organismo que incluyen un patrón estereotipado de cambios bioquímicos, funcionales y estructurales en respuesta a una mayor demanda. La respuesta fisiológica se da independientemente de la naturaleza del agente o factor estresante que puede ser físico, biológico, psicológico o social. Ahora bien, a diario una persona recibe señales internas y externas y para mantener un equilibrio reacciona manteniendo con esto el funcionamiento de

los diferentes sistemas que regulan la interacción del individuo y su ambiente por lo que el organismo humano va a generar siempre un nivel de estrés. Ahora si estas señales o factores estresantes tanto internos como externos aumentan su intensidad y/o frecuencia y el organismo no logra su manejo y/o equilibrio se acumula una cantidad de energía que no se logra canalizar en forma adecuada, canalizándose a diferentes niveles del organismo provocando patologías variadas. El estrés de este modo puede ser “bueno”, normal o eutrés, el cual es necesario para que nos sigamos desarrollando como personas y puede ser “malo” o distrés que es cuando el organismo responde en forma insuficiente o exagerada a los factores estresantes no pudiendo consumirse el exceso de energía desarrollada, este tipo de estrés es perjudicial y es el asociado al desarrollo de *burnout*, tal como se reporta en diferentes estudios. **Figura 2, Figura 3**

Un tipo de estrés particular es el estrés laboral definido por la Organización Internacional del Trabajo en los siguientes términos: “Enfermedad que es un peligro para las economías de los países industrializados y en vías de desarrollo, resiente la productividad al afectar la salud física y mental de los trabajadores”.³⁶ Maslach y Jackson entre otros autores coinciden en que el síndrome de *burnout* es resultado de situaciones estresantes crónicas que inician en el medio ambiente laboral (estrés laboral). Se considera en general que existe una relación directa con factores de estrés laboral al que es sometida la persona vulnerable que desarrolla síndrome de *burnout*, a largo plazo los eventos estresantes negativos tienden a debilitar la energía vital del organismo y lo llevan a un umbral crítico para el desarrollo de *burnout*, entonces si se presenta un factor súbito agregado de estrés (una enfermedad, problema familiar o laboral) se precipita el desarrollo del síndrome de desgaste profesional.³ Dentro de los factores estresantes más comunes en el medio laboral se identifican los siguientes: salario insuficiente, inestabilidad en el trabajo, tiempo extra excesivo, jornada laboral doble, cambios de turno, demanda excesiva, metas excesivas, trabajo monótono que requiere poca habilidad pero atención constante, conflictos interpersonales, responsabilidad mal definida y molestias físicas como ruido, polvos irritantes o sustancias volátiles tóxicas.³⁴

Shanafelt y col. en un estudio realizado en los médicos residentes del Programa de Medicina Interna en donde la frecuencia de burnout fue de 76% los factores más estresantes correspondieron a falta de sueño (41%), jornadas de trabajo mayores a 24h (40%) y tiempo inadecuado de descanso (42%).¹² Por otra parte en el sexo femenino se ha descrito una relación importante con estrés laboral pues la mujer además de desarrollarse en el medio

profesional (la mujer doctora) lo hace en su entorno familiar. Se explica tal relación incluso por factores neurohormonales que vuelven a la mujer más vulnerable al estrés^{37,38}

Una de las grandes diferencias entre estrés y *burnout*, es que como podemos ver en tanto que el primero puede ser experimentado en forma positiva o negativa, el segundo es un proceso exclusivamente negativo

DIFERENCIA ENTRE *BURNOUT* Y DEPRESIÓN

Como se mencionó previamente en la definición de términos los trastornos depresivos se incluyen dentro de los trastornos del estado de ánimo el DSM IV TR, aunque *burnout* y depresión comparten algunos de los síntomas se concluye sin embargo que el síndrome de *burnout* es un fenómeno social con repercusión en el ámbito laboral, de modo que los síntomas se presentan principalmente en esta esfera de la vida, en tanto la depresión es un síndrome clínico bien establecido que afecta a todas las esferas de la persona lo cual constituye la principal diferencia entre ambas entidades.³⁸ Se ha estudiado la relación entre ambas entidades aunque los resultados son controversiales.

CONSECUENCIAS DE DESGASTE PROFESIONAL

Las consecuencias que conlleva el padecimiento de éste síndrome se presentan a varios niveles social, laboral, familiar, individual. En un estudio realizado en España en médicos de atención primaria de un área sanitaria se reporta que en general la asociación entre *burnout* y posibles enfermedades psiquiátricas es alta, con relación a incremento de depresión, ansiedad, incremento de tabaquismo y consumo de alcohol.^{4,12} Un punto importante también es la disminución de la calidad de trabajo asistencial brindado a los pacientes por la persona que presenta *burnout* tal como se menciona en algunos estudios.^{4,12} Finalmente el burnout es relacionado también con el ausentismo laboral y la deserción de algunos profesionales de la salud, se calcula que el 20% de las bajas laborales producidas en el desempeño de la profesión son por trastorno del estado emocional y una tercera parte corresponden al síndrome de *burnout*, mencionándose que una baja por patología psiquiátrica (*burnout*) tiene una duración media de 103 días, lo cual supone un problema laboral importante.

TRATAMIENTO

Como para cualquier enfermedad, el tratamiento ideal va dirigido hacia la prevención del síndrome, lo primero y esencial es el reconocimiento del problema y aceptación que se padece el síndrome de desgaste, que depende en gran parte del ambiente laboral y no del individuo por sí mismo. A modo de introducción dentro de las recomendaciones laborales se debe considerar una reducción de la carga de trabajo, formación de equipos de trabajo en donde se puedan delegar responsabilidades a los integrantes del equipo y en lo posible dentro de las horas de trabajo establecer un tiempo de descanso. También es recomendable como estrategia de prevención el reconocimiento con regularidad del esfuerzo realizado y brindar estímulos positivos a los trabajadores, además mejorar las áreas donde se labora en cuanto a ruido, espacio, servicios básicos. Por otro lado en los médicos que padecen de síndrome de desgaste se debe promover la realización de actividades que disminuyen el estrés como el ejercicio, actividades de distracción con la familia y amigos y finalmente en el caso necesario contar con ayuda médica, de allí la recomendación que el médico tenga su propio médico. A continuación desglosaremos varias de las medidas preventivas que se pueden tomar para evitar el desarrollo o progresión del síndrome.

MEDIDAS PREVENTIVAS

Para una mejor comprensión la mejor forma de analizar las medidas preventivas encuentro es dividir las en tres niveles de atención, como sigue²⁹:

1. A nivel individual : Con estas medidas se intenta mejorar los recursos de protección o resistencia para afrontar situaciones estresantes, incluye lo siguiente:
 - ✓ Orientación previa al inicio del trabajo
 - ✓ Programas de formación continua y reciclaje
 - ✓ Programas de entrenamiento en el manejo y afrontamiento del estrés y la ansiedad inevitables en los servicios que tratan problemas humanos
 - ✓ Promover el desarrollo de actividades físicas como ejercicio regular, aprendizaje de técnicas de relajación o meditación, yoga, practicar algún deporte, etc.
 - ✓ Mantener una adecuada alimentación

- ✓ Contar con tiempo de descanso suficiente (regularizar horas de sueño y descanso)
- ✓ Cambios en el ambiente de trabajo
- ✓ Adaptación de la organización a las necesidades de los trabajadores
- ✓ Proponerse metas realistas y concretas más que idealistas evitando de este modo la frustración
- ✓ Establecer jerarquía de valores, el valor que se da a uno mismo, la familia, el trabajo, etc.
- ✓ Reconocer las propias necesidades
- ✓ Evitar automedicación, uso de alcohol, cafeína, tabaco en lo posible.

2. A nivel social: Es indispensable fomentar las relaciones de apoyo con familiares, amigos, compañeros de trabajo, jefes, se sugiere lo siguiente:

- ✓ Compartir con los demás, verbalizando los problemas con alguien en quien se tenga confianza, se quiera o respete
- ✓ Contar con el apoyo de familiares, manteniendo relaciones adecuadas con los miembros de la familia.
- ✓ Fomentar relaciones entre los compañeros de trabajo quienes comparten los mismos problemas laborales, creando un mejor ambiente laboral
- ✓ Apoyo por parte de jefes y supervisores, que deben de ser comprensivos, prestarse al diálogo, brindar reconocimiento, capacitación y entrenamiento a sus empleadores.

3. A nivel institucional: La institución en la que se labora debe de realizar procedimientos de soporte asistencial para el personal, con grupos expertos capacitados para ofrecer ayuda en forma confidencial, eficaz y no disciplinaria. Debe de haber una constante revisión de las dinámicas y problemas laborales promoviendo un mejor desarrollo de los profesionales. La Organización Internacional del Trabajo al respecto reporta que las empresas que ayudan a sus empleados a hacer frente al estrés y reorganizan con cuidado el ambiente de trabajo en función de aptitudes y aspiraciones humanas tienen más posibilidades de lograr ventajas competitivas, con un mejor desempeño de los que allí laboran. De este modo un nivel importante de prevención es el que provee la propia institución a sus trabajadores.

GRUPOS BALINT

Los Grupos Balint se desarrollan en la Segunda Guerra Mundial a partir de la demanda de los familiares de soldados que regresaban mutilados o habían fallecido. Se describieron inicialmente en 1949 por Michael y Enid Balint y son grupos de discusión ahora ofrecidos en todo el mundo en los programas de residencia de medicina familiar, diseñados como una alternativa para hablar libremente de los pacientes y de los sentimientos desarrollados hacia ellos.^{39,40} Se define al grupo Balint como “un estado grupal que se apega al principio de la realidad y que usa su experiencia para generar un cuerpo de conocimientos y pensamientos capaces de ser utilizados en la práctica clínica, es un campo dinámico en donde se va a desarrollar un proceso interpersonal e intersubjetivo”. Consisten en grupos de apoyo para personas que enfrentan una situación de crisis concretamente para el personal de salud se definen como un grupo homogéneo de médicos y enfermeras que opera con un instrumento de investigación, enseñanza-aprendizaje de la relación médico paciente. La forma de trabajo es llevar el grupo al análisis teniendo como principales objetivos: el ámbito en el que se desenvuelven (familia, consultorio, institución), la intervención que hacen con los pacientes (que hacer como médicos) y las características inherentes de los pacientes y sus familiares (de acuerdo al tipo de paciente que se trata). A nivel de programas de residencia se han implantado con el objeto de disminuir la frecuencia de *burnout* e incrementar el grado de satisfacción personal con resultados exitosos. Un grupo está conformado por 6 a 12 médicos de atención primaria dirigidos por otro médico especialista en psiquiatría o en ciencias del comportamiento.⁴¹ El grupo Balint en conclusión es un espacio que sirve para reflexionar sobre la relación médico-paciente, reflexionar sobre el funcionamiento como médicos y sobre el funcionamiento del equipo de trabajo como un todo.

JUSTIFICACIÓN

En el Hospital Infantil de México donde se proporciona atención hospitalaria a una población pediátrica con un número aproximado de 130 000 consultas anuales, con una gran demanda de hospitalización se presenta el ambiente propicio para el desarrollo de desgaste profesional considerando la sobrecarga y estrés laboral al que en ocasiones se encuentra sometido el personal que allí labora. Aunque como se mencionó en México hay varios estudios que muestran elevada prevalencia no hay reportes realizados a nivel de residentes en forma exclusiva. Los médicos residentes de primero a tercer año del Programa de Pediatría Médica quienes son los encargados de cubrir muchas de las áreas asistenciales del Hospital constituyen un terreno fértil para el desarrollo de *burnout*, siendo residente de tal programa particularmente he podido experimentar la sensación de cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal por lo que es de mi interés el estudio del síndrome en esta población con el fin de evaluar el grado de *burnout* existente, identificando factores de riesgo asociados aportando resultados que puedan ser la base de trabajos futuros orientados hacia la prevención con las terapias de Balint ya mencionadas mejorando de este modo el nivel de satisfacción del médico residente y la calidad de atención que se brinda a la población pediátrica.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El síndrome de *burnout* se considera un proceso de deterioro del cuidado y atención profesional, en quienes prestan servicios de atención pública. El síndrome de *burnout* lleva a una disminución de la competencia en el trabajo, problemas de la salud como cefalea, hipertensión, ansiedad y depresión, además puede llevar o incrementar el riesgo de alcoholismo y abuso de drogas, deterioro en la relación con familia y amigos. Es objeto en la actualidad del desarrollo de múltiples estudios de investigación a nivel mundial y en México por las características de las Instituciones de salud se menciona la presencia del síndrome en el personal sanitario se reporta con relativa frecuencia, constituyendo un problema sanitario de importancia.

En México a nivel de programas de residencia que constituyen la base de médicos en formación de distintas especialidades no se ha determinado su frecuencia y no se cuenta con estrategias adecuadas para prevención. Es por este motivo y debido a la importancia que ha adquirido el síndrome en profesionales de la salud que nos hemos planteado la pregunta ¿es posible determinar la frecuencia de presentación, factores de riesgo y co-morbilidad del síndrome de desgaste profesional en residentes de pediatría en un hospital de tercer nivel?

HIPÓTESIS

Nos planteamos las siguientes hipótesis de trabajo:

Los residentes del Programa de Residencia de Pediatría Médica del Hospital Infantil de México pueden cursar con síndrome de *burnout*.

Los factores sociodemográficos pueden influir en la aparición del síndrome y en los diferentes grados de este (bajo, moderado, alto)

El grado de residencia puede ser una variable que influya en la prevalencia, presentándose con una relación inversamente proporcional, a menor grado de residencia mayor prevalencia de *burnout*

El grado de cansancio emocional y despersonalización son inversamente proporcionales a la realización personal

Los residentes del Programa de Pediatría Médica del Hospital Infantil de México pueden tener rasgos de ansiedad y depresión asociados a *burnout*.

OBJETIVOS

Objetivo general

1. Determinar la frecuencia, factores de riesgo y co-morbilidad asociados al síndrome de *burnout* en residentes de pediatría del Hospital Infantil de México

Objetivos específicos

- 1.1 Determinar el grado de cansancio emocional que refieren los Residentes
- 1.2 Determinar el grado de despersonalización que experimentan
- 1.3 Determinar el grado de realización personal en el trabajo
- 1.4 Determinar el grado de *burnout* de acuerdo al grado de residencia
- 1.5 Identificar factores sociodemográficos asociados de riesgo para *burnout*
- 1.6 Identificar rasgos de depresión y ansiedad y su correlación con *burnout*

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño del estudio

Estudio transversal y descriptivo

Población

Residentes del programa de pediatría médica del Hospital Infantil de México Federico Gómez, que se encuentren en el periodo mayo a julio 2005, de primero, segundo y tercer año. De acuerdo a la lista suministrada por la subdirección de enseñanza, el tamaño de la muestra corresponde a un total de 103 residentes que se desglosan del siguiente modo: 37 residentes de primer año, 33 residentes de segundo año, 33 residentes de tercer año.

Criterio de inclusión

- Ser residente del Programa de Pediatría de primero, segundo o tercer año del Hospital Infantil de México.

Criterios de exclusión

- Cuestionarios respondidos en forma incompleta o mal llenados.
- Ser residente de alguna de las subespecialidades de pediatría
- Se excluye al residente de tercer año que realiza el protocolo de investigación.

Variable dependiente

Es el síndrome de desgaste profesional.

Variables independientes

La principal variable independiente será el grado de residencia (primero, segundo y tercer año) otras corresponderán a edad, sexo, estado civil, número de hijos, procedencia. Variables independientes también son la depresión y ansiedad.

Instrumentos para evaluación

Considerando los aspectos éticos para la realización de estudios en seres humanos de acuerdo a la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial en su última reunión se realizó una carta de consentimiento informado para los participantes del estudio. **Anexo 1.**

Para la recolección de datos sociodemográficos de los residentes encuestados se utilizó la hoja expuesta en el **Anexo 2** que incluye las instrucciones con las escala de Linkert para el cuestionario de Maslach instrumento validado para la medición del síndrome de *burnout* utilizado en nuestro estudio. **Anexo 3.** Para definir el grado de *burnout* (bajo, moderado, alto) se utiliza la escala de Maslach expuesta en la **Tabla 1** considerando la presencia del síndrome al contar con nivel alto o moderado para las subescalas CE, DP y baja para RP.

Para evaluar la presencia de depresión se utilizó la escala de Zung determinando de acuerdo a los resultados depresión leve, moderada o ausente. **Anexo 4. Tabla 2**

Para valorar ansiedad se utilizó el instrumento de evaluación IDARE: Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado igualmente de acuerdo a resultados evaluando si es la ansiedad-estado o ansiedad-rasgo son leves, moderadas, graves o ausentes. **Anexo 5. Tabla 2**

Todos los cuestionarios fueron autoaplicables y se desarrollaron sin límite de tiempo. Durante la evaluación se evitó mencionar términos como *burnout*, desgaste profesional, depresión, ansiedad.

Para el análisis de datos se ingresaron los resultados en el programa SPSS versión 12, el tratamiento de los datos se efectuó con un nivel de confianza del 95%. Las variables categóricas se expresaron en tablas de distribución y frecuencias, y en forma de gráficos, los métodos estadísticos a usar fueron la media, desviación estándar y rangos. Para el análisis inferencial y búsqueda de asociaciones se utilizó la Chi cuadrada de Pearson y la razón de verosimilitud.

Este estudio se considera de riesgo mínimo de acuerdo lo establecido en el título segundo, capítulo 1, artículo 17 fracción II de la ley general de salud en materia de investigación para la salud.

RESULTADOS

Del los 103 residentes a evaluar se obtuvieron 86 cuestionarios respondidos en forma adecuada (tasa de respuesta 83.4%), la frecuencia de participación disminuyó de acuerdo al grado de residencia siendo de 36 (97.2%) en los de primer año, 27 (81.8%) de segundo año y 23(69.6%) de tercer año. La media de edad fue de 26.8 (DS +/- 2.1), 48 (55.8%) residentes de sexo femenino y 38 (44.2%) de sexo masculino, 74 (86%) solteros, 11 (12.8%) casados y 1 viudo (1.2%). En cuanto a la procedencia 33 (38.4%) son del DF, 11 (12.8) del Edo de México, 41 (47.7%) de otros estados y 1 (1.2 %) del extranjero, 64 (74.4%) asistieron a universidad pública y 22 (25.6%) a privada. Las puntuaciones obtenidas en las escalas de CE, DP y RP de acuerdo al año de residencia se presentan en el **Cuadro 3**. El cansancio emocional fue disminuyendo de acuerdo al grado de residencia. Los valores más altos para CE y DP y más bajos en RP se presentaron en el grupo de residentes de segundo año. Los residentes de tercer año tuvieron niveles más bajos de CE, DP y más altos de RP. Con relación a los porcentajes en las diferentes escalas se encontró en forma global CE alto en un 44.1% (38 casos) , siendo mayor el porcentaje en el grupo de R1 y R2 (52.5 y 51.9% respectivamente), DP grado alto se encontró en 22 casos (25.5%) correspondiendo el 50% de estos a residentes de segundo año en donde el grado de DP alta fue de 40.7%; RP baja se encontró en 10 casos (11.6%), siendo principalmente reportadas en el grupo de residentes de segundo año. Los niveles de desgaste profesional de acuerdo a las subescalas medidas en los grupos de residentes se observan en el **Cuadro 4, Gráfica 1-2-3**.

En forma global se presentó desgaste profesional alto en 30 casos (35%), moderado en 14 (16%) y bajo en 42 (49%), el mayor porcentaje de *burnout* se observó en los residentes de segundo año (44%). **Gráfica 4 - 5**. En el sexo femenino se presentó *burnout* alto en un 33%, moderado en 10% y bajo en 57% y en el sexo masculino alto un 37%, moderado 24% y bajo 39%. **Gráfica 6-7**. En los solteros se encontró grado alto de *burnout* en 36.5% y en casados 27.3%, sin embargo ambas variables no fueron estadísticamente significativas. **Gráfica 8-9**. De acuerdo a la procedencia se encontró mayor porcentaje de *burnout* alto en los procedentes del DF (54.5%) lo cual si tuvo significancia estadística. ($p = 0.016$) **Cuadro 7**.

Los resultados de media y DS para la valoración para depresión, ansiedad-estado y ansiedad-rasgo se reportan en el **Cuadro 6**. En cuanto a la asociación entre *burnout* y depresión resultó altamente significativa, se presentó grado alto de *burnout* en 69.2% de

quienes tuvieron depresión leve, en 100% de quienes tuvieron depresión moderada y únicamente en 22.4% de quienes no tuvieron depresión. ($p=0.0001$) **Cuadro 7, Gráfica 10**. Los resultados para la valoración de ansiedad- estado y ansiedad-rasgo y su asociación con *burnout* se observan en el **Cuadro 8 – 9, Gráficas 11-12**. Esta última asociación también resultó significativa ($p=0.001-0.003$).

DISCUSIÓN

La tasa de respuesta obtenida fue considerable, similar a la reportada en otros estudios,^{4, 12, 13, 14, 21,} además tal como se menciona en un estudio previo de residentes el porcentaje de respuestas disminuyó de acuerdo al grado de residencia^{12,} en nuestra población esto probablemente se explica por el hecho de que varios residentes de tercer año se encontraban realizando su servicio social fuera de la Institución al momento de la realización del estudio. La media de edad obtenida de 26.8 nos hace inferir que la mayoría de los residentes cursan la especialidad de Pediatría al término de la Universidad, siendo en nuestra población predominante el sexo femenino.

Los principales hallazgos en este estudio en cuanto a la valoración en forma tridimensional de *burnout*, indican que la escala más importante afectada es la de cansancio emocional que refleja los sentimientos de una persona agotada y que es el primer indicio de desarrollo de *burnout*,³ esto coincide con otro estudio realizado en residentes y médicos de pregrado en México.⁵ Dentro del análisis comparativo en cuanto al grado de residencia vemos que el grupo más afectado es el de residentes de segundo año lo que podría explicarse por el cansancio emocional acumulado en el año previo aunado a nuevas responsabilidades aún manteniendo una carga asistencial considerable pues el sistema de guardias corresponde a cada tercer día en los dos primeros años y cada cuarto día en el tercer año lo que pueda explicar la disminución de cansancio emocional en el grupo de residentes de tercer año. Otra observación importante dentro de las escalas de valoración es que el rango de realización personal se encontró alto, lo que nos habla de que pese a tener cansancio emocional el residente de la Institución tiene una elevada autoestima probablemente en relación al nivel académico y tipo de personalidad que reúnen los residentes que se eligen en el proceso de selección para ingreso al programa de postgrado en el Hospital Infantil de México. Llama la atención que la realización personal disminuye en el segundo grado de residencia tal vez por que durante este año aumenta el cansancio emocional y vuelve a elevarse en el tercer año en que el cansancio emocional disminuye.

A diferencia de lo que reportan otros estudios en donde se menciona que el sexo más vulnerable a presentar *burnout* es el femenino^{3, 4, 9, 21, 25} en nuestro estudio encontramos mayor porcentaje de *burnout* en el sexo masculino aunque este resultado no fue estadísticamente significativo. En cuanto al estado civil los resultados coinciden con la

literatura que menciona que el ser casado proporciona un factor de protección.^{4, 8, 9, 19, 21,25} encontrando en nuestro estudio una mayor frecuencia de *burnout* en casados aunque no hubo diferencia estadística significativa. La procedencia fue un factor que si resultó estadísticamente significativo encontrándose mayor frecuencia en los residentes procedentes del DF (zona metropolitana) contrario a lo que pudiera pensarse con respecto a que el residente proveniente de provincia o del extranjero debe afrontar las responsabilidades que se adquieren al vivir en forma independiente. Es probable en cuanto a este factor que más que la residencia lo que realmente influya sea el tipo de relaciones familiares que tenga el residente lo que no fue determinado en este estudio pues como menciona Maslach el apoyo de la familia es indispensable para sobrellevar el estrés crónico,³ por esto no podríamos aseverar que el ser de otro estado o del extranjero provee menor riesgo.

La relación de *burnout* con depresión en este estudio resultó altamente significativa al igual que como se menciona en el estudio de factores de psicomorbilidad,^{4,9} y en otro estudio en residentes,¹² lo cual constituye una importante asociación. Aunque no es posible determinar cual de las dos patologías se presentó inicialmente, el carácter crónico y progresivo de *burnout* que es más que una entidad clínica como la depresión que puede o no encontrarse nos permite hacer hincapié en el hecho de que el desarrollo de *burnout* conlleva a trastornos psiquiátricos entre ellos depresión y no viceversa.⁴

Aunque se reporta incremento de *burnout* con relación a la personalidad con rasgos de neurosis,³³ la relación de *burnout* con ansiedad no ha sido muy bien establecida de acuerdo a reportes previos, en nuestro estudio encontramos asociación significativamente estadística entre ansiedad-estado y ansiedad-rasgo, aunque hubiera sido importante contar con una valoración previa al ingreso al programa de residencia que permita mediante un estudio de regresión establecer si quienes contaban con un rasgo de ansiedad positivo fueron las más propensas a desarrollar *burnout*. La asociación sin embargo se establece en forma directamente proporcional siendo a mayor estado-rasgo de ansiedad mayor porcentaje de *burnout*.

Las limitantes que podría tener este estudio corresponden a los sesgos por el grado de honestidad en las respuestas de los residentes encuestados, pues está previsto que con los instrumentos utilizados pueda presentarse esta posibilidad, sobretodo considerando que el estudio estaba siendo llevado a cabo por personal de la Institución.

CONCLUSIONES

El síndrome de *burnout* tiene una importante frecuencia en residentes del Hospital Infantil de México, siendo mayor la frecuencia en los residentes de segundo año. De las subescalas para valoración del síndrome la más afectada es el cansancio emocional igualmente más reportado en el grupo de residentes de segundo año. La realización personal en general se encuentra en un alto rango y es inversamente proporcional al cansancio emocional.

El sexo más vulnerable resulto el masculino a diferencia de lo reportado previamente, el ser casado es un factor protector para aparición del síndrome. La procedencia de una zona metropolitana estuvo asociada a mayor grado de *burnout*. La asociación entre *burnout* y factores de co-morbilidad como depresión y ansiedad fue altamente significativa con una relación directamente proporcional.

Con los resultados obtenidos es necesario establecer a nivel organizacional medidas para prevención del síndrome, fomentando el desarrollo a nivel individual, las relaciones interpersonales entre los residentes, así como con los médicos adscritos y directivos y establecer un programa de estimulación a favor del bienestar del residente, de la calidad de atención brindada a la población infantil y de la Institución.

RECOMENDACIONES

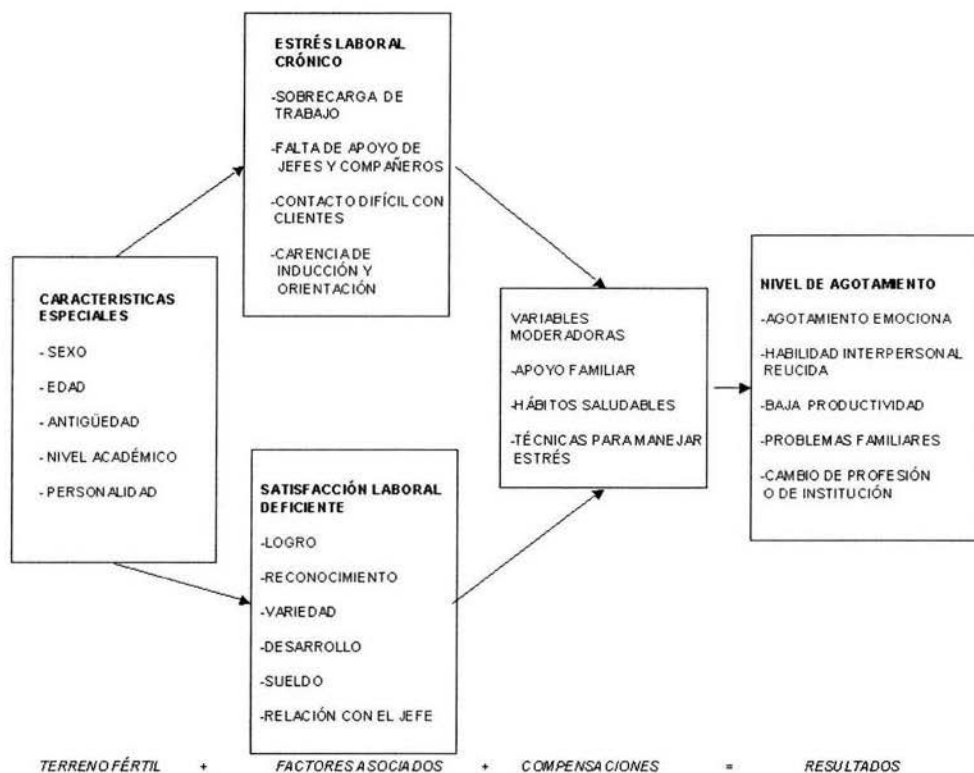
Además de las ya mencionadas en cuanto a medidas preventivas en el texto, por las características del programa de residencia me permito en la forma más respetuosa establecer las siguientes sugerencias:

1. Determinar en forma precisa las obligaciones y responsabilidades del residente de cada año, constatando que estas se cumplan de la manera establecida.
2. Delegar a los servicios correspondientes actividades no médicas como las concernientes a muchos de los trámites administrativos, de trabajo social, de laboratorio, enfermería y mensajería que la mayoría de las veces son realizados por los mismos residentes. Para esto sería necesario contar con:
 - Personal suficiente en laboratorio y especializado en obtención de muestras de niños principalmente en las salas de hospitalización de la Institución. Dejando la actividad de toma de muestras (la cual si es necesaria como parte de la formación) para las rotaciones en el Servicio de Urgencias.
 - Unificación de las solicitudes de laboratorio en un solo formato de modo de que en lugar de llenar 5 o 6 solicitudes para un mismo paciente se necesite únicamente una hoja.
 - Personal encargado del llenado de varios papeles administrativos como hoja para admisión, autorización de ingreso, solicitudes varias, resúmenes clínicos, etc., así como personal de mensajería disponible.
 - Colaboración por parte del personal de trabajo social y de enfermería para el desarrollo de actividades correspondientes a sus servicios, actividades en ocasiones llevadas por los médicos residentes.
3. Favorecer el desarrollo de actividades varias con objeto de disminuir el estrés, así como ejercicio físico, actividades recreativas, yoga, etc.
4. Establecer un adecuado régimen de alimentación y descanso dentro de la jornada laboral, el cual cuente con horarios reglamentados y se lleve a cabo en forma regular

5. Establecer un programa de estímulos para el residente, acentuando lo positivo dentro de las actividades de trabajo así como premiando el buen desempeño asistencial y académico, reconociendo los valores individuales de cada persona.
6. Nombrar para cada generación un maestro tutor (médico adscrito de la Institución) quien se encargue de establecer relaciones con los miembros de la generación de residentes en forma individual y grupal, que sea el encargado del conocimiento del desempeño académico y asistencial así como de los problemas que se presenten en el ejercicio de la tarea. Esto último en mención a que pese a que existe un programa tutorial individualizado este no se lleva a cabo de la mejor manera pues no siempre se establece una adecuada relación tutor-residente, además no se logra determinar el denominador común de los problemas que afectan a la generación como tal. La ventaja de un tutor por generación sería mejorar las relaciones entre los mismos residentes y de que al tener el tutor de cada generación conocimiento de los problemas comunes que afectan a los residentes que dirige establecería propuestas de intervención para un factor en particular que beneficie a más de uno. La forma de trabajo sería similar a lo mencionado en los grupos Balint. El tutor deberá adquirir un verdadero compromiso con la generación que dirija motivo por el que se deberá elegir cuidadosamente el maestro encargado de la dirección tutorial dando preferencia a quienes cuenten con el tiempo necesario, disposición para realizar tal actividad y conocimiento al respecto de estrés laboral, desgaste profesional, grupos Balint, etc.
7. Fomentar y promover el desarrollo de actividades académicas como participación en congresos, talleres y realización de trabajos de investigación, proporcionando los recursos adecuados para la realización personal en las diferentes áreas de acuerdo a los intereses, inquietudes y preferencias individuales.
8. Disminuir en cuanto sea posible la carga laboral y el número de horas de cada jornada, evitando que el residente continúe trabajando sin un horario de descanso (establecido previamente) con lo que se disminuiría la cantidad de errores en la práctica médica pediátrica. Además aunque sea algo ambicioso tal como se menciona en otro estudio ¹² por mes se podría establecer un periodo de 4 días de descanso que contribuya al manejo de estrés.

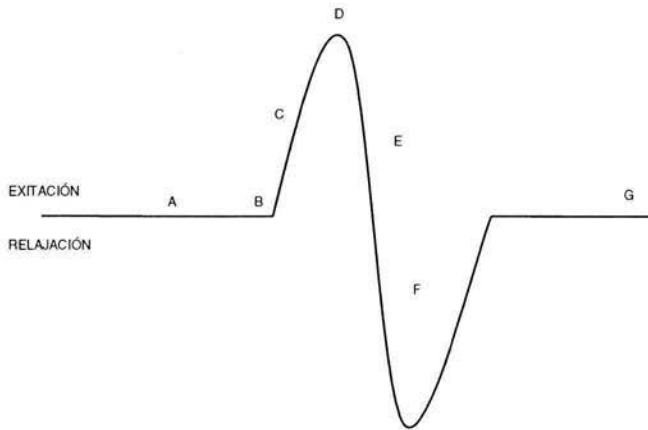
9. Ampliar el estudio al resto de personal que labora en la Institución, residentes de subespecialidad, médicos adscritos, personal de enfermería y demás, identificando otros grupos de riesgo en los que se pueda implementar medidas de prevención.

Figura 1. Modelo de aparición del síndrome de *burnout* por Robles Valdez



Tomado de García G. Frecuencia del síndrome de burnout en personal de primer y segundo nivel de atención. Tesis Universidad Autónoma Nacional de México, 2001.

Figura 2. Fisiología de estrés normal



La letra A corresponde a un estado de equilibrio orgánico antes del estímulo estresante

La letra B es el momento en que se dispara la reacción de alarma

La letra C corresponde a la reacción de alarma, generando una gran cantidad de energía biológica que prepara al organismo para enfrentar una emergencia

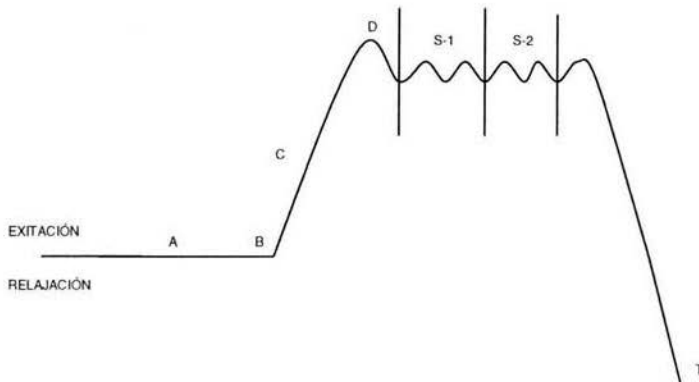
La letra D corresponde a la cúspide de efectividad que permite realizar al organismo una acción ante el peligro

La letra E corresponde a la etapa de lucha o huida, consumiendo toda o gran parte de la energía en este proceso

La letra F corresponde al periodo compensatorio de relajamiento que produce el sistema nervioso simpático

La letra G corresponde al nuevo estado de equilibrio orgánico que se produce después de la recuperación física del organismo

Figura 3. Estrés patológico



Las letras A, B, C, D se desarrollan igual que en el estrés normal, vemos que no se desarrollan las letras E, F, G

La letra S1 corresponde a un periodo de estrés prolongado de mediana duración donde se libera vasopresina, adrenocorticotropina, tiroprina, lo que ocasiona cambios a nivel orgánico, aumento del metabolismo de los tejidos e incremento del sistema cardiorrespiratorio

La letra S2 corresponde a un periodo de estrés prolongado de larga duración, donde continúa la descarga neurohumoral, incremento de tensión arterial y otros estados patológicos

La letra T representa el agotamiento total, la persona se siente exhausta, se ha quemado su potencial de acción. Puede representar un descanso obligado por un estado patológico como infarto, crisis nerviosa, etc.

Cuadro 1. Grado de *burnout* en las diferentes subescalas de Maslach

	Alto	Moderado	Bajo
Cansancio emocional	27 o >	19 - 26	18 o <
Despersonalización	9 o >	6 - 8	5 o <
Realización personal	> 40	34 - 39	< 33

Cuadro 2. Clasificación de depresión, ansiedad- estado y ansiedad-rasgo de acuerdo a valoración de Zung e IDARE

	Leve	Moderada	Severa
Depresión	44-53	54-63	>64
Ansiedad-estado	44-53	54-63	>64
Ansiedad-rasgo	47-56	57-66	>67

Cuadro 3. Puntuaciones de las escalas de *burnout* de acuerdo al grado de residencia

	Residente de primero año n =36			Residente de segundo año n =27			Residente de tercer año n=23		
	Media	Rango	DS	Media	Rango	DS	Media	Rango	DS
Cansancio emocional	25.58	3-48	11.4	29.63	11-47	10.0	19.22	1-49	10.7
Despersonalización	5.47	0-22	5.8	8.19	0-22	6.2	4.91	0-34	7.2
Realización personal	42.00	29-49	5.2	37.63	17-48	6.6	42.35	26-48	6.0

Resultados con Intervalo de confianza de 95%

Cuadro 4. Niveles de desgaste profesional de acuerdo a subescalas y grado de residencia

Escalas		R1 n (%)	R2 n (%)	R3 n (%)
CE	Alto	19 (52.8)	14 (51.9)	5 (21.7)
	Moderado	6 (16.7)	10 (37.0)	7 (30.4)
	Bajo	11 (30.6)	3 (11.1)	11(47.8)
DP	Alto	8 (22.2)	11(40.7)	3 (13)
	Moderado	9 (25.0)	5 (18.5)	5 (21.7)
	Bajo	19 (52.8)	11 (40.7)	15 (65.2)
RP	Alto	27 (75)	10 (37)	18 (78.3)
	Moderado	7 (19.5)	11(40.7)	3 (13)
	Bajo	2 (5.6)	6 (22.2)	2 (8.7)

CE: cansancio emocional, DP: despersonalización, RP: realización personal. IC 95%

Cuadro 5. Desgaste profesional de acuerdo a procedencia

	DF n (%)	Edo de México n (%)	Otros estados n (%)	Extranjero n (%)
DP alto	18 (54.5)	2 (18.2)	10 (24.4)	0
DP moderado	4 (12.1)	1 (9.1)	9 (22)	0
DP bajo	11(33.3)	8 (72.7)	22 (53.7)	1(2.4)

DP: Desgaste profesional. p=0.06

Cuadro 6. Puntuación obtenida para escala de Zung, ansiedad-estado y ansiedad riesgo

	Media	DS	Rango	
			Mínimo	Máximo
Zung	36	8.4	22	59
Ansiedad-estado	41	10.5	22	70
Ansiedad-rasgo	38	9.4	20	71

Intervalo de Confianza de 95%

Cuadro 7. Tabla de contingencia. *Burnout* en relación con depresión

		Depresión			Total	
		leve	moderada	ausente		
Recuento	<i>Burnout</i>	alto	9	4	15	28
		moderado	3	0	11	14
		bajo	1	0	41	42
	Total	13	4	67	84	
% de calificación	<i>Burnout</i>	alto	32.1%	14.3%	53.6%	100.0%
		moderado	21.4%	.0%	78.6%	100.0%
		bajo	2.4%	.0%	97.6%	100.0%
	Total	15.5%	4.8%	79.8%	100.0%	
% de ZUNG (depresión)	<i>Burnout</i>	alto	69.2%	100.0%	22.4%	33.3%
		moderado	23.1%	.0%	16.4%	16.7%
		bajo	7.7%	.0%	61.2%	50.0%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
% del total	<i>Burnout</i>	alto	10.7%	4.8%	17.9%	33.3%
		moderado	3.6%	.0%	13.1%	16.7%
		bajo	1.2%	.0%	48.8%	50.0%
	Total	15.5%	4.8%	79.8%	100.0%	

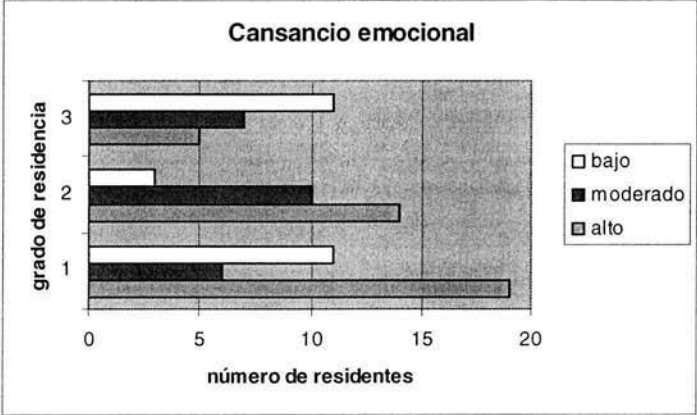
Cuadro 8. Tabla de contingencia. *Burnout* en relación con Ansiedad-estado

			ANSIEDAD ESTADO				Total
			Leve	Moderada	Severo	ausente	
Recuento	<i>Burnout</i>	alto	13	6	3	8	30
		moderado	8	0	0	6	14
		bajo	9	2	0	31	42
	Total	30	8	3	45	86	
% de calificación	<i>Burnout</i>	alto	43.3%	20.0%	10.0%	26.7%	100.0%
		moderado	57.1%	.0%	.0%	42.9%	100.0%
		bajo	21.4%	4.8%	.0%	73.8%	100.0%
	Total	34.9%	9.3%	3.5%	52.3%	100.0%	
% de ANSIEDAD ESTADO	<i>Burnout</i>	alto	43.3%	75.0%	100.0%	17.8%	34.9%
		moderado	26.7%	.0%	.0%	13.3%	16.3%
		bajo	30.0%	25.0%	.0%	68.9%	48.8%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
% del total	<i>Burnout</i>	alto	15.1%	7.0%	3.5%	9.3%	34.9%
		moderado	9.3%	.0%	.0%	7.0%	16.3%
		bajo	10.5%	2.3%	.0%	36.0%	48.8%
	Total	34.9%	9.3%	3.5%	52.3%	100.0%	

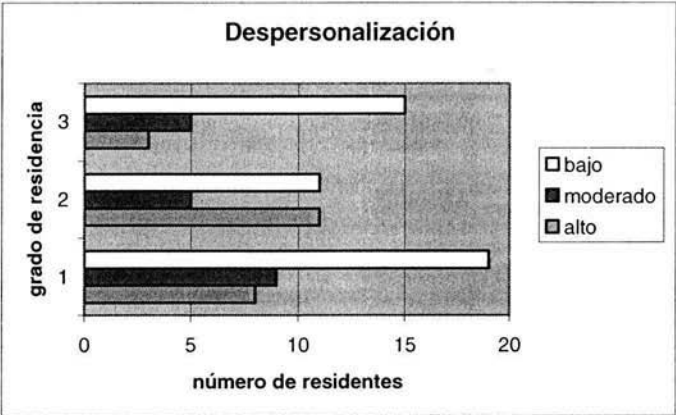
Cuadro 9. Burnout en relación con ansiedad-rasgo

			ANSIEDAD RASGO				Total
			Leve	Moderada	Severa	Ausente	
Recuento	<i>Burnout</i>	alto	14	1	1	14	30
		moderado	2	0	0	12	14
		bajo	4	0	0	38	42
	Total	20	1	1	64	86	
% de calificación	<i>Burnout</i>	alto	46.7%	3.3%	3.3%	46.7%	100.0%
		moderado	14.3%	.0%	.0%	85.7%	100.0%
		bajo	9.5%	.0%	.0%	90.5%	100.0%
	Total	23.3%	1.2%	1.2%	74.4%	100.0%	
% de ANSIEDAD RASGO	<i>Burnout</i>	alto	70.0%	100.0%	100.0%	21.9%	34.9%
		moderado	10.0%	.0%	.0%	18.8%	16.3%
		bajo	20.0%	.0%	.0%	59.4%	48.8%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
% del total	<i>Burnout</i>	alto	16.3%	1.2%	1.2%	16.3%	34.9%
		moderado	2.3%	.0%	.0%	14.0%	16.3%
		bajo	4.7%	.0%	.0%	44.2%	48.8%
	Total	23.3%	1.2%	1.2%	74.4%	100.0%	

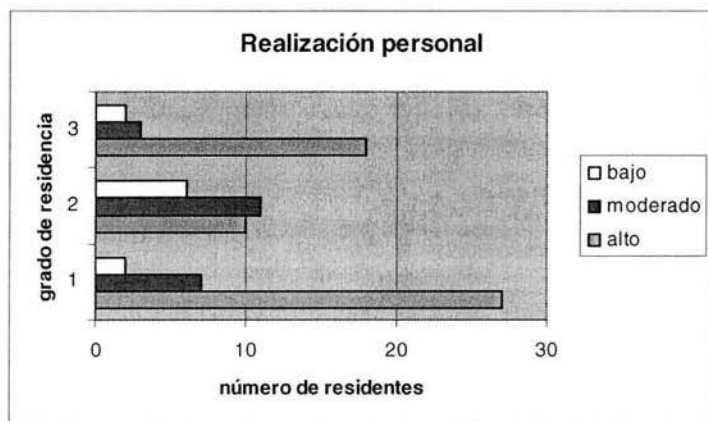
Gráfica 1. Cansancio emocional de acuerdo a grado de residencia



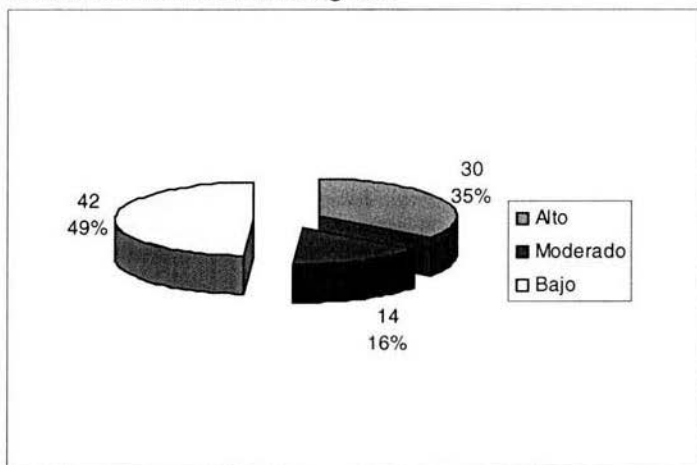
Gráfica 2. Despersonalización de acuerdo a grado de residencia



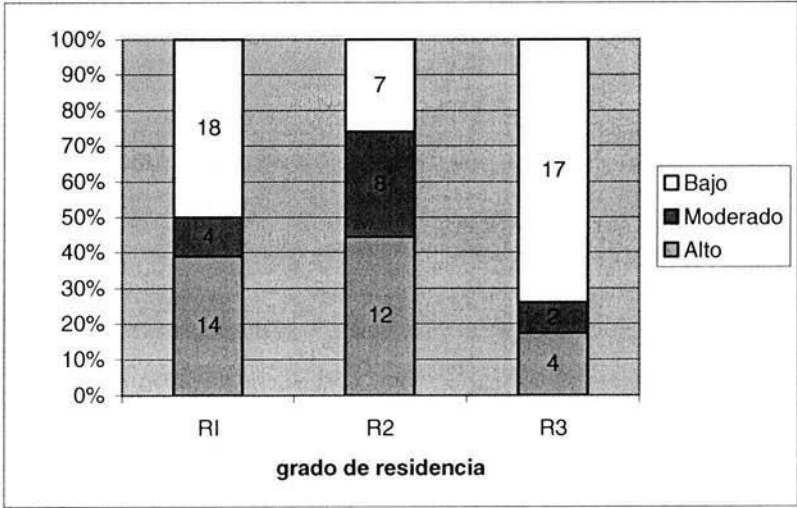
Gráfica 3. Realización personal de acuerdo a grado de residencia



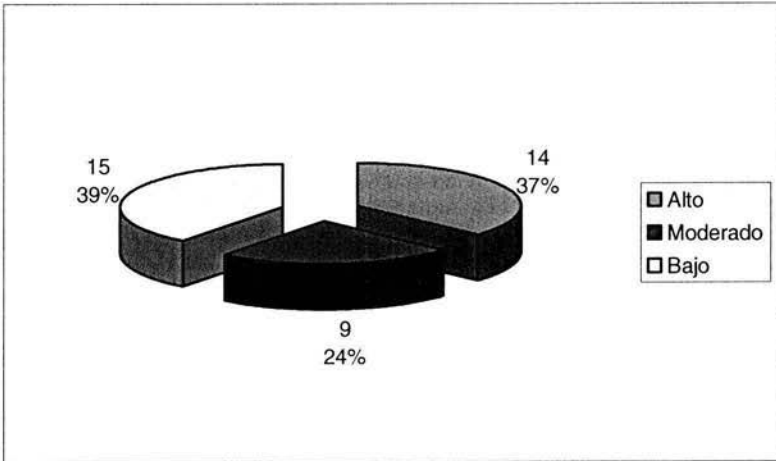
Gráfica 4. Grado de *burnout* global



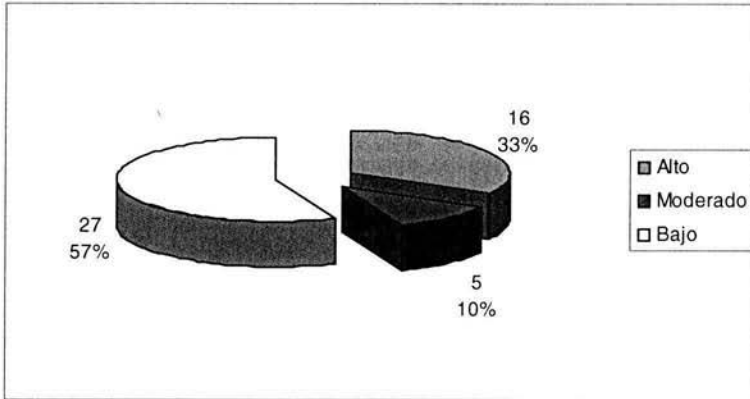
Gráfica 5. Grado de *burnout* de acuerdo a grado de residencia



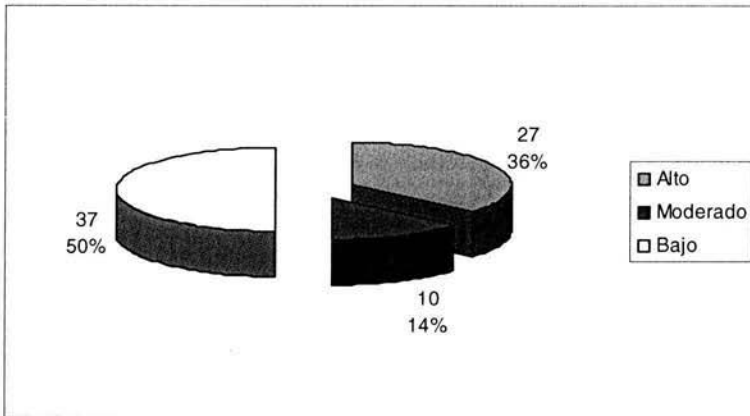
Gráfica 6. Grado de *burnout* en sexo masculino



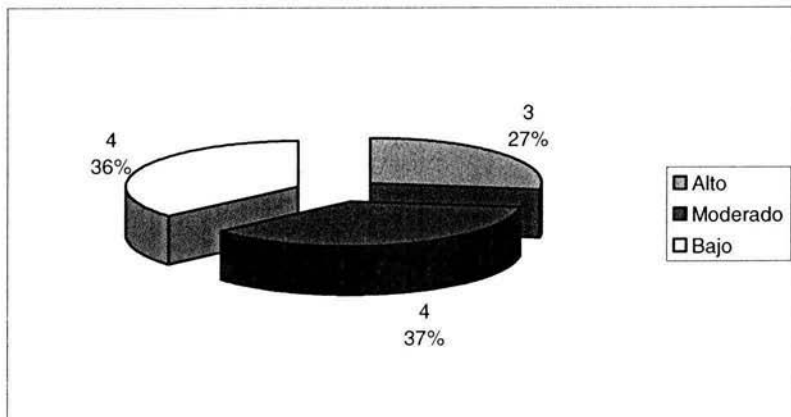
Gráfica 7. Grado de *burnout* en sexo femenino



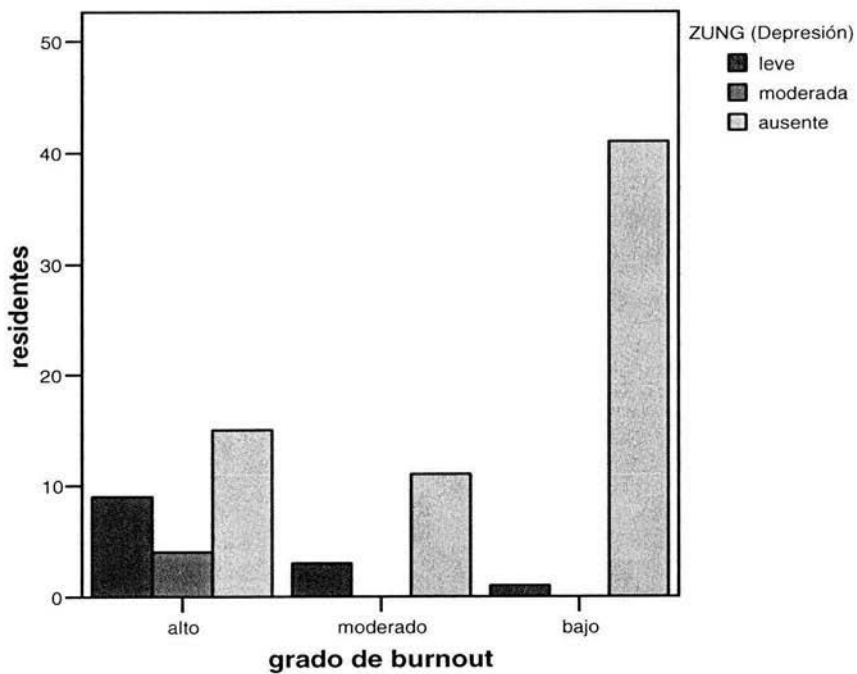
Gráfica 8. Grado de *burnout* en solteros



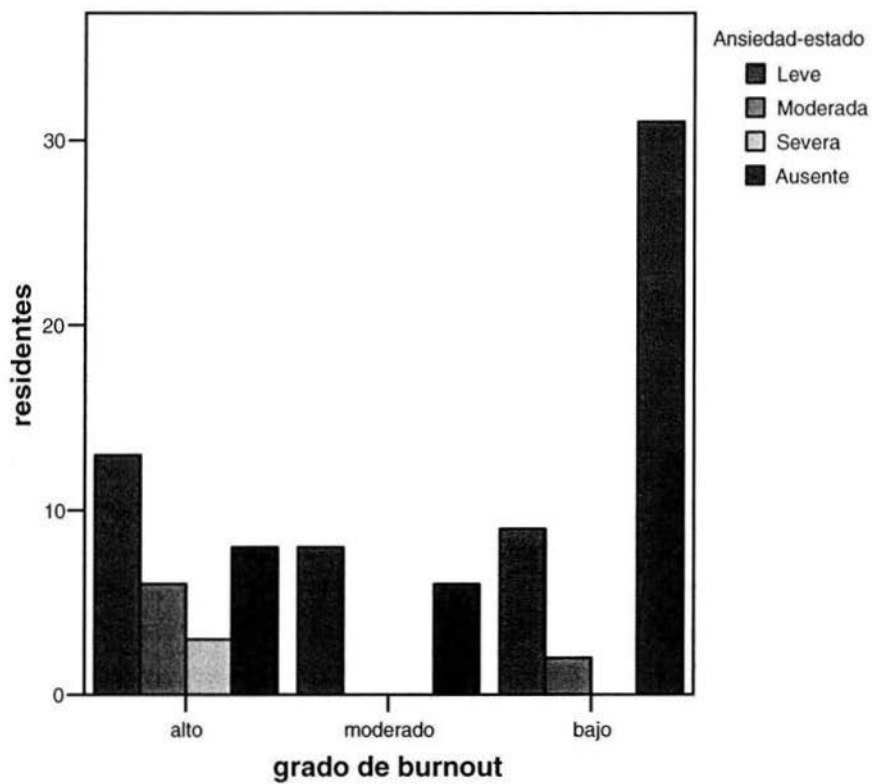
Gráfica 9. Grado de *burnout* en casados



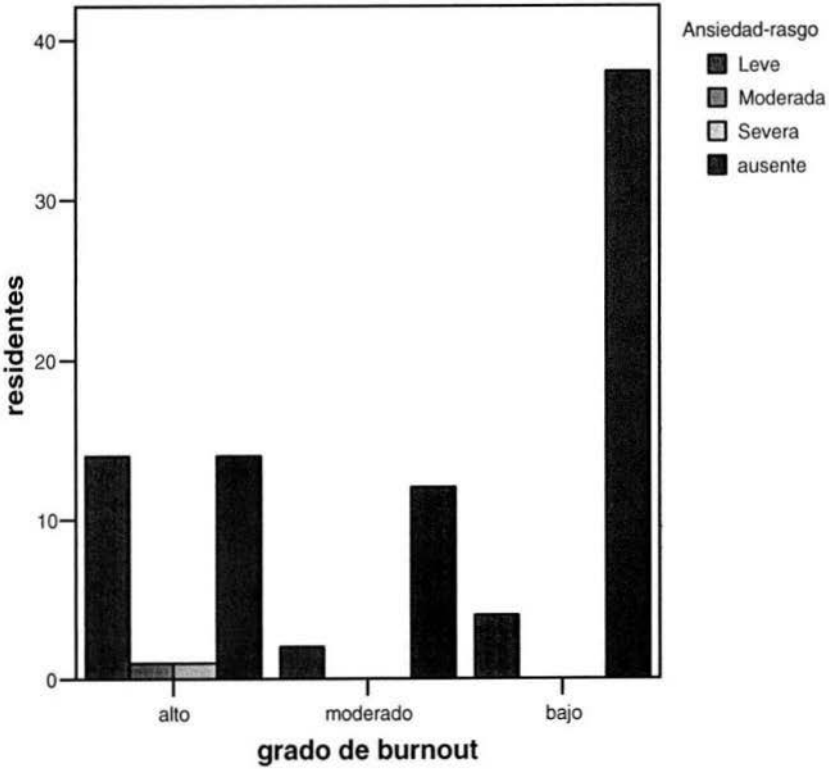
Gráfica 10. Grados de *burnout* en relación con depresión



Gráfica 11. Grado de *burnout* en relación con ansiedad-estado



Gráfica 12. Grado de *burnout* en relación con ansiedad-rasgo



Anexo 1
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO “FEDERICO GÓMEZ”

Fecha: _____

Estoy de acuerdo en participar en la encuesta cuyo propósito es conocer cómo consideran distintos profesionales pertenecientes a los Servicios de Salud su trabajo y a las personas a quienes dan servicio, así como aceptar el compromiso de responder con la mayor veracidad.

Se me ha informado que en el estudio se mantendrá en todo momento la confidencialidad de la información que proporcione con respecto a mi privacidad, así como el anonimato.

Nombre: _____

Firma: _____

Anexo 2 INSTRUCCIONES

Se usa el término persona para señalar a los sujetos a los que se proporciona el servicio, cuidado o atención, en éste caso pacientes; cuando responda esta encuesta piense en los que reciben el servicio que Ud. da.

En la siguiente página encontrará 22 frases relacionadas con los sentimientos que usted experimenta en su trabajo. Lea cada frase y responda anotando la frecuencia con que ha tenido ese sentimiento de acuerdo con la siguiente escala:

0	1	2	3	4	5	6
Nunca	Pocas veces al año o menos	Una vez al mes o menos	Unas pocas veces al mes	Una vez a la semana	Pocas veces a la semana	Todos los días

Antes de contestar se piden algunos datos personales. La finalidad de todos ellos es procurar conocer mejor cómo consideran el trabajo y a las personas los médicos que tratan con éstas en su trabajo.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DEL ENCUESTADO

EDAD: _____

SEXO:

Masculino () Femenino ()

ESTADO CIVIL:

Soltero/a () Con novio/a () Sin novio/a ()
Casado/a () Unión libre () Divorciado/a ()
Viudo/a ()

NÚMERO DE HIJOS (EN CASO DE TENERLOS): ____

GRADO DE RESIDENCIA:

Primer año Pediatría () Segundo año Pediatría () Tercer año Pediatría ()

PROCEDENCIA:

Distrito Federal () Estado de México () Otros (): _____

UNIVERSIDAD DE PROCEDENCIA: _____

Anexo 3

Cuestionario de Maslach (MBI)

1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo
2. Me siento agotado al final de mi jornada de trabajo
3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar
4. Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes
5. Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales
6. Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo
7. Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes
8. Me siento quemado por mi trabajo
9. Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de las personas
10. Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión
11. Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente
12. Me siento muy poco activo
13. Me siento frustrado en mi trabajo
14. Creo que estoy trabajando demasiado
15. Realmente no me preocupa lo que le ocurre a mis pacientes
16. Trabajar directamente con las personas me produce estrés
17. Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes
18. Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes
19. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión
20. Me siento acabado
21. En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma
22. Siento que los pacientes me culpan por algunos de sus problemas

Falta página

N° 55

Anexo 5
IDARE
Inventario de Autoevaluación

Por

C.D. Spielberg, A. Martínez-Urrutia, F. González-Reinosa, L. Natalicio y R. Díaz-Guerrero

NOMBRE: _____ FECHA: _____

INSTRUCCIONES: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y tache el número que indique cómo se siente **ahora mismo**, o sea, en **este momento**. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos **ahora**.

	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre
1. Me siento calmado(a)	1	2	3	4
2. Me siento seguro(a).....	1	2	3	4
3. Estoy tenso(a).....	1	2	3	4
4. Estoy contrariado(a).....	1	2	3	4
5. Estoy a gusto.....	1	2	3	4
6. Me siento alterado (a).....	1	2	3	4
7. Estoy preocupado(a) actualmente por algún posible contratiempo.....	1	2	3	4
8. Me siento descansado(a).....	1	2	3	4
9. Me siento ansioso(a).....	1	2	3	4
10. Me siento cómodo(a).....	1	2	3	4
11. Me siento con confianza en mí mismo(a).....	1	2	3	4
12. Me siento nervioso(a).....	1	2	3	4
13. Me siento agitado(a).....	1	2	3	4
14. Me siento "a punto de explotar".....	1	2	3	4
15. Me siento reposado(a).....	1	2	3	4
16. Me siento satisfecho(a).....	1	2	3	4
17. Estoy preocupado(a).....	1	2	3	4
18. Me siento muy agitado(a) y aturdido(a).....	1	2	3	4
19. Me siento alegre.....	1	2	3	4
20. Me siento bien.....	1	2	3	4

Anexo 5

IDARE Inventario de Autoevaluación

INSTRUCCIONES: Algunas expresiones que la gente usa para

describirse aparecen abajo. Lea cada frase y tache el número que indique cómo se siente **generalmente**. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos **generalmente**.

Casí siempre
Frecuentemente
Algunas veces
Casí nunca

21. Me siento bien.....	1	2	3	4
22. Me canso rápidamente.....	1	2	3	4
23. Siento ganas de llorar.....	1	2	3	4
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo.....	1	2	3	4
25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente....	1	2	3	4
26. Me siento descansado(a).....	1	2	3	4
27. Soy una persona "tranquila, serena y sosegada".....	1	2	3	4
28. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas.....	1	2	3	4
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia.....	1	2	3	4
30. Soy feliz.....	1	2	3	4
31. Toma las cosas muy a pecho.....	1	2	3	4
32. Me falta confianza en mí mismo(a).....	1	2	3	4
33. Me siento seguro(a).....	1	2	3	4
34. Procuo evitar enfrentarme a las crisis y dificultades.....	1	2	3	4
35. Me siento melancólico(a).....	1	2	3	4
36. Me siento satisfecho(a).....	1	2	3	4
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan.....	1	2	3	4
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza.....	1	2	3	4
39. Soy una persona estable.....	1	2	3	4
40. Cuando pienso en mis preocupaciones actuales me pongo tenso(a) y alterado(a).....	1	2	3	4

REFERENCIAS

1. Freudenberg M, Staff Burnout. *J of Social Issues*, 1974;30:159-66
2. Maslach C. Burn out. *Human Behavior*, 1976;59:16-22.
3. Maslach C, Jackson SE. *The Maslach burn-out Inventory. Manual research Edition.* University of California. 3ra Edition. Palo Alto: Consulting Psychologist Press, 1996; 3-17
4. Molina A, García Pérez MA, Alonso M, et al. Prevalencia de desgaste profesional y psicomorbilidad en médicos de atención primaria de un área sanitaria de Madrid. *Aten Primaria*, 2003; 31 (9): 564-74
5. González Jiménez E, Alanis G, Granados M, et al. Síndrome burnout en médicos residentes y médicos internos de pregrado. *Revista de salud pública y nutrición, edición especial*, 2004; 4.
6. Quiñones Vega CM. Síndrome de Burnout. Una realidad en los servicios de Urgencias de México. *Boletín AMUP -Asociación Nacional Mexicana de Urgencias Pediátricas-* 2004; 7(40): 12-15
7. Palmer y col. Factores organizacionales asociados a burnout en médicos anesestesiólogos. *Salud mental*, 2005; 28(1): 82-91
8. Robles Valdez M. Identificación de factores de riesgo asociados al síndrome de agotamiento profesional en maestros de universidades mexicanas. Tesis Universidad Iberoamericana, 1995.
9. García G, Dickinson ME. Frecuencia del síndrome de burnout en personal de primer y segundo nivel de atención. Tesis Universidad Autónoma Nacional de México, 2001.
10. Álvarez E, Fernández L. El síndrome de burnout o el desgaste profesional (I): Revisión de estudios. *Rev Asoc Neuropsiq* 1991;11:257-65.
11. Gabbe SG, Melville J, Mandel L, et al. Burnout in chairs of obstetrics and gynecology: Diagnosis, treatment, and prevention. *Am J Obstet Gynecol* 2002;186:601-12
12. Shanafelt TD, Bradley KA, Wifft JE, et al. Burnout and self reported patient care in an Internal Medicine Residency Program. *Ann Intern Med.* 2002; 136: 358-367
13. Cebria J, Segura J, Corbella S, et al. Rasgos de personalidad y burn-out en médicos de familia. *Aten Primaria* 2001; 27: 459-68
14. Belloch SL, Renovell V, Calabuig JR, et al. Síndrome de agotamiento profesional en médicos residentes de especialidades médicas hospitalarias. *An Med Interna* 2000; 52: 418- 22
15. Guntupalli KK, Fromm RE Jr. Burnout in the internist-intensivist. *Intensive Care Med.*1996;22:625-30.

16. Bustinza A, López-Herce J, Carrillo A, et al. Situación de burn-out de los pediatras intensivistas Españoles. *An Esp Pediatr* 2000; 52: 418-23
17. López Franco M, Rodríguez A, Fernández M, et al. Síndrome de desgaste profesional en el personal asistencial pediátrico. *An Pediatr*. 2005; 62 (3): 248-51.
18. Pera G, Serra-Prat M. Prevalencia del síndrome de quemado y estudio de los factores asociados en los trabajadores de un hospital comarcal. *Gac Sanit*. 2002; 16 (6): 480- 6
19. Pruebe S, Hoffmann K, Fakhoury WK, et al. Morale and job perception of community mental health professionals in Berlin and London. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* , 2005; 40 : 223–232
20. Solano MC, Hernández Vidal, Moreno M, et al. Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería de cuidados críticos. *Enferm Intensiva*. 2002; 13 (1): 9-16.
21. Atance JC. Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en el personal sanitario. *Rev Esp Salud Pública*, 1997; 71: 293-303
22. Purdy RR, Lemkau JP, Rafferty JP, et al. Resident physicians in family practice: who's burned out and who knows?. *Fam Med*, 1987; 19: 203 -8
23. García B, Renovell F. Síndrome de agotamiento profesional en los médicos residentes de especialidades médicas. *An Med Interna*, 2000; 17(3): 118-22
24. Lloyd S, Streiner D, Shannon S. Burnout, depression, life and job satisfaction among Canadian emergency physicians. *J Emerg Med*.1994; 12:559-65.
25. Dickinson BE, González SC, Fernández OM, et al. Burnout y género, 2003 Pendiente publicación *Rev Med Fam*
26. Arenas Monreal L, Hernández I, Valdez R, et al. Las Instituciones de salud y el autocuidado de los médicos. *Salud Pública Mex*, 2004; 46(4): 326-332
27. Macías de Nájera. Al cuidador quien lo cuida. *Revista Mexicana de Logoterapia*. Disponible http://www.logoterapia.com.mx/publications_detail_05.html
28. DSM –IV- TR Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 2004: 157-216
29. López RM, Martín CM, Fuentes CI, et al. El síndrome de burnout en el personal sanitario. Instrumentos de medida. *Med Pal*, 2000; 7(3): 94-100
30. Gil-Monte PR. Validez factorial de la adaptación al español del Maslach burnout Inventory general survey. *Salud Pública Mex*, 2002; 44: 33-40
31. Gil-Monte PR, Peiró JM, Valcárcel P. Influencia de las variables de carácter sociodemográfico sobre el síndrome de Burnout: un estudio en una muestra de profesionales de enfermería. *Revista de Psicología Social Aplicada*, 1996; 6(2):43-63.

32. González Roma V, Ripol P, Caballer A, et al. Comparación de modelos causales sobre la experiencia de burnout: un estudio multimuestra. *Ansiedad y Estrés*. 1998; 4 (1): 81 – 95
33. McManus, Keeling A, Paice E. Stress, burnout and doctors' attitudes to work are determined by personality and learning style: A twelve year longitudinal study of UK medical graduates. *BMC Medicine*, 2004; 2:29 <http://www.biomedcentral.com/1741-7015/2/29>
34. Fuente R, Medina-Mora ME, Caraveo J. *Salud Mental México*. Instituto Mexicano de Psiquiatría. 1a edición. 1997; 213-231
35. Organización Mundial de la Salud 2000. The World Health Report. <http://www.who.int//whr>
36. Organización Internacional del Trabajo, 2000. <http://www.ilo.org/public/spanish/>
37. Edwards D, Burnard P, Coyle D, et al. Stress and burnout in community mental health nursing: a review of the literature. *J Psychiatr Ment Health Nurs*.2000; 7:7–14.
38. Luecken L, Edward C. Stress in employed women: Impact of marital status and children at home on neurohormone output status and home strain. *Psychosomat Med*. 1997; 59: 352 – 9
39. <http://familymed.musc.edu/balint/mission.html>. Accessed March 25,2004.
40. Johnson A, Brock C, Hamadeh G, Stock R. The current status of Balint groups in US family practice residencies: a 10-year follow-up study, 1990–2000. *Fam Med* 2001;33(9):672-7.ç
41. Cataldo KP, Peeden K, Geesey ME, et al. Association Between Balint Training and Physician Empathy and Work Satisfaction. *Fam Med* 2005;37(5):328-31.