

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
PSIQUIATRIA
SALUD MENTAL**

**TESIS
“SÍNDROME DE BURNOUT EN RESIDENTES DE PSIQUIATRIA DEL
HOSPITAL PSIQUIATRICO FRAY BERNARDINO ALVAREZ DE LA
GENERACIÓN 2002-2006”**

**ROSA MELINA CANALES MORENO
RESIDENTE DE CUARTO GRADO
HOSPITAL PSIQUIATRICO FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ**



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.

Dedicada a Dios, a mi Madre y a ti Roberto.
Gracias a la UNAM, al Dr Varela, Dr López y Dr Herrera por su apoyo.

INDICE

1.- Introducción.....	1
2.- Justificación.....	14
3.- Objetivo.....	14
4.- Hipótesis.....	14
5.- Material y Método.....	15
a) Diseño	
b) Sujetos	
c) Material	
d) Procedimiento	
e) Análisis	
6.- Resultados.....	21
7.- Discusión.....	24
8.- Conclusión.....	26
9.- Referencias.....	27

INTRODUCCION

En la actualidad el estrés en el trabajo y sus consecuencias han sido objeto de estudio dado haberse convertido en un problema de salud pública, en vista de sus consecuencias tanto individuales como colectivas. De nadie en el ambiente médico es desconocida la cantidad de enfermedades y trastornos físicos y mentales que conllevan: ansiedad, depresión, úlcera péptica, enfermedad coronaria, hipertensión arterial sistémica, son solo unos ejemplos. Uno más es el llamado Síndrome de Burnout o de Desgaste Profesional (SDP).

En 1974, Herbert Freudenberg, psiquiatra que trabajaba como voluntario en la clínica Libre de Nueva York para toxicómanos, notó que con el paso del tiempo la mayoría de aquellos que ofrecían su trabajo presentaban una pérdida progresiva de la energía hasta el agotamiento, desmotivación para el trabajo y síntomas de depresión y ansiedad, así mismo observó que estas personas otrora idealistas se volvían menos sensibles, poco comprensivas y aún agresivas en relación a los pacientes, mostrando un distanciamiento y cinismo para con los demás. Llamó a esto SDP o Síndrome de estar Quemado, Freudenberger describe que las personas con riesgo de desarrollar el SDP son “idealistas, optimistas e ingenuas”, y se entregan en exceso al trabajo para conseguir “una buena opinión de sí mismos.”

Dos años después, Cristina Maslach, psicóloga social, estudiando las respuestas emocionales de los empleados de profesiones de ayuda a personas, eligió el término que era utilizado de forma coloquial entre abogados, dando junto a Jackson en 1986, la definición más conocida del proceso, puntualizando que el SDP, es un síndrome de agotamiento emocional que se refiere a la disminución y pérdida de recursos emocionales, despersonalización o deshumanización que consiste en el desarrollo de actitudes negativas, de insensibilidad y cinismo hacia los receptores del servicio prestado y baja realización personal que es la tendencia a evaluar el propio trabajo: los afectados se reprochan no haber alcanzado los objetivos propuestos, con vivencias de insuficiencias de insuficiencia personal y baja autoestima profesional, que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas.

En esta misma línea en 1983 Fisher consideró el SDP como un estado resultante del trauma narcisista que conllevaba una disminución en la

autoestima de los sujetos, mientras que Pines y Aronson (1988), lo conceptualizan como un estado en el que se combinan fatiga emocional, física y mental, sentimientos de impotencia e inutilidad y baja autoestima. Iba acompañado de un conjunto de síntomas que incluía vacío físico, sentimientos de desamparo y desesperanza, desilusión y desarrollo de un autoconcepto y una actitud negativa hacia el trabajo y hacia la vida misma. En su forma más extrema, el SDP representa un punto de ruptura más allá de la cual la capacidad de enfrentarse con el ambiente resulta severamente disminuida y es especialmente duro para personas entusiastas e idealistas.

Esta imagen del profesional como héroes trágico, víctima de su propio celo e idealismo, que paga un elevado precio por su alto rendimiento, fue la primera aproximación a este fenómeno, pero no se ajusta al modelo que actualmente se acepta (Manassero y col., 1994)

Ya definido, su estudio se amplió de manera importante dado que sus implicaciones fueron claras. Se menciona que el SDP proviene del desequilibrio de las expectativas individuales del profesional y la realidad del trabajo diario, del excesivo grado de exigencias así como de la escasez de recursos tanto físicos, laborales como de enfrentamiento al estrés, siendo el paso final en la progresión de las tentativas de confrontación frustradas. Es así como se refiere que se presenta principalmente en personas idealistas optimistas, entregadas al exceso de trabajo, siendo principalmente observado en el sexo femenino, personas sin pareja o con poco apoyo familiar, observándose mayoritariamente en los primeros años del ejercicio profesional.

El ejercicio profesional requiere de un despliegue de actividades que necesita de un control mental y emocional de mayor rigor que en otras disciplinas, ya que es una tarea expuesta a múltiples agresiones, como el tratamiento de pacientes con pronóstico sombrío, la necesidad de brindar cuidados no solamente intensivos sino prolongados; también se exige alta concentración y responsabilidad que traen como consecuencia desgaste físico y mental y la exigencia de un espíritu mantenido y presionante de compartir con el enfermo y su familia, las horas de angustia, depresión y dolor.

El SDP se diferencia del estrés en que generalmente lleva incorporados sentimientos de fracaso. Según el Psicólogo Ramón Ferrer, "el trabajador empieza a darse cuenta de que algo no funciona en su trabajo, algo falla a nivel

organizativo. Le invade el sentimiento de fracaso y sufre síntomas ansiosos y depresivos, incluso puede creer que está enfermo físicamente. El proceso es cíclico: después de una baja, vuelve a su puesto porque tiene ganas de trabajar pero se encuentra con los mismos problemas. Las bajas serán cada vez más prolongadas y pueden llevar a la invalidez”.

Ahora los profesionales creen que hay que dar un paso más y reconocer el SDP no sólo como accidente sino también como enfermedad laboral. Las cifras del Registro General Británico han puesto de manifiesto tres condicionantes en la que los médicos presentan unas tasa de mortalidad marcadamente más elevadas que el resto de la población: suicidio, cirrosis y accidentes de tráfico; los Psiquiatras son los que presentan las tasas más altas. Estas estadísticas de morbilidad son indicativas de alto riesgo de desarrollo de enfermedades y manifestaciones relacionadas con el estrés al que se encuentran expuestos los distintos profesionales de la salud mental.

Factores predisponentes se han descrito así como causas, puntualizando que las profesiones asistenciales son las más propensas, mencionándose que los servicios intensivos, prolongados y con alto grado de concentración y responsabilidad presentan los mayores índices.

El motivo de lo anterior es relacionado con:

- El continuo y sostenido contacto con el sufrimiento, dolor y muerte
- La caída de valor social de las profesiones asistenciales
- La sobrecarga laboral (excesivo número de pacientes, patologías reversibles, carencia de recursos, presión horaria)
- Falta de autonomía y autoridad en el trabajo para poder tomar decisiones
- Merma en las retribuciones y estímulos
- Entre los médicos la amenaza cada vez más patente de juicios por mala praxis
- El resolver dilemas éticos resultantes de nuevas tecnologías.

Entre los aspectos epidemiológicos del SDP descritos en la literatura no parece existir un acuerdo unánime entre los diferentes autores si bien existe un determinado nivel de coincidencia para algunas variables. La edad aunque

parece no influir en la aparición del síndrome se considera que puede existir un periodo de sensibilización debido a que habría unos años en los que el profesional sería especialmente vulnerable a éste, 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 podría ser la doble carga de trabajo que conlleva la práctica 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 más el Síndrome 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. En este mismo orden 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.

La turnicidad laboral y el horario laboral de estos profesionales pueden conllevar para algunos autores la presencia del síndrome aunque tampoco existe unanimidad en este criterio; siendo en enfermería donde esta influencia es mayor.

Es conocida la relación entre el SDP y la 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. Sin embargo no parece existir una clara relación entre el número de horas de contacto con los pacientes y la aparición del SDP, si bien es referida por otros autores. También el salario ha sido invocado como otro factor que afectaría al desarrollo del SDP en estos profesionales, aunque no queda claro en la literatura. Al síndrome de fatiga crónica, no solamente puede llegarse por stress. También se de describen

otros mecanismos, como las infecciones crónicas por ciertos virus, alteraciones del sistema de defensa del cuerpo (sistema inmune), alergias crónicas, enfermedades del sistema nervioso degenerativas y un desequilibrio hormonal.

Y de igual forma:

- Lo inherente a la tarea realizada
- La variable organizacional de la institución donde se labora
- La variable interpersonal
- Y la variable individual

Tras llegar a este punto, lo importante se centra en los criterios para considerarlo, siendo descrito que su presencia debe observarse tras al menos 6 meses de periodo desadaptativo, caracterizándose en base a la presencia de:

Agotamiento emocional: Descrito como la pérdida o desgaste de los recursos emocionales los cuales se inician cuando el profesional se involucra emocionalmente demasiado, se satura de trabajo y se siente abrumado por las demandas emocionales impuestas por otras personas. El profesional se siente entonces desgastado físicamente, sin energía para afrontar otro día sintiendo incapacidad para dar más de sí mismo. Para evitarlo, el profesional reduce su contacto con la gente lo que llega a la despersonalización, es importante valorar el cansancio emocional, por ejemplo, médicos y enfermeras con grados altos de cansancio emocional podrán comentar que <los enfermos son cada vez más exigentes y pesados y, además, se creen con derecho a molestar en cada momento.

Despersonalización: También descrita como deshumanización, se relaciona con el desarrollo de actitudes negativas, cínicas, insensibles hacia los receptores de su labor, lo que llega a producir angustia o culpa que conduce a una ejecución personal disminuida, se plasma claramente en el trato otorgado, refiriéndose a los enfermos como a objetos o seres inanimados. Los comentarios que se corresponderían a niveles altos de despersonalización podrían ser: <al de la cama 24 hay que darle..., <no te preocupes tanto por el SIDA de la 20, después de la vida que ha llevado y las juergas que se ha corrido....>

Falta de realización personal (Ejecución personal disminuida): percepción de que los logros personales y/o profesionales quedan bajo las

expectativas propias del profesional, lo que conlleva a sentimientos de minusvalía, fracaso y baja autoestima así como de rechazo a sí mismo, se verbaliza con comentarios como <no merece la pena intentar tal o cual acción porque hace años que está así y no hay quien lo cambie....

Agregándose además presencia de:

- ansiedad
- animo depresivo
- hastío
- alteraciones conductuales tales como ausentismo, consumo de sustancias, problemas familiares o de pareja y conductas violentas o riesgosas
- síntomas psicósomáticos o de somatización (cefaleas, dolor osteomuscular, molestias gastrointestinales, insomnio, fatiga, pérdida de peso y trastornos menstruales)

Su cuadro evolutivo tiene cuatro niveles de patologías:

1er nivel.- Falta de ganas de ir a trabajar. Dolor de espalda y cuello. Ante la pregunta que te pasa?, la respuesta es “no sé, no me siento bien”

2do nivel.- Empieza a molestar la relación con otros. Comienza una relación de persecución, se incrementa el ausentismo y la rotación.

3er nivel.- Disminución notable en la capacidad laboral. Pueden comenzar enfermedades psicósomáticas, en esta etapa se comienza la automedicación, que al principio tiene efecto placebo pero luego requiere mayor dosis. En este nivel se ha verificado el comienzo de la ingesta de bebidas alcohólicas.

4to nivel.- Esta etapa se caracteriza por el alcoholismo, drogadicción, intentos de suicidio o se tiende a abandonar el trabajo.

Además de que en cualquiera de las etapas se generan emociones como: tensión, ansiedad, miedo, depresión, hostilidad abierta o encubierta.

El SDP:

- a) Es insidioso: se impregna poco a poco, uno no está libre un día y al siguiente se levanta quemado, va oscilando con intensidad variable dentro de una misma persona (se sale y se entra. Con frecuencia es difícil establecer hasta que punto se padece el Síndrome o simplemente

sufre el desgaste propio de la profesión y dónde está la frontera entre una cosa y la otra.

- b) Se tiende a negar: Ya que se vive como un fracaso profesional y personal. Son los compañeros los primeros que lo notan.
- c) Existe una fase irreversible: Entre un 5 y 10% de los médicos, el síndrome adquiere tal virulencia que resulta irreversible y hoy por hoy la única solución es el abandono de la asistencia.

Reiteramos y clarificamos: el síndrome se manifiesta de manera psicósomática y conductual.

De 1989 a 1993, el Centro para el Control y Prevención de la Enfermedad de Estados Unidos (CDC) emprendió uno de los primeros estudios a fin de determinar la extensión de la enfermedad. Se pidió a facultativos de cuatro ciudades de Estados Unidos que enviaran posibles pacientes para una evaluación clínica.

El estudio reveló que de 4 a 8,7 de cada 100.000 estadounidenses de 18 años o mayores que reciben atención médica padecen el SDP. Sin embargo, esta valoración inicial resultó ser un cálculo demasiado bajo que no reflejaba la realidad de la población norteamericana, pues no se seleccionaron al azar los lugares donde se tomaron las muestras de población.

Un estudio reciente llevado a cabo en la región de Seattle reveló que de 75 a 265 de cada 100.000 personas sufren la enfermedad. Este resultado es similar al obtenido en San Francisco: 200 de cada 100.000 personas (con un cuadro clínico similar al Síndrome de Burnout, pero sin diagnóstico clínico). En general se calcula que en Estados Unidos medio millón de personas presentan un cuadro sintomático similar al Síndrome de Burnout.

En la actualidad, las pruebas indican que el Síndrome de Burnout afecta a todos los grupos raciales y étnicos, así como a ambos sexos. El estudio de Seattle reveló que el 59% de los pacientes eran mujeres.

Aproximaciones teóricas

Los modelos elaborados desde consideraciones psicosociales para explicar el síndrome de quemarse por el trabajo pueden ser clasificados en tres grupos (Gil-Monte y Peyró 1997). El primer grupo incluye los modelos

desarrollados en el marco de la teoría sociocognitiva del yo. Se caracterizan por otorgar a las variables del self (v.g. autoeficacia, autoconfianza, autoconcepto, etc) un papel central para explicar el desarrollo del síndrome. Uno de los modelos representativos de este grupo es el modelo de competencia social de Harrison (1983).

Según Harrison la competencia y eficacia percibida son variables clave en el desarrollo de este proceso. La mayoría de los individuos que empiezan a trabajar en profesiones de servicios de ayuda están altamente motivados para ayudar a los demás y tienen un sentimiento elevado de altruismo. Esta motivación junto con la presencia de factores de ayuda o factores barrera van a determinar la eficacia del individuo en la consecución de sus objetivos laborales. Altos niveles de motivación junto con la presencia de factores de ayuda aumentan la eficacia percibida y los sentimientos de competencia social del individuo. Por el contrario, los factores barrera (ausencia de objetivos laborales realistas, disfunciones del rol, ausencia o escasez de recursos, sobrecarga laboral, conflictos interpersonales, etc.) dificultan la consecución de los objetivos, disminuyen los sentimientos de autoeficacia y, con el tiempo, se origina el síndrome de quemarse por el trabajo.

Un segundo grupo recoge los modelos elaborados desde las teorías del intercambio social. Estos modelos consideran que el síndrome de quemarse por el trabajo tiene su etiología en las percepciones de falta de equidad o falta de ganancia que desarrollan los individuos como resultado del proceso de comparación social cuando establecen relaciones interpersonales. Por ejemplo, para Baunk y Schaufeli (1993) el síndrome de quemarse por el trabajo tiene una doble etiología: los procesos de intercambio social con las personas a las que se atiende y los procesos de afiliación y comparación social con los compañeros de trabajo. En relación a los procesos de intercambio social, identifican tres fuentes de estrés relevantes: la incertidumbre (falta de claridad sobre lo que uno siente y piensa sobre como debe actuar), la percepción de equidad (equilibrio percibido entre lo que las personas dan y lo que reciben en el transcurso de sus relaciones), y la falta de control (posibilidad del individuo de controlar los resultados de sus acciones laborales). En relación a los procesos de afiliación social y compara la relación con los compañeros, es crucial en el desarrollo del síndrome la falta de apoyo social en el trabajo por

miedo a las críticas o a ser tachado de incompetente. Los profesionales de salud pueden rehuir el apoyo social porque puede suponer una amenaza para la autoestima. En el contexto de las organizaciones sanitarias también contribuye al desarrollo del síndrome de quemarse los procesos de afiliación social que originan situaciones de contagio del síndrome (profesionales que adoptan los síntomas del síndrome que perciben en sus compañeros). Además, la relación entre estas variables antecedentes y los sentimientos de quemarse por el trabajo está modulada por los sentimientos de autoestima, por los niveles de reactividad del individuo, y por la orientación en el intercambio.

Por último un tercer grupo considera los modelos elaborados desde la teoría organizacional. Estos modelos incluyen como antecedentes del síndrome las disfunciones del rol, la falta de salud organizacional, la estructura, la cultura y el clima organizacional. Son modelos que se caracterizan porque enfatizan la importancia de los estresores del contexto de la organización y de las estrategias de afrontamiento empleadas ante la experiencia de quemarse. Un modelo característico de este grupo es el modelo de Winnubst (1993), que resalta la importancia de la estructura, la cultura y el clima organizacional como variables clave en la etiología del síndrome. Los antecedentes del síndrome varían dependiendo del tipo de estructura organizacional y de la institucionalización del apoyo social. En las burocracias mecánicas, el síndrome de quemarse por el trabajo es causado por el agotamiento emocional diario consecuencia de la rutina, por la monotonía y por la falta de control derivadas de la estructura. Pero, en las burocracias profesionalizadas (por ejemplo hospitales y centros de salud), el síndrome está causado por la relativa laxitud de la estructura organizacional que conlleva una confrontación continua con los demás miembros de la organización, y que origina disfunciones en el rol y conflictos interpersonales.

Maslach creó entonces una escala la cual actualmente es el principal instrumento de investigación manifestándose que tiene una consistencia interna alta y fiabilidad cercana a los 0.9. Consta de 22 puntos en subescalas que miden cada uno de sus principales manifestaciones considerando el desgaste profesional como una variable continua con diferentes grados de intensidad.

La labor médica se encuentra inmersa, como se ha observado, en este problema. Es por definición una profesión asistencial, en la que el conocimiento es puesto al servicio de los demás con el fin de ayudar. Es claro entonces que el médico se vea afectado.

Estudios se han hecho ya de lo anterior, dentro de los cuales los resultados de la asociación médica Finlandesa en 1988 llaman la atención habiendo observado mayor prevalencia del síndrome de Desgaste en médicos oncólogos, neumólogos, generales, de medicina del trabajo y Psiquiatras en los que la mayor parte fue observado en paidopsiquiatras, la literatura sobre el tema es cada día más voluminosa, uno de los inconvenientes para abordar este estudio, ha sido la inexistencia de un marco estructurado, ya que la mayoría se han centrado en áreas muy concretas, tales como el estudio de factores organizacionales, predisposicionales, sociodemográficos, acontecimientos vitales y familiares estresantes, o sobre aspectos relacionados con la salud.

Es fundamental comprender la evolución clínica del Síndrome de Burnout a fin de facilitar la comunicación entre médico y paciente, evaluar posibles tratamientos nuevos y abordar asuntos referentes a seguros y discapacidad. La evolución clínica de la enfermedad varía considerablemente. Se desconoce el porcentaje real de pacientes recuperados, incluso sigue siendo tema de debate lo que se entiende por recuperación. Hay pacientes que se recuperan hasta el punto de reanudar su actividad laboral, pero siguen experimentando diversos síntomas (periódicos o no). Algunos con el tiempo se recuperan completamente y otros empeoran. La enfermedad suele seguir una evolución cíclica, alternándose períodos de relativo bienestar con los de enfermedad. La recuperación la define el propio paciente y tal vez no signifique una desaparición completa de los síntomas. Estudios revelan que la posibilidad de recuperación es del 31,4% durante los primeros cinco años de enfermedad y del 48,1% durante los primeros diez. No se detectaron características que hicieran que unos se recuperaran con mayor rapidez que otros. Los síntomas más frecuentemente observados en la aparición de la enfermedad fueron faringitis o amigdalitis, fiebre, nódulos linfáticos sensibles y mialgias.

Es por lo anterior que consideramos como adecuado estudiar el fenómeno en nuestra población, de manera que se puedan identificar las

causas del mismo en nuestro medio e incidir sobre las mismas, ayudando de manera integral al mejoramiento de las expectativas individuales, así como la calidad y calidez de la atención para con los usuarios.

MARCO TEORICO:

En la actualidad el estrés en el trabajo y sus consecuencias han sido objeto de estudio dado haberse convertido en un problema de salud pública, en vista de sus consecuencias tanto individuales como colectivas. De nadie en el ambiente médico es desconocida la cantidad de enfermedades y trastornos físicos y mentales que conllevan: ansiedad, depresión, úlcera péptica, enfermedad coronaria, hipertensión arterial sistémica, son solo unos ejemplos. Uno más es el llamado Síndrome de Burnout o de Desgaste Profesional (SDP).

En 1974, Herbert Freudenberg, psiquiatra que trabajaba como voluntario en la clínica Libre de Nueva York para toxicómanos, notó que con el paso del tiempo la mayoría de aquellos que ofrecían su trabajo presentaban una pérdida progresiva de la energía hasta el agotamiento, desmotivación para el trabajo y síntomas de depresión y ansiedad, así mismo observó que estas personas otrora idealistas se volvían menos sensibles, poco comprensivas y aún agresivas en relación a los pacientes, mostrando un distanciamiento y cinismo para con los demás. Llamó a esto SDP o Síndrome de estar Quemado, Freudenberger describe que las personas con riesgo de desarrollar el SDP son “idealistas, optimistas e ingenuas”, y se entregan en exceso al trabajo para conseguir “una buena opinión de sí mismos.”

Dos años después, Cristina Maslach, psicóloga social, estudiando las respuestas emocionales de los empleados de profesiones de ayuda a personas, eligió el término que era utilizado de forma coloquial entre abogados, dando junto a Jackson en 1986, la definición más conocida del proceso, puntualizando que el SDP, es un síndrome de agotamiento emocional que se refiere a la disminución y pérdida de recursos emocionales, despersonalización o deshumanización que consiste en el desarrollo de actitudes negativas, de insensibilidad y cinismo hacia los receptores del servicio prestado y baja realización personal que es la tendencia a evaluar el propio trabajo: los afectados se reprochan no haber alcanzado los objetivos propuestos, con vivencias de insuficiencias de insuficiencia personal y baja autoestima profesional, que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas.

En esta misma línea en 1983 Fisher consideró el SDP como un estado resultante del trauma narcisista que conllevaba una disminución en la

autoestima de los sujetos, mientras que Pines y Aronson (1988), lo conceptualizan como un estado en el que se combinan fatiga emocional, física y mental, sentimientos de impotencia e inutilidad y baja autoestima. Iba acompañado de un conjunto de síntomas que incluía vacío físico, sentimientos de desamparo y desesperanza, desilusión y desarrollo de un autoconcepto y una actitud negativa hacia el trabajo y hacia la vida misma. En su forma más extrema, el SDP representa un punto de ruptura más allá de la cual la capacidad de enfrentarse con el ambiente resulta severamente disminuida y es especialmente duro para personas entusiastas e idealistas.

Esta imagen del profesional como héroes trágico, víctima de su propio celo e idealismo, que paga un elevado precio por su alto rendimiento, fue la primera aproximación a este fenómeno, pero no se ajusta al modelo que actualmente se acepta (Manassero y col., 1994)

Ya definido, su estudio se amplió de manera importante dado que sus implicaciones fueron claras. Se menciona que el SDP proviene del desequilibrio de las expectativas individuales del profesional y la realidad del trabajo diario, del excesivo grado de exigencias así como de la escasez de recursos tanto físicos, laborales como de enfrentamiento al estrés, siendo el paso final en la progresión de las tentativas de confrontación frustradas. Es así como se refiere que se presenta principalmente en personas idealistas optimistas, entregadas al exceso de trabajo, siendo principalmente observado en el sexo femenino, personas sin pareja o con poco apoyo familiar, observándose mayoritariamente en los primeros años del ejercicio profesional.

El ejercicio profesional requiere de un despliegue de actividades que necesita de un control mental y emocional de mayor rigor que en otras disciplinas, ya que es una tarea expuesta a múltiples agresiones, como el tratamiento de pacientes con pronóstico sombrío, la necesidad de brindar cuidados no solamente intensivos sino prolongados; también se exige alta concentración y responsabilidad que traen como consecuencia desgaste físico y mental y la exigencia de un espíritu mantenido y presionante de compartir con el enfermo y su familia, las horas de angustia, depresión y dolor.

El SDP se diferencia del estrés en que generalmente lleva incorporados sentimientos de fracaso. Según el Psicólogo Ramón Ferrer, "el trabajador empieza a darse cuenta de que algo no funciona en su trabajo, algo falla a nivel

organizativo. Le invade el sentimiento de fracaso y sufre síntomas ansiosos y depresivos, incluso puede creer que está enfermo físicamente. El proceso es cíclico: después de una baja, vuelve a su puesto porque tiene ganas de trabajar pero se encuentra con los mismos problemas. Las bajas serán cada vez más prolongadas y pueden llevar a la invalidez”.

Ahora los profesionales creen que hay que dar un paso más y reconocer el SDP no sólo como accidente sino también como enfermedad laboral. Las cifras del Registro General Británico han puesto de manifiesto tres condicionantes en la que los médicos presentan unas tasa de mortalidad marcadamente más elevadas que el resto de la población: suicidio, cirrosis y accidentes de tráfico; los Psiquiatras son los que presentan las tasas más altas. Estas estadísticas de morbilidad son indicativas de alto riesgo de desarrollo de enfermedades y manifestaciones relacionadas con el estrés al que se encuentran expuestos los distintos profesionales de la salud mental.

Factores predisponentes se han descrito así como causas, puntualizando que las profesiones asistenciales son las más propensas, mencionándose que los servicios intensivos, prolongados y con alto grado de concentración y responsabilidad presentan los mayores índices.

El motivo de lo anterior es relacionado con:

- El continuo y sostenido contacto con el sufrimiento, dolor y muerte
- La caída de valor social de las profesiones asistenciales
- La sobrecarga laboral (excesivo número de pacientes, patologías reversibles, carencia de recursos, presión horaria)
- Falta de autonomía y autoridad en el trabajo para poder tomar decisiones
- Merma en las retribuciones y estímulos
- Entre los médicos la amenaza cada vez más patente de juicios por mala praxis
- El resolver dilemas éticos resultantes de nuevas tecnologías.

Entre los aspectos epidemiológicos del SDP descritos en la literatura no parece existir un acuerdo unánime entre los diferentes autores si bien existe un determinado nivel de coincidencia para algunas variables. La edad aunque

parece no influir en la aparición del síndrome se considera que puede existir un periodo de sensibilización debido a que habría unos años en los que el profesional sería especialmente vulnerable a éste, 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 podría ser la doble carga de trabajo que conlleva la práctica 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 más el Síndrome 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. En este mismo orden 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.

La turnicidad laboral y el horario laboral de estos profesionales pueden conllevar para algunos autores la presencia del síndrome aunque tampoco existe unanimidad en este criterio; siendo en enfermería donde esta influencia es mayor.

Es conocida la relación entre el SDP y la 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. Sin embargo no parece existir una clara relación entre el número de horas de contacto con los pacientes y la aparición del SDP, si bien es referida por otros autores. También el salario ha sido invocado como otro factor que afectaría al desarrollo del SDP en estos profesionales, aunque no queda claro en la literatura. Al síndrome de fatiga crónica, no solamente puede llegarse por stress. También se de describen

otros mecanismos, como las infecciones crónicas por ciertos virus, alteraciones del sistema de defensa del cuerpo (sistema inmune), alergias crónicas, enfermedades del sistema nervioso degenerativas y un desequilibrio hormonal.

Y de igual forma:

- Lo inherente a la tarea realizada
- La variable organizacional de la institución donde se labora
- La variable interpersonal
- Y la variable individual

Tras llegar a este punto, lo importante se centra en los criterios para considerarlo, siendo descrito que su presencia debe observarse tras al menos 6 meses de periodo desadaptativo, caracterizándose en base a la presencia de:

Agotamiento emocional: Descrito como la pérdida o desgaste de los recursos emocionales los cuales se inician cuando el profesional se involucra emocionalmente demasiado, se satura de trabajo y se siente abrumado por las demandas emocionales impuestas por otras personas. El profesional se siente entonces desgastado físicamente, sin energía para afrontar otro día sintiendo incapacidad para dar más de sí mismo. Para evitarlo, el profesional reduce su contacto con la gente lo que llega a la despersonalización, es importante valorar el cansancio emocional, por ejemplo, médicos y enfermeras con grados altos de cansancio emocional podrán comentar que <los enfermos son cada vez más exigentes y pesados y, además, se creen con derecho a molestar en cada momento.

Despersonalización: También descrita como deshumanización, se relaciona con el desarrollo de actitudes negativas, cínicas, insensibles hacia los receptores de su labor, lo que llega a producir angustia o culpa que conduce a una ejecución personal disminuida, se plasma claramente en el trato otorgado, refiriéndose a los enfermos como a objetos o seres inanimados. Los comentarios que se corresponderían a niveles altos de despersonalización podrían ser: <al de la cama 24 hay que darle..., <no te preocupes tanto por el SIDA de la 20, después de la vida que ha llevado y las juergas que se ha corrido....>

Falta de realización personal (Ejecución personal disminuida): percepción de que los logros personales y/o profesionales quedan bajo las

expectativas propias del profesional, lo que conlleva a sentimientos de minusvalía, fracaso y baja autoestima así como de rechazo a sí mismo, se verbaliza con comentarios como <no merece la pena intentar tal o cual acción porque hace años que está así y no hay quien lo cambie....

Agregándose además presencia de:

- ansiedad
- animo depresivo
- hastío
- alteraciones conductuales tales como ausentismo, consumo de sustancias, problemas familiares o de pareja y conductas violentas o riesgosas
- síntomas psicósomáticos o de somatización (cefaleas, dolor osteomuscular, molestias gastrointestinales, insomnio, fatiga, pérdida de peso y trastornos menstruales)

Su cuadro evolutivo tiene cuatro niveles de patologías:

1er nivel.- Falta de ganas de ir a trabajar. Dolor de espalda y cuello. Ante la pregunta que te pasa?, la respuesta es “no sé, no me siento bien”

2do nivel.- Empieza a molestar la relación con otros. Comienza una relación de persecución, se incrementa el ausentismo y la rotación.

3er nivel.- Disminución notable en la capacidad laboral. Pueden comenzar enfermedades psicósomáticas, en esta etapa se comienza la automedicación, que al principio tiene efecto placebo pero luego requiere mayor dosis. En este nivel se ha verificado el comienzo de la ingesta de bebidas alcohólicas.

4to nivel.- Esta etapa se caracteriza por el alcoholismo, drogadicción, intentos de suicidio o se tiende a abandonar el trabajo.

Además de que en cualquiera de las etapas se generan emociones como: tensión, ansiedad, miedo, depresión, hostilidad abierta o encubierta.

El SDP:

- d) Es insidioso: se impregna poco a poco, uno no está libre un día y al siguiente se levanta quemado, va oscilando con intensidad variable dentro de una misma persona (se sale y se entra. Con frecuencia es difícil establecer hasta que punto se padece el Síndrome o simplemente

sufre el desgaste propio de la profesión y dónde está la frontera entre una cosa y la otra.

- e) Se tiende a negar: Ya que se vive como un fracaso profesional y personal. Son los compañeros los primeros que lo notan.
- f) Existe una fase irreversible: Entre un 5 y 10% de los médicos, el síndrome adquiere tal virulencia que resulta irreversible y hoy por hoy la única solución es el abandono de la asistencia.

Reiteramos y clarificamos: el síndrome se manifiesta de manera psicosomática y conductual.

De 1989 a 1993, el Centro para el Control y Prevención de la Enfermedad de Estados Unidos (CDC) emprendió uno de los primeros estudios a fin de determinar la extensión de la enfermedad. Se pidió a facultativos de cuatro ciudades de Estados Unidos que enviaran posibles pacientes para una evaluación clínica.

El estudio reveló que de 4 a 8,7 de cada 100.000 estadounidenses de 18 años o mayores que reciben atención médica padecen el SDP. Sin embargo, esta valoración inicial resultó ser un cálculo demasiado bajo que no reflejaba la realidad de la población norteamericana, pues no se seleccionaron al azar los lugares donde se tomaron las muestras de población.

Un estudio reciente llevado a cabo en la región de Seattle reveló que de 75 a 265 de cada 100.000 personas sufren la enfermedad. Este resultado es similar al obtenido en San Francisco: 200 de cada 100.000 personas (con un cuadro clínico similar al Síndrome de Burnout, pero sin diagnóstico clínico). En general se calcula que en Estados Unidos medio millón de personas presentan un cuadro sintomático similar al Síndrome de Burnout.

En la actualidad, las pruebas indican que el Síndrome de Burnout afecta a todos los grupos raciales y étnicos, así como a ambos sexos. El estudio de Seattle reveló que el 59% de los pacientes eran mujeres.

Aproximaciones teóricas

Los modelos elaborados desde consideraciones psicosociales para explicar el síndrome de quemarse por el trabajo pueden ser clasificados en tres grupos (Gil-Monte y Peyró 1997). El primer grupo incluye los modelos

desarrollados en el marco de la teoría sociocognitiva del yo. Se caracterizan por otorgar a las variables del self (v.g. autoeficacia, autoconfianza, autoconcepto, etc) un papel central para explicar el desarrollo del síndrome. Uno de los modelos representativos de este grupo es el modelo de competencia social de Harrison (1983).

Según Harrison la competencia y eficacia percibida son variables clave en el desarrollo de este proceso. La mayoría de los individuos que empiezan a trabajar en profesiones de servicios de ayuda están altamente motivados para ayudar a los demás y tienen un sentimiento elevado de altruismo. Esta motivación junto con la presencia de factores de ayuda o factores barrera van a determinar la eficacia del individuo en la consecución de sus objetivos laborales. Altos niveles de motivación junto con la presencia de factores de ayuda aumentan la eficacia percibida y los sentimientos de competencia social del individuo. Por el contrario, los factores barrera (ausencia de objetivos laborales realistas, disfunciones del rol, ausencia o escasez de recursos, sobrecarga laboral, conflictos interpersonales, etc.) dificultan la consecución de los objetivos, disminuyen los sentimientos de autoeficacia y, con el tiempo, se origina el síndrome de quemarse por el trabajo.

Un segundo grupo recoge los modelos elaborados desde las teorías del intercambio social. Estos modelos consideran que el síndrome de quemarse por el trabajo tiene su etiología en las percepciones de falta de equidad o falta de ganancia que desarrollan los individuos como resultado del proceso de comparación social cuando establecen relaciones interpersonales. Por ejemplo, para Baunk y Schaufeli (1993) el síndrome de quemarse por el trabajo tiene una doble etiología: los procesos de intercambio social con las personas a las que se atiende y los procesos de afiliación y comparación social con los compañeros de trabajo. En relación a los procesos de intercambio social, identifican tres fuentes de estrés relevantes: la incertidumbre (falta de claridad sobre lo que uno siente y piensa sobre como debe actuar), la percepción de equidad (equilibrio percibido entre lo que las personas dan y lo que reciben en el transcurso de sus relaciones), y la falta de control (posibilidad del individuo de controlar los resultados de sus acciones laborales). En relación a los procesos de afiliación social y compara la relación con los compañeros, es crucial en el desarrollo del síndrome la falta de apoyo social en el trabajo por

miedo a las críticas o a ser tachado de incompetente. Los profesionales de salud pueden rehuir el apoyo social porque puede suponer una amenaza para la autoestima. En el contexto de las organizaciones sanitarias también contribuye al desarrollo del síndrome de quemarse los procesos de afiliación social que originan situaciones de contagio del síndrome (profesionales que adoptan los síntomas del síndrome que perciben en sus compañeros). Además, la relación entre estas variables antecedentes y los sentimientos de quemarse por el trabajo está modulada por los sentimientos de autoestima, por los niveles de reactividad del individuo, y por la orientación en el intercambio.

Por último un tercer grupo considera los modelos elaborados desde la teoría organizacional. Estos modelos incluyen como antecedentes del síndrome las disfunciones del rol, la falta de salud organizacional, la estructura, la cultura y el clima organizacional. Son modelos que se caracterizan porque enfatizan la importancia de los estresores del contexto de la organización y de las estrategias de afrontamiento empleadas ante la experiencia de quemarse. Un modelo característico de este grupo es el modelo de Winnubst (1993), que resalta la importancia de la estructura, la cultura y el clima organizacional como variables clave en la etiología del síndrome. Los antecedentes del síndrome varían dependiendo del tipo de estructura organizacional y de la institucionalización del apoyo social. En las burocracias mecánicas, el síndrome de quemarse por el trabajo es causado por el agotamiento emocional diario consecuencia de la rutina, por la monotonía y por la falta de control derivadas de la estructura. Pero, en las burocracias profesionalizadas (por ejemplo hospitales y centros de salud), el síndrome está causado por la relativa laxitud de la estructura organizacional que conlleva una confrontación continua con los demás miembros de la organización, y que origina disfunciones en el rol y conflictos interpersonales.

Maslach creó entonces una escala la cual actualmente es el principal instrumento de investigación manifestándose que tiene una consistencia interna alta y fiabilidad cercana a los 0.9. Consta de 22 puntos en subescalas que miden cada uno de sus principales manifestaciones considerando el desgaste profesional como una variable continua con diferentes grados de intensidad.

La labor médica se encuentra inmersa, como se ha observado, en este problema. Es por definición una profesión asistencial, en la que el conocimiento es puesto al servicio de los demás con el fin de ayudar. Es claro entonces que el médico se vea afectado.

Estudios se han hecho ya de lo anterior, dentro de los cuales los resultados de la asociación médica Finlandesa en 1988 llaman la atención habiendo observado mayor prevalencia del síndrome de Desgaste en médicos oncólogos, neumólogos, generales, de medicina del trabajo y Psiquiatras en los que la mayor parte fue observado en paidopsiquiatras, la literatura sobre el tema es cada día más voluminosa, uno de los inconvenientes para abordar este estudio, ha sido la inexistencia de un marco estructurado, ya que la mayoría se han centrado en áreas muy concretas, tales como el estudio de factores organizacionales, predisposicionales, sociodemográficos, acontecimientos vitales y familiares estresantes, o sobre aspectos relacionados con la salud.

Es fundamental comprender la evolución clínica del Síndrome de Burnout a fin de facilitar la comunicación entre médico y paciente, evaluar posibles tratamientos nuevos y abordar asuntos referentes a seguros y discapacidad. La evolución clínica de la enfermedad varía considerablemente. Se desconoce el porcentaje real de pacientes recuperados, incluso sigue siendo tema de debate lo que se entiende por recuperación. Hay pacientes que se recuperan hasta el punto de reanudar su actividad laboral, pero siguen experimentando diversos síntomas (periódicos o no). Algunos con el tiempo se recuperan completamente y otros empeoran. La enfermedad suele seguir una evolución cíclica, alternándose períodos de relativo bienestar con los de enfermedad. La recuperación la define el propio paciente y tal vez no signifique una desaparición completa de los síntomas. Estudios revelan que la posibilidad de recuperación es del 31,4% durante los primeros cinco años de enfermedad y del 48,1% durante los primeros diez. No se detectaron características que hicieran que unos se recuperaran con mayor rapidez que otros. Los síntomas más frecuentemente observados en la aparición de la enfermedad fueron faringitis o amigdalitis, fiebre, nódulos linfáticos sensibles y mialgias.

Es por lo anterior que consideramos como adecuado estudiar el fenómeno en nuestra población, de manera que se puedan identificar las

causas del mismo en nuestro medio e incidir sobre las mismas, ayudando de manera integral al mejoramiento de las expectativas individuales, así como la calidad y calidez de la atención para con los usuarios.

JUSTIFICACIÓN:

Se estudiará la evolución del Síndrome de desgaste profesional en la población psiquiátrica de residentes de cuarto año en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez ya evaluados en su primer grado para analizar y con el fin de conocer la historia natural de cada una de las manifestaciones evaluando cada una de las escalas realizadas a su ingreso y actualmente y así tratar de proveer de mecanismos de ataque para mejorar el desempeño personal del profesional.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

(Pregunta de investigación, Hipótesis):

¿Existe algún cambio en las calificaciones obtenidas en el cuestionario de Maslach para Síndrome de Burnout en el primer y cuarto año de la Residencia en Psiquiatría?

OBJETIVO PRINCIPAL:

Describir y comparar la presencia del Síndrome de Burnout en residentes del primer año de especialización y el cuarto año, así como determinar su relación con la presencia de depresión y ansiedad.

OBJETIVOS SECUNDARIOS:

- Describir y comparar la frecuencia y la severidad del Síndrome de Burnout por indicadores en el primer año y cuarto de la especialidad.
- Describir la relación del Síndrome de Burnout con factores sociodemográficos, clínicos, depresión y ansiedad.

CLASIFICACION DEL ESTUDIO (DISEÑO):

Se realiza una cohorte (longitudinal y prospectivo)

MATERIAL Y METODO:

Población objetivo: Residentes de cuarto año del hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez (Generación 2002-2006) (n=20)

Criterios de inclusión al estudio:

- a) Se incluyen hombres y mujeres
- b) Que estén realizando la especialidad en psiquiatría en el Hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez entre el 2002-2006
- c) Que concluyan en forma adecuada las dos observaciones por unan de estudio
- d) Aceptar participar en el estudio

Criterios de exclusión del estudio:

- a) No aceptar participar en el estudio

Material:

1. Cuestionario diseñado *ad Hoc*, para la recolección de datos sociodemográficos, horario de actividades y factores clínicos.
- 2.- Escala de Depresión de Zung, que es un instrumento clinimétrico que consta de 20 rubros (reactivos) que se califican por medio de una escala tipo licker de cuatro categorías, con un rango de puntaje de 1 a 4, reportando como resultado un puntaje total que categoriza a los pacientes en tres niveles de severidad de la depresión.
- 3.- Escala de ansiedad de Sheehan, que es un índice que evalúa dos indicadores: ansiedad exógena y endógena. El primero se mide por medio de 11 rubros (reactivos) y el segundo por medio de 35, aunque ambos se califican por medio de una escala tipo licker de 5 categorías, con un rango de puntaje de 1 a 5, reportando como resultado un puntaje total que categoriza a los pacientes en cuatro niveles de severidad de la ansiedad.
- 4.- Escala de Maslach para Evaluación del Síndrome de Burnout o SDP, el cual es un índice que evalúa por medio de 22 reactivos tres indicadores: Agotamiento emocional, despersonalización y realización personal, que se califican con una escala tipo licker de X categorías, co un rango de puntaje de 1 a 6. Proporciona un puntaje por cada indicador. El criterio para considerar que los sujetos bajo estudio presentan el síndrome es que reporten un nivel alto de agotamiento emocional y despersonalización, y un nivel bajo en realización personal.

Procedimiento: Se recabará la información del cuestionario sociodemográfico, y de los resultados de la escala de Zung para depresión, la escala de Sheehan para ansiedad, así como la escala de Maslach para síndrome de Burnout o Desgaste Profesional, que se aplicaron a los residentes de la generación 2002-2006 durante el primer y cuarto año de la Residencia en Psiquiatría.

Análisis: Se aplicó estadística descriptiva o de resumen (medias, desviación estándar, rangos y porcentajes), la comparación entre grupos por tiempo de evaluación, se realizó por medio de comparación de medias (prueba "t" de student) y por medio de comparación de porcentajes (prueba X^2), y el análisis para describir la relación del Síndrome con los factores sociodemográficos, de horario de actividades y clínicos, se realizó por medio de coeficientes de correlación de Spearman

Tiempo de estudio: cuatro años.

Cuadro 1.- Características sociodemográficas y clínicas de los sujetos estudiados (n=18)

		n	%	χ^2	gl	p
Sexo	Masculino	7	39	8	2	.01
	Femenino	11	61			
Edad		media	ds	min	max	
		25	1.05	24	27	
Edo. Civil	Soltero	17	94	8	1	.004
	Casado	1	6			
Pareja	Sin pareja	7	39	8	2	.01
	Con pareja	11	61			
Hijos	No	16	89	7	2	.01
	Si	2	11			
Proveedor	Residente	4	22	8	2	.01
	Padre	11	61			
	Madre	3	17			
Personas dep.	No	16	89	3	1	.06
	Si	2	11			
Residencia	Provincia	7	39	5	1	.02
	D.F.	11	61			
Proble. economicos		3	17	4	1	.04
Deportes	Negativo	10	56			
Cos. De alcohol	Negativo	12	66			
Tabaquismo	Negativo	12	66			
	Positivo	3	17			
Enf. Crónicas		3	17			
		2	11			

Cuadro 2.- Características del horario de los sujetos estudiados (n=18)

	Prom	ds	min	max
Horas de Sueño	5	1.21	4	8
Horas de Esparcimiento	2	.96	0	4
Horas de Estudio	10	5.06	2	20
Horas Jornada de Prácticas Clínicas	9	2.17	8	16
Tiempo de Transporte Hogar-Hospital (minutos)	56	33.78	15	120
Ejercicio Profesional (meses)	39	27.38	0	96

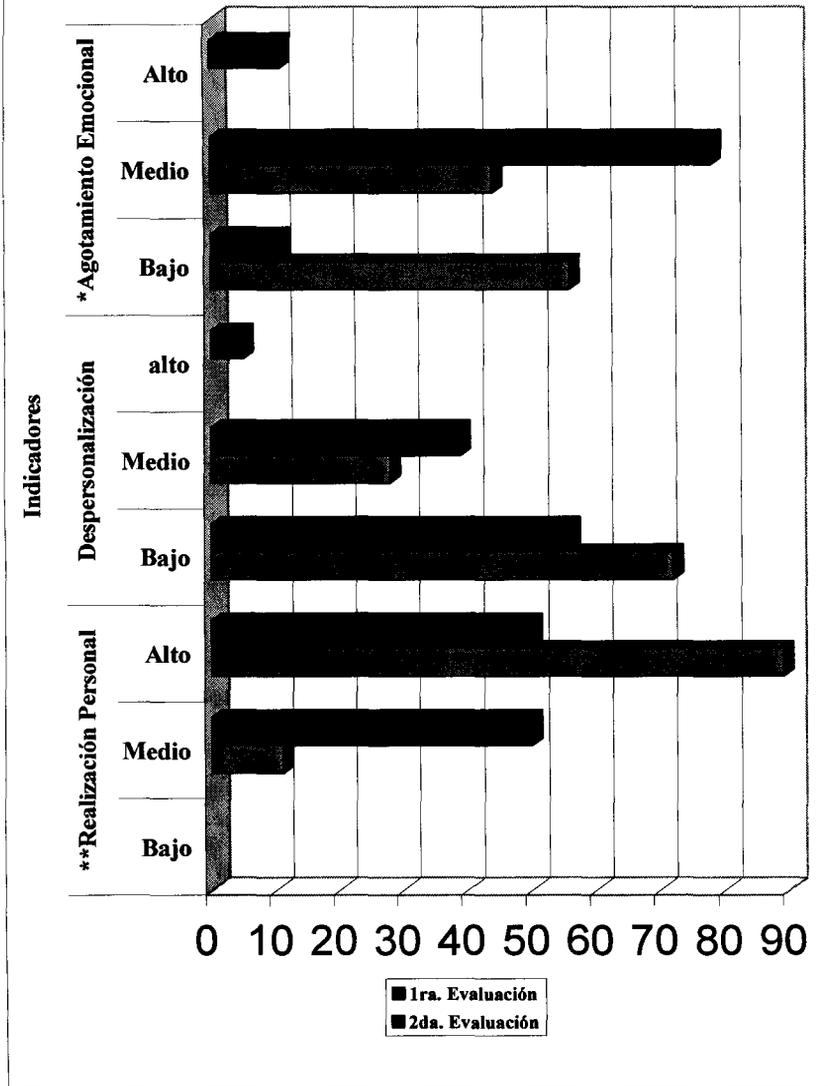
Cuadro 3.- Puntajes obtenidos en los instrumentos aplicados (n=18)

	Primera Evaluación				Segunda Evaluación				"t" (gl=34)	p
	media	ds	min	max	media	ds	min	max		
an I	25	1.05	24	27	48	3.34	43	55	5.05	.000
an II	1.22	1.21	0	4	1.06	.93	0	3		
	1.33	.84	0	3	1.06	.63	0	3		
miento Emocional	24	11.84	7	53	14	8.98	1	37	2.71	.01
rsonalización	7.28	6.11	0	23	4	4.08	0	15		
ación Personal	35	8.10	24	48	41	5.16	27	48	-2.81	.008

Cuadro 4.- Niveles de depresión y ansiedad en los sujetos estudiada (n=18)

	Primera Evaluación		Segunda Evaluación		X ²	gl	p
	n	%	n	%			
Zung							
Depresión							
Normal	2	11	14	78	3	1	.05
Leve	14	78	4	22			
Moderado	2	11					
Sheehan I							
Ansiedad endógena							
leve	18	100	18	100			
Sheehan II							
Ansiedad exógena							
leve	18	100	18	100			

Grafica 1.- Niveles reportados en cada indicador del Síndrome de Burnout por grupo de evaluación (n=18)



* [$\chi^2=8$ (2), p.01]
 ** [$\chi^2=6$ (1), p.01]

Cuadro 5.- Promedio porcentualizado reportado en cada indicador del síndrome de Burnout
Por grupo de Evaluación (n=18)

	1ra. Evaluación			2da. Evaluación		
	prom.	ds	Int.	prom	ds	Int.
Funcionamiento Emocional	44	21	Medio	26	16	Medio
Despersonalización	24	20	Bajo	15	13	Bajo
Realización Personal	73	16	Medio	86	10	Alto

Cuadro 6.- Relaciones significativas del Síndrome de Burnout y cada uno de sus indicadores con factores sociodemográficos, clínicos, depresión y ansiedad (n=18)

SDP total	r	p
Deportes	.34	.03
Consumo de alcohol	.41	.01
Sheehan II	.41	.01
Agotamiento Emocional		
Edad	-.39	.01
Horas de Esparcimiento	-.43	.009
Ejercicio Profesional	-.40	.01
Sheehan I	.33	.04
SheehanII	.42	.01
Despersonalización		
Deportes	.35	.03
Horas Esparcimiento	-.45	.005
Sheehan I	.32	.05
Realización Personal		
Edad	.39	.01
Horas Esparcimiento	.39	.01
Ejercicio Profesional	.33	.04

RESULTADOS

La población de estudio se integró de 18 residentes, de los cuales más de la mitad eran femeninos [$X^2= 8(2)$, $p.01$]. En términos generales la muestra se encontraba en la tercera década de la vida, con un mínimo de 24 y un máximo de 27 años de edad. En forma significativa la mayoría eran solteros [$X^2= 8(1)$, $p.004$], aunque más de la mitad tenían pareja [$X^2= 8(2)$, $p.01$], y más del 80% no tenían hijos [$X^2= 7(2)$, $p.01$]. Sin embargo en forma significativa, más del 80% aún se consideraban dependientes [$X^2= 8(2)$, $p.01$], y en la mayoría de los casos del padre. En forma casi significativa, más del 80% de los sujetos estudiados no contaban con personas dependientes [$X^2= 3(1)$, $p.06$]. En forma significativa más de la mitad eran originarios del D.F. [$X^2= 5(1)$, $p.02$]. Más de la mitad no practica algún reporte; pero no consumen ni bebidas alcohólicas ni tabaco, y casi la mayoría cuenta con buen estado de salud y no padece enfermedades crónicas (Cuadro 1).

El cuadro 2 nos muestra las características por horario de algunas de las actividades de los sujetos estudiados; así observamos que en promedio duermen menos del tiempo requerido para considerar al sueño como reparador. Reportan casi doce horas dedicadas al estudio y un mínimo de horas dedicadas al esparcimiento. Las horas de jornadas para practicas clínicas casi no exceden al número de horas de una jornada normal de trabajo (8 horas), aunque reportaron entre 15 minutos y dos horas invertidas en el traslado de su domicilio al trabajo, con una media de casi una hora. Los sujetos reportaron que dedican al ejercicio profesional 39 horas en promedio al mes.

Los puntajes obtenidos en los instrumentos aplicados se describen en el cuadro 3, considerando a la variable como numérica continúa. En la Escala para depresión de Zung se observó una media de 25 puntos en la primera evaluación, puntaje que se incremento en la segunda casi al doble, resultando esta diferencia significativa estadísticamente [$t= 5.05(34)$, $p.000$], no obstante las dos puntuaciones resultaron equivalentes a ausencia de depresión. En la escala de ansiedad endógena de Sheehan I se reportaron medias casi iguales en ambas evaluaciones, las que resultaron positivas para ansiedad endógena media, aunque en la segunda evaluación se observó una discreta disminución en el puntaje. En la escala de Sheehan II de ansiedad exógena también se

reportaron puntajes similares, los que resultaron equivalentes a una ansiedad exógena media, aunque también en la segunda el puntaje disminuyó. En el cuadro 4 se describen los resultados en estos mismos instrumentos considerando a la depresión y a la ansiedad como variables categóricas en relación a su severidad. Así observamos que en forma significativa casi el 80% de los sujetos estudiados cumplían el puntaje para presencia de depresión leve y más del 10% para depresión moderada, aunque esto disminuyó en forma significativa en la segunda evaluación, observándose que casi el 80% de los sujetos en ese momento se reportaron con un estado normal en su ánimo [$\chi^2=3(1)$, p.05]. En relación a la ansiedad endógena y exógena, los sujetos presentaron un nivel de ansiedad leve en los dos indicadores, aspecto que resulto consistente en la segunda evaluación.

En la gráfica 1 se describen los resultados para el cuestionario de Maslach, considerando la severidad porcentualizada en cada uno de sus indicadores. Podemos observar que casi el 80% de la muestra reportaron un agotamiento emocional medio en la primera evaluación, el cual disminuyó en forma significativa en la segunda [$\chi^2=8(2)$, p.01]. A nivel de la despersonalización más de la mitad reporto un nivel bajo en la primera evaluación, que se incremento a un 70% en la segunda, diferencia que resulto estadísticamente significativa [$\chi^2=6(1)$, p.01]. En el cuadro 4 se presentan los resultados en este cuestionario considerando las medias. En el indicador de funcionamiento emocional se observó una media de 24 puntos, que disminuyó casi a la mitad en la segunda, diferencia que resulto significativa [$t=2.71(34)$, p.01]; en el área de despersonalización se observo una media de 7.28, que disminuyó casi a la mitad en la segunda evaluación, aunque esta diferencia no resulto estadísticamente significativa; y por último en realización personal se observo una media de 35, que se incremento en forma significativa en la segunda evaluación [$t=-2.81(34)$, p.008]. En general Los sujetos reportaron un agotamiento emocional de nivel medio, una despersonalización de bajo y una realización personal de medio en la primera evaluación, por que lo que no cumplieron el criterio para presencia del SDP, modificándose solo el nivel de la realización personal en la segunda evaluación, que se incremento a nivel alto, aunque esto no resulto significativo estadísticamente, tampoco sin cumplir el criterio para presencia del SDP (cuadro 5).

En el cuadro 6 se describen las relaciones del síndrome con factores sociodemográficos, de horario de actividades y clínicos. El deporte mostró relación con el síndrome [$r=.34(18)$, $p.03$], y la despersonalización [$r=.35(18)$, $p.03$], Sheehan II mostró relación con el síndrome [$r=.41(18)$, $p.01$], y el funcionamiento emocional. Sheehan I mostró relación con el funcionamiento emocional [$r=.33(18)$, $p.04$] y con la despersonalización [$r=.32(18)$, $p.05$]. La edad mostró relación con el síndrome [$r=.39(18)$, $p.01$], y la realización personal [$r=.39(18)$, $p.01$]. Las horas de esparcimiento mostraron relación con el funcionamiento emocional [$r=.43(18)$, $p.009$] y realización personal [$r=.39(18)$, $p.01$]. Los meses de ejercicio profesional mostraron relación con el funcionamiento emocional [$r=.40(18)$, $p.01$] y con la realización personal [$r=.33(18)$, $p.04$].

DISCUSIÓN

Nuestra población es similar a la reportada por otros autores en sus estudios en relación a los factores sociodemográficos, por ejemplo en la Revista española de Salud Pública, y aunque nuestra población es pequeña coincide en ser un mayor número de mujeres. En un inicio los casos positivos a SDP, entran en el rango de edad descrito que es en los primeros años de carrera profesional, que corresponde al período de transición de las expectativas idealistas hacia la práctica cotidiana, aprendiéndose en este tiempo que tanto las recompensas personales, profesionales y económicas, no son ni las prometidas ni esperadas. El estado civil se ha asociado el síndrome, se ha descrito que las personas solteras tienen mayor cansancio emocional, menor realización personal y mayor despersonalización que aquellas que conviven con parejas estables. Un estudio realizado en España (1998) concluye que el perfil epidemiológico de una persona que puede desarrollar el SDP, sería: mujer de más de 25 años, sin pareja estable, con más de 3 años de atención especializada y más de 21 pacientes diarios a su cargo. Al hablar de horarios también se menciona en un artículo publicado en el año 2003 en Barcelona que la turnicidad laboral, la sobrecarga laboral y las pocas horas de esparcimiento son factores predisponentes para el síndrome, factores que encontramos también en nuestro estudio. Aunque el promedio de tiempo de labores es de nueve horas, hay que tomar en cuenta que también se le suma el

horario de estudio, que en total sería de 19hrs al día. En cuanto a lo publicado en la Revista Iberoamericana de Educación y en un artículo llamado el Síndrome de estar quemado por el trabajo se mencionan además de los factores sociodemográficos, los motivacionales ya que según este artículo durante el desarrollo del SDP se pueden presentar tanto ansiedad como depresión, aspecto que se observó en nuestro estudio ya que encontramos variaciones en la severidad de la depresión desde el inicio al término del estudio, y los niveles medios de ansiedad observado fueron consistentes durante el estudio; y ya tratando el tema del desarrollo del SDP coincidimos con varios autores. Un ejemplo de un estudio realizado en una investigación con docentes universitarios sobre el afrontamiento del estrés laboral y el SDP, publicado en la Revista Iberoamericana de Educación, y en un estudio realizado en el año 2004 en el IMSS, donde se menciona que el grado de agotamiento emocional y despersonalización terminan siendo inversamente proporcionales al grado de realización personal y en nuestro estudio encontramos al inicio nivel medio de agotamiento físico y despersonalización así como bajo en realización personal, y en la segunda evaluación aumentó notablemente la realización personal, lo que determinó que no se puntuara para el síndrome.

Por último en cuanto a los factores asociados al SDP y a cada una de las categorías se encuentran el consumo de alcohol, la ansiedad, edad, las pocas horas de esparcimiento, los años de ejercicio profesional y las altas jornadas de trabajo y estudio coincidiendo con múltiples estudios en donde en la mayoría de estos menciona estos factores como predisponentes como es el caso de las Revistas españolas, artículos realizados en el IMSS, en algunos hospitales particulares, en Facultades de Psicología y Psiquiatría en personal de enfermería médicos generales, especialistas y residentes.

CONCLUSIONES

Es por lo anterior que consideramos como adecuado estudiar el fenómeno en nuestra población ya que es a través de este estudio que podemos darnos cuenta de que si existe el SDP en los residentes ya que en estos se observa una gran carga de trabajo a nivel institucional, siendo cada año responsabilidad de los mismos la formación de los nuevos residentes en quienes se debe observar cada uno de los factores aquí estudiados para el SDP de manera que se puedan identificar las causas del mismo en nuestro medio e incidir sobre las mismas, ayudando de manera integral al mejoramiento de las expectativas individuales, así como la calidad y calidez de la atención para con los usuarios, intentando medidas de prevención basadas en un clima de puertas abiertas y comunicación, orientar las labores tanto individuales como de grupo, valorar el trabajo por los resultados y no por factores tradicionales como horas de presencia en el lugar de trabajo, valorar el desarrollo profesional, conocer las manifestaciones del personal tanto a nivel laboral como personal dando el apoyo necesario. Poco se conoce de la evolución de este Síndrome por esto el interés en darle seguimiento a los casos existentes ya que conociendo esta podemos actuar sobre los factores que influyeron para su aparición y ya que en algunos factores sociodemográficos así como al inicio del estudio fue clara la relación del síndrome con depresión y ansiedad y los factores y no todo es susceptible de modificar deben buscarse aquellas en las que las intervenciones sencillas logren disminuir signos y síntomas y mejorar el desempeño del psiquiatra en formación para y por sus pacientes, de tal manera que sean aplicables para el mejoramiento global.

BIBLIOGRAFÍA

1. Burke R, Greenglass E. Work stress, role conflict, social support and psychological burnout among teachers. *Psychological Reports* 1993; 73:371-80.
2. Da Silva H, Vega D, Urdaniz P. Estudio del síndrome del desgaste profesional entre los profesionales sanitarios de un hospital general. *Actas españolas Psiquiátricas* 1999; 27 (5): 310-20.
3. Mingote, J.C; Síndrome de Burnout en los profesionales de la salud, *Psicología y Psicopedagogía*, Publicación virtual de la Facultad de psicología y Psicopedagogía de la USAL, 2, No.5, El Salvador, sitio Web www.salvador.edu
4. Capilla Pueyo, R., El Síndrome de Burnout o Desgaste Profesional, *JANO*, volumen 58 No. 1334 Pag 56-58, Marzo 2000, sitio Web DB. DOYMA. ES
5. Sánchez, A; De Lucas, N; García Ochoa, M et al; Estrés laboral en el profesional de un servicio de emergencias prehospitalario; Hospital Gregorio Marañón, Madrid 2001, sitio web o *Emergencias* 2001, 13, 170-75.
6. Sadock B; Kaplan, H; compendio de *Psiquiatría*; Salvat 1998, México.
7. Cueva de la J, Fuente de la M, Ruíz Benítez. Desgaste profesional y clima laboral en atención primaria. *Boletín de la Universidad de Tenerife*.
8. Grajales GT. Estudio de la validez factorial del Maslach Burnout Inventory. Versión Española en una población de profesionales mexicanos. *Instrumentos de medición* 2000:10.
9. Genaro Reyna Olivera, Jesús Gutierrez Aguilar, Miguel Herrera Estrella, Síndrome de desgaste profesional en residentes del primer año de *Psiquiatría del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez*; *Psiquis (México)*, Vol. 13 núm. 4, 2004
10. Gil-Monte, P.R. (2000) . Aproximaciones psicosociales y estudios sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Monográfico. *Revista psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 16(2):101-102.
11. Schaufeli, W.B., Maslach. C y Marek, T. (Eds., 1993). *Professional burnout developments in theory and research*. London: Taylor&Francis.
12. Pedro R. Gil-Monte, Ph.D. El Síndrome de quemarse por el trabajo (Síndrome de Burnout) aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención. Departamento de Psicología Social y Organizacional. Facultad of Psicología-Universidad de Valencia-España. www.psicologiacientifica.com&2004
13. El síndrome "burnout": estar quemado, a la española. Expansión y empleo. www.Expansiónyempleo.com/edición/componentes/noticia
14. Juan Carlos Atance Martínez. Aspectos Epidemiológicos del Síndrome de Burnout en personal sanitario. *Revista Española de Salud Pública*, Vol.71 n.3 Madrid May/June 1997.
15. Pedro R Gil-Monte. Factorial validity of the Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS) among Spanish professionals. *Rev Saude Pública* 2005; 39 (1):1-8 Departamento de Psicología, Universidad de Valencia. Valencia. España. www.fsp.usp.br/rsp.

16. R. Serra Budoy, T. Faura Vendrell y M. Roigé Boté. La desmoralización (burnout) en el personal sanitario. Psicología de la personalidad, 2da ed. Madrid: UNED 1996.
17. Burnout síndrome among Mexican hospital nursery staff. Laura Silva, Cabrera Gutiérrez y cols. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, Vol. 43 número 1 enero-febrero 2005.
18. Hidalgo Rodrigo I, Díaz González R.J. Estudio de la influencia de los factores laborales y sociodemográficos en el desarrollo del Síndrome de agotamiento profesional en el área de medicina especializada del Insalud de Avila. Med. Clin. (Barc). 1994; 103: 408-412.
19. Solomon L, Reeves WC. Factors influencing the diagnosis of chronic fatigue syndrome. Arch Intern Med. 2004 Nov 8;164(20):2241-5.
20. White PD. What causes chronic fatigue syndrome? BMJ. 2004 Oct23;329(7472):928-9.