

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE
MEXICO**

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION
HOSPITAL STAR MEDICA INFANTIL PRIVADO

**“SINDROME DE BURNOUT EN RESIDENTES Y
PERSONAL MEDICO DEL HOSPITAL STAR
MEDICA INFANTIL PRIVADO”**

T E S I S D E P O S G R A D O

PARA OBTENER EL TITULO DE LA
ESPECIALIDAD EN PEDIATRIA

P R E S E N T A :

DRA. JEDIVE BANDALA VELAZQUEZ

MEXICO, D. F.

MARZO 2009



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.

AUTORIZACIONES:

DRA. PATRICIA SALTIGERAL SIMENTAL

PROFESORA TITULAR Y JEFA DE ENSEÑANZA DEL HOSPITAL
STAR MEDICA INFANTIL PRIVADO

DR. JESUS TRISTAN LOPEZ

DIRECTOR MEDICO
HOSPITAL STAR MEDICA INFANTIL PRIVADO

COLABORADORES:

INVESTIGADOR RESPONSABLE:

Dr. Omar Campos

Médico Adscrito de Paidopsiquiatría
Hospital Star Médica Infantil Privado

INVESTIGADOR PRINCIPAL:

Dra. Jedive Bandala Velázquez

Médico Residente de Tercer año
Especialidad de Pediatría Médica
Hospital Star Médica Infantil Privado

AGRADECIMIENTOS:

A DIOS: Por la vida, y pruebas que aunque a veces difíciles de interpretar, me han puesto en el lugar y a las personas indicadas, gracias por la paciencia y persistencia que me han llevado a donde estoy. Te pido me guíes siempre.

A MI MADRE: Que aunque físicamente no estas, me has acompañado en todo momento, gracias por tus esfuerzos, éste título es para ti por que tú lo anhelabas junto conmigo. Te amo.

A MI PADRE: Te imagino a mi lado y que compartes mi felicidad.

A MI ESPOSO EZEQUIEL: Mi Compañero y apoyo, gracias por tu paciencia, y amor, éste logro es de ambos.

A MIS HIJOS: Mi corazón siente, el no haber compartido con Ustedes, sonrisas tan bellas, abrazos y juegos, éste esfuerzo es también de Ustedes.

A MIS SUEGROS ALICIA Y EZEQUIEL: Por su paciencia su gran apoyo, y por ser segundos padres.

A LA DRA. PATRICIA SALTIGERAL SIMENTAL: Quizá no me vió crecer junto con los demás residentes, pero agradezco la oportunidad, consejos y enseñanzas, es una excelente persona y Doctora.

AL DR. JESUS TRISTAN LOPEZ: Gracias por la oportunidad, fue un privilegio trabajar con Usted, me siento orgullosa de salir de ésta Institución que representaré con gusto.

A TODOS LOS MEDICOS QUE ME HAN APOYADO Y GUIADO EN MI TRAYECTO: No los nombraré por que temo no incluir a alguien que me escuchó en algún momento y me aconsejó. Gracias no echaré consejo en saco roto, los quiero a todos.

A TODOS MI COMPAÑEROS RESIDENTES: Con los que crecí y aprendí en los diferentes grados, y por compartir alegrías, llantos, enojos. No los olvidaré.

A TODOS LOS NIÑOS POR QUE POR USTEDES ES ESTE GRAN ESFUERZO: Que gran responsabilidad hemos adquirido al ver la mirada de confianza y esperanza de los padres hacia nosotros, desvelo, hambres, cansancio físico se tenían que ver por el momento suspendido para atender sus necesidades, pero ello se veía recompensado con una sonrisa y el que nuestra voluntad y crecimiento personal era cada día mayor. Pero sobre todo para que siempre exista el interés y amor por saber y hacer más por Ustedes.

INDICE

1. Antecedentes	2
2. Marco de referencia.....	9
3. Planteamiento del problema.....	11
4. Justificación	12
5. Objetivos.....	13
6. Hipótesis.....	14
7. Materiales y Métodos.....	15
8. Consideraciones éticas.....	18
9. Resultados	19
10. Discusión y conclusiones.....	20
11. Referencias Bibliográficas	26
12. Anexos ..	28

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE
MEXICO**

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION
HOSPITAL STAR MEDICA INFANTIL PRIVADO

**“SINDROME DE BURNOUT EN RESIDENTES Y
PERSONAL MEDICO DEL HOSPITAL STAR
MEDICA INFANTIL PRIVADO”**

T E S I S D E P O S G R A D O

PARA OBTENER EL TITULO DE LA
ESPECIALIDAD EN PEDIATRIA

P R E S E N T A :

DRA. JEDIVE BANDALA VELAZQUEZ

MEXICO, D. F.

MARZO 2009

1. ANTECEDENTES.

El Síndrome de Burnout se ha definido como una respuesta al estrés laboral crónico, integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja (actitudes de despersonalización), al propio rol profesional (falta de realización profesional en el trabajo) y también por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado ⁽¹⁾

Aunque no existe una definición unánimemente aceptada sobre Burnout, sí parece haber consenso en que se trata de una respuesta al estrés laboral crónico, una experiencia subjetiva que engloba sentimientos y actitudes con implicaciones nocivas para la persona y la organización. Gil-Monte y Peiró afirmaron que el síndrome del quemado puede estudiarse desde dos perspectivas, clínica y psicosocial. ⁽¹⁾

La perspectiva clínica asume el Burnout como un estado (concepción estática) al que llega el sujeto como consecuencia del estrés laboral, y la psicosocial, lo define como un proceso con una serie de etapas que se generan por interacción de las características personales y del entorno laboral.

Modelos explicativos del Burnout

a. Modelo clínico.

Desde una perspectiva clínica, Freudenberger en 1974, empleó por vez primera el término Burnout para describir un conjunto de síntomas físicos sufridos por personal de salud como resultado de las condiciones de trabajo. Según este autor, es típico de las profesiones de servicios de ayuda y se caracteriza por un estado de agotamiento como consecuencia de trabajar intensamente, sin tomar en consideración las propias necesidades. ⁽²⁾ Este enfoque sostiene que Burnout aparece más frecuentemente, en los profesionales más comprometidos, en los que trabajan más intensamente ante la presión y demandas de su trabajo, poniendo en segundo término sus intereses. Se trata de una relación inadecuada entre profesionales, excesivamente celosos en su trabajo y clientes excesivamente necesitados, una respuesta del profesional asistencial al realizar un sobreesfuerzo.

En esta misma línea, Fischer consideró el Burnout como un estado resultante del trauma narcisista que conllevaba una disminución en la autoestima de los sujetos, ⁽³⁾ mientras que Pines y Aronson (1988), lo conceptualizan como un estado en el que se combinan fatiga emocional, física y mental, sentimientos de impotencia e inutilidad y baja autoestima. Este estado según estos autores iba acompañado de un conjunto de síntomas que incluía vacío físico, sentimientos de desamparo y desesperanza, desilusión y desarrollo de un autoconcepto y una actitud negativa hacia el trabajo y hacia la vida misma. En su forma más extrema, el Burnout representa un punto de ruptura más allá del cual la capacidad de

enfrentarse con el ambiente resulta severamente disminuida y es especialmente duro para personas entusiastas e idealistas.

Esta imagen del profesional como héroe trágico, víctima de su propio celo e idealismo, que paga un elevado precio por su alto rendimiento, fue la primera aproximación a este fenómeno, pero no se ajusta al modelo que actualmente se acepta.⁽⁴⁾

b. **Modelo Psicosocial.**

Desde una perspectiva psicosocial, la mayoría de sus adeptos, aceptan hoy la definición de Burnout elaborada por Maslach y Jackson,⁽⁵⁾ quienes lo consideran como una respuesta, principalmente emocional, situando los factores laborales y los organizacionales como condicionantes y antecedentes. Los estudios de Maslach y Jackson argumentan que el Burnout es un síndrome tridimensional que se desarrolla en aquellos profesionales cuyo objeto de trabajo son personas que necesitan cuidado, donde influyen los siguientes factores:

- *Cansancio emocional.* Se define como cansancio y fatiga que puede manifestarse física, psíquicamente o como una combinación de ambos. Es la sensación de no poder dar más de sí mismo a los demás.
- *Despersonalización.* Es la segunda dimensión y se entiende como el desarrollo de sentimientos, actitudes, y respuestas negativas, distantes y frías hacia otras personas, especialmente hacia los beneficiarios del propio trabajo. Se acompaña de un incremento en la irritabilidad y una pérdida de motivación hacia el mismo. El profesional trata de distanciarse no sólo de las personas destinatarias de su trabajo sino también de los miembros del equipo con los que trabaja, mostrándose cínico, irritable, irónico e incluso utilizando a veces etiquetas despectivas para aludir a los usuarios y tratando de hacerles culpables de sus frustraciones y descenso del rendimiento laboral.
- *Sentimiento de bajo logro o realización profesional y/o personal.* Surge cuando se verifica que las demandas que se le hacen, exceden su capacidad para atenderlas de forma competente. Supone respuestas negativas hacia uno mismo y hacia su trabajo, evitación de las relaciones personales y profesionales, bajo rendimiento laboral, incapacidad para soportar la presión y una baja autoestima. La falta de logro personal en el trabajo se caracteriza por una dolorosa desilusión y fracaso en dar sentido personal al trabajo. Se experimentan sentimientos de fracaso personal (falta de competencia, de esfuerzo o conocimientos), carencias de expectativas y horizontes en el trabajo y una insatisfacción generalizada. Como consecuencia: la impuntualidad, la abundancia de interrupciones, la evitación del trabajo, el ausentismo y el abandono de la profesión, son síntomas habituales y típicos de esta patología laboral.

Si bien, la mayoría de las investigaciones actuales aceptan la perspectiva psicosocial, algunos autores discrepan de los supuestos planteados por Maslach y Jackson. De lo que no parece haber dudas es de que el síndrome de Burnout comprende una serie de alteraciones físicas, del comportamiento y emocionales que tienen su origen en factores individuales, laborales y sociales.

Factores asociados al Síndrome de Burnout

Expectativas incumplidas: durante los primeros años de practica profesional, el médico advierte que las expectativas que se creó no coinciden con la realidad pues las recompensas personales, profesionales y económicas están debajo de lo prometido y esperado.

Sexo: Las mujeres son un sector vulnerable que implica la práctica profesional y la vida familiar.

El *estado civil*, esta estrechamente asociado a las personas que no tienen pareja estable, tampoco hay un acuerdo unánime; al parecer las personas solteras tienen mayor cansancio emocional, menor realización personal y mayor despersonalización, que aquellas otras que o bien están casadas o conviven con parejas estables. En este mismo orden la existencia o no de hijos hace que estas personas puedan ser más resistentes al síndrome, debido a la tendencia generalmente encontrada en los padres, a ser personas más maduras y estables, y la implicación con la familia y los hijos hace que tengan mayor capacidad para afrontar problemas personales y conflictos emocionales; y ser mas realistas con la ayuda del apoyo familiar.

La *edad* aunque parece no influir en la aparición del síndrome se considera que puede existir un periodo de sensibilización debido a que habría unos años en los que el profesional sería especialmente vulnerable a éste, siendo estos los primeros años de carrera profesional dado que sería el periodo en el que se produce la transición de las expectativas idealistas hacia la práctica cotidiana, apreciándose en este tiempo que tanto las recompensas personales, profesionales y económicas, no son ni las prometidas ni esperada. ⁽⁶⁾

Según el *sexo* las mujeres son el grupo más vulnerable, quizá en este caso de los profesionales de la salud por razones diferentes como podrían ser la doble carga de trabajo que conlleva la práctica profesional y la tarea familiar así como la elección de determinadas especialidades profesionales que prolongarían el rol de mujer.

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

La *antigüedad profesional* tampoco existe un acuerdo. Algunos autores encuentran una relación positiva con el síndrome manifestado en dos periodos, correspondientes a los dos primeros años de carrera profesional y los mayores de

10 años de experiencia, como los momentos en los que se produce un menor nivel de asociación con el síndrome.

Es conocida la relación entre Burnout y *sobrecarga laboral en los profesionales asistenciales*, de manera que este factor produciría una disminución de la calidad de las prestaciones ofrecidas por estos trabajadores, tanto cualitativa como cuantitativamente . Sin embargo no parece existir una clara relación entre el número de horas de contacto con los pacientes y la aparición de Burnout, si bien si es referida por otros autores. También el *salario* se considera como otro factor que afectaría al desarrollo de Burnout en estos profesionales, aunque no queda claro en la literatura.

Manifestaciones clínicas

En cuanto a los síntomas, diversos autores (Maslach y Pines,1977; Cherniss, 1980 y Maslach, 1982) revelan que se pueden agrupar en cuatro áreas sintomatológicas: ⁽⁷⁾

- Síntomas psicosomáticos. Destacan la cefalea, fatiga crónica, úlceras o desórdenes gastrointestinales, dolores musculares en la espalda y cuello, hipertensión y en las mujeres amenorrea.
- Síntomas conductuales. Engloba síntomas tales como ausentismo laboral, conducta violenta, abuso de drogas, incapacidad de relajarse, etc.
- Manifestaciones emocionales. El distanciamiento afectivo que el profesional manifiesta a las personas a las que atiende, la impaciencia, los deseos de abandonar el trabajo y la irritabilidad, forman parte de las manifestaciones emocionales que conforman el tercer grupo sintomatológico. Es también frecuente, la dificultad para concentrarse debido a la ansiedad experimentada, produciéndose así un descenso del rendimiento laboral, al mismo tiempo, le surgen dudas acerca de su propia competencia profesional, con el consiguiente descenso en su autoestima.
- Síntomas defensivos. Los síntomas defensivos que aluden a la negación emocional. Se trata de un mecanismo que utiliza el profesional para poder aceptar sus sentimientos, negando las emociones anteriormente descritas cuyas formas más habituales son: negación de las emociones, ironía, atención selectiva y el desplazamiento de sentimientos hacia otras situaciones o cosas. También pueden utilizar para defenderse la intelectualización o la atención parcial hacia lo que le resulta menos desagradable.

El cuadro clínico puede seguir la siguiente secuencia.

Etapas 1. Se percibe desequilibrio entre demandas laborales y entre recursos materiales y humanos de forma que los primeros exceden a los segundos, lo que provoca una situación de estrés agudo.

Etapa 2. El individuo realiza un sobre esfuerzo para adaptarse a las demandas. Pero esto sólo funciona transitoriamente (hasta aquí el cuadro es reversible).

Etapa 3. Aparece el síndrome de Burnout con los componentes descritos.

Etapa 4. El individuo deteriorado psicofísicamente se convierte en un peligro más que en una ayuda para los destinatarios de los servicios.

Se pueden establecer dos tipos de repercusiones del síndrome de Burnout: para el individuo (salud, reacciones interpersonales) y para la institución (insatisfacción laboral, propensión al abandono y el ausentismo, deterioro de la calidad del servicio, genera cierto grado de hostilidad y resentimiento)

ESCALA DE MASLACH

Fueron Christine Maslach y Susan Jackson, quienes utilizaron instrumentos para describir el fenómeno, apoyados sobre la base de estudios de casos. Estos investigadores elaboraron un cuestionario que aplicaron a numerosos profesionales de servicios humanos y el instrumento resultante es el Maslach Burnout Inventory publicado inicialmente en 1981.⁽⁸⁾

La escala de Maslach Burnout Inventory (MBI), en su versión castellano valora el desgaste profesional en sus tres dimensiones. Tiene 22 ítems que se deben responder usando 6 posibilidades.

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

Esta escala tiene una alta consistencia interna y una fiabilidad cercana al 0,9. Se trata de un cuestionario autoadministrado, constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes.

ITEMS:

1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.
2. Me siento agotado al final de la jornada de trabajo.
3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar.
4. Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes.
5. Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales.
6. Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo.
7. Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes.
8. Me siento quemado (agotado) por mi trabajo.
9. Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de las personas.
10. Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión.
11. Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente.
12. Me siento muy activo.
13. Me siento frustrado en mi trabajo.
14. Creo que estoy trabajando demasiado.
15. Realmente no me preocupa lo que le ocurre a mis pacientes.
16. Trabajar directamente con personas me produce estrés.
17. Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes.
18. Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes.
19. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión.
20. Me siento acabado.
21. En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma.
22. Siento que los pacientes me culpan por algunos de sus problemas

Preguntas correspondientes a cada escala:

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

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

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

Existen Tres Subescalas bien definidas, que se describen a continuación:

1. **Subescala de agotamiento emocional.** Consta de 9 preguntas. Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Puntuación máxima 54
2. **Subescala de despersonalización.** Está formada por 5 ítems. Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Puntuación máxima 30
3. **Subescala de realización personal.** Se compone de 8 ítems. Evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo. Puntuación máxima 48

Se consideran que las puntuaciones del MBI son bajas entre 1 y 33. Puntuaciones altas en los dos primeros y baja en el tercero definen el síndrome.

El resultado de este cuestionario se obtiene en tres variables numéricas (una por cada dimensión), con los siguientes puntos de corte:

Agotamiento emocional:

- bajo < 18 puntos
- medio de 19 a 26 puntos
- Alto > 27 puntos

Despersonalización:

- Bajo < 5 puntos
- Medio de 6 a 9 puntos
- Alto > de 10 puntos

Realización personal:

- Baja <33 puntos
- Media de 34 a 39 puntos
- Alta > 40 puntos

Una vez asignadas las puntuaciones, se suman para cada categoría y se clasifican en relación a su intensidad alta, media, baja. A partir de esta clasificación se cuenta el número de categorías que caen en cada una de estas intensidades y se clasifica al encuestado en el nivel de Burnout correspondiente.⁽⁹⁾

Síndrome de Burnout: Se define como sujetos “agotados” por el trabajo o con estrés laboral, reflejándose en un puntaje 88 y más en la encuesta MBI.

Tendencia a padecer Síndrome de Burnout: Definido como sujetos que sin tener Burnout tienen alta tendencia a padecerlo, reflejándose en aquellos que, obtienen 44 hasta 87 puntos en la encuesta MBI.

Sin Burnout: Sujetos que no presentan síntomas de peso para padecer Burnout, se refleja en aquellos que tuvieron 0-43 puntos en la encuesta MBI.

Existen pocos estudios de campo en nuestro país sobre el desgaste entre los profesionales sanitarios. En casi todos ellos se llega a la conclusión de que el grado global de desgaste es moderado - elevado, siendo las facetas de cansancio emocional y falta de realización personal las más afectadas.

2. MARCO DE REFERENCIA.

El Síndrome de Burnout ha sido investigado en ámbitos y grupos ocupacionales diversos. Las exploraciones iniciales se realizaron en médicos y enfermeras, posteriormente, se incluyeron profesionales ligados a la salud mental tales como psiquiatras, enfermeras psiquiátricas y auxiliares de enfermería.⁽¹⁰⁾ Aunque en la actualidad se acepta que el Síndrome de Burnout afecta a cualquier grupo ocupacional, existen profesionales más predispuestos a este síndrome, como es el caso específico de los profesionales de la salud.

Diversos autores han documentado que este síndrome afecta más a profesionales que requieren un contacto directo con las personas y con una filosofía humanística del trabajo, es decir las que necesitan altas dosis de entrega e implicación.

Este síndrome es de suma importancia dado que no sólo afecta la calidad de vida y la salud mental del profesional que lo padece sino que en muchas ocasiones, a causa de este síndrome se llega a poner en peligro la salud de los pacientes, tanto lo que sufren directamente, así como los que son atendidos por alguien que lo padece.⁽¹¹⁾ La frecuencia de este síndrome ha sido elevada lo que motivó que la Organización Mundial de la Salud en el año 2000 lo calificara de riesgo laboral.

En México en la última década se han realizado varios estudios^(12,13,14,15,16) con respecto a la prevalencia de Burnout en profesionales de la salud a nivel de centros de atención primaria y secundaria en distintos ámbitos. Los resultados son controversiales y aún no hay un consenso para establecer guías de prevención y tratamiento.

A raíz de su descripción original se han publicado varios trabajos sobre el tema y sobre el tipo de personal que lo sufre, así como también sobre su prevalencia. De entre las publicaciones existentes podemos destacar que este síndrome afecta al personal implicado en los cuidados de la salud siendo los principales afectados: médicos, enfermeras, odontólogos y psicólogos.⁽¹⁷⁾

En lo que respecta al personal de enfermería las diversas publicaciones muestran una prevalencia de 14 al 69% y el género más afectado es el masculino.⁽¹⁸⁾

En lo que respecta al personal médico los internos y los residentes se ven afectados en un 35% aproximadamente.

En la ciudad de México en el 2003 Dickinson y cols. Reportan una frecuencia de Burnout en 12.8% en médicos de una institución de seguridad social de primer nivel con una muestra de 431 médicos.⁽¹⁵⁾ Otro estudio reciente efectuado en Guadalajara⁽¹⁸⁾ reporta una prevalencia de síndrome de Burnout en médicos familiares de 42.3%. con una muestra de 143 médicos. Mientras que en Mexicali se reporta una prevalencia de 44% de 83 médicos anesthesiólogos.⁽¹¹⁾

En un estudio realizado en la ciudad de México en médicos residentes, el 35% de la población estudiada (80) padeció Síndrome de Burnout y predominó en el grupo clínico (44%). Se observó que el área más afectada, en la mayor parte de las variables, fue despersonalización en 25%, seguida por cansancio emocional en 16.2% y finalmente la realización profesional en 7.5%.⁽¹⁹⁾ Sin embargo en un estudio elaborado por González Jiménez y cols, en la ciudad de Monterrey, Nuevo León en el periodo de enero a julio del 2003 se reporta que en una muestra de 277 médicos residentes e internos de pregrado en hospitales del IMSS no se encontró el síndrome de Burnout como tal, únicamente se encontraron algunas manifestaciones de éste en la población estudiada.⁽¹²⁾

Mientras tanto en el Hospital Infantil de México durante el 2005 se reporta Burnout en 35%, de los residentes de dicha institución.⁽²⁰⁾

Aunque el síndrome de Burnout se describe habitualmente en servicios de urgencias y áreas quirúrgicas, en México se ha observado una frecuencia similar en áreas clínicas y quirúrgicas.⁽¹⁹⁾

Se han descrito varios factores de riesgo para que se desarrolle el Síndrome de Burnout, entre los cuales se encuentran personas jóvenes, género femenino, solteros o sin pareja estable, mayores turnos laborales o sobrecarga laboral, estado civil, número de hijos, rasgos de personalidad tales como personas idealistas, optimistas, con expectativas altruistas elevadas, deseo de prestigio y mayores ingresos económicos.^(11, 21)

La variable género según Maslach, es predictor para desarrollar el síndrome, y es la mujer quien presenta más agotamiento emocional, a diferencia del hombre que tiene una escala más alta en el grado de realización personal

Además se ha visto en relación con el síndrome de Burnout, 60% de los afectados tiene 30 años o menos. Predomina el sexo femenino en relación con el cansancio emocional.⁽¹⁹⁾

Sin embargo en otro estudio se reporta predominio de Síndrome de Burnout en el sexo masculino 37% vs. 33% en el femenino.⁽²⁰⁾

En relación a las variables sociodemográficas, se reporta como significativo “el estado civil”; el estar casado o divorciado, tener hijos y el llevar más de 13 años ejerciendo la profesión, resultan ser factores de riesgo para presentar el síndrome.⁽¹¹⁾

Ser mujer, soltero, no tener hijos, y tener menos años ejerciendo, se documentan como factores de riesgo para presentar el síndrome, ya que el apoyo de la familia es esencial para poder disminuir el estrés y enfrentar el problema. Maslach refiere que las personas que tienen entre 30 y 40 años son más propensas a desarrollar el síndrome.⁽¹¹⁾

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Cuál es la prevalencia del Síndrome de Burnout y qué factores de riesgo están asociados a este síndrome, en médicos residentes y personal médico del Hospital Star Médica Infantil Privado?

4. JUSTIFICACIÓN.

El conocimiento respecto a la prevalencia y los factores de riesgo asociados al Síndrome de Burnout permitirá implementar programas de prevención para el desgaste profesional.

La relevancia se fundamenta en la necesidad de detectar al cuidador de la salud fatigado y que potencialmente puede contribuir a efectos adversos en sus pacientes. Se reconoce que los profesionales de la salud fatigados contribuyen en forma significativa en el error médico.

A los casos que sean detectados con síndrome de Burnout , se les aconsejará intervención psiquiátrica.

5. OBJETIVO.

El objetivo de este trabajo es conocer prevalencia de Síndrome de Burnout y la prevalencia de depresión y/o ansiedad en médicos residentes y personal médico del Hospital Star Médica Infantil Privado , así como conocer los factores asociados.

6. HIPÓTESIS.

Los médicos residentes y personal de salud están en riesgo de tener Síndrome de Burnout.

La prevalencia de Síndrome de Burnout que esperamos en médicos residentes y personal médico del Hospital Star Médica Infantil Privado es de 35%, comparada con los estudios realizados en México.

7. MATERIALES Y METODOS.

De Julio a Noviembre del 2008, se realizó un estudio descriptivo, abierto , observacional, prospectivo en médicos residentes de pediatría ,médicos adscritos de los servicios de Terapia Intensiva Pediátrica , y la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, así como del servicio de Urgencias y enfermeras de todos los turnos, en el Hospital Star Médica Infantil Privado.

El objetivo de este trabajo es conocer la prevalencia de Síndrome de Burnout , y conocer los factores asociados a ellos. Para ello se estudio una muestra de 26 residentes,9 médicos adscritos, 30 del personal de enfermería, a los que se les aplicó el instrumento de medida del síndrome de Burnout (escala de Maslach) , versión en español previamente validada, cuyas tres dimensiones se califican mediante una escala tipo Likert que va de 0 a 6 puntos para cada ítem y cuya puntuación por dominio se interpreta de la siguiente manera:

Agotamiento emocional:

- bajo < 18 puntos
- medio de 19 a 26 puntos
- Alto > 27 puntos

Despersonalización:

- Bajo < 5 puntos
- Medio de 6 a 9 puntos
- Alto > de 10 puntos

Realización personal:

- Baja <33 puntos
- Media de 34 a 39 puntos
- Alta > 40 puntos

El cuestionario se aplicó en forma autoadministrada y los resultados se clasificaron en Síndrome de Burnout, Con Tendencia a Síndrome de Bornout y Sin Burnout, según el puntaje obtenido en escalas y subescalas del instrumento.

Para la validación de resultados se utilizó estadística descriptiva: proporciones o porcentajes según escalas y subescalas de Maslach.

Criterios de selección:**Criterios de Inclusión.**

- Todos los médicos residentes y personal médico del Hospital Star Médica Infantil Privado
- Autorización de participación en encuesta

Criterios de exclusión.

- Médicos residentes y personal médico del Hospital Star Médica Infantil Privado con alguna enfermedad secundaria que implique manejo crónico, y que pueda modificar el resultado de la investigación por la misma evolución de la enfermedad.

Criterios de eliminación.

- Cuestionarios que se hayan llenado de forma incompleta

Variables

Variable Independiente		Variable Dependiente	
Causa		Efecto	
Variable	Escala	Variable	Escala
Edad	20-25 26-30 31-35 + 35	Sx Burnout	Si No
Género	Masculino Femenino		
Estado Civil	Soltero Casado Viudo Divorciado Unión Libre		
Tiene Hijos	Sí No		
Grado	Médico Residente Médico Adscrito Enfermera		
Año	R1 R2 R3		

Variable Dependiente		Variable Independiente	
Causa		Efecto	
Variable	Escala	Variable	Escala
Preguardia	Sí No		
Guardia	Sí No		
Postguardia	Sí No		
Rol de guardias	A-B A-B-C Otras		
Número de horas al día	1-3 3-6 6-9 +9		
Servicio	Pediatría UCIN UTIP Urgencias		
Periodos vacacionales	1 2 +2		

8. CONSIDERACIONES ETICAS

“Todos los procedimientos están de acuerdo a lo estipulado en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación ara la Salud”

9. RESULTADOS

En el estudio se encuestó a un total de 80 entre residentes y personal médico ; de éstos 19 fueron del sexo masculino y 61 del sexo femenino.

El sexo femenino tuvo mayor presencia de Burnout que los hombres ; un 68% comparado con 32%, con respecto al estado civil, los médicos solteros mostraron más SB 64%, que los casados 28%. Los médicos residentes 36% de manera significativa presentaron Burnout en comparación con los médicos adscritos 4% o personal de enfermería, que resulto con 60%, la edad de mayor riesgo fue de 26 a 30 años .El rol de guardia que produce mayor SB fue el ABC, comparado con personal de enfermería y médicos adscritos de Terapia en la que sus jornadas llegan a ser guardias AB. La presencia de SB fue directamente proporcional al grado de residencia médica.

Como mencionamos al definir el SB, se evalúan tres subescalas: Agotamiento Emocional (AE), Despersonalización (D), y Realización Personal (RP). Se buscó la relación variables subescalas-Burnout. Los médicos residentes, solteros con guardias ABC y que dormían de 3 a 6 horas, mostraron de manera significativa mayor riesgo para SB en las tres subescalas.

10. DISCUSION Y CONCLUSIONES

En el marco social se están produciendo transformaciones sociológicas importantes, en los últimos años , por ejemplo la familia ha modificado su estructura de funcionamiento. Los medios tecnológicos han dado un cambio brusco en nuestras vidas. Todo esto está provocando fuertes cambios que reducen drásticamente el número de interacciones interpersonales diarias “cara a cara”. Podemos decir que ha nacido una sociedad nueva en la que hay una serie de problemas y dificultades que son un riesgo para la competencia personal y social algunos ejemplos serían: estrés, ansiedad, nerviosismo, soledad , aislamiento, analfabetismo emocional, agresividad, depresión y tristeza, irritabilidad, impulsividad, apatía, abuso de fármacos , ludopatía, adicción al trabajo e insomnio.

Ya desde la infancia y la adolescencia la competencia social y las habilidades sociales no se enseñan de forma activa sistemática dentro del contexto escolar, sino lo hace cada profesor según u criterio (curriculum oculto). En la escuela la enseñanza sólo se centra en los aspectos intelectuales y el éxito académico olvidando el bienestar personal y emocional.

Durante la formación médica desde los principios básicos, clínicos hasta el internado y la residencia médica; difícilmente compañeros, profesores y tutores estimulan cuidan o promueven las habilidades sociales. Esta investigación enfocada al residente y resto del personal de salud es el ejemplo de cómo el estudiante de medicina se va enfrentando al ambiente difícil del medio hospitalario y el paciente con necesidades de cuidado médico, en donde su adiestramiento está enfocado promover conocimiento y competencias; en cuanto a sus habilidades sociales son manejadas mediante curriculum oculto. Por lo tanto podemos decir que las habilidades de interacción social son un aspecto olvidado.

El porcentaje general de SB en este estudio fue de 31.25% , que se puede considerar ligeramente por abajo en comparación con otros estudios; sin embargo el estado PreBounout fué de 40%, lo que se considera un riesgo elevado para desarrollar SB. Por lo que es importante su intervención oportuna.

Dentro del adiestramiento del médico residente no está contemplado la monitorización sobre el desgaste laboral ni cuenta con programas para potencializar sus habilidades sociales.

El perfil profesional del estudiante de medicina debe girar alrededor de las habilidades sociales, enmarcadas en la competencia personal y social. Lo anterior es primordial para los profesionales del área de ayuda, dentro de la cual se incluyen a los médicos, psicólogos, enfermeras, psicopedagogos, trabajadores sociales, psicólogos y educadores sociales..

Este estudio mostró un grupo joven (20 a 30 años), con mayor porcentaje de Síndrome de Burnout 80% .

Como seres humanos , los estudiantes de medicina no son inmunes a los efectos de la fatiga. En el caso de los médicos la regulación laboral permite horarios largos de trabajo que son aplicados a los médicos en formación.

No está claro cuál es la duración óptima de periodos continuo de las jornadas clínicas, sin embargo se ha observado que los médicos que trabajan periodos continuos más cortos, suelen estar más descansados con mejor juicio y mejores decisiones clínicas. Con esto se logra mejores cuidados al paciente que con jornadas largas de trabajo. Estos resultados demostraron que el rol de guardias ABC tuvo asociación significativa con la presencia de Burnout al igual que periodo corto de dormir (3 a 6 horas). Se ha visto que este tipo de guardias genera un trastorno en el ritmo circadiano, Cabe mencionar que los orígenes de la fatiga son la privación aguda de sueño, acumulación de sueño, asociación carga de trabajo-fatiga, alteración del ritmo circadiano y aspectos de su vida personal.

La medicina moderna está basada en la cultura de la diligencia, no podemos negar los nuevos resultados en la actividad médica, sin embargo todo lo anterior es precursor del error en el cuidado de los paciente y con estudiantes-médicos con el riesgo elevado de sufrir Síndrome de Burnout.

Dentro del grupo de residentes la frecuencia de Burnout fue directamente proporcional grado de residencia siendo la razón más probable el acúmulo de situaciones de estrés y mal manejo de las mismas.

Una variable que protege para padecer de Síndrome de Burnout, es la familia, amigos , pareja e hijos. Como lo refieren estudios en médicos residentes en la Ciudad de México en hospital de IMSS y en el Hospital Infantil de México en donde los residentes que vivían en familia, estaban casados ó en unión libre los protegía para presentar Síndrome de Burnout en comparación con aquellos que vivían solteros, sin hijos ó que rentaban y vivían solos.^(12,20) .El resultado en este estudio es similar a lo que se encontró en donde el personal soltero tiene una mayor frecuencia de Burnout.

No podemos dejar de lado en este trabajo hacer énfasis en las habilidades sociales que inmunizan para el cansancio laboral. ¿Cuáles son las habilidades sociales y competencias personales a desarrollar?

Interacción comunicativa (Proceso enseñanza aprendizaje entre alumno-profesor)

Comunicación asertiva (Asertividad)

Solución de problemas interpersonales (Empatía)

Negociación

Expresión de sentimientos y emociones

Autovaloración (Autoestima)

Optimismo y sentido del humor (Resiliencia)

Si bien es sabido que el médico residente en su momento de formación está sometido a jornadas laborales muchas veces superiores a las que cualquier trabajador comúnmente tiene, incluso dentro e la misma ley laboral. Lo anterior genera un mayor estrés obteniendo con ello médicos cansados y desmotivados.

SUGERENCIAS PARA LA PREVENCION Y/O RESOLUCION DE SINDROME DE BURNOUT^(5,7,10)

Diversos autores están de acuerdo que el SB se puede prevenir y solucionar. A continuación se mencionaran algunas medidas de prevención.

I. Consejos y adaptaciones personales

a) Centrarse en el círculo de influencia

Se ha visto que en el Bournout influyen muchos factores externos que a veces nos preocupan en exceso y no podemos modificar, lo que crea una molestia de impotencia y bloquea la modificación de pequeños aspectos que sí está a nuestro alcance corregir para mejorarlos.

II. Suprimir pequeñas molestias y crear hábitos agradables

- a) Una consecuencia de SB es que comenzamos a abandonarnos. Podemos dejar de prestar atención a nuestra área de trabajo en cuanto a la organización y limpieza con el resultado de perder tiempo y energía con la consecuente sensación de trabajar en pocilga; podemos abandonar nuestro aspecto físico o nuestros modales. Pero estas actitudes no mejoraran nuestro ánimo. Así que conviene hacer una lista de las molestias que nos roban energía y que podríamos eliminar. Como ejemplo ordenar el expediente médico, la mesa de trabajo, decidir que imagen queremos proyectar, iniciar la jornada médica aseado y de buen talante a pesar de haber estado de guardia. Estos son algunos ejemplos médicos. Se puede comenzar priorizando diez tareas y dándonos un tiempo razonable para abordarlas (de uno a tres meses).

III. Trabajar mejor en lugar de más

Significa hacer pequeños cambios que puedan hacer el trabajo menos estresante, más eficiente. Existe una serie de estrategias en éste sentido.

a) Establecer objetivos realistas

Es frecuente en las profesiones humanitarias la presencia de ideales elevados, cuando no utópicos; (la injusticia, el hambre, la pobreza). Debemos de procurar de conseguir cosas más específicas, más factibles, teniendo en cuenta nuestras capacidades y limitaciones.

b) Hacer la misma cosa de manera diferente.

Intentar huir de la rutina, eso proporciona mayor sentido de autonomía y libertad personal.

c) Planificar adecuadamente nuestro tiempo

Es importante estar consciente de nuestro tiempo. Llevando unos días un registro pormenorizado y a partir de ahí organizarlo de una forma eficiente que permita utilizarlo precisamente en lo que nos interesa, sin que “nos lo roben” o tengamos la sensación de que no lo controlamos.

d) Permitirse pensar

Darse la oportunidad de reflexionar, antes de dar una respuesta ante una situación delicada o impertinente. La pausa del café por la mañana, puede ser útil para relajarse. Es importante evitar las prolongaciones de jornada gratuitas y frecuentes (a veces para seguir el ritmo de otros) que pueden contribuir al “agotamiento” y aversión hacia usuarios o colegas. En algunos trabajos se pueden hacer cambios de turno (de menos estrés).

e) Guardar distancia con los problemas

El Burnout aumenta cuando el profesional se relaciona demasiado con la gente. La empatía supone también distancia. No se puede ayudar profesionalmente sin ella. Eso implica asumir que no podemos “satisfacer” a todos nuestros pacientes (la satisfacción depende de variables que muchas veces no controlamos). También el saber “desconectar” y no llevarnos trabajo en casa (ni en las manos ni en la cabeza).

IV. Cuidarse a sí mismo además de a los otros

Es imposible ayudar a los demás si, en primer lugar, no nos cuidamos de nosotros mismos. Podemos poner en práctica algunas de esas estrategias:

a) Acentuar los aspectos positivos

En las relaciones de ayuda es frecuente la tendencia a los pensamientos negativos, focalizándose en los malos resultados, de modo que pasa inadvertido el lado bueno que pueda tener el trabajo, a través de los éxitos y gratificaciones. Esta ausencia de esfuerzo positivo que tanto necesita el profesional puede contribuir a la frustración.

b) Conocerse a sí mismo

Es importante tener capacidad de introspección, analizar nuestras propias reacciones y poder reflexionar del porque de tales reacciones. Este autoanálisis debe de ser constructivo no destructivo. Reconocer nuestros límites y aprender de nuestros errores, no significa un acto victimista sino , por el contrario, un paso hacia el crecimiento personal.

c) Establecer límites o fronteras

Es importante diferenciar lo que es el trabajo y el hogar. Aunque a veces no es fácil hay que intentar establecer una frontera entre ámbos ámbitos. Maslach habla de “descompresión”, como en la personas que practican el buceo.

d) Mantener la vida privada

Muchas personas alivian su carga de tensión con amigos o con un cónyuge comprensivo. Es importante tener aficciones que ocupen nuestro tiempo libre, pero ni el trabajo ha de invadir nuestro tiempo libre, ni un “hobby” debe ocupar nuestro tiempo de trabajo, pues ésto suele ser signo o consecuencia de Burnout.

e) Cambiar de trabajo

Como último recurso o alternativa para profesionales “quemados”, se puede considerar ésta desición que suele ser difícil en la sociedad en la

que vivimos , pero no imposible. No hay que olvidar la posibilidad de haberse equivocado a la hora de escoger nuestra profesión. Y si se percibe claramente y es factible, quizá hay que planearse seriamente un cambio.

f) Tratar específicamente los trastornos psiquiátricos si aparecen

En ocasiones los síntomas de SB se translanan con trastornos específicos.

V. Manejo social e institucional

a) Manejo social

En situaciones de agotamiento un buen soporte puede ser el cónyuge, el resto de la familia o los amigos. Pero casi siempre va a ser útil la ayuda de los propios compañeros de trabajo, que conocen los problemas que con mayor frecuencia

llevan a esta situación. Ellos pueden tener o haber tenido situaciones similares. Un buen compañero se ofrecerá gustoso como apoyo permitiendo la expresión de estados emocionales, lo cual es útil. Una actividad útil es que cuando un compañero haga las cosas bien se le diga y sobre todo “institucionalizar reuniones”, donde previamente se haya preparado al grupo en habilidades sociales y se genere terapias de autoayuda en los equipos o servicios. Por desgracia a veces hay entornos de trabajo donde el ambiente se ha deteriorado tanto y donde el porcentaje de “quemados” es tan grande que no es tan fácil que se preste ayuda, sino que por el contrario el propio ambiente de trabajo contribuye aún más al Burnout.

b) Gestión institucional

Este es un punto difícil de modificar, pero desde luego no menos importante. En una actividad como la médica son esenciales las condiciones de trabajo. En general en las unidades de trabajo médico no existen profesionales que se dediquen precisamente a observar la calidad de los puestos de trabajo y a elaborar estrategias y proveer recursos o para mejorarla. La estructura de salud de nuestro país está anquilosada y viciada difícil de cambiar. Coexisten en un mismo hospital la medicina de mayor calidad con la situación más caótica (por ejemplo un servicio de urgencias colapsado con profesionales que superan un horario de trabajo razonable, mal pagados , con falta de recursos, y sin ninguna sensación de control de su situación. Es de importancia que la administración en salud clarifique los derechos y los deberes de los usuarios del sistema y priorice los servicios que quiere dar tomando las medidas necesarias, ofreciendo los recursos necesarios para que los profesionales puedan realizar su trabajo en una situación confortable y adecuadamente reconocida.

VI. Técnicas cognitivas para el autocuidado emocional

De las técnicas sugeridas para el autocuidado emocional se sugieren:

- a) Manejo de la autoestima
- b) Reestructuración cognitiva
- c) Habilidades sociales : asertividad
- d) Técnicas de afrontamiento
- e) Relajación y visualización
- f) Aserción encubierta
- g) Inoculación del estrés.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

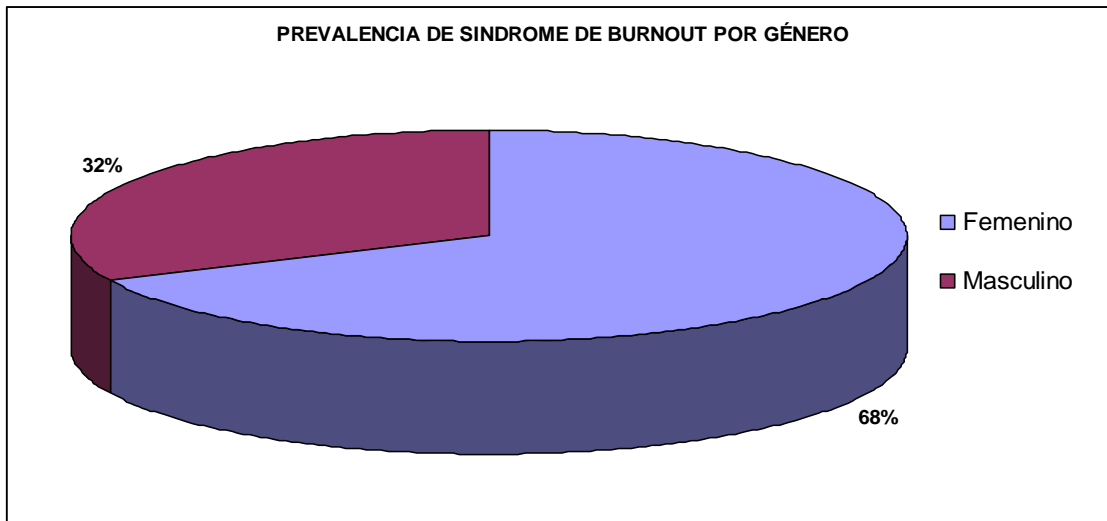
1. Gil-Monte, P. y Peiró, J. Desgaste psíquico en el trabajo. En: Síndrome de Burnout. 4ª.ed , Edit. Síntesis .Psicología. España.1996. p 258-264.
2. Freudemberger, H. The Staff Burnout Syndrome in alternative institutions. J of Social Issues. 1974; (30)159-66.
3. Fischer, H. A psychoanalytic view of burnout. En: Gil-Monte PR, Peiró SJM. Desgaste Psíquico en el Trabajo: El Síndrome de Quemarse. 1ª ed. Síntesis. Madrid .1997.p245-268.
4. Manassero, M, Vázquez, A., Ferrer, M.; Fornés, J. y Fernández, M. Burnout en profesores. Impacto sobre la calidad de la educación, la salud y consecuencias para el desarrollo profesional. Memoria final de investigación. Madrid .Ed. Arco Libros.1994 .p 52-68.
5. Maslach C. Jackson S. Maslach Burnout Inventory. Manual Consulting Psychologist Press 3ª. ed. Ed.Palo Alto. California.1996.p125-140 .
6. Hidalgo Rodrigo I. Estudio de la Influencia de los Factores Laborales y Sociodemográficos en el Desarrollo del Síndrome de Agotamiento Profesional en el Area de Medicina Especializada de INSALUD de Avila. Med Clin Bare, 2002.103(11):408-12.
7. Maslach, C. y Pines, A. The Burnout Syndrome in the day care setting. Child Care Quarterly. N°6. San Francisco .1977.p.38-43.
8. Gil-Monte PR. Validez Factorial Maslach Burnout Inventory General Survey. Salud Pública Mex; 2002(44)33-40
9. Sandoval Carmen. Síndrome de Burnout en el personal profesional del Hospital de Yumbel. Colegio Médico de Chile.2003. (25)1-10.
10. Gil-Monte, P. y Peiró, J. Desgaste psíquico en el trabajo. 3ª. Ed. Edit. Síntesis Psicología.España.1997p 67-78.
11. Palmer y col. Factores organizacionales asociados a Síndrome de Burnout en médicos anesestiólogos. Salud Mental.México.2008(1)82-91
12. González Jiménez E. Alanis G. Granados M, et al. Síndrome de Burnout en médicos residentes y médicos internos de pregrado. Revista de salud Pública y Nutrición.México.2004(4):34-8.
13. Quiñónez Vega CM.Síndrome de Burnout. Una realidad en los servicios de urgencias de México. Boletín AMUP.2004 7(40)12-5.

14. Robles Valdez M. Identificación de factores de riesgo asociados al síndrome de agotamiento profesional en maestros de universidades mexicanas. Tesis en Psicología. Universidad Panamericana, 1995 p1- 35
15. García G, Dickinson ME. Frecuencia del Síndrome de Burnout en personal de primer y segundo nivel de atención. Tesis Médico Cirujano y Partero. Universidad Nacional Autónoma de México, 2001.p 1-48
16. Gutierrez Aceves GA. Síndrome de Burnout. Arch Neurocién Mex. 2006.(11)305-9.
17. Hernández Vargas C. Juárez García A .Burnout y síntomas somáticos cardiovasculares en enfermeras de una institución de salud en el Distrito federal. Enfermeras IMSS ; 2005 13(3)125-131.
18. Aranda Beltrán C. Síndrome de Burnout en médicos familiares del Instituto Mexicano del Seguro Social. Guadalajara, México. Gaceta Universitaria de Guadalajara. 2006.30(9)p 40-48.
19. Pérez Cruz E. Síndrome de Burnout como factor de riesgo de depresión en médicos residentes. Gaceta IMSS de México:2006 22(4) 32-8.
20. Kuhn. I .Síndrome de desgaste profesional. Frecuencia factores de riesgo y comorbilidad en residentes de un hospital de tercer nivel. Tesis de la especialidad de pediatría. Hospital infantil de México Federico Gómez. México: Febrero 2006 p 1-50.
21. Guevara CA, Henao DP, Herrera JA. Síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes. Colombia Médica ; 2004. 35 (4)173-8

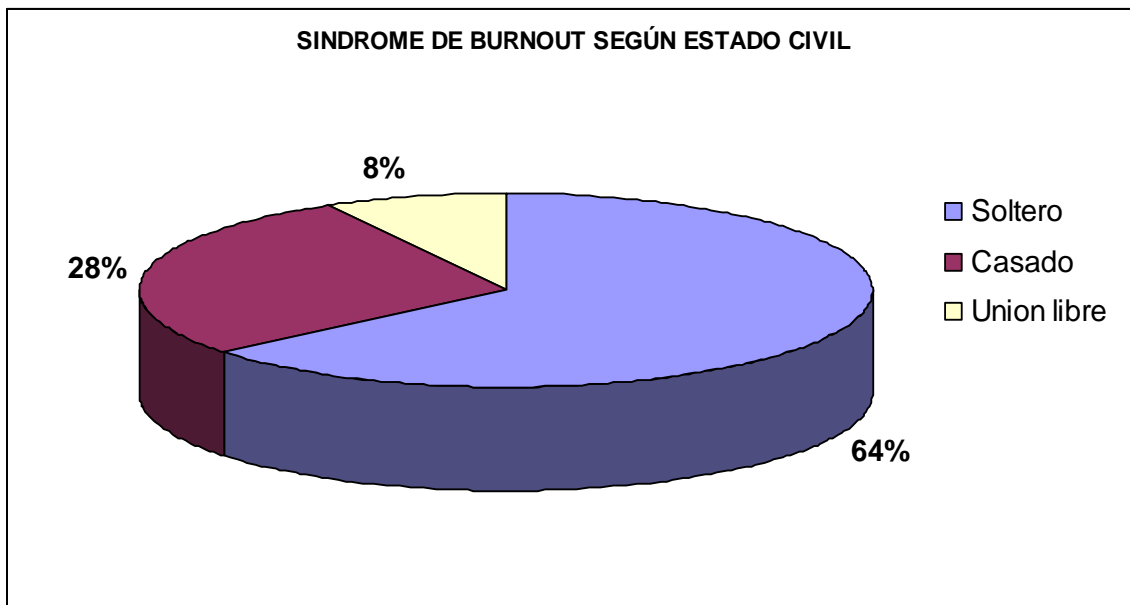
ANEXOS

GRAFICAS

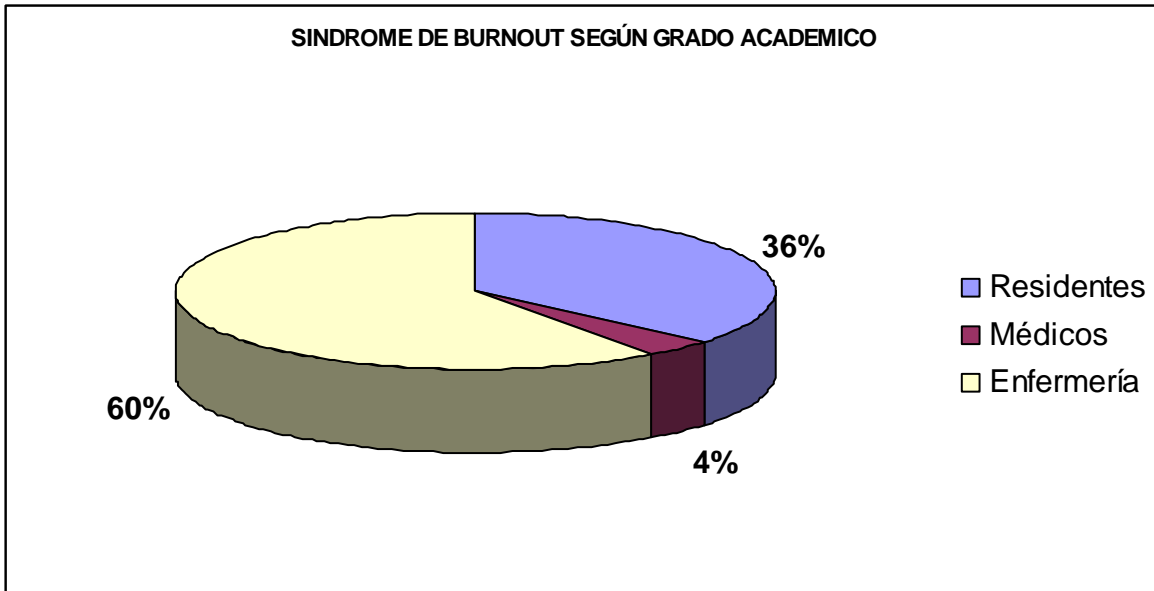
1. PREVALENCIA DE SINDROME DE BURNOUT POR GÉNERO



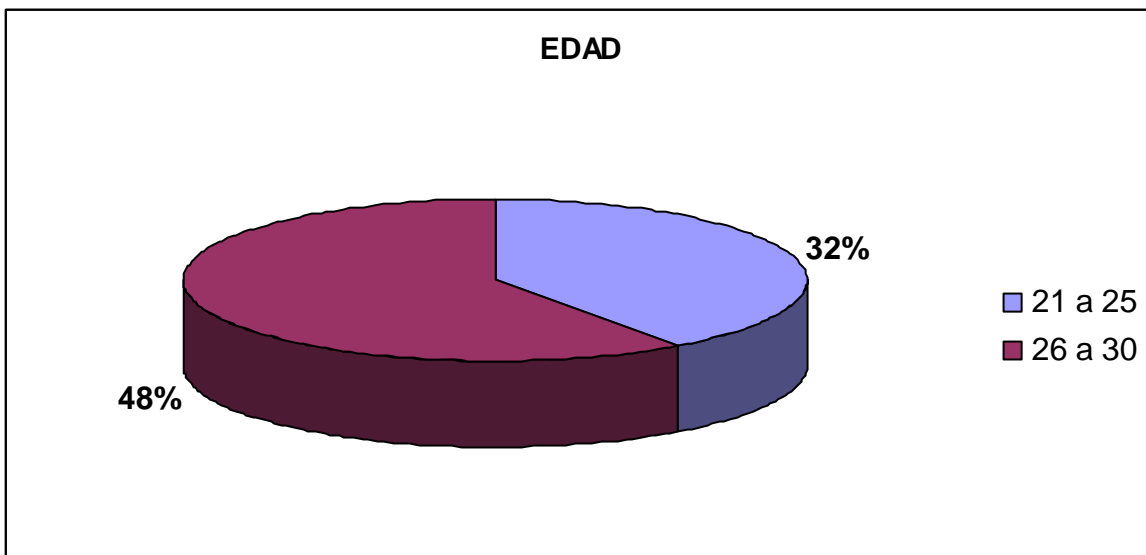
2. SINDROME DE BURNOUT SEGÚN ESTADO CIVIL



3. SINDROME DE BURNOUT SEGÚN GRADO ACADEMICO



4. SINDROME DE BURNOUT SEGÚN EDAD



Anexo 2.

Prevalencia de Síndrome de Burnout Hospital Star Médica Infantil Privado

Instrucciones: favor de contestar las siguientes preguntas marcando con una X la respuesta más adecuada.

NOMBRE: _____

EDAD		GÉNERO		ESTADO CIVIL	
_____		Femenino	()	Soltero	()
		Masculino	()	Casado	()
¿TIENE HIJOS?				unión libre	()
Si	()			Viudo	()
No	()			Divorciado	()
RESIDENTE	()	AÑO ACADÉMICO		ROL DE GUARDIAS	
INTERNO	()	R1	()	A-B	()
		R2	()	A-B-C	()
ESPECIALIDAD:		R3	()		

TIPO DE ESPECIALIDAD

Clínica ()
Quirúrgica ()

NUMERO DE HORAS QUE DUERME AL DIA

1 A 3 HORAS ()
3 A 6 HORAS ()
6 A 9 HORAS ()
MÁS DE 9 HORAS ()

HOY ME ENCUENTRO DE:

preguardia ()
postguardia ()
guardia ()

PERIODOS VACACIONALES QUE TIENE:

1 ()
2 ()
MÁS DE 2 ()

FECHA DEL ULTIMO PERIODO VACACIONAL:

MENOS DE 3 MESES ()
MENOS DE 6 MESES ()
MÁS DE 6 MESES ()

FAVOR DE CONTESTAR LAS SIGUIENTES PREGUNTAS COLOCANDO EL NÚMERO SEGÚN CORRESPONDA

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

1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.
2. Me siento agotado al final de la jornada de trabajo.
3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar.
4. Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes.
5. Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales.
6. Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo.
7. Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes.
8. Me siento quemado por mi trabajo.
9. Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de las personas.
10. Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión.
11. Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente.
12. Me siento muy activo.
13. Me siento frustrado en mi trabajo.
14. Creo que estoy trabajando demasiado.
15. Realmente no me preocupa lo que le ocurre a mis pacientes.
16. Trabajar directamente con personas me produce estrés.
17. Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes.
18. Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes.
19. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión.
20. Me siento acabado.
21. En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma.
22. Siento que los pacientes me culpan por algunos de sus problemas