



**GOBIERNO DEL DISTRITO**



---

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN**

**SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL  
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN  
SUBDIRECCIÓN DE POSTGRADO E INVESTIGACION**

**CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN  
ANESTESIOLOGÍA**

**EL SÍNDROME DE BURNOUT  
EN EL MÉDICO ANESTESIÓLOGO DEL  
HOSPITAL GENERAL DR. RUBÉN LEÑERO**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA**

**PRESENTA  
DRA. ANA LILIA RODRÍGUEZ GUTIÉRREZ**

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

**DIRECTORES DE TESIS: DRA. MARIA MARICELA ANGUIANO GARCIA  
DR. JAIME RIVERA FLORES**



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.



**GOBIERNO DEL DISTRITO**



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN**

**SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL  
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN  
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACION**

**CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN  
ANESTESIOLOGÍA**

**EL SÍNDROME DE BURNOUT  
EN EL MÉDICO ANESTESIOLOGO DEL HOSPITAL  
GENERAL DR. RUBÉN LEÑERO**

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
ANESTESIOLOGÍA  
PRESENTADO POR  
DRA. ANA LILIA RODRÍGUEZ GUTIÉRREZ**

**DIRECTORES DE TESIS: DRA. MARIA MARICELA ANGUAINO GARCIA  
DR. JAIME RIVERA FLORES**

**SINDROME DE BURNOUT EN EL MEDICO ANESTESIOLOGO DEL HOSPITAL  
GENERAL DR. RUBEN LEÑERO**

DRA. ANA LILIA RODRIGUEZ GUTIERREZ

Vo. Bo.

DRA. MARIA MARICELA ANGUIANO GARCIA

---

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN ANESTESIOLOGIA

Vo. Bo.

DR. ANTONIO FRAGA MOURET

---

DIRECTOR DE EDUCACION E INVESTIGACION

EL SINDROME DE BURNOUT EN EL MEDICO ANESTESIOLOGO DEL HOSPITAL  
GENERAL DR. RUBEN LEÑERO

DRA. ANA LILIA RODRIGUEZ GUTIERREZ

DIRECTORA DE TESIS  
Vo. Bo.

---

DRA. MARIA MARICELA ANGUIANO GARCIA  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO  
DE ESPECIALIZACION EN ANESTESIOLOGIA

DIRECTOR DE TESIS  
Vo. Bo.

---

DR. JAIME RIVERA FLORES  
MEDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA  
HOSPITAL GENERAL BALBUENA

## **DEDICATORIAS**

A Dios por haberme dado la oportunidad de llegar a la meta.

A mis padres y hermanos por su apoyo y amor eterno.

A mis maestros por compartir sus experiencias, su tiempo y su amistad.

A mis compañeros residentes por su amistad y por hacer más llevaderos esos momentos difíciles y de cansancio.

Al Dr. Rivera por su paciencia, sus enseñanzas, su amistad y por compartir guardia con guardia el mundo de la Anestesiología.

A la Dra. Anguiano por recibirme en el curso de Anestesiología, por su amistad sus experiencias invaluable y por ser un pilar en mi formación como especialista.

A mi esposo y a mi hija que son mi máxima inspiración y el motor de mi vida.

## ÍNDICE

PAG.

I. Resumen

II. Introducción

1

III. Material y Métodos

47

IV. Resultados

52

V. Discusión

58

VI. Conclusiones

62

VII. Referencias Bibliográficas

89

VIII. Anexos

## RESUMEN

El síndrome de Burnout es un problema social y de salud pública de primer orden. Maslach y Jackson ( 1976) lo definen como “un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas”.

El médico está en riesgo de experimentar “**Síndrome de Burnout**”, que agota sus recursos físicos y emocionales, afectando su salud y/o el bienestar del paciente.

El objetivo de este estudio fue investigar la frecuencia de este síndrome en médicos adscritos y residentes de la especialidad de anestesiología, así como las características sociodemográficas asociadas.

Material y método. Se aplicó el cuestionario de Maslach a 19 médicos anestesiólogos adscritos y 41 residentes de la especialidad de anestesiología en el Hospital General Dr. Rubén Leñero SSDF, aplicado en febrero del 2004. Se estudiaron variables sociodemográficas asociadas. Se efectuó análisis de  $\text{Chi}^2$  y multivariado mediante regresión logística.

Resultados. Ningún médico especialista experimentaba “**Síndrome de Burnout**”; sin embargo tuvieron puntuaciones elevadas en la dimensión de cansancio emocional ( $17.89 \pm 9.5$  de). Este síndrome se encontró en 17% de los residentes. Como variables significativas asociadas se encontraron las actividades extraprofesionales ( $\text{Chi}^2 = 6.25, p < 0.05$ ), períodos vacacionales ( $\text{Chi}^2 = 0.004, -2 \text{ LL} = 11.4$ ) y días de descanso ( $\text{Chi}^2 = 0.04, -2 \text{ LL} = 3.8$ ).



Conclusión. Es de suma importancia para los médicos que conozcan la existencia de este síndrome y sus manifestaciones ya que se presenta bajo síntomas específicos y estos son habituales, las evidencias que afectan a los médicos en el inicio de la aparición de esta enfermedad, se reconocen en varias etapas.

Palabras clave. Síndrome de Burnout, cuestionario de Maslach, médicos anesthesiólogos.

## INTRODUCCION

A pesar de que resulta innegable el importante progreso sobre la comprensión de las enfermedades y las intervenciones dedicadas a restaurar la salud, muchos médicos pierden interés en procurar su bienestar personal. Ellos se enfrentan a numerosas situaciones estresantes que incluyen regulaciones gubernamentales, demandas por negligencia, aspectos financieros y mantener un equilibrio entre sus responsabilidades personales y profesionales, entre otras.<sup>1</sup>

Aunque muchos médicos reconocen la existencia de estos factores, les resulta difícil comprender de qué manera repercuten en su salud. Después de todo, “las enfermedades pertenecen a los pacientes”<sup>2</sup>

Existen numerosas publicaciones en relación con el bienestar y calidad de vida de los pacientes; sin embargo, hasta hace pocos años se puso especial atención en el bienestar del médico clínico y, la forma en que el detrimento en su bienestar puede impactar o repercutir en la atención de sus pacientes.<sup>3</sup> Por lo cual, resulta muy importante comprender la prevalencia, causas y consecuencias de la sensación de agotamiento en el médico; asimismo, conocer y promover continuamente los factores que contribuyen a su bienestar.<sup>3</sup>

El cuidado de los pacientes constituye una labor estresante. El asumir la responsabilidad de la vida, conlleva tanto importantes beneficios como cargas psicológicas. Para el paciente, el beneficio claramente radica en la restauración de su salud, la posibilidad y esperanza de retornar a su estilo, actividades y calidad de vida. La carga emocional para

el reside en afrontar la posibilidad de fallecer o bien enfrentar dolor o algún tipo de discapacidad crónica. Por otra parte, para el médico, el beneficio radica en la enorme satisfacción personal y profesional de realizar un diagnóstico certero y un tratamiento correcto y conducir al paciente hacia la restauración de su salud. Asimismo, también existen numerosas publicaciones sobre la carga psicológica que esta labor conlleva para los médicos y que puede repercutir directamente sobre su bienestar .<sup>1</sup>

### **Definición y Antecedentes**

En la literatura médica internacional se comenzó a dar testimonio sobre el problema del agotamiento físico y psicológico en el médico aproximadamente hace 20 años. Diversas publicaciones reportaron la sensación de “**agotamiento profesional**” en una amplia gama de médicos clínicos con una prevalencia que oscila del 30% al 60% tanto en especialistas como en médicos generales .<sup>4</sup>

Aunque este problema también se presenta con relativa frecuencia en académicos, experimentando “agotamiento” entre 37% a 47%, resulta alarmante en la práctica médica privada cuya frecuencia oscila del 55% al 67%.

Anteriormente se pensaba que la sensación de “agotamiento profesional” correspondía a un fenómeno relacionado con médicos que ya tenían muchos años de ejercicio profesional; sin embargo, diversas investigaciones señalaron posteriormente que los médicos jóvenes padecen casi el doble de incidencia de “**agotamiento profesional**” en comparación con sus colegas de mayor edad y que incluso puede iniciar desde la residencia médica .<sup>5</sup>

El fenómeno de “**agotamiento profesional** ” o “**Síndrome de Burnout**” se describe como un tipo particular de estrés ocupacional prolongado que ocurre predominantemente en profesionales que laboran en áreas de atención a la salud o de atención social, caracterizándose por **agotamiento emocional, despersonalización y baja autoestima** que conduce a una disminución en la eficacia del trabajo <sup>6</sup>

El concepto de “**burnout**” comenzó como una descripción “coloquial” en relación con estrés ocupacional prolongado en trabajadores del área de atención a la salud. Es decir, este concepto se desarrolló a partir del campo de la observación y no inició como un modelo teórico <sup>1,6</sup>

Schaufeli y Enzman revisaron exhaustivamente la literatura y concluyeron que este fenómeno es sumamente antiguo. Sin embargo, fue “descubierto” hacia la mitad de la década de los años setentas y se refiere que a partir de entonces se han publicado más de 5, 500 artículos sobre el tema <sup>8</sup>.

En las primeras publicaciones sobre esta materia, se describió el fenómeno de “burnout”, y se identificó como una respuesta psicológica frecuente ante una situación de estrés ocupacional prolongado. Estos trabajos se basaron en la experiencia del personal que laboraba en áreas de atención a la salud, quienes enfrentaban factores estresantes tanto emocionales como interpersonales <sup>7</sup>

Los primeros artículos fueron publicados por Freudenberg en el año de 1975 y por Maslach en 1976. Freudenberg describió el concepto de “**burnout**” como una sensación que tanto él mismo como sus colegas experimentaban y consistía en agotamiento emocional, pérdida de motivación y compromiso profesional, etiquetándolo con un término que se utilizaba coloquialmente para referirse a los efectos del abuso crónico a las drogas: “**burnout**” ó “**quemado**” <sup>9</sup>

Maslach, por su parte, realizó numerosas entrevistas y encuestas en una amplia gama de profesionales en las áreas sociales en relación con el estrés emocional de su trabajo y cuáles eran las estrategias psicológicas a las que recurrían para conservar su identidad profesional y un eficiente desempeño laboral .<sup>10</sup>

En ese tiempo la mayoría de las investigaciones clínicas y sociales fueron descriptivas y de carácter cualitativo. Dichas investigaciones reflejaron la influencia de diversos factores sociales, económicos, históricos y culturales sobre el profesionalismo en estas áreas, así como su repercusión en la satisfacción laboral .<sup>11</sup>

Derivado de lo anterior, comenzó el interés por evaluar el “**Síndrome de Burnout**” y, para ello, se desarrollaron diversos instrumentos para intentar cuantificarlo. La escala que demostró tener mayor solidez psicométrica y que continúa vigente es el “Cuestionario de Maslach” (Maslach Burnout Inventory ó MBI) desarrollado por Maslach y Jackson en el año de 1981.<sup>10</sup>

En la década de los noventas, mediante un estudio de meta-análisis se demostró que cuando el estrés emocional se combina con ciertos problemas organizacionales, origina elevados índices de “**Síndrome de Burnout**” .<sup>8</sup>

A partir de su descripción y con fundamento en cientos de trabajos publicados sobre el tema, existe consenso de que el “**Síndrome de Burnout**” constituye un fenómeno complejo y multifactorial, en el cual la exposición a ciertas características “**psico-sociales**” adversas conducen a una respuesta “**psico-fisiológica**” desfavorable que eventualmente origina un estado de agotamiento, lo cual concuerda con la **Teoría General del Estrés** .<sup>12</sup>

## Causas del “Síndrome de Burnout”

Los factores que contribuyen al desarrollo del “**Síndrome de Burnout**” en el médico han sido estudiados de manera exhaustiva y existe evidencia del importante papel que desempeñan la sobrecarga laboral, el área de especialidad, el área laboral, las características de los pacientes, la privación del sueño, el tipo de personalidad del médico, el método de enfrentar la muerte/sufrimiento de los pacientes, los recursos para enfrentar errores médicos, demandas legales, el ambiente laboral y problemas para equilibrar las actividades del trabajo con las responsabilidades personales <sup>.13</sup> Estos factores se interponen entre las responsabilidades personales y profesionales –**situación denominada interferencia**- que al parecer representa el aspecto fundamental del “**Síndrome de Burnout**”.

Entre los aspectos laborales que contribuyen al “**burnout**” destacan el horario de la jornada laboral, la sobrecarga de trabajo, expectativas profesionales y relaciones con los compañeros de trabajo.

Los aspectos del hogar incluyen responsabilidades parentales, el horario y profesión de la pareja, así como la red de apoyo social <sup>.13</sup>

En un estudio realizado con 293 médicos residentes holandeses, se evidenció que la interferencia entre las responsabilidades trabajo-hogar explica la mayor cantidad de “**burnout**”, que cualquier actividad de estas áreas por separado. Así mismo, se señaló que los factores laborales contribuyen en mayor grado para dicha interferencia en comparación con los factores personales <sup>.14</sup>

En la Universidad de Washington se realizó una encuesta en la cual el 18% de los médicos residentes señalaron que la tensión en las relaciones interpersonales constituye la principal fuente de estrés y el 50% respondió tener una actitud de poner “en espera” su vida personal para poder cumplir con su entrenamiento profesional.

La creencia de que “La situación mejorará” cuando se concluya la residencia médica, se le considera un paradigma tan frecuente como peligroso. Está demostrado que los médicos quienes sacrifican su vida personal y la postergan considerando recuperarla después de su graduación, desafortunadamente nunca desarrollan las habilidades para priorizar valores o una filosofía de vida que integre las áreas profesional, personal y espiritual .<sup>15</sup>

### **Dimensiones del “Síndrome de Burnout”**

1. El agotamiento emocional constituye la dimensión central en el “**Síndrome de Burnout**” y representa su manifestación más frecuentemente.

La relación del “**Síndrome de Burnout**” con el agotamiento emocional conduce a que algunos autores consideren a las otras dos características como incidentales. Sin embargo, el hecho de que el agotamiento constituye un criterio necesario para el “**Síndrome de Burnout**”, no significa que sea suficiente.

Aunque el agotamiento emocional refleja la magnitud del estrés, no refleja los aspectos de las personas en relación con su trabajo .<sup>16</sup>

2. La despersonalización representa el intento por crear un distanciamiento emocional entre el médico y el paciente; de esta forma, las demandas de este último se tornan más “manejables” y “tolerables” cuando se les considera como objetos impersonales que forman parte del trabajo. Los individuos aplican el distanciamiento cognitivo mediante el desarrollo de una actitud negativa indiferente e incluso cínica.

3. La insatisfacción laboral (reducción en el desempeño laboral) en comparación con los otros dos aspectos del “**Síndrome de Burnout**” resulta un poco más compleja. Puede derivarse del agotamiento, del cinismo (despersonalización) o de ambos. Se considera que la pérdida de satisfacción laboral se origina por carencia de recursos psicológicos relevantes, mientras que el agotamiento y la despersonalización emergen por la sobrecarga laboral y conflicto social <sup>6</sup>.

### **Validez de discriminación del “Síndrome de Burnout”**

Numerosas publicaciones se han enfocado en la validez discriminativa del **“Síndrome de Burnout”** con otros constructos, tales como la depresión y la satisfacción laboral.

La diferencia entre el **“Síndrome de Burnout”** y la depresión fue establecida utilizando de manera simultánea tanto el MBI como diversos instrumentos para evaluar la depresión .17

Diversos autores enfatizan que el **“Síndrome de Burnout”** representa un fenómeno específico del contexto laboral y, la depresión tiende a abarcar todas las áreas individuo. Es decir, el **“Síndrome de Burnout”** se relaciona con el trabajo y es específico de una situación. Sin embargo, se sabe que individuos con factores de riesgo o tendencia a la depresión (con elevados índices de neurosis) son más vulnerables también para el desarrollo de **burnout** .17

Investigaciones adicionales apoyaron más la diferencia señalada, describiendo cinco elementos constitutivos del **“Síndrome de Burnout”**: 1) Predominio de síntomas disfóricos como agotamiento mental o emocional, fatiga y depresión. 2) Énfasis en los síntomas mentales y conductuales más que en los físicos. 3) Los síntomas se relacionan con el trabajo. 4) La sintomatología se desarrolla en un individuo “normal”, sin antecedentes de psicopatología. 5) La disminución en el desempeño y efectividad laboral se derivan de actitudes o conductas negativas.

Por otra parte, aunque existe una evidente correlación entre la satisfacción laboral y el **“Síndrome de Burnout”**; a la fecha se desconoce si la insatisfacción laboral conduce al **“burnout”**, o bien, la presencia de éste deriva en insatisfacción laboral .18



## **Factores situacionales del “Síndrome de Burnout”**

### **Características laborales**

Numerosas investigaciones apoyan la noción general de que el “**Síndrome de Burnout**” representa una respuesta a la sobrecarga de trabajo, que se relaciona principalmente con la dimensión de agotamiento emocional. Por otra parte, también se señala la importancia de las demandas cualitativas en el trabajo como los conflictos y ambigüedad que usualmente resultan de una falta de información para efectuar de manera correcta las actividades laborales. Dentro de este contexto laboral se señala también la falta de recursos laborales en relación con el apoyo de supervisión y de los colegas <sup>19</sup>.

En nuestro país, se realizó un estudio por Félix Acosta y cols., en la Clínica Hospital Mochis, Sonora. En dicho estudio se aplicó el MBI a 120 empleados (médicos, enfermeras y auxiliares administrativos) y se adicionaron 18 variables socio-demográficas. Félix Acosta y cols., reportaron una prevalencia del “**Síndrome de Burnout**” de 38.3%. Dichos autores señalaron que este síndrome ocurrió con mayor frecuencia en el sexo femenino y encontraron que 57.5% de los empleados estaban inconformes o insatisfechos con su percepción salarial y el 52.5% refirió que los recursos eran insuficientes para la realización de su tarea laboral.

Por otra parte, Félix Acosta encontró que quince por ciento de los auxiliares administrativos estaban dispuestos a solicitar un cambio de actividad. El 32.5% señaló ingerir bebidas etílicas con regularidad para mitigar el estrés generado por su trabajo, 31.6% admitió ausentarse frecuentemente durante su jornada laboral <sup>20</sup>.

### **Características ocupacionales**

Existe una evidente correlación entre el tipo de ocupación que desempeña un individuo y el “**Síndrome de Burnout**”, específicamente en áreas que conllevan una importante carga de factores estresantes de tipo emocional como el tratar con enfermos crónicos o terminales, así como la confrontación con la muerte.

En cuanto a la especialidad médica de Ginecología y Obstetricia, Bettes y cols., analizaron 828 cuestionarios aplicados a especialistas miembros del Colegio Americano de Ginecólogos y Obstetras y encontraron que la carga de trabajo y la falta de control personal influyeron directamente en la insatisfacción profesional de los especialistas que atienden partos y, en comparación, los ginecólogos que no se dedicaban a atender partos registraron mayores niveles de satisfacción profesional.

Adicionalmente, dichos autores refirieron que los médicos jóvenes especialistas en Ginecología y Obstetricia señalaron que experimentan la carga de trabajo como abrumadora y que ésta les quita autonomía en su carrera <sup>.21</sup>

Parshuran y cols., realizaron un estudio en 11 médicos residentes en la Unidad de Cuidados Intensivos del Niño Enfermo en Toronto, Canadá. Cada residente reportó 69 horas laboradas en promedio por semana, con un tiempo para dormir menor de dos horas al día. Los autores reportaron presencia de cetonuria en el 21% de las muestras estudiadas. La determinación de la gravedad específica urinaria sugirió que la deshidratación constituía un evento frecuente. Estos hallazgos reflejaron un metabolismo alterado en respuesta al estrés. También encontraron alteraciones en el ritmo cardiaco y variabilidad en la frecuencia cardiaca. A partir de los resultados, los autores concluyeron que las consecuencias de este entorno pueden ser de tres clases: Primera, la fatiga afecta negativamente el rendimiento e incrementa la frecuencia de errores. Segunda, la salud física y mental del médico, así como sus relaciones interpersonales se afectan. Tercera, la calidad del entrenamiento mismo puede disminuir <sup>.25</sup>

En relación con el cuidado del paciente críticamente enfermo, en el año de 2004, Mitchell Levy enfatizó las características estresantes que son frecuentes en la Unidad de Cuidados Intensivos. En esta área existen dificultades de comunicación con los pacientes y sus familiares quienes están expuestos a un intenso estrés. Es un ambiente de elevada

tecnología e intensas emociones en donde el médico debe equilibrar la esperanza de salvar a un enfermo con el realismo.

Asimismo, en el área de Cuidados Intensivos se debe tratar con intensos sentimientos de los familiares, proporcionar en muchas ocasiones malas noticias sobre la evolución de los pacientes de una manera compasiva. Todo lo anterior se verifica en una atmósfera en donde se tienen que tomar decisiones terapéuticas de manera rápida que impactan sobre la vida o la muerte de un paciente. Existe incertidumbre en relación con el pronóstico de los pacientes, incertidumbre sobre la calidad de vida de los mismos, incertidumbre en la toma de decisiones médicas e incertidumbre sobre la duración o evolución del padecimiento .<sup>26</sup>

En la Universidad de Washington, Shanafelt y cols., realizaron un estudio sobre el **“Síndrome de Burnout”** que evaluó 115 médicos residentes de la especialidad de Medicina Interna. En este estudio de tipo transversal se encontró que el 76% de los médicos presentaron criterios para considerar que tenían “síndrome de agotamiento profesional”. Mediante la realización de un análisis multivariado en el cual se tomaron en consideración diversas características demográficas, así como también los resultados de preguntas sobre depresión y abuso de sustancias. Los autores encontraron que la presencia de la dimensión de despersonalización se asoció de manera significativa con respuestas sobre una atención sub-óptima de los pacientes .<sup>15</sup>

En nuestro país, Atance Martínez estudio los aspectos epidemiológicos del **“Síndrome de Burnout”** en personal sanitario en la Ciudad de Guadalajara. En dicho estudio aplicó el MBI a una muestra de 294 profesionales de atención primaria y atención especializada, incluyendo variables epidemiológicas para describir el perfil de riesgo de esta profesión. De acuerdo con sus resultados, Atance Martínez señaló que el perfil de riesgo para el desarrollo de “Burnout” sería de una mujer mayor de 44 años de edad, sin pareja estable, con más de 19 años de antigüedad en su profesión y más de 11 años en su centro de

trabajo, profesional de atención especializada, con más de 21 pacientes diarios a su cargo a los que dedica más del 70% de la jornada laboral y a ésta entre 36 y 40 horas semanales. En ese estudio se reportó una media del **“Síndrome de Burnout”** de  $47.16 \pm 7.93$  siendo las mayores proporciones las consignadas para cansancio emocional y falta de realización <sup>.27</sup>

En el año de 2004, Valle Jiménez de la Secretaría de Salud del Distrito Federal estudió 28 médicos especialistas en el Área de Urgencias Médico Quirúrgicas del Hospital General Balbuena y reportó tres médicos con **“Síndrome de Burnout”**, todos del sexo masculino, con edades entre 30 y 60 años, reportando como factores más importantes la edad y tipo de especialidad <sup>28</sup>.

Por otra parte, en el año 2005, Ramírez Reyes analizó 167 residentes de diversos hospitales de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, reportando una prevalencia del **“Síndrome de Burnout”** de 42%, siendo más elevado en las especialidades de Ginecología y Obstetricia con 71%, seguida por Cirugía General con 51%, sin encontrar ningún factor asociado de manera significativa <sup>29</sup>.

### **El “Síndrome de Burnout” en Anestesiología**

A partir del año de 1958 se han desarrollado numerosos trabajos a nivel mundial con la finalidad de evaluar el efecto que tiene el laborar en zonas quirúrgicas sobre los médicos especialistas en Anestesiología, debido a la exposición crónica de sustancias químicas, entre los que se incluyen mayor frecuencia de ciertos tipos de cáncer, abortos espontáneos, teratogenicidad, infertilidad, infecciones, reacciones en la piel, hepatotoxicidad y efectos sobre el sistema nervioso central.

En relación con la afectación del sistema nervioso central, en dos estudios epidemiológicos se han sugerido los diversos efectos por la inhalación crónica de dosis subanestésicas de Halotano, Enflurano y Óxido Nitroso, comunicando un aumento en la

frecuencia de cefalea, fatiga, irritabilidad y alteraciones en el sueño. El efecto más peligroso se refiere al desarrollo de depresión nerviosa, que puede ser de moderada a severa y como síntomas precedentes pueden existir cambios en la conducta, manifestados por irritabilidad, mal humor, impaciencia y agresividad<sup>30</sup>

Se sabe que el trabajo del Anestesiólogo está revestido de una profunda responsabilidad y conocimientos para contrarrestar los efectos que el coma anestésico en sí puede originar, los que se puedan derivar de la enfermedades relacionadas o no al acto quirúrgico y, que pongan en mayor peligro a los pacientes, así como el trauma quirúrgico cuya repercusión suele ser uno de los factores determinantes entre el éxito o el fracaso.

Del Anestesiólogo depende así la vida del paciente, desde que se prepara para el acto quirúrgico, el transanestésico y el postoperatorio inmediato, hasta la recuperación total post-anestésica. Esta labor se encuentra concurrida de sobresaltos, modificaciones inmediatas, toma de decisiones básicas y en muchas ocasiones, trabajo lleno de presión bajo un ambiente tenso, grave, vital, cuyo desarrollo puede afectar el estado emocional, así como la salud del médico especialista<sup>30</sup>

Palmer-Morales y cols., realizaron una investigación sobre la prevalencia del “**Síndrome de Burnout**” en Médicos Anestesiólogos de la Ciudad de Mexicali, Baja California. En dicho estudio se aplicó el Cuestionario de Maslach a 89 Médicos Anestesiólogos, 25 mujeres y 64 hombres, reportando una prevalencia de 44% con síndrome de agotamiento profesional.

Al evaluar las tres sub-escalas en los especialistas en Anestesiología quienes no presentaron el síndrome, encontraron 17% de ellos con puntuaciones correspondientes a alto grado de cansancio, 16.8% moderado y 66% presentaron bajo grado de cansancio emocional. En la dimensión referente a despersonalización el 10% de los Anestesiólogos presentó alto grado, 17.9% moderado y 71.9% bajo grado de despersonalización. En

cuanto a la escala de logros profesionales se determinó que el 67.4% tuvo una elevada satisfacción personal, el 20.2% moderada realización profesional y el 12.3% bajas puntuaciones en la escala de realización.

En dicho estudio, la única variable demográfica que contrastaron los autores mediante análisis de  $\chi^2$  fue la del sexo con las dimensiones del “síndrome de agotamiento profesional” sin demostrar diferencias estadísticamente significativas<sup>.31</sup>

Por su parte, Nyssen en Bélgica, también reportó una prevalencia similar del 40.4% de “**Síndrome de Burnout**”, encontrando mayor proporción en médicos residentes menores de 30 años de edad<sup>.32</sup>

Lederer investigó la influencia de ciertas condiciones laborales en el desarrollo del “**Síndrome de Burnout**” en Médicos Anestesiólogos de un Hospital Universitario. Mediante la aplicación de un cuestionario para evaluar el estado de salud física y el bienestar emocional (Health and Stress Profile), junto con el MBI y la evaluación de las condiciones de trabajo (Instrument for Stress-Oriented Task Analysis), identificó un 25.8% de Médicos Anestesiólogos con riesgo de padecer “**Burnout**” y el 3.4% de los Anestesiólogos de hecho, padecían este síndrome de agotamiento profesional. Lederer señaló que los Anestesiólogos con riesgo para desarrollar “**Burnout**” tenían limitaciones de tipo laboral/académico para desarrollar o participar en procedimientos anestésicos complejos, indicaron tener poco control sobre su horario de trabajo, referían tener mayores molestias físicas y menor satisfacción personal. De allí, Lederer comunicó que la existencia de escasas oportunidades para tener crecimiento y proyección profesional, pueden contribuir al desarrollo del “**Síndrome de Burnout**”. Por lo que Lederer concluyó que la comunicación auténtica y el contacto con los colegas para participar en procedimientos anestésicos que constituyan un reto académico representaban medidas preventivas importantes<sup>.33</sup>

Por otra parte, Klueger aplicó el MBI a 422 Médicos Anestesiólogos en Nueva Zelanda, encontrando un 20% de especialistas en Anestesiología con calificaciones elevadas en la escala de dimensión de agotamiento, 20% en la dimensión de despersonalización y 36% de los Anestesiólogos indicaron bajo nivel de satisfacción profesional. En dicho estudio reportó niveles de estrés más elevados en Anestesiólogos del sexo femenino ( $p=0.006$ ). Los médicos encuestados señalaron como aspectos estresantes de su especialidad la limitación del horario y la interferencia con su vida personal. Por otra parte, señalaron que una práctica de la Anestesiología con estándares académicos elevados, les proporcionaba una importante sensación de satisfacción laboral. Resulta importante señalar que en dicho estudio, los Anestesiólogos quienes laboraban en hospitales de práctica privada consideraron como problemático el manejo de su horario, mientras que aquellos especialistas que laboraban en los hospitales de práctica pública consideraron más importante los problemas de comunicación con sus colegas<sup>.35</sup>

En el presente año, Fernández Torres publicó un trabajo sobre la prevalencia del “**Síndrome de Burnout**” en Médicos Anestesiólogos del Hospital Universitario de la Virgen de la Macarena de Sevilla, España. Este autor, reportó una puntuación media de 19.5 en la dimensión de agotamiento, 7.4 puntos en promedio para la escala de despersonalización y una calificación promedio de 32.5 en la dimensión de realización profesional. Detectando de esa forma un 19.5% de Médicos Anestesiólogos con elevadas puntuaciones en relación con agotamiento, 31.7% con elevada puntuación en la dimensión de despersonalización y bajo nivel de realización en el 41.4% de los Anestesiólogos encuestados. Cabe señalar que no se encontraron diferencias significativas en relación con la edad, sexo y estado contractual<sup>.35</sup>

La diversidad de actividades complejas que realizan los Médicos Anestesiólogos en el Quirófano han sido analizadas utilizando modelos basados en estudios ergonómicos de moderna tecnología ambiental, con objeto de evaluar la sobrecarga de trabajo a la que

están sometidos. La práctica de la Anestesiología requiere mantener la atención de manera simultánea en diversas actividades y tareas y el Anestesiólogo desarrolla esta capacidad. Con base en estos estudios se señaló que no existe evidencia para sugerir que el delegar actividades en personal técnico pueda disminuir la sobrecarga de trabajo.<sup>36</sup>

En el año 2005, Saricaoglu publicó un interesante estudio en el que comparó el desempeño en la atención, aprendizaje y memoria de 15 residentes que laboraron de día y 18 residentes con guardias nocturnas. Para ello, aplicó las siguientes pruebas : Rey Auditory Verbal Learning Test, el Visual Aural Digit Span Test y el State Trait Anxiety Inventory. Así mismo, a los médicos residentes se les formularon preguntas en relación con la sensación de fatiga, el estrés, la calidad y duración del sueño. Se encontró que ambos grupos señalaron respuestas similares en cuanto a fatiga, estrés, calidad del sueño y duración del mismo. Sin embargo, al aplicar las pruebas se demostró que la capacidad de aprendizaje se encontraba deteriorada, así como la facilidad para memorizar y recordar palabras en el grupo sometido a guardias nocturnas. De manera similar, en este grupo se deterioraron las pruebas aurales tanto a nivel oral, escrito y visual. Los niveles de ansiedad no mostraron diferencia entre ambos grupos.

Este autor concluyó que las funciones cognitivas de los residentes se deterioran incluso después de una noche de guardia y considera que se debe disponer de una mayor supervisión a los residentes y proporcionar un mayor descanso lo cual favorecería el rendimiento de los médicos residentes y prevendría errores que pueden repercutir en los pacientes.<sup>37</sup>



Para evaluar la respuesta aguda al estrés en el período perioperatorio, Kain y cols., de la Universidad de Yale, realizaron un estudio con 38 Médicos Anestesiólogos que efectuaron un total de 203 procedimientos anestésicos. A los Anestesiólogos se les registró de manera continua la frecuencia cardíaca y, la tensión arterial sistémica se registró de manera horaria e inmediatamente después de cada inducción. Así mismo, para cada procedimiento de inducción se evaluaron los niveles de ansiedad y las concentraciones de cortisol en la saliva.

Se encontró que la frecuencia cardíaca aumentó de manera estadísticamente significativa durante el procedimiento anestésico en comparación con las determinaciones basales ( $p=0.008$ ). Sin embargo, los autores consideraron que este incremento no fue clínicamente significativo. La frecuencia cardíaca promedio durante el procedimiento anestésico osciló de  $80\pm 12$  a  $84\pm 11$  latidos por minuto. De manera similar tanto la presión arterial sistólica como diastólica aumentaron después de la inducción en comparación con las determinaciones basales ( $p=0.001$ ), dicho incremento no fue clínicamente significativo (aunque significativo desde el punto de vista estadístico). En el 9% de las inducciones la tensión arterial sistólica excedió 140 mmHg y en el 17% del total de inducciones la tensión arterial diastólica excedió 90 mmHg. Los reportes sobre ansiedad no evidenciaron un aumento significativo de ésta posterior a las inducciones ( $p=0.15$ ).

En el análisis de las grabaciones del registro Holter se demostró que no ocurrieron anomalías en el ritmo cardíaco así como tampoco datos de isquemia miocárdica.

Derivado de este estudio los autores concluyeron que la práctica de la Anestesiología se asocia con manifestaciones menores de estrés agudo fisiológico durante el período perioperatorio<sup>.36</sup>

## **Características organizacionales**

Estas influyen tanto en el contexto inmediato como trabajar con pacientes, así como a nivel de grandes organizaciones que incluyen jerarquías, reglas operacionales, recursos, distribución espacial, etc. Estos factores repercuten de manera particular cuando se violan las expectativas básicas de justicia y equidad. Dicho enfoque resulta muy importante en relación con los valores implicados en el proceso y estructura de la organización que impacta sobre la relación emocional y cognitiva del individuo con su trabajo, teniendo importantes repercusiones para el desarrollo del **“Síndrome de Burnout”**.

A los empleados se les exige cada vez más tiempo, esfuerzo, habilidades y flexibilidad, mientras reciben menos oportunidades de desarrollo profesional, empleo estable, seguridad laboral, etc. Todo ello tiende a producir **“Burnout”** debido a que erosiona la noción de reciprocidad en el trabajo, que constituye un elemento crucial para mantener el bienestar laboral.<sup>39</sup>

En ese ambiente el conflicto es la norma y las quejas permean las conversaciones. Una regla parece ser la falta de comunicación. Esta situación favorece inestabilidad en el personal, disminución de la moral, reduce la cooperación del personal, disminuye la productividad e incrementa el riesgo de brindar una atención médica sub-óptima. Tanto el personal médico como el no médico abandona fácilmente su trabajo o bien intentan adaptarse, lo que usualmente genera suficiente estrés para causar **“Síndrome de Burnout”**.

La problemática de estas organizaciones obedece a diversas causas siendo las más frecuentes: Primero, nadie es realmente responsable de la práctica médica. Esta práctica “tóxica” (denominada así por Pffiferling) se encuentra saturada de miedo e ignorancia, debido a que las autoridades desconocen la manera de promover una práctica médica madura e interdependiente. Segundo, en este tipo de práctica médica predomina la ambigüedad, en donde las autoridades utilizan su poder para intimidar a los individuos en

un modelo de autoritarismo. Dichas autoridades utilizan la tiranía para escapar del miedo a ser controlados por alguien. Tercero, esta práctica disfuncional, carece de sentido de unidad o “propósito” y se torna ineficaz ya que la falta de trabajo en equipo impide una visión clara y realista de los objetivos profesionales.<sup>40</sup>

### **Factores individuales**

Aunque importantes no se consideran tan significativos como los situacionales, lo que sugiere que el “**Síndrome de Burnout**” constituye más un fenómeno social que individual.

### **Características demográficas**

De las variables demográficas que se han estudiado, la edad es la que se relaciona de manera más consistente con el “**Síndrome de Burnout**”, reportándose los índices más elevados en individuos de 30 a 40 años. La edad se confunde con experiencia, así que al parecer existe mayor índice de “**Burnout**” en profesionales menos experimentados.

En relación con esta variable se debe tener cuidado de cometer el sesgo de sobrevivencia, es decir, los individuos jóvenes con “**Burnout**” tienden a renunciar a su profesión o sus empleos, dejando a sus compañeros con menor índice del síndrome y consecuentemente exhiben menores niveles de “**Burnout**” conforme avanza la edad.<sup>41</sup>

En relación con el género, existen numerosos estudios que señalan mayor frecuencia en el sexo femenino y, también existe igual cantidad de publicaciones que señalan mayor frecuencia en el sexo masculino. Por otra parte, también existen cantidad de trabajos que no señalan diferencia alguna. Sin embargo, existe consenso en que los individuos del sexo masculino manifiestan mayor nivel de cinismo (despersonalización) y los del femenino mayor de agotamiento. Lo anterior pudiera obedecer a los roles estereotipados de género.<sup>41</sup>

Lo anterior ha confirmado que el estrés laboral es un problema social que repercute en la mujer, pero no por consecuencia de los diferentes roles que desempeña al incluir labores profesionales y familiares, y por el contrario, que estos diferentes roles son apropiados, normativos y gratificantes para la vida de una mujer adulta.<sup>42</sup>

En relación con el estado civil, los médicos solteros presentan mayor nivel de **“Burnout”** en comparación con los casados e incluso con los divorciados.

Algunos estudios señalan una correlación positiva entre el nivel educativo y los índices de **“Burnout”**, presumiblemente por que los individuos desempeñan actividades con mayor responsabilidad y mayores niveles de estrés.<sup>19</sup>

### **Características de Personalidad**

Los individuos que muestran bajos niveles de flexibilidad (participación en actividades cotidianas, sentido de control sobre los eventos y apertura al cambio) tienen mayores niveles de **“Burnout”**, particularmente en cuanto a la dimensión de agotamiento.

El **“Burnout”** es más frecuente entre las personas que adjudican el control de los eventos o de sus logros a influencias externas, en lugar de confiar en un control interno de las capacidades y esfuerzos personales. También se comunican mayores niveles de **“Burnout”** cuando el individuo maneja el estrés de una manera pasiva, a diferencia del individuo que se enfrenta a los eventos estresantes de manera activa y confrontativa. Por otra parte, las tres dimensiones de **“Burnout”** se han relacionado con baja autoestima.

Diversos autores han señalado que el **“Burnout”** se correlaciona con el neuroticismo. El neuroticismo incluye rasgos de ansiedad, hostilidad, depresión y vulnerabilidad. Los individuos neuróticos tienden a ser emocionalmente inestables y con problemas psicológicos.<sup>18</sup>

### **Actividades laborales**

Cuando las expectativas laborales de un individuo son idealistas o poco realistas, se considera que constituyen un factor de riesgo para el desarrollo del “**Síndrome de Burnout**”.

Borritz y cols., en un estudio realizado en Dinamarca y denominado “PUMA” que incluyó 1772 individuos de diferentes organizaciones dedicadas a servicios sociales, fueron evaluados de manera transversal y en el mismo estudio reportaron 952 individuos estudiados de manera prospectiva para analizar las características psico-sociales que se asocian con el “**Síndrome de Burnout**”. Los autores refirieron una asociación significativa entre la presentación del síndrome con escasas posibilidades de desarrollo, calidad de liderazgo, poca claridad de objetivos y concluyeron que al mejorar el ambiente psico-social, disminuiría consecuentemente su prevalencia <sup>9</sup>

### **Cuestionario de Maslach**




Por medio del cuestionario Maslach (que de forma autoaplicada) se puede medir el desgaste profesional. Este cuestionario se responde en 10 a 15 minutos y cuantifica los tres aspectos del síndrome: Cansancio emocional, despersonalización, realización personal. Se consideran puntuaciones bajas las menores a 34. El cuestionario más utilizado es la escala de Maslach de 1986 que tiene una **elevada consistencia interna y una fiabilidad cercana a 0.9**. Se trata de un cuestionario constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes.

Se deberá responder frente a cada una de las afirmaciones en función de la siguiente clasificación:

- ❖ La falta de percepción de capacidad para desarrollar el trabajo.
- ❖ El exceso de trabajo. La falta de energía y de recursos personales para responder a las demandas laborales.
- ❖ El conflicto de rol. La incompatibilidad entre las tareas y conductas que se desarrollan con las expectativas existentes sobre el mismo rol.
- ❖ La ambigüedad de rol. Incertidumbre o falta de información sobre aspectos relacionados con el trabajo (evaluación, funciones, objetivos o metas, procedimientos, etc).
- ❖ La falta de equidad o justicia organizacional.
- ❖ Las relaciones tensas y/o conflictivas con los usuarios/clientes de la organización.
- ❖ Los impedimentos por parte de la dirección o supervisor para que pueda desarrollar su trabajo.
- ❖ La falta de participación en la toma de decisiones.
- ❖ Las relaciones conflictivas con compañeros o supervisores.

Si tratamos de establecer una clasificación entre las 10 variables mencionadas podemos observar que es posible agruparlas en tres ámbitos fundamentales de actuación:

a) La propia tarea, referida a aspectos técnicos del rol profesional.

-  El exceso de trabajo
-  El conflicto de rol
-  La ambigüedad de rol

b) Las relaciones interpersonales, reflejando la habilidad para trabajar con otras personas.

- 🚧 Las relaciones tensas y/o conflictivas con los usuarios/clientes de la organización
- 🚧 Los impedimentos por parte de la Dirección o del supervisor para poder desarrollar el trabajo
- 🚧 Las relaciones conflictivas con los compañeros o supervisores

c) La organización referida al grado de influencia social y política.

- 🚧 La falta de equidad y /o justicia organizacional
- 🚧 La falta de participación en la toma de decisiones
- 🚧 La imposibilidad de poder progresar/ ascender en el trabajo

Un último ámbito de actuación se centraría sobre la falta de percepción de capacidad para desarrollar el trabajo, ámbito al que claramente podríamos denominar “Autoeficacia”. Este factor cognitivo, la percepción de capacidad, es específico de cada situación. Así, podríamos encontrarnos con personas con una alta percepción de capacidad para manejar las situaciones interpersonales y que sin embargo se perciban incapaces de responder ante un exceso de trabajo o ser más persuasivos en la toma de decisiones organizacionales.

### **Consecuencias del Síndrome de Burnout**

El “**Síndrome de Burnout**” tiene muchas consecuencias, incluyendo ausentismo, renuncias y contrataciones continua de personal, cinismo por parte del personal y disminución en la satisfacción laboral. Los efectos del trabajo pueden repercutir sobre la vida personal cuando el individuo regresa tenso a su casa, infeliz, o molesto. Lo anterior puede originar fricción en las relaciones interpersonales y aislamiento familiar <sup>.13</sup>

La sensación de tensión en el médico también incluye depresión, ansiedad, abuso de sustancias, divorcios, ruptura de relaciones interpersonales y desilusión profesional. La evaluación más completa en relación con el estrés en el médico corresponde a un estudio

canadiense que incluyó más de 3,500 médicos, quienes respondieron a la “Encuesta Nacional Canadiense”. Dicho estudio reveló que la mayoría de los médicos considera tener un exceso de trabajo (62%), que su familia y su vida personal han sido afectadas por haber escogido la profesión médica (55%) y que las oportunidades de cambiar de actividad profesional son muy limitadas (65%)<sup>.43</sup>

El estrés y el “**Síndrome de Burnout**” pueden tener implicaciones más importantes para el médico en comparación con otros profesionales.

Un estudio reciente realizado en residentes de Medicina Interna de la Universidad de Washington encontró una correlación significativa entre el “**Síndrome de Burnout**” con una atención “sub-óptima” de los pacientes. En particular, el grado de despersonalización se asoció significativamente con esta atención sub-óptima. El “**Síndrome de Burnout**” también se asoció con disminución en la satisfacción profesional y con síntomas importantes de depresión<sup>.15</sup>

Los pacientes tienen la sensación de que algo anda mal. En el peor de los casos, ocurre un detrimento en la atención médica. Las necesidades de los pacientes pueden percibirse como molestas o bien, pueden ignorarse<sup>40</sup>.

Los médicos evitan realizar conversaciones sobre diferencias en la atención médica de un paciente ya que existe el riesgo de entrar en conflicto o ser culpados de alguna situación. Los errores médicos se tornan más frecuentes. Las opiniones del staff médico rara vez son tomadas en consideración. Existen renunciaciones y contrataciones continuas de médicos y el staff imita el modelo agresivo de las autoridades. Disminuye la cooperación y la ineficiencia permea la práctica médica<sup>40</sup>.

Los médicos que persisten laborando en un ambiente de este tipo son aquellos que llegan continuamente tarde a su trabajo, se ausentan con frecuencia y controlan el ambiente según se encuentren de buen o mal humor. En una práctica disfuncional se genera gran ansiedad<sup>40</sup>.



## **El Bienestar del Médico.**

¿Qué es el bienestar del médico? y de manera más importante ¿Cómo se puede conseguir? A pesar de que existe una gran cantidad de literatura sobre el estrés del médico, se conoce relativamente poco en relación con su bienestar <sup>1</sup>

La mayoría de los estudios que analizan la salud psico-social del médico se enfocan en aspectos negativos, tales como la depresión, el **“Síndrome de Burnout”**, el abuso de sustancias y el divorcio <sup>1</sup>

En una exhaustiva y reciente revisión de la literatura, Meyers señaló que en los últimos 115 años (ciento quince años), se han publicado 57,000 artículos en relación con la ansiedad y 70,000 con la depresión, pero únicamente 5,700 artículos sobre el cómo obtener una vida satisfactoria, 2,958 artículos sobre la felicidad y 851 sobre la alegría.

En Medicina, la salud se define como la ausencia de enfermedad. Los médicos deben extrapolar este modelo a su persona y definir su bienestar como la ausencia de **“Síndrome de Burnout”** <sup>.44</sup>

De igual forma que en la definición de salud, el bienestar va más allá que la ausencia de estrés e incluye el ser competitivo, alegre y alcanzar el éxito en diferentes aspectos tanto de la vida personal como profesional.

El ejemplar de enero de 2000 de la revista “American Psychologist” fue dedicado a una revisión de artículos que tratan aspectos de una psicología positiva. En un artículo se revisó la literatura para identificar las características que se asocian con la sensación de felicidad. Los autores concluyeron que una personalidad extrovertida, el apoyo social importante, el matrimonio y el tener una práctica religiosa, eran los rasgos de la gente feliz. La edad, el sentirse físicamente atractivo y un ingreso económico mayor del necesario para cubrir las necesidades básicas no tuvieron un efecto significativo sobre la sensación de felicidad. El preferir un elevado ingreso económico, éxito y prestigio

profesional en lugar de amigos cercanos y un buen matrimonio se asocian significativamente con sensación de infelicidad<sup>45</sup>

Diversos estudios realizados con médicos reportaron que el matrimonio y la religión/espiritualidad tienen efectos positivos sobre el bienestar. Otros estudios señalan que el tener hijos puede ser protector en contra de padecer despersonalización y **“Síndrome de Burnout”**<sup>46</sup>

Otras teorías han sido propuestas como modelos de satisfacción. La teoría psicológica del “flujo de bienestar” propone que los individuos cultivan selectivamente un conjunto limitado de actividades, valores e intereses personales. Cuando estos intereses proporcionan la oportunidad de participación, concentración profunda, motivación intrínseca y percepción de grandes logros con las adecuadas habilidades para enfrentar dichos retos, entonces se obtiene una sensación de bienestar. Cuando los individuos tienen numerosas habilidades pero tienen pocos retos, entonces se experimenta aburrimiento. Por el contrario, retos importantes pero sin las habilidades o aptitudes suficientes son generadores de ansiedad.

Las actividades que promueven la creatividad y la participación, como la investigación, las artes, auto-expresión y los deportes, proporcionan oportunidades para experimentar este “flujo de bienestar”<sup>47</sup>.

### **Sugerencias Prácticas para los Médicos**

Es muy importante que los médicos reconozcan que es posible recuperarse del **“Síndrome de Burnout”**.

Los editores del Western Journal of Medicine dedicaron el ejemplar de enero de 2001 al bienestar del médico. En un artículo escrito por Weiner y cols., se revisaron las prácticas personales que promueven el bienestar del médico e identificaron que las relaciones interpersonales, la religión/espiritualidad, prácticas de autocuidado, actitud en el trabajo y

una filosofía de vida, constituyen las cinco estrategias generales utilizadas por los médicos para promover su bienestar personal y encontraron una correlación significativa entre la frecuencia de dichas estrategias y la cantidad reportada de sensación de bienestar<sup>.46</sup>

Una década antes, Quill y Williamson realizaron una encuesta similar y aunque utilizaron categorías un poco diferentes, el contenido de las respuestas fue sumamente similar a las reportadas por Weiner y cols., e incluyeron auto-cuidado (prácticas religiosas/espirituales) relaciones personales, límites en el trabajo y el desarrollar una filosofía ante la vida<sup>.48</sup>

Por otra parte, cuando se indicó a los médicos residentes de la Universidad de Washington que priorizaran las estrategias que utilizaban para disminuir el estrés, señalaron que las relaciones interpersonales (pareja, familia, colegas) eran esenciales para el 90% durante el entrenamiento en la residencia. Las prácticas religiosas/espirituales fueron consideradas esenciales por el 35% de los residentes<sup>.13</sup>

Adicionalmente, se señala como punto importante, manejar el estrés antes de llegar al estado de “agotamiento”. Para ello, se recomienda salir los fines de semana al campo, dormir suficiente, hacer diariamente ejercicio, renovar la calidad de las relaciones interpersonales. Es importante acudir en búsqueda de ayuda profesional antes que aparezca el “**Síndrome de Burnout**”. También se aconseja considerar alguna práctica religiosa/espiritual o por lo menos de meditación que encaja en toda actividad de crecimiento espiritual y es aconsejable, que incluso es mejor considerar un cambio de empleo u organización laboral, ya que está de por medio la salud del médico.

El romper el círculo vicioso de una práctica disfuncional requiere de tiempo y esfuerzo, pero puede lograrse. Algunas estrategias incluyen la comunicación sincera y frecuente con los compañeros de trabajo. Piffierling recomienda que algunos médicos conozcan y se entrenen en el área de comunicación asertiva que implica el compromiso de promover la igualdad en las relaciones humanas mediante la comunicación. Los individuos que se

comunican de manera asertiva actúan de manera acorde con sus valores y prioridades y responden adecuada y honestamente en lugar de agresivamente. No transgreden el derecho de las demás personas y respetan los sentimientos de los demás <sup>.40</sup>

También deben considerarse expectativas claras (definidas) tanto a nivel conductual de la práctica médica como interpersonal. Se recomienda establecer un protocolo para solución de conflictos o diferencias, e incluso con la participación de consultores externos y, es importante invertir tiempo y dinero para el crecimiento profesional y personal <sup>.40</sup>.

A pesar de que los individuos son responsables de su propio bienestar, las modificaciones institucionales desempeñan un papel importante para promover el bienestar del médico. En Estados Unidos de Norteamérica” existe la “Joint Comisión on Accreditation of Healthcare Organization” que emite normas para que las instituciones hospitalarias implementen procesos que promuevan el bienestar de los médicos. La comisión reconoce que algunas características o factores contribuyen a dicho bienestar y que incluyen el fomentar la autonomía, proporcionar los recursos adecuados y apoyo por parte del staff y facilitar un ambiente académico. El proporcionar a los médicos una creciente capacidad para influir en su ambiente de trabajo, participar en las decisiones que afectan la práctica médica y tener un mayor control sobre sus horarios, se sabe que proporcionan un efecto positivo en cualquier organización. Las organizaciones que promueven los valores centrales de la profesión médica junto con una misión bien identificada, parecen promover el mayor grado de bienestar en los individuos, ya que la visión y misión de una institución usualmente persiguen filosóficamente que tanto el médico como la organización trabajen hacia un objetivo común <sup>.49</sup>

## JUSTIFICACIÓN

La especialidad de Anestesiología ha sido tradicionalmente identificada como una especialidad estresante. Las fuentes generadoras de estrés crónico incluyen factores relacionados con la competitividad profesional, numerosas horas de trabajo, emergencias nocturnas y fatiga. También se han identificado como fuentes de estrés el temor a demandas legales por negligencia, la incertidumbre económica e interferencia con las relaciones interpersonales.

La Sociedad Americana de Anestesiología (ASA) realizó una encuesta que indicó que las emergencias nocturnas constituyen el aspecto más estresante de la práctica de la Anestesiología, seguido por procedimientos anestésicos intrincados, sobrecarga de trabajo, "**Síndrome de Burnout**" y aspectos económicos.

El "**Síndrome de Burnout**" se considera como un factor que influye en la disminución de la calidad de la atención a los pacientes y la falta de compromiso con la práctica médica.

Se caracteriza por tener tres dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización y pérdida de satisfacción profesional.

El "**Síndrome de Burnout**" es el resultado de la interacción entre factores personales comunes a muchos profesionales y específicos de la organización hospitalaria de la institución en donde labora.

En nuestro país son escasos los reportes sobre médicos especialistas que padecen de agotamiento profesional y aún más escasos los reportes específicos en médicos anesthesiólogos.

Por lo anterior y para continuar brindando un funcionamiento eficiente y oportuno en la prestación del servicio médico apoyado en un equipo humano capaz y organizado se considera conveniente analizar la presencia de “**Síndrome de Burnout**” en los anesthesiólogos y médicos residentes del Departamento de Anesthesiología del Hospital General Dr. Rubén Leñero ya que pudiera influir en la calidad de la atención a los pacientes así como repercutir en la salud y bienestar del personal.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los médicos anesthesiólogos están expuestos a riesgos en su práctica diaria y que algunos pueden derivar en graves consecuencias sobre su salud con repercusiones en el plano personal, familiar y laboral, por lo que son considerados como dentro de los especialistas con alto riesgo profesional.

En nuestro país, los estudios que se han realizado en relación con la presencia del **“Síndrome de Burnout”** en Anesthesiólogos reportan una prevalencia aproximadamente del 44%.

Este síndrome conlleva a un estado de decaimiento físico, emocional y mental caracterizado por cansancio, sentimientos de desamparo, desesperanza, vacío emocional y actitudes negativas hacia el trabajo, la vida y la gente que incluyen baja autoestima, sentimientos de inferioridad, ineficacia e incompetencia profesional.

La investigación para caracterizar detalladamente este problema laboral con repercusiones personales y profesionales en los médicos especialistas e identificar sus factores de riesgo, permite que se cuente con elementos científicos para implementar estrategias tendientes a disminuir este problema que afecta por una parte la salud del médico y por la otra la calidad de la atención médica.

## HIPÓTESIS

### Hipótesis 1

Ho= Los médicos anesthesiólogos y los médicos residentes en anestesiología que laboran en el Hospital General Dr. Rubén Leñero, SSDF presentan la misma frecuencia del “**Síndrome de Burnout**”.

Ha= Los médicos anesthesiólogos presentan distinta frecuencia de “**Síndrome de Burnout**” en comparación con los médicos residentes del Departamento de Anestesiología del Hospital General Dr. Rubén Leñero, SSDF.

### Hipótesis 2

Ho= No existe asociación entre las características sociodemográficas con la presencia del “**Síndrome de Burnout**” en médicos anesthesiólogos y médicos residentes en anestesiología que laboran en el Hospital General Dr. Rubén Leñero, SSDF.

Ha= Existe asociación significativa entre las características sociodemográficas con la presencia del “**Síndrome de Burnout**” en médicos anesthesiólogos y médicos residentes en anestesiología que laboran en el Hospital General Dr. Rubén Leñero SSDF.



## OBJETIVOS DEL ESTUDIO

### OBJETIVO GENERAL

Determinar la frecuencia y la asociación de las características sociodemográficas, así como la existencia del “ Síndrome de Burnout “ en los anestesiólogos y residentes de esta especialidad del Departamento de Anestesiología del Hospital General Dr. Rubén Leñero.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✚ Conocer la frecuencia del “**Síndrome de Burnout**” en médicos especialistas en Anestesiología que laboran en el Hospital General Dr. Rubén Leñero.
  
- ✚ Conocer la frecuencia del “**Síndrome de Burnout**” en médicos residentes del Departamento de Anestesiología del Hospital General Dr. Rubén Leñero.
  
- ✚ Determinar las puntuaciones en las dimensiones de cansancio emocional, despersonalización y realización profesional obtenidas en el cuestionario de Maslach en los médicos especialistas en Anestesiología del Hospital General Dr. Rubén Leñero.
  
- ✚ Determinar las puntuaciones en las dimensiones de cansancio emocional, despersonalización y realización profesional en médicos residentes del Departamento de Anestesiología del Hospital General Dr. Rubén Leñero obtenidas mediante la aplicación del cuestionario de Maslach.
  
- ✚ Comparar las puntuaciones correspondientes a la dimensión de cansancio emocional obtenidas mediante el cuestionario de Maslach entre los médicos

anestesiólogos y los residentes en anestesiología del Hospital General Dr. Rubén Leñero.

- ✚ Comparar las puntuaciones correspondientes a la dimensión de despersonalización obtenidas mediante el cuestionario de Maslach entre los médicos anestesiólogos y los residentes en Anestesiología del Hospital General Dr. Rubén Leñero.
- ✚ Comparar las puntuaciones correspondientes a la dimensión de logro profesional obtenidas mediante el cuestionario de Maslach entre los médicos anestesiólogos y los residentes en Anestesiología del Hospital General Dr. Rubén Leñero.
- ✚ Investigar si existe relación entre las características generales de los médicos especialistas en anestesiología del Hospital General Dr. Rubén Leñero con las puntuaciones obtenidas en cada una de las dimensiones del cuestionario de Maslach.
- ✚ Investigar si existe relación entre las características generales de los médicos residentes en Anestesiología del Hospital General Dr. Rubén Leñero con las puntuaciones obtenidas en cada una de las dimensiones del cuestionario de Maslach.
- ✚ Investigar si existe asociación entre las características laborales de los médicos especialistas en Anestesiología del Hospital General Dr. Rubén

Leñero con las puntuaciones obtenidas en cada una de las dimensiones del cuestionario de Maslach.

- ✚ Investigar si existe asociación entre las características laborales de los médicos residentes en Anestesiología del Hospital General Dr. Rubén Leñero con las puntuaciones obtenidas en cada una de las dimensiones del cuestionario de Maslach.

- ✚ Determinar si existe relación entre las características personales de los médicos especialistas en Anestesiología del Hospital General Dr. Rubén Leñero con las puntuaciones obtenidas en cada una de las dimensiones del cuestionario de Maslach.

- ✚ Determinar si existe relación entre las características personales de los médicos residentes en Anestesiología del Hospital General Dr. Rubén Leñero con las puntuaciones obtenidas en cada una de las dimensiones del cuestionario de Maslach.

## MATERIAL Y MÉTODO



### Tipo de Población

Todos los médicos especialistas en Anestesiología y médicos residentes de esta especialidad que estuvieran laborando en el Departamento de Anestesiología del Hospital General Dr. Rubén Leñero, durante el período comprendido entre el 1 de octubre al 1 de diciembre 2004.

### Tipo de Estudio

-  Observacional
-  Transversal
-  Comparativo
-  Prospectivo

### Criterios de Inclusión

-  Médicos especialistas en Anestesiología y médicos residentes de esta especialidad.
-  Laborando en el Departamento de Anestesiología del Hospital General Dr. Rubén Leñero, entre el 1 de octubre al 1 de diciembre 2004.

## **Criterios de Exclusión**

- ✚ Médicos especialistas o residentes en Anestesiología del Hospital General Dr. Rubén Leñero que estuvieron ausentes por cualquier motivo durante la aplicación del cuestionario Maslach.
- ✚ Médicos especialistas o residentes en Anestesiología del Hospital General Dr. Rubén Leñero que se negaran a participar en el estudio.

## **Criterios de Eliminación**

- ✚ Cuestionarios con Información incompleta.

## **Instrumentos**

### **Escala de Valoración**

### **Procedimiento**

Una vez aprobado el protocolo de investigación se procedió a explicar a todos los médicos Anestesiólogos y residentes del Departamento de Anestesiología del Hospital General Dr. Rubén Leñero el objetivo general del estudio y se solicitó su participación para responder una encuesta, misma que cada médico resolvería de manera anónima y que consistió en dos secciones, una de ellas se refirió a variables sociodemográficas y la otra correspondió a la versión en castellano del cuestionario de Maslach.

Al aceptar su participación no se requirió solicitar una carta de consentimiento informado ya que la encuesta es anónima y no existen consideraciones de tipo bioético.

## **Análisis de la Información**

### **Definición conceptual y operacional de variables**

Edad. Tiempo transcurrido desde el nacimiento del individuo. Variable de tipo numérico, se expresa en años.

Sexo. Corresponde al género de un individuo. Variable de tipo nominal, se expresa en femenino y masculino.

Estado Civil. Condición de un individuo en lo que toca a sus relaciones con la sociedad. Variable de tipo nominal, se expresa en soltero, casado, divorciado, unión libre.

Número de hijos: Es la cantidad de hijos que tiene cada individuo. Variable de tipo numérico.

Número de empleos: Es la cantidad de empleos que desempeña cada individuo. Variable de tipo numérico.

Turno Laboral en el Hospital General Dr. Rubén Leñero: Identifica en que horario labora un individuo. Variable de tipo nominal, se expresa en las siguientes categorías: matutino, vespertino, nocturno, mixto y fines de semana.

Cantidad de horas laboradas por semana: La cantidad de horas que trabaja un individuo a la semana. Variable de tipo numérico.

Cantidad de días de descanso por semana: Días en que el individuo no tiene actividad laboral. Variable de tipo numérico.

Cantidad de períodos vacacionales al año: Se refiere a cuántos períodos vacacionales goza un individuo. Variable de tipo numérico.

Estado contractual: Figura bajo la que está contratado un individuo en alguna Institución. Variable de tipo nominal. Se expresa en: base, eventual, confianza, interinato y honorarios.

Antigüedad laboral: Se refiere al tiempo transcurrido que tiene de laborar un individuo en alguna institución. Variable de tipo numérico, se expresa en días, semanas, meses ó años.

Enfermedades que padece el individuo: Padecimientos actuales que tiene el individuo. Variable de tipo nominal.

Actividades extraprofesionales: Todas aquellas actividades que realiza el individuo de manera regular fuera del horario de labores. Variable de tipo nominal.

### **Procesamiento Estadístico de la Información**

Se realizaron procedimientos de estadística descriptiva tales como frecuencias o porcentajes, media y desviación estándar de acuerdo con los métodos convencionales.

Para valorar la asociación de variables sociodemográficas con el Síndrome de Burnout y cada una de sus dimensiones se efectuó prueba exacta de Fisher para el grupo de médicos especialistas en anestesiología y prueba de Chi<sup>2</sup> para las variables del grupo de médicos residentes, con un valor alfa de 0.05.

Adicionalmente, para evaluar la influencia de las variables sociodemográficas con el **“Síndrome de Burnout”** y cada una de sus dimensiones, se realizaron análisis multivariados construyendo modelos de regresión logística, tomando como variable dependiente la presencia o ausencia de cansancio emocional, despersonalización y de baja realización profesional y como variables independientes se consideraron las variables sociodemográficas. Lo anterior se realizó mediante el análisis de Wald, con significancia de 0.05 para los indicadores del modelo. Para el procesamiento de los datos se utilizó el programa SPSS versión 12. SPPS inc. Chicago, ILL.



## RESULTADOS

Se encuestaron un total de 60 médicos del departamento de Anestesiología del Hospital General Dr. Rubén Leñero, de los cuales 19 correspondieron a médicos especialistas en Anestesiología y 41 a médicos que se encontraban realizando su residencia médica en esta especialidad.

### **Características Generales**

**Médicos especialistas.** Siete médicos (36.8%) correspondieron al sexo femenino y 12 al masculino (63.2%) con edades que oscilaron de los 32 a 63 años (edad media, 46.42 años  $\pm$  10.38 DE). La distribución por grupos etáreos se ilustra en la figura 1. Catorce anesthesiólogos refirieron ser casados (73.7%), tres solteros (15.8%) y dos divorciados (10.5%), véase figura 2.

**Médicos residentes.** Veintiocho médicos (68.3%) fueron del sexo femenino y trece del masculino (31.7%). La edad media de los médicos residentes fue de 29.61 años  $\pm$  2.32 DE (rango, 25-35 años) y la distribución por edades se ilustra en la figura 3. En relación con el estado civil 23 residentes refirieron ser casados (56.1%) y 18 solteros (43.9%) tal como se observa en la figura 4.

### **Características laborales**

**Médicos especialistas.** En relación con el número de empleos que desempeñaban, 11 anesthesiólogos (57.9%) refirieron tener dos empleos, siete refirieron tener un empleo (36.8%) y un anesthesiólogo (5.3%) señaló tener tres empleos (véase figura 5).

En la figura 6 se muestra que once anestesiólogos desempeñaban una jornada laboral mixta (57.9%), cuatro desempeñaban jornada matutina (21.1%) y cuatro nocturna (21.1%). La cantidad de horas laboradas a la semana en promedio fue de  $64.0 \pm 27.26$  DE (figura 7). Los días de descanso por semana en promedio fueron de  $1.53 \pm 0.77$  DE y los períodos vacacionales al año fueron de  $2.37 \pm 0.96$  DE (véanse figuras 8 y 9).

En la figura 10 se ilustra la distribución de los Anestesiólogos según la antigüedad laboral en el Departamento de Anestesiología de esta institución que en promedio fue de  $14.58$  años  $\pm 8.83$  DE (rango 1-30 años). Todos los médicos contaban con plaza de base.

Médicos residentes. Por los requerimientos de la Institución los médicos cumplen una jornada mixta de 104 horas con un día de descanso por semana y dos períodos vacacionales. La antigüedad laboral correspondió al año de residencia que se encontraban cursando cuya distribución se ilustra en la figura 11.

### **Características personales**

Médicos especialistas. En la figura 12 se observa el número de hijos que refirieron tener los médicos anestesiólogos. Dos anestesiólogos (10.5%) indicaron tener hábito tabáquico y uno (5.3%) adicción por el alcohol. Por otra parte, cinco anestesiólogos padecían hipertensión arterial sistémica (26.3%), uno diabetes tipo II (5.3%) y uno asma bronquial (5.3%), tal como se muestra en la figura 13. Doce anestesiólogos

(63.2%) indicaron no realizar actividad recreativa alguna, cinco practicaban deporte (26.3%) y dos médicos indicaron viajar con regularidad (10.5%), véase figura 14.

Médicos residentes. En la figura 15 se muestra el número de hijos que refirieron tener los médicos residentes. Del total de residentes el 12.2% tenía adicción por el tabaco. En relación con la presencia de enfermedades 78% se refirió como clínicamente sano, dos residentes (4.9%) refirieron padecer hipotiroidismo; adicionalmente se encontró obesidad (4.9%), síndrome de colon irritable (4.9%), hiperreactividad bronquial (2.4%), alergia no especificada (2.4%) y gastritis (2.4%) tal como se resume en la tabla I. El 87.8% no realizaba actividades extracurriculares (tabla II).

### **“Síndrome de Burnout”**

Médicos especialistas. De acuerdo a las respuestas proporcionadas por los médicos especialistas se consideró que no padecían **“Síndrome de Burnout”**. Sin embargo, al analizar la dimensión de cansancio emocional se encontraron puntuaciones elevadas en el 21.1% de los casos, la puntuación media de esta dimensión correspondió a  $17.89 \pm 9.5$  DE. El 5.3% de los anesestesiólogos tuvieron puntuaciones elevadas en la dimensión de despersonalización (media  $3.05 \pm 2.9$  DE) y se registró un 5.3% de puntuaciones compatibles con falta de realización profesional ( $44.79 \pm 3.7$  DE).

Médicos residentes. Se encontró **“Síndrome de Burnout”** en el 17.07% de los médicos residentes. De acuerdo con las puntuaciones registradas se encontró que el 17.1% tuvieron tanto cansancio emocional como despersonalización con un promedio de  $17.41 \pm 8.6$  DE para la dimensión de cansancio y con una puntuación promedio de

4.71 ± 3.9 DE para despersonalización. El 29.0% indicó una baja realización profesional, registrándose una puntuación promedio de 35.95 ± 10.4 DE.

### **Variables sociodemográficas y dimensiones del MBI**

Médicos anesthesiólogos. Se estudiaron las variables correspondientes a las características generales, laborales y personales en relación con las puntuaciones de las tres dimensiones del cuestionario de Maslach. De todas las variables, únicamente las actividades extraprofesionales se encontraron asociadas de manera significativa con la dimensión de cansancio emocional ( $\text{Chi}^2 = 6.25, p=0.04$ ). Por otra parte, la variable correspondiente al número de días de descanso por semana mostró una asociación casi significativa con la dimensión de despersonalización (0.06); así mismo, también la variable de períodos vacacionales casi obtuvo una asociación significativa (0.06) con la dimensión de realización (veáse Tabla III).

Médicos residentes. Al analizar las asociaciones entre las variables de las características generales, características laborales y personales con las puntuaciones obtenidas en las tres dimensiones no se demostró ninguna asociación significativa como se muestra en la Tabla IV.

### **Análisis de Regresión Logística**

Médicos Anesthesiólogos

Dimensión de Cansancio Emocional. En la tabla V se resumen los resultados del análisis de regresión logística de las variables sociodemográficas con la dimensión de cansancio emocional. En este modelo se verificaron tres interacciones, obteniéndose un modelo no lineal significativo con un valor  $-2\text{Llo} = 11.45$  y un valor de Chi cuadrada

del modelo = 0.0044. Siendo este modelo significativo, se encontró que la variable que influye sobre la presencia o ausencia de cansancio emocional correspondió a la cantidad de períodos vacacionales.

Dimensión de Despersonalización. Al analizar las variables sociodemográficas se demostró un modelo de regresión logística no lineal con 12 interacciones y significancia estadística, ya que se encontró un valor  $-2LLo = 3.819$  con un valor Chi cuadrada para el modelo de 0.0451. En este modelo de regresión, se demostró una influencia significativa de la variable número de días de descanso sobre la presencia o ausencia de despersonalización, con un valor Wald = 0.0073 y significancia de 0.0370. En relación con los valores esperados se evidenció una concordancia importante del 94.74% (Véase tabla VI).

Dimensión de Realización Profesional. En el análisis de las variables sociodemográficas no se verificaron interacciones, lo que señaló un modelo no lineal (Tabla VII). Lo anterior indica que no existe influencia entre las variables independientes y la variable dependiente.

Médicos Residentes en Anestesiología.

Se efectuaron modelos de regresión sobre las dimensiones de cansancio emocional, despersonalización y realización profesional con las variables sociodemográficas y en ninguno se evidenciaron relaciones no lineales, ya que no ocurrieron interacciones que indicaran la validez de los modelos tal como se resume en las tablas VIII a X.

## DISCUSIÓN

En el presente estudio se evalúa la presencia del “**Síndrome de Burnout**” o síndrome de agotamiento profesional en médicos especialistas en anestesiología así como en médicos residentes que se encuentran cursando esta especialidad en el Departamento de Anestesiología del Hospital General Rubén Leñero.

Para ello, se aplicó un instrumento validado y de uso internacional como lo es el cuestionario de Maslach (MBI) siguiendo los lineamientos recomendados.

El cuestionario de Maslach (MBI) respondido por los Médicos Anestesiólogos demostró puntuaciones compatibles con la ausencia del “**Síndrome de Burnout**”, sin embargo en los médicos residentes se encontró este síndrome en el 17%. Este dato contrasta con lo reportado por Nysen y cols., y en nuestro país por Palmer-Morales y cols., quienes señalan una prevalencia de este síndrome en anestesiólogos de aproximadamente 40%. A pesar que en dichos estudios, los autores no consideran por separado la frecuencia de este síndrome en especialistas y en residentes, la cifra que reportan difiere de manera importante con la que se encontró en esta institución ya que independientemente que se consideren a los médicos residentes, la frecuencia que encontramos está considerablemente por debajo de la reportada. Sin embargo, Lederer encontró también una frecuencia baja del “**Síndrome de Burnout**” en anestesiólogos (3.4%).

Por otra parte, al evaluar de manera independiente las subescalas que integran el MBI en médicos especialistas, las puntuaciones que encontramos en el presente estudio están acorde con lo publicado con la mayoría de los autores quienes señalan como subescala predominantemente elevada la correspondiente a la dimensión de cansancio emocional con una frecuencia aproximada del 20%.

En relación con las puntuaciones que se encontraron correspondientes a las dimensiones de despersonalización y baja realización profesional, llama la atención que son considerablemente menores en comparación con aquellas reportadas en la literatura. Palmer-Morales y cols., publicaron cifras similares sin embargo, no resulta factible realizar una comparación válida con ellas en virtud que dividen las puntuaciones de las subescalas en magnitudes de elevado, moderado y bajo, pero sin indicar los puntos de corte utilizados.

Por otra parte, al analizar de manera univariada las características sociodemográficas estudiadas y su asociación con cada dimensión del MBI, encontramos que la realización de actividades extraprofesionales fue la única variable asociada de manera significativa con la dimensión de cansancio emocional. Lo anterior llama la atención por dos razones. La primera reside en que este dato no ha sido señalado de manera específica en los estudios sobre “**Síndrome de Burnout**” realizados en médicos anestesiólogos y la segunda es que concuerda con las recomendaciones sobre el bienestar del médico emitidas por autores, como Pfifferling y por diversas Asociaciones Médicas en materia de normatividad laboral quienes indican la importancia fundamental de que el médico participe en actividades que le brinden un

recurso para manejar el estrés, tales como actividades deportivas, viajar de manera regular los fines de semana, actividades culturales.

Adicionalmente y con la finalidad de evaluar la influencia de las características sociodemográficas de manera conjunta sobre cada dimensión del MBI, se realizó un análisis multivariado encontrándose que la dimensión de cansancio emocional se relaciona de manera significativa con la cantidad de períodos vacacionales. Este dato tampoco ha sido señalado de manera específica en la literatura. Otro dato que no se encuentra referido corresponde a la asociación entre la dimensión de despersonalización con el número de días de descanso por semana.

Los resultados que encontramos contrastan con lo reportado por diversos autores quienes señalan que ninguna variable de tipo sociodemográfico se asocia con el **“Síndrome de Burnout”** o con algunas de sus dimensiones.

Otro resultado interesante que se encontró en el presente estudio corresponde a que la dimensión del MBI con las puntuaciones más elevadas en médicos residentes fue la de baja satisfacción laboral (29%), a diferencia de la dimensión de cansancio emocional que se señala de manera consistente en la literatura como la que se eleva con mayor frecuencia.



## CONCLUSIONES

De los resultados derivados del presente estudio podemos señalar:

La evaluación de las puntuaciones del cuestionario de Maslach que se aplicó a médicos anestesiólogos señaló que ninguno padeció de “**Síndrome de Burnout**”. Únicamente presentaron elevadas puntuaciones en la dimensión de cansancio emocional con una frecuencia aproximadamente del 20%. Esta dimensión presentó una asociación significativa con la realización de actividades extraprofesionales.

Los médicos residentes en anestesiología presentaron puntuaciones compatibles con la presencia de “**Síndrome de Burnout**” en 17%, siendo la dimensión más elevada la de baja satisfacción laboral.

Del presente trabajo podemos concluir que los estudios sobre el síndrome de agotamiento profesional son importantes ya que está demostrada una repercusión directa tanto sobre el bienestar del médico como en la calidad de atención a los pacientes.

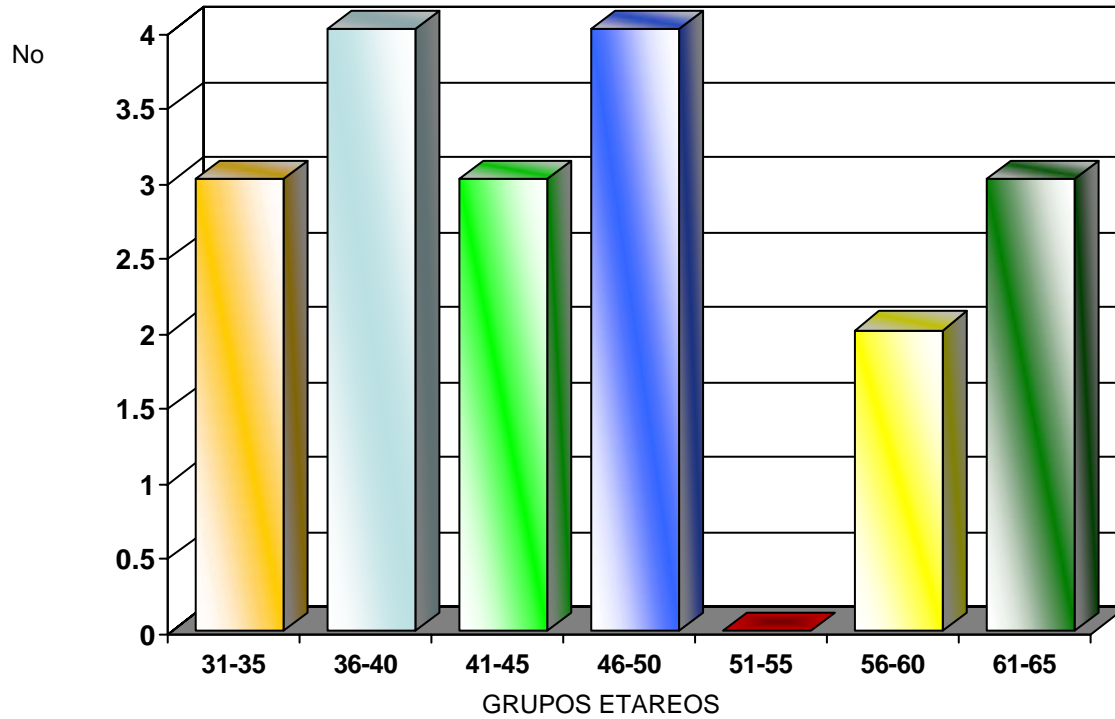
Es de suma importancia para los médicos que conozcan la existencia de este síndrome y sus manifestaciones ya que se presenta bajo síntomas específicos y estos son habituales, las evidencias que afectan a los médicos en el inicio de la aparición de esta enfermedad, se reconocen en varias etapas.

La conclusión más importante que se desprende de este trabajo es ayudar a comprender a los médicos que tengan inquietud sobre la situación de estrés que

atraviesan y conocer que resulta factible modificarla, en dicho caso esta tesis logrará su cometido al trascender los objetivos planteados.

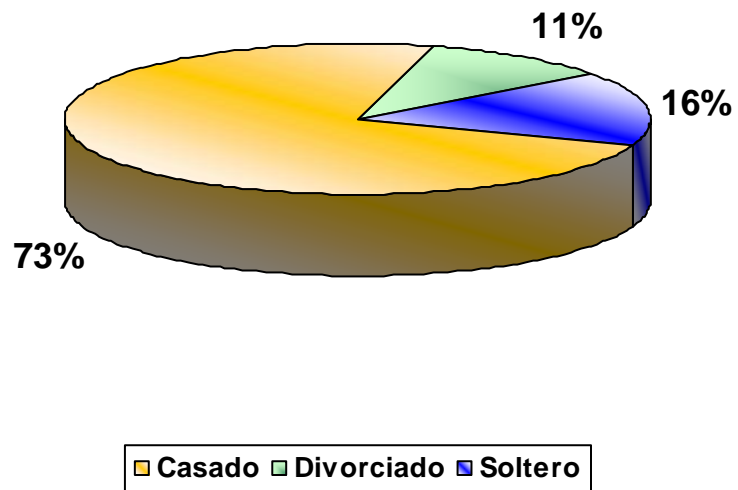
Por otra parte los médicos no deben culpar el estado de estrés que experimentan ni a la institución, autoridades, pacientes, sobrecarga de trabajo, que si bien es cierto forman parte de la causa representan un rasgo desagradable pero inevitable debido a la exposición crónica de diversos factores laborales de las áreas de atención social, que no se modifican con la reducción en el número de horas en las que se labora, cambiando autoridades, sino implementando diversas estrategias de intervención como sería fomentar su salud mental, crear y fortalecer una filosofía de vida que les permita disfrutar de la inmensa satisfacción personal, profesional y espiritual que podemos experimentar los médicos contribuyendo a la restauración de la salud de un paciente.

**Figura 1. Distribución de Médicos Anestesiólogos por Grupos Etareos**



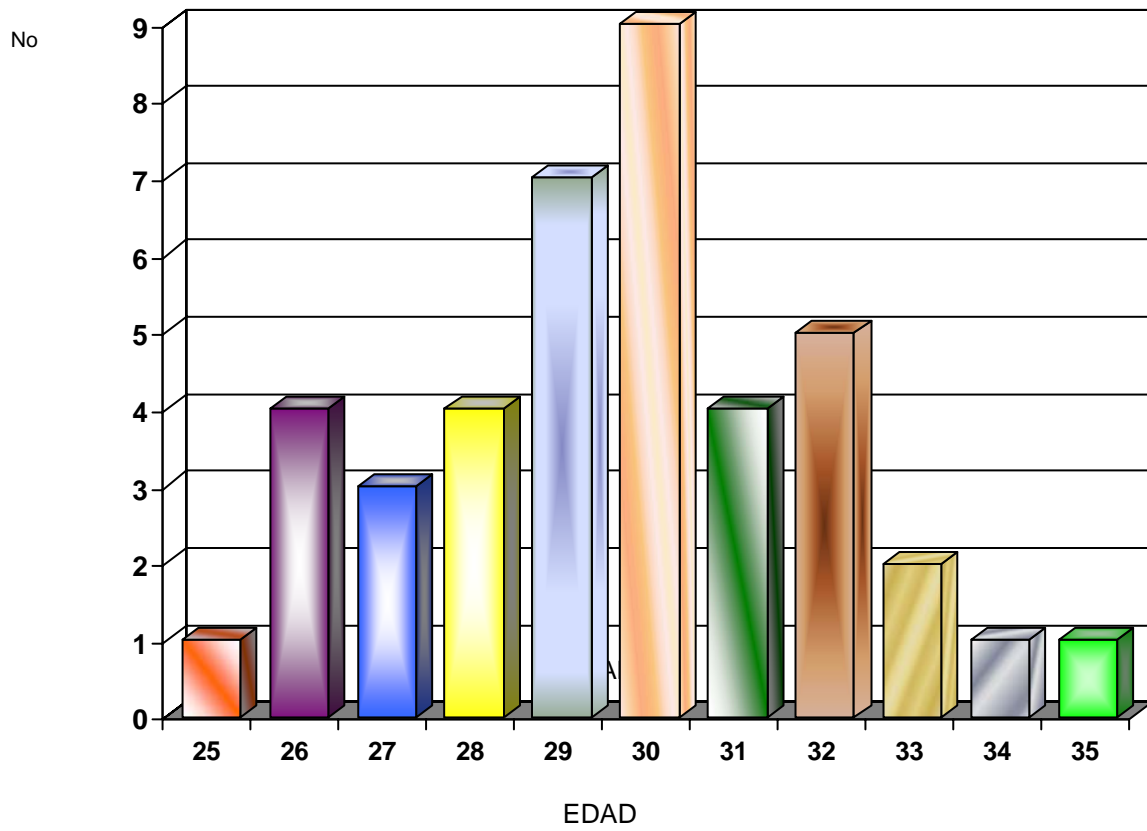
FUENTE: CUESTIONARIO DE MASLASH BURNOUT INVENTORY APLICADO SERVICIO ANESTESIOLOGIA H.G DR. RUBEN LEÑERO 2004

**Figura 2. Distribución de Médicos Anestesiólogos según estado civil**



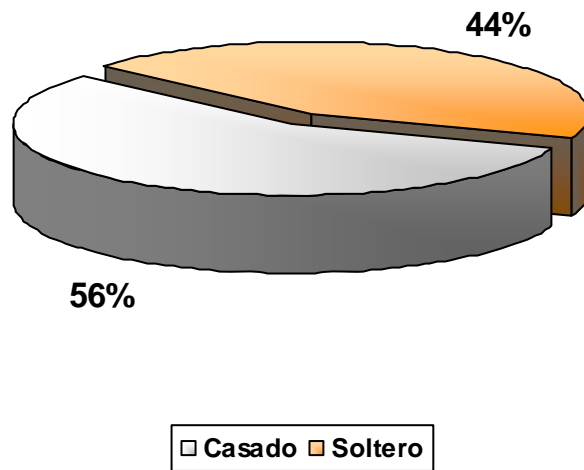
FUENTE: CUESTIONARIO DE MASLASH BURNOUT INVENTORY APLICADO SERVICIO ANESTESIOLOGIA H.G DR.  
RUBEN LEÑERO 2004

**Figura 3. Distribución de Médicos Residentes en Anestesiología según su edad**



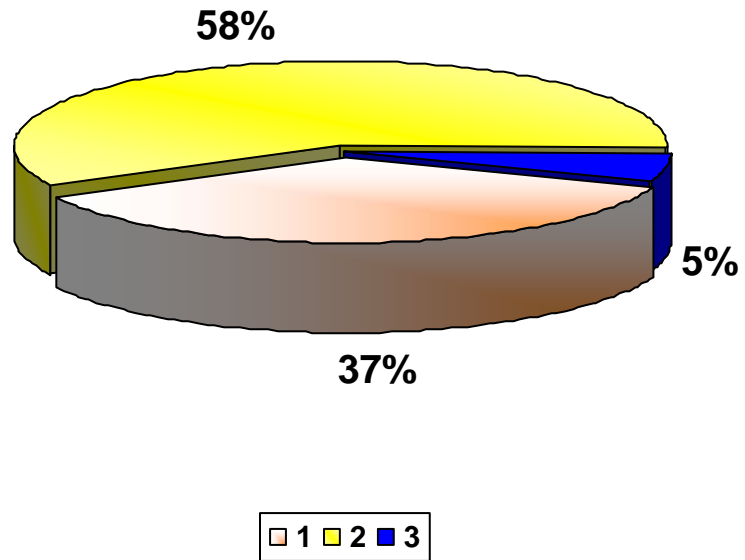
FUENTE: CUESTIONARIO DE MASLASH BURNOUT INVENTORY APLICADO SERVICIO ANESTESIOLOGIA H.G DR. RUBEN LEÑERO 2004

**Figura 4. Distribución de Médicos Residentes en Anestesiología según su estado civil**



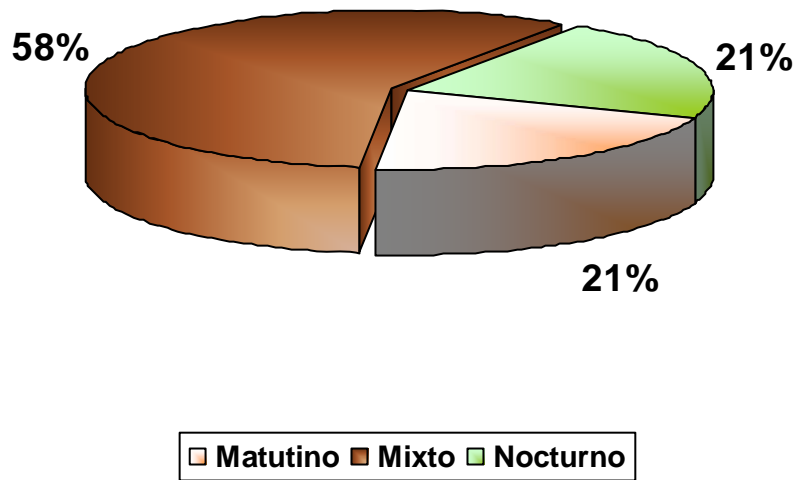
FUENTE: CUESTIONARIO DE MASLASH BURNOUT INVENTORY APLICADO SERVICIO ANESTESIOLOGIA H.G DR. RUBEN LEÑERO 2004

**Figura 5. Distribución de Médicos Anestesiólogos según número de empleos**



FUENTE: CUESTIONARIO DE MASLASH BURNOUT INVENTORY APLICADO SERVICIO ANESTESIOLOGIA H.G DR.  
RUBEN LEÑERO 2004

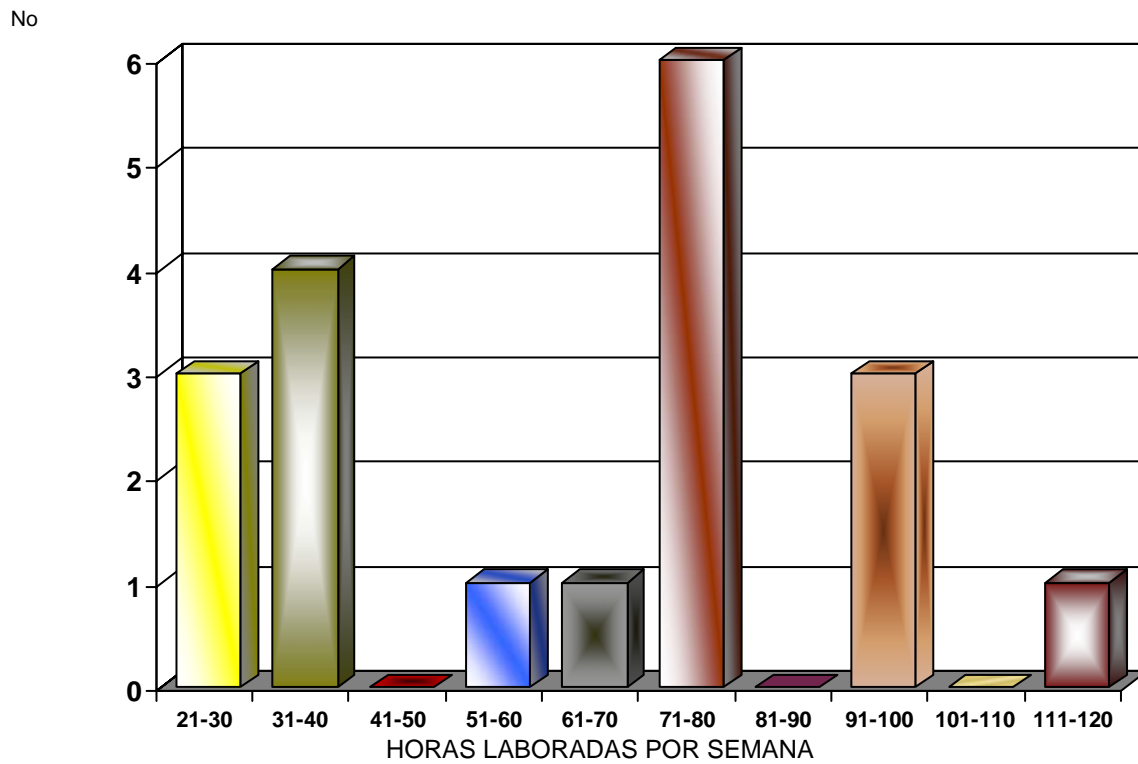
**Figura 6. Distribución de Médicos Anestesiólogos según turno laboral**



FUENTE: CUESTIONARIO DE MASLASH BURNOUT INVENTORY APLICADO SERVICIO ANESTESIOLOGIA H.G DR.  
RUBEN LEÑERO 2004

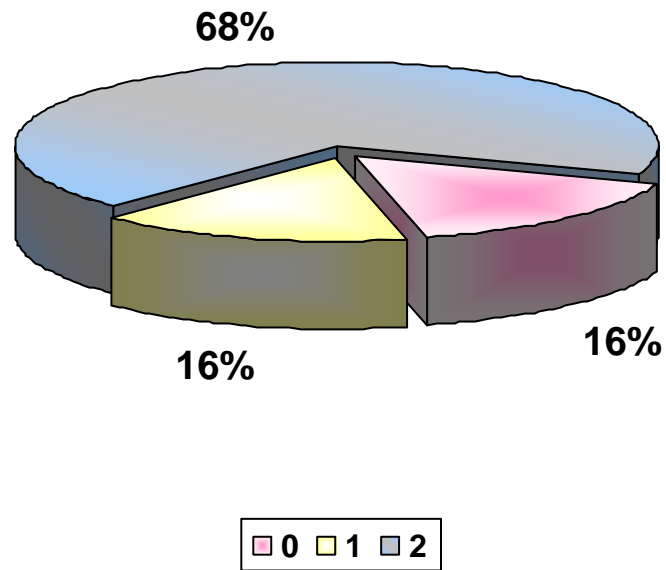


**Figura 7. Distribución de Médicos Anestesiólogos según número de horas laboradas por semana**



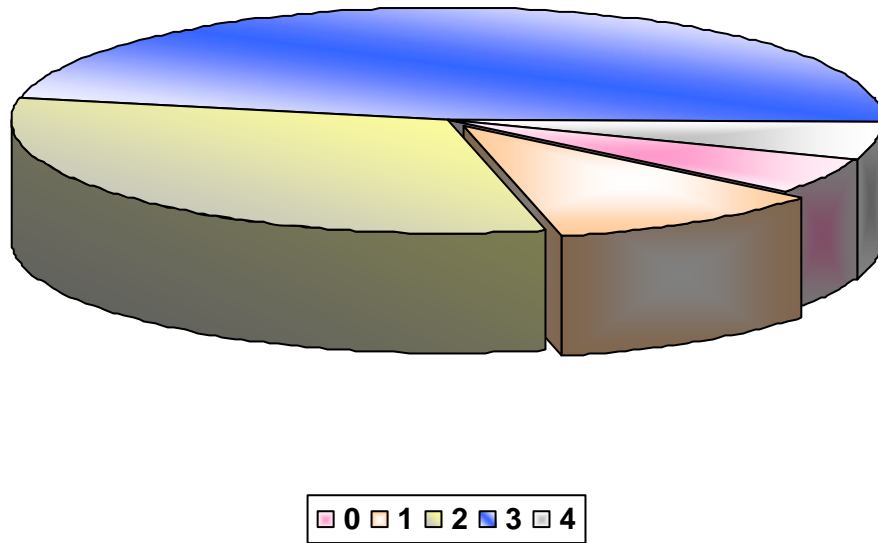
FUENTE: CUESTIONARIO DE MASLASH BURNOUT INVENTORY APLICADO SERVICIO ANESTESIOLOGIA H.G DR. RUBEN LEÑERO 2004

**Figura 8. Distribución de Médicos Anestesiólogos según descanso por semana**



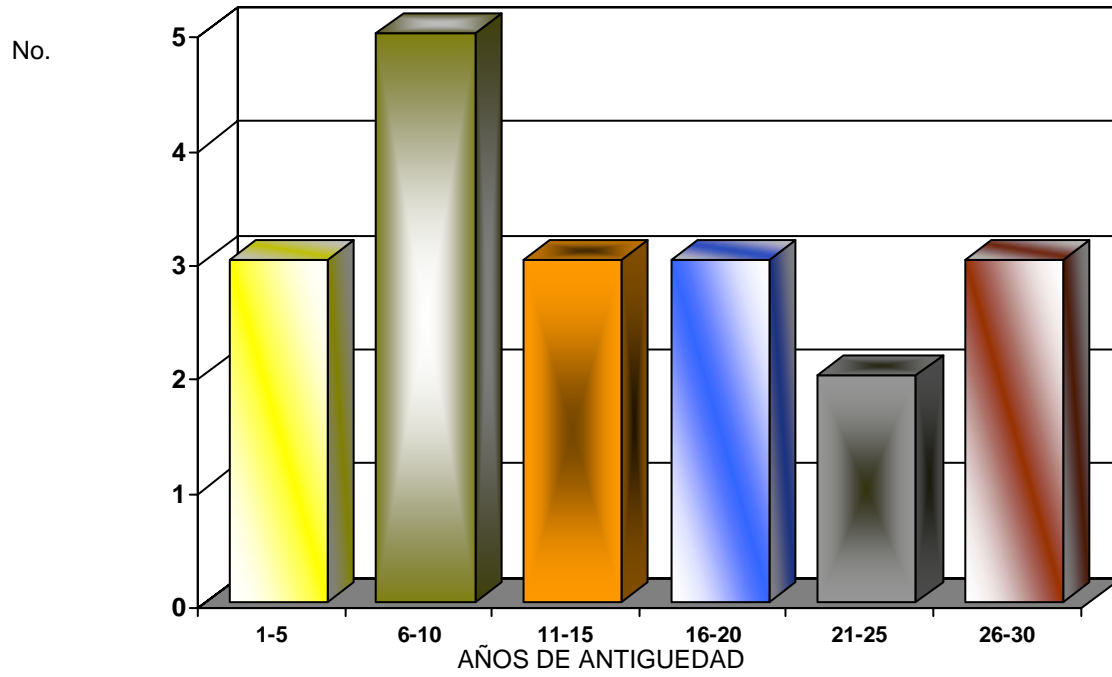
FUENTE: CUESTIONARIO DE MASLASH BURNOUT INVENTORY APLICADO SERVICIO ANESTESIOLOGIA H.G DR.  
RUBEN LEÑERO 2004

**Figura 9. Distribución de Médicos Anestesiólogos según períodos vacacionales**



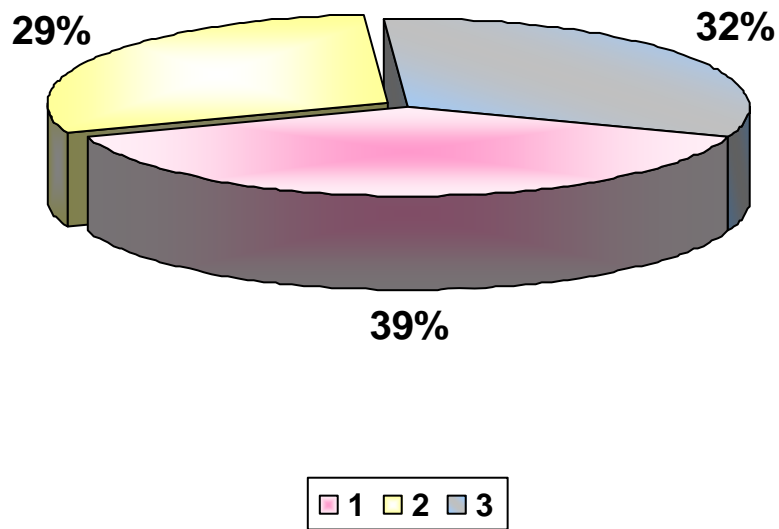
FUENTE: CUESTIONARIO DE MASLASH BURNOUT INVENTORY APLICADO SERVICIO ANESTESIOLOGIA H.G DR.  
RUBEN LEÑERO 2004

**Figura 10. Distribución de Médicos Anestesiólogos según antigüedad laboral**



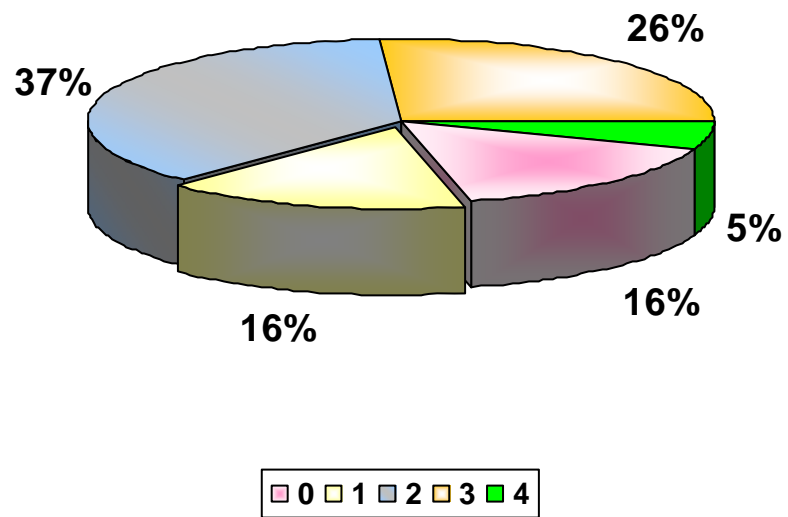
FUENTE: CUESTIONARIO DE MASLASH BURNOUT INVENTORY APLICADO SERVICIO ANESTESIOLOGIA H.G DR. RUBEN LEÑERO 2004

**Figura 11. Distribución de Residentes en Anestesiología según antigüedad laboral**



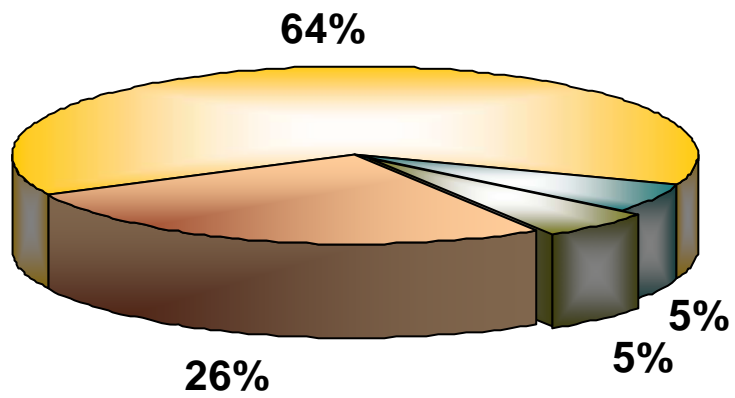
FUENTE: CUESTIONARIO DE MASLASH BURNOUT INVENTORY APLICADO SERVICIO ANESTESIOLOGIA H.G DR. RUBEN LEÑERO 2004

**Figura 12. Distribución de Médicos Anestesiólogos según número de hijos**



FUENTE: CUESTIONARIO DE MASLASH BURNOUT INVENTORY APLICADO SERVICIO ANESTESIOLOGIA H.G DR. RUBEN LEÑERO 2004

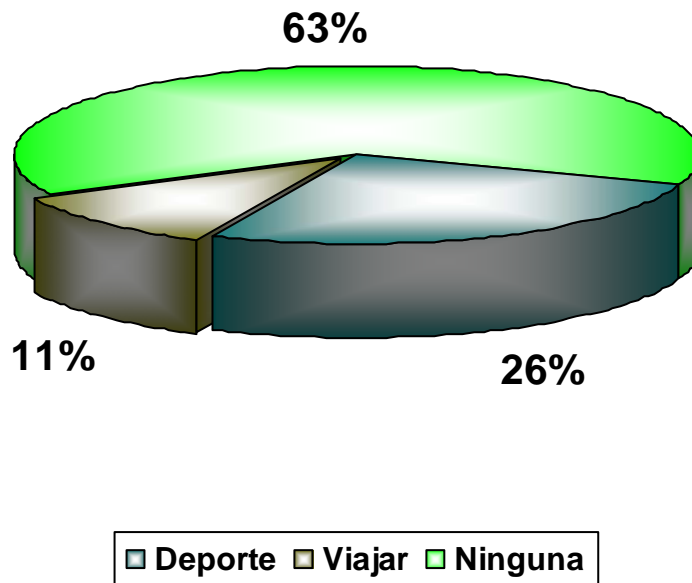
**Figura 13. Distribución de Médicos Anestesiólogos según presencia de enfermedades**



■ Asma ■ Diabetes ■ Hipertensión ■ Ninguna

FUENTE: CUESTIONARIO DE MASLASH BURNOUT INVENTORY APLICADO SERVICIO ANESTESIOLOGIA H.G DR.  
RUBEN LEÑERO 2004

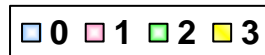
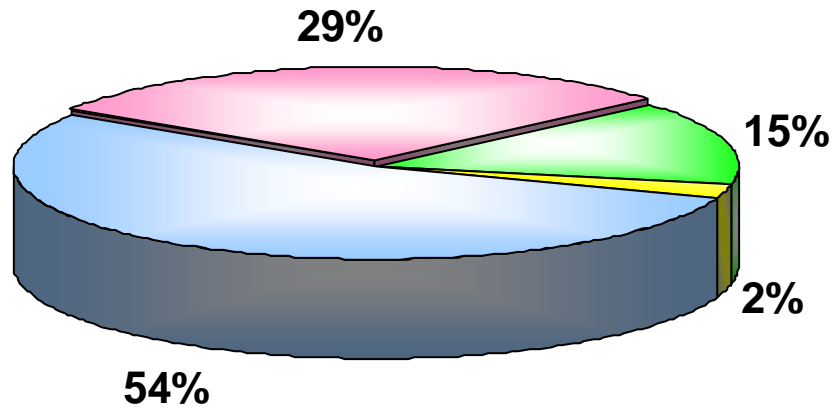
**Figura 14. Distribución de Médicos Anestesiólogos según actividades extraprofesionales**



FUENTE: CUESTIONARIO DE MASLASH BURNOUT INVENTORY APLICADO SERVICIO ANESTESIOLOGIA H.G DR.  
RUBEN LEÑERO 2004



**Figura 15. Distribución de Residentes en Anestesiología según número de hijos**



FUENTE: CUESTIONARIO DE MASLASH BURNOUT INVENTORY APLICADO SERVICIO ANESTESIOLOGIA H.G DR. RUBEN LEÑERO 2004

**Tabla I. presencia de enfermedades en Residentes en Anestesiología**

<b>Enfermedades</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Alergia no especificada	1	2.4
Colón irritable	2	4.9
Gastritis	1	2.4
Hiperactividad bronquial	1	2.4
Hipotiroidismo	2	4.9
Obesidad	2	4.9
Ninguna	32	78.0
Total	41	100

**Tabla II. Actividades extraprofesionales en Residentes en Anestesiología**

<b>Actividades</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Baile	1	2.4
Capacitación	1	2.4
Deporte	2	4.9
Lectura	1	2.4
Ninguna	36	87.8
Total	41	100

**Tabla III. Asociación de variables con las dimensiones del MBI en Médicos Anestesiólogos**

<b>Variables</b>	<b>Cansancio emocional</b>	<b>Despersonalización</b>	<b>Realización</b>
Edad	0.329	0.339	0.329
Estado civil	0.668	0.828	0.828
Sexo	0.128	0.632	0.632
Número de hijos	0.285	0.229	0.565
Número de empleos	0.699	0.681	0.405
Turno laboral	0.937	0.691	0.138
Horas laboradas por semana	0.314	0.165	0.165
Días de descanso por semana	0.672	0.060	0.784
Períodos vacacionales al año	0.138	0.883	0.062
Antigüedad laboral	0.528	0.893	0.165
Adicciones	0.622	0.906	0.906
Enfermedades	0.625	0.893	0.893
Actividades extraprofesionales	0.044	0.735	0.735

**Tabla IV. Asociación de variables con las dimensiones del MBI en Residentes en Anestesiología**

<b>Variables</b>	<b>Cansancio emocional</b>	<b>Despersonalización</b>	<b>Realización</b>
Edad	0.961	0.961	0.356
Estado civil	0.321	0.321	0.589
Sexo	0.389	0.384	0.487
Número de hijos	0.329	0.329	0.815
Antigüedad laboral	0.672	0.672	0.872
Adicciones	0.930	0.930	0.758
Enfermedades	0.263	0.263	0.501
Actividades extraprofesionales	0.883	0.883	0.797

**Tabla V. Análisis de Regresión Logística de la dimensión de cansancio emocional en Anestesiólogos con las variables demográficas**

<b>Variable</b>	<b>Puntuación</b>	<b>Significancia</b>	<b>R</b>	
Edad	0.32	0.56	0.00	
Sexo	2.95	0.08	0.22	
Hijos	0.08	0.77	0.00	
Empleos	0.06	0.79	0.00	
Horas	0.03	0.84	0.00	
Descanso	0.68	0.40	0.00	
Vacaciones	4.55	0.03	0.3615	
Antigüedad	0.32	0.56	0.00	
<b>VARIABLES EN LA ECUACIÓN</b>				
<b>Variable</b>	<b>B</b>	<b>EE</b>	<b>Wald</b>	<b>Significancia</b>
Vacaciones	9.85	61.86	0.02	0.87
Constante	-30.27	185.60	0.02	0.87

**Tabla VI. Análisis de Regresión Logística de la dimensión de despersonalización en Anestesiólogos con las variables demográficas**

<b>Variable</b>	<b>Puntuación</b>	<b>Significancia</b>	<b>R</b>	
Edad	0.06	0.80	0.00	
Sexo	0.61	0.43	0.00	
Hijos	0.67	0.41	0.00	
Empleos	0.32	0.56	0.00	
Horas	0.05	0.81	0.00	
Descanso	4.35	0.03	0.54	
Vacaciones	0.48	0.48	0.00	
Antigüedad	0.08	0.77	0.00	
<b>VARIABLES EN LA ECUACIÓN</b>				
<b>Variable</b>	<b>B</b>	<b>EE</b>	<b>Wald</b>	<b>Significancia</b>
Descanso	-.91	116.05	0.007	0.93
Constante	-0.69	1.22	0.32	0.57

**Tabla VII. Análisis de Regresión Logística de la dimensión de Realización profesional en Anestesiólogos con las variables demográficas**

<b>Variable</b>	<b>Puntuación</b>	<b>Significancia</b>	<b>R</b>	
Edad	0.02	0.88	0.00	
Sexo	0.61	0.43	0.00	
Hijos	1.02	0.31	0.00	
Empleos	1.53	0.21	0.00	
Horas	1.44	0.23	0.00	
Descanso	0.41	0.51	0.00	
Vacaciones	2.28	0.13	0.19	
Antigüedad	0.61	0.43	0.00	
<b>VARIABLES EN LA ECUACIÓN</b>				
<b>Variable</b>	<b>B</b>	<b>EE</b>	<b>Wald</b>	<b>Significancia</b>
Constante	-2.89	1.02	7.9	0.004



**Tabla VIII. Análisis de Regresión Logística de la dimensión de cansancio emocional en Residentes con las variables demográficas**

<b>Variable</b>	<b>Puntuación</b>	<b>Significancia</b>	<b>R</b>	
Edad	0.35	0.55	0.00	
Sexo	0.48	0.48	0.00	
Hijos	0.50	0.47	0.00	
Antigüedad	0.06	0.80	0.00	
<b>VARIABLES EN LA ECUACIÓN</b>				
<b>Variable</b>	<b>B</b>	<b>EE</b>	<b>Wald</b>	<b>Significancia</b>
Constante	-1.5	0.41	14.4	0.0001

**Tabla IX. Análisis de Regresión Logística de la dimensión de despersonalización en Residentes con las variables demográficas**

<b>Variable</b>	<b>Puntuación</b>	<b>Significancia</b>	<b>R</b>	
Edad	0.35	0.55	0.00	
Sexo	0.48	0.48	0.00	
Hijos	0.50	0.47	0.00	
Antigüedad	0.06	0.80	0.00	
<b>VARIABLES EN LA ECUACIÓN</b>				
<b>Variable</b>	<b>B</b>	<b>EE</b>	<b>Wald</b>	<b>Significancia</b>
Constante	-1.5	0.41	14.49	0.0001

**Tabla X. Análisis de Regresión Logística de la dimensión de Realización Profesional en Residentes con las variables demográficas**

<b>Variable</b>	<b>Puntuación</b>	<b>Significancia</b>	<b>R</b>	
Edad	0.25	0.61	0.00	
Sexo	0.15	0.69	0.00	
Hijos	0.10	0.74	0.00	
Antigüedad	0.25	0.61	0.00	
<b>VARIABLES EN LA ECUACIÓN</b>				
<b>Variable</b>	<b>B</b>	<b>EE</b>	<b>Wald</b>	<b>Significancia</b>
Constante	-1.0	0.35	8.10	0.0044

## BIBLIOGRAFÍA

1. Association of Professors of Medicine. The Well Being of Physicians. Am J Med 2003; 15: 513-19.
2. Mc Kevitt C, Morgan M. Illness doesn't belong to us. J R Soc Med 1977; 90: 491-5.
3. Lepage A, Hunt S. The problem of quality of life in medicine. JAMA 1997; 278: 47-50.
4. Deckard G, Meterko M, Field D. Physician burnout: an examination of personal, professional and organizational relationships. Med Care 1994; 32: 745-54.
5. Mc Cue JD, Sachs CL. A stress management workshop improves residents coping skills. Arch Intern Med 1991; 151: 2273-7.
6. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job Burnout. Annu Rev Psychol 2001; 52: 397-422.
7. Schaufeli W, Enzman D. The Burnout companion to Study and Practice : A critical analysis. Taylor and Francis; London. 1998.
8. Zapf D. Emotion work and psychological well-being: a review of the literature and some conceptual considerations. Hum Resour Manage Rev 2002; 12: 237-68.

9. Fredenberg HJ. Staff "burnout". *J Soc Sci Iss* 1974; 30: 159-65.
10. Maslach C, Jackson SE. *Maslach Burnout Inventory Manual*. 2<sup>nd</sup> ed. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press; 1986.
11. Spickard A, Gabbe S, Chistensen JF. Mid-Career Burnout in Generalists and specialist physicians *JAMR* 2002; 288: 1447-1450.
12. Burke RJ. Survivors and victims of hospital restructuring and Downsizing. Who are the real victims? *Int J Nurs Stud* 2003; 40: 903-9.
13. Campell DA, Sonnad SS, Eckhaur FE, et al. Burnout among American surgeons. *Surgery* 2001; 130: 696-705.
14. Linzer M, Visser MR, Oort FJ, et al. Predicting and preventing physicians burnout: results from the United States and the Netherlands. *Am J Med* 2001; 111: 170-5.
15. Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, Back AL. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Ann Intern Med* 2002; 136: 358-67.
16. Shiron A. Burnout in work organization. In *International Review of Industrial and Organizational Psychology*, ed CL Cooper. Willey, New York 1989. pp 25-48.

17. Glass DC, Mc Knight JD. Perceived control, depressive symptomatology, and professional burnout: a review of the evidence. *Psychol Health* 1996; 11: 23-48.
18. Schaufeli WB, Maslach C, Marek T, eds. *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research*. Taylor and Francis, Washington DC, 1993.
19. Borrits M, Bültmann U, Rugulies R, Christensen KB, et al. Psychosocial Work Characteristics as predictors for Burnout : Findings from 3-year follow up of the PUMA study. *JOEM* 2005; 47: 1015-25.
20. Félix JB, González P, Lemus F, Arteaga M, et al. Prevalencia del síndrome de Burnout o desgaste profesional en médicos, enfermeras y auxiliares administrativos adscritos a la clínica hospital Mochis, segundo nivel de atención, del ISSSTE. *Rev Esp Med Quir* 2001; 3: 2-10.
21. Bettes BA, Chalas E, Coleman V, Schulkin J. Heavier workload, less personal control: Impact of delivery on obstetrician/gynecologists career satisfaction. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 190: 851-7.
22. Nalesnik SW, Heaton JO, Olsen CH, Haffner WH, et al: Incorporating problem-based learning into an obstetrics/gynecology clerkship: Impact on student satisfaction and grades. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 190: 1375-81.

23. Leibbrandt TJ, Pezz CM, Fassler SA, Relly EF, et al. Has the 80-hour work week had an impact on voluntary attrition in General Surgery Residency Program ? J Am Coll Surg 2006; 202: 340-4.
24. Gelfand DV, Podnos YD, Carmichael JC, et al. Effect of the 80-hour workweek on resident burnout. Arch Surg 2004; 139: 933-40.
25. Parshuram CS, Dhanani S, Kish J, Cox P. Fellowship training, workload, fatigue and physical stress: a prospective observational study. Can Med Assoc J 2004; 170: 134-40.
26. Levy MN. Caring for the caregiver. Crit Care Clin 2004; 20: 541-7.
27. Atance JC, Masso E. La Salud Laboral en un Hospital General de Área. Todo Hosp 131: 55-63.
28. Valle Jiménez JA. Síndrome de Burnout en el especialista en Urgencias Médico-Quirúrgicas. Tesis de Postgrado. IPN-SSDF. México. 2004.
29. Ramírez Reyes MA. Síndrome de Burnout y factores asociados en el residente de la Secretaría de Salud del Distrito Federal. Tesis de Postgrado. UNAM-SSDF. México. 2005.

30. Munguía F, Eslava CH. Contaminación de quirófanos por Halotano y Óxido Nitroso en el Centro Hospitalario 20 de Noviembre. *Rev Mex Anest* 1982; 5: 75-8.
31. Palmer-Morales L, González A, Cabrera C, Prince R. Prevalencia del Síndrome de Agotamiento Profesional en Médicos anestesiólogos de la Ciudad de Mexicali. *Gac Med Mex* 2005; 141: 181-3.
32. Nyssen AS. Occupational stress and burnout in anaesthesia. *Br J Anaesth* 2003; 90: 333-7.
33. Lederer W. Significance of working conditions on burnout in anesthesists. *Acta Anaesthesiol Scand* 2006; 50: 58-63.
34. Kluger MT. Job Satisfaction, stress and burnout in Australian specialist anaesthetists. *Anaesthesia* 2003; 58: 339-45.
35. Fernández Torres B. Prevalence of burnout among anesthesiologists at Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla. *Rev Esp Anesthesiol Reanim* 2006; 53: 359-62.
36. Leedal JM. Methodological approaches to anaesthesists' workload in the operating theatre. *Br J Anaesth* 2005; 94: 702-9.



37. Saricaoglu F. The effect of day and night shift working on the attention and anxiety levels of anesthesia residents. *Turk Psikiyatri Derg* 2005; 16: 106-12.
38. Kain Z, Chan KM, Katz J, Nigam A. Anesthesiologists and acute Perioperative stress: A cohort study. *Anesth Analg* 2002; 95: 177-83.
39. Linn S, Brook RH, Click VA, Davies AR, et al. Physician and patient satisfaction as factors related to the organization of internal medicine group practices. *Med Care* 1985; 23: 1171-8.
40. Pfifferling JH. The Danger of a Dysfunctional Medical Practice. [Http//aafp.org/fpm.2005](http://aafp.org/fpm.2005).
41. Visser MRM, Smets E, Oort FJ. Stress, satisfaction and burnout among dutch medical specialist. *Can Med Assoc J* 2003; 168: 271-5.
42. Shrier DK. Psychosocial aspects of women's lives: work, family and life cycle issues. *Psychiatr Clin N Am* 2003; 26: 741-57.
43. Sullivan P, Buske L. Results from CMA's huge 1998 physician survey point to a dispirited profession. *Can Med Assoc J* 1998; 159: 52-8.
44. Myers DG. The funds, friends, and faith of happy people. *Am Psychol* 2000; 55: 56-67.

45. Am Psychol 2000; 55: 1-169.

46. Weiner EL, Swain GR, Wolf B, Gottlieb M. A qualitative study of physicians' own wellness-promotion practices. West J Med 2001; 174: 19-23.

47. Massimini F, Delle FA. Individual development in a bio-cultural perspective. Am Psychol 2000; 55: 24-33.

48. Quill TE, Williamson PR. Healthy approaches to physician stress. Arch Intern Med 1990; 150: 1857-61.

49. Revision to Selected Medical Staff Standards. Physicians Health. Available at <http://www.jacwo.org>.