



11245



Universidad Nacional Autónoma De México.

Instituto De Seguridad Social y Servicios Sociales para los Trabajadores Del Estado.

Hospital Regional "1ro de Octubre".

Departamento de Medicina Interna.

"PREVALENCIA DE SÍNDROME DE BURNOUT EN LOS MÉDICOS RESIDENTES DE PRIMER AÑO DEL HOSPITAL REGIONAL "1RO DE OCTUBRE", ISSSTE, EN EL 2005".

Tesis de Postgrado para obtener la titulación en el curso de especialización en Medicina Interna.

**Presenta: Dr. Mario Alberto Melo García.
Médico Residente de 4to año de Medicina Interna.**

Asesor:

M. en C. José Vicente Rosas Barrientos.

México, D.F. Junio, 2005.

0352070



Universidad Nacional
Autónoma de México

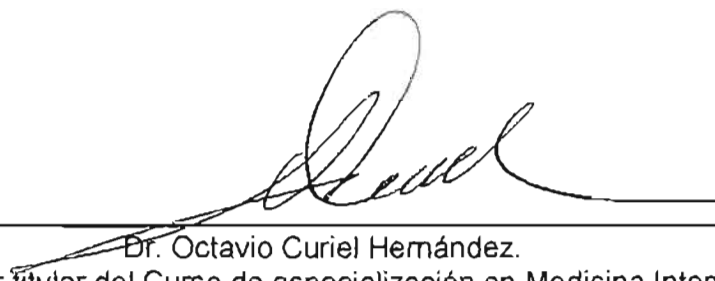


UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

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.



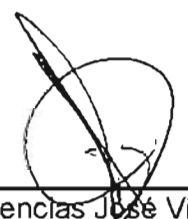
Dr. Octavio Curiel Hernández.
Profesor titular del Curso de especialización en Medicina Interna.
Hospital Regional "1ro. De Octubre".
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.



Maestro en Ciencias José Vicente Rosas Barrientos.
Asesor de Tesis.
Hospital Regional "1ro. De Octubre"
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.



Dr. Gerardo de Jesús Ojeda Valdés.
Coordinador de Enseñanza e Investigación.
Hospital Regional "1ro de Octubre".
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.



I.S.S.S.T.E.
SUBDIRECCION MEDICA

02 JUL 2005

COORDINACION
DE DESARROLLO E INVESTIGACION

Maestro en Ciencias José Vicente Rosas Barrientos
Jefe de Investigación.
Hospital Regional "1ro de Octubre".
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.



Agradecimientos:

A mi madre, quien me dio la vida y ha sido el pilar en mi formación, mi inspiración a la superación, y el personaje central en mi vida.

A mis hermanos, quienes con su amor, y apoyo, han hecho de mi algo mas que un médico, y cuyo esfuerzo será siempre un ejemplo a seguir.

A mis amigos, Roberto, Pablo, Luis G, Raúl, Octavio, y Jorge, quienes son para mi familia y un apoyo incondicional en este duro camino.

A Elizabeth, mi incondicional compañera, amiga y prometida, quien es un muy grande ejemplo de esfuerzo y dedicación, y a quien admiro profundamente.

A mis profesores: Dr. Curiel, Serrano, Dr. Ibarra, Dr. Cabrera, Dra. Fernández, a quienes se les agradece y se les admira profundamente por sus importantes aportaciones, sus consejos, y sobretodo su paciencia.

INDICE

1.- Resumen.	5
2.- Summary.	6
2.- Introducción	7
3.- Antecedentes y marco teórico.	8
3.1.- Definición y concepto.	8
3.2.- Generalidades.	9
3.3.- Factores de riesgo y evolución natural.	11
3.4.- Cuadro clínico.	14
3.5.- Diagnóstico.	15
3.6.- Tratamiento.	17
4.- Planteamiento del problema.	20
4.1.- Pregunta de investigación.	20
4.2.- Justificación.	20
4.3.- Objetivo.	20
4.4.- Hipótesis.	20
5.- Material y métodos.	20
5.1.- Diseño epidemiológico.	20
5.2.- Ubicación espaciotemporal.	20
5.3.- Población de estudio.	20
5.3.1.- Criterios de inclusión.	20
5.3.2.- Criterios de exclusión.	20
5.3.3.- Criterios de eliminación.	20
5.4.- Variables.	21
5.5.- Recolección de la información.	23
5.6.- Instrumento de captación de la información.	23
5.7.- Procesamiento de la información.	23
5.8.- Análisis de la información.	23
6.- Aspectos éticos.	23
7.- Análisis.	24
7.1.- Análisis de la población.	24
7.2.- Análisis de los resultados del test MBI.	28
7.3.- Análisis de la población con síndrome de Burnout.	29
7.4.- Análisis de los resultados.	31
8.- Discusión.	33
9.- Conclusiones.	34
10.- Bibliografía.	35
11.- Anexo.	36

1.- RESUMEN.

El síndrome de Burnout es un estado de agotamiento físico, emocional y mental, causado por exposición prolongada a situaciones emocionalmente demandantes. Los médicos, nos encontramos en íntima relación con el sufrimiento humano y somos vulnerables al desgaste por empatía y al burnout, dado que la empatía es un recurso importante en el trabajo con poblaciones traumatizadas o sufrientes. El burnout es considerado una enfermedad de la sociedad moderna, donde el trabajo deja de ser una fuente generadora de bienestar, para transformarse en un causal de desilusión, y por lo tanto en el medio médico, la aparición de este trastorno afecta de manera directa la calidad y la calidez con la que los médicos brindamos atención a los pacientes. Estudios realizados en diversas partes del mundo, principalmente en países del primer mundo han mostrado una alta prevalencia en el personal sanitario (70-80%), así mismo han mostrado que el burnout está relacionado con otros factores como son el estatus económico, depresión, uso de alcohol, además de una atención médica sub óptima a su población. El objetivo de este estudio es conocer su prevalencia en nuestro medio, específicamente en los médicos residentes del hospital 1ro de Octubre, en quienes principalmente recae una gran carga de trabajo así como una gran responsabilidad que nuestra institución demanda, los que pueden ser un importante factor desencadenante para esta alteración, sin que contemos con estudios recientes sobre este dato en nuestro medio.

Palabras clave: Burnout, médico residente.

2.- SUMMARY.

The Burnout syndrome, is a state of physical, emotional, and mental exhaustion, caused by prolonged exposure situations emotionally plaintiff. Physicians find us in an intimate relationship with the human suffering and we are vulnerable, due the empathy is an important resort in the work with suffering populations. Burnout is considered as a disease of the modern society, where the work stops to be a generator source of good being, to transform itself in a cause of disillusion, by the way, in the medical environment, the appearance of this alteration affects directly to the quality of the medical attention to the patients. International studies, mainly in the first world, have shown an a high prevalence in the sanitarium personal (70-80%), in this way, have shown that, Burnout is related with other factors, as economical status, depression, alcohol use, moreover sub-optimal medical attention to their population. The objective of this study is to know, the prevalence of Burnout in our environment, specifically in the medical Residents of the "1ro de Octubre" Regional Hospital, who mainly have a great heavy charge of work as a great responsibility, that demands our institution. It could be an important factor to unchain Burnout, without recent studies in or environment.

Clue words: Burnout, medical resident.

3.-INTRODUCCION.

El estilo de vida de este siglo ha gestado nuevas enfermedades relacionadas con el estrés laboral y la desocupación, una de ellas adquirió la denominación de síndrome de Burnout ("quemado").

El hombre, como entidad compleja, que puede habituarse a circunstancias adversas, pero al verse superados los procesos de adaptación, se origina un desborde que ocasiona trastornos orgánicos y psicológicos; el individuo superado por sus circunstancias laborales, agotamiento físico y emocional comienza a generar situaciones autodestructivas.

En estos casos el estrés crónico puede producir algunos síntomas como: resistencia a concurrir al trabajo, culpa y pérdida de la autoestima, miradas frecuentes al reloj, pérdida del interés e indiferencia, insomnio, dolores de cabeza, problemas conyugales y familiares, entre otros.

En el medio médico se ha identificado tanto en nuestro país como en el extranjero la existencia de esta alteración, en donde se ha mostrado que puede ser la causante de ausentismo laboral y atención subóptima a los pacientes.

La residencia médica, es la etapa de formación de los médicos especialistas, en donde existe una alta carga de trabajo físico así como emocional, en donde los médicos cumplen arduas jornadas de trabajo, principalmente en los primeros años de esta, en donde existe incluso deserción, y suele presentarse en ellos problemas personales por el distanciamiento familiar o conyugal que origina. Sobre todo esto, se ha demostrado que, en el medio médico existe una alta prevalencia de depresión, la cual, en conjunto con el desgaste físico, son dos importantes factores de riesgo para dar lugar al síndrome de Burnout.

Las fuertes presiones a las que los médicos residentes nos vemos expuestos, (empeoramiento de las condiciones laborales, el bajo estímulo becario, el aumento de las exigencias por parte de las instituciones y la falta de expectativas de solución), se manifiestan a través de vivencias de vacío existencial y estrés prolongado que van minando las defensas psicológicas y debilitando las técnicas de respuesta. Esto genera un verdadero estado de agobio y desprotección, donde el oponerse a la estructura del sistema crea la impresión de luchar contra imposibles, en el que cada intento frustrante va debilitando al individuo hasta que este resigna su capacidad de perseverar.

En la búsqueda de literatura, no se encuentran reportes de prevalencia en médicos residentes en nuestro país, por lo que se realizara un estudio transversal mediante la aplicación del test de "Maslach Burnout Inventory", el cual es considerado como el estándar de oro para el diagnóstico del síndrome de burnout, desde su creación en 1986; este consiste en la aplicación de 22 preguntas, divididas en 3 secciones, las cuales están destinadas a medir 3 aspectos: Cansancio emocional, despersonalización y realización personal. El test se aplicará a todos los médicos residentes de primer año de todas las especialidades básicas del Hospital Regional "1ro de Octubre" del ISSSTE que se encuentran cursando el presente año, de manera anónima, y se identificará la prevalencia del síndrome de Burnout, intentándose identificar los principales factores relacionados para su aparición en este medio.

3.- ANTECEDENTES Y MARCO TEORICO.

3.1- Definición y Concepto.

El síndrome de Burnout es un estado de agotamiento físico, emocional y mental, causado por el involucrarse en situaciones emocionalmente demandantes, durante un tiempo prolongado.

El síndrome de Burnout, o síndrome del "quemado" (por el trabajo) como dice su traducción literal, es llamado también síndrome de Tomas, y lleva su nombre por el personaje de la novela "La insoportable levedad del ser", del escritor checo Kundera, donde el protagonista "Tomas", era un individuo que había perdido su autoestima, su actitud evidenciaba desánimo, tedio en la labor diaria y ausencia de expectativas de mejoría.⁸

Es un síndrome caracterizado por la aparición de baja realización personal en el trabajo (tendencia a evaluarse negativamente, de manera especial con relación a la habilidad para realizar el trabajo y para relacionarse profesionalmente con las personas a las que atiende), alto agotamiento emocional (no poder dar más de sí mismo en el ámbito emocional y afectivo) y alta despersonalización (desarrollo de sentimientos y actitudes de cinismo y, en general, de carácter negativo hacia las personas destinatarias del trabajo).¹

Se trata de un conjunto de conductas (como el deterioro del rendimiento, la pérdida de responsabilidad, actitudes pasivo-agresivas con los pacientes y pérdida de la motivación, entre otros), en las que se implicarían tanto factores internos (valores individuales y sociales, rasgos de personalidad) como externos (organizacionales, laborales, grupales).¹¹

Este síndrome es un cuadro polifacético y evolutivo, con un desarrollo histórico de enfermedad, conocido desde la década del '70, puede comenzar con cambios psicológicos que van incrementando su intensidad desde el descontento y la irritabilidad hasta estallidos emocionales, afectando los sistemas físicos y psíquicos fundamentales para la supervivencia del individuo.

3.2- Generalidades.

El hombre, puede habituarse a circunstancias adversas, pero al superarse, los procesos de adaptación, se origina un desborde que ocasiona trastornos orgánicos y psicológicos; el individuo superado por sus circunstancias laborales, agotamiento físico y emocional comienza a generar situaciones autodestructivas.

Se le relaciona directamente con el estrés ocupacional hasta tal punto que para unos el burnout constituye una fase avanzada del estrés laboral y puede llegar a causar una incapacidad total para volver a trabajar.

El Burnout es considerado una enfermedad de la sociedad moderna, donde el trabajo deja de ser una fuente generadora de bienestar, para transformarse en un causal de desilusión y que es la sociedad quien debe deshacer el camino mal transitado.

El Burnout afecta negativamente la resistencia del trabajador, haciéndolo más susceptible al desgaste por empatía. Favorece la respuesta silenciadora, que es la incapacidad para atender a las experiencias de los consultantes, que resultan abrumadoras.

Diversas fuentes nos hablan de la prevalencia del mismo entre el personal sanitario y, más en concreto, entre los médicos, afectando hasta a un 70% de los facultativos.² Un

estudio realizado en Madrid entre mil médicos ha estimado la prevalencia de este síndrome en un 30 por ciento, en el 2003.³

Nuestra vocación por el trabajo puede ser un arma de doble filo: brinda satisfacción si se crece profesionalmente, pero también puede ocasionar desilusión y apatía si es percibida como intrascendente. En estos casos el estrés crónico puede producir algunos síntomas como: resistencia a concurrir al trabajo, culpa y pérdida de la autoestima, miradas frecuentes al reloj, pérdida del interés e indiferencia, insomnio, cefalea, problemas conyugales y familiares, entre otros. Cuando varias de estas señales se combinan, hay que replantearse la forma de trabajar, incluida la extensión de la jornada y la relación con compañeros y superiores.

Muchos médicos, desempeñan tareas en condiciones impropias, con horarios excesivos, inseguridad en el cargo, remuneración insuficiente y carencia de recursos materiales o humanos indispensables para una correcta labor, e integran el universo de personas en riesgo de contraer el síndrome de agotamiento laboral.

Se cree que otro factor condicionante para desarrollo de Burnout, es la personalidad misma del individuo que incluso puede ser observada desde el ingreso a la carrera de medicina, y se ha medido durante la misma y a su término, mostrando en la mayoría de los casos cierta insatisfacción por la misma.¹⁰

Ciertas variables de personalidad se relacionan con puntuaciones altas en las dos primeras escalas del MBI (cansancio emocional y despersonalización). Así, las personas con mayor cansancio emocional son menos estables, más aprensivas y más tensas que aquellas con poco cansancio emocional. Los sujetos con mayor despersonalización son menos estables, más tensos y más vigilantes que los poco despersonalizados. Así mismo, los menos realizados son menos afables y muestran con menor atrevimiento¹¹.

La sensación de presión y estrés es subjetiva a cada persona y parece depender de la capacidad de afrontamiento que tenga, del grado de vulnerabilidad al estrés (la llamada "hardiness"¹² de la bibliografía anglosajona) y de los valores que asume^{13,14}. Sin embargo, parece clara la asociación entre estrés crónico y desarrollo de un mayor o

menor grado de Burnout ¹⁴ . El estrés crónico en un contexto de atención primaria dependería básicamente de las cargas de trabajo, la presión de tiempo y la gestión de las emociones^{16,16} .

Los médicos, nos encontramos en íntima relación con el sufrimiento humano y somos vulnerables al desgaste por empatía y al burnout, dado que la empatía es un recurso importante en el trabajo con poblaciones traumatizadas o sufrientes.

El burnout tiene importantes consecuencias tanto en la salud de los profesionales que la sufren como en la calidad de la atención que pueden prestar a sus pacientes. ^{4, 5}

Entre las posibles repercusiones en la calidad de la atención prestada, la más inmediata nos aparece entre las propias dimensiones del síndrome en cuestión: la despersonalización, interpretada por algunos como mecanismo de defensa ante el desarrollo del mismo, influiría muy negativamente en el trato con el destinatario del servicio sanitario, contribuyendo, por tanto, a la prestación de una atención deshumanizada. ^{5, 6}

3.3- Factores de riesgo, y evolución natural.

Las causas del Burnout no están bien establecidas. Algunos factores personales como la edad, el sexo^{19,20} o la personalidad del individuo¹¹; factores sociales como el estado civil o el número de hijos, y factores laborales^{21,22}, como la sobrecarga de trabajo, las relaciones con el equipo laboral, la antigüedad ^{23,24}, el turno horario o el tipo de actividad desarrollada pueden influir en la incidencia del burnout.

Diversos estudios muestran que las mujeres residentes sufren más de Burnout, así como de depresión durante la residencia médica en relación a los varones. Esto en parte se debe a que existen asuntos familiares que fungen como una importante fuente de tensión y preocupación, pues las mujeres son amas de casa y llevan la carga de la responsabilidad en la organización y el cuidado de esta. Así mismo son madres y la crianza de los hijos origina fuertes conflictos en la casa y el trabajo.²⁵

Se han valorado factores del ambiente laboral clasificados en seis grandes áreas, y que aparecen identificados por los propios profesionales en algunos de los estudios realizados en nuestro país:

- carga de trabajo (aunque con resultados dispares en nuestro ámbito).
- capacidad de control por parte del trabajador sobre su actividad.
- nivel de reconocimiento de la misma.
- relaciones sociales dentro del entorno laboral.
- percepción de un trato justo.
- valores de la empresa / institución.

Gradualmente el cuadro se agrava en relación directa a la magnitud del problema, inicialmente los procesos de adaptación protegen al individuo, pero su repetición los agobia y a menudo los agota, generando sentimientos de frustración y conciencia de fracaso, existiendo una relación directa entre la sintomatología, la gravedad y la responsabilidad de las tareas que se realizan.

Se ha descrito que el desarrollo del Burnout es como se describe a continuación sin embargo es importante destacar que tanto un individuo como un equipo no necesariamente pasan de una fase a otra de manera ordenada:

a- Agotamiento mental y físico.

En este nivel, los individuos se sienten vacíos emocionalmente, con poca o ninguna energía y/o deseo de comunicarse con los niños, sus familias o con otros miembros del equipo de salud. Las siguientes manifestaciones también pueden aparecer en este nivel: ya no sentirse recompensado por hacer el bien a otros en este campo o por ver resultados en el tratamiento, ver como deprimente el trabajo que una vez fue satisfactorio, sentirse agotado emocionalmente por la confrontación continua con la muerte, la pérdida, el estrés, y el dolor y ser incapaz de ver sufrir a otra familia más, sentirse sobrepasado por la necesidad de recursos adicionales y la inutilidad de las acciones para conseguirlos. Estos sentimientos están asociados con síntomas físicos como agotamiento, poco sueño, cambios en el apetito, poca concentración y sentimientos de depresión. A través del tiempo este nivel puede evolucionar.

b- Indiferencia.

Los individuos parecen cínicos, descuidados, desmotivados y sin interés, pudiendo mostrar una creciente amargura. Un individuo con Burnout aparece con mal carácter, irritable, con poca participación y sin poder comunicarse en forma efectiva. Los efectos en otros comienzan a aparecer: los pacientes y sus familias son deshumanizados, y tratados como objetos por el profesional o por el equipo.

Con el tiempo, puede aparecer un tercer nivel.

c- Sensación de fracaso profesional

El individuo desarrolla un creciente sentido de fracaso profesional, la convicción de que ya no es capaz, cuidadoso y competente como solía ser. A menudo se acompaña de miedo a cometer errores graves o a perder el equilibrio en la vida. Esto acrecienta el sentimiento de no ser capaz de alcanzar nuevamente el nivel de competencia profesional de antes. Muy a menudo la creciente retracción del profesional genera una sensación de desolación y angustia en el paciente y la familia.

Más internamente puede surgir un cuarto nivel de desarrollo del burnout.

d- Sensación de fracaso como persona.

Con la progresión a este estadio, el Burnout se traslada al interior, llevando a desolación, aislamiento, y una sensación de desesperanza que genera la convicción de que uno ya no es más una persona buena o valiosa. Este resentimiento creciente atraviesa todos los aspectos de la vida personal, con serios efectos en detrimento de la familia. A esta altura el ausentismo en el trabajo deviene común.

Si no se resuelve, puede llegar a un nivel más destructivo.

e- La "muerte dentro".

En este nivel el individuo se siente anestesiado y muerto por dentro. Le falta afecto, reflejando su vacío y muerte; el individuo realiza sus obligaciones sin involucrarse personalmente, sin empeño ni entusiasmo. Es frecuente a esta altura abandonar la profesión así como tener ideas serias de suicidio. ⁹

Una persona que padece "Burnout" tiene poder sobre los demás puede terminar ejerciendo 'mobbing' y convertirse en un perseguidor. El "mobbing" es conocido como una situación en la que se victimiza y se trata de manera hostil y dañina a los empleados, compañeros de trabajo, subordinados e incluso superiores provocando daños psicológicos graves. . Aunque son relaciones diferentes se pueden establecer puentes de unión. Evidentemente, una situación de "mobbing" genera "burnout" en la persona que lo está padeciendo. ⁴

3.4- Cuadro clínico.

Tradicionalmente, sus manifestaciones se han encuadrado en tres categorías:

- cansancio emocional (desgaste y desvitalización, pérdida de energía tanto psíquica como física; para muchos es la dimensión más característica del síndrome).
- despersonalización (con el desarrollo de actitudes negativas (irritabilidad, agresividad, impaciencia, cinismo, suspicacia e intolerancia.) hacia los receptores del servicio.
- pérdida del sentimiento de competencia e idoneidad profesional, disminución de la realización personal y profesional, con sentimientos de ineficacia y desmotivación, con pérdida de la autoestima laboral, deserción y abandono de tareas.

Entre las primeras, se le han atribuido el desarrollo de cambios conductuales, la aparición de hábitos de vida no saludables y de actitudes defensivas y el aumento del ausentismo laboral.⁴

El concepto más importante es que el Burnout es un proceso (más que un estado) y es progresivo (acumulación de contacto intenso con consultantes).

Los síntomas observados pueden evidenciarse como:

1. Físicos: fatiga, problemas del sueño, dolores de cabeza, impotencia, gastrointestinales, etc.
2. Emocionales: irritabilidad, ansiedad, depresión, desesperanza, etc.
3. Conductuales: agresión, actitud defensiva, cinismo, abuso de sustancias, etc.
4. Relacionados con el trabajo: ausentismo, falta de rendimiento, robos, etc.
5. Interpersonales: pobre comunicación, falta de concentración, aislamiento, etc.

Los síntomas más comunes son:

- Irritabilidad
- Cinismo
- Aburrimiento
- Pérdida del idealismo
- Frustración
- Incompetencia

- Autovaloración negativa

La lista de síntomas psicológicos que puede originar este síndrome es extensa, pudiendo ser leves, moderados, graves o extremos.

Los síntomas de carácter leve pero que sirven de primer escalón de alarma son la dificultad para levantarse por la mañana y el cansancio patológico.

Los síntomas de carácter moderado son el distanciamiento, irritabilidad, cinismo, fatiga, aburrimiento, progresiva pérdida del idealismo que convierten al individuo en emocionalmente exhausto con sentimientos de frustración, incompetencia, culpa y autovaloración negativa.

Los graves se expresan en el abuso de psicofármacos, ausentismo, abuso de alcohol y drogas, entre otros síntomas.⁷

3.5- Diagnóstico.

En 1986, la Dra. Christina Maslach diseñó un instrumento de medición mediante el cual es posible medir el grado de desgaste o burnout profesional mediante escalas de auto evaluación.

Esta es considerada actualmente como el estándar de oro para el diagnóstico de burnout. La escala de Maslach (Maslach Burnout Inventory –MBI-), es probablemente la más usada. Se completa en unos 10-15 minutos y mide los 3 aspectos centrales del síndrome: Cansancio emocional, despersonalización y realización personal. Esta escala tiene una alta consistencia interna y una fiabilidad cercana al 0,9. Se trata de un cuestionario autoaplicado, constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes.^{17, 18}

Los grados de intensidad van desde: 0 = nunca; 1= pocas veces al año o menos; 2= una vez al mes o menos; 3= unas pocas veces al mes o menos; 4= una vez a la semana; 5= pocas veces a la semana; hasta 6= todos los días.

El cuestionario evalúa las 3 dimensiones del síndrome:

- Cansancio emocional consta de 9 ítems (1,2,3,6,8,13,14,16,20). Puntuaciones 27 o superiores son indicativas de un alto nivel de Burnout. El intervalo 19- 26

correspondería a puntuaciones intermedias, siendo por debajo de 19 indicativas de niveles de burnout bajos o muy bajos.

- Despersonalización está formada por 5 ítems (5,10,11,15,22). Puntuaciones superiores a 10 serían de nivel alto, 6- 9 medio y menos de 6, bajo grado de despersonalización.
- Realización personal se compone de 8 ítems (4,7,9,12,17,18,19,21). Esta subescala funciona en sentido opuesto a las anteriores, 0- 33 puntos indicarán baja realización, 34- 39 intermedia y más de 40 alta sensación de logro. ²⁶

Puntuaciones altas en las dos primeras sub escalas y no alta (intermedia o baja) en la tercera definen la presencia el síndrome. ^{17, 18}

A continuación se muestra el test con la traducción aceptada al español, en donde se muestran en tres grupos de colores cada una de las sub escalas para facilitar a nosotros su comprensión. La aplicación de este cuestionario se entregará en blanco y negro.

AFIRMACION (aspecto evaluado)	PUNTAJE
1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	
2. Me siento cansado al final de la 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 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 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 alguno de sus problemas	

3.6- Tratamiento.

El diagnóstico precoz, la terapia médica y psicológica, cambios en la calidad de alimentación y la distribución del tiempo de sueño- trabajo- esparcimiento, permiten revertir muchos cuadros.

Un primer paso, fundamental para afrontar la situación descrita, es el reconocimiento de la existencia del problema y de su importancia en el ámbito de la atención sanitaria, y en nuestro caso particular, en el Sistema Nacional de Salud (SNS).

Un segundo paso será no hacer responsable del mismo exclusivamente a los propios profesionales: el peso de los factores institucionales es mayor en el desarrollo del síndrome que el de los factores personales.

Dado que no parece existir evidencia científica de la incidencia de medidas aisladas, el planteamiento debería ser multidimensional: en el ámbito de lo personal, preparando a los facultativos (ya incluso en su fase de formación académica) ante la posible aparición del

síndrome, e instruyéndoles en la forma de afrontar el estrés y los conflictos que puedan surgir en el desarrollo de su actividad profesional; y en el ámbito institucional, iniciando medidas encaminadas a mejorar las distintas áreas mencionadas más arriba para facilitar los procesos de adaptación y motivación de los profesionales:

- Carga de trabajo.

En todas las profesiones sanitarias, continuamente enfrentadas al sufrimiento, el dolor y el riesgo, respetando de los tiempos necesarios para afrontar adecuadamente dichas situaciones, estableciendo unos tiempos mínimos por paciente y periodos de “descanso” para aquellos profesionales expuestos de manera especial (personal urgencias, psiquiatría, etc.).

- Capacidad de control por parte del profesional:

En muchos ámbitos de la sanidad pública, la rigidez es la característica, dejando muy poco margen para el control de la actividad por parte del profesional afectado. Tampoco todos los nuevos modelos de gestión parecen facilitar el control de la actividad por el propio profesional. La sobrecarga excesiva de trabajo, por otra parte, limita profundamente la capacidad de control.

- Nivel de reconocimiento:

El establecimiento de una carrera profesional con un adecuado reconocimiento de los méritos (entre otras medidas de reconocimiento de la actividad profesional, como la adecuación de las remuneraciones a las responsabilidades exigidas, por ejemplo), puede en este sentido cambiar la tónica existente en el SNS.

- Relaciones dentro del entorno laboral:

Facilitar el encuentro entre los profesionales, incluso con actividades orientadas al “grupo”; clarificar los distintos roles profesionales (para evitar la existencia de un profesional al que le llueve todo lo que no quieren los demás); prestar apoyo claro a los profesionales por parte de sus superiores.

- Valores de la institución:

Evitar los dobles lenguajes, diferentes para los usuarios y para los profesionales, que hacen a éstos sentirse engañados en su actividad. La atención sanitaria es mucho más antigua que su asunción por el Estado, y esta última no debe hacerse al margen de los valores profesionales.

4.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

4.1.- PREGUNTA DE INVESTIGACION.

¿Cuál es la prevalencia del síndrome de Burnout en los médicos residentes de primer año del hospital regional 1ro. De octubre del ISSSTE, en el 2005?

4.2.- JUSTIFICACION.

El síndrome de Burnout es una alteración que tiene una alta prevalencia en el personal sanitario (hasta de un 30%), y en el personal médico se ha reportado de hasta un 70%, y es una de las principales causas por las cuales existe deficiencia en la calidad de la atención prestada a los pacientes en diferentes lugares del mundo. El síndrome de Burnout en médicos residentes se ha medido en países del primer mundo en donde se reporta que quienes reúnen criterios para dicho trastorno, tiene mayor deficiencia en la calidad de la atención a los pacientes. Una de las áreas más afectadas de la medicina por el burnout es la de urgencias médico-quirúrgicas, en donde se han hecho más estudios. Contamos con escasos estudios publicados sobre la prevalencia de Burnout en médicos de nuestro país abarcando todas las áreas de especialización, y menos aún sobre médicos residentes, en donde se identifiquen los factores de riesgo más relacionados, así como las especialidades más afectadas. Es necesario identificar las áreas de especialización más afectadas por el Burnout, así como los factores relacionados a este, así en un futuro se pondrían crear estrategias enfocadas a la prevención del Burnout. Se podrá realizar una continuación del presente estudio a manera de que se trate de un estudio longitudinal, realizándose en los tres siguientes años posteriores el mismo estudio en el mismo grupo de residentes, para entonces 2do, 3ero, y 4to.año respectivamente, y finalmente realizarse un análisis comparativo de los resultados de los 4 estudios.

4.3. OBJETIVO GENERAL.

Conocer la prevalencia y los factores asociados al síndrome de Burnout en los médicos residentes del hospital regional 1ro de octubre del ISSSTE en el 2005.

4.4. HIPOTESIS.

- Existe una prevalencia del 30% del síndrome de Burnout en los médicos residentes de primer año del Hospital Regional 1ro de Octubre del ISSSTE.
- Los factores asociados a Burnout son similares a los reportados en la literatura nacional e internacional.

5.- MATERIAL Y METODOS.

5.1.- DISEÑO EPIDEMIOLOGICO.

Se trata de un estudio transversal, analítico y observacional.

5.2.- UBICACIÓN ESPACIOTEMPORAL.

El estudio se realizará en todos los médicos residentes de primer año que laboren en el hospital regional 1ro de Octubre del ISSSTE, y que se encuentren en el mismo durante el mes de Junio del 2005.

5.3.- POBLACION DE ESTUDIO.

5.3.1.- CRITERIOS DE INCLUSION.

- Médicos residentes de primer año, de ambos sexos, de todas las especialidades básicas existentes en el Hospital Regional 1ro de Octubre del ISSSTE, que acepten participar en la realización del estudio.

5.3.2.- CRITERIOS DE EXCLUSION.

- Médicos residentes que no sean de primer año, que se encuentren en el Hospital Regional 1ro de Octubre del ISSSTE en el mes de Junio del 2005.

5.3.3.- CRITERIOS DE ELIMINACION.

- Médicos residentes que contesten menos del 85% del instrumento de recolección de la información.

5.4.- VARIABLES DEL ESTUDIO.

5.4.1.- VARIABLES UNIVERSALES.

Nombre de la variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Ítem	Respuesta
Sexo.	Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer.	Género biológico del individuo.	Cualitativa Nominal Simple.	Sexo:	M: Masculino F: Femenino
Edad.	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona.	Años cumplidos hasta el momento actual.	Cuantitativa Continua.	Edad:	Ejemplos: 18, 19, 20, etc.

5.4.2.- VARIABLES INDEPENDIENTES.

Nombre de la variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Ítem	Respuesta
Especialidad.	Rama de medicina general que estudia.	Servicio de especialización de adscripción.	Cualitativa nominal múltiple.	Especialidad:	Ejem.: Medicina interna.
Estado civil.	Condición sentimental y/o legal de una persona.	Forma de relación de pareja si es que existe.	Cualitativa nominal múltiple.	Estado civil:	Casado, Soltero, Divorciado, Unión libre.
Descendencia.	Existencia de descendencia.	Si tiene hijos.	Cualitativa nominal simple.	¿Tienes hijos?	Si, No
Espera de inicio para la residencia.	Tiempo transcurrido desde término de carrera al inicio de residencia.	Años transcurridos desde el término del servicio social hasta el primer día de de la residencia.	Cuantitativa discreta.	Años que esperaste para iniciar la residencia desde que terminaste la carrera:	Ejemplo: 2 años.
Intentos para ingresar a la residencia.	Numero de intentos realizados para ingresar a residencia.	Ocasiones en las que aplico examen para ingreso a especialidad.	Cuantitativa discreta.	¿Cuántas veces aplicaste examen para ingresar a la residencia?	Ejem: 1, 2.
Antecedentes laborales institucionales.	Antecedente laboral en institución pública de salud.	Ha trabajado en institución pública de salud, antes de haber iniciado la residencia.	Cualitativa simple.	¿Trabajaste en institución pública de salud antes de ingresar a la residencia?	Ejem: sí, no.

Tiempo de sueño promedio.	Horas que transcurren de sueño por día en promedio.	Número de horas de sueño por semana divididas entre 7.	Cuantitativa múltiple.	¿Cuántas horas de sueño tienes en promedio por día?	Ejem: 5, 6.5.
Número de dependientes económicos.	Cantidad de personas cuyo sostén económico depende de uno.	Número de personas que dependen de uno para vivir.	Cuantitativa simple.	¿Cuántos dependientes económicos tienes?	Ejem: 0, 1, 2.

5.4.3.-VARIABLES DEPENDIENTES.

Nombre de la variable.	Definición conceptual.	Definición operacional.	Tipo de variable.	Ítem.	Respuesta.
Burnout.	Estado de agotamiento físico, emocional y mental, causado por el involucrarse en situaciones emocionalmente demandantes, durante un tiempo prolongado.	Resultado del test MBI con >27 puntos en la escala de cansancio emocional, >10 puntos en la escala de despersonalización, y <40 puntos en la escala de realización personal.	Cualitativa Nominal Simple.	Resultado de test MBI:	Si, No.

5.5.- RECOLECCION DE LA INFORMACION.

Se entregara de manera personal el instrumento de captación de la información (Anexo) a cada uno de los sujetos entrevistados para su llenado, el cual es de autoaplicación. Una vez ocurrido esto, se recabarán los formatos para su captura y análisis posterior.

5.6.- INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.

El cuestionario (anexo) fue diseñado para la identificación de Burnout en el personal sanitario, y se han agregado diversos Items, con la intención de evaluarse los factores asociados, así este instrumento, brindará información sobre existencia o no de burnout, y la presencia de factores que se asocien a este. El cuestionario será anónimo, para evitar sesgos al momento del llenado por cada participante.

5.7.- PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION.

La información extraída del instrumento de captación de la información (Anexo) será codificada y capturada en una base de datos del programa informático "Statistical Package for Social Studies SPSS" versión 12.0. Posterior a revisión y limpieza de los datos se procederá a un análisis exploratorio de las variables. Si es necesario las variables serán recodificadas para su análisis definitivo.

5.8.- ANALISIS DE LA INFORMACION.

Se realizará primero la descripción de las variables de estudio. Posterior a esto se realizarán análisis bivariados y multivariado para encontrar si existe o no relación significativa entre las variables independientes y la dependiente.

6.- ASPECTOS ETICOS.

De acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación, el presente estudio se clasifica como "sin riesgo". La información obtenida para este estudio será estrictamente confidencial y será utilizada únicamente con fines de investigación. Los resultados de este estudio serán comunicados a las autoridades correspondientes de la institución, como son la Jefatura de Enseñanza e investigación, así mismo se informarán a la coordinación de cada especialidad. Se sometió a prueba por el Comité de Ética del Hospital, quien dio su aceptación para la realización de este estudio.

7.- ANALISIS DE RESULTADOS.

7.1.- Descripción de las características de La población.

La población estudiada fue de 31 médicos residentes de 1er año de las especialidades básicas del hospital regional 1ro. De Octubre, que corresponde al 91.17% de la población total con estas características en el hospital. La razón por la que no fueron encuestados los 3 residentes restantes, fue por falta de disponibilidad y accesibilidad, ya que no se encontraron en las diferentes ocasiones en que se llevó a cabo la encuesta.

En cuanto a la edad, encontramos que la población estudiada va desde los 23 a los 35 años, el rango es de 12 años, el promedio fue de 27 años, con una desviación estándar de 2.3; el 50% de los sujetos alcanzó los 27 años. El valor que se repitió con más frecuencia fue 26 (25.8%).

El género predominante en la población fue el masculino con 19 casos (61.3%).

Entre los sujetos estudiados hay 26 solteros (83.9%), 4 casados (12.9%), y 1 en unión libre (3.2%).

La población con descendencia es poco frecuente, observándose en solo 3 casos la presencia de hijos (9.7%); 28 residentes no tienen hijos (90.4%).

La mayoría de los residentes no tiene dependientes económicos: 21 (67.7%). De aquellos que deben encargarse de la manutención de otras personas, 6 se hacen cargo de solo una persona (19.4%), 3 residentes de 2 (9.7%), y solo 1 tiene 3 dependientes económicos (3.2%).

En cuanto al tiempo que transcurrió para que los sujetos ingresaran al curso de especialización desde el término de la licenciatura, 12 ingresaron en ese mismo año (38.7%), 6 tardaron 1 año (19.4%), 6 tardaron 2 años (19.4%), a 3 les tomó 3 años (9.7%), y 4 esperaron 4 años (12.9%). Algo similar se observó al preguntar sobre cuantas veces realizaron el Examen Nacional de Residencias Médicas (ENARM), 16 de los residentes lo realizaron una sola vez (51.6%), 12 en dos ocasiones (38.7%), y 3 tuvieron éxito hasta el tercer intento (9.7%).

El antecedente de haber trabajado en institución pública de salud se observó en 19 residentes (61.3%).

A la población estudiada se le encuestó en un momento en el que la residencia médica había iniciado hacía relativamente poco tiempo (4 meses), y al investigar sobre si habían tenido vacaciones en los últimos 4 meses, 15 contestaron que sí (48.4%), y 16 que no (51.6%).

Los residentes encuestados dormían en promedio 5 horas por día, con una desviación estándar de 0.9. El valor mínimo registrado fue de 3 horas y el máximo de 6, ocupando un rango de 3 horas. La mitad de los residentes dormían 5 horas.

Las rotaciones de los médicos residentes en las diferentes áreas del hospital se encontraron con la siguiente distribución: Urgencias fue la que contó con mayor número de residentes rotantes con 11 (35.5%), Hospitalización le siguió con 10 (32.3%), Consulta externa 9 (29%), y por último UCI-UCINE con 1 (3.2%). (Cuadro 1).

La población estudiada está dividida en 10 especialidades, la que cuenta con más residentes de primer año es Urgencias Médico-quirúrgicas con 6 (19.4%), seguida de Medicina Interna con 4 (12.9%), radiología e imagen, ginecología y obstetricia, cirugía maxilofacial, cirugía general, medicina física y rehabilitación, pediatría con 3 residentes cada una (9.7% cada una), posteriormente traumatología y ortopedia con 2 (6.5%), y finalmente anestesiología con un residente estudiado (3.2%). (Cuadro 2).

Cuadro 1. Características básicas de la población en estudio.

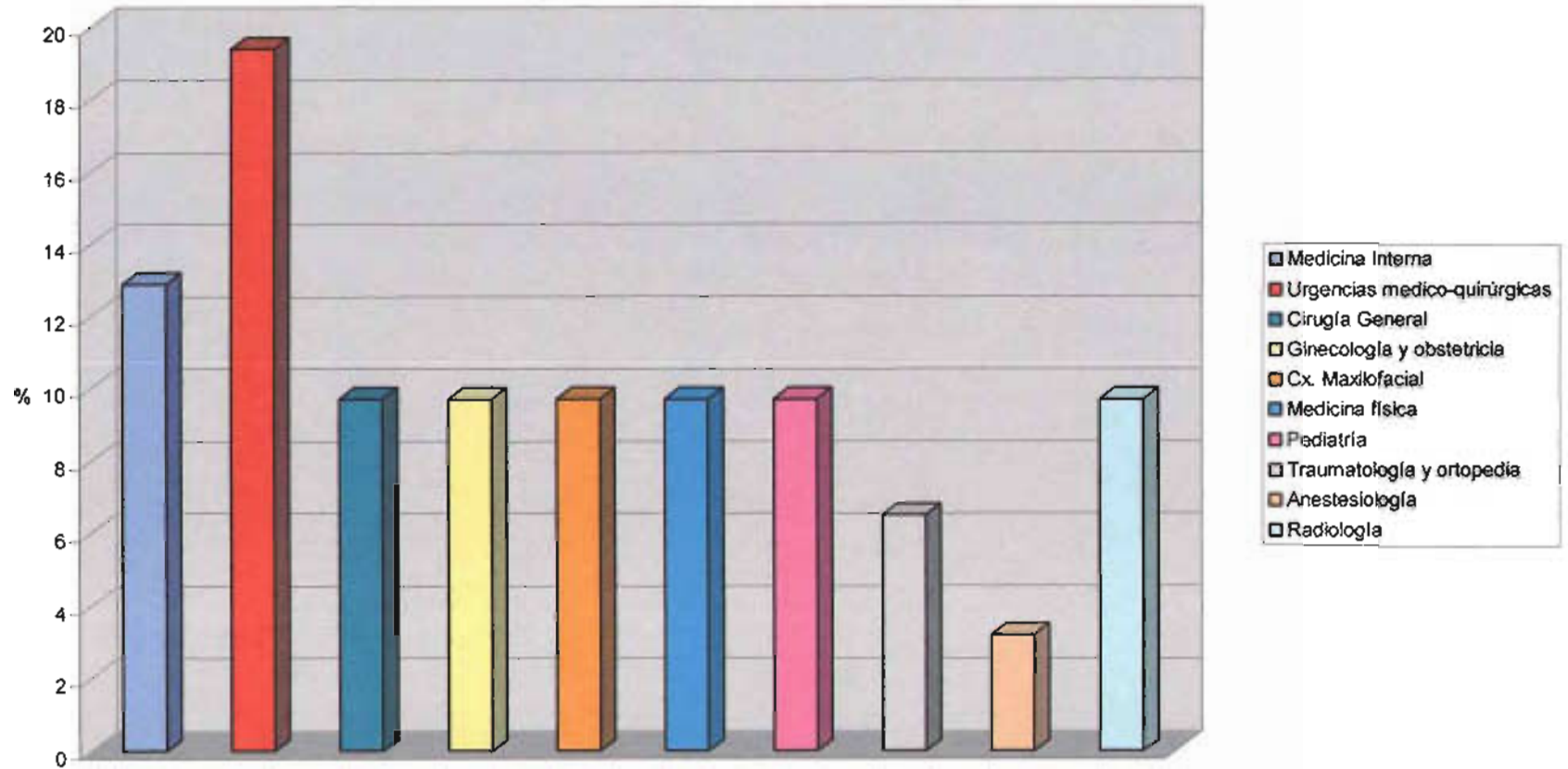
Características de la población.	Frecuencia	Porcentaje
Edad (años).	27.06±2.3	
Sexo.		
Masculino.	19	61.3
Femenino.	12	18.7
Estado civil.		
Casado.	4	12.9
Soltero.	26	83.9
Unión libre.	1	3.2
Descendencia.		
Sí	3	9.7
No.	28	90.3
Dependientes económicos.	0.48±0.81	
Tiempo de sueño promedio.	4.9±0.90	
Trabajo previo en institución pública.		
Sí.	19	61.3
No.	12	38.7
Vacaciones en los últimos 4 meses.		
Sí.	15	48.4
No.	16	51.6
Rotación en la que se encontraron.		
Hospitalización.	10	32.3
Urgencias.	11	35.5
UCI-UCINE.	1	3.2
Consulta externa.	9	29

Características de la población.	Frecuencia	Porcentaje
ENARM realizados antes de ingresar a curso de especialización.	1.58±0.67	

Cuadro 2. Distribución de la población en estudio por especialidades.

Especialidad	Frecuencia	Porcentaje
Medicina Interna	4	12.9
Urgencias medico-quirúrgicas	6	19.4
Cirugía General	3	9.7
Ginecología y obstetricia	3	9.7
Cx Maxilofacial	3	9.7
Medicina física	3	9.7
Pediatría	3	9.7
Traumatología y ortopedia	2	6.5
Anestesiología	1	3.2
Radiología	3	9.7

Grafico 1. Distribución de la población en especialidades por porcentaje



7.2.- Descripción de los resultados del test MBI.

Al analizar los resultados del Test MBI realizado encontramos que en forma general para la subescala de cansancio emocional 12 (39.7%), obtuvieron una calificación alta (mayor de 27), así mismo, 7 (22.6%) obtuvieron una calificación intermedia (19-26), y 12 (38.7%) obtuvieron una calificación baja (<19). (Figura 2). Las calificaciones que mas se repitieron son: 7 puntos en 3 ocasiones (9.7%), 24 puntos en tres ocasiones, y 27 puntos también 3 veces (9.7% cada una). La calificación mas alta fue 52 puntos, y la mínima fue 5 puntos, con rango de 47 puntos. El promedio fue de 22 puntos, y la desviación Standard de 12.2.

Para la subescala de despersonalización, 8 (25.8%) obtuvieron una calificación alta (>10), 8 (25.8%) obtuvieron una calificación intermedia (6-9), y 15 residentes (48.38%), obtuvieron una calificación baja (<6). (Figura 3). Las calificaciones que mas se repitieron fueron: 0 en 4, (12.9%), y 3 puntos (12.9%) en 4 ocasiones cada una, seguidas de 1, 6 y 9 puntos en 3 ocasiones cada una (9.7% cada una). La calificación más alta fue de 24 y la mas baja fue de 0, con rango de 24. El promedio fue de 6 puntos, con una desviación Standard de 5.45.

En la subescala de realización personal, 10 (32.3%) obtuvieron una calificación alta (>40), 10 residentes (32.3%) obtuvieron una calificación intermedia (34-39), y 11 (35.5%) una calificación baja (<34). La calificación máxima fue 48, y la mínima fue 24, con un rango de 24. (Figura 4). El promedio fue de 38 puntos con una desviación Standard de 6.35. La calificaciones que mas se repitieron fueron 37, 39 y 40 puntos, cada una en 3 ocasiones (9.7% cada una). (Cuadro 3).

Cuadro 3. Comparación del promedio de las calificaciones en las subescalas del test MBI entre grupos con Burnout y sanos.

Subescala	Burnout	Sanos
Cansancio emocional	37.33±10.94	18.12±9.32
Despersonalización	14.33±4.88	4.52±3.57
Realización personal	39±6.89	36±2.28

Al analizar los criterios para establecer el diagnóstico de Burnout nos encontramos que la prevalencia de esta entidad en médicos residentes de primer año del Hospital Regional 1º de Octubre fue de 19.4%.

7.3.- Descripción de la población con síndrome de Burnout.

El número de casos de médicos residentes de primer año con síndrome de Burnout fue de 6 (prevalencia de 19.4%), en donde: 5 fueron del sexo masculino (83.3%), y solo femenino (16.7%). Las edades de estos variaron de una máxima de 27 años a una mínima de 24 años, con un rango de 3 años, y el promedio fue de 26 años con una desviación Standard de 1.1.

De los casos con síndrome de Burnout 5 están casados (83.3%), y uno soltero (16.7%). Los 6 residentes reportados con síndrome de Burnout no tienen hijos.

Su distribución en las diferentes especialidades es como sigue: 2 en medicina Interna (33.3%), 2 en Cirugía General (33.3%), 1 en Traumatología y Ortopedia (16.7%) y 1 en Radiología e Imagen (16.7%).

Uno de los residentes con síndrome de burnout tiene un dependiente económico. El resto no se encarga de la manutención de otras personas.

En el momento del estudio se encontraban rotando en: hospitalización 3 (50%), 2 en urgencias (33.3%), y uno en consulta externa (16.7%). Su último periodo vacacional fue en los últimos 4 meses en 4 de ellos (66.7%), y en 2 de ellos no (33.3%).

Sobre el tiempo transcurrido desde el término de la carrera hasta el inicio del curso de especialización 3 (50%) de los residentes con síndrome de burnout ingresaron inmediatamente, 1 tardó 2 años, 1 esperó 3 años, y 1 debió esperar hasta 4 años.

La cantidad de exámenes que realizaron para ingresar (ENARM) fue solo 1 en 3 de ellos (50%), 2 veces en 2 casos (33.3%), y 3 ocasiones para un residente.

En cuanto a su antecedente de trabajo en institución, 5 trabajaron previamente en una de ellas (83.3%), y solo 1 no (16.7%).

El promedio de horas de sueño en los sujetos con esta entidad patológica fue 5.5 horas, 3 (50%) respondieron 5 horas y 3 (50%) respondieron 6 horas.

En cuanto a los resultados del test MBI en estos sujetos, se reportó lo siguiente:

En la subescala de cansancio emocional (figura 8) la calificación máxima fue de 52 puntos, y la mínima de 27 puntos, con un rango de 25 puntos. Ninguna calificación se repitió y el promedio fue de 37 puntos, con una desviación Standard de 10.94.

En la subescala de Realización personal (figura 9) la calificación máxima fue de 38 puntos, y la mínima de 32 puntos, con un rango de 6, el promedio fue de 36 puntos con una desviación Standard de 2.28, y la calificación que 38 puntos en 2 ocasiones (33.3%). En la escala de Despersonalización (figura 10) la calificación máxima obtenida fué de 24 puntos, y la mínima de 11 puntos, con un rango de 13 puntos, el promedio fué de 14 puntos con una desviación Standard de 4.48. La calificación que mas se repitió fué 11 y 13 puntos en 2 ocasiones cada una (33.3% cada una). (Cuadro 4).

Cuadro 4. Descripción de frecuencias de las características de la población con síndrome de Burnout.

Características.	Frecuencia	Porcentaje
Edad (años).	25.83±1.16	
Sexo.		
Masculino.	5	83.3
Femenino.	1	16.7
Estado civil.		
Casado.	1	16.7
Soltero.	5	83.3
Descendencia.		
Sí.	0	0
No.	6	100
Dependientes económicos.	0.17±0.40	
Tiempo de sueño promedio.	5.5±0.54	
Trabajo previo en institución pública.		
Sí.	5	83.3
No.	1	16.7
Vacaciones en los últimos 4 meses.		
Sí.	4	63.7
No.	2	33.3
Rotación en la que se encontraron.		
Hospitalización.	3	50
Urgencias.	2	33.3
UCI-UCINE.	0	0
Consulta externa.	1	16.7
Años que tardó en ingresar a curso de especialización.	1.5 ±1.76	
ENARM realizados antes de ingresar a curso de especialización.	1.6 ±0.81	

7.4.- Análisis de los resultados.

Se sometió a los resultados obtenidos a la realización de un análisis bivariado, obteniéndose los siguientes datos:

En cuanto a la edad como riesgo para adquirir síndrome de Burnout, se obtuvo OR de 3.9285, sin embargo, el intervalo de confianza fue del 95% de 0.39 a 38.69, por lo que al contener la unidad, los resultados no fueron significativos.

En cuanto al estado civil como factor de riesgo para síndrome de Burnout, el OR obtenido fue de 1.05, con un IC del 95%. (Cuadro 5).

Los factores que se asociaron al síndrome de Burnout de acuerdo a la descripción de los resultados fueron principalmente el sexo, en donde el predominio del género masculino fue muy claro, con un 83.3%, con OR de 3.92, IC de 0.41-37.3, y una $P < 0.05$. Del mismo modo en este estudio observamos que los residentes con síndrome de Burnout, en su totalidad no tienen descendencia, ni dependientes económicos.

El tiempo de sueño promedio en quienes no tienen Burnout, fué de 4.76 hrs. con una desviación Standard de 0.926, a diferencia de los sujetos con Burnout en quienes el promedio de horas de sueño fue mayor ligeramente con 5.50 hrs. y una desviación Standard de 0.54, P de 0.72, esto sugiere que entre mayor es el tiempo de sueño, es mayor el desarrollo de síndrome de Burnout.

El antecedente de haber trabajado en institución mostró un incremento en la frecuencia de Burnout, con 83.3%, con OR de 3.92 con IC de 0.41-37.3, y una P menor de 0.05.

Los médicos residentes que tuvieron periodo vacacional en los últimos 4 meses, presentaron mas Burnout que los que no, con frecuencia de 63,7%, OR de 2.54 con IC de 0.40-16.04, pero la $P > 0.05$.

La población general realizó el ENARM en promedio 1.6 veces, mientras que la población con Burnout mostró una frecuencia de 1.58 ± 8 , y los sujetos con Burnout que presentaron ENARM en tres ocasiones mostraron un OR de 2.3 con IC 0.17-2.4 y una $P < 0.05$.

La rotación en la que se encontró la mayor frecuencia el Burnout fue Hospitalización con un 50%, mostrando un OR de 2.57 con IC de 0.42-15.39 y una $P < 0.05$.

La especialidad que mostró mayor frecuencia del síndrome de burnout fue cirugía general con una frecuencia de 33.3%, y mostró un OR de 16.6 aunque mostró un ic de 0.44-616 y

la P fue > de 0.05. Le siguió medicina interna con una frecuencia del 50%, y un OR de 5.75 con IC de 0.61-53.41, con una P < 0.05. (Cuadro 6).

Cuadro 5. Análisis de las variables independientes en sujetos con síndrome de Burnout.

Variable	OR	X ²	T de Student
Edad			P = 0.149
Sexo			
Masculino	3.9285 IC 95% 0.41-37.39	P= < 0.05	
Femenino	0.25 IC 95% 0.26-2.37	P= < 0.05	
Estado civil			
Solteros	0.95 IC 95% 0.048-18.59	P= < 0.05	
Casados	1.46 IC 95% 0.12-16.5	P= < 0.05	
Dependientes económicos			P = 0.294
Tiempo de sueño promedio			P = 0.72
Trabajo previo en institución pública			
Sí	3.9285 IC 95% 0.41-37.39	P= < 0.05	
No	0.25 IC 95% 0.02-2.37	P= < 0.05	
Vacaciones en los últimos 4 meses			
Sí	2.54 IC 95% 0.40-16.04	P= > 0.05	
No	0.39 IC 95% 0.06-2.46	P= < 0.05	
Rotación en la que se encontraron.			
Hospitalización.	2.57 IC 95% 0.42-15.39	P= < 0.05	
Urgencias.	0.88 IC 95% 0.14-5.50	P= < 0.05	
UCI-UCINE.	0		
Consulta externa	0.35 IC 95% 0.03-3.42	P= < 0.05	
Años que tardó en ingresar a curso de especialización.			P = 0.834
0	1.77 IC 95% 30-10.30	P= < 0.05	
2	0.8 IC 95% 0.07-8.17	P= < 0.05	
3	2.3 IC 95% 0.17-29.3	P= < 0.05	

4	1.46 IC 95% 0.12-16.49	P= < 0.05	
ENARM realizados antes de ingresar a curso de especialización.			P = 0.733
1	0.92 IC 95% 0.15-5.32	P= < 0.05	
2	0.75 IC 95% 0.11-4.75	P= < 0.05	
3	2.3 IC 95% 0.17-19.40	P= < 0.05	

Cuadro 6. Especialidad como factor para desarrollo de síndrome de Burnout.

Especialidad	OR	X ²
Medicina Interna	5.75 IC 95% 0.61-53.41	P= < 0.05
Cirugía General	16.6 IC 95% 0.44-616.9	P= > 0.05
Radiología	2.3 IC 95% 12.5-66.41	P= < 0.05

12.- DISCUSION.

El síndrome de Burnout es una entidad patológica que altera la calidad de la atención médica, al originar que el médico tenga pérdida de la sensibilidad en su trato diario con sus pacientes. Es una patología la cual como se ha descrito en la literatura internacional, se asocia a factores que distraen y merman la atención del médico como son las deficiencias económicas, descendencia y principalmente el sexo femenino se ve especialmente afectado mostrando un aumento en la prevalencia de esta alteración.

El estudio realizado mostró la presencia de esta entidad en nuestro personal de residentes médicos de reciente ingreso, sin embargo los resultados del análisis estadístico no fueron estadísticamente significativos por que el tamaño de la muestra fue el limitado. Lo anterior nos debe hacer crear a futuro un protocolo de estudio que incluya una muestra mayor, lo que podría lograrse al incluirse a todos los residentes del hospital. Los resultados no fueron similares a los reportados por la literatura internacional, y la prevalencia encontrada en nuestro hospital fue mucho menor de la esperada.

13.- CONCLUSIONES.

El presente estudio nos mostró como resultado final que la prevalencia del síndrome de Burnout en los médicos residentes de primer año del Hospital Regional 1ro de Octubre fue del 19.4%.

Se asociaron con el síndrome de Burnout, el sexo masculino, la ausencia de descendencia y dependientes económicos, el tiempo de sueño en promedio mayor a 5 horas, haber presentado período vacacional en los últimos 4 meses, el antecedente de haber trabajado en institución pública, la rotación por hospitalización y el curso de especialización en cirugía general en primer lugar, seguido por medicina interna.

Los análisis bivariados mostraron que los resultados no fueron estadísticamente significativos ya que los intervalos de confianza incluyeron en todos los casos la unidad, así mismo la P en la mayoría de los casos fué mayor de 0.05.

14.- BIBLIOGRAFIA.

1. Gil Monte P. Validez factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory-General Survey. Salud pública Méx vol.44 no.1 Cuernavaca Jan./Feb. 2002.
2. Poveda M. Reforzar la personalidad, remedio en el 'burnout'. Diario Médico. Mayo, 2004.
3. García Pérez M. Burnout: un reto para las instituciones sanitarias. Economía de la salud. Mayo-Junio 2003.
4. Pérez Jáuregui M. El "síndrome de Burnout" ("quemarse" en el trabajo) en los profesionales de la salud. Psicología y Psicopedagogía
Publicación virtual de la Facultad de Psicología y Psicopedagogía de la USAL.
Año II N° 5 Marzo 2001.
5. Clever G. Burnout physicians have more troubles relating to patients. Medical care, 1994, vol 32: 745-54.
6. Murray C. Physicians' well-ness promotion practices. Western journal of medicine. 2001, 174:19-23.
7. Gundersen L. Physician Burnout. Annals of internal medicine. Vol 135, No. 2, Julio 2001.
8. Kundera, Milan, (1984). *La insoportable levedad del ser*. Barcelona, Tusquets, 13ªed. 2000.
9. Spinetta, J. , Jancovic, M. Ben Arush, M. Eden, T. Epelman, C. Greenberg, M. recomendaciones para el reconocimiento, prevención y solución del síndrome de burnout en los profesionales de la salud comprometidos en la asistencia del niño con cáncer. Reporte del comité de trabajo sobre aspectos psicosociales en oncología pediátrica de la sociedad internacional de oncología pediátrica. Feb, 2000.
10. IC McManus, A Keeling¹ and E Paice² 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. No 2, vol 29. Agosto 2004.
11. J Cebria, J Segura. Rasgos de personalidad y burnout en médicos de familia. Publicación oficial de la Sociedad Española de Medicina familiar y comunitaria. Abril 2001, vol 27, No 7, pg 459-468.
12. Fisher S. Hardiness and job fitness for the intensive family preservation specialist: a correlational study. The Sciences-and-Engineering 1999; 60: 31-36.
13. Barnes A. On seeing people through «rust-colored glasses»: a study of practitioners perceptions of clients. J Apl Soc Scien 1999; 23: 13-20.

14. Chang EC, Rand KL, Strunk DR. Optimism and risk for job burnout among working college students. Stress as a mediator. *Personality and Individual Differences* 2000; 29: 255-263.
15. Deary I, Agius R, Sadler A. Personality and stress in consultant psychiatrists. *Int J Soc Psychiat* 1996; 42: 112-12.
16. Schattner P. Stress in general practice. *Austral Fam Physic* 1998; 27: 993-998.
17. Maslach C. *Maslach Burnout Inventory*. Ed 2da. 1986. Palo Alto CA: consulting psychologists press.
18. Maslach C. Jackson S. *Maslach Burn Out*, 30 ed. 1997. Consulting psychologists press.
19. Thomson S. Stress and the female doctor. *Occup Health* 1995;344-345.
20. Byone G. Stress in women doctors. *Br J Hosp Med* 1994; 51:267-8.
21. Orozco P, García E. Factores que influyen en el nivel de cansancio laboral de los médicos de atención primaria. *Aten Primaria* 1993;12:135-8.
22. Mira J, Vitaller J, Buil J. Satisfacción y estrés laboral en médicos generalistas del sistema público de salud. *Aten Primaria* 1994;14:1135-40.
23. Luecken L, Edward C. Stress in employed women: impact of marital status and children at home on neurohormone output and home strain. *Psychosomat Med* 1997;59:352-9.
24. Swanson V, Power K, Simpson R. Occupational stress and family life. A comparison of male and female doctors. *J Occupation Organization Psychol* 1998;71:237-60.
25. Rocha LJM. Síndrome de burn out. *Revista mexicana de urgencias*.2002; vol. 1, No. 2: 48-56.
26. Álvarez A. M. Arce M.L. Síndrome de burnout en médicos de hospitales públicos en la ciudad de Corrientes. *Revista de Postgrado de la VIa Cátedra de Medicina - N° 141 – Enero 2005 Pág. 27-30.*

ANEXO.

Prevalencia del síndrome de Burnout en los médicos residentes de primer año del Hospital Regional "1ro de Octubre" en el 2005.

Sexo:

Edad:

Fecha:

Especialidad:

Estado Civil:

¿Tienes hijos?:

¿Cuántos años que esperaste para iniciar la residencia desde que terminaste la carrera?

¿Cuántas veces aplicaste examen para ingresar a la residencia?

¿Trabajaste en institución pública antes de ingresar a la residencia?

¿Cuántas horas de sueño tienes en promedio por día?

¿Cuántos dependientes económicos tienes?

¿Cuándo fue tu último periodo vacacional?

¿En que servicio estas en este momento rotando?

Por favor responda a las afirmaciones usando una de las siguientes 6 posibilidades y anotando en la tabla la puntuación correspondiente a la posibilidad elegida.

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

PUNTAJE

1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.	
2. Me siento agotado al final de la 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 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 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.	