



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA MÉDICA,
PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL**

**CENTRO MÉDICO NACIONAL
“20 DE NOVIEMBRE”, ISSSTE**

**FRECUENCIA DEL SÍNDROME DE DESGASTE
PROFESIONAL EN LOS MÉDICOS RESIDENTES DEL
CENTRO MÉDICO NACIONAL 20 DE NOVIEMBRE.**

**TÉSIS
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
“ESPECIALIZACION EN PSIQUIATRIA”**

PRESENTA:

RODRIGO ANTONIO FILÓS HERNÁNDEZ

ASESORES:

**DRA. CARMEN ROJAS CASAS
M.C. MARTA GEORGINA OCHOA MADRIGAL**

MÉXICO, D.F. MARZO DEL 2005



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.

DRA. CARMEN ROJAS CASAS
Asesor Teórico

M.C. MARTA GEORGINA OCHOA MADRIGAL
Asesor Metodológico

M.C. RODRIGO ANTONIO FILÓS HERNÁNDEZ
Autor

M.C. FRANCISCO JAVIER VALENCIA GRANADOS
Titular del Curso

M.C. MAURICIO DI SILVIO LOPEZ
Subdirector de Enseñanza e Investigación

ÍNDICE

Índice	3
Prólogo	4
Introducción	5
Resumen	6
Marco Teórico	7
Síndrome de desgaste profesional	
Material y Métodos	14
Planteamiento del problema, justificación, objetivos, metodología	
Resultados	20
Discusión	27
Conclusiones	29
Bibliografía	30
Anexo	33

PRÓLOGO

El presente estudio tiene como finalidad conocer la frecuencia del síndrome de desgaste profesional entre los médicos residentes del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre”, mediante la aplicación de un cuestionario validado que evalúa el síndrome de *burnout*, así como de un cuestionario no validado para el análisis de algunas variables demográficas.

El instrumento empleado es el *Maslach Burnout Inventory*, que es considerado como el estándar de oro para evaluar el síndrome de desgaste profesional, evaluando el agotamiento emocional, la despersonalización y la baja realización personal.

La investigación describe la relevancia que tiene el síndrome de desgaste profesional en los médicos residentes, población considerada con una alta patología relacionada con el estrés laboral, elevadas tasas de depresión, conductas adictivas y conflictos familiares, asociados a excesivas cargas de trabajo, autoexigencia excesiva, a la inseguridad laboral futura y a situaciones como la muerte de pacientes, sobreidentificaciones o errores en la actuación clínica, entre otras. Es por la repercusión e importancia que puede tener en los médicos residentes que se analizó esta población.

INTRODUCCIÓN

Son múltiples los desajustes que pueden originarse en una organización hospitalaria, debido tanto a fenómenos externos como a las características personales de cada individuo para adaptarse a los estímulos del medio. Como consecuencia de estas últimas puede surgir la experiencia de estrés, con consecuencias graves, algunas veces irreparables para la salud individual y organizacional.

Un desenlace habitual del estrés laboral en el personal sanitario es un conjunto de síntomas al que se le conoce como síndrome de desgaste profesional o síndrome de *burnout*, característico en los profesionales que prestan servicios de ayuda.

El estudio de este síndrome se ha efectuado desde dos perspectivas distintas: una psicosocial que lo explica como un proceso en el que confluyen el entorno laboral y las características individuales del sujeto; y la otra clínica que lo describe como un estado al que ha llegado una persona como consecuencia del estrés laboral.

El entrenamiento clínico que reciben los médicos residentes es percibido como una época particularmente estresante, durante la cual los residentes trabajan durante muchas horas, se mantienen en vigilia durante muchas noches y se pierden muchos eventos importantes de su vida. El síndrome de *burnout* es desencadenado por aquellos eventos que son percibidos como estresantes crónicos en el desenvolvimiento laboral.

El estudio se realizó en el Centro Médico Nacional "20 de Noviembre", un hospital de tercer nivel de la Ciudad de México que alberga médicos residentes de diversas especialidades.

RESUMEN

Antecedentes: El *burnout* es un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y una baja realización personal. Las evaluaciones en médicos residentes han mostrado niveles preocupantes de disfunción psicosocial.

Objetivo: Determinar la frecuencia del síndrome de desgaste profesional en médicos residentes y describir las relaciones con diferentes variables demográficas.

Lugar del estudio: El Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" de la Ciudad de México.

Participantes: 167 médicos residentes.

Resultados: De los 167 médicos residentes que participaron 49.1% tenían criterios para el síndrome de *burnout* fue más frecuente en mujeres ($X^2=6.63$; $p=0.008$). Los médicos residentes reportaron niveles considerables de *burnout*: niveles altos de cansancio emocional (22.8%), altos niveles de despersonalización (22.2%) y niveles de baja realización personal (31.1%).

Conclusiones: El síndrome de *burnout* fue frecuente entre médicos residentes, con una elevada frecuencia de 49.1%.

Abstract.

Background: Burnout is a syndrome of depersonalization, emotional exhaustion, and a sense of low personal accomplishment. Evaluations of residents have revealed concerning levels of psychosocial dysfunction.

Objective: To determine the prevalence of burnout in medical residents and describe the relationship between demographic factors.

Setting: Centro Médico Nacional 20 de Noviembre in Mexico City.

Participants: 167 medical residents.

Methods: Burnout was measured by using the Maslach Burnout Inventory.

Results: Of the 167 (83.5%) responding residents, 82 (49.1%) met criteria for burnout. The burnout were more common in women ($X^2=6.63$; $p=0.008$). Residents reported considerable burnout: high levels of emotional exhaustion (22.8%), high levels of depersonalization (22.2%) and low levels of personal accomplishment (31.1%).

Conclusions: Burnout was common among residents physicians, with a high prevalence of 49.1%.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Se conoce que la población médica tiene un mejor nivel de salud física que la población general, esto no parece ser igual en lo que respecta a la salud mental. El conocer problemas de este tipo, en la población médica resulta de gran importancia no solo porque la prevalencia de problemas de salud mental es mayor en los médicos sino también por todo lo que implica la presencia de este tipo de problemas en el trabajo con los pacientes. Al menos cuatro aspectos han sido descritos en relación con los problemas de salud mental en los médicos: una alta frecuencia de síntomas de ansiedad y depresión, una alta tasa de suicidios mayor que en la población general, una mayor presencia de uso de alcohol, tabaco y otras sustancias, por último una mayor incidencia de accidentes principalmente de tipo automovilístico también mayor que en la población general.

En los últimos años se han descrito la presencia de síndrome de desgaste profesional entre los profesionales de la salud, es importante saber como es el estado actual de estos trabajadores de la salud, lo que nos lleva a plantear la siguiente pregunta:

¿Cuál es la frecuencia de síndrome de desgaste profesional en los médicos residentes del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre?

FRECUENCIA DEL SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL EN LOS MÉDICOS RESIDENTES DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL 20 DE NOVIEMBRE.

ANTECEDENTES.

El síndrome de *burnout* es un problema que inicialmente fue descrito en profesionales y operadores de la asistencia sanitaria y de ayuda humana, que requieren un alto compromiso emocional generando con esto fácilmente una sobreinvolucración personal. Estas personas suelen estar muy comprometidas vocacionalmente, así como con los valores e ideales de la profesión elegida.

También se le conoce con el nombre de síndrome de desgaste profesional o enfermedad de Tomás por alusión al personaje del neurocirujano frustrado protagonista de la novela de Milan Kundera "*la insoportable levedad del ser*". En 1974 fue descrito por primera vez por el psiquiatra Herbert Freudenberger, sin embargo el concepto ha pasado a una etapa de ferviente interés debido a las amplias investigaciones de la psicóloga social Cristina Maslach desde 1976 que culminan en 1981 con la aparición de la Maslach Burnout Inventory (Ver tabla 1), instrumento operativo específico para interpretar los diferentes niveles de desgaste (1).

Varios estudios recientes realizados a gran escala han encontrado resultados notablemente consistentes, lo cual sugiere que los médicos de todos los niveles y especialidades tienen mayores tasas de morbilidad psicológica que la población general. Las tasas de morbilidad psicológica también son elevadas para otros trabajadores de los servicios de salud, particularmente los administradores con más antigüedad.

Durante la residencia médica se experimenta un periodo abrumador y estresante, dentro del cual el médico residente trabaja por bastantes horas y muchas vidas dependen de él mientras adquiere la experiencia y conocimientos clínicos (2,3). El médico residente tiene tremendas responsabilidades en su área de trabajo aunque puede sentir que controla muy poco. Existe un gran debate acerca de si los factores psicosociales a los que

se enfrenta día con día el médico residente tienen consecuencias inmediatas o a largo plazo, pero parecen finalmente inevitables. Por lo tanto esta población tiene un alto riesgo de sufrir los embates de este síndrome de “estar quemado” (4-7).

En los aspectos epidemiológicos descritos en la literatura no existe un acuerdo unánime entre los diferentes autores, aunque existe cierto nivel de coincidencia en algunas variables. En cuanto a la edad se considera que puede existir un periodo de sensibilización para la aparición del *burnout*, debido a que habría algunos años en los que el profesional sería especialmente vulnerable, siendo estos los primeros años de la carrera profesional dado que sería el periodo en el que se produce la transición de las expectativas idealistas hacia la práctica cotidiana (8,9). Según el género las mujeres son el grupo más vulnerable, tal vez en este caso podría ser la doble carga de trabajo que conlleva la práctica profesional y el rol familiar (10,11). Respecto al estado civil parece ser que las personas solteras tienen un mayor riesgo que las que están casadas o conviven con parejas estables (12,13).

El síndrome de *burnout* parece ser muy común entre los médicos practicantes con una prevalencia que varía desde 25% a 80% (14-20). Campbell y cols., en un estudio de médicos cirujanos reportaron que el 31% de los estudiados presentaban niveles elevados para *burnout* (19). Shanafelt y cols., estudiaron a médicos residentes de la especialidad de medicina interna encontrando que 87 (76%) de los 115 estudiados tenían criterios para síndrome de *burnout* (21).

El término *burnout* hace referencia a un tipo de estrés laboral e institucional generado en profesionales que mantienen una relación constante y directa con otras personas. Los rasgos definidores del trastorno se han ido agrupando en un conjunto de signos y síntomas hasta llegar a configurar el síndrome del *burnout*, cuya característica principal es el agotamiento emocional y escepticismo que se manifiesta en los profesionales en la práctica de su actividad laboral, cuando está se realiza en el campo de los servicios humanos o en las llamadas profesiones de ayuda. La atención al paciente es la primera causa de estrés, así como la satisfacción laboral. El sufrimiento o estrés

interpersonal del profesional se origina por la identificación con la angustia del enfermo y de sus familiares, por la reactivación de sus conflictos propios y la frustración de sus perspectivas diagnósticos-terapéuticas con respecto al padecimiento del enfermo (2,22, 28).

En el ambiente sanitario este problema puede definirse como un síndrome de agotamiento emocional y escepticismo, específico en médicos y enfermeras en el desarrollo de su profesión, tanto en hospitales como en consulta externa o áreas básicas de salud, en una constante relación de ayuda frente a frente con los pacientes. Esta relación de ayuda de médicos y enfermeras con los enfermos se enfoca en relación con los problemas de salud de los pacientes que buscan una solución a su padecer; debido a esto, la relación está cargada de una miríada de sentimientos entremezclados: esperanza de conseguir ayuda para resolver su problema de salud, incertidumbre ante la situación nueva de enfermedad, desconcierto al ser él o ella quien se esta de repente inmerso en el proceso de enfermar, miedo o incluso desesperación frente a la inseguridad del desenlace, etc. Y si no se acierta a dar una respuesta favorable, o suficiente, a las expectativas creadas por los pacientes, cuando son por cuestiones de estructura organizativa del propio sistema de salud o por falta de recursos disponibles, se genera una situación doblemente frustrante, la del enfermo y la de los profesionales (23,24,28).

Los médicos y enfermeras que trabajan cotidianamente en estas circunstancias van acumulando estas frustraciones para después transformarlas en sentimientos de desilusión, pesimismo y escepticismo en el desempeño de su profesión. Cuando son repetidas estas situaciones, se desarrolla en los profesionales sanitarios una pérdida gradual de motivación, que progresa hasta sentimientos de fracaso e inadecuación. Un aspecto esencial del síndrome son los sentimientos acentuados de agotamiento emocional: como las reservas emocionales se están agotando, los médicos y enfermeras se sienten incapaces de ofrecer algo de sí mismos en el aspecto psicológico a los enfermos. Otro punto de este síndrome es el desarrollo de sentimientos negativos y actitudes pesimistas hacia los propios enfermos, con

los que siguen trabajando y surge un déficit paulatino de preocupación por su estado de salud y de todo sentimiento emocional hacia los enfermos, a los que puede llegar a tratar de manera deshumanizada e incluso cínica, al considerarlos, en parte, como merecedores de sus propios padecimientos de salud. Las repercusiones son potencialmente serias, debido al incremento del ausentismo, la baja moral laboral y desmotivación, al tiempo que aumentan los conflictos entre el equipo médico; los médicos y enfermeras perciben una disminución progresiva de su energía, con vaciamiento existencial y pérdida de la capacidad de iniciativa, así como disfunciones sexuales en las relaciones de pareja (2,25,28).

En esta situación, el síndrome de desgaste profesional va más allá del agotamiento emocional, pérdida de motivación, pesimismo y escepticismo en el área de trabajo, observándose un cambio de tendencia con un eventual progreso hacia sentimientos de inadecuación, fracaso profesional y pérdida de la autoestima característico de la despersonalización. Los profesionales sanitarios, médicos y enfermeras, bajo los efectos de este síndrome, no son conscientes del cambio de comportamiento y deterioro en las relaciones que se está produciendo en su propio ser, más bien lo atribuyen a hechos puntuales en su esfera laboral, como puede ser la acumulación de tareas o atender diferentes actividades al mismo tiempo. Intentan compensar todo ello desarrollando conductas sociales anómalas: como el abuso de tabaco, alcohol, medicamentos o drogas; sin embargo, poco a poco llegan al convencimiento psicológico de que su labor no es apreciada por el hospital, ni tampoco por los enfermos, con lo cual se incrementa el proceso de pérdida de autoestima y se inicia una disminución en el rendimiento por la aparición de conductas de evitación y dejadez. Simultáneamente, en el ámbito privado suelen aparecer importantes disfunciones familiares y sociales, además de los problemas de pareja (26, 27, 28).

Las propias Maslach y Jackson (21) listaron un conjunto de signos y síntomas que configuran el síndrome del desgaste profesional:

1. Agotamiento o cansancio emocional.

2. Quejas contra todo y contra todo el mundo a su alrededor, incluyendo la organización o institución en la que se trabaja.
3. Fatiga y falta de ilusión por el trabajo cotidiano.
4. Sensación de atrapamiento sin salida.
5. Dificultad para afrontar la sobrecarga de trabajo.
6. Conflictos en las relaciones interpersonales con la pareja, familiares y amigos, compañeros y con los enfermos.
7. Reacción cínica ante cualquier intento o sugerencia.
8. Disminución de la satisfacción, implicación y motivación laborales.
9. Creencia de falta de logro profesional.
10. Sentimiento de frustración profesional e ideas de abandono precoz de la carrera en la que se ha invertido grandes esfuerzos, tanto personales como de formación, con ideas de cambio biográfico radical.
11. Síntomas de somatización: cefaleas, palpitaciones, malestar abdominal, insomnio, etc.
12. Intentos de automedicación: alcohol, tranquilizantes, estimulantes, etc. (28).

Todo este conjunto de síntomas configuran el síndrome de desgaste profesional que Cristina Maslach identifica con tres aspectos o dimensiones generales:

1. Escala de disminución de la autorrealización personal.
2. Escala de cansancio emocional.
3. Escala de despersonalización (21, 29, 30).

En estas tres dimensiones, debe tenerse en cuenta que la disminución de autorrealización valora una serie de respuestas negativas hacia uno mismo y su trabajo, características de estados depresivos, moral baja, incremento de la irritabilidad, evitación de las relaciones interpersonales, baja profesionalidad, baja productividad, incapacidad para soportar la tensión, pérdida de la motivación hacia el trabajo y una pobre autoestima, denotativos del sentimiento de ineficacia, semejante a la indefensión aprendida.

El cansancio emocional definido como desgaste, pérdida de energía y agotamiento puede mostrar manifestaciones físicas, psicológicas o constituir

una combinación de ambas, es este cansancio emocional el que se identifica como el núcleo específico del *burnout*.

En la despersonalización se aprecia un cambio o tendencia negativa en las actitudes hacia las personas en general que pueden llegar al cinismo, en especial en el trato con los enfermos. Otra característica del síndrome es la percepción deshumanizada que puede llevar a contemplarlos, en parte, como merecedores de sus problemas de enfermedad. La despersonalización se plasma claramente en el trato otorgado, refiriéndose a los pacientes como objetos o seres inanimados. Unos ciertos niveles moderados de despersonalización hacia los enfermos son apropiados e incluso, a veces, necesarios para el desarrollo efectivo de la actividad habitual en un hospital, pero un grado excesivo muestra sentimientos de inadecuación, insensibilidad y cinismo.

Además del instrumento mencionado existen otros dos, el *Burnout Measure* y el *Utrecht Burnout Scale*, sin embargo estos se han utilizado en pocos estudios, por lo cual no hay muchos resultados. (12).

Existen algunas conductas que son útiles para la prevención del síndrome del desgaste profesional:

1. Proceso personal de adaptación de expectativas a realidad cotidiana.
2. Formación en emociones.
3. Equilibrio de áreas vitales: familia, amigos, aficiones, descanso, trabajo.
4. Fomento de buena atmósfera de equipo: espacios comunes, objetivos comunes.
5. Limitar a un máximo la agenda asistencial.
6. Tiempo adecuado por paciente: 15 minutos de media como mínimo.
7. Minimizar la burocracia con apoyo de personal auxiliar.
8. Formación continuada reglada, dentro de la jornada laboral.
9. Coordinación con los especialistas, espacios comunes. Objetivos compartidos.
10. Diálogo efectivo con las gerencias.

La principal dificultad para el tratamiento es la resistencia de los médicos para admitir ellos mismos problemas emocionales y adoptar el rol del paciente.

Además por ser pacientes especiales, reciben un tratamiento de peor calidad, así como menos tiempo de seguimiento que los pacientes no sanitarios.

Actualmente se considera una enfermedad profesional. Es responsabilidad compartida, individual, colegial e institucional, la tarea de mejorar las condiciones de trabajo del personal sanitario para realizar la tarea clínica a un nivel óptimo de calidad y de eficiencia. Los dos métodos terapéuticos más eficaces que se conocen son, las técnicas cognitivas conductuales y la psicoterapia. Ambas, por su complejidad, precisan del psiquiatra y psicólogo (28).

La satisfacción en el trabajo parece proteger a los médicos en contra de los efectos nocivos del estrés sobre la salud, desde el punto de vista psicológico. Las estrategias que puedan diseñarse para reducir la morbilidad psicológica en los médicos y enfermeras, no solo tendrán que estar encaminadas hacia las formas de enfrentar las demandas profesionales y administrativas individualmente, sino también a resolver los aspectos administrativos que se relacionan con el incremento de las cargas de trabajo impuestas a los médicos, y al aumento en las expectativas de los pacientes.

Tabla 1. ESCALA DE MASLACH (Maslach Burnout Inventory)

1. Me siento agotado emocionalmente en mi trabajo
2. Me siento agotado al final de la jornada laboral
3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que hacer frente a otro día de trabajo
4. Puedo comprender fácilmente cómo se sienten mis pacientes
5. Siento tratar a algunos pacientes como si fueran objetos
6. Trabajar todo el día con personas es realmente un esfuerzo para mí
7. Trato de manera efectiva los problemas de mis pacientes
8. Me siento agotado fuera de mi trabajo
9. Me siento positivamente influenciado con la vida de otras personas a través de mi trabajo
10. Me he vuelto más duro hacia las personas desde que tomé este trabajo
11. Me preocupa que mi trabajo me haga más duro emocionalmente
12. Me siento con mucha energía
13. Me siento frustrado en mi trabajo
14. Siento que estoy trabajando demasiado duro
15. Pongo poca atención a algunos pacientes
16. Trabajar directamente con personas me pone muy estresado
17. Puedo crear fácilmente una atmósfera tranquila con mis pacientes
18. Me siento entusiasmado después de trabajar cercanamente con mis pacientes
19. Tengo la satisfacción de que muchas cosas de mi trabajo valen la pena
20. Yo me siento como si estuviera al final de mi esfuerzo
21. En mi trabajo, trato tranquilamente con los problemas emocionales
22. Siento que mis pacientes me culpan por alguno de sus problemas

OBJETIVOS

GENERAL

Determinar la frecuencia de síndrome de desgaste profesional en los médicos residentes del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre.

ESPECÍFICOS

1. Describir la frecuencia del síndrome de desgaste profesional en los médicos residentes del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre por sexo, edad, estado civil y especialidad médica.
2. Describir las variables demográficas estudiadas en los médicos residentes del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre.

JUSTIFICACIÓN.

El estrés laboral es hoy en día un tema candente, que nos incluye como profesionales de la salud. Trabajamos sumergidos en un entorno de presión, donde las exigencias de todo tipo nos acechan. El desgaste profesional o *burnout* se está convirtiendo en una insidiosa epidemia que disminuye nuestro potencial, nos altera el rendimiento, la salud, la creatividad, la capacidad de estudio, el deseo de atender a los pacientes, es además una fuente propicia de conflictos familiares y de otras dificultades.

En la población mexicana, son escasos los reportes epidemiológicos sobre el síndrome de desgaste profesional, lo que constituye un obstáculo para la identificación de esta alteración y de sus factores desencadenantes.

Es importante la realización de este estudio para contar con información sobre la frecuencia del síndrome del desgaste profesional en los médicos residentes del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre”, por las implicaciones tan importantes que puede tener este trastorno en este grupo de individuos.

MATERIAL Y METODOS.

El estudio se realizó entre diciembre del 2004 y febrero del 2005 con los médicos residentes del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre”, realizándose selección al azar. El cuestionario utilizado fue el *Maslach Burnout Inventory* en su versión para población mexicana y se realizó de forma autoadministrada.

TIPO DE ESTUDIO

Se trata de un estudio descriptivo, observacional y transversal.

GRUPO DE ESTUDIO.

Estará comprendido por los médicos residentes del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” que acepten responder el instrumento de evaluación.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

Médicos residentes del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre”.

Ambos sexos.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

Médicos residentes del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” que no deseen participar en la investigación.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.

No responder en forma completa el instrumento de evaluación.

INSTRUMENTO

El *Maslach Burnout Inventory* (Ver tabla 1), es un instrumento operativo específico para interpretar los diferentes niveles de desgaste. Esta escala tiene una alta consistencia interna y una fiabilidad cercana al 0.9. Se trata de un cuestionario autoadministrado, constituido por 22 preguntas en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes, mide el desgaste profesional. Se complementa en 10-15 minutos y mide los 3 aspectos del síndrome: Cansancio emocional, despersonalización y realización personal. Los sujetos valoran cada enunciado con una escala tipo Likert en la que indican la frecuencia con la que han experimentado los sentimientos o actitudes de esas afirmaciones. Donde el 0

significa que el sujeto no se siente en absoluto identificado con la afirmación propuesta, mientras que el 6 supone que la circunstancia expresada correspondiente le ocurre cada día. Esta escala de frecuencias tiene siete grados que van de 0 (“nunca”) a 6 (“todos los días”). Se considera el síndrome de desgaste profesional cuando existen niveles altos de cansancio emocional o de despersonalización, o bien niveles bajos de realización personal.

Preguntas correspondientes a cada escala:

Cansancio emocional: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20.

Despersonalización: 5, 10, 11, 15, 22.

Realización personal: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21.

METODOLOGÍA.

Se suministrarán los cuestionarios a los médicos residentes que acepten participar en la investigación, con la instrucción de que dichos cuestionarios serán para la realización de una investigación sobre actitudes y estrés en el ambiente laboral, insistiendo en que deberán responder con toda sinceridad, garantizándose la confidencialidad y el anonimato de las respuestas.

Entregados los cuestionarios se procederá a la codificación de los datos, así como a su tratamiento informático para la realización de los análisis estadísticos. Para la realización de los análisis el paquete estadístico utilizado fue el *statical package for social sciences* (SPSS) para Windows en su versión 10.

ANÁLISIS DE DATOS.

La información obtenida fue procesada de la siguiente forma:

- a) Las variables de tipo cuantitativo como: edad, estado civil, género, especialidad y grado de la especialidad se midieron con el uso de la media.
- b) Se calcularon los valores medios y desviaciones típicas para cada una de las respuestas de los sujetos en cada una de las posibles alternativas de las variables demográficas.
- c) Se efectuaron análisis descriptivos, de comparación de medias y desviaciones típicas de nuestra muestra.

- d) Análisis de las variables del MBI: las que componen sus tres dimensiones.
- e) El análisis de riesgo se llevó a cabo con la razón de momios, estableciendo los intervalos de confianza al 95% para evaluar su significancia estadística.
- f) Se realizaron pruebas de hipótesis con *chi cuadrada* para analizar posibles riesgos del síndrome de desgaste profesional en función de las variables demográficas considerando un valor de $p < 0.05$.

DEFINICIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO	MEDICIÓN	TIPO DE VARIABLE
Edad	f. Tiempo que una persona ha vivido desde su nacimiento(31)	Años	Cuantitativa continua.
Género	m. Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales o plantas(31)	Masculino o femenino	Cuantitativa continua
Estado civil	m. Condición de cada persona en relación a los derechos y obligaciones civiles(31)	Soltero, casado, divorciado o viudo	Cuantitativa continua
Especialidad	Cada una de las diferentes área de especialización médica	Médicas o quirúrgicas	Cuantitativa continua
Guardia	Conjunto de actividades asistenciales y académicas que realiza el residente, al término de la jornada normal, en la unidad de atención médica a la que esta asignado.	Número de guardias	Cuantitativa continua
Cansancio emocional	Caracterizado por la pérdida progresiva de energía, el desgaste, el agotamiento, la fatiga, etc.(32)	MBI	Cualitativo nominal
Despersonalización	Manifestada por un cambio negativo de actitudes y respuestas hacia los demás con irritabilidad y pérdida de la motivación hacia el trabajo.(32)	MBI	Cualitativo nominal
Baja realización personal	Incompetencia personal, con respuestas negativas hacia si mismo y el trabajo.(32)	MBI	Cualitativo nominal

RESULTADOS.

Para el estudio se repartieron 200 encuestas que fueron contestadas por 169 médicos residentes del total de 325 (52%) del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” (tasa de participación de 84.5%), aunque se desecharon 2 por estar mal llenadas, según los criterios que se explican en material y métodos.

La muestra comprende a médicos residentes con edades entre los 25 y 53 años (Su distribución por edad se resume en el cuadro 1) en cualquiera de sus años de residencia desde 1º hasta el 7º, de manera que 22.2% son médicos residentes del primer año, 22.8% de segundo, 22.8% de tercero, 13.8% de cuarto, 13.2% de quinto, 3% de sexto y 2.4% de séptimo.

Cuadro 1. Distribución de acuerdo a edad en los médicos residentes del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre”.

Grupo de Edad	n	%
24-27	28	16.7
28-31	102	61.1
32-35	27	16.2
36-39	6	3.6
>40	4	2.4
Total	167	100

Los médicos residentes estudiados fueron un 53.3 % del sexo masculino y un 46.7% del sexo femenino. Su distribución por sexo se resume en el cuadro 2.

Cuadro 2. Distribución de acuerdo a sexo en los médicos residentes Centro Médico Nacional “20 de Noviembre”.

Sexo	n	%
Masculino	89	53.3
Femenino	78	46.7
Total	167	100

De los médicos residentes analizados 92 (55.1%) están solteros, 67 están casados (40.1%) y 8 (4.8%) son divorciados. Por otra parte, 129 (77.2%) viven en domicilio familiar o compartido, mientras que 38 (22.8%) viven solos.

En relación con la situación laboral la mayoría de los médicos residentes, 106 (69.5%) dedican 8 ó 9 horas diarias a su trabajo en el centro hospitalario; 33 (19.8%) le dedican 10 ó más horas; y 28 (16.8%) trabajan menos de 8 horas.

En su domicilio, 112 (67%) dedican 2 ó 3 horas diarias a su trabajo; 38 (22.8%) le dedican 4 horas o más; y 17 (10.2%) le dedican una hora o menos. Los médicos residentes del estudio que preparan más de 5 casos clínicos al mes son el 16.8% (n=28), menos de 2 casos clínicos al mes 13.8% (n=23) y el 69.5% (n=116) preparan de 2 a 5 casos clínicos mensuales.

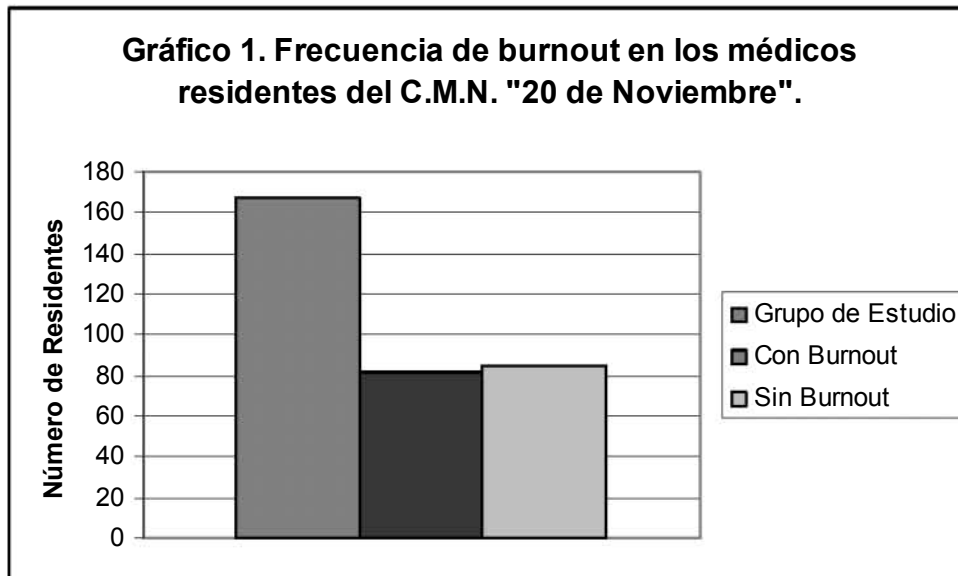
Un gran porcentaje de médicos residentes, el 46.1% (n=77) realiza de 5 a 8 guardias al mes, el 34.1% (n=35) realiza más de 8 guardias al mes y el 19.8% (n=33) tiene al mes 4 guardias o menos.

El 21% (n=35) considera que realiza trabajo que le corresponde a otro personal constantemente; el 24% (n=40) que lo realiza a menudo, y el 55% (n=92) ocasionalmente o nunca.

El 12.6 % (n=21) trabaja en contacto con el paciente la mitad o menos del periodo laboral, y el 87.4 % (n=146) trabaja en contacto con pacientes de tres cuartas partes a la totalidad.

BURNOUT Y OTRAS VARIABLES.

Del grupo de médicos residentes estudiados un 49.1% (n=82) tenían criterios para considerar al síndrome de desgaste profesional contra un 50.9% (n=85) que no tenían datos de *burnout*. Ver gráfico1.



Los médicos residentes eran de distintas especialidades médicas por lo cual fueron agrupadas en dos grandes grupos:

Médicas: anestesiología, cardiología, dermatología, endocrinología, hematología, inmunología y alergia, medicina del enfermo en estado crítico, medicina física y de rehabilitación, medicina interna, medicina nuclear, neonatología, neurología, oncología médica, patología, pediatría, perinatología, psiquiatría, radiología y reumatología.

Quirúrgicas: Angiología, cirugía cardiovascular, cirugía plástica, cirugía pediátrica, medicina materno-fetal, nefrología, neurocirugía, oftalmología, oncología quirúrgica, ortopedia, otorrinolaringología y urología.

Esto con el objetivo de obviar un sesgo potencial al analizar los datos obtenidos debido a que la población por especialidades es muy heterogénea.

La frecuencia de *burnout* en las diferentes especialidades médicas fue más elevada en los médicos residentes de: oncología quirúrgica (n=6), neurocirugía (n=6) y medicina del enfermo en estado crítico (n=6) representando un 10.77%; seguido de especialidades como: cardiología (n=5), anestesiología (n=5), cirugía cardiovascular (n=5) y neurología (n=5) siendo un 11.97% de la muestra estudiada. Ver cuadro 3.

Cuadro 3. Burnout en las diferentes especialidades del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre”.

Especialidad	n	%
Anestesiología	5	6.1
Cardiología	5	6.1
Dermatología	3	3.6
Endocrinología	1	1.3
Hematología	2	2.4
Inmunología	2	2.4
Medicina Física y R.	3	3.6
Medicina Interna	1	1.3
Neonatología	1	1.3
Neurología	5	6.1
Neuropediatría	2	2.4
Oncología médica	4	4.9
Patología	1	1.3
Pediatría	1	1.3
Perinatología	1	1.3
Radiología	1	1.3
Psiquiatría	3	3.6
Reumatología	2	2.4
Terapia Intensiva	6	7.3
Angiología	2	2.4
Cir. Cardiovascular	5	6.1
Cirugía Plástica	2	2.4
Nefrología	2	2.4
Neurocirugía	6	7.3
Oftalmología	3	3.6
Oncología Quirúrgica	6	7.3
Ortopedia	1	1.3
Otorrinolaringología	3	3.6
Urología	3	3.6
Total	82	100

Con respecto al año de residencia la frecuencia encontrada del síndrome de desgaste profesional fue de 7.8% para los residentes del primer año de residencia, de 10.8% para los de segundo, para los de tercer año fue de 13.8%, en el cuarto año de 6.6%, de 4.9% para el quinto año, para el sexto año de 3% y para los de séptimo año de 2.4%. Ver cuadro 4.

Cuadro 4. Frecuencia de burnout por año de residencia.

Año de residencia	f	%
1°.	13	15.9
2°.	18	21.9
3°.	23	28.1
4°.	11	13.4
5°.	8	9.7
6°.	5	6.1
7°.	4	4.9
Total	82	100

La puntuación media para la variable cansancio o agotamiento emocional fue de 19.11 puntos, con una desviación estándar (DE) de 9.59. La mayor parte de los médicos residentes 45.5% se encuentra con niveles bajos de agotamiento emocional (≤ 16 puntos), mientras que 22.8% tiene niveles altos (≥ 27 puntos) y 31.7% tiene niveles medios.

En la variable despersonalización, la puntuación media es de 7.82 puntos y la DE 6.03, encontrándose el 50.3% de los residentes con niveles bajos (≤ 6 puntos), el 27.5% con niveles medios y el 22.2% con niveles altos (≥ 13 puntos) de despersonalización.

La media de puntuación para la realización personal es de 34.61 con DE de 7.58, encontramos que el 31.1% se hallan poco realizados en su trabajo (≤ 31 puntos), el 34.5% están en niveles medios, y el 33.5% tienen una alta realización personal (≥ 39 puntos).

Cuadro 5. Distribución por respuestas al síndrome de burnout en los médicos residentes del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre”.

Variables	Bajo		Medio		Alto	
	f	%	f	%	f	%
Cansancio Emocional	76	45.5	53	31.7	38	22.8
Despersonalización	84	50.3	46	27.5	37	22.2
Realización Personal	54	32.3	56	33.5	57	34.1

Con respecto a las variables demográficas y su relación con el síndrome de *burnout* encontramos que los varones tienen menor riesgo de sufrir *burnout* con respecto a las mujeres, siendo estadísticamente significativo (OR 0.44 IC 95% 0.23-0.82).

Las restantes variables demográficas no ofrecieron resultados estadísticamente significativos y se resumen en el cuadro 6.

Cuadro 6. Razón de momios (OR) e intervalo de confianza (IC) de las variables demográficas y su relación con síndrome de desgaste.

Variable	OR	IC 95%
Sexo	0.44	0.23-0.82
Edad	1.45	0.73-2.87
Estado Civil	1.09	0.56-2.13
Especialidad	0.69	0.34-1.41
Guardias	0.83	0.38-1.82

Por otro lado, se obtuvieron diferencias significativas con relación al sexo y *burnout* ($X^2= 6.63$; $p=0.008$), siendo el grupo de mujeres quien presentó una puntuación más elevada. Las demás variables no ofrecieron resultados significativos. Ver cuadro 7.

Cuadro 7. Análisis estadístico de las variables demográficas.

Variable	X²	P<0.05
Sexo	6.63	0.008
Edad	15.6	0.25
Estado Civil	2.25	0.32
Especialidad	5.34	0.14
Guardias	10	0.62

Debido a que solo la variable del sexo había sido estadísticamente significativa, se analizó esta con cada una de las subescalas del instrumento utilizado. Para las variables agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal con relación al sexo no se obtuvieron diferencias significativas. Esto se resume en los cuadros 8 y 9.

Cuadro 8. Razón de momios (OR) e intervalo de confianza (IC) de la variable sexo y su relación con síndrome de desgaste.

Variable	OR	IC 95%
Agotamiento emocional	1.27	0.66-2.46
Realización personal	1.29	0.65-2.57
Despersonalización	1.75	0.90-3.39

Cuadro 9. Análisis estadístico de las variable demográfica sexo con burnout.

Variable	X²	P<0.05
Agotamiento emocional	15.9	0.43
Realización personal	15.8	0.43
Despersonalización	10.15	0.07

Las variables de edad, estado civil, especialidad, año de residencia y número de guardias no ofrecieron resultados significativos.

DISCUSIÓN.

El periodo de formación de la residencia es una época en la que se adquieren nuevas y mayores responsabilidades, en cada uno de los distintos aspectos: profesional, personal y social, los cuales pueden constituir un factor de riesgo para el desarrollo de síndrome de desgaste profesional.

Nuestro grupo de estudio fue pequeño e incluyó a médicos residentes de una sola institución, por lo cual es difícil generalizar nuestros resultados.

Sin embargo muchos de los estudios de *burnout* en la residencia médica también lo han sido. Purdy y cols., así como Lemkau y cols., en 1984 estudiaron una muestra de 71 médicos residentes. Baldwin y cols., en 1997 analizaron a 149 residentes. Más recientemente Gelfand y cols en 2004 mediante la escala de Maslach analizaron a solo 37 médicos residentes. (2).

En el estudio de Shanafelt y cols., en 2002, el 76% de 115 residentes presentaron criterios de síndrome de desgaste profesional. (22).

La frecuencia encontrada en nuestro estudio fue de 49.1% que coincide con la descrita en la literatura que varía desde 25% a 80% (2, 22,33).

En nuestro estudio encontramos un mayor riesgo de padecer *burnout* en las mujeres que en los varones, lo que coincide con distintos trabajos publicados. (2). Diferentes autores mencionan que existen diferencias en el modo de asumir roles y a los condicionantes sociales que ello implica.

En 2003, Nyssen y cols., reportaron que el 47% de los médicos residentes menores de treinta años tenían niveles más elevados de *burnout*. Con respecto la edad no encontramos validez significativa, esto podría ser debido a la amplitud de esta variable en nuestra muestra, sin embargo los médicos residentes de los primeros años de residencia (rango de edad de 24-31 años) presentaron mayor desgaste que los de los últimos años (> de 31 años), quizás por ser el periodo de sensibilización donde se produce una transición de las expectativas idealistas hacia la práctica cotidiana, aprendiéndose en este tiempo que tanto las recompensas personales, profesionales y económicas no son las prometidas ni las esperadas.

Con respecto al estado civil, la especialidad, el año de residencia y el número de guardias realizadas no encontramos validez significativa, aunque el

estar casado resulta un factor de protección para desarrollar *burnout* lo cual coincide con otros estudios. (2, 22).

También existe relación en la carga laboral y *burnout* aunque en nuestro estudio las diferencias no fueron significativas, Purdy y cols., reportaron que los residentes de su estudio atribuían el *burnout* a la excesiva carga laboral y las demandas originadas por lo anterior.

El *burnout* del residente podría contribuir a los efectos de deshumanización en estudiantes de medicina, médicos internos e incluso en otros médicos residentes. Debido a la socialización que se tiene entre este grupo de individuos y de quien se aprenden hábitos y actitudes, además de conocimientos. El alto índice de *burnout* entre residentes que pasan mucho tiempo entre ellos mismos, así como con médicos internos y estudiantes más que con médicos adscritos podría influenciar en ellos estas actitudes y tomarlas como el comportamiento adecuado. El desgaste profesional puede contribuir a incrementar el cinismo y disminuir la compasión que podría haberse observado antes de iniciar este periodo de entrenamiento. (22).

Parecería aconsejable redefinir otras variables así como utilizar diseños epidemiológicos y pruebas estadísticas más potentes que permiten avanzar más sobre todo en el campo de la intervención.

Por último, vale la pena mencionar que la formación del médico residente es fundamental tanto en el ámbito científico como en su calidad humana, lo que repercute en su actividad laboral. Y para que la actividad asistencial sea satisfactoria para la sociedad, debe serlo también para el médico. Ya que en el recae la gran responsabilidad de aliviar el sufrimiento del enfermo.

CONCLUSIONES.

En los trabajos de corte transversal como el nuestro es difícil realizar un análisis riguroso del síndrome del *burnout*, sin embargo, la coherencia y semejanza de los resultados de este trabajo nos permiten concluir que el instrumento (MBI) utilizado para la medición del síndrome de desgaste profesional es aplicable en el contexto hospitalario de nuestro país.

Los jóvenes médicos que llevan a cabo un duro trabajo en una unidad hospitalaria experimentan altos niveles de *burnout* durante su entrenamiento en los años de la residencia médica. Muchos residentes se sienten emocionalmente agotados, despersonalizados y con baja realización personal, lo que implica un deterioro en su desempeño profesional y puede alterar de manera significativa la calidad asistencial que los médicos ofrecen.

Es recomendable la realización de trabajos de intervención con los médicos residentes para reforzar o modificar sus estrategias de afrontamiento ante los eventos estresantes en su ámbito laboral con el fin de minimizar el riesgo de desarrollar el síndrome de desgaste profesional.

ANEXO.

Cédula de Recolección de Datos

Sexo: 1) Masculino 2) Femenino Edad: años.

Estado civil: 1) Soltero 2) Casado 3) Viudo 4) Divorciado

Especialidad:

Año de residencia: 1) 1°. 2) 2°. 3) 3°. 4) 4°. 5) 5° 6) 6° 7) 7°.

Con quien vive: 1) Domicilio familiar/compartido 2) Solo

Realiza guardias: 1) Si 2) No

Cuántas horas diarias dedicas a tu trabajo dentro del Centro Médico (sin contar las guardias):

1) <7 2) 7 3) 8 4) 9 5) ≥10

Cuántas horas diarias le dedicas a tu trabajo en tu domicilio:

1) <1 2) 1 3) 2 4) 3 5) ≥4

Cuántos casos clínicos, sesiones, etc. preparas cada mes:

1) 0-1 2) 2-3 3) 4-5 4) >5

Cuántas guardias realizas durante cada mes:

1) 1-2 2) 3-4 3) 5-6 4) 7-8 5) >8

Consideras que realizas trabajo que pertenece a otro departamento (enfermería, auxiliares, vigilantes, administrativos, etc.)

1) Constantemente 2) A menudo 3) A veces 4) Nunca

Que porcentaje de tu trabajo lo realizas en contacto con pacientes:

1) 0% 2) 25% 3) 50% 4) 75% 5) 100%

Señala la respuesta que creas oportuna sobre la frecuencia con que sientes los siguientes enunciados.

0).-Siento que nunca lo he experimentado

1).-Siento que lo he experimentado unas cuantas veces al año o menos

2).-Siento que lo he experimentado una vez al mes o menos

3).-Siento que lo he experimentado unas cuantas veces al mes

4).-Siento que lo he experimentado una vez a la semana

5).-Siento que lo he experimentado unas cuantas veces a la semana

6).-Siento que lo experimento diariamente

1. Me siento agotado emocionalmente en mi trabajo

2. Me siento agotado al final de la jornada laboral

3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que hacer frente a otro día de trabajo

4. Puedo comprender fácilmente cómo se sienten mis pacientes

5. Siento tratar a algunos pacientes como si fueran objetos

6. Trabajar todo el día con personas es realmente un esfuerzo para mí

7. Trato de manera efectiva los problemas de mis pacientes

8. Me siento agotado fuera de mi trabajo

9. Me siento positivamente influenciado con la vida de otras personas a través de mi trabajo

10. Me he vuelto más duro hacia las personas desde que tomé éste trabajo

11. Me preocupa que mi trabajo me haga más duro emocionalmente

12. Me siento con mucha energía

13. Me siento frustrado en mi trabajo

14. Siento que estoy trabajando demasiado duro

15. Pongo poca atención a algunos pacientes

16. Trabajar directamente con personas me pone muy estresado

17. Puedo crear fácilmente una atmósfera tranquila con mis pacientes

18. Me siento entusiasmado después de trabajar cercanamente con mis pacientes

19. Tengo la satisfacción de que muchas cosas de mi trabajo valen la pena

20. Yo me siento como si estuviera al final de mi esfuerzo

21. En mi trabajo, trato tranquilamente con los problemas emocionales

22. Siento que mis pacientes me culpan por alguno de sus problemas

BIBLIOGRAFÍA

1. Filós RA. "El síndrome del burnout". En: Temas de vanguardia en medicina. 1ª Edición. México, D.F. pp: 11-21. Editorial Prado. 2004.
2. Thomas NK: Resident burnout. JAMA 2004; 293 (23): 2880-2889.
3. Perry MY, Osborne WE: Residency training: rite of passage, but is it right today. Obstetrical and Gynecological Survey 2004; 59 (3): 168-9.
4. Brasel KJ, Pierre AL, Weigelt JA: Resident work hours. Arch Surg 2004; 139: 490-494.
5. Skeff KM, Ezeji-Okoye S, Pompei P, Rockson S: Benefits of resident work hours regulation. Ann Intern Med 2004; 140: 816-817.
6. Chopra SS, Sotile WM, Sotile MO: Physician burnout. JAMA 2004; 291: 633. patient. J Pediatr 2004; 145: 229-234.
7. Schneider KM, Monga M, Kerrigan AJ: Stress in residency: Reality or myth? Am J Obstet Gynecol 2002; 186: 907-909.
8. Linzer M, Visser MR, Oort FJ, Smets EM, McMurray JE, de Haes HC: Predicting and preventing physician burnout: Results from the Unites States and the Netherlands. Am J Med 2001; 111 (2): 170-175.
9. Ekstedt M, Fagerberg I: Lived experiences of the time preceding burnout. Journal of advanced nursing 2005; 49 (1): 59-67.
10. Imai H, Nakao H, Tsuchiya M, Kuroda Y, Katoh T: Burnout and work environments of public health nurses involved in mental health care. Occup Environ Med 2004; 61: 764-768.
11. Faragher EB, Cass M, Cooper CL: The relationship between job satisfaction and health: a meta-analysis. Occup Environ Med 2005; 62: 105-112.
12. Brenninkmeijer V, Van Yperen N: How to conduct research on burnout: advantages and disadvantages of a unidimensional approach in burnout research. Occup Environ Med 2003; 60 (suppl I): i16-i20.
13. Mechteld RM, Ellen MA, Frans JO, Hanneke CJ: Stress, satisfaction and burnout among dutch medical specialist. CMAJ 2003; 168 (3): 271-275.
14. Gabbe SG, Melville J, Mandel L, Walker E: Burnout in chairs of obstetrics and gynecology: diagnosis, treatment, and prevention. Am J Obstet Gynecol 2002; 186: 601-612.

15. Jenkins R, Elliott P: Stressors, burnout and social support: nurses in acute mental health settings. *Journal of Advanced Nursing* 2004; 48 (6): 622-631.
16. Bargellini A, Barbieri A, Rovesti S, Vivoli R, Roncaglia R, Borella P: Relation between immune variables and burnout in a sample of physicians. *Occup Environ Med* 2000; 57 (7): 453-457.
17. Tyssen R, Vaglum, P: Mental health problems among young doctors: An updated review of prospective studies. *Harv Rev Psychiatry* 2002; 10 (3): 154-165.
18. Spickard A Jr, Gabbe SG, Christensen JF: Mid-career burnout in generalist and specialist physicians. *JAMA* 2002; 288 (12): 1447-1450.
19. Campbell DA, Sonnad SS, Eckhauser FE, Campbell KK, Greenfield LJ: Burnout among American surgeons. *Surgery* 2001; 130 (4): 696-705.
20. Guthrie E, Black D, Bagalkote H, Shaw C, Campbell M, Creed F: Psychological stress and burnout in medical students: a five-year prospective longitudinal study. *J R Soc Med* 1998; 91 (5): 237-243.
21. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP: Job burnout. *Annu Rev Psychol* 2001; 52: 397-422.
22. Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, Back AL: Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Ann Intern Med* 2002; 136 (5): 358-367.
23. Sargent CM, Sotile W, Sotile MO, Rubash H, Barrack RL: Stress and coping among orthopaedic surgery residents and faculty. *The Journal of Bone and Joint Surgery* 2004; 86A: 1579-1586.
24. Lyckholm L: Dealing with stress, burnout, and grief in the practice of oncology. *The Lancet Oncology* 2001; 2: 750-755.
25. Schernhammer ES, Colditz GA: Suicide rates among physicians: a quantitative and gender assessment (meta-analysis). *Am J Psychiatry* 2004; 161:2295-2302.
26. De Vente W, Olf M, Van Amsterdam JGC, Kamphuis JH, Emmelkamp PMG: Physiological differences between burnout patients and healthy controls: blood pressure, heart rate, and cortisol responses. *Occup Environ Med* 2003; 60 (suppl I): i54-i61.
27. Clever LH: Who is sicker: patients or residents? Residents distress and the care of patients. *Ann Intern Med* 2002. 136 (5): 391-393.

28. Rojo JE, Cirera-Costa E: Interconsulta psiquiátrica. 1ª. Edición. Barcelona, España. pp. 581-583. Masson. 1997.
29. Maslach C, Jackson SE: Maslach Burnout Inventory. Palo Alto. Consulting Psychological Press 1981.
30. Terán-Escandón D, Molina-Valdespino D, Machaca-Ábrego G, García-Rosillo AC, Secín-Diep R: Síndrome de burnout en enfermeras del Hospital Ángeles del Pedregal. Psiquis 2000; 9:105-13.
31. Pascual E: El pequeño Larousse ilustrado. 8va. Edición. Bogota, Colombia. pp. 367, 418 y 483. 2002.
33. Parshuram CS, Dhanani S, Kirsh JA, Cox PN: Fellowship training, workload, fatigue and physical stress: a prospective observational study. CMAJ 2004; 170 (6): 965-70.