



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION**



**SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
DIRECCION DE EDUCACION E INVESTIGACION
SUBDIRECCION DE POSGRADO E INVESTIGACION**

**CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION EN
PEDIATRIA**

**“SINDROME DE BURNOUT EN MEDICOS RESIDENTES DE PEDIATRIA DE LA
SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL”**

**TRABAJO DE INVESTIGACION
SOCIOMEDICO**

**PRESENTADO POR
DRA. JUANA ELIZABETH CALVA RODRIGUEZ**

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
PEDIATRIA**

**DIRECTOR DE TESIS
DOCTOR ALBINO RUIZ LOPEZ**

2008



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.

**SÍNDROME DE BURNOUT EN MEDICOS RESIDENTES DE PEDIATRIA DE LA
SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL**

DRA. JUANA ELIZABETH CALVA RODRÍGUEZ

Vo. Bo.

DRA. LAURA LYDIA LOPEZ SOTOMAYOR

Profesor Titular del Curso de
Especialización en Pediatría

Vo. Bo.

DR. ANTONIO FRAGA MOURET

Director de Educación e Investigación

**SÍNDROME DE BURNOUT EN MEDICOS RESIDENTES DE PEDIATRIA DE LA
SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL**

DRA. JUANA ELIZABETH CALVA RODRÍGUEZ

Vo. Bo.

DR. ALBINO RUIZ LOPEZ

Director de Tesis
Médico Adscrito de Pediatría
Hospital Pediátrico Villa

DEDICATORIAS

A MIS PADRES

*Por el apoyo incondicional que siempre me han brindado
y que me mantiene firme en mis metas como profesionalista*

A MIS HERMANOS

Por su amor, cariño, y respeto a mi profesión

A MI HIJO

*Que vino al mundo y quien sin saber
es una gran motivación día a día para continuar con mis ilusiones*

A ALEJANDRO

Por su Amor, comprensión, paciencia y apoyo en todo momento

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	6
HIPÓTESIS.....	22
OBJETIVOS.....	23
MATERIAL Y MÉTODO.....	24
RESULTADOS.....	26
ANEXOS.....	29
DISCUSIÓN.....	44
CONCLUSIONES.....	47
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	48

INTRODUCCION

En las dos últimas décadas, se ha escrito bastante sobre el fenómeno conocido como "burnout", que significa literalmente: "quemado".⁽¹⁾ Y si bien este cuadro clínico fue identificado inicialmente en el área de enfermería por HJ Freudenberg en Francia, hoy se reconoce en todo el mundo y para múltiples actividades, cada una con características propias: abogados, bomberos, policías, enfermeros, médicos, asistentes sociales y en toda actividad donde se presenta la dupla: cuidador - cuidado.⁽²⁾; y según Camilo R. y Maslach C. se ve en personas que iniciaron su vida laboral con un alto nivel de entrega y vocación de servicio; sin embargo adquiere su real importancia posteriormente a raíz de los estudios de Maslach y Jackson.⁽³⁾

Algunos lo traducen como "síndrome de quemarse por el trabajo", o "síndrome de agotamiento profesional", otros prefieren seguir utilizando el término en inglés, que lo ha hecho popular "Síndrome de Burout".

En la actualidad se ha definido como síndrome patológico de la relación cuidado – cuidador, poniendo el énfasis en el cuidador. Pero la definición más conocida del Síndrome de Burnout es la de Maslach y Jackson (1982), especialistas americanas en Psicología de la Salud, que lo describieron como un estado múltiple de cansancio emocional, físico y mental causado por el estrés crónico, que ocurre cuando los profesionales del área asistencial experimentan períodos prolongados de interacción con sujetos que enfrentan exigencias emocionales.⁽⁴⁾ Los autores señalaron que el síndrome está caracterizado por 3 factores: agotamiento emocional, despersonalización y percepción de bajo rendimiento

personal: a) el cansancio emocional (CE), se refiere a una reducción de los recursos emocionales para actuar, acompañados de manifestaciones somáticas y psicológicas, como la ansiedad e irritabilidad, b) la despersonalización (DP), se refiere al desarrollo de actitudes cínicas, impersonales y de insensibilidad hacia los pacientes y colegas, y c) la falta de realización personal (RP), se refiere a la percepción de que las posibilidades de logro en el trabajo han desaparecido, junto con vivencias de fracaso y sentimientos de baja autoestima. Aunque las diferencias entre estrés y burnout no sean fáciles de establecer existen algunas diferencias cualitativas, como por ejemplo el hecho de que el estrés puede desaparecer tras un periodo de descanso y reposo, el burnout no declina con las vacaciones. De forma específica el burnout, no se identifica con la carga de trabajo, el exceso de trabajo no provoca sin más el burnout, de la misma manera un trabajo escasamente estresante pero desmotivador puede llevar a síndrome de burnout. Desde esta perspectiva el burnout no es un proceso asociado a la fatiga sino a la desmotivación emocional y cognitiva, que sigue al abandono de intereses que en un determinado momento fueron importantes para el sujeto. ⁽⁵⁾ Se reconoce la existencia de grandes niveles de estrés en el personal que asiste pacientes críticos en áreas de Emergencia y Cuidado Intensivo y algunos factores estresantes son atribuibles al ambiente laboral y otros se relacionan a las características sociales y personales del individuo afectado ⁽¹⁾. Algunos autores sugieren que el personal asistencial de pacientes críticos debe tener un desempeño ambivalente en el escenario de trabajo. Por un lado se les exige continuamente que sean cálidos y al tiempo que deben permanecer fríos, distantes, objetivos y seguros de sí mismos y de sus actos mientras realizan

procedimientos dolorosos, dan diagnósticos ominosos o enfrentan mala evolución de los pacientes ⁽²⁾. Si el individuo que brinda este tipo de asistencia tiene expectativas poco realistas, a propósito de su desempeño, cuando ve que estas expectativas no se materializan y que, a pesar de su intervención, la evolución del paciente o su pronóstico son malos, la autoestima se ve amenazada. ⁽⁶⁾. Son muchos los estudios que indican que el estrés propio de las profesiones dedicadas a la atención sanitaria es mas alto que el de otras muchas profesiones (Simpson y Grant, 1991) Teóricamente cabe esperar que el estrés medio del profesional de la salud sea alto. Atender al dolor, a la muerte, a la enfermedad terminal, a la situación límite de otros con el sentimiento frecuente de no poder hacer nada, o muy poco, no puede sino generar estrés, aún mas cuando a las situaciones que se tienen que enfrentar vienen definidas por la urgencia y la toma de decisiones inmediatas en cuestiones que son de vida o muerte, por ello la epidemiología del estrés del personal de los servicios de salud a sido reconocida desde antiguo como alta (Cartwright 1979). ⁽⁶⁾ La sobrecarga asistencial, pacientes ó familiares de pacientes cada vez más exigentes y críticos, una creciente burocracia para la que no han sido formados y que apenas deja a los profesionales de la salud tiempo para desempeñar su labor, la incomprensión de los gestores sanitarios y de los políticos y de una nueva visión de la Medicina que ha hecho descender a este profesional del pedestal del reconocimiento social y le ha colocado como defensores ante las críticas al sistema sanitario. ⁽⁷⁾ Recientemente, la preocupación y el miedo a la mal práctica o a la acusación de ella es uno de los factores de estrés más específicos de la clase médica. En cierta medida, el miedo a ella a cambiado la práctica de la medicina, de forma que se está practicando una

medicina defensiva, una medicina de seguridades y de mediciones diagnósticas complementarias, todo lo cual lleva un cambio en la relación médico-paciente.

Charlews, Wilbet y Franke (1985) han expuesto como factores extrínsecos a la medicina como las obligaciones legales, las regulaciones de las aseguradoras, los procedimientos legislados, están cada vez más afectando los criterios médicos. Según los mismos autores esta preocupación ha llevado a porcentajes altos de médicos a evitar determinados enfermos, a prescribir más pruebas de las que parecía necesarias, o a prescindir de determinados procedimientos no suficientemente seguros. ⁽⁸⁾ Entre las especialidades médicas según Scheiberg (1987) la más afectada es la obstetricia y ginecología seguida de la neurofisiología. Después de un episodio de mal práctica, se suele informar de sentimientos de depresión y frustración, un menor nivel de satisfacción profesional, la aparición de sentimientos negativos hacia el paciente y la aparición de pensamientos de un pronto retiro.⁽⁹⁻¹⁰⁾ Un estudio realizado sobre médicos generalistas realizado en el Reino Unido, Cooper, Routh y Farragher (1989) encontraron cuatro estresores laborales altamente predictivos de la insatisfacción laboral y la falta de bienestar personal siendo estas las expectativas de los pacientes y las exigencias del propio trabajo, la interferencia del trabajo con la vida familiar, las constantes interrupciones del trabajo y las prácticas administrativas. ⁽⁵⁾ Por tanto; la mecha de un estrés crónico generado por las condiciones de trabajo recorre el Sistema Nacional de Salud y amenaza con hacer saltar por los aires la calidad de la asistencia sanitaria. De tal manera es un tema en el cual hemos logrado comprender que los médicos somos humanos. Como los médicos somos humanos, tenemos problemas con nuestro conocimiento: nuestro conocimiento es

frágil. Hoy sabemos que lamentablemente nuestros conocimientos son frágiles, escasos e inciertos. Tenemos problemas éticos: los conflictos de intereses versus la sacralidad médica y siempre nos consideramos mucho más cerca de los santos que de los hombres, hoy sabemos que somos hombres.⁽¹¹⁾ Por lo mencionado es conveniente formularnos la pregunta ¿Cuál es el máximo estrés que vivimos en nuestra práctica profesional? El máximo estrés que vivimos en nuestra práctica profesional se da en dos situaciones diferentes. Aquella situación donde el curso es infausto, es decir, lamentablemente prevemos lo que va a suceder y además, somos incapaces de actuar. Por eso se observó en un estudio realizado en personal de enfermería que la mayor presión, el mayor estrés, la vive una enfermera de neonatología que sabe lo que va a suceder y, lamentablemente, no está en condiciones de actuar para modificar ese curso. El otro problema son las expectativas desmedidas, la insatisfacción: es la relación entre la desmesura de lo que esperamos y la realidad de lo que obtenemos genera una enorme limitación y tensión. Y se ha observado que entre un 30% y un 50% de los facultativos se sienten desmotivados, desilusionados y, en algunos casos, deprimidos hasta el punto de “arrojar la toalla”, ya que sufren el síndrome del burnout. La incidencia de burnout varía en toda la profesión médica, entre el 10% y el 70%, es decir, no hay área médica libre de estrés, no hay área médica libre de burnout, no hay persona que trabaje en salud que no pueda exponerse a ello.⁽⁶⁾ Así también el Burnout es altamente contagioso. La pérdida de la autoestima profesional y el cuestionamiento de las propias tareas lleva frecuentemente a la formación de grupos con parecidas características que son en sí mismo un factor de precipitación y aceleramiento de un burnout generalizado en el ambiente laboral.

La pérdida de ilusión personal puede llevar al cinismo colectivo y actitudes más o menos claras de sabotaje organizacional en el sentido de declinar iniciativas de mejora o cambio produciéndose un clima social de desvinculación y una moral grupal de derrotismo hay abandono.⁽⁵⁾ 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. Otros factores que influyen para la generación de estrés son: La edad el profesional sería especialmente vulnerable a éste síndrome, siendo estos los primeros años de carrera profesional dado que sería el periodo en el que se produce la transición de las expectativas idealistas hacia la practica cotidiana, aprendiéndose en este tiempo que tanto las recompensas personales, profesionales y económicas, no son ni las prometidas ni esperada. Según el sexo sería principalmente las mujeres el grupo más vulnerable, quizá en este caso de los sanitarios por razones diferentes como podrían ser la doble carga de trabajo que conlleva la practica profesional y la tarea familiar así como la elección de determinadas especialidades profesionales que prolongarían el rol de mujer. El estado civil, aunque se ha asociado el Síndrome más con las personas que no tienen pareja estable, tampoco hay un acuerdo unánime; parece que las personas solteras tienen mayor cansancio emocional, menor realización personal y mayor despersonalización, que aquellas otras que o bien están casadas o conviven con parejas estables. La existencia o no de hijos hace que estas personas puedan ser más resistentes al síndrome, debido a la

tendencia generalmente encontrada en los padres, a ser personas más maduras y estables, y la implicación con la familia y los hijos hace que tengan mayor capacidad para afrontar problemas personales y conflictos emocionales; y ser más realistas con la ayuda del apoyo familiar.⁽¹²⁾ Sobre la antigüedad profesional Algunos autores encuentran una relación positiva con el síndrome manifestado en dos periodos, correspondientes a los dos primeros años de carrera profesional y los mayores de 10 años de experiencia, como los momentos en los que se produce un menor nivel de asociación con el síndrome. Naisberg y Fenning encuentran una relación inversa debido a que los sujetos que más Burnout experimentan acabarían por abandonar su profesión, por lo que los profesionales con más años en su trabajo serían los que menos Burnout presentaron y por ello siguen presentes. Es conocida la relación entre Burnout y sobrecarga laboral en los profesionales asistenciales, de manera que este factor produciría una disminución de la calidad de las prestaciones ofrecidas por estos trabajadores, tanto cualitativa como cuantitativamente. También el salario ha sido invocado como otro factor que afectaría al desarrollo de Burnout en estos profesionales, aunque no queda claro en la literatura. ⁽⁸⁾ El Estrés Laboral es uno de los problemas de salud más grave en la actualidad, que no sólo afecta a los trabajadores al provocarles incapacidad física o mental, sino también a los empleadores y los gobiernos, que comienzan a evaluar el perjuicio financiero que les causa el estrés. El Modelo Integral de Estrés y del Trabajo propuesto por Ivancevich y Matteson ⁽⁴⁾, sostiene que el Estrés Laboral es una respuesta adaptativa mediada por las características individuales y la acción de una situación o evento externo que plantea a la persona especiales demandas físicas y

psicológicas. El modelo plantea la idea que estos factores no afectan a todos por igual, es decir, plantea el problema del estrés laboral desde el concepto exclusivo de vulnerabilidad. Por otra parte, el rápido incremento de los trabajos sobre el Estrés Laboral, ha estado ligado a la necesidad de estudiarlo en relación con el desarrollo del Síndrome de Burnout, y al hincapié que empresas e instituciones de servicios han puesto en la necesidad de preocuparse más de la calidad de vida laboral que ofrecen a sus empleados. Hoy en día, se considera imprescindible incluir aspectos de bienestar y salud laboral al evaluar la eficacia de una determinada institución, ya que la aparición del burnout puede producir serios problemas para los proveedores de los servicios y para los clientes. ⁽¹³⁾ Otro punto importante que se presenta tanto en el estrés y el burnout es la pérdida de dimensión positiva en el trabajo ya que las mejores capacidades, los mejores esfuerzos, la implicación y la identificación con el trabajo se pierden y con ello se pierde la capacidad de esfuerzo, de aportación de implicación y de creatividad personal. Frecuentemente el Burnout no provoca abandono en el trabajo, pero siempre produce la pérdida de la ilusión por el trabajo; en muchos casos esta alternativa es peor que la primera. No deberá olvidarse que las respuestas personalizadas al estrés y a burnout están altamente personalizadas, de tal manera que los sujetos responden a ellas de formas muy diferentes, forman parte de un proceso temporal y se transforma, aumenta o disminuye en función de la historia personal del individuo y sus vicisitudes. Las diferencias entre estrés y burnout no sean fáciles de establecer existen algunas diferencias cualitativas, como por ejemplo el hecho de que el estrés puede desaparecer tras un periodo de descanso y reposo, el burnout no declina con las vacaciones. De forma

específica el burnout, no se identifica con la carga de trabajo, el exceso de trabajo no provoca sin más el burnout, de la misma manera un trabajo escasamente estresante pero desmotivador puede llevar a síndrome de burnout. Desde esta perspectiva el burnout no es un proceso asociado a la fatiga sino a la desmotivación emocional y cognitiva, que sigue al abandono de intereses que en un determinado momento fueron importantes para el sujeto. ⁽⁵⁾ Ni el estrés ni el Burnout son procesos inevitables, ambos son procesos transaccionales, de forma que si bien es cierto que la respuesta de estrés puede presentarse como consecuencia de una demanda excesiva que no puede manejarse adecuadamente. La persona puede desarrollar recursos para controlar sus propias respuestas al estrés. La propuesta del modelo transaccional del estrés (Lazarus y Forman, 1984) y de burnout (Cherniss, 1980) insiste en las opciones que el sujeto tiene tanto ante los estresores como ante las propias respuestas al estrés, de forma que el sujeto puede como prevenirlas como afrontarlas y manejarlas una vez aparecidas. Frecuencia y cantidad de tiempo pasado con los pacientes: los riesgos de aparición del síndrome aumentan en función del tiempo pasado en contacto y proporcionando cuidados directos con los enfermos. Maslach y Jackson (1982) han encontrado que los índices de cansancio emocional son proporcionales al tiempo gastado en cuidado directo con los pacientes, de forma que disminuía cuando parte del tiempo de trabajo se dedicaba a trabajos administrativos o a la enseñanza. Deckard y cols (1994) han encontrado que el mayor predictor de la despersonalización era la interacción con los pacientes. La sobrecarga laboral y la falta de participación en la toma de decisiones parecen factores que intervienen específicamente en la aparición de cansancio emocional.

Comunicación con los pacientes: es otra fuente de génesis de burnout. Las dificultades de los paciente en expresar sus temores y dudas y dificultades del personal sanitario para expresar humana y técnicamente unos datos suelen coincidir y agravar la relación médico – paciente. La comunicación de “malas noticias” genera un momento de mayor tensión y angustia hasta el punto que puede evitarse y dejarse sin hacer. Trato con familiares de paciente: Frecuentemente el estado emocional de los familiares está más alterado que el del mismo paciente por lo que cabe esperar mayores explicaciones y justificaciones. El sentimiento habitual de sentirse responsables por sus enfermos lleva a la familia a presentar reclamaciones descontextualizadas. Algunos factores socio-demográficos que influyen en el “Síndrome de Burout “ son por ejemplo la edad: el profesional sería especialmente vulnerable a éste síndrome, siendo estos los primeros años de carrera profesional dado que sería el periodo en el que se produce la transición de las expectativas idealistas hacia la practica cotidiana, aprendiéndose en este tiempo que tanto las recompensas personales, profesionales y económicas, no son ni las prometidas ni esperada; según el sexo: seria principalmente las mujeres el grupo más vulnerable, quizá en este caso de los sanitarios por razones diferentes como podrían ser la doble carga de trabajo que conlleva la practica profesional y la tarea familiar así como la elección de determinadas especialidades profesionales que prolongarían el rol de mujer. El estado civil, aunque se ha asociado el Síndrome más con las personas que no tienen pareja estable, tampoco hay un acuerdo unánime; parece que las personas solteras tienen mayor cansancio emocional, menor realización personal y mayor despersonalización, que aquellas otras que o bien están casadas o conviven con

parejas estables. La existencia o no de hijos hace que estas personas puedan ser más resistentes al síndrome, debido a la tendencia generalmente encontrada en los padres, a ser personas más maduras y estables, y la implicación con la familia y los hijos hace que tengan mayor capacidad para afrontar problemas personales y conflictos emocionales; y ser más realistas con la ayuda del apoyo familiar ⁽¹²⁾.

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.
6. Otros síntomas: Baja de la autoestima, abandono, melancolía, Tristeza, Neurosis, Psicosis, Ideación, de suicidio, Aburrimiento, pérdida del idealismo, frustración, incompetencia, autovaloración negativa.⁽⁹⁾

Con el fin de entender y hallar soluciones a los problemas generados en el marco del ejercicio médico, algunos investigadores como Grau, Sánchez y García, piensan que éste objetivo debe buscarse desde el comienzo de la formación médica, es decir, desde el período formativo de la residencia. Esta es una época en la que se asumen nuevas y grandes responsabilidades, tanto en el ámbito profesional como en el personal, las cuales constituyen un factor de riesgo para el desarrollo del Síndrome de Burnout. ⁽¹⁴⁾

Algunos autores como Tello y Grau, señalan que los médicos residentes tienen alta incidencia de patología relacionada con el estrés laboral, elevadas tasas de depresión, conductas adictivas, somatizaciones y conflictos familiares, asociados a excesivas cargas de trabajo, trabajo nocturno, excesiva autoexigencia, inseguridad

laboral futura y a situaciones como la muerte de pacientes, sobre identificaciones o errores en la actuación clínica, entre otras razones. Mc Cue ⁽¹¹⁾ plantea varios factores que representan una importante fuente de estrés; la indefinición profesional, los períodos de transición, la excesiva responsabilidad, el aislamiento social, dudas acerca de la especialidad escogida, apremio económico y la falta de sueño. Por otra parte, el trabajo en un ambiente hospitalario tiene características peculiares que lo vinculan necesariamente con experiencias laborales estresantes. La necesidad de atención urgente que la población plantea como consecuencia de alteraciones imprevistas graves, ocupa en espacio importante la ardua labor en toda organización hospitalaria. La actividad es siempre cambiante y la tardanza puede significar la pérdida de una vida. Esta situación de incontrolabilidad, que hace referencia a la escasa influencia que tiene el trabajador sobre la planificación de su trabajo, esta íntimamente vinculada con la experiencia de estrés. ⁽¹²⁾ En resumen, el Síndrome de Burnout es un proceso que se desarrolla por la interacción de características personales del trabajador y de su entorno laboral, que ocurre como una respuesta al estrés laboral crónico cuando fallan las estrategias funcionales de afrontamiento habitualmente usadas por el sujeto. Con este planteamiento, se comprende el por qué no todos los individuos se estresan de la misma manera ante los mismos estímulos según Gil-Monte P. y Rodríguez. 1 En el Estudio realizado en el 2002 por el Dr. Danilo Martínez Estres laboral y mecanismos de afrontamiento; su relación en la aparición de síndrome de burnout en Médicos residentes del Hospital Militar “Dr. Carlo Arvelo” mostró como resultados: que 15% de la muestra experimentó niveles de Estrés Laboral, el 28% presentó Síndrome de Burnout y el 53% percibió hacer uso de Mecanismos

de Afrontamiento Funcional, y las variables nivel de Estrés Laboral y uso de Mecanismos de Afrontamiento no funcionales, lograron explicar en un 13% la aparición del Síndrome de Burnout. Por tanto se concluyó que la sub-escala de Afrontamiento no Funcional arrojó valores significativos como buen predictor del Síndrome de Burnout, así que médicos residentes con estilos de afrontamiento no funcionales tienen mayor probabilidad de padecer Síndrome de Burnout. En el 2004, se realizó un estudio sobre la prevalencia del Burnout en trabajadores del Hospital Roberto del Rio por Nadia Ordenes, el cual arroja que los médicos becarios ocupan el tercer lugar en la prevalencia de este síndrome posterior a enfermeras como primer lugar y auxiliar paramédico en segundo y en cuarto lugar se encuentra los médicos adscritos.⁽³⁾ Los efectos del Burnout son: afecta negativamente la resistencia del trabajador, haciéndolo más susceptible al desgaste por Empatía, favorece la respuesta silenciadora (Danieli, 1984, Baranowsky 1997) que es la incapacidad para atender a las experiencias de los consultantes, que resultan abrumadoras. 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.

El concepto mas importante es que el Burnout es un proceso (más que un estado) y es progresivo (acumulación de contacto intenso con consultantes). El proceso: incluye:1.Exposición gradual al desgaste laboral 2.Desgaste del idealismo 3. Falta de logros 9El sentirse usado, menoscabado o exhausto debido a las excesivas

demandas de energía, fuerza o recursos personales, crea además intensas repercusiones en la persona y en su medio familiar. Estados de fatiga o frustración son el resultado de la devoción a una causa, estilo de vida, o relación que fracasó en producir la recompensa esperada. La progresiva pérdida del idealismo, de la energía y el propósito que experimentan muchos profesionales que trabajan ayudando a otras personas son el resultado de sus condiciones de trabajo. El síndrome de agotamiento, es el último paso en la progresión de múltiples intentos fracasados de manejar y disminuir una variedad de situaciones laborales negativas. La lista de síntomas psicológicos que puede originar este síndrome es extensa, pudiendo ser leves, moderados, graves o extremos. Uno de los primeros síntomas de carácter leve pero que sirven de primer escalón de alarma es la dificultad para levantarse por la mañana o el cansancio patológico. ⁽¹⁵⁾ Burnout tiene pesadas consecuencias en la calidad de vida de los profesionales de la salud y en la calidad de atención y cuidados recibidos por los beneficiarios de su trabajo. Nada puede ser tan dañino para las instituciones, públicas y privadas, pero especialmente para las primeras, como la pérdida funcional parcial de profesionales cuya formación ha costado un largo periodo de tiempo y un claro esfuerzo económico. Más allá de la vida laboral los efectos del burnout alcanzan frecuentemente a la vida del profesional sanitario (Welch, Medeiros y Tate, 1982; Vaillant, Sobole y Mac Arthur, 1972). Las mujeres de los médicos que han tenido que recibir tratamiento psiquiátrico describen a sus maridos como fríos, perfeccionistas, padres escasamente preocupados y maridos despreocupado ocupan un largo número de horas fuera de la familia y con relaciones sexuales insatisfactorias. Relamed, Kushnir y Shirom (1992) consideran que

específicamente el burnout es un factor de riesgo para de trastornos cardiovasculares, de tal manera que aún controlando otros factores de riesgo se asocia a niveles altos de colesterol, ácido úrico, glucosa y accidentalmente de niveles altos de triglicéridos, nuevamente los problemas sexuales, las perturbaciones del sueño, los cambios de peso y enfermedades menores como “catarros”, cefalea y mialgias (Hamberger y Stone, 1983) ⁽⁵⁾. La prevención del estrés y Burnout es el enfoque más eficaz porque evita un deterioro que no siempre puede ser subsanado una vez aparecido. La práctica totalidad de los autores insiste en la importancia del control del estrés en sus fuentes es decir en los aspectos organizacionales del trabajo sanitario. El modelo de Cherniss (1980) es claramente específico a este respecto. Diferentes autores han mostrado la importancia que tiene la prevención durante el periodo de formación del personal sanitario. La formación realista parece uno de los mejores medios en el Burnout, Frecuentemente el inicio de la practica médica se caracteriza por un elevado idealismo y una perspectiva en parte romántica de la propia tarea como médicos. Varios trabajos (Beatón y Schroeder, 1984; Reig y Caruana, 1990) han insistido en la importancia que tienen las perspectivas irrealistas en la génesis de la insatisfacción médica.⁽¹⁶⁾ Tokarz y cols. (1979) consideran que la práctica de postgrado deberá enseñar habilidades que permitan reconocer y expresar las propias necesidades. Mac Cue (1985) ha señalado por su parte un tipo de intervención dirigido a los problemas iniciales del médico, especialmente como residente, y al mejoramiento de las condiciones de trabajo. Jaffe, Orioli y Scout (1984) ha propuesto una serie de tareas dirigidas a identificar y a trazar el mapa de los estresores personales y a proceder con un programa de control y manejo

de los mismos. Bitker (1978) ha insistido igualmente en la necesidad de proceder en los programas de prevención en la misma facultad de medicina y en la orientación a una determinada práctica de la medicina.⁽¹⁷⁾ Entre los mecanismos para afrontar el estrés médico de forma efectiva Looney, Harding, Blotcky, Barnhart (1980) citan lo siguiente: a) el apoyo moral a las personal queridas, b) el juego y la recreación, c) la consulta con los colegas), d) la relación con los profesionales compañeros, e) las vacaciones, f) actividades de ocio como leer, hobbies y actividad física.⁽⁵⁾

HIPOTESIS

El "Síndrome de Burnout" tendrá alta incidencia en médicos residentes de pediatría de la Secretaria de Salud Del Distrito Federal; y es mas frecuente durante el primer año en comparación con los de segundo y tercer año.

OBJETIVOS

GENERAL

Conocer la incidencia y grado del Síndrome de Burnout en Médicos Residentes de Pediatría de la Secretaria de Salud del Distrito Federal.

ESPECIFICOS

1. Conocer en que Hospital Pediátrico de la Secretaría de Salud del Distrito Federal se presenta la mayor frecuencia de Síndrome de Burnout en Médicos residentes de pediatría.
2. Conocer en año académico se presenta con mayor frecuencia el Síndrome de Burnout.
3. Identificar en quienes es más frecuente el Síndrome de Burnout, de acuerdo al sexo, edad, estado civil, N° de hijos, lugar de origen y año académico de los médicos residentes de Pediatría de la Secretaria de Salud del Distrito Federal.

MATERIAL Y METODOS

MATERIAL

Recursos Humanos: el investigador

Recursos Materiales: material de oficina (lápices, goma), cuestionarios, equipo de computo.

Financiamiento: ninguno

METODO

Se realizó censo de médicos residentes de Pediatría de la Secretaria de Salud del Distrito Federal, siendo un total de 59 residentes quienes cursan algún año académico de la especialidad , independientemente del sexo y la edad. Se les aplicó un cuestionario en el que se menciona el objetivo del cuestionario, se informa que es confidencial y se solicita contestar con profesionalismo cada una de las preguntas para el mejor desarrollo de la tesis. En el cuestionario se investigan variables socio-demográficos como: edad, sexo, estado, civil, número de hijos, lugar de origen, horas laborales a la semana, y hospital sede de la Secretaria de Salud del Distrito Federal. La segunda parte está compuesta por la escala de Likert que se evalúa a través del cuestionario de Maslach Burnout Inventory, constituido por 22 preguntas donde se valoran los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y en particular hacia los pacientes, midiendo

los tres componentes del síndrome: desgaste emocional, despersonalización y falta de realización personal; de igual manera evalúa el grado de intensidad del síndrome (bajo, moderado y alto).

El cuestionario fue aplicado a los médicos residentes en los días académicos en los cuales se encuentran todos reunidos en alguno de los Hospitales Pediátricos de la Secretaria de Salud del Distrito Federal, en los meses de julio y agosto del presente año.

RESULTADOS

Se entrevistaron 58 (98.3%) residentes de Pediatría de un total de 59, excluyéndose uno quien no aceptó participar en la presente investigación. La edad de los residentes oscilo entre 23 y 33 años , con una media de 28 (tabla 1). El 70% de los residentes son mujeres y el restante son hombres (tabla 2). El 63% de los médicos residentes son solteros mientras que el 34% son casados (tabla 3). El 75% de los residentes no tienen hijos, mientras que el 0.5% tienen hasta 2 hijos (tabla 4). El 53% de los residentes son originarios del Distrito Federal, el 17% del Estado de México y el 6% de Puebla, el resto son originarios de Guerrero, Hidalgo, Chiapas, Durango, Tlaxcala, Morelos en un porcentaje menor (tabla 5). El 39% de los residentes cursan el segundo año de la especialidad de Pediatría, el 31% cursan el tercero y el 29% el primero (tabla 6). Se encuentran distribuidos equitativamente en los diferentes hospitales de la Secretaria de salud del Distrito Federal y se mencionan en orden descendente según el número de residentes que en cada uno se encuentra: Coyoacan, Iztapalapa, Legaria, Villa, Moctezuma y Tacubaya. (Grafica 1). Presentaron una media de 100 horas laborales a la semana, con una mínima de 70 y máxima de 132 horas (tabla 8).

El cuestionario de Mashlach Burnout Inventory (MBI) muestra que los médicos residentes de pediatría el 51% presentan grado bajo de desmotivación, 31% grado moderado y 17% grado alto (tabla 9); en cuanto a Cansancio Emocional 36% presentan grado bajo, 32% grado moderado y el 31% grado alto (tabla 10); y en la Falta de realización el 62% presentaron grado bajo, 22% moderado y 15% grado alto (tabla 11).

Al analizar las Subescalas del cuestionario de MBI y relacionarlas con el sexo se observa que en la escala de cansancio emocional el 47% de los hombres presenta grado alto a diferencia de las mujeres que solo presentan el 24.3% (grafica 1 y tabla 12); en la subescala de despersonalización se encuentra en el 35% de los hombres es moderado y en las mujeres en 29% (grafica 2 y tabla 13). En la relación de la Subescala de la falta de realización personal representa en grado alto en un 29.4% en los hombres, mientras que en las mujeres representa 8.7% (grafica 3 y tabla 14). Cansancio Emocional en relación con el estado civil se observa que en los solteros se presenta 32% en grado alto y en casados en un 30%, sin embargo en grado moderado el 45% lo presentan los casados y el 17% los solteros. (grafico 4 y tabla 15). La despersonalización en grado alto se presenta en 60% en casados y en el 40% en mujeres (grafica 5 y tabla 16); y en la falta de realización personal en grado alto se presenta en el 55.5% en solteros y en casados en el 44.4% (grafica 6 y tabla 17). En la relación de cansancio emocional con grado académico se observa que el cansancio emocional alto es en el 39% en los residentes de segundo año, 27% en los de tercer año y 23% en los de primero. (grafica 7 y tabla 18): la relación despersonalización con grado académico muestra que de todos los residentes el 31% tienen afección moderada (44.4% de estos son residentes de segundo año) y el 17% afección alta (predominando en residentes de primer año, presentándose en el 40% de estos) (gráfica 8 y tabla 19), con respecto a la relación de Falta de Realización Personal con Grado académico observamos que se presenta principalmente en residentes de tercer año teniendo 27.7% afección alta y el 16.6% afección moderada (grafica 9 y tabla 20). La relación de Cansancio

Emocional con Hospital sede arroja que los que tienen mayor incidencia de afección alta son residentes de Coyoacan, Legaria y Villa, con el 22.2% cada uno, y la afección moderada se presenta predominantemente en residentes de Coyoacan con 26.3% y de Villa con 21% (grafica 10 y tabla 21), la relación Despersonalización con Hospital sede muestra que los residentes con mayor incidencia en despersonalización alta se encuentra en los Hospitales Sede de Coyoacan, Moctezuma y Villa reportándose el 30% en cada uno, la mayor incidencia de Despersonalización Moderada se observa en residentes con Hospitales Sede en Tacubaya, Villa y Legaria con el 55%, 50% y 40% respectivamente y llama la atención que los Hospitales Moctezuma y Tacubaya no se observó incidencia en despersonalización alta y en el Hospital de Iztapalapa no se observó incidencia en Despersonalización moderada (grafica 11 y tabla 22), por último en la Relación Falta de Realización Personal con Hospital Sede muestra que los Hospitales Sede con mayor incidencia de Falta de Realización Personal en grado alto son Villa con el 33.3%, y Moctezuma y Legaria con el 22.2% respectivamente y Falta de Realización Personal en grado moderada son Tacubaya y Legaria con el 23% cada uno (grafica 12 y tabla 23).

ANEXOS

TABLA 1. Edad de Residentes de Pediatría

EDAD	No. DE RESIDENTES	PORCENTAJE
23	1	0,01724
25	1	0,01724
26	11	0,18966
27	9	0,15517
28	16	0,27586
29	10	0,17241
30	7	0,12069
31	1	0,01724
32	1	0,01724
33	1	0,01724
Total	58	1,00000

TABLA 2. Sexo de Residentes de Pediatría

SEXO	No. DE RESIDENTES	PORCENTAJE
Femenino	41	0,70690
Masculino	17	0,29310
Total	58	1,00000

TABLA 3. Estado Civil en Residentes de Pediatría

ESTADO CIVIL	No. DE RESIDENTES	PORCENTAJE
Casado	20	0,34483
Divorciado	1	0,01724
Soltera	37	0,63793
Total	58	1,00000

TABLA 4. Número de Hijos en Residentes de Pediatría

NUMERO DE HIJOS	No. DE RESIDENTES	PORCENTAJE
0	44	0,75862
1	11	0,18966
2	3	0,05172
Total	58	1,00000

TABLA 5. Lugar de Origen de Residentes de Pediatría

LUGAR DE ORIGEN	No. DE RESIDENTES	PORCENTAJE
Chiapas	2	0,03448
Distrito Federal	31	0,53448
Durango	2	0,03448
Estado de México	10	0,17241
Guerrero	3	0,05172
Hidalgo	3	0,05172
Morelos	1	0,01724
Puebla	4	0,06897
Tlaxcala	2	0,03448
Total	58	1,00000

TABLA 6. Grado académico de Residentes de Pediatría

GRADO ACADEMICO	No. DE RESIDENTES	PORCENTAJE
1	17	0,29310
2	23	0,39655
3	18	0,31034
Total	58	1,00000

TABLA 7. Hospitales Sede de Residentes de Pediatría

HOSPITAL SEDE	No. DE RESIDENTES	PORCENTAJE
Coyoacan	10	0,17241
Iztapalapa	10	0,17241
Legaria	10	0,17241
Moctezuma	9	0,15517
Tacubaya	9	0,15517
Villa	10	0,17241
Total	58	1,00000

TABLA 8. Horas que laboran Médicos Residente

100.0%	maximum	132,00
99.5%		132,00
97.5%		131,05
90.0%		120,00
75.0%	quartile	109,25
50.0%	median	100,00
25.0%	quartile	90,00
10.0%		80,00
2.5%		70,00
0.5%		70,00
0.0%	minimum	70,00

TABLA 9. Despersonalización en Residentes de Pediatría

GRADO	No. DE RESIDENTES	PORCENTAJE
Alto	10	0,17241
Bajo	30	0,51724
Moderado	18	0,31034
Total	58	1,00000

TABLA 10. Cansancio Emocional en Residentes de Pediatría

GRADO	No. DE RESIDENTES	PORCENTAJE
Alto	18	0,31034
Bajo	21	0,36207
Moderado	19	0,32759
Total	58	1,00000

TABLA 11. Falta de Realización Personal en Residentes de Pediatría

GRADO	No. DE RESIDENTES	PORCENTAJE
Alto	9	0,15517
Bajo	36	0,62069
Moderado	13	0,22414
Total	58	1,00000

GRAFICA 1. Relación Cansancio Emocional y Sexo

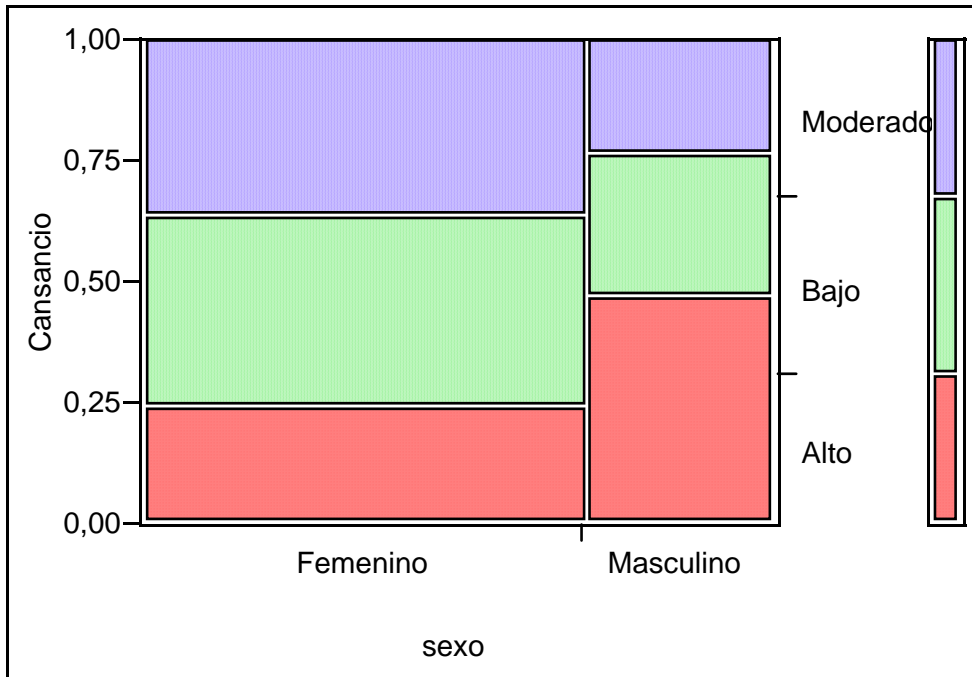


TABLA 12. Cansancio Emocional con Sexo

Count	Alto	Bajo	Moderado	
Total %				
Col %				
Row %				
Femenino	10	16	15	41
	17,24	27,59	25,86	70,69
	55,56	76,19	78,95	
	24,39	39,02	36,59	
Masculino	8	5	4	17
	13,79	8,62	6,90	29,31
	44,44	23,81	21,05	
	47,06	29,41	23,53	
	18	21	19	58
	31,03	36,21	32,76	

GRAFICA 2. Relación de Despersonalización con Sexo

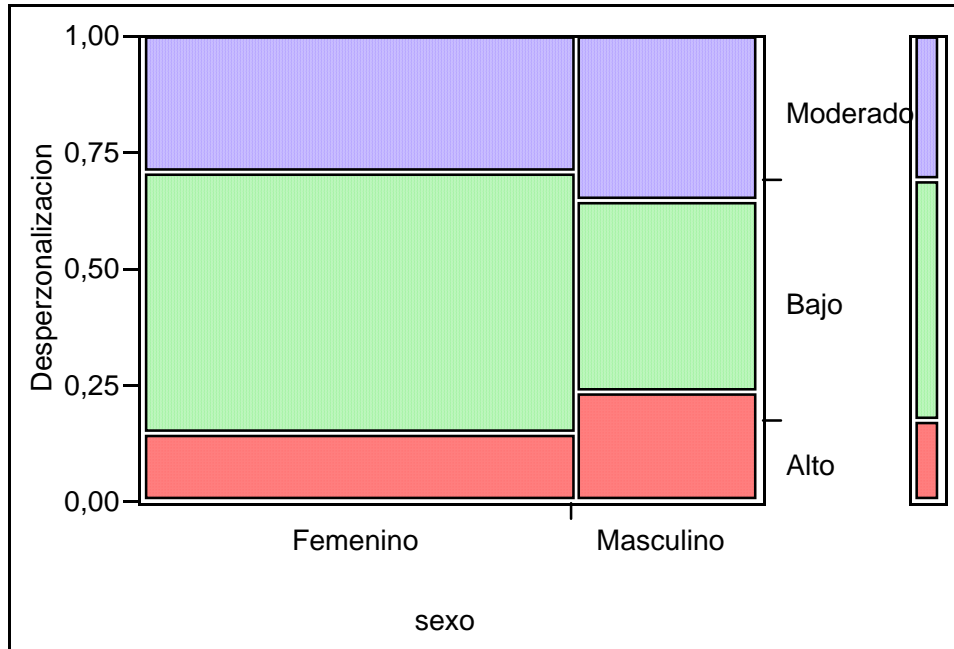


TABLA 13. Relación De Despersonalización con Sexo

Count	Alto	Bajo	Moderado	
Total %				
Col %				
Row %				
Femenino	6 10,34 60,00 14,63	23 39,66 76,67 56,10	12 20,69 66,67 29,27	41 70,69
Masculino	4 6,90 40,00 23,53	7 12,07 23,33 41,18	6 10,34 33,33 35,29	17 29,31
	10 17,24	30 51,72	18 31,03	58

GRAFICO 3. Relación de Falta de Realización Personal con Sexo

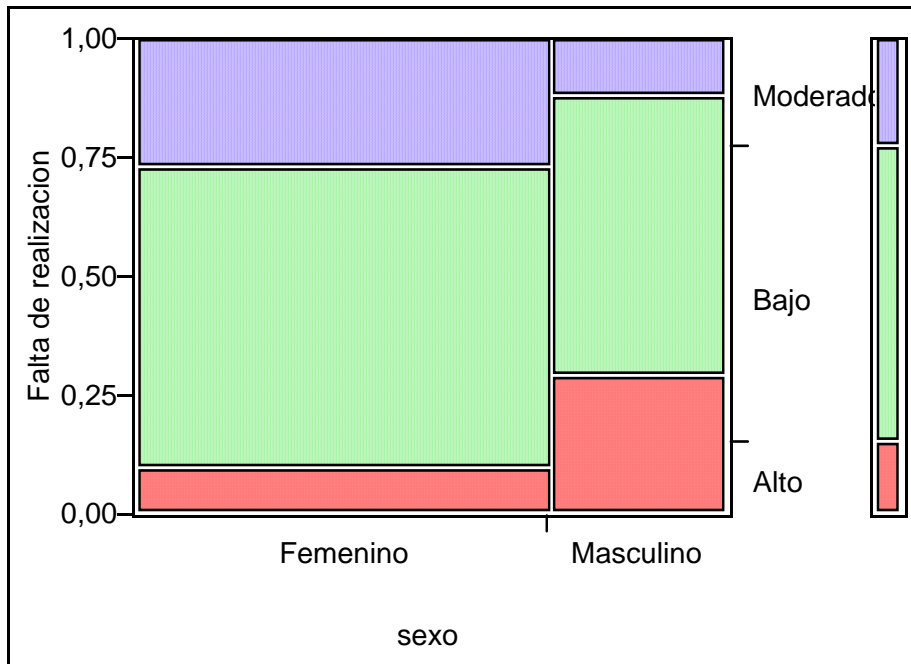


TABLA 14. Relación Falta de Realización Personal con Sexo

Count	Alto	Bajo	Moderado	
Total %				
Col %				
Row %				
Femenino	4 6,90 44,44 9,76	26 44,83 72,22 63,41	11 18,97 84,62 26,83	41 70,69
Masculino	5 8,62 55,56 29,41	10 17,24 27,78 58,82	2 3,45 15,38 11,76	17 29,31
	9 15,52	36 62,07	13 22,41	58

GRAFICA 4. Relación de Cansancio Emocional con Estado Civil

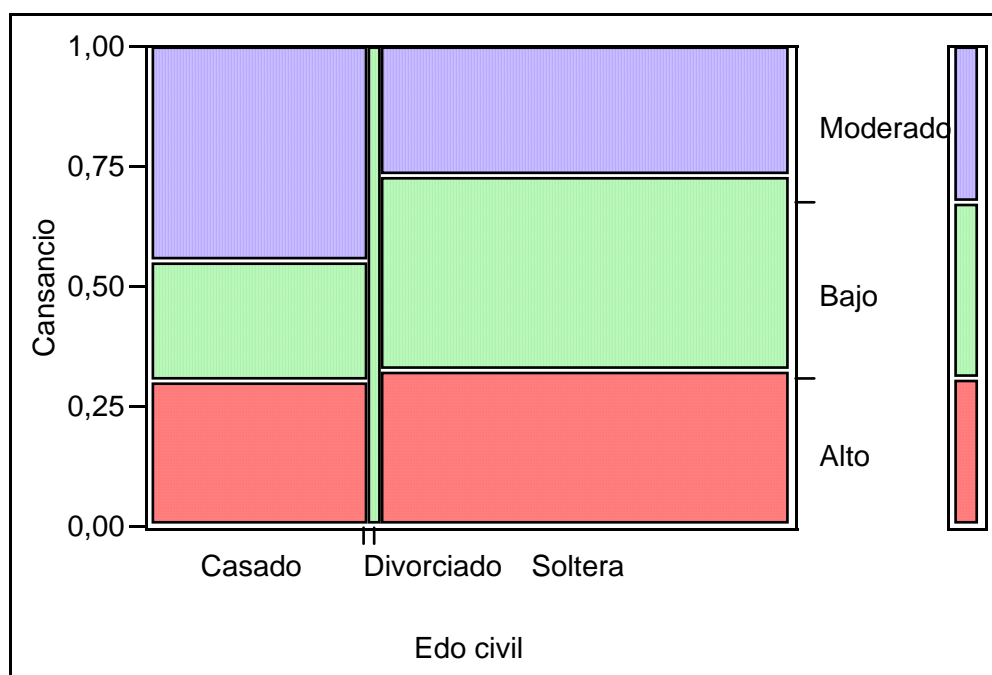


TABLA 15. Relación de Cansancio Emocional con Estado civil

Count	Alto	Bajo	Moderado	
Total %				
Col %				
Row %				
Casado	6 10,34 33,33 30,00	5 8,62 23,81 25,00	9 15,52 47,37 45,00	20 34,48
Divorciado	0 0,00 0,00 0,00	1 1,72 4,76 100,00	0 0,00 0,00 0,00	1 1,72
Soltera	12 20,69 66,67 32,43	15 25,86 71,43 40,54	10 17,24 52,63 27,03	37 63,79
	18 31,03	21 36,21	19 32,76	58

GRAFICA 5. Relación Despersonalización con Estado Civil

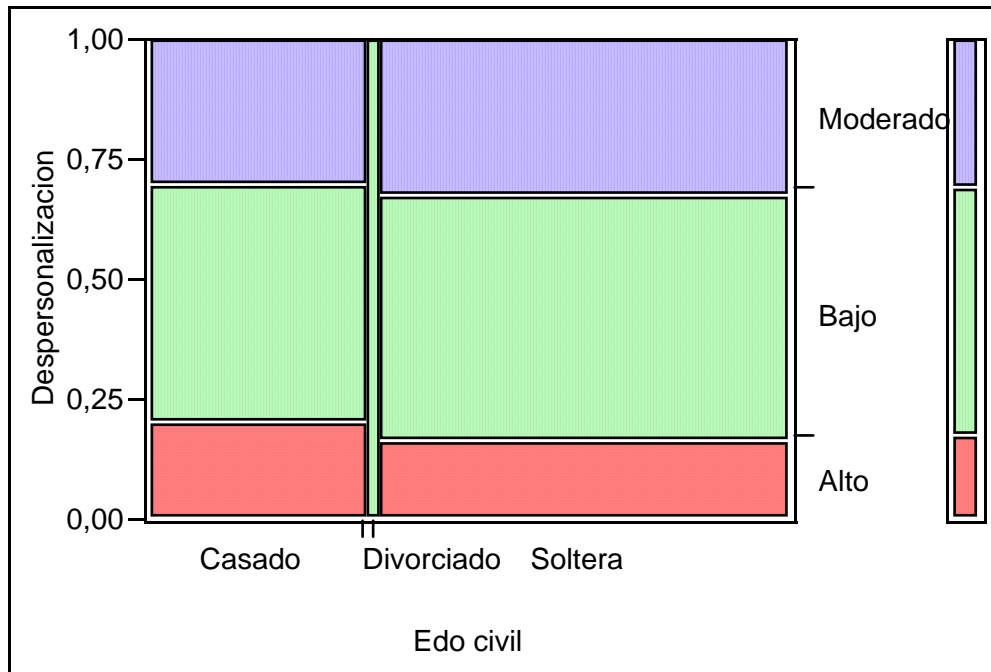


TABLA 16. Relación de Despersonalización con Estado Civil

Count	Alto	Bajo	Moderado	
Total %				
Col %				
Row %				
Casado	4 6,90 40,00 20,00	10 17,24 33,33 50,00	6 10,34 33,33 30,00	20 34,48
Divorciado	0 0,00 0,00 0,00	1 1,72 3,33 100,00	0 0,00 0,00 0,00	1 1,72
Soltera	6 10,34 60,00 16,22	19 32,76 63,33 51,35	12 20,69 66,67 32,43	37 63,79
	10 17,24	30 51,72	18 31,03	58

GRAFICA 6. Relación Falta de Realización Personal con Estado Civil

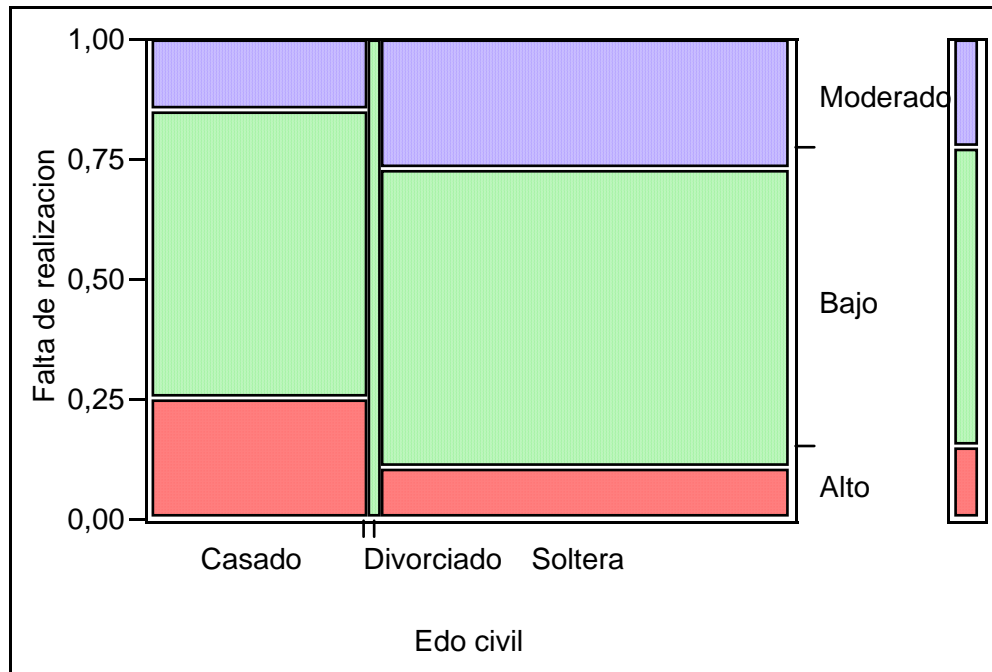


TABLA 17. Relación de Falta de Realización con Estado civil

Count	Alto	Bajo	Moderado	
Total %				
Col %				
Row %				
Casado	5 8,62 55,56 25,00	12 20,69 33,33 60,00	3 5,17 23,08 15,00	20 34,48
Divorciado	0 0,00 0,00 0,00	1 1,72 2,78 100,00	0 0,00 0,00 0,00	1 1,72
Soltera	4 6,90 44,44 10,81	23 39,66 63,89 62,16	10 17,24 76,92 27,03	37 63,79
	9 15,52	36 62,07	13 22,41	58

GRAFICA 7. Relación de Cansancio Emocional con Grado Académico

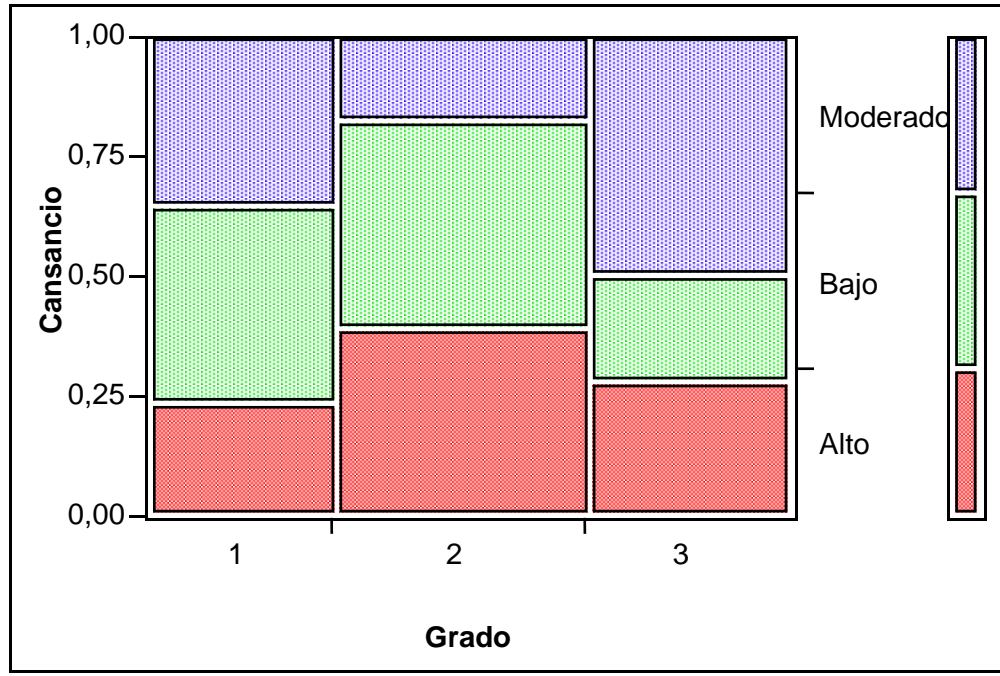


TABLA 18. Relación de Cansancio Emocional con Grado académico

Count	Alto	Bajo	Moderado	
Total %				
Col %				
Row %				
1er. Año	4 6,90 22,22 23,53	7 12,07 33,33 41,18	6 10,34 31,58 35,29	17 29,31
2do. Año	9 15,52 50,00 39,13	10 17,24 47,62 43,48	4 6,90 21,05 17,39	23 39,66
3er. año	5 8,62 27,78 27,78	4 6,90 19,05 22,22	9 15,52 47,37 50,00	18 31,03
	18 31,03	21 36,21	19 32,76	58

Grafica 8. Relación Despersonalización con Grado Académico

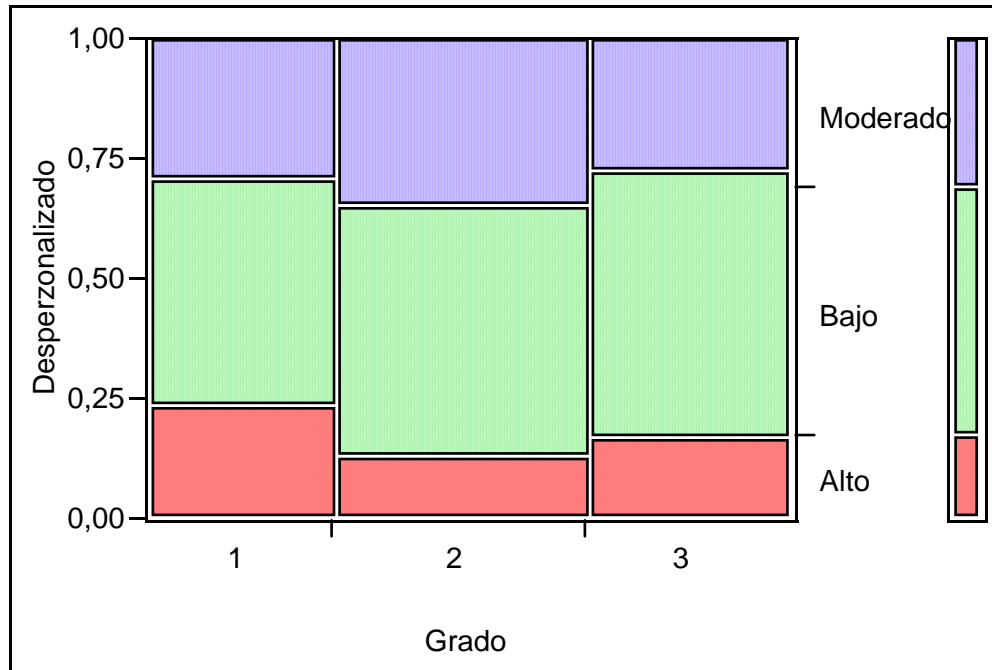


TABLA 19. Relación de Despersonalización con Grado Académico

Count	Alto	Bajo	Moderado	
Total %				
Col %				
Row %				
1er. Año	4 6,90 40,00 23,53	8 13,79 26,67 47,06	5 8,62 27,78 29,41	17 29,31
2do. Año	3 5,17 30,00 13,04	12 20,69 40,00 52,17	8 13,79 44,44 34,78	23 39,66
3er. Año	3 5,17 30,00 16,67	10 17,24 33,33 55,56	5 8,62 27,78 27,78	18 31,03
	10 17,24	30 51,72	18 31,03	58

GRAFICA 9. Relación Falta de Realización Personal con Grado Académico

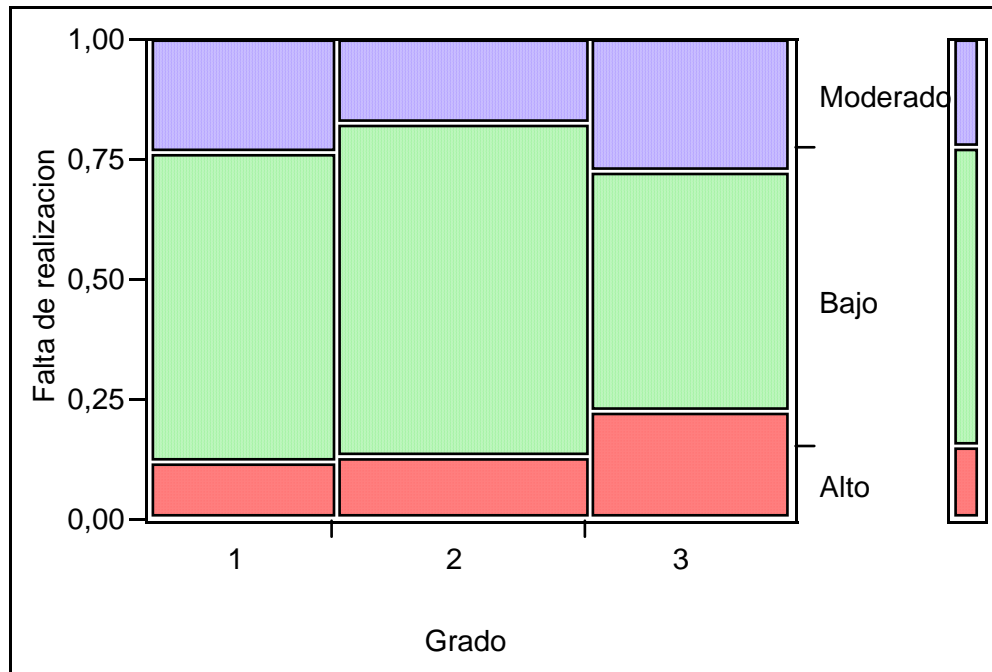


TABLA 20. Relación Falta de Realización Personal con Grado Académico

Count	Alto	Bajo	Moderado	
Total %				
Col %				
Row %				
1er. Año	2 3,45 22,22 11,76	11 18,97 30,56 64,71	4 6,90 30,77 23,53	17 29,31
2do. Año	3 5,17 33,33 13,04	16 27,59 44,44 69,57	4 6,90 30,77 17,39	23 39,66
3er. Año	4 6,90 44,44 22,22	9 15,52 25,00 50,00	5 8,62 38,46 27,78	18 31,03
	9 15,52	36 62,07	13 22,41	58

GRAFICA 10. Relación Cansancio Emocional con Hospital Sede

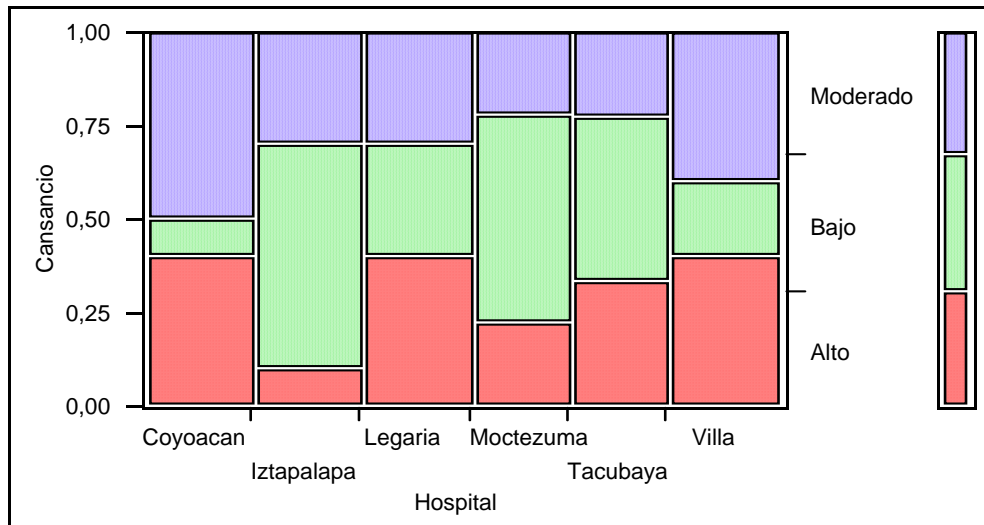


TABLA 21. Relación de Cansancio Emocional con Hospital Sede

Count	Alto	Bajo	Moderado	
Total %				
Col %				
Row %				
Coyoacan	4	1	5	10
	6,90	1,72	8,62	17,24
	22,22	4,76	26,32	
	40,00	10,00	50,00	
Iztapalapa	1	6	3	10
	1,72	10,34	5,17	17,24
	5,56	28,57	15,79	
	10,00	60,00	30,00	
Legaria	4	3	3	10
	6,90	5,17	5,17	17,24
	22,22	14,29	15,79	
	40,00	30,00	30,00	
Moctezuma	2	5	2	9
	3,45	8,62	3,45	15,52
	11,11	23,81	10,53	
	22,22	55,56	22,22	
Tacubaya	3	4	2	9
	5,17	6,90	3,45	15,52
	16,67	19,05	10,53	
	33,33	44,44	22,22	
Villa	4	2	4	10
	6,90	3,45	6,90	17,24
	22,22	9,52	21,05	
	40,00	20,00	40,00	
	18	21	19	58
	31,03	36,21	32,76	

GRAFICA 11. Relación Despersonalización con Hospital Sede

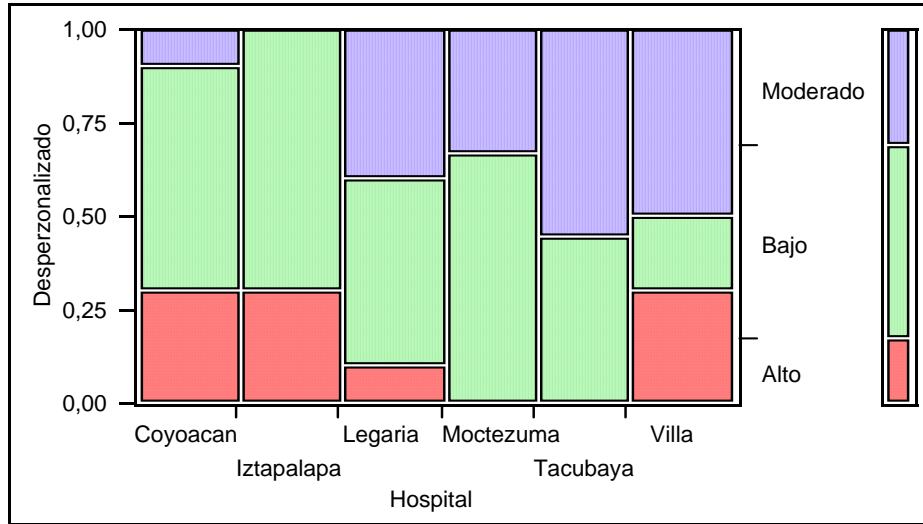


TABLA 22. Relación de Despersonalización con Hospital Sede

Count Total % Col % Row %	Alto	Bajo	Moderado	
Coyoacan	3 5,17 30,00 30,00	6 10,34 20,00 60,00	1 1,72 5,56 10,00	10 17,24
Iztapalapa	3 5,17 30,00 30,00	7 12,07 23,33 70,00	0 0,00 0,00 0,00	10 17,24
Legaria	1 1,72 10,00 10,00	5 8,62 16,67 50,00	4 6,90 22,22 40,00	10 17,24
Moctezuma	0 0,00 0,00 0,00	6 10,34 20,00 66,67	3 5,17 16,67 33,33	9 15,52
Tacubaya	0 0,00 0,00 0,00	4 6,90 13,33 44,44	5 8,62 27,78 55,56	9 15,52
Villa	3 5,17 30,00 30,00	2 3,45 6,67 20,00	5 8,62 27,78 50,00	10 17,24
	10 17,24	30 51,72	18 31,03	58

GRAFICA 12. Relación Falta de Realización Personal con Hospital Sede

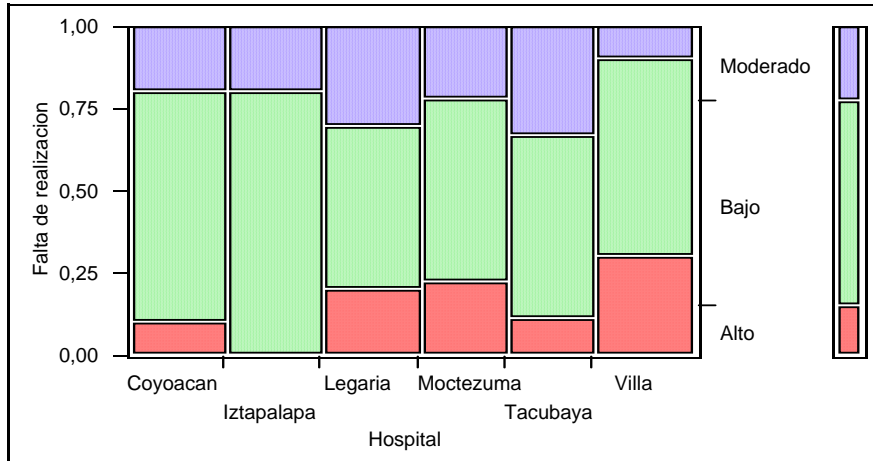


TABLA 23- Relación Falta de Realización Personal con Hospital Sede

Count	Alto	Bajo	Moderado	
Total %				
Col %				
Row %				
Coyoacan	1	7	2	10
	1,72	12,07	3,45	17,24
	11,11	19,44	15,38	
	10,00	70,00	20,00	
Iztapalapa	0	8	2	10
	0,00	13,79	3,45	17,24
	0,00	22,22	15,38	
	0,00	80,00	20,00	
Legaria	2	5	3	10
	3,45	8,62	5,17	17,24
	22,22	13,89	23,08	
	20,00	50,00	30,00	
Moctezuma	2	5	2	9
	3,45	8,62	3,45	15,52
	22,22	13,89	15,38	
	22,22	55,56	22,22	
Tacubaya	1	5	3	9
	1,72	8,62	5,17	15,52
	11,11	13,89	23,08	
	11,11	55,56	33,33	
Villa	3	6	1	10
	5,17	10,34	1,72	17,24
	33,33	16,67	7,69	
	30,00	60,00	10,00	
	9	36	13	58
	15,52	62,07	22,41	

DISCUSION

Se estudiaron al 98.3% de los residentes de Pediatría de un total de 59 residentes, observándose adecuada colaboración para la realización de este estudio. La media de edad fue de 28 años, aproximadamente dos terceras partes de los residentes de Pediatría son mujeres, aproximadamente una tercera parte son casados, y la mayoría no tiene hijos, y los que tienen en general tienen uno y una minoría dos hijos. La mayoría son originarios de Estados del área metropolitana principalmente del Distrito Federal y Estado de México, sin embargo llama la atención que también los hay de estados del norte como Durango y del Sur como Chiapas, éstos son la minoría. Hay mínima diferencia en el número de residentes de primero, segundo y tercer año, pero predominan los de segundo y todos se encuentran distribuidos equitativamente en los diferentes Hospitales Pediátricos de la Secretaria de Salud del Distrito Federal establecidos para realizar la especialidad de Pediatría y las horas que laboran los residentes son mínimo 70hrs, máximo 132hrs con una media de 100hrs por semana.

El "Síndrome de Burout" si se presenta en los Médicos Residentes de Pediatría de acuerdo a las subescalas del Maslach Burnout Inventory (Cansancio Emocional, despersonalización y Falta de realización Personal), predominando el Cansancio Emocional. Los hombres residentes presentan mayor incidencia en éste síndrome en las tres subescalas tomando en cuenta el grado moderado y alto en comparación con las mujeres: en relación con el estado civil el síndrome en la subescala de Cansancio Emocional se presenta principalmente en casados, en la subescala de despersonalización es equitativo y en falta de realización personal

es principalmente en solteros; en cuanto al año académico predomina el cansancio emocional en Residentes de primer año, la despersonalización en los de primero y segundo año, y llama la atención que en los Residentes de tercer año predomina la falta de realización personal debido quizá a que son los residentes a quienes les queda poco tiempo para concluir la especialidad y con ello las posibilidades de logro en su trabajo se ven reducidas, y también quizá debido a que son los que han estado expuestos por más tiempo a vivencias de fracaso y sentimientos de baja autoestima; la relación de Hospital Pediátricos Sede establecidos para la realización de la especialidad de Pediatría con el “síndrome de Burout” determina que los residentes más afectados por éste síndrome se encuentra en Coyoacan, Legaria y Villa principalmente, y llama la atención que el Hospital Sede donde menos se presenta el síndrome es en el Hospital Pediátrico de Iztapalapa, siendo que es uno de los hospitales pediátricos que más carga de trabajo tiene.

El “Síndrome de Burnout” indudablemente está presente en médicos residentes de Pediatría de la Secretaria de Salud del Distrito Federal pudiendo ser consecuencia de varios factores entre ellos la toma de decisiones de alta responsabilidad en pacientes complejos y familiares cada vez más exigentes, limitación importante de recursos por las características de los centros de entrenamiento, la gran demanda de servicios que debe asumir, gran carga asistencia de la institución, la creciente burocracia para la que no ha sido formado, la falta de descanso, la falta de remuneración por el trabajo realizado, las irregularidades en la alimentación, evaluación en todo momento de médicos adscritos que influyen importantemente en su formación, entre otros; por tanto

sería conveniente que se realizara más investigación en cuanto a la causalidad de éste síndrome, de tal manera que nos permita proponer a las Organismos Educativos formadores de especialistas acciones que disminuyan el efecto negativo en médicos residentes y consecuentemente en los pacientes.

CONCLUSIONES

1. El Síndrome de Burnout existe en Residentes de Pediatría de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, en grado moderado y alto varía entre el 47 y el 63%.
2. El segundo año académico de la especialidad es el más afectado seguramente por que en este grado académico es mayor el trabajo y responsabilidad en nuestro sistema, ya que en la literatura mundial se menciona que el residente de primer año lo presenta con mayor frecuencia.
3. Hubo predominio del sexo masculino en la población afectada, contrario a lo que se menciona en la literatura universal.
4. No observamos que el médico residente casado tenga menor incidencia del Síndrome de Burnout como se reporta en la literatura mundial.
5. No observamos que en nuestros Hospitales con mayor carga de trabajo el Síndrome de Burnout se presentara con mayor frecuencia como se menciona en la literatura.
6. Se requiere un estudio con mayor cobertura de todos nuestros hospitales para tener una idea más clara del grado que representa el Síndrome de Burnout en los Hospitales de Salud del Distrito Federal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jaicy Blandin, Dr. Danilo Martínez Araujo. Estrés laboral y mecanismos de afrontamiento: su relación en la aparición del Burnout en médicos residentes del hospital militar “Dr. Carlos Arvelo”. Archivos Venezolanos de Psiquiatría y Neurología” 51 (104); 12 – 15; 2005
2. Billinghamurts. BURN-OUT un enfoque desde la Sicopatología. Referencias a estudios en Oncología. Asociación Médica de Argentina, 2467, 12
3. Nadia Ordenes. Prevalencia de Burnout en trabajadores del Hospital “Roberto del Rio”. Revista Chililena de Pediatría. 75 (5); 449-454, 2004
4. Lee, R. T., & Ashforth, B. E. (1996). A meta-analytic examination ofthe correlates ofthe three dimensions of job burnout. Journal of Applied Psychology, 81, 123-133.
5. Bernardo Moreno – Jimenes y cols. Estrés asistencial en los servicios de salud. Psicología de la Salud. pp.: 739 – 764, 2002
6. Loredana Matral (2001). Estrés y “burnout”, aproximación a un diagnóstico de situación en un sistema de emergencia movil.Archivos . Pediátricos. Del Uruguay. vol.72 suppl.1 Montevideo Nov.
7. Isabel Perancho (2001). Los médicos están quemados. malito:Isabel.peranchoael-mundo.es. Madrid España.
8. Cesar A. Guevara , M.D., Diana P Henao. M:D:, Julián A. Herrera, M.D. Síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes, Hospital Universitario del Valle, Cali 2002. Colombia Médica, Vol. 35 No. 4, 2004.

9. Francisco Burzi (2005). Síndrome de Burnout en médicos.
http://www.intramed.net/actualidad/art_1.asp
10. Maslach, C. (1982). Understanding burnout: Definitional issues in analyzing a complex phenomenon. In W. S. Paine (Ed.), *Job stress and burnout* (pp. 29-40). Beverly Hills, CA: Sage.
11. Maslach, C., Jackson, S. E" & Leiter, M. P. (1996). *Maslach Burnout Inventory. Manual* (3rd ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
12. Bouman, A., Te Brake, H., & Hoogstraten, J. (2002). Significant effects due to rephrasing the MBI's PA items. *Psychological Reports*, 91, 825-826.
13. Demerouti, E., Bakker, A.B., Janssen, P.P.M., & Schaufeli, W.B. (2001). Burnout and engagement at work as a function of demands and control. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 27, 279-286
14. Green, D. E., Walkey, F. H., & Taylor, A. J. W. (1991). The three factor structure of the Maslach Burnout Inventory. *Journal of Social Behavior and Personality*, 6, 453-472.
15. Koeske, G.F. & Koeske, R.D. (1989). Construct validity of the Maslach Burnout Inventory: A critical review and reconceptualization. *Journal of Applied Behavioural Sciences*, 25, 131-132.
16. Maslach, C. & Schaufeli, W.B. (1993). Historical and conceptual development of burnout. In W.B. Schaufeli,
17. W.B., C. Maslach & T. Marek (Eds). *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research* (pp. 1-16). Washington, DC: Taylor & Francis.