



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

**HOSPITAL REGIONAL 1° DE OCTUBRE
ISSSTE**

**“Prevalencia del Síndrome de Burnout en médicos
anestesiólogos del Hospital Regional 1° de Octubre”
NÚMERO DE REGISTRO 149.2013**

TESIS DE POSGRADO

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

PRESENTA

DRA. SULLY CLAUDIO RIQUELME

DIRECTOR

DR. BERNARDO SOTO RIVERA

COASESORES

DRA. CELINA TRUJILLO ESTEVES



ISSSTE

MÉXICO, D. F., A JULIO DE 2013



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

TÍTULO: Prevalencia del Síndrome de Burnout en médicos anesestesiólogos del Hospital Regional 1° de Octubre

ALUMNA: Dra. Sully Claudio Riquelme

DIRECTOR: Dr. Bernardo Soto Rivera

COASESORES: Dra. Celina Trujillo Esteves

Dr. José Ricardo Juárez Ocaña
Coordinador de Enseñanza e Investigación
H.R. 1° de Octubre, ISSSTE

Dr. José Vicente Rosas Barrientos
Jefe de Investigación
H.R. 1° de Octubre, ISSSTE

Dr. Bernardo Soto Rivera
Profesor Titular del Curso de Especialidad en Anestesiología.
H.R. 1° de Octubre, ISSSTE

Dra. Celina Trujillo Esteves
Profesora Adjunta del Curso de Especialidad en Anestesiología.
H.R. 1° de Octubre, ISSSTE

AGRADECIMIENTOS.

Principalmente a mis padres, por la vida y todo lo que soy; a mí familia por su apoyo y esfuerzo para lograr mis metas.

A Elvia, mi madre y amiga que ha estado a mi lado siempre con apoyo en las buenas y en las malas. Gracias por el ejemplo de vida.

A mis compañeros y amigos por llenarme de fortaleza y alegría durante esta travesía

A mis maestros por mostrarme el camino para lograr lo que soy, en especial a: Dr. Bernardo Soto, Dra. Celina Trujillo, Dr. Ricardo Segura, Dr. Vicente Rosas.

INDICE

RESUMEN.....	6
ANTECEDENTES.....	8
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	22
JUSTIFICACION.....	23
HIPOTESIS.....	24
OBJETIVOS.....	24
MATERIAL Y METODOS.....	25
PLAN DE ANALISIS ESTADISTICO.....	27
RESULTADOS.....	28
DISCUSION.....	33
CONCLUSIONES.....	35
RECOMENDACIONES.....	35
BIBLIOGRAFIA.....	37
ANEXOS.....	40

RESUMEN

El presente trabajo de investigación se enfocó en determinar la prevalencia del síndrome de Burnout, así como en determinar factores que lo predisponen con mayor frecuencia y se asocian al síndrome de Burnout. Este síndrome representa pérdidas considerables tanto en el ámbito personal como en el profesional, los cuales se ven gravemente perjudicados.

Objetivo: Determinar la prevalencia de Síndrome del Burnout de acuerdo a sus subescalas en anestesiólogos del Hospital Regional 1° De Octubre, caracterizar las principales variables sociodemográficas asociadas, tanto en la muestra en general como en sub-poblaciones de médicos adscritos y residentes, promoviendo medidas preventivas grupales basadas en los resultados del estudio.

Material y Métodos: El estudio se describe como un estudio transversal, analítico, observacional; en una N=41 Incluye a todos los médicos anestesiólogos (adscritos y residentes) del Hospital Regional 1° De Octubre con más de un año en el desempeño laboral bajo cualquier régimen de contratación durante el periodo de Abril a Mayo del 2013, aceptando participar en el proyecto, se otorgó una carta invitación en donde se aseguró la confidencialidad de la información. Este proyecto cumple con los lineamientos establecidos en la Declaración de Helsinki, respecto a la investigación en seres humanos.

Resultados: Se incluyó un total de 41 participantes, siendo 10 Médicos residentes y 31 Médicos adscritos. Se obtuvo una prevalencia de Burnout de 11 (26.8%) en toda la población.

Con respecto a la presencia de factores asociados al Síndrome de Burnout, se encontró que en la subescala de agotamiento emocional, se obtuvo un puntaje bajo 87%, intermedio 7.3% y alto 4.9% de la población. En la subescala de

despersonalización, se encontró un puntaje bajo 82.9%, intermedio 9.8% y alto 7.3% de la población. Finalmente, la subescala de realización personal mostró puntaje bajo 22%, intermedio 17.1% y alto 61% de la población.

Conclusión: Nuestra población mostró una prevalencia de Burnout de 26.8% con mayor contribución en la subescala de realización personal. Los factores más asociados fueron el tiempo laboral, salario y tipo de contratación. Además, es posible que este efecto sea dependiente de la condición de médico adscrito o residente.

Palabras clave: Burnout, despersonalización, realización personal, agotamiento emocional, prevalencia.

ANTECEDENTES

Fue en Nueva York en el año de 1974, cuando un Psiquiatra, Herbert Freudenberger, introdujo el concepto de *Burnout* en Medicina; lo hizo al observar a sus compañeros de trabajo, sobre todo en aquellos jóvenes idealistas en los que al cabo de un año la cotidianidad y la sobrecarga de trabajo ejercían en ellos una progresiva pérdida de la energía, a lo cual sobrevenían cambios emocionales como ansiedad, depresión y hostilidad y hasta agresividad hacia sus pacientes, a los cuales hacían responsables de su estado anímico. 1,4,6

Lo describe entonces como una “sensación de fracaso y una existencia agotada o gastada que resultaba de una sobrecarga por exigencias de energías, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador”. 1,4,6,8,10,11

Años después, y casi simultáneamente, en 1976, la Psicóloga Cristina Maslach, también estudiaba las respuestas emocionales que producían las profesiones de ayuda y fue en 1977, durante el Congreso Anual de la Asociación Americana de Psicólogos donde usó el término *burnout*, que también usaban los abogados californianos para referirse a los compañeros de trabajo que habían desarrollado cinismo y poca responsabilidad hacia su profesión para describir una situación que se daba cada vez más en profesionales que prestaban servicios humanos, donde después de meses de trabajo terminaban agotándose emocionalmente. 1,6,10,11

Otros autores como Pines y Kafry (1978) definen el Burnout como una experiencia general de agotamiento físico, emocional y actitudinal. Dale (1979) es uno de los que inician la concepción teórica del Burnout entendiéndolo como consecuencia del estrés laboral, y con la que mantiene que el síndrome podría variar en relación

a la intensidad y duración del mismo. Cherniss (1980) es uno de los primeros autores que enfatiza la importancia del trabajo, como antecedente, en la aparición del Burnout y lo define como “cambios personales negativos que ocurren a lo largo del tiempo en trabajadores con trabajos frustrantes o con excesivas demandas”.

Este concepto estaría vinculado a un triple proceso:

- Desequilibrio entre demandas en el trabajo y recursos individuales (estrés).
- Respuesta emocional a corto plazo, ante el anterior desequilibrio, caracterizada por ansiedad, tensión, fatiga y agotamiento.
- Cambios en actitudes y conductas (afrontamiento defensivo).

Otros autores que aportan una definición de Burnout son Edelwich y Brodsky (1980), que lo definen como “una pérdida progresiva del idealismo, energía y motivos vividos por la gente en las profesiones de ayuda, como resultado de las condiciones del trabajo”. Proponen cuatro fases por las cuales pasa todo individuo con Burnout:

- Entusiasmo, caracterizado por elevadas aspiraciones, energía desbordante y carencia de la noción de peligro.
- Estancamiento, que surge tras no cumplirse las expectativas originales, empezando a aparecer la frustración.
- Frustración, en la que comienzan a surgir problemas emocionales, físicos y conductuales.

Esta fase sería el núcleo central del síndrome.

- Apatía, que sufre el individuo y que constituye el mecanismo de defensa ante la frustración.

En 1981, Cristina Maslach y Jackson entienden que el Burnout se configura como “un síndrome tridimensional caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal”; podemos entender las tres dimensiones citadas de la siguiente manera:

Agotamiento emocional: haría referencia a las sensaciones de sobreesfuerzo físico y hastío emocional que se producen como consecuencia de las continuas interacciones que los trabajadores deben mantener entre ellos, así como con los pacientes.

Despersonalización: supondría el desarrollo de actitudes y respuestas cínicas hacia las personas a quienes los trabajadores prestan sus servicios.

Reducida realización personal: conllevaría la pérdida de confianza en la realización personal y la presencia de un negativo autoconcepto como resultado, muchas veces inadvertido, de las situaciones ingratas. ¹⁰

Pero no fue hasta 1986 cuando ambos autores acuñaron la descripción más conocida y aceptada:

El síndrome de Burnout, es la respuesta inadecuada al estrés crónico, cuyos rasgos principales son: agotamiento físico y psicológico o emocional, una actitud fría y despersonalizada en relación con los demás y un sentimiento de inadecuación para las tareas que se han de realizar”. ¹¹

En 1991 Burke y Richardsen, refieren la afección en más de 25 campos de profesiones. Para el año 2000, la OMS, calificó al síndrome de Burnout como riesgo laboral, con lo cual adquiere trascendencia por el impacto que representa para la relación laboral entre el personal médico y/o paramédico y las instituciones. Gustavo Calabrese señala que los médicos anestesiólogos están expuestos a riesgos en su práctica diaria, mismos que pueden derivar en graves consecuencias para la salud, con repercusión en los planos personal, familiar y laboral, por lo que tal situación es considerada como alto riesgo profesional.^{13,14}

La anestesiología es una de las profesiones en donde la ansiedad y el estrés se presentan con frecuencia; el riesgo que se corre cada vez que se anestesia un paciente, sumado a un número importante de turnos laborales, sin un adecuado descanso físico, además de la situación que prevalece en los países latinoamericanos con gran inestabilidad laboral, social y política, obliga al profesional a allegarse diferentes fuentes de ingreso, creando en él situaciones que repercutirán en su desempeño profesional.

Sin hablar de la situación familiar y personal, por lo que se considera una profesión de alto riesgo. El perfil de la persona más vulnerable al síndrome de desgaste laboral está caracterizado por diversos elementos tales como: autoexigencia, baja tolerancia, necesidad de control, y un sentimiento de omnipotencia frente a la tarea. Esto hace que estas personas organicen una distorsión cognitiva según la cual sólo ellas, y nadie más que ellas, pueden hacer las cosas bien; esta característica es debido a la falta de búsqueda de satisfacciones personales, y el sentimiento de ser indispensables, lo cual los lleva

a una obsesión profesional. Otros factores de riesgo destacan la edad, el género, estado civil, cargo que desempeñan, horario laboral, etc.

Dentro de los riesgos laborales de carácter psicosocial, el estrés laboral y el síndrome de Burnout ocupan un lugar destacado, pues son una de las principales causas del deterioro de las condiciones de trabajo, y fuente de accidentabilidad y ausentismo.¹⁵

Definición.

El Síndrome de Burnout, también conocido como síndrome de aniquilamiento, síndrome de estar quemado, síndrome de desmoralización o síndrome de agotamiento emocional o profesional es considerado por la Organización Mundial de la Salud como una enfermedad laboral que provoca detrimento en la salud física y mental de los individuos. ^{13,14,16,17}

Manifestaciones.

Si como plantea Cherniss (1980) el Burnout es un fenómeno transaccional progresivo, el desarrollo del síndrome podría establecerse en las siguientes etapas:

Fase de entusiasmo: cuando el trabajo inicialmente se experimenta como algo estimulante.

Fase de estancamiento: cuando se comienzan a plantear dudas acerca del trabajo, del esfuerzo, de si vale la pena... las expectativas iniciales se oscurecen, los objetivos ya no son tan claros y comenzamos a aislarnos y a interpretar

negativamente las propuestas. Aparecen los primeros síntomas (dolores de cabeza, estomacales, aburrimiento).

Fase de frustración: aquí las herramientas de la organización y las personales hacen que o bien salvemos positivamente la situación (recobremos la ilusión por nuevos proyectos, las motivaciones, o cambiemos hacia un trabajo con mejores perspectivas...) o se entra en una etapa donde los problemas psicosomáticos se van cronificando, y se va adoptando una actitud irritable, de paso del tiempo, dudas, inadecuación con las tareas.

Fase de apatía: o bien se resigna uno a cambiar las cosas, o entra en una etapa de no saber decir que no, de cinismo ante los pacientes; comienzan las bajas laborales.

Fase de quemado: se produce un colapso físico e intelectual de no poder más, y es donde la enfermedad se manifiesta en sus características más comunes y acentuadas.

En la actualidad se puede incluir a los anesestesiólogos en la lista de profesionales que pueden padecer síndrome de Burnout. Se caracteriza por manifestarse por desgaste emocional, despersonalización, sumado a sentimiento de incompetencia profesional, falta de concreción de sus metas.

FACTOR DE RIESGO:

Se vincula al inadecuado afrontamiento de las demandas psicológicas del trabajo en forma acumulativa y crónica.

FUENTES CAUSALES:

Dentro del perfil de los factores estresantes generales enumerados en estrés crónico laboral se destacan la vinculación a días extensos de trabajo, trabajo nocturno, sobrecarga de trabajo, dedicación completa al trabajo o el 70% de su tiempo al trabajo, tareas de responsabilidad, falta de control de sus horarios laborales, la antigüedad laboral de 7-10 años, inadecuadas relaciones interpersonales, fatiga crónica.

EFFECTOS:

Este síndrome se puede manifestar por los siguientes síntomas dentro los que destacamos:

- Físicos: fatiga, alteraciones del sueño, cefaleas, impotencia, gastrointestinales.
- Psicológicos: irritabilidad, ansiedad, depresión, desesperanza.
- Conductuales: agresión, actitud defensiva, cinismo, abuso de drogas.
- Relacionado al trabajo: ausentismo, falta de rendimiento.
- Personales: pobre comunicación , aislamiento y falta de concentración.

MANEJO:

Se considera Riesgo Profesional lo que genera “una responsabilidad compartida” por tanto la prevención debe realizarse desde una triple perspectiva:

Nivel Personal, Nivel del Equipo, Nivel de Organización – Institucional

PREVENCIÓN:

Cuando una persona en el ámbito laboral ya está quemada es muy probable que contagie a lo demás a su alrededor, ya que es sumamente fácil prestar atención a sus constantes quejas y familiarizarse con ella; por lo que debemos principalmente

identificarla. Aún así, es posible evitar y resolver ya instalado el síndrome de Burnout. Se aconseja realizar diferentes actividades:

- Centrarse en el círculo de Influencia. Es decir a través de la diaria convivencia, analizar las acciones o cosas que nos molestan y tratar de resolverlas o motivar a cambiarlas, para crear un ambiente mejor. Sabemos que no se puede cambiar todo un sistema de salud preestablecido, pero cambiando actitudes se realizan grandes logros.
- Suprimir pequeñas molestias y crear ámbitos agradables. Se sabe que no toda la infraestructura es lo óptima para trabajar, pero dejar de gastar energía en preocuparnos por cómo se ve o cómo se debería de ver ayuda en demasía, es decir hacer una lista de las cosas que molestan del trabajo y descartar las que no podemos cambiar, para dejar de gastar energía en ellas, y las que sí podemos cambiar como por ejemplo área de trabajo ordenado, insumos necesarios, etc. debemos comenzar a modificarlos por cuenta propia.
- Trabajar mejor en lugar de más. Es decir hacer cambios en nuestra rutina de empleo para hacer que nuestro trabajo sea menos estresante, más eficiente y más llevadero, Maslach propone las siguientes estrategias:
 - Establecer objetivos realistas.
 - Hacer la misma cosa de manera distinta.
 - Planificar adecuadamente nuestro tiempo.

- Permitirse pensar.
- Tomar las cosas con más distancia.
- Cuidarse a sí mismo en lugar de los otros.
 - Acentuar los aspectos positivos.
 - Conocerse a sí mismo.
 - Establecer límites o fronteras.
 - Mantener la vida privada.
 - Cambiar de trabajo. Como último recurso para personal ya quemado.
 - Tratar específicamente los trastornos psiquiátricos si aparecen.⁵

Variables Sociodemográficas y su relación con el Síndrome de Burnout:

Entre los aspectos epidemiológicos del síndrome de Burnout descritos en la literatura no parece existir un acuerdo unánime entre los diferentes autores si bien existe un determinado nivel de coincidencia para algunas variables, las descritas en este trabajo.

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 período en el que se produce la transición de las expectativas idealistas hacia la práctica cotidiana,

aprendiéndose en este tiempo que tanto las recompensas personales, profesionales y económicas, no son ni las prometidas ni las esperadas.

El género sería principalmente las mujeres el grupo más vulnerable, quizá en este caso por razones diferentes como podrían ser la doble carga de trabajo que lleva la práctica profesional y la tarea familiar así como la elección de determinadas especialidades profesionales que prolongarían el rol de la mujer.

El estado civil, aunque se ha asociado con el síndrome de Burnout más con las personas que no tiene pareja estable, tampoco hay un acuerdo unánime, parece que las personas solteras tienen mayor cansancio emocional, menor realización personal y mayor despersonalización, que aquellas otras que o bien están casadas o conviven con parejas estables. En esta misma línea, la existencia o no de hijos, hace que estas personas puedan ser más resistentes al síndrome, debido a la tendencia generalmente encontrada en los padres, a ser personas más maduras y estables, y la implicación con la familia y los hijos hace que tengan mayor capacidad para afrontar problemas personales y conflictos emocionales; y ser más realistas con la ayuda del apoyo familiar; sin embargo, existe una variación de este aspecto y es el número de hijos, dicho de otra manera, hay autores que plantean que más de 3 hijos frustran a los profesionales con mayor índice de falta de realización personal, ya que una familia numerosa implica más atención por parte de éste hacia ellos y claro los recursos económicos no son suficientes por las altas demandas de necesidades por parte de los hijos.

El perfil profesional, recae en este trabajo ya que no es la misma exposición de una profesión a otra, con los pacientes, al estrés y por supuesto al salario.

Sin embargo, son en los anesthesiologos donde el tener varios empleos al día, doblar turno, realizar guardias diurnas o nocturnas, son cuestiones de todos los días, a lo cual habrá que regresar a laborar al día siguiente como si nada hubiese pasado y estar al cien por ciento laborando, ya que los servicios de salud, nunca descansan.

Otra variable, es la antigüedad profesional, si bien plantean que existen dos corrientes ya que, se manifiesta en los dos primeros años de carrera profesional de los egresados y a los mayores de diez años de experiencia; los primeros porque se ven decepcionados ya que sus expectativas no se han cumplido como ellos esperaban y las promesas económicas de tantos años alimentadas, se ven desfalcadas. Al mismo tiempo, los profesionales con más de diez años laborando lejos de entusiasmarse por su empleo, lo hacen cotidiano y sin nuevas expectativas a futuro.

A su vez, los años laborando en el mismo empleo, es otra variable a la que muchos autores apuestan a su favor, ya que la mala relación interpersonal entre compañeros de trabajo, son sin duda determinantes que influyen en el trabajador para sentirse agobiado. Además, llegar a un sitio de trabajo donde las condiciones físicas apremian, es desalentador.

Sin embargo, dentro de las condiciones de trabajo un aspecto sumamente importante es, el régimen de contratación, evidentemente el ser personal de base da al trabajador seguridad económica con respecto al personal que labora por contrato, ya que este tiene que esperar turno para ser tomado en cuenta y trabajar sólo temporalmente lo obliga a mantenerse activo y al día, esforzarse el doble

para lograr un contrato; es decir por un lado al principio puede haber incertidumbre por no tener un trabajo fijo, pero por el otro el tedio de lo cotidiano influyen en demasía para desarrollar o no el síndrome.

Por último, migrar, de una ciudad, estado o país, alberga sentimientos de nostalgia y soledad que además de deprimir a una persona, anexan más carga de estrés y claro, por qué no, sentimientos por falta de realización personal o familiar, ya que no sólo se abandona la ciudad natal sino a familiares y amigos.^{2,3,13,14}

Cuando estos factores se acumulan y superan la tolerancia del organismo surge el estrés excesivo y nocivo que se manifiesta en:

- 1) Enfermedades físicas como: la fatiga que puede provocar alteración del estado de ánimo, cefaleas, mareos, pérdida de apetito y problemas digestivo. La fatiga se vincula también a los accidentes automovilísticos en anesthesiólogos, luego de la jornada laboral, accidentes laborales sobre todo en el retapado de las agujas, incrementándose ese riesgo exponencialmente luego de 9 horas de trabajo consecutivo. El riesgo ocupacional de transmisión luego de exposición percutánea (agujas, objetos cortantes) de sangre infectada con HIV es del orden del 0.3 y 0.09% cuando es por exposición mucosa, siendo del orden del 6-37% para sangre infectada con el virus de la hepatitis B y del orden del 3-10% para sangre infectada con virus de hepatitis C.^{2,7}

- 2) Deterioro psíquico-emocional, como angustia, depresión y ansiedad, alteraciones del patrón de sueño. La deprivación del sueño puede contribuir al error humano repercutiendo sobre la seguridad de los pacientes. El

funcionamiento cognoscitivo disminuye en un 25% cuando falta una noche de sueño y disminuye en un 40% cuando faltan dos noches de sueño. En este sentido pueden asociarse a mayor probabilidad de punción involuntaria de duramadre al realizarse anestesia peridural relacionado al trabajo nocturno.

También pueden contribuir a accidentes laborales con un 50% de riesgo mayor de exposición a sangre contaminada (SIDA, hepatitis B y C) además de tener dificultad en interpretar un electrocardiograma, en realizar un cálculo matemático, en hablar con fluidez y en la memoria a corto plazo; también se registraron bajos puntajes de vigilancia de pacientes, disminución en la velocidad y calidad de intubación orotraqueal, y a accidentes con vehículos automotores al principio de la mañana luego de la jornada nocturna, registrándose una incidencia del 24% de accidentes con vehículos automotores en anesthesiólogos latinoamericanos.

3) Trastornos en la conducta: como el alcoholismo y la farmacodependencia.

Actualmente la morbilidad por autoadministración de fármacos es mucho más frecuente entre anesthesiólogos que los efectos adversos por otros riesgos potenciales en el quirófano. La estadística real de abuso, adicción y dependencia química entre los médicos, y en especial entre anesthesiólogos resulta muy difícil de establecer. Los datos surgen de estudios retrospectivos, programas de tratamientos y en estudios prospectivos.

4) Trastornos intelectuales. Como dificultad de concentración y trabajos de baja calidad. También se afecta la seguridad debido a respuestas inapropiadas con una tendencia a seleccionar alternativas más riesgosas, conductas que favorecen el error humano.

5) Consecuencias familiares: son caracterizadas por aislamiento, sentimiento de culpa, reproche familiar por exceso de trabajo, pobre participación en eventos trascendentes de la vida familiar, fracaso en el vínculo con los hijos, dificultades en la relación de pareja, falta de soporte afectivo, divorcios y destrucción familiar.

6) Consecuencias laborales. Entre otras se destacan la falta de interés laboral, el ausentismo laboral, el trabajo de pobre calidad, pudiendo llegar a una mala praxis y los consiguientes problemas legales, llevando todas estas situaciones a pérdida de imagen profesional y en algunas ocasiones al abandono o al cambio de trabajo. Todo esto dentro del estrés crónico laboral derivado del síndrome Burnout.²

En Latinoamérica no existen regulaciones específicas para el especialista de anestesia y/o residente, estando en proceso la realización del código regulador de horas de trabajo para el anesthesiólogo por la CLASA. Sin embargo, de acuerdo a las horas laborales y de descanso se han dividido en tres grupos para clasificar en bajo, significativo o alto riesgo profesional:

Riesgo bajo. Se considera bajo si trabaja menos de 50 horas semanales, 10 horas consecutivas trabajadas al día, no realiza turnos nocturnos, ni extensión del turno

en la noche, y disponen de 10 horas de descanso entre turnos de trabajo, 2 días libres de trabajo por semana.

Riesgo significativo. Se puede considerar un riesgo significativo cuando se trabaja entre 50 a 70 horas por semana, 14 horas consecutivas al día, 1 ó 2 turnos nocturnos por semana, se tiene extensión del turno en la noche, menos de 10 horas de descanso entre períodos de trabajo, 1 día libre de trabajo a la semana.

Riesgo alto. Es cuando se trabaja 70 o más horas a la semana, 14 o más horas consecutivas al menos 2 veces por semana, trabajo 3 turnos nocturnos por semana, tiene extensión nocturna del turno y no tienen día libre.^{2,9,12}

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las razones para investigar la prevalencia de este síndrome en esta población, se fundamenta en conocer el proceso del síndrome de Burnout como consecuencia de las necesidades de mejorar la organización del clima laboral de los especialistas ya que ésta tiene repercusiones importantes sobre la calidad del trabajo.

La presencia y determinación de factores que condicionan la aparición del síndrome de Burnout es algo de la cotidianidad que de cierta manera rompe el equilibrio y que puede manifestarse de una manera insidiosa y silente.

El tema es motivo de gran preocupación por las repercusiones en el ámbito personal y de la organización laboral como; ausentismo laboral, disminución del nivel de satisfacción de profesionales y de los pacientes, alta movilidad laboral y repercusión familiar, etc.

JUSTIFICACION

Debido a las importantes repercusiones que pueden presentarse cuando el anesthesiólogo sufre de Síndrome de Burnout, en el ámbito laboral y familiar que involucran distanciamiento afectivo, la impaciencia, irritabilidad y recelo por la posibilidad de poder convertirse en una persona poco estimada que pueden degenerar en desconfianza y actitudes defensivas lo que influye directamente en el rendimiento. Las consecuencias familiares pueden ser graves, pueden producir un cambio de carácter, que va desde el aislamiento a distintos grados de irritabilidad, lo que afecta el sistema de comunicación familiar, que pueden terminar en la ruptura familiar. Las repercusiones laborales encierran insatisfacción y deterioro del ambiente laboral, disminución de la calidad del trabajo y el ausentismo laboral. Lo que claramente repercute en la calidad de la atención.

Estudios realizados refieren que los anesthesiólogos que presentan Síndrome de Burnout son más jóvenes, tienen menos años de profesión, tienen menor experiencia en el trabajo actual y dedican menos horas al ocio. La proporción es mayor en sexo femenino y es mayor en los profesionales que están separados, divorciados o solteros que en los casados con pareja o en los viudos.

El riesgo del suicidio en pacientes con síndrome de Burnout es 6 veces mayor que en la población general, por tanto es una grave y temible consecuencia.

El importante subregistro o mejor dicho, la falta de diagnóstico del Síndrome de Burnout motivan el desarrollo de esta investigación.

HIPOTESIS

Los anestesiólogos del hospital regional 1° de Octubre muestran una prevalencia de síndrome de Burnout similar a la reportada en otros estudios a nivel nacional (40%).

OBJETIVOS

GENERAL

Determinar la prevalencia de Síndrome de Burnout en anestesiólogos del Hospital Regional 1° De Octubre.

ESPECIFICOS

- Determinar la prevalencia de acuerdo a las distintas subescalas del síndrome de burnout.
- Caracterizar las principales variables sociodemográficas asociadas al Síndrome de Burnout, tanto en la muestra en general como en subpoblaciones de médicos adscritos y residentes.
- Proponer medidas preventivas grupales basadas en los resultados del estudio.

MATERIAL Y METODOS

El estudio se llevó a cabo aprobado previamente por los Comités de Investigación y Ética en el Hospital Regional 1° De Octubre del I.S.S.S.T.E, el cual se describe como un estudio transversal, analítico, observacional; en una N=41 Incluye a todos los médicos anestesiólogos (adscritos y residentes) del Hospital Regional 1° De Octubre con más de un año en el desempeño laboral bajo cualquier régimen de contratación durante el periodo de Abril a Mayo del 2013, se otorgó una carta invitación en donde se aseguró la confidencialidad de la información. Este proyecto cumple con los lineamientos establecidos en la Declaración de Helsinki, respecto a la investigación en seres humanos.

Considerando como criterios de eliminación a los que:

- Cancelaron contrato, renuncia al puesto durante el proyecto.
- Deseo voluntario de no continuar en el estudio.
- Instrumentos incompletos.

Método:

- Se firmó el consentimiento de las personas que decidieron participar de manera voluntaria.
- Posteriormente se instruyó a los participantes en la correcta forma de llenado de los instrumentos y se proporcionó la información relacionada con la investigación.
- Se aplicaron los instrumentos, utilizando el método de la encuesta y la técnica de cuestionario aplicando el instrumento denominado "Ficha de

identificación” y posteriormente el instrumento denominado “Escala de Maslach”.

- Se calificó el cuestionario en las subescalas: agotamiento emocional, realización personal y despersonalización (la forma de asignar puntaje y calificación de estos aspectos se muestra en la sección de anexos).
- Después de calificar el cuestionario, la información se procesó en una base de datos utilizando un equipo de cómputo portátil, procesador Centrino Duo, en el programa Excel de office 2008. La elaboración de cuadros y gráficas se realizó en el mismo programa.
- Mediante análisis estadístico de los datos, se determinó la prevalencia del síndrome de Burnout en la población estudiada. Adicionalmente se caracterizó la población para identificar las principales variables sociodemográficas que se relacionan con la presencia del Síndrome de Burnout.
- De acuerdo a la prevalencia obtenida, y como objetivo secundario beneficio adicional de este estudio, se invitó a los participantes a acudir de manera voluntaria a atención psicológica, se presentaron medidas estratégicas para mejora y control de la prevalencia de síndrome de Burnout.

PLAN DE ANALISIS ESTADISTICO

Los resultados se presentan con cuadros y gráficas, con análisis por medio de Chi cuadrada para variables cualitativas. Para las variables cualitativas, se utilizó medidas de resumen de tendencia central (media, razón y porcentaje); así como medidas de dispersión (desviación estándar). De acuerdo a un análisis de regresión logística se identificará las variables más asociadas al síndrome de Burnout. Se consideró diferencia estadísticamente significativa cuando $p < 0.05$.

RESULTADOS

Se incluyó un total de 41 participantes, siendo 10 Médicos residentes y 31 Médicos adscritos cuyas características generales se resumen en el cuadro 1.

Cuadro 1. Características demográficas*

Característica	Frecuencia (n=41)
Edad (años cumplidos)	42.5±10.4
Sexo	
Masculino	18 (43.9)
Femenino	23 (56.0)
Estado civil	
Soltero	10 (24.3)
Casado	21 (51.2)
Divorciado	3 (7.3)
Viudo	1 (2.4)
Unión Libre	6 (14.6)
Número de hijos	
No tiene	12 (29.2)
1 a 2	27 (65.8)
3 o más	2 (4.8)
Antigüedad profesional	
1 a 5 años	10 (24.3)
6 a 10 años	6 (14.6)
11 a 20 años	12 (29.2)
21 a 30 años	13 (31.7)
Años en el trabajo actual	
1 a 5 años.	16 (39.0)
6 a 10 años.	5 (12.1)
11 a 20 años.	8 (19.5)
21 a 30 años.	12 (29.2)
Salario	
< a \$10 mil	6 (14.6)
\$10,001 a \$15,000.	9 (21.9)
\$15,001 a \$20,000.	11 (26.8)
> \$20,001.	15 (36.5)
Número de Empleos	
Un empleo	16 (39.0)
2 o más empleos.	25 (60.9)
Régimen de Contratación	
Base	28 (68)
Contrato	3 (7)
Becario	10 (25)
Insumos necesarios para su desempeño laboral	
Si	32 (78)
No	9 (22)
Migración	
Si	32 (78)
No	9 (22)

* Para variables cuantitativas se reporta promedio y DE, en cualitativas frecuencia y porcentaje

Tomando en cuenta los puntajes altos de agotamiento emocional y despersonalización, así como los puntajes bajos de realización personal se obtuvo una prevalencia de Burnout de 11 (26.8%) en toda la población.

Con respecto a la presencia de factores asociados al Síndrome de Burnout, se encontró que en la subescala de agotamiento emocional, se obtuvo un puntaje bajo 87%, intermedio 7.3% y alto 4.9% de la población. En la subescala de despersonalización, se encontró un porcentaje bajo 82.9%, intermedio 9.8% y alto en 7.3% de la población. Finalmente, la subescala de realización personal mostró puntaje bajo 22%, intermedio 17.1% y alto 61% de la población.

Para identificar las variables más asociadas a los casos de Burnout, se hicieron entrecruzamiento de las frecuencias de diferentes variables cualitativas con la variable Burnout, encontrando la siguiente asociación y significancia estadística:

CUADRO 2. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACION DE ACUERDO A LA PRESENCIA DE BURN OUT

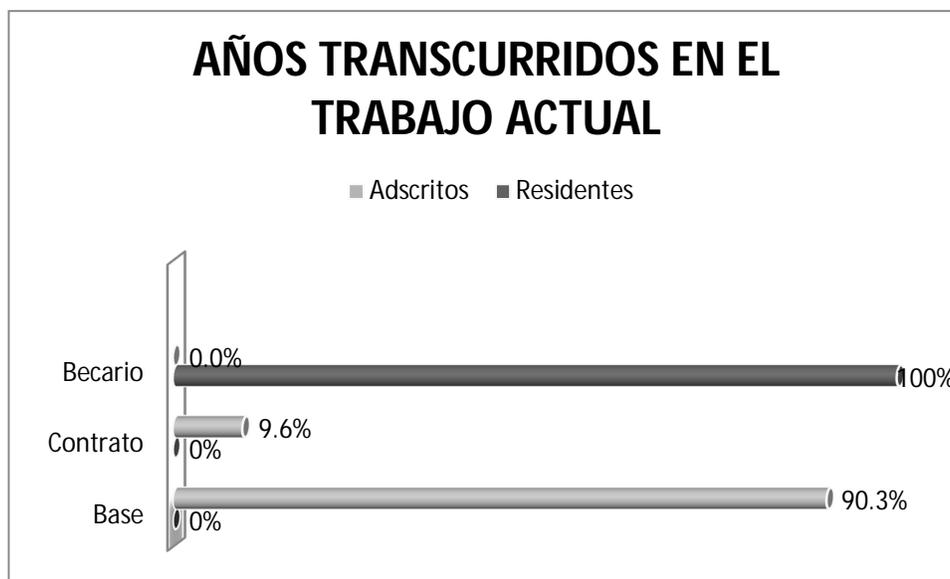
Característica	BURNOUT		p
	NO (n=30)	SI (n=11)	
Estado civil			
Casado	16 (53)	5 (46)	0.275
Divorciado	3 (10)	0 (0.0)	
Soltero	6 (20)	4 (36)	
Unión Libre	5 (17)	1 (9)	
Viudo	0 (0.0)	1 (9)	
Género			
Masculino	15 (50)	3 (27)	0.173
Femenino	15 (50)	8 (73)	

Número de hijos			
0	8 (27)	4 (36)	0.606
1-2	20 (67)	7 (64)	
3 o más	2 (6)	0 (0.0)	
Situación laboral			
Especialista	25 (83)	6 (54)	0.071
Residente	5 (17)	5 (46)	
Años en el trabajo actual			
1 a 5 años.	9 (30)	7 (64)	0.032
6 a 10 años.	2 (7)	3 (27)	
11 a 20 años.	8 (27)	0 (0.0)	
20 a 30 años.	11 (36)	1 (9)	
Salario			
< a \$10 mil	2 (7)	4 (36)	0.020
\$10,001 a \$15,000.	14 (47)	1 (9)	
\$15,001 a \$20,000.	5 (16)	4 (36)	
> \$20,000.	9 (30)	2 (18)	
Número de Empleos			
Un empleo	10 (33)	6 (54)	0.629
2 o más empleos.	20 (67)	5 (46)	
Régimen de Contratación			
Base	24 (80)	4 (36)	0.025
Contrato	5 (17)	5 (45)	
Becario	1 (3)	2 (18)	
Insumos necesarios para su desempeño laboral			
Si	5 (17)	4 (36)	0.176
No	25 (83)	7 (64)	
Migración			
Si	23 (77)	6 (54)	0.160
No	7 (23)	5 (46)	

Adicionalmente, las variables más asociadas a Burnout en la población general del estudio, se ensayaron en dos grupos divididos de acuerdo a su condición de médico residente o adscritos, para verificar su independencia de modificación respecto a esta categorización. Este se resume en el cuadro 3.

CUADRO 3. COMPARACIÓN DE POBLACIONES DE MÉDICOS RESIDENTES Y ADSCRITOS

Característica	Grupo de estudio		P
	Médicos Residentes (n=10)	Médicos Adscritos (n=31)	
Años transcurridos en el trabajo actual (n [%])			
a. 1 a 5 años.	10 (100)	6 (19.3)	<0.001
b. 6 a 10 años.	0 (0.0)	5 (16.1)	
c. 11 a 20 años.	0 (0.0)	8 (25.8)	
d. 21 a 30 años.	0 (0.0)	12 (38.7)	
Salario (n [%])			
a. < a \$10 mil	4 (40)	2 (6.4)	<0.001
b. \$10,001 a \$15,000	6 (60)	3 (9.6)	
c. \$15,001 a \$20,000.	0 (0.0)	11(35.4)	
d. > \$20,001.	0 (0.0)	15(48.3)	
Régimen de Contratación (n [%])			
a. Base	0 (0.0)	28 (90.3)	<0.001
b. Contrato	0 (0.0)	3 (9.6)	
c. Becario	10 (100)	0 (0.0)	



SALARIO

■ Adscritos ■ Residentes



Régimen de Contratación

■ Adscritos ■ Residentes



DISCUSION

Nuestra población se caracterizó por una edad alrededor de 40 años, la mayoría casados y con 1-2 hijos. Mostró una distribución heterogénea en cuanto a la migración, antigüedad laboral, régimen de contrato e insumos necesarios para su desempeño.

Se encontró una frecuencia de Burnout en 26.8% de la población, siendo la subescala de realización personal la que más contribuyó al diagnóstico, sobre las subescalas de agotamiento emocional y despersonalización. En comparación con los resultados de otros estudios como el de la Dra. Carolina Aranda Beltrán¹⁸ el cual reporta prevalencias en médicos mexicanos que van desde 35% al 43%, así como los estudios de la Dra. Garduño –Juárez ² y Dra. Palmer-Morales ²¹ los cuales reportan prevalencias en anestesiólogos mexicanos que van desde 40-44%; notándose diferencias con nuestro estudio, posiblemente por corresponder a otras especialidades y/o otras instituciones lo cual determinan varios factores potenciales como el tiempo laboral, salario y tipo de contratación los cuales se asociaron a la presencia de Burnout en nuestro estudio. Aunado a un estado de falta de realización personal, es razonable que el exceso de trabajo y los salarios limitados interactúen para el desarrollo de Burnout.

Sin embargo, este efecto parece ser dependiente de la situación de ser médico residente o adscrito, de acuerdo a un análisis de subpoblaciones (cuadro 3), aunque se debe considerar que los grupos no fueron balanceados por número, lo cual es una fuente potencial de sesgo metodológico.

En el estudio de Barraza y Carrasco²⁰ encontramos que los médicos de base presentan un nivel de presencia de Burnout del 22%, mientras que en los residentes presentan Burnout el 24%; lo cual nos indica que ambos presentan un nivel leve de Burnout. Quizá donde exista el síndrome de Burnout es en médicos de base y no en médicos residentes como lo afirman Mingote y Pérez¹⁹ quienes aseguran que hay mucha relación con las variables sociodemográficas. Sin embargo en nuestro estudio se caracterizó por un nivel de presencia de Burnout del 50% en médicos residentes, mientras que en los médicos adscritos presentan Burnout el 19%, Este conocimiento es relevante porque permite identificar de forma temprana a poblaciones con mayor riesgo para desarrollar Burnout, y mantener apoyo en el momento que se requiera.

CONCLUSIONES

Nuestra población mostró una prevalencia de Burnout de 26.8% con mayor contribución en la esfera de realización personal. Los factores más asociados fueron el tiempo laboral, salario y tipo de contratación. Además, es posible que este efecto sea dependiente de la condición de médico adscrito o residente.

Finalmente concluimos que el síndrome de Burnout se encuentra presente en los médicos anestesiólogos del Hospital Regional 1° de Octubre, con una prevalencia menor a la informada por diferentes autores en otros hospitales del país. Estos hallazgos se retoman como una segunda línea de investigación para identificar los factores de riesgo y así contar con los elementos científicos que permitirán realizar intervenciones tendientes a disminuir este problema que afecta la salud del trabajador; por lo que es importante alguna intervención que permita evitar el desarrollo del síndrome.

RECOMENDACIONES

Es muy importante evitar la negación del problema ya que impedirá tomara las medidas a tiempo.

Debe haber exigencia a las instituciones empleadoras de anestesiólogos que cuenten con Programas de Salud Ocupacional con asesoramiento psicológico que contemple un Programa de Salud Mental.

Se debe disponer de la organización necesaria para buscar un diagnostico precoz.

Se aconseja realizar diferentes actividades:

- Centrarse en el círculo de Influencia. Es decir analizar las acciones o cosas que nos molestan y tratar de resolverlas o motivar a cambiarlas, para crear un ambiente mejor.
- Suprimir pequeñas molestias y crear ámbitos agradables.
- Trabajar mejor en lugar de más. Es decir hacer cambios en nuestra rutina de empleo.
- Trabajar en con apoyo de grupos baling, talleres para fomentar comunicación, talleres para manejo de estrés, talleres relaciones interpersonales.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Ortega Ruiz C, López Ríos F. El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 2004; 4 (1): 137-160
- 2.- Garduño Juárez M. Prevalencia del síndrome de Burnout en residentes y médicos de base de anestesiología del Hospital General de México. *Revista Mexicana de Anestesiología* 2008; 31 (1): 259-262
- 3.- Shanafelt T, Burnout in anesthesiology: A call to action. *The Journal of anesthesiologists* 2011; 114:1-2
- 4.- GIL-MONTE PR, PEIRÓ J. Un estudio comparativo sobre criterios normativos y diferenciales para el diagnóstico del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) según el M.B.I.-HSS en España. *Psicol Trab Organiz* , 2000;2:135-49
- 5.- CALABRESE G: Guía de Prevención y Protección de los Riesgos Profesionales del Anestesiólogo. *Anest Analg Rean* . 2006; 20 (2): 4- 40
- 6.- Apiquian Guitart A. El syndrome del Burnout en las empresas (sedeWeb). 2009; www.anahuac.mx/psicologia/archivos/burnoutempresas.pdf.
- 7.- Calabrese G. Informe preliminar sobre encuesta de riesgos profesionales del anestesiólogo en Latinoamérica. Comisión de Riesgos Profesionales. Confederación Latinoamericana de Sociedades de Anestesiología. XXI Asamblea de Delegados de CLASA. XXVI Congreso Latinoamericano de Anestesiología. San Salvador, El Salvador. 2001.
- 8.- *IntraMed* <http://www.intramed.net/UserFiles/archivos/Trabajo%20Burnout.pdf>

- 9.- Aranda, Pando, Salazar, Torres, Aldrete, Pérez. Síndrome de Burnout y manifestaciones clínicas en los médicos familiares que laboran en una institución de salud para los trabajadores del estado. *Psicología y Salud* 2006;16:15-21
- 10.- MASLACH, C., SCHAUFELI, W.B., LEITER, M.P. "Job burnout", *Annual Review of Psychology*, 2001; 52:397-422.
- 11.- GIL-MONTE PR. Aproximaciones psicosociales y estudios diagnósticos sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout). *Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*. 2000;16(2):101-2.
- 12.- GIL-MONTE PR, PEIRÓ J. Un estudio comparativo sobre criterios normativos y diferenciales para el diagnóstico del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) según el M.B.I.-HSS en España. *Psicol Trab Organiz* , 2000;2:135-49
- 13.- OMS 2000. The World Health Report. 1983 <http://www.who.int/whr>.
- 14.- Calabrese G. Riesgos profesionales del Anestesiólogo. XXXV Congreso Mexicano de Anestesiología, Cancún. 2001.
- 15.- CALABRESE G: Impacto del estrés laboral en el anestesiólogo. *Rev.Col. Anest.* 2006;34: 4: 233-240
- 16.- Mignone B. La adaptación a los cambios simultáneos.[en línea].2003.[fecha de consulta: noviembre de 2005].Disponible en: <http://www.terapia-ocupacional.com/prensa.shtml>
- 17.- Almendro Padilla C. ¿Qué es el S. de Burnout?[en línea].2001.[fecha de acceso: mayo de 2005]
Disponible en:<http://www.diezminutos.org/documento/burnout>

- 18.- Anales de la Facultad de Medicina An.Fac. med. Factores psicosociales y síndrome de burnout en médicos de familia. México Carolina Aranda-Beltran , Manuel Pando Moreno, Teresa Torres-López, José Salazar-Estrada, Sergio Franco-Chávez investigadores y Docentes del departamento de Salud Pública, Universidad de Guadalajara. México.2005;66:3
- 19.- Mingote Adán J, Pérez García S. Estrés en la enfermería, Madrid, España Díaz de Santos ediciones. 2009
- 20.- Barraza Macías A, Carrasco Soto R. Síndrome de Burnout : Un estudio comparativo entre profesores y médicos de la Ciudad de Durango.México.2007
- 21.- Palmer Morales L. Prevalencia del Síndrome de Agotamiento Profesional en médicos anesthesiólogos de la ciudad de Mexicali. Gac Méd Méx 2005; 141 (3): 181-183

ANEXOS

ANEXO 1.- Cuestionario para la determinación de los factores asociados al Síndrome de Burnout.

Anexo N° 01

CUESTIONARIO PARA LA DETERMINACIÓN DE LOS FACTORES ASOCIADOS AL SÍNDROME DE BURNOUT.

Instrucciones: Por favor, lea cada pregunta cuidadosamente y responda cada una de ellas marcando con una equis (X) la opción que crea conveniente y rellenando los espacios en blanco según corresponda.

Fecha de nacimiento: _____/_____/_____

1.- ¿Qué edad tiene usted? : _____ años

2.- Género:

. Masculino ()

. Femenino ()

3.- ¿Cuál es su estado civil?

. Soltero (a) ()

. Casado (a) ()

. Divorciado o separado(a) ()

. Viudo (a) ()

- Unión libre ()

4.- ¿Tiene Usted hijos?

. No tiene ()

. 1 a 2 hijos ()

. 3 o más hijos ()

5.- ¿Situación laboral?:

. Medico especialista ()

. Medico residente ()

6.- ¿Hace cuántos años desarrolla su profesión?

. De 1 a 5 años. ()

. De 6 a 10 años. ()

. De 11 a 20 años. ()

. De 21 a 30 años. ()

7.- ¿Hace cuántos años labora en este lugar?

. 1 a 5 años. ()

- . 6 a 10 años. ()
- . 11 a 20 años. ()
- . 20 a 30 años. ()

8.- Su salario mensual es: (neto, con deducciones y compensaciones)

- . < a \$10 mil ()
- . \$10,001 a \$15,000. ()
- . \$15,001 a \$20,000.()
- . > \$20,001. ()

9.- ¿Tiene usted más de 1 empleo por semana?

- . No ()
- . Sí, Cuántos _____.

10.- ¿Qué tipo de contrato tiene con la institución?:

- . Base ()
- . Por contrato ()

11.- ¿Considera Usted que cuenta con los insumos necesarios para su desempeño laboral?:

- Si ()
- . No ()

12.- Para laborar en esta Institución, ¿Tuvo Usted que cambiar de lugar de residencia?

- . Si ()
- . No ()

13.- ¿Cuál es su ciudad de origen?: _____/_____.
Ciudad/Estado

ANEXO 2.- Escala de Maslach

Anexo Nº 02

INVENTARIO PARA DETERMINAR SINDROME DE BURNOUT

Las siguientes son 22 declaraciones que hablan acerca de los sentimientos relacionados al trabajo. Por favor, lea cada declaración cuidadosamente y decida si usted se siente de esa manera acerca de su trabajo. Si usted nunca ha tenido este sentimiento, escriba un "0" (cero) en el espacio provisto. Si usted ha tenido este sentimiento, indique cuán frecuente lo ha sentido escribiendo el número (del 1 al 6) que mejor describa con qué frecuencia se ha sentido así. La escala de frecuencia de los sentimientos es según sigue:

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

Conteste las siguientes frases indicando la frecuencia con que usted ha experimentado ese sentimiento.

AFIRMACIONES	0	1	2	3	4	5	6
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 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 alguno de sus problemas							
TOTAL							

La forma en que se evalúan los resultados de la escala de Maslach es la siguiente:

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

Estas tres escalas tienen una gran consistencia interna, considerándose el grado de agotamiento como una variable continua con diferentes grados de intensidad:

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

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.

Fuente: MASLACH, C. Y JACKSON, S.E. (1986): Maslach Burnout Inventory. Manual research Edition. University of California. Consulting Psychologist Press. Palo Alto.

ANEXO 3.- Carta de Consentimiento

**Anexo N° 03
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

México, D.F a ____ de _____ del 2013.

Por medio de la presente hago constar que mi participación en el protocolo de investigación “**Prevalencia del Síndrome de Burnout en médicos anestesiólogos del Hospital Regional 1° de Octubre**” es de forma voluntaria, estando consiente que puedo retirarme en el momento que lo desee, sin que esto venga en agravio de mi persona o intereses

Se me ha explicado amplia y clara la finalidad del estudio, la manera en que se recabará la información, el método y la técnica que se empleará y que la información que se obtenga será manejada de forma profesional, confidencial y solo con fines de investigación. Por lo que no objeto responder a las preguntas que se me realicen o facilitar el llenado de las cédulas correspondientes.

Acepto participar de manera voluntaria e incondicional con el investigador.