



Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Medicina



Departamento de Psicología Médica,
Psiquiatría y Salud Mental

Instituto Mexicano del Seguro Social
Centro Médico Nacional Siglo XXI

FRECUENCIA DE SÍNDROME DE BURNOUT EN RESIDENTES MEDICOS DEL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI
EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE NOVIEMBRE DEL 2008 A ENERO 2009

TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN PSIQUIATRÍA PRESENTA:

MARISOL DOMÍNGUEZ CUEVAS

Asesores:

Asesor Teórico: DR. WAZCAR VERDUZCO FRAGOSO Asesor Metodológico: DRA. ADRIANA DIAZ ANZALDUA

México, D. F. FEBRERO 2010



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.

DRA. DIANA G. MENEZ DIAZ
JEFE DE LA DIVISIÓN DE EDUCACIÓN EN SALUD
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

M. en C. DR. FELIPE VASQUEZ ESTUPIÑÁN
TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN PSIQUIATRÍA
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

Asesor Metodológico:

DRA. ADRIANA DÍAZ ANZALDUA
INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA "RAMON DE LA FUENTE"

Asesor Teórico:

DR. WÁZCAR VERDUZCO FRAGOSO
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
HOSPITAL DE PSIQUIATRÍA "HÉCTOR TOVAR ACOSTA" IMSS

AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIAS

A mi esposo Federico por estar siempre a mi lado y apoyarme en todas mis decisiones con amor, respeto y ser mi mano derecha en todo momento.

A mi hijo Diego por enseñarme el valor de la vida y siempre luchar hacia adelante.

A mis padres: Vicente y Esther por su gran corazón y apoyo incondicional, que con su ejemplo de esfuerzo y dedicación me han dado la fortaleza y motivo para seguir superándome.

A la Dra. Irma Corlay por sus sabios consejos y apoyo en los momentos difíciles.

A mis tutores, por su paciencia y dedicación para la realización de esta tesis.

En especial a Adriana por su gran apoyo y por ser un ejemplo a seguir como profesionista y mujer.

INDICE:

Resumen	6
Introducción.....	8
Marco Teórico.....	10
Justificación.....	27
Objetivos y variables	28
Material y Métodos.....	30
Análisis Estadístico.....	30
Resultados.....	31
Discusión.....	35
Conclusiones.....	36
Referencias.....	38
Anexos.....	40

FRECUENCIA DE SÍNDROME DE BURNOUT EN RESIDENTES MEDICOS DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE NOVIEMBRE DEL 2008 A ENERO 2009

RESUMEN

Introducción. El Síndrome de Burnout es una forma avanzada de estrés laboral que llega a desarrollar una incapacidad total para volver a trabajar. El término Burnout, fue tomado de la física de los metales para referirse a la forma de un material que aun estando quemado puede continuar con la función de transmisión de energía. Fué descrito en 1974 por el psiquiatra Freudenberg, y la psicóloga Cristina Maslach. Lo integran tres componentes: A) Despersonalización: se manifiesta con sentimientos negativos y hacia las personas con las que se trabaja. B) Falta de realización personal en el trabajo: tendencia a evaluarse negativamente en la habilidad laboral e insatisfacción con el rol profesional. C) Agotamiento emocional: combina fatiga emocional, física y mental con falta de entusiasmo y sentimientos de impotencia.

Objetivos. 1) Determinar la frecuencia y establecer los factores biológicos y específicos del síndrome de Burnout en residentes médicos del Hospital de Especialidades de Centro Médico Nacional siglo XXI.

Justificación. Se ha observado que la frecuencia de aparición del síndrome entre los residentes oscila entre un 17% hasta un 76%. El conocimiento de la frecuencia permitirá identificar si existe un problema de salud en los médicos residentes que al afectar la esfera psicológica, física y social repercute en la calidad de atención y comprometen la eficacia y eficiencia en la prestación de servicios, lo que hace evidente la creación de programas adecuados de promoción de la salud ocupacional para los residentes.

Material y métodos. Este es un estudio transversal, descriptivo, sobre la sintomatología positiva de los médicos residentes del Hospital de Especialidades de Centro Médico Nacional Siglo XXI en noviembre y diciembre del 2008 utilizando como encuesta anónima la escala de MBI (Maslach Burnout Inventory).

Resultados. La muestra obtenida en este estudio fue de 70 médicos residentes de las especialidades de Medicina Interna, Neurología, Urología, Dermatología y Psiquiatría. La edad promedio fue de 29.6 ± 2.5 años; 55 % era del sexo masculino. Se encontró una frecuencia de 47% de Burnout y con cifras particularmente elevadas en el entorno del agotamiento emocional. Se encontró que las residentes mujeres tienen una frecuencia 60% mayor de aparición del síndrome. Los primeros años de residencia son los mas afectados.

Discusión. Se encontró en este estudio una frecuencia en el 47% de los encuestados, congruente con los estudios realizados. Este estudio tiene una representatividad similar en cuanto al sexo: 60% el femenino y 40% masculino, de acuerdo a la bibliografía las mujeres son las que más representan Burnout. De acuerdo a la edad se encontró mayor porcentaje en el grupo de 30-33 años. Con respecto a la aparición del síndrome de Burnout por especialidad se encontró una mayor frecuencia en las especialidades no quirúrgicas, no concordando con lo que se comenta en la literatura.

Conclusiones. Los resultados obtenidos en este estudio muestran la alta frecuencia de Burnout, que concuerda con los resultados de la literatura nacional e internacional y confirma la necesidad de implementar programas de prevención y tratamiento para el personal afectado.

FRECUENCIA DE SÍNDROME DE BURNOUT EN RESIDENTES MEDICOS DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE NOVIEMBRE DEL 2008 A ENERO 2009

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de "Burnout" es sinónimo de desgaste profesional, su traducción literal al castellano es "estar quemado"; en 1981 Maslach y Jackson definieron el Síndrome de Burnout como un trastorno adaptativo o respuesta inapropiada a un estrés crónico que se caracteriza por marcado cansancio físico y/o psicológico, conocido como cansancio emocional, un alto nivel de despersonalización (los pacientes son vistos como meros casos, lo cual se manifiesta en una respuesta fría e impersonal hacia ellos) y la falta de logros o de realización personal en el trabajo.(1).

Suele ocurrir entre profesionales de los servicios sociales, resultado del estrés cotidiano de estar al cuidado de personas. Este síndrome fue descrito por primera vez en 1974 y desde entonces su interés no ha cesado de crecer, o este padecimiento ha sido tomado como responsable de altas tasas de ausentismo, denuncias de mala práctica médica y pobre desempeño laboral. En la era moderna de atención en instituciones medicas, cuyos profesionales y prestadores de servicio se encuentran bajo "estrés", el cual forma parte de nuestra vida cotidiana, hasta considerarse este como el "malestar de nuestra civilización" afectando tanto a la salud y al bienestar personal, como a la satisfacción laboral y colectiva.

El Síndrome de Burnout ha sido descrito conformado por tres síntomas cardinales:

Cansancio Emocional: Resultado de la exposición continúa a agobiantes demandantes emocionales, donde los recursos emocionales se agotan y la persona experimenta el sentimiento de no poder dar más, de si misma a los demás.

Despersonalización: La persona desarrolla una actitud negativa hacia las personas que atiende.

Baja Relación Personal: La persona experimenta la sensación de haber fracasado a nivel profesional y a nivel personal, puede tener presente la idea de haberse equivocado de profesión (2).

Este conjunto de síntomas y signos clínicos se producen cuando se desequilibran las expectativas individuales del profesional, en el orden laboral, con la realidad de las condiciones del trabajo, algunos ejemplos al respecto, se relacionan con la limitada cantidad de personal en las unidades de salud y los esfuerzos requeridos por estos para satisfacer la demanda de la población, situación que se exacerba con los niveles de desabastecimiento de insumos médicos y no médicos, así como la ausencia de recursos tecnológicos, equipos médicos adecuados para realizar su trabajo En pocas palabras la causa de

dicho síndrome es la desproporción entre los esfuerzos realizados y los resultados obtenidos, su presencia ocasiona graves daños en la calidad de vida del profesional, así como importantes repercusiones en la calidad de la asistencia médica.

MARCO TEÓRICO

La exposición a situaciones estresantes provoca una respuesta que consiste en un aumento en tres niveles de nuestro organismo: fisiológico, cognitivo y motor. Estas respuestas favorecen una mejora en la percepción de la situación y sus demandas, un procesamiento más rápido y potente de la información disponible, una mejor búsqueda de soluciones y selección de conductas adecuadas para hacer frente a las demandas de la situación y preparar al organismo para actuar de forma más rápida y vigorosa ante las posibles exigencias de la misma(3).

Muchas personas desarrollan problemas emocionales o psicológicos como resultado del estrés. Las dificultades pueden ser temporales o permanentes y pueden ser causadas por factores de trabajo o ajenos al centro laboral. Nadie es inmune al estrés, ya que puede afectar a cualquier individuo independientemente de la naturaleza de su labor e incluso afectarlo en su vida cotidiana (4).

Se define **estrés** como toda aquella agresión emocional, física, social, económica o de cualquier otro tipo que exija una respuesta o un cambio por parte del individuo. La presencia del estrés en el trabajo es prácticamente inevitable en muchas labores. Sin embargo, las diferencias individuales muestran la existencia de una amplia variedad de reacciones al problema, una tarea considerada interesante para una persona puede producir en otros altos niveles de angustia. Cuando la presión se acumula, puede causar estresamiento adverso en las emociones, procesos mentales y condición física de una persona. Cuando el estrés se vuelve excesivo, los empleados desarrollan varios síntomas que pueden dañar su desempeño laboral y su salud, e incluso poner en riesgo su capacidad de enfrentarse al entorno. Las personas que están bajo el efecto del estrés pueden ponerse nerviosas y generar una preocupación crónica. Son vulnerables a la ira e incapaces de relajarse. Cooperan poco y suelen recurrir excesivamente al alcohol u otras drogas. Aunque estas condiciones pueden ser productoras de otras causas, son síntomas comunes del estrés(3, 4).

Este problema provoca también trastornos físicos, ya que el sistema corporal interno sufre modificaciones cuando se ve obligado a enfrentar tensiones. Algunos trastornos físicos de corto plazo, como el malestar estomacal. Otros son de largo plazo, como la úlcera estomacal. Así mismo el estresamiento prolongado provoca enfermedades degenerativas del corazón, los riñones, las arterias y otras partes del cuerpo. Puede causar angina de

pecho y cefaleas. Por tanto, es importante que el estrés, tanto dentro como fuera del trabajo, sea mantenido en un bajo nivel, de modo que resulte tolerable para la mayoría de las personas sin provocar trastornos emocionales y físicos (4).

PRODUCTOS EXTERNOS DEL ESTRÉS

El estrés puede ser temporal o de largo plazo, leve o severo. Los efectos en un empleado dependen en gran medida el periodo de prolongación de sus causas, de cuan poderosas sean estas y de su capacidad de recuperación. Si el estrés es temporal y leve, la mayoría de las personas pueden manejarla o al menos recuperarse rápidamente de sus efectos.(3)

Cuando el estrés es de alta intensidad, es de larga duración, es de suponer que surgirán problemas. De acuerdo con la teoría elaborada por Hans Selye, el cuerpo humano no puede regenerar instantáneamente su capacidad para enfrentar al estrés una vez agotada esta. Como resultado de ello, la gente se debilita física y psicológicamente a causa de sus intentos por combatirlo. Esta condición se conoce como extenuación, situación en la que los empleados se encuentran emocionalmente exhaustos, pierden interés en sus clientes y en su trabajo y se sienten incapaces de cumplir sus metas. Algunos trabajos como los de las profesiones de ayuda (consejeros, psicólogos, profesionales de la salud y trabajadores sociales) y aquellos con alto nivel de estrés son más proclives que otros a padecer extenuación.(3)

Cuando los trabajadores se sienten extenuados, es más probable que se quejen, atribuyan a otros sus errores y se muestren sumamente irritables. La alienación que experimentan induce a muchos de ellos a pensar en abandonar su empleo, buscar oportunidades de capacitación en otras profesiones y efectivamente renunciar. Además de alta rotación, la extenuación también produce mayor ausentismo y menor calidad y cantidad en el desempeño laboral.

CAUSAS DE ESTRÉS RELACIONADOS CON EL TRABAJO

Existen ciertos trabajos y ciertas organizaciones en las que por determinadas circunstancias la incidencia del estrés es sensiblemente mayor que en otras, por tanto presentan un componente objetivo de estrés. El análisis de las principales fuentes de estrés en contextos organizacionales ha sido ampliamente descrito. En ese sentido destacan las condiciones físicas (ruido, iluminación, toxicidad...), condiciones horarias (turnos con muchas rotaciones, horario no determinado...), demandas específicas del puesto de trabajo (peligrosidad, exceso de responsabilidad, viajes constantes...), contenido del puesto (variedad, oportunidad para el uso de habilidades, autonomía...), desempeño del rol laboral (sobrecarga, ambigüedad...), relaciones interpersonales (inequidad de los superiores, relaciones poco cooperativas, falta de apoyo social, excesivas críticas...), variables organizacionales y situación de la empresa (políticas de incentivos y promociones, rigidez y falta de flexibilidad, supervisión estricta...), y algunas otras (3).

El conflicto y la ambigüedad de roles se relacionan con el estrés.

En situaciones de este tipo, la gente tiene expectativas diferentes acerca de las actividades de un empleado en un puesto, de manera que este no sabe que hacer ni puede cumplir todas las expectativas. Además, debido a que en estas condiciones el puesto esta vagamente definido, el empleado carece de un modelo oficial del cual depender.

Frustración

Esta es el resultado de la imposibilidad de alcanzar una preciada meta en virtud del bloqueo de una motivación (impulso). Entre mayor sea la motivación o impulso personal hacia una meta bloqueada, mayor será la frustración que se experimente si la situación no cambia. Si se carece de motivación, es probable que se desarrolle poca frustración. A raíz de la aparición de la frustración habrá reacciones a esta conocidas como mecanismo de defensa.(4)

TIPOS DE REACCIONES AL ESTRÉS

Una de las reacciones más comunes a la frustración es la agresión. Cuando las personas se muestran agresivas, es probable que ello sea reflejo del hecho de sentirse alterada. Otras reacciones a la frustración son la apatía (insensibilidad ante su trabajo y compañeros), el repliegue, como solicitar una transferencia o abandonar su empleo.

La regresión a un comportamiento menos maduro, como la autocompasión, o el enfurecimiento, también es una reacción posible. En caso de fijación, tal vez culpe constantemente a su supervisor tanto de sus

problemas como de los de los demás, sin detenerse a reflexionar sobre los hechos (4).

ESTRÉS Y DESEMPEÑO LABORAL

El estrés puede ser dañino o benéfico para el desempeño laboral, dependiendo de su nivel. Cuando no hay depresión tampoco hay retos laborales y el desempeño tiende a ser bajo. A medida que el estrés se incrementa, el desempeño tiende a elevarse, debido a que este ayuda a una persona a ocupar sus recursos para cubrir sus requerimientos de trabajo. El estrés constructivo es sano, estímulo que alienta a los empleados a responder a desafíos. Finalmente, la presión alcanza un nivel que corresponde aproximadamente a la capacidad máxima de desempeño diario de una persona. En este punto el estrés adicional no tiende a producir nuevas mejoras.

Por último si el estrés es excesivo, se convierte en una fuerza destructiva. El desempeño comienza a descender en algún punto, ya que el estrés excesivo interfiere en el desempeño. Un empleado en estas condiciones pierde la capacidad de manejo, se vuelve incapaz de tomar decisiones y exhibe una conducta errática. Si la presión aumenta hasta un punto de inflexión, el desempeño será de cero, el empleado sufrirá una descompensación, se enfermará al punto de no poder presentarse a trabajar, será despedido, renunciará o se negará a trabajar para no tener que enfrentarse nuevamente al problema (4).

DESCUBRIMIENTO DEL BURNOUT

El término de la lengua inglesa *burnout*, fue tomado de la física de los metales para referirse a la forma en que un material, aun estando quemado (o fundido), puede continuar con la función de transmisión de energía. Fue descrito por Freudenberg, un psiquiatra que trabajaba en una clínica para toxicómanos de Nueva York, en 1974, el cual observó que al año de trabajar, la mayoría de los voluntarios sufría una progresiva pérdida de energía, hasta llegar al agotamiento, síntomas de ansiedad y de depresión, así como desmotivación laboral y agresividad con los pacientes. Posteriormente fué a partir de los trabajos de Cristina Maslach quien, en 1976, dio a conocer este síndrome dentro del Congreso Anual de la Asociación Estadounidense de Psicología; se refería a una situación cada vez más frecuente entre los trabajadores de servicios humanos: concretamente, al hecho de que, después de meses o años de dedicación, éstos terminaban "quemándose" (2).

El síndrome de Burnout se compone de 3 dimensiones:

1. agotamiento o cansancio emocional definido como el cansancio y fatiga que puede manifestarse física y/o psíquicamente , es la sensación escrita como no poder dar mas de si mismo a los demás;
2. despersonalización como desarrollo de sentimientos, actitudes y respuestas negativas distantes y frías hacia otras personas especialmente a los beneficiarios del propio trabajo y
3. baja realización personal o logro que se caracteriza por una dolorosa desilusión para dar sentido a la propia vida y hacia los logros personales con sentimientos de fracaso y baja autoestima (2,10,11).

Se presenta con mayor frecuencia en trabajadores de la esfera de prestación de servicios y relaciones humanas con cargas excesivas de trabajo (médicos, enfermeras, trabajadores sociales, etc.), siendo el agotamiento el principal de los síntomas encontrándose en un 75%(6). Se considera de importancia en el ambiente de salud en el trabajo pues las consecuencias laborales del mismo son ausentismo y cambios frecuentes o abandono del trabajo. Desde el punto de vista institucional, el contar con personal en estas condiciones emocionales deteriora el ambiente laboral y es generador de conflictos con los compañeros de trabajo y con los integrantes de su familia(5). Muchos de estos elementos coinciden con el diagnóstico de *Neurastenia laboral*, término aprobado por la Organización Mundial de la Salud en 1992, y que en algunas ocasiones ha sido usado como sinónimo del síndrome, aunque en éste, están ausentes los rasgos de patología psiquiátrica.

Este conjunto de síntomas y signos clínicos se producen cuando se desequilibran las expectativas individuales del profesional, en el orden laboral, con la realidad de las condiciones del trabajo, algunos ejemplos al respecto, se relacionan con la limitada cantidad de personal en las unidades de salud y los esfuerzos requeridos por estos para satisfacer la demanda de la población, situación que se exacerba con los niveles de desabastecimiento de insumos médicos y no médicos, así como la ausencia de recursos tecnológicos, equipos médicos adecuados para realizar su trabajo. Un antecedente primario al Burnout parece ser una inhabilidad de parte del individuo para percibir el éxito en su tratamiento de su pacientes (7).

Por lo general se establece una relación con un paciente que espera aliviar algún problema, cuando estas expectativas no son realizadas, el médico puede sentir fracaso y frustración. Por consiguiente una autoimagen negativa y los síntomas de agotamiento se hacen evidentes. En pocas palabras la causa de dicho síndrome es la desproporción entre los esfuerzos realizados y los resultados obtenidos, su presencia ocasiona graves daños en la calidad de vida del profesional, así como importantes repercusiones en la calidad de la asistencia médica.

DETECCIÓN Y MEDICIÓN DEL BURNOUT

Definido el constructo psicológico del síndrome de Burnout, Maslach y Jackson en 1981 (8), elaboraron un instrumento para medirlo, el MBI (Maslach Burnout Inventory) que consiste en 22 enunciados que se presentan a consideración del interrogado en una escala de Likert con 7 niveles. El MBI es, sin duda, el cuestionario más comúnmente usado y referido en la literatura académica sobre el tema.

Este cuestionario usa un sistema de respuestas que gradúan la frecuencia con que el individuo experimenta los sentimientos descritos en cada enunciado.

De acuerdo al cuestionario los enunciados han sido mezclados para explorar las 3 dimensiones descritas: el agotamiento emocional, la despersonalización y la ineficiencia o insatisfacción en la realización personal, de tal manera que se pueden medir y diferenciar tres subescalas que representan los tres factores o dimensiones del síndrome.

El MBI ha sido sujeto de múltiple escrutinios y modificaciones. Se ha considerado que muchos de los enunciados describen sentimientos en lugar de preguntar por ellos, que serían preferibles y de mayor valor cuestionarios que explorasen solo un escenario o solo dos de ellos y que las respuestas de la escala de Likert fuesen modificadas en la frecuencia de: 1) nunca, 2) menos de 12 veces al año, 3) una vez al mes, 4) más de una vez al mes y menos de una vez por semana, 5) una vez a la semana, 6) 2 a 4 veces por semana y 7) 5 ó más veces por semana (9).

En cualquier caso, la escala que eventualmente se use debe tener pruebas de validez interna y externa. Modificaciones al MBI existen en la literatura y a las cuales se puede acceder a través de la red.

MODELOS TEÓRICOS DE LA GÉNESIS DEL BURNOUT

Desde la aparición del Burnout como constructo psicológico han surgido diversas propuestas explicativas que se han materializado en diferentes modelos de relación entre las variables implicadas en el Burnout. En este sentido los investigadores han asumido que el síndrome de estar quemado es un proceso que se desarrolla secuencialmente, de modo que las propuestas psicológicas se diferencian en el tipo de componentes que proponen, así tanto en su orden o grado de importancia a la hora de explicar el resultado final, como en las estrategias que el individuo puede emplear para controlarlo.

Tomando como referencia los modelos biopsicosociales, Gil-Monte y Peiró (1999) clasifican en 3 grupos los modelos existentes: teoría sociocognitiva del yo, teoría del intercambio social y teoría organizacional.

-Teoría sociocognitiva del yo. Se caracteriza por otorgar a las variables del self (autoeficacia, autoconfianza y autoconcepto) un papel central para explicar el desarrollo del problema. Consideran que las cogniciones de los individuos influyen en lo que éstos perciben y hacen; estas cogniciones se ven modificadas por los efectos de sus acciones y por acumulación de las consecuencias observadas en los demás y la creencia o grado de seguridad por parte de un sujeto en sus propias capacidades determinará ciertas reacciones emocionales, como la depresión o el estrés, que acompañan la acción. La mayoría de los individuos que empiezan a trabajar en profesiones de servicios está altamente motivada para ayudar a los demás y tiene un sentimiento elevado de altruismo. A esta motivación le pueden surgir factores barrera (como sobrecarga laboral, conflictos interpersonales, ausencia de recursos, disfunciones de rol) que dificultan la consecución de los objetivos, disminuyen los sentimientos de autoeficacia y terminan originando el síndrome de Burnout.

- Teoría del intercambio social. Proponen que el síndrome de quemarse tiene su origen en las percepciones de falta de equidad o falta de ganancia que desarrollan los individuos como resultado del proceso de comparación social cuando establecen relaciones interpersonales. Los profesionales asistenciales establecen relaciones de intercambio (ayuda, aprecio, gratitud, reconocimiento) con los receptores de su trabajo, compañeros y la organización cuando de manera continuada perciben que aportan más de lo que reciben a cambio de su implicación personal y su esfuerzo. Sin resolver y adaptarse a esta situación desarrollan sentimientos de quemarse por el trabajo.
- Teoría organizacional. Incluyen como antecedentes del síndrome las disfunciones del rol, la falta de salud, estructura y clima organizacional. Los estresores del contexto de organización y las estrategias empleadas ante la experiencia de quemarse son claves para este modelo teórico.

Samuel H. Klarreist define al Burnout como un proceso progresivo de deterioro emocional que puede describirse en 4 fases:

1ª fase de ilusión o entusiasmo. El sujeto se encuentra preparado psicológica y físicamente para <<comerse al mundo>>, transformarlo, hacerlo mejor, triunfar en suma. Todos sus pensamientos están dirigidos a conseguir el gran éxito de su vida. Esta fase podría coincidir con el comienzo del trabajo y es la de las grandes ilusiones, energías, expectativas y necesidades.

2ª fase de desilusión. Comienza a aparecer insatisfacción por la confrontación de las exageradas expectativas con la realidad. Aunque el sujeto este desorientado y confuso y al mismo tiempo impaciente por conseguir el

éxito, sigue manteniendo la idea de trabajar duro. Se encontrará irritado, desilusionado, más inseguro y habiendo perdido algo de su confianza, pero sigue pensando en trabajar.

3ª fase de frustración. Se caracteriza por la desesperación, irritabilidad, la falta de moderación y la frustración. Comienza a frustrar a otros de su falta de éxito y a la vez que pierde el entusiasmo, comienza a ser más escéptico, cínico, duro, desatendiendo las responsabilidades del trabajo. Gradualmente pierde la confianza en su propia capacidad. A veces trata de superar esta fase trabajando más, lo que hace que sus compañeros no sospechen del problema.

4ª fase de desesperación. En un determinado momento tiene la sensación de que todo está perdido, de que sus expectativas y sus sueños nunca se realizarán. Aparecen sentimientos de fracaso, apatía, sensación de desgracia, aislamiento y soledad. En este momento puede tener un cuadro indistinguible de depresión (10).

VARIABLES IMPLICADAS EN EL BURNOUT

El síndrome de Burnout se produce principalmente en el marco laboral de las profesiones que se centran en la prestación de servicios, por lo que existe un contacto directo con las personas a las que se destina la labor que realiza. Aunque existen estudios centrados en profesiones como administrativos, deportistas, docentes, monitores de educación especial, trabajadores de centros ocupacionales y sociales, vigilantes de instituciones penitenciarias y voluntarios, la mayoría de las investigaciones hace referencia a las profesiones vinculadas a labores asistenciales o de servicios, tales como auxiliares de clínica, cuidadores de paciente geriátricos, médicos de atención especializada, primaria y especial, cirujanos dentistas, profesionales con pacientes con VIH, de salud mental, psicólogos y por último, los profesionales de enfermería que por sus características organizacionales y laborales han recibido una mayor atención por parte de los investigadores (11).

Por lo tanto los profesionales en la salud se enfrentan a una tarea compleja en la que influyen diversas circunstancias; entre ellas se pueden señalar los estresores específicos de la profesión que suponen una alta implicación emocional y los relacionados con la organización en el trabajo:

- Exceso de estimulación aversiva. Constantemente se enfrentan al sufrimiento y a la muerte del paciente, así como dolor por la pérdida de un ser querido que padecen los familiares y allegados.
- Contacto continuo con enfermos que exige un cierto grado de implicación para establecer una relación de ayuda. Un control inadecuado del vínculo, por exceso (sobreimplicación) o por defecto (conductas de evitación), genera problemas importantes tanto para los pacientes como para los cuidadores.
- La frustración de no poder curar, objetivo para el que han sido entrenados.

- Proporción muy alta de enfermos a los que deben atender.
- Escasez de formación en habilidades de control de las propias emociones además de los paciente y sus familiares.
- Horario de trabajo irregular debido a la realización de turnos.
- Conflicto de rol y ambigüedad de rol.
- Falta de cohesión en el equipo multidisciplinario.
- Burocratización e individualismo en las instituciones sanitarias.

Variables personales

Las variables personales consideradas en los estudios de Burnout son sexo, estado civil, antigüedad en el trabajo, las características de personalidad y las psicopatologías y estrategias de tratamiento. Con relación al sexo o género, mientras en unos estudios las mujeres son las que obtienen puntuaciones mayores en los instrumentos de medida, los hombres puntúan en otros estudios como más quemados por su valor (12); otros señalan a los hombres concretamente en la escala de despersonalización como medida significativa (Parkes 1998). Con respecto a la edad se señala mayor nivel de Burnout entre los 40 y 45 años, mientras que en otros estudios se precisa que dicho fenómeno se produce en torno a los 44 años. En general se concluye que a mayor edad disminuye la tensión laboral por lo que el grado de Burnout es menor, solo la escala de cansancio emocional se relaciona positivamente con la edad (Tello 2002). Por lo que se refiere al estado civil tampoco los datos son homogéneos, el grupo de casados puede ser propenso a Burnout, otros señalan al grupo de separados y divorciados en relación a la baja realización personal. En relación con la antigüedad en el trabajo, en general esta variable influye a la hora de estudiar el grado de quemazón (12) lo sitúa entre los 5 y 10 años como el periodo en el que aparece con mayor frecuencia.

Haciendo referencia a la personalidad y psicopatologías, este problema se ha asociado a un mayor número de molestias físicas, también a morbilidad psiquiátrica tales como ansiedad y depresión (Aluja 1997). Además se mencionan variables predisponentes que han sido examinadas con relación al estrés laboral como locus de control y baja estabilidad, autoconfianza, tensión y ansiedad.

Por último en cuanto a la posible relación entre las estrategias de afrontamiento y el posterior desarrollo de Burnout, los estudios han ido dirigidos a evaluar tales estrategias, encontrando que las centradas en el problema son utilizadas por aquellas personas que se enfrentan a condiciones estresantes concretas de la practica diaria, como por ejemplo atender a un número elevado de pacientes (Carauna 1989). Otros estudios señalan que los posibles cambios cognitivos que se realizan ante dichas

demandas estresantes a los relacionados con no padecer Burnout; además se ha señalado que las estrategias pueden diferir entre personas que desarrollan este problema de los que no lo desarrollan.

Variables organizacionales

Las variables organizacionales consideradas para Burnout han sido el clima y bienestar laboral, el grado de autonomía, la ejecución en el trabajo, el apoyo social, la ambigüedad del rol y la falta de reciprocidad. En este sentido los resultados han mostrado que cuando más positivo es el clima laboral, el bienestar y la satisfacción laboral, menor es el estrés que los sujetos perciben en el trabajo (Cuevas 1998). En relación al grado de autonomía o independencia que los profesionales pueden percibir en su puesto de trabajo, puede ser considerado como un antecedente en determinadas profesiones debido a su labor dependiente que realizan. Por otro lado la ambigüedad de rol, entendida como la incertidumbre entre las exigencias de la propia tarea y los métodos con los que debe ser ejecutada, parece favorecer el desarrollo del Burnout. El mismo tipo de relación se produciría en el caso de la falta de reciprocidad de rol, en el sentido de que el personal sanitario podría percibir que tanto los pacientes como la organización no les recompensan de manera proporcional a lo que ellos dan (Gil-Monte 2001). Por otro lado el apoyo social mantendría en el caso del Burnout su efecto de amortiguador de las consecuencias del estrés que ha sido establecido para otro tipo de estrés.

Otros aspectos que han sido relacionados en estudios con este problema son el número de horas de trabajo, tipo de contrato y tipo de servicio, de los cuales se desprende que sufren un mayor número de desgaste aquellos profesionales que pasan un mayor número de horas trabajando con un contrato eventual o cambiante, en un servicio donde el impacto emocional es alto como oncología infantil, cuidados paliativos o hematología.

En la actividad profesional, el médico puede presentar las siguientes conductas:

1. Evitación del compromiso emocional: La pérdida de contacto relacional puede manifestarse en un trato distante, mal manejo de la información y falta de respuesta a las emociones del otro.
2. Disociación instrumental extrema: Se expresa en conductas automáticas y rígidas tales como comunicación unidireccional, exceso de pedido de estudios, repetición de discursos automatizados, uso exclusivo de lenguaje técnico e intervenciones innecesarias.
3. Embotamiento y negación: La falta de conciencia del propio estado de agotamiento e irritación constantes se manifiesta en conductas interpersonales

oposicionistas, actitudes descalificativas, intervenciones hipercríticas y carencia de registro de autocrítica.

BURNOUT EN RESIDENTES

El interno y el residente son elementos jóvenes que aún no han adquirido las destrezas necesarias para enfrentar los problemas de salud que en forma cotidiana se les presentan. Dependiendo del entorno en que se encuentren, pueden enfrentarse a estos problemas complejos con grados variables de responsabilidad y con una autonomía restringida a las distintas escalas de decisión. Con frecuencia ha idealizado el ejercicio de la medicina y las expectativas de desarrollo profesional de los médicos jóvenes y estudiantes, son en la mayoría de los casos, muy altas. En este entorno, súbitamente se enfrentan a cargas laborales excesivas que con frecuencia van más allá de los límites personales de capacidad para superarlas y que exigen demasiada concentración y dedicación.

Dos factores agregados que actúan como factores gatillo han sido ampliamente reconocidos: el estrés y *la* deprivación del sueño. El *estrés* se deriva de una responsabilidad que va, con frecuencia, mas allá de sus capacidades para enfrentarla a la que se suman factores de incertidumbre en el futuro; dificultades económicas, relaciones familiares con poca tolerancia a los horarios de la residencia y el internado; incertidumbre de haber escogido la carrera correcta y competitividad profesional (13, 14, 15). A este estado de estrés con sobrecargas laborales e importantes responsabilidades se suma la frecuente deprivación del sueño por las horas de guardia a las que se ven frecuentemente sujetos.

FRECUENCIA DE BURNOUT EN RESIDENTES

Utilizando las escalas de medición de Maslach (*MBI*) se ha observado que la frecuencia de aparición del síndrome entre los residentes, en distintos países es muy alta, independientemente de la especialidad de que se trate y del año en el que estén inscritos (16). Una revisión de la literatura sobre el tema, encontró que la frecuencia oscilaba entre un 17% hasta un 76% (con una mayor frecuencia entre el 40% y 50%) con cifras particularmente elevadas en el entorno del agotamiento emocional (17, 18). En esa misma revisión, se encontró que las residentes y las médicas especialistas mujeres tienen una mayor frecuencia de aparición del síndrome (hasta de un 60% mayor que en los hombres) pues la posibilidad crece en ellas de manera directamente proporcional al tiempo de trabajo, incrementándose en un 12% por cada 5 horas arriba de las 40 semanales de compromisos laborales (18).

Las razones por esta tendencia al mayor agotamiento emocional entre las mujeres pueden tener diversas explicaciones relacionadas al género, pues perciben mayores presiones y acoso sexual entre médicos y residentes; presiones familiares del cónyuge o compañero; percepción de desaprobación por parte de los médicos adscritos en caso de quedar embarazadas, y desaprobación por parte de sus compañeros en caso de preñez durante la residencia. Otros síntomas producto del estrés laboral que pueden presentarse durante la residencia y que no necesariamente están relacionados con el síndrome son: pérdida del apetito (hasta 61%); pérdida del sentido del humor (hasta en un 52%) y alteraciones durante el sueño (hasta en un 72%). No es de extrañar que en el grupo de residentes exista entonces una mayor tendencia (7%) a la depresión clínica y al abuso de alcohol (6, 17, 18, 19).

Durante su estancia en la institución de salud, para el médico residente en periodo de adiestramiento es de gran importancia desarrollar pericia o aptitud en los procedimientos técnicos. En México, los médicos residentes deben laborar ocho horas diarias más guardias, que van de las 16.00 horas a las 8.00 horas del día siguiente, tres o más días a la semana; en ocasiones este tiempo es más prolongado de lo estipulado. Las jornadas extenuantes provocan privación de sueño, que deteriora el rendimiento laboral, provocan trastornos del carácter e incrementan las probabilidades de error. Los problemas fisiológicos por rotación de turnos o jornadas de trabajo prolongadas son trastornos del sueño, estrés, ansiedad, depresión y síndrome de desgaste profesional o *Burnout*.

En los últimos 10 años, en Estados Unidos y Canadá se han elaborado nuevas guías para evitar jornadas de trabajo con las que se acumulen 100 a 120 horas semanales, 1 aún frecuentes para los residentes de ambos países. En México, la *Ley Federal del Trabajo* en su artículo 123 establece jornadas laborales de ocho horas, con la finalidad de garantizar la integridad física y mental del trabajador y mejorar su desempeño(4).

En una encuesta a más de 3600 médicos residentes de Estados Unidos, se observó que trabajar más de 24 horas de forma continua se relacionaba con mayor riesgo de sufrir accidentes de tránsito, así como que el estrés generado por extenuantes jornadas de trabajo aumentaba la tendencia a cometer errores médicos, como los que ocurren al disminuirse la capacidad para realizar un procedimiento previamente conocido o los generados por conflictos familiares o con compañeros de trabajo. Mediante monitorización continua tipo Holter de la frecuencia cardíaca durante las guardias, se demostró absoluta dominancia del sistema nervioso que regula las funciones vitales fundamentales, en gran parte independientes de la conciencia y relativamente autónomas (funciones vegetativas como las del aparato cardiorrespiratorio, glándulas endocrinas, musculatura lisa, aparato pilosebáceo y sudoríparo), en relación con el estrés ocasionado por el incremento de la actividad física; los análisis de sangre y orina indicaron que tras una guardia, 58 % de los residentes sufría deshidratación. (4,20)

Otro estudio en laboratorio para determinar la presencia de trastornos del sueño evidenció que después de una guardia, los niveles de somnolencia diurna en los médicos residentes son similares o incluso superiores a los de pacientes con narcolepsia o apnea del sueño y que padecen privación crónica parcial del sueño. Por su parte, el estado de ánimo y el humor empeoran con la fatiga, como se ha observado en numerosos análisis que mediante índices psicológicos y emocionales miden depresión, ansiedad y confusión en personas con privación de sueño; de ahí que los trabajadores con jornadas laborales prolongadas sean más propensos a cometer errores en tareas repetitivas, rutinarias y en las que requieren atención sostenida.⁵ La falta de sueño produce efectos sobre la práctica de tareas muy similares a los de la intoxicación alcohólica: 24 horas continuadas de vigilia equivale a una concentración sanguínea de alcohol de 0.1 %, que provoca descenso en la capacidad de atención visual, en la velocidad de reacción y en la memoria visual y el pensamiento creativo(21).

En médicos en adiestramiento en anestesiología se ha encontrado que los errores en la administración de anestesia epidural dependen de forma significativa e independiente de la hora de realización, de manera que son más frecuentes tras la privación de sueño. Cuando un residente fue sometido a tareas de monitorización anestésica tras una jornada de guardia, fue más proclive a cometer errores que cuando había descansado normalmente; la habilidad de reconocer arritmias en un electrocardiograma se reducía considerablemente después de una guardia de más de 30 horas. La privación del sueño afecta la coordinación y destreza de los cirujanos que realizan cirugía laparoscópica: los sometidos a privación de sueño tardaron más tiempo en realizar intervenciones quirúrgicas que quienes habían descansado(22).

En un estudio realizado en la Universidad de Trier, Alemania se sugiere que además hay una disregulación en el eje hipotálamo-adrenal, encontrando altos niveles de cortisol durante la primera hora después de despertar durante 2 días consecutivos y una prueba de supresión de dexametasona aumentada en los individuos con Burnout (23).

Médicos residentes que padecen síndrome de desgaste profesional reconocen que su labor asistencial está muy por debajo de los estándares de atención en comparación con la brindada por sus compañeros que no padecen el síndrome. Durante su adiestramiento, los médicos residentes cumplen dos actividades: la formativa y la asistencial médica o quirúrgica. Es un error pensar que el aprendizaje será mejor al trabajar más allá del límite fisiológico por tanto, es necesario un equilibrio entre las actividades en el hospital y el tiempo dedicado al descanso o esparcimiento. Convertirse en médico especialista es un proceso complejo que requiere arduo trabajo y si bien en cada época el sistema de residencias médicas se ha llevado a cabo como el mejor posible, es necesaria la renovación constante para mejorar las condiciones de médicos residentes, pacientes y los propios sistemas de salud.

COMPLICACIONES DEL BURNOUT

El desarrollo del síndrome de *Burnout* puede adquirir distintas formas de evolución:

1. *Psiquiátricas*

Deterioro progresivo y encubierto de la persona, como depresión crónica, caracterologías, suicidio, disfunciones familiares graves (violencia), adicciones (incluso adicción al trabajo).

2. *Somáticas*

Cuadro de estrés con expresiones variadas de tipo musculares, endocrinas, nerviosas, circulatorias y otros cuadros psicósomáticos.

3. *Organizacionales*

Deterioro en las relaciones laborales que provoca distintos tipos de efectos, como el empobrecimiento del desarrollo profesional, rivalidad, individualismo, fallas operativas reiteradas, desmotivación e inconformismo.

4. *Impulsividad:*

La persona pasa a la acción a través de conductas reactivas de enojo, confrontaciones reiteradas con colegas, pacientes y maltrato al personal paramédico.

5. *Desmotivación:*

Se asocia a la pérdida de autorrealización y a la baja autoestima, que puede traducirse en la falta de sostén de los tratamientos, falta de iniciativa y constancia en las tareas de equipo, ausencias, impuntualidad y poca participación o no inclusión en proyectos (24).

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL BURNOUT

A pesar de que las condiciones de atención médica y aprendizaje en las distintas residencias médicas son casi siempre en un ambiente de estrés en condiciones laborales exhaustivas (con frecuencia superiores a las 80 horas de trabajo a la semana) y aceptando que este síndrome se presenta con mayor frecuencia en los trabajadores de salud, un hecho innegable es que no todos los residentes lo presentan, y que bajo condiciones similares, la frecuencia de aparición de los síntomas relacionados al síndrome puede ser muy distinta entre grupos de residentes en distintas instituciones de salud.

El síndrome de *Burnout* está, por necesidad, asociado al desempeño en el trabajo y afecta en forma distinta a los individuos bajo condiciones de estrés muy parecidas. Por lo tanto, las medidas preventivas o correctivas deben estar orientadas al ambiente laboral y al individuo en particular. En general, al describir los entornos y factores desencadenantes que inician el agotamiento emocional, se observa que tienen algo en común: un exceso de carga de trabajo en donde el desempeño no es gratificante.

Casi por oposición a estos entornos, se podría describir la antítesis del ambiente y del desarrollo del *Burnout* como un entorno en donde los

trabajadores se encuentran comprometidos e identificados con el trabajo desempeñado, y de hecho, ante cargas laborales iguales y factores estresantes similares, estos ambientes propicios evitan que la presencia del síndrome sea mayor(25). Al estudiarse estos ambientes favorables para el trabajo se observan: cargas laborales equitativas, percepción por los trabajadores de capacidad de decisión y grados de autonomía, reconocimientos a la labor desempeñada, respaldo y reconocimiento del ambiente social, y percepción de los trabajadores de justicia y equidad en sus cargas laborales y remuneraciones.

Sin duda, estos lineamientos favorables pueden, en cierta medida, ser aplicados a una residencia médica y transformar un ambiente agresivo, en un ambiente propicio y significativo para el aprendizaje y desempeño de un residente, reduciendo así la carga emocional negativa que pueda eventualmente experimentar durante el proceso formativo.

Algunas medidas han sido recomendadas para prevenir y disminuir la aparición del síndrome de *Burnout* (26) y que son directamente aplicables a las residencias como organización laboral, y al residente como individuo:

- LOS HORARIOS EXCESIVOS

Existe una corriente universal a limitar las horas de trabajo al residente. El *Accreditation Council for Graduate Medical Education* de los Estados Unidos de Norteamérica, establece como criterio de acreditación para las residencias que el horario laboral de los residentes no debe exceder de las 80 horas semanales, promediando 4 semanas. De hecho, el violentar esta reglamentación pone en riesgo la acreditación de las residencias en ese país

En nuestro país la norma oficial mexicana para la organización y funcionamiento de las residencias médicas no contempla de manera explícita un tiempo máximo de trabajo continuo hospitalario, aunque sí contiene lineamientos para el número y periodicidad de las guardias (27). La propuesta e implementación de controles más estrictos en los tiempos de trabajo de los residentes, ya sea por iniciativa de las instituciones de salud o educativas de los países en vías de desarrollo, está complicada por la naturaleza dual del residente como estudiante y como fuerza laboral del hospital, que aunada a la problemática de recursos humanos en las instituciones de salud de países con limitaciones económicas promueve que los residentes tengan que realizar actividades de manera prolongada, a diferencia de otras actividades profesionales. Esta problemática constituye uno de los retos presentes y futuros a enfrentar para disminuir el síndrome de *Burnout* en los residentes mexicanos.

Una doble razón existe en estas nuevas disposiciones a nivel internacional: el mejorar la seguridad de los pacientes al mejorar las condiciones de descanso de los residentes e internos; y disminuir la aparición del síndrome de *Burnout* y las tendencias depresivas en ellos (28,29,30).

Medidas de esta naturaleza afectan sin duda la economía de la salud al requerir más residentes y espaciar los horarios laborales en las guardias. Sin embargo, algunas medidas saludables pueden ser implementadas sin que repercutan en altos costos tales como: permitir que los residentes después de 24 horas de trabajo continuo se vayan a descansar, o la incorporación de un nuevo residente por cada 3 existentes y reestructurar así el trabajo de guardias a esquemas A, B, C, D, o redistribuir los horarios de vigilia y atención entre ellos (28).

- LOS DÍAS LIBRES

Esta bien demostrado que un factor de *Burnout* es el no tener al menos un día libre a la semana carente de compromisos hospitalarios o relacionado con actividades de estudio o trabajo de los residentes. El contar con un día libre a la semana de esparcimiento, permite un mejor desarrollo profesional y evita el desgaste emocional de los residentes (31,32,33).

- LA DISTRIBUCIÓN EQUITATIVA DE CARGAS DE ATENCIÓN MÉDICA

A pesar de que esto se antoja necesario y razonable, no siempre sucede así, y no es raro que ante un comportamiento que se ha considerado como inadecuado, la sanción para el residente infractor sea una sobrecarga de trabajo o un mayor número de guardias a las previamente establecidas. Sanciones de esta naturaleza van en detrimento de la formación, de la calidad de atención, propician el síndrome de *Burnout* y acentúan la ineficiencia en el trabajo y desarrollo profesional.

- PERMITIR UNA AUTONOMÍA CONTROLADA A LAS CAPACIDADES Y LLEVAR A CABO SUPERVISIÓN ADECUADA

Uno de los factores ya señalados como propiciatorios al desgaste emocional y a la despersonalización, es el llevar a cabo tareas para las cuales no se tiene la capacidad suficiente para efectuar correctamente. Lo anterior, genera angustia en quienes las realizan y sensaciones de culpa cuando existe alguna complicación. De igual manera, el no permitir la autonomía de decisión cuando existen esas capacidades, genera una frustración en las expectativas de desarrollo profesional y de reconocimiento social. La formación de los residentes y el proceso de adquisición de destrezas se llevan siempre a cabo entre estas dos aparentemente antagónicas posiciones, y sin duda, la respuesta a ello es una correcta y estrecha supervisión. Es el tutor quien ayuda a desarrollar gradualmente en el residente, el juicio clínico necesario para la adquisición de la autonomía y quien conoce el grado de desarrollo en competencias y destrezas de los residentes a su encargo.

- LA REDUCCIÓN DE CARGAS ADMINISTRATIVAS INNECESARIAS

Las instituciones de salud generan una gran cantidad de documentos a ser llenados en forma de memorándums, requerimientos, solicitudes, etc., que aparentemente son necesarios para la correcta administración de la unidad hospitalaria, recayendo en los residentes la obligación de llenarlas correctamente propiciando una carga adicional de trabajo que perciben como innecesaria y frustrante en su desarrollo profesional.

Corresponde a los administradores de las unidades la evaluación periódica de estas necesidades administrativas, que con frecuencia, obedecen a prácticas inveteradas y en algunas ocasiones innecesarias. De tener que persistir alguna o todas ellas, es conveniente hacer entender a los residentes e internos de su importancia y realimentarse de ellos para su simplificación (29).

- CREAR UN AMBIENTE SOCIAL FUERA DE LAS HORAS DE TRABAJO

La relación fuera de las horas de trabajo en ambientes sociales con los médicos adscritos y otros residentes, permite la socialización y alivia los factores estresantes. Los programas de tutoría personal donde a cada residente le es asignado un médico adscrito para la resolución de dudas y apoyo profesional y social, han demostrado tener un efecto positivo en el alivio de factores estresantes (28).

- PROPICIAR EL APOYO DE ESPOSAS Y COMPAÑEROS. PROPICIAR AMBIENTES FAMILIARES. ESTIMULAR EN LOS RESIDENTES LA NUTRICIÓN Y EL DEPORTE

El comprometer a la familia con lo que se espera del desarrollo profesional del residente, tiene una implicación directa en el bienestar social de ellos. Por el contrario, el desligar a la familia del ambiente laboral del residente, conlleva a la incomprensión de su actividad por parte de personas significativas para él o ella y genera un ambiente hostil en los componentes familiares.

En los estudios sobre el tema se ha demostrado que los residentes (tanto mujeres como hombres) que tienen buenas relaciones familiares e hijos, tienen menores índices de depresión, de despersonalización y exhiben mayores valores humanísticos que aquellos que permanecen solteros (32,33).

- SESIONES DE CÓMO MANEJAR EL ESTRÉS

Existen evidencias en la literatura sobre talleres de 4 horas de duración, encaminados a identificar factores estresantes en el trabajo cotidiano y cómo superarlos. De acuerdo a estos reportes, los residentes que se sujetaron a estos talleres mejoraron sus índices del *MBI*, particularmente en lo relacionado al agotamiento emocional (34).

JUSTIFICACIÓN

Se ha observado que la frecuencia de aparición del síndrome entre los residentes oscila entre un 17% hasta un 76%. El conocimiento de la frecuencia del Síndrome de *Burnout* permitirá identificar si existe un problema de salud en los médicos residentes que al afectar la esfera psicológica, física y social repercute en la calidad de atención y comprometen la eficacia y eficiencia en la prestación de servicios, lo que hace evidente la creación de programas adecuados de promoción de la salud ocupacional para los residentes. El síndrome de Burnout puede ser identificado mediante la escala Maslach Burnout, lo que resulta un estudio factible de realizar por ser económico y de fácil aplicación.

El conocimiento respecto a la frecuencia y los factores epidemiológicos y laborales de este síndrome permitirá implementar programas de promoción de la salud ocupacional para los residentes de Centro Médico Nacional Siglo XXI, teniendo en consideración que este síndrome se relaciona con una variedad de problemas de salud en la esfera física, psicológica, social y espiritual que comprometen la eficacia y eficiencia en la prestación de servicios.

La relevancia social se fundamenta en la necesidad de promover la salud ocupacional, que pretende prevenir el Síndrome de Burnout en los profesionales de salud mediante el control de los factores de riesgo modificables, que garantice un mejor desempeño profesional. La investigación contribuirá al conocimiento de los factores laborales asociados al Síndrome de Burnout, porque en la actualidad no existe consenso al respecto. La investigación es factible económica y administrativamente. En el primer caso porque será autofinanciada por el tesista y en el segundo, porque se cuenta con el apoyo del jefe de enseñanza de la Institución.

El estudio es viable porque se emplearán instrumentos validados y se cuenta con experiencia para la aplicación de los mismos. Adicionalmente, los resultados que se obtengan servirán de base para futuros trabajos de investigación.

OBJETIVOS

General

Determinar la frecuencia del Síndrome de *Burnout* en residentes médicos del Hospital de Especialidades de Centro Médico Nacional siglo XXI en el periodo comprendido de noviembre del 2008 a enero 2009

Específicos

- a. Cuantificar la frecuencia de síndrome de *Burnout* en residentes médicos del Hospital de Especialidades de Centro Médico Nacional siglo XXI en el periodo comprendido de noviembre del 2008 a enero 2009.
- b. Establecer los factores demográficos y específicos (edad, sexo, especialidad y grado) asociados al síndrome de *Burnout* en residentes médicos del Hospital de Especialidades de Centro Médico Nacional siglo XXI.

VARIABLES

Independientes :

- Factores epidemiológicos
- Factores laborales

Dependiente

- Síndrome Burnout

Instrumento de evaluación de la variable dependiente : escala de MBI (Maslach Burnout Inventory), el cual es el instrumento más utilizado en el mundo. Se trata de un cuestionario autoadministrado que mide el desgaste profesional. Se completa en 10- 15 minutos y mide los tres aspectos del síndrome antes mencionados. Está constituido de 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes.

Los resultados de los tres escenarios se deben sumar del 0-6 en forma independiente para los tres escenarios, e interpretarse los resultados por separado. Del global de puntuaciones obtenidas se han descrito tres rangos distintos para las tres dimensiones exploradas, sin existir un punto de corte definido que indique la existencia o no del síndrome:

	Bajo	Medio	Alto
Agotamiento emocional	< 18 puntos	19-26 puntos	> 27 puntos
Despersonalización	< 5 puntos	6-9 puntos	>10 puntos
Ineficiencia y realización personal	> 40 puntos	34-39 puntos	< 33 puntos

La contestación de un cuestionario como éste deberá hacerse en un entorno en donde exista privacidad (a fin de evitar influencias de otros trabajadores, amigos o familiares), confidencialidad (con el objeto de que el encuestado sienta que contesta en forma anónima a fin de evitar conflictos laborales) y sin sensibilización sobre lo que se pretende explorar (con la finalidad de evitar el sesgo natural en un ambiente de por sí cargado de factores estresantes y cargas de trabajo frecuentemente exhaustivas). Como ya se ha señalado, el escenario más significativo de ser interpretado es el agotamiento emocional, y para muchos autores este es el componente central más importante del síndrome de Burnout y el que mayor valor tiene en la interpretación de resultados y eventuales medidas remediabiles.

MATERIAL Y MÉTODOS

Es un estudio transversal y descriptivo.

Se aplicó la escala de MBI (Maslach Burnout Inventory), en una sola ocasión, y que los resultados obtenidos a partir de dicha evaluación permiten detectar la presencia del Síndrome de Burnout, fue previa autorización por consentimiento informado (anexo) durante un periodo de tres meses a residentes hombres y mujeres en el Hospital de Especialidades de Centro Médico Nacional del IMSS, siendo elegido aleatoriamente en los servicios de medicina interna, neurología, dermatología, psiquiatría y urología incluyendo a 70 residentes que cumplieron con los siguientes criterios:

1. Médicos residentes que se encontraran rotando en el Hospital de Especialidades durante noviembre del 2008 y enero del 2009.
2. Residentes que aceptaron participar en el estudio previo consentimiento informado por escrito.

Se excluyeron a:

1. Médicos residentes que no aceptaran participar en el estudio
2. Residentes que no estuvieran rotando en el Hospital de Especialidades durante el tiempo del estudio.
3. Cuestionarios con respuestas incompletas o no legibles.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se procesó la información utilizando la prueba no paramétrica χ^2 cuadrada, para comparar edad, sexo, especialidad y grado de residencia con el desarrollo del síndrome de Burnout. Para una asociación significativa se tomó una $p < 0.05$ y tomando como casos positivos los residentes con Burnout moderado a severo. El protocolo fue registrado ante el comité de ética médica del Instituto Mexicano del Seguro Social con número de registro R-2009-3601-18, previa obtención del consentimiento informado por parte de cada médico residente; la información fue confidencial y los resultados fueron comunicados a los participantes.

RESULTADOS

Se recabaron encuestas de 70 residentes dentro de los cuales 11 eran de la especialidad dermatología, 19 medicina interna, 9 neurología, 11 psiquiatría y 17 urología. Las edades oscilaban entre 25-33 años, edad promedio ± 1.57 . El sexo predominante fue el femenino con 36 residentes (51%), mientras que los hombres fueron 34 (49%); 40 de ellos cursaban el segundo año, 17 el tercero y 13 entre el cuarto y 5 año. Gráfico 1

Entre los 70 médicos residentes se encontró 33 de ellos con síndrome de Burnout por lo que la frecuencia del mismo fue del 47% Gráfico 2. La presencia de puntajes >27 en el rubro de cansancio emocional se encontró en 51 médicos, puntajes >10 en despersonalización en 39 residentes y en 33 de ellos se encontraron valores <10 en realización personal. puntajes altos de cansancio emocional 51 con cansancio emocional alto (33 con moderado-alto puntaje de cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal y 37 con bajos puntajes).

En cuanto a la frecuencia por sexo, se encontró una mayor proporción en la población del sexo femenino (19 residentes, 60%), sin embargo no se encontró una diferencia significativa ($p=0.0072$). Gráfico 3

La distribución por especialidad de los médicos con síndrome de desgaste profesional fue la siguiente: 27% dermatología, 45% medicina interna, 19% neurología, 6% psiquiatría y 3% urología; se encontró una diferencia estadísticamente significativa ($p<0.0001$). Tabla 1

La distribución del síndrome en cada especialidad fue la siguiente: 75% dermatología ($n=11$), medicina interna 72% ($n=19$), neurología 75% ($n=9$), psiquiatría 18% ($n=11$); la especialidad con menor frecuencia fue urología con 6% ($n=17$). Gráfico 4

No se encontró diferencia significativa del síndrome respecto a la edad $p=0.1692$, aunque 61% de quienes lo presentaron estaban en el rango de 30-33 años. Gráfico 5.

GRÁFICO 1. Distribución de los residentes médicos por grado de especialidad.

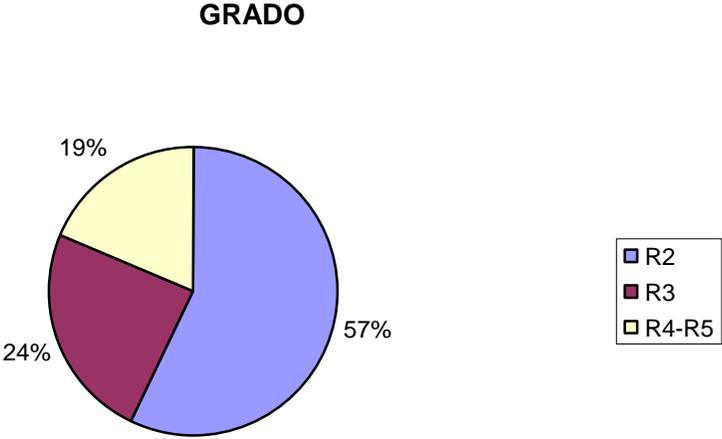


GRÁFICO 2. Frecuencia de síndrome de Burnout en los residentes médicos.

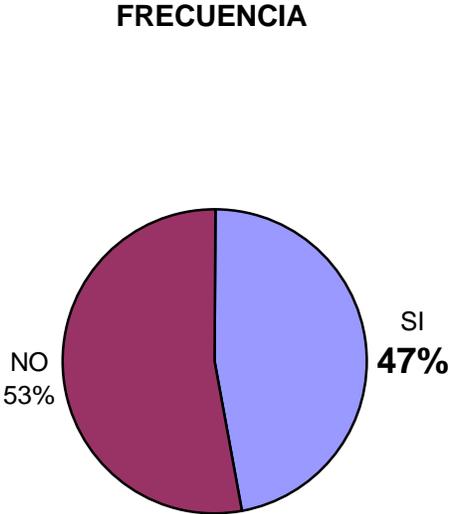
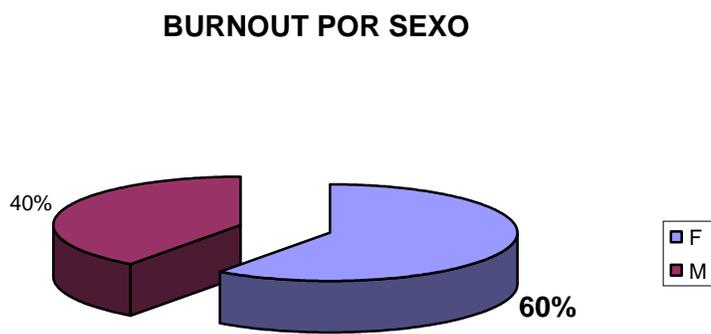


GRÁFICO 3. Frecuencia del Síndrome de Burnout por sexo



Masculino	14 residentes
Femenino	19 residentes

$$\chi^2 = 7.22, 1gl, p = 0.0072$$

	SI	NO	General
DERMATOLOGIA	9(75%)	3(25%)	27%
MEDICINA INTERNA	15(71.5)	4(18%)	45%
NEUROLOGIA	6(75%)	2(25%)	19.00%
PSIQUIATRIA	2(18%)	9(82%)	6.00%
UROLOGIA	1(6%)	16(94%)	3%

$$\chi^2 = 29.05, 4gl, p < 0.0001$$

TABLA 1. Distribución por especialidad de los médicos con síndrome de burnout

GRÁFICO 4. Distribución del síndrome en cada especialidad

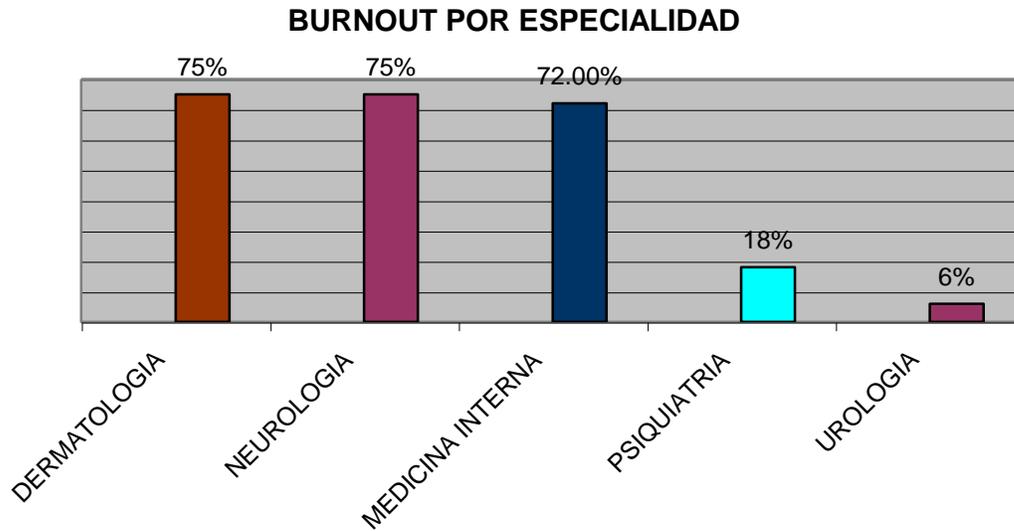
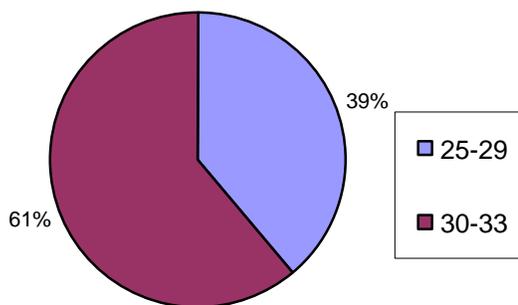


Gráfico 5. Relación del Síndrome de Burnout por edad



$\chi^2 = 1.89, 1gl, p=0.1692$
 $P=0.7880$ con 95% confianza, prueba t

	Edad 25-29 años	30-33 años
Con burnout	16	17
Sin burnout	25	12
	39%	61%

DISCUSIÓN

Las características de la muestra así como el tamaño de ella nos permite describir las características del síndrome de Burnout en los médicos residentes, encontrando en este estudio una frecuencia en el 47% de los encuestados a quienes se les aplicó la escala de Maslach resultando congruente con los estudios realizados previamente en los que la frecuencia oscila entre el 17% hasta un 76%.

En relación a la distribución de sujetos en los diversos grados de afectación de las escalas del Maslach Burnout Inventory (MBI), se encontró que 73% tienen un alto cansancio emocional, 58% alta despersonalización y 47% falta de realización personal, siendo estos los más significativos. Lo cual concuerda con lo expresado anteriormente en donde hay alto conglomerado en las tres escalas para una afectación grave de este síndrome a expensas del efecto inverso de alta realización personal.

Este estudio tiene una representatividad similar en cuanto al sexo: 60% (19) el femenino y 40% (14) masculino, de acuerdo a la bibliografía las mujeres son las que más representan Burnout, esto se atribuye a que la mujer desempeña un doble rol: como madre y como mujer trabajadora; por tanto tiene mayor riesgo de ser afectada (se preocupa más, necesita mayor remuneración económica y gana menos que el hombre), sin embargo el estudio no permite hacer una diferencia de sexo en cuanto al síndrome de desgaste.

De acuerdo a la edad se estratificó en dos niveles, encontrando el mayor porcentaje en el grupo de 30-33 años con 54%(85) esto coincide con otros estudios donde la población joven es la más afectada. En el Hospital de Especialidades de Centro Médico Nacional Siglo XXI los médicos en formación se encuentran en edades comprendidas entre 25 y 34 años. De acuerdo a estudios en otros países este grupo de población tiene mayor síndrome de Burnout por que tienen mas expectativas laborales, por que están en la etapa inicial de su carrera; este estudio no difiere a otros estudios igualmente encontramos Burnout en esta población.

Con respecto a la aparición del síndrome de Burnout por especialidad se encontró una mayor frecuencia en las especialidades de neurología y dermatología, y la de menor frecuencia la especialidad de urología, no concordando con la literatura en donde se menciona una mayor aparición del síndrome en especialidades quirúrgicas, esto probablemente a un adecuado plan de trabajo y apoyo área quirúrgica de este hospital.

CONCLUSIONES

Este trabajo demuestra la alta frecuencia del síndrome de burnout (47%) en médicos residentes del Hospital de Especialidades de Centro Médico Nacional Siglo XXI así como la presencia de cansancio emocional en 73%. Así mismo, también se pudo asociar el tipo de especialidad, siendo en este caso, más frecuente el síndrome en las no quirúrgicas. Sin embargo, no sucedió así con el sexo o la edad.

Estos datos confirman la necesidad de implementar programas de prevención y tratamiento para el personal afectado y en un futuro valorar el impacto de estos cambios para identificar si redundan en menor agotamiento emocional, mejor aprendizaje y desempeño laboral, y mayor realización personal, así como realizar intervenciones educativas y terapéuticas (entrenamiento en habilidades sociales y de comunicación, entrenamiento en relajación y psicoterapia). Grupos de apoyo para el manejo del estrés laboral y del desgaste profesional.

Con base en los diferentes análisis se han realizado modificaciones en los horarios de las actividades académicas clínicas, con apego a las normas laborales y de educación. En el futuro se valorará el impacto de estos cambios para identificar si redundan en menor agotamiento emocional, mejor aprendizaje y desempeño laboral, y mayor realización personal.

IMPLICACIONES ÉTICAS DEL ESTUDIO

Se trata de una investigación transversal de mínimo riesgo, utilizando la escala de Maslach que es autoaplicable y en la que no se identifica al sujeto; Si durante la aplicación de esta, se tratan temas sensibles se ofrece recibir información y ayuda inmediata por alguno de los psiquiatras involucrados en el proyecto. y no se omitió ninguna necesaria. . El protocolo fue registrado ante el comité de ética médica del Instituto Mexicano del Seguro Social con número de registro R-2009-3601-18.

REFERENCIAS

1. Mitler MM, Dement WC. *Sleep medicine, public policy, and public health*. Principles and practice of sleep medicine, 2000; 3rd edition: Págs. 580-588.
2. López RM. El Síndrome de Burnout en personal sanitario. *Medicina Paliativa* 2000; Vol.7: Págs 94 – 100.
3. Braham B. Temas gerenciales escogidos: Como controlar el estrés y mantener la calma en situaciones difíciles. Colombia nomos, 1998: Págs. 2 – 27.
4. López F, González M, Morales C, *Síndrome de Burnout en residentes con jornadas laborales prolongadas*. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2007; Vol 45, N° 3: Págs 233-242.
5. Gil-Monte PR, Peiró JM Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *Anales de Psicología* 1999, Vol. 15, N° 2: Págs 261-265.
6. Shanafelt TD, Bradley KA. Burnout and Self-Reported Patient Care in an Internal Medicine Residency Program. *Ann Intern Med* 2002; Vol 13: Págs 358-367.
7. George A, Wolfe MA. Burnout of Therapists. *Physical therapy* 1981; Vol 61, N°7: Págs 35-43.
8. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Occup Behav* 1981. Vol 2 Págs: 99-113.
9. Rosalind C, Robert B. Closer Look at the Measurement of Burnout. *J Appl Behavioral Res*. 1999. Vol 4 N° 2: Pág 65.
10. González R, De la Gándara J. El medico con Burnout. *Retos en la salud mental del siglo XXI en atención primaria* 2004: Págs. 10-11.
11. Ortega C, López F. El Burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *International Journal of clinical and health psychology*. Vol 4, N°1: Págs 137-160.
12. Atance JC. Aspectos epidemiológicos del Síndrome de Burnout en personal sanitario. *Revista Española de Salud Pública* 1997. Mayo-Junio. Vol 71: Págs. 303-393.
13. Leiter MP. Burnout as a developmental process: Consideration of models. See Schaufeli et al 1993: Págs. 237-50.
14. Burke RJ, Greenglass ER. Hospital restructuring, work-family conflict and psychological burnout among nursing staff. *Psychol Health* 2000. Vol 8: Págs. 1013-21.
15. Semmer N. Individual differences, work stress, and health. In *Handbook of Work and Health Psychology* 1996. Págs 51-86.
16. Thomas NK. Resident Burnout. *JAMA* 2004; 292: Págs 2880-2889.
17. Gautam, M. Women in medicine: stresses and solutions. *West J Med* 2001; 174. Págs 37-41.

18. McMurray JE, Linzer M, Konrad TR. The Work lives of women physicians. *J Gen Intern Med* 2000; 15. Págs 372-380.
19. Daugherty Sr, Baldwin Jr. Learning satisfaction and mistreatment during medical internship: a national survey of working conditions. *JAMA* 1998; 279: Págs.1194-1199.
20. Parshuram CS, Dhanani S, Kirsh JA. Fellowship training, workload, fatigue and physical stress: a prospective observational study. *CMAJ* 2004;170(6): Págs. 965-970.
21. Halbach MM, Spann CO, Egan G. Effect of sleep deprivation on medical resident and student cognitive function: a prospective study. *Am J Obstet Gynecol* 2003;188(5): Págs. 1198-1201.
22. Rollinson DC, Rathlev NK, Moss M, Killiany R. The effects of consecutive night shifts on neuropsychological performance of interns in the emergency department: a pilot study. *Ann Emerg Med* 2003; 41(3): Págs. 400-406.
23. Jens C, Pruessner PD. Burnout, Perceived Stress, and Cortisol Responses to Awakening. *Psychosomatic Medicine* 1999. 61: Págs. 197-204.
24. Catsicaris C, Eymann A, Cacchiarelli N. La persona del médico residente y el síndrome de desgaste profesional (*Burnout*). *Arch Argent Pediatr* 2007; 105(3): Págs. 236-240
25. Glass DC, Mcknight JD. Perceived control, depressive symptomatology, and professional burnout: a review of the evidence. *Psychol Health* 1996. 11: Págs. 23-48.
26. Hernández CI, Dickinson ME. Engagement vs Burnout. *Aten Fam* 2006 ; 13(1): Págs. 1-2.
27. Norma Oficial Mexicana NOM -090SSA1-1994 y Proyecto de norma para la organización y funcionamiento de las residencias médicas PROY-NOM 001-SSA-2006.
28. Landrigan C. P, et al. Effects of Reducing Interns' Work Hours on Serious Medical Errors in Intensive Care Units. *N Engl J Med* 2004, 351;18: Págs 1838-1847.
29. Stone D.J, Bosch RJ, Bothe A. Effect of resident call status on ABSITE performance. *Surgery* 2000; 128: Págs 465-471.
30. Weiner EL, Swain GR, Wolf B. A qualitative study of physician's own wellness promotion practices. *West J Med.* 2001; 174: Págs. 19-23.
31. Christensen JF, Levinson W, Dunn PM. The heart of darkness: the impact of perceived mistakes on physicians. *J Gen Intern Med.* 1992; 7: Págs. 424-431.
32. Baruch-Feldman C, Brondolo E, Ben-Dayana D. Schwartz J. Sources of social support and burnout, job satisfaction, and productivity. *J Occup Health Psychol.* 2002; 7: Págs 84-93.
33. Spickard A., Gabbe S.G., Christensen J.F. Mid-Career Burnout in Generalist and Specialist Physicians. *JAMA*, 2002; 288: Págs. 1447-1450.
34. Spickard A., Gabbe S.G., Christensen J.F. Burnout in Generalist and Specialist Physicians. *JAMA*, 2002; 288:Págs. 1447-1450

ANEXOS

I. Consentimiento informado

El propósito del presente estudio es investigar la frecuencia del síndrome de desgaste laboral (*Burnout*) en médicos residentes del Hospital de Especialidades y Pediatría. Mi participación consistirá en contestar la escala de Maslach de 22 items de manera anónima y con fines de investigación. La información solo será consultada por los investigadores involucrados en el estudio. Durante la aplicación de los cuestionarios, es posible que se traten temas sensibles por lo que recibiré ayuda inmediata por alguno de los psiquiatras involucrados en el proyecto. He leído la hoja de información y entiendo de qué se trata el estudio, de tal manera, acepto participar voluntariamente. Estoy enterado de que puedo suspender mi participación en el estudio en cualquier momento.

FIRMA _____
FECHA _____

II.... Otros anexos

ESCALA MASLACH BURNOUT

Favor de indicar con que frecuencia se presentan los síntomas descritos en cada enunciado, usando el siguiente sistema de respuestas:

1. Nunca
2. Pocas veces al año o menos
3. Una vez al mes o menos
4. Pocas veces al mes
5. Una vez por semana
6. Varias veces a la semana
7. Diariamente

1	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	
2	Me siento cansado al final de la jornada de trabajo	
3	Me siento fatigado cuando me levanto de la cama y tengo que ir a trabajar	
4	Comprendo fácilmente cómo 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 los pacientes	
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 les 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	