



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
Facultad De Medicina
División de Estudios de Postgrado

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
Unidad Médica de Alta Especialidad
Hospital de Especialidades "Dr. Antonio Fraga Mouret"
Centro Médico Nacional "La Raza"

TESIS:

**"EL SÍNDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS RESIDENTES
SUBESPECIALISTAS Y SU ASOCIACIÓN CON EL ERROR MÉDICO"**

PARA OBTENER EL GRADO DE MÉDICO ESPECIALISTA EN
ANESTESIOLOGÍA

PRESENTA:

DR. ANUAR GARRIDO RAMÍREZ

ASESORES DE TESIS:

DR. LUCIO RODRÍGUEZ PÉREZ.

DRA. MARTHA EULALIA CRUZ RODRIGUEZ



México D.F. 2014



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.

HOJA DE AUTORIZACION DE TESIS

Dr. Jesús Arenas Osuna
Jefe de la División de Educación en Salud
Del Hospital de Especialidades “Dr. Antonio Fraga Mouret”
Del Centro Médico Nacional “La Raza”
Del Instituto Mexicano del Seguro Social

Dr. Benjamín Guzmán Chávez
Profesor Titular del Curso de Anestesiología.
Del Hospital de Especialidades “Dr. Antonio Fraga Mouret”
Del Centro Médico Nacional “La Raza”
Del Instituto Mexicano del Seguro Social

Dr. Anuar Garrido Ramírez
Residente de tercer año de Anestesiología.
Del Hospital de Especialidades “Dr. Antonio Fraga Mouret”
Del Centro Médico Nacional “La Raza”
Del Instituto Mexicano del Seguro Social

Número de Registro : R-2014-3502-78

ÍNDICE.

Resumen.....	4
Antecedentes.....	6
Material y Métodos.....	17
Resultados	19
Discusión.....	26
Conclusión.....	30
Bibliografía.....	31

Resumen.

La presencia de factores psicosociales negativos en las áreas laborales puede intervenir o facilitar el desarrollo del Síndrome de Burnout y su asociación al error médico.

Objetivo: Evaluar el Síndrome de Burnout en médicos residentes subespecialistas y su asociación con el error médico.

Material y método: Se realizó un estudio observacional, prospectivo, transversal, descriptivo, en los residentes subespecialistas en el Hospital General “Dr. Gaudencio González Garza” del C.M.N. la Raza, para medir el Síndrome de Burnout y su asociación al error médico

El análisis estadístico se realizó con T de Student y χ^2 .

Resultados:

Se encontró que 100% (n =74) de los residentes subespecialistas presentaron SDP, 27.5% en grado alto y 27.5% en leve (P <0.03); el grupo más afectado fue el de los residentes de 1° a 4° año, con los mayores niveles de cansancio emocional (P<0.025) y despersonalización (P <0.005).

La asociación de SB con error médico por subespecialidad: oftalmología 12 residentes, cirugía pediátrica 7 y cirugía cardiotorácica 4, (31.08%) residentes. (P=0.037)

Conclusión: El síndrome de Burnout en médicos residentes de subespecialidad se asocia al error médico principalmente en grado alto con una p=0.037

Palabras clave: *Síndrome de Burnout, error médico, asociación*

Summary.

The presence of negative psycho-social factors in the labor areas can take part or facilitate the development of the Syndrome of Burnout and its association to the medical error.

Objective: To evaluate the Syndrome of Burnout in subspecialistic resident doctors and their association with the medical error.

Material and method: A study was made observacional, prospectivo, cross-sectional, descriptive, in the subspecialistic residents in General Hospital "Dr. Gaudencio González Garza" of the C.M.N. the Race, evaluating the influence of the Syndrome of Burnout and its association to the medical error

The statistical analysis was made with T of Student and χ^2 .

The analysis of the demographic variables was made with t of student and the analysis of the categorical variables of study in the case of Syndrome of Burnout and medical error, was made with descriptive statistic by means of the square test chi of Pearson. A value of $p < 0,05$ was considered statistically significant.

Results:

One was that 100% (n =74) of the subspecialistic residents presented SDP, 27,5% in high degree and 27,5% in slight (P <0.03); the affected group more was the one of the residents of 1° to 4° year, with the greater levels of emotional fatigue (P<0.025) and despersonalización (P <0.005).

The association of SB with medical error by subspecialty: ophtalmology 12 residents, 7 pediátrica surgery and cardiotorácica surgery 4, (31,08%) resident ones. (P=0.037)

Conclusion: The syndrome of Burnout in resident doctors of subspecialty is mainly associated to the medical error in a the high degree with one $p=0.037$

Key words: Syndrome of Burnout, medical error, association

ANTECEDENTES.

Hans Selye médico y fisiólogo vienés quien en el año de 1950 introdujo por primera vez el termino de estrés, al publicar su investigación más famosa: “estrés: un estudio sobre la ansiedad”. Donde describe 3 etapas del mismo: alarma adaptación y agotamiento. En esta ultimase produce una pérdida de recursos adaptativos que va acompañado de un grupo típico de síntomas de ansiedad.⁽¹⁾

El estrés lo podemos definir como la repuesta adaptable no específica del organismo a cualquier cambio, demanda, presión desafío o amenaza. Si este se torna excesivo superando la tolerancia del organismo puede generar una serie de situaciones que pueden generar un impacto muy importante produciendo desgaste en la salud, actuación profesionalmente pobre, repercusión en la seguridad del paciente, repercusiones en la vida familiar y social.⁽²⁾

La organización internacional del trabajo (OTI) y la Organización mundial de la Salud (OMS) en 1984, determinaron que los factores psicosociales relacionados con el trabajo contribuyen a una serie de daños para la salud, de carácter psicológico y de comportamiento somático, por lo cual se consideró el concepto de Burnout como riesgo profesional a la salud.⁽³⁾ Mientras que en la población médica la incidencia del estrés laboral es del 28%, en los subespecialistas la incidencia es notoriamente más elevada, siendo del orden del 50% a nivel europeo y del 59 – 64 - 96% a nivel latinoamericano.⁽²⁾ Cuando se integran al ámbito laboral, los médicos se enfrentan a procesos de adaptación y aprendizaje constantes, cuyas implicaciones personales, educativas y sociales pueden generar en determinados momentos periodos de angustia, temor, inseguridad o estrés, que pueden desencadenar trastornos de depresión o ansiedad.⁽⁴⁾

Las consecuencias del estrés laboral pueden ser graves (desmotivación, frustración, depresión, fatiga, droga dependencia) trasciende a sus familiares (separación, maltrato) e institución (ausentismo, disminución del rendimiento laboral) y en el caso del médico a sus pacientes, generando deterioro en la relación médico paciente, insatisfacción en los resultados e incluso iatrogenia.⁽⁵⁾

Los estudios sobre el estrés laboral crónico, lo consideran como una patología laboral debida al estrés continuo al que es sometido el médico durante su jornada laboral. Así, el estrés y el malestar acaban por instalarse de modo crónico, provocando trastornos psicossomáticos y de conducta, manifestaciones que alertan ante un problema de salud como lo es el síndrome de Burnout. El síndrome de desgaste profesional o Burnout, es caracterizado por muestras de sufrimiento y desgaste emocional en los trabajadores que tenían una profesión de las denominadas "*de ayuda a los demás*" y en contacto directo con el público. Así este síndrome ha pasado una época de interés a partir de estos trabajos de Maslach, refiriéndose a una condición cada vez más frecuente. ⁽⁶⁾

El Síndrome de Burnout significa "estar o sentirse quemado, agotado, exhausto", es una condición médica bien definida, caracterizada por el agotamiento emocional, la despersonalización y la disminución de la realización personal. El agotamiento emocional es el cansancio emocional de un individuo y se le considera como siendo el rasgo inicial de ese síndrome, principalmente, por las exigencias de trabajo excesivas, los conflictos personales en las relaciones interpersonales, como también la realización de las tareas profesionales. La despersonalización se caracteriza por la insensibilidad emocional del profesional de la salud. Finalmente, el sentimiento de disminución en la realización personal (incompetencia), reveló una autoevaluación negativa asociada a la falta de satisfacción y a la falta de felicidad en el trabajo. ^(6,7)

El Síndrome de Burnout se comporta bajo forma de un proceso dinámico, acumulativo generando una activación frecuente del ciclo del estrés desgastando paulatina y permanentemente los sistemas biológicos. Este ciclo del estrés es activado frecuentemente por numerosos factores estresantes en la vida laboral del médico, dentro de ellos destacamos: el tipo de subespecialidad, el escenario laboral complejo, el hábitat laboral intenso, la falta de control de su tiempo, la interferencia con la vida familiar, los posibles problemas médico-legales, el progresivo desajuste de expectativas profesionales, la inseguridad laboral. En el caso de residentes de anestesia, se relaciona con enfrentarse a pacientes críticos

o a la muerte de pacientes, a la dificultad de balancear su vida personal y a las demandas profesionales crecientes.

Durante el periodo de formación de la residencia de subespecialidad, en particular, puede causar un alto grado de desgaste, lo que lleva a la interferencia con la capacidad del individuo para establecer una relación, más o menos a través de dilemas de diagnóstico, y el trabajo, aunado a la toma de decisiones de tratamiento complejo. En general, el agotamiento se asocia con una variedad de consecuencias negativas incluyendo la depresión, el riesgo de errores médicos, y los efectos negativos sobre la seguridad del paciente. ^(8,9)

Algunas características actuales inherentes a la práctica clínica del subespecialista, pueden traer como resultado ciertas correlaciones con somatizaciones psicológicas. Los riesgos emergentes de cansancio agudo y crónico, y los elevados niveles de estrés ocupacional, necesitan ser observados durante la práctica clínica de los residentes en formación, como también en los programas de entrenamiento de los residentes. Un factor que perjudica la seguridad de la práctica anestésica es la presencia de cansancio y de falta de sueño en los médicos. Cada vez más existen pruebas de que el trabajo excesivo reduce la seguridad y eleva la incidencia de errores cometidos por los residentes cansados, cuando se compara con los colegas que han descansado ^(9,10, 11,12)

El síndrome de Burnout, en el residente se ha asociado con la atención al paciente problemático en otros especialistas médicos. ⁽¹³⁾ Médica Shanafelt y colaboradores realizaron evaluación a residentes de medicina interna donde demostraron que el Burnout se asoció, con prácticas de atención sub óptimas a los pacientes. ⁽¹⁴⁾ El personal profesionalista con síndrome de Burnout, también se ha asociado con una menor satisfacción de los pacientes, que a menudo refleja el cuidado sub óptimo en el paciente. También hay consecuencias fisiológicas de agotamiento y depresión. ⁽¹⁵⁾

El estrés y la depresión han sido asociados con disfunción cognitiva. ^(16,17) Este síndrome de Burnout se ha asociado con deterioro en la atención visual. ⁽¹⁸⁾ El impacto del desgaste profesional en la atención visual puede tener un papel importante en la seguridad de los pacientes debido a la vigilancia de los médicos en la prevención de los errores. ^(19,20) Aunque los hallazgos reportados están limitados por la naturaleza de auto reporte en la evaluación de errores, la depresión ha sido asociada con un aumento de los errores observados en los médicos residentes que realizan alguna subespecialidad. ⁽²¹⁾ Se ha demostrado que entre los residentes a medida que cursan sobre todo alguna subespecialidad, considerando los años de duración que se cursan, algunas veces 6 hasta 11 años, los niveles más altos de la fatiga y la angustia se asocian de forma independiente con los errores médicos auto percibidos. ⁽²²⁾

El impacto del Síndrome de Burnout sobre la salud produce un desgaste paulatino y permanente de los sistemas biológicos pudiendo provocar, entre otras enfermedades físicas, deterioro psicoemocional, trastornos de la conducta y alteraciones intelectuales. El impacto familiar se caracteriza por dificultades para balancear la vida familiar, aislamiento, fracaso de vínculo con hijos, dificultades en la relación de pareja, falta de soporte afectivo, divorcios y destrucción familiar. En el impacto laboral destaca la falta de interés en su ocupación, el ausentismo laboral, insatisfacción laboral, trabajo de pobre calidad, contribuir a cometer errores médicos, en algunos casos puede llegar a mala praxis. ⁽²³⁾

La calidad de vida profesional debe ser medida y supervisada, definiéndose como el sentimiento de bienestar que se deriva del equilibrio que el individuo percibe entre las demandas o las cargas de la profesión y los recursos (psicológicos, organizacionales y relacionales) de que dispone para afrontar estas demandas". En cuanto a las estrategias o habilidades a fomentar, es necesario reconocer que no existe ninguna técnica simple capaz de prevenir o tratar de forma efectiva el Burnout, sino que se utilizan modelos de intervención de componentes integrados de forma complementaria con técnicas orientadas al individuo junto a técnicas orientadas al ámbito organizacional. ^(24,25)

Desde su enunciación por Herbert Freudenberger en 1974, el síndrome de Burnout ha sido un concepto ampliamente empleado en la literatura científica sobre estrés laboral. Catherine Maslach y Susana Jackson lo han descrito como un proceso que se inicia con una carga emocional y su correspondiente tensión que conduce al agotamiento del sujeto, quien comienza a exhibir conductas de distanciamiento y actitudes cínicas respecto a las personas que atiende, lo cual crea dudas con respecto a la competencia y realización profesional. Se trata de un concepto multidimensional, acompañado de síntomas físicos cuyos componentes fueron identificados por estas autoras: agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización profesional. Su modelo teórico ha conducido a la elaboración del Maslach Burnout Inventory.⁽²⁶⁾

Es así como aun cuando el Maslach Burnout Inventory es un instrumento que se utiliza con mayor frecuencia para medir el síndrome de Burnout, siendo un estándar para el tema (Schaufeli, 1999). Esto es especialmente complejo, dado que se ha observado que se ha tendido a aplicar el instrumento sin tomar en cuenta que no hay coincidencia sobre qué factores son los que realmente mide el MBI. Es por ello que es importante saber si existe el constructo en diferentes contextos y profesiones, para determinar el grado de variabilidad y saber si es una medida universal o circunscrita a un grupo específico. Aun así el MBI cuenta con un adecuado nivel de consistencia interna, que va de 0.75 a 0.90 en muchas de las investigaciones realizadas (Jackson y otros, 1986).⁽²⁶⁾

El balance de los esfuerzos comprometidos en el trabajo y las recompensas de diversos tipos parecen condicionar la probabilidad de ocurrencia del estrés experimentado y de las manifestaciones de Burnout.⁽²⁷⁾ En este sentido, Taris, Peeters, Le Blanc, Schreurs y Schaufeli.⁽²⁸⁾ En un estudio con maestros encontraron que la inequidad en las relaciones (altos esfuerzos y bajas recompensas), particularmente las establecidas con los receptores de sus servicios profesionales (en este caso los estudiantes), se asocia fuertemente a los

estresores provenientes de estos últimos, así como a los componentes del síndrome de Burnout. En cierto modo, este enfoque confirma, en el caso del Burnout, la hipótesis subyacente al modelo de estrés del desbalance esfuerzo-recompensa, propuesto por J. Siegrist como aplicable no solo al estrés de las relaciones sociales, sino en general a la relación del hombre con el trabajo.⁽²⁹⁾

Algunos de los estudios sobre Burnout que han tenido en cuenta la condición de la profesión, la han relacionado también con el género de los profesionales y se han advertido como ya se apreció patrones propios de sus combinaciones; sin embargo, no se ha enfocado suficientemente el nivel de atención en que prestan sus servicios. El objetivo de esta investigación fue determinar las diferencias en las manifestaciones del Síndrome de Burnout condicionadas por el género, la profesión (médico y enfermero), y el nivel de atención (primario y secundario). Su hipótesis consiste en que ellas determinan diferencias entre niveles de riesgo de esos efectos negativos del trabajo profesional. Se establece también la hipótesis de que las fuentes de estrés asociadas al reconocimiento del trabajo tienen asociaciones fuertes con las manifestaciones que se tiene con Burnout. Adicionalmente, se exponen de forma descriptiva las prevalencias de estrés y Burnout en los grupos estudiados.⁽³⁰⁾

Los datos obtenidos en estudio realizado en anestesiólogos de hospital de IMSS de Mexicali en relación a la sobre carga de trabajo, coinciden con los documentados en la bibliografía, donde refieren ser el factor organizacional viciado que más afecta a la población que presenta el síndrome, en relación con los conflictos de los valores, que resultó ser significativa, coincide por lo reportado por Maslach; este fenómeno ocurre cuando no hay correlación entre la demanda de trabajo y los principios morales, que en los estudios parece tener un factor protector, es decir la actitud que asume la persona para protegerse contra el agotamiento y la decepción.⁽³¹⁾

En 1999 el Dr. Gawalde describió un error médico suyo y enfatizó que esto puede sucederle aun a los médicos más preparados. Luego el institute of medicine (IOM)

de los Estados Unidos publico "Errar es Humano", donde tras extrapolar datos de 2 estudios importantes reporto que alrededor de 98000 pacientes hospitalizados muren al año en ese país a consecuencia de errores médicos prevenibles constituyendo la octava causa de muerte global por encima del cáncer de mama, accidentes automovilísticos o el SIDA.⁽³²⁾ Esto causó gran revuelo en los ciudadanos norteamericanos, ya que el 51% se enteró de ello.⁽³³⁾ En el ámbito médico hubo quienes tacharon esos números de exagerados,⁽³⁴⁾ otros los defendieron,⁽³⁵⁾ y algunos los consideraron subestimados.⁽³⁶⁾ Todo esto desencadenó en el mundo una tendencia para el estudios del error humano en el área médica y para el mejoramiento en la seguridad del paciente.

Uno de cada 10 errores en medicina es responsabilidad directa del médico.⁽³⁷⁾

Error médico según el IOM se define como la falla de una acción planeada para ser completada como fue concebida, o el uso de un plan erróneo para lograr un fin.⁽³⁷⁾

La negligencia médica es un acto mal realizado por parte de un proveedor de asistencia sanitaria que se desvía de los estándares aceptados en la comunidad médica y que causa alguna lesión al paciente. Por otra parte la palabra iatrogenia: se refiere a toda alteración del estado del paciente producida por el médico.

Se denomina error médico a todo acto médico de tipo profiláctico, diagnóstico o terapéutico, que no se corresponda con el real problema de salud del paciente; se excluye la imprudencia, infracciones y la mala práctica.

Un evento adverso para el Centro Nacional de Seguridad del Paciente de EUA es: aquel incidente desfavorable, percance terapéutico, lesión iatrogénica u otro suceso infortunado que ocurre en asociación directa con la prestación de la atención".

Diferentes estudios sobre eventos adversos y errores de medicación en los que se analizan las causas, ponen de manifiesto la multicausalidad de los mismos.

La prescripción 17.1%, la administración de medicamentos equivocada 16% y la omisión 15.7%. Estas son las principales conclusiones del estudio Multicéntrico por Observación de Prevención de errores de medicación (emopem), que desde mayo de 2007 ha realizado 18.150 observaciones en 22 hospitales españoles y de todos los niveles.

Como consecuencia de su gravedad, un «evento centinela» debe hacer que se movilice toda una institución para limitar el daño, minimizar las consecuencias, resolver los problemas del paciente, darle una explicación o una satisfacción y, si procede, una disculpa, en conciencia de que estamos ante un posible daño grave para el paciente y una probable queja o demanda.

CUASIFALLA Técnicamente es un acontecimiento que estuvo a punto de generar un daño.

La formación de estudiantes y graduados ha sido de creciente interés en los últimos tiempos. La publicación de Lester y cols fue una de las primeras en rescatar la necesidad de hacer modificaciones curriculares para reducir el error y mejorar la seguridad del paciente. ⁽³⁸⁾

Si aceptamos que la educación médica es un proceso de socialización (como señalara Knight en 1981) el mismo debería involucrar no solo la adquisición de conocimientos y destrezas sino también la reflexión sobre actitudes, creencias que los estudiantes o profesionales en formación tienen acerca de distintos aspectos relacionados con la praxis profesional. En este sentido ya sea por los cambios en el conocimiento o por los cambios en la praxis la educación médica es un permanente desafío.

La seguridad del paciente es uno de los nuevos desafíos que enfrenta la educación médica tanto en el pregrado como en el postgrado.

En cuanto al postgrado aquí hay diferencias entre los programas formales como la residencia y la educación de postgrado como proceso de educación continua. A nuestro criterio el gran desafío es la residencia como proceso de profesionalización. Es la residencia un programa de educación que fomenta el desarrollo de las competencias necesarias para poder ofrecer un servicio que garantice la seguridad del paciente? Seguramente debería serlo. Para ello sería importante que reflexionemos sobre los programas de residencia utilizando algunas evidencias disponibles:

1. Los residentes que tienen más horas de “trabajo”⁽³⁹⁾:
 - Mayor nivel de conflicto con otros en el lugar de trabajo
 - Mayor percepción de humillación
 - Mayor incidencia de accidentes personales
 - Mayor incidencia de errores
2. Muy frecuentemente la falta de atención a aspectos relacionados con los aspectos humanísticos y de profesionalismo generan ambientes de aprendizaje en la antitesis del buen acto médico.
3. La forma en que los residentes son tratados y los valores que sus docentes y la institución exhiben, influyen poderosamente en la forma en que tratan a los pacientes, sus pares y así mismo.⁽⁴⁰⁾
4. Las jornadas de largas horas de trabajo, la tradición jerárquica por la cual el residente más novato es abiertamente humillado o tratado irrespetuosamente y el devaluado feed back sobre aspectos relacionados con el cuidado y respeto de las personas tienen efectos deshumanizantes.⁽⁴¹⁾

Si tenemos en cuenta que la seguridad del paciente no es solo un tópico relacionado con la calidad de la atención, sino también con una concepción profundamente humanística de la práctica profesional, lo señalado en los párrafos anteriores nos tendría que invitar a pensar en nuestros programas de educación de profesionales de la salud.

Surge así la necesidad de encontrar un espacio de reflexión sobre el tema que incluya no solo a los encargados de los programas sino también a los estudiantes a los residentes y obviamente a los pacientes.

En México, los reportes en la literatura con respecto al Síndrome de Burnout, existe un aumento en la prevalencia de este síndrome sobre todo aquellos residentes que trabajan con poblaciones pediátricas; y en quienes se encuentran en particular situación de este por las condiciones propias de los pacientes que atienden. ⁽⁴²⁾ Álvarez – Hernández y colaboradores publicaron en el año 2008 un estudio acerca de la prevalencia de Síndrome de Burnout en residentes en un hospital pediátrico en el estado de Sonora; se incluyeron a todos los residentes del hospital: residentes de pediatría y de todas las especialidades. Reportaron la presencia del síndrome en niveles altos en el 27.5% y en niveles medios en el 44.8%. Los residentes que cursaban alguna especialidad mostraron la prevalencia más alta hasta 57% y finalmente los residentes de pediatría de segundo año 47%. Los niveles de cansancio emocional fueron los reportados como más altos. ⁽⁴³⁾ Sin embargo es difícil encontrar en la literatura la presencia de este fenómeno específicamente en los médicos residentes de subespecialidad.

Error médico es el daño provocado en el paciente por la acción o inacción del médico, en el ejercicio de la profesión, y sin la intención de cometerlo. Hay tres posibilidades de suscitar el daño y alcanzar el error: imprudencia, impericia y negligencia. Ésta, la negligencia, consiste en no hacer lo que debería ser hecho; la imprudencia consiste en hacer lo que no debería ser hecho y la impericia en hacer mal lo que debería hacerse bien. ⁽⁴⁴⁾

El error médico es cualquier falla ocurrida durante la atención de salud que haya causado algún tipo de daño al paciente, y cuyo origen puede relacionarse con la organización e implementación del servicio, a través de múltiples y complejos mecanismos. Ninguna especialidad médica está exenta de él. Establecer la responsabilidad médica en casos de error diagnóstico es difícil, pues en muchas ocasiones resultan inevitables. No obstante, una vez analizadas sus causas, ya

sean estos cognitivas, del sistema de salud o errores sin culpa, es posible instaurar estrategias que tiendan a su reducción. El punto medular en el enfoque del error médico y diagnóstico es que una vez cometido y más aún si se comprueba algún tipo de responsabilidad médica, este debe ser encarado con seriedad y transparencia.

MATERIAL Y METODOS.

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, prospectivo y transversal en el Hospital General “Dr. G.G.G.” del Centro Médico Nacional “La Raza” del Instituto Mexicano del Seguro Social en el área de hospitalización, consulta externa y área de quirófano que tuvo como universo de trabajo a todos los residentes subespecialistas que cumplieron con los criterios de selección: Criterios de inclusión: residentes vigentes de la subespecialidad de Oncopediatría, Hematopediatría, Reumapediatría, Neumopediatría, Gastropediatría, Endocrinopediatría, Neuropediatría, Nefropediatría, Terapia Intensiva Pediátrica, Neonatología, Anestesiología Pediátrica, Cirugía Cardiorácica, Oftalmología y Cirugía Pediátrica. No se incluyeron a los residentes que no estuvieran vigentes durante el periodo de estudio, así como aquellos médicos que se negaran a participar o médicos residentes subespecialistas con diagnóstico especializado de trastornos de la afectividad. Y se eliminaron las encuestas incompletas y aquellos residentes que se encontraban de vacaciones o de incapacidad durante el periodo de este estudio.

A cada uno de los residentes subespecialistas se le entregó un total de 3 cuestionarios que incluyeron: un cuestionario sociodemográfico, el inventario de Burnout de Maslach Inventory y el cuestionario de Self-Reported Errors and Quality of Care by Risk of Burnout and/or Depression (de error médico) los cuales están validados para medir el cansancio emocional, la despersonalización y la realización personal característicos del síndrome de Burnout.

Cuestionario de características demográficas, cuestionario de Maslach y Burnout, cuestionario de Self-Reported Errors and Quality of Care by Risk of Burnout and/or Depression.

El cuestionario constara de tres secciones:

- Primera sección, diseñada para capturar las características demográficas, sociales y de trabajo sobre los residentes: edad, sexo, estado civil y paternidad, año de la

formación, horas de trabajo por semana, frecuencia de llamadas de noche, el tabaquismo, el consumo de alcohol por semana.

- En la segunda sección se utilizará la escala de Maslach. Se trata de un cuestionario auto administrado constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes.

Mide los tres aspectos del síndrome: cansancio emocional, despersonalización y realización personal.

Existen 3 subescalas bien definidas:

1. De cansancio emocional. Comprende 9 preguntas: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20. Mide el agotamiento emocional por exigencias en el trabajo. Puntuación máxima 54.

2. De despersonalización. Formada por 5 ítems: 5, 10, 11, 15, 22. Mide el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Puntuación máxima 30.

3. De realización personal. Se compone de 8 preguntas: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21. Evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo. Puntuación máxima 48.

Se consideran bajas puntuaciones entre 1 y 33. Las puntuaciones altas en las 2 primeras subescalas y baja en la tercera indican presencia del síndrome.

- La tercera sección incluye 7 preguntas que evalúan la frecuencia de los errores de médicos, se utilizara la escala Likert (a menudo, varias veces, un par de veces, una vez, nunca). Ejemplo de preguntas que se incluyeron son:

"Yo cometo errores que tienen consecuencias negativas para mi pacientes", "me quedo corto en la calidad de la atención a los pacientes" y "he administrado dosis incorrecta de los medicamentos en el último año, "Yo no controlo al paciente en el sala de operaciones como debo hacerlo".

Se eliminarán aquellos con alguna anomalía en la elaboración de la encuesta. El día que se imparte clases se realizara una encuesta a los residentes, constará de tres cuestionarios (Sociodemográfico, Inventario de Burnout de Malasch, y Calidad

de Vida personal) serán contestados de forma anónima y voluntaria por dichos residentes.

El síndrome de Burnout a su vez, consta de tres subvariables que concuerdan con el modelo de Maslach y Jackson, y que contienen tres proposiciones cada una: cansancio emocional (CE); despersonalización (DP); y, realización profesional (RP).

Para asegurar la validez del instrumento que se aplicó se obtuvieron todos los ítems de la literatura existentes sobre el tema y fue dada a través del cuestionario específico para estudiar el nivel de Burnout y error médico en profesionales de la salud elaborado por Pedro R Gil-Monte, PhD Gil-Monte PR, obteniendo un total de 38 ítems específicos para nuestro estudio.

La confidencialidad fue el principio ético que rigió todo el proceso de investigación. La estadística se realizó mediante análisis univariado de acuerdo a la distribución bajo la curva de normalidad, los datos se expresaron de acuerdo al tipo de variable, se analizaron tablas de contingencia, si son cuantitativas se expresaron en promedios y desviaciones estándar y en las cualitativas en porcentajes y el análisis de las variables categóricas se realizó con análisis con T de Student para las cuantitativas y con χ^2 cuadrada para las cualitativas.

El valor de $p \leq 0.05$ fue considerado estadísticamente significativo. La información se procesó con el software SPSS, versión 20.0, IBM, Illinois, USA, 2010.

RESULTADOS.

Se contó con 74 residentes subespecialistas para el estudio, se excluyeron 7 residentes por no contar con los criterios de inclusión, en el periodo comprendido del 01 de abril de 2014 al 10 de mayo de 2014.

En el total de la muestra la edad fue de 29.08 ± 2.1 años, el estado civil fue de casado 14 (18.9%) y solteros 60 (81.1%), las horas de trabajo fueron de 84.68 ± 28.48 , el consumo de alcohol fue de una vez a la semana o más 44.6% y nunca 55.4%, en cuanto a la satisfacción laboral fue de 8 residentes (10.8%) que no estaban satisfechos y 66 (89.2%) que sí. En la comparación de los grupos no se encontraron diferencias estadísticas de las variables demográficas, todas dentro de la curva de normalidad. Distribuidos de acuerdo a su grado de residencia de la siguiente manera: 6 (8.1%) fueron de primer año, 9 (12.2%) de segundo, 9 (12.2%) de tercero, 5 (6.8%) de cuarto, 26 (35.1%) de quinto y 19 (25.7%) de sexto grado. Respecto al sexo, 30 (40.5%) fueron varones y 44 (59.5%) mujeres ($P < 0.001$).

Por servicio para Anestesiología Pediátrica fueron 4 residentes (5.4%), para Cardiología Pediátrica 3 residentes (4.1%), para Cirugía Cardiorácica (9.5%), para el servicio de Cirugía Pediátrica 9 residentes (12.2%), de Endocrinología Pediátrica 1 residente (1.4%) para Gastroenterología Pediátrica 5 residentes (6.8%), Hematología Pediátrica 5 (6.8%), Neonatología 3 (4.1%), Neumología Pediátrica 4 (5.4%), Neurología pediátrica 4 (5.4%), Oftalmología 16 (21.6%), Oncología Pediátrica 5 (6.8%), Reumatología Pediátrica 4 (5.4%) y UCIN 4 (5.4%).

La distribución por grupo de estudio queda especificada en la Tabla del 1 al 7 y los gráficos 1 a 3.

Tabla 1. Estadísticos descriptivos de las variables edad.

	Residentes	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
--	------------	--------	--------	-------	---------------------

Edad	74	25	34	29.08	2.150
------	----	----	----	-------	-------

- Valores expresados en medias y desviación estándar para variables cuantitativas y en frecuencias y porcentajes para los cualitativos.

Tabla 2. Estadísticos descriptivos de las variables género.

	Residentes	Porcentaje
Femenino	44	59.5 %
Masculino	30	40.5 %
Total	74	100 %

- Valores expresados en medias y desviación estándar para variables cuantitativas y en frecuencias y porcentajes para los cualitativos.

Tabla 3. Estadísticos descriptivos de las variables Estado Civil.

	Residentes	Porcentaje
Casado	14	18.9 %
Soltero	60	81.1 %
Total	74	100 %

- Valores expresados en medias y desviación estándar para variables cuantitativas y en frecuencias y porcentajes para los cualitativos.

Tabla 4. Estadísticos descriptivos de las variables núm. veces que ingiere alcohol por semana.

	Residentes	Porcentaje
Nunca	41	55.4 %
Una vez a la semana	23	31.1 %
2 veces a la semana	5	6.8 %
3 veces a la semana	4	5.4 %
4 veces a la semana	1	1.4%
Total	74	100 %

- Valores expresados en medias y desviación estándar para variables cuantitativas y en frecuencias y porcentajes para los cualitativos.

Tabla 5. Estadísticos descriptivos de las variables grado de especialidad.

Grado de especialidad	Residentes	Porcentaje
1	6	8.1 %
2	9	12.2 %
3	9	12.2 %
4	5	6.8 %
5	26	35.1 %
6	19	25.7 %
Total	74	100 %

- Valores expresados en medias y desviación estándar para variables cuantitativas y en frecuencias y porcentajes para los cualitativos.

Tabla 6. Estadísticos descriptivos de las variables horas de trabajo a la semana.

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar

Horas de trabajo	50 horas.	168 horas.	84.68 horas	28.48
------------------	-----------	------------	-------------	-------

- Valores expresados en medias y desviación estándar para variables cuantitativas y en frecuencias y porcentajes para los cualitativos.

Tabla 7. Estadísticos descriptivos de las variables subespecialidades.

	Residentes	Porcentaje
Anestesiología Pediátrica	4	5.4 %
Cardiología Pediátrica	3	4.1 %
Cirugía Cardiorácica	7	9.5 %
Cirugía pediátrica	9	12.2 %
Endocrinología	1	1.4 %
Gastroenterología pediátrica	5	6.8 %
Hematología pediátrica	5	6.8 %
Neonatología	3	4.1 %
Neumología pediátrica	4	5.4 %
Neurología pediátrica	4	5.4 %
Oftalmología	16	21.6 %
Oncología pediátrica	5	6.8 %
Reumatología pediátrica	4	5.4 %
UCIN	4	5.4 %
Total	74	100 %

- Valores expresados en frecuencias y porcentajes.

Con respecto a la presencia de síndrome de Burnout en los médicos residentes de subespecialidad se encontró que 63 (85.1%) presentan síndrome de Burnout y 11(14.9%) no presentan (P=0.039)

Tabla 8. Burnout en la población.

BOURNOUT	SI	NO	TOTAL	VALOR DE P
	63 (85.1%)	11 (14.9%)	74 (100%)	0.039

Valores expresados en frecuencias y porcentajes.

Al examinar la prevalencia del SB de acuerdo al año de residencia médica, ésta fue significativamente diferente ($\chi^2 = 15.2$, $P < 0.005$) entre los distintos grupos de residentes. Además, al interior de los grupos se pudo observar que en los de

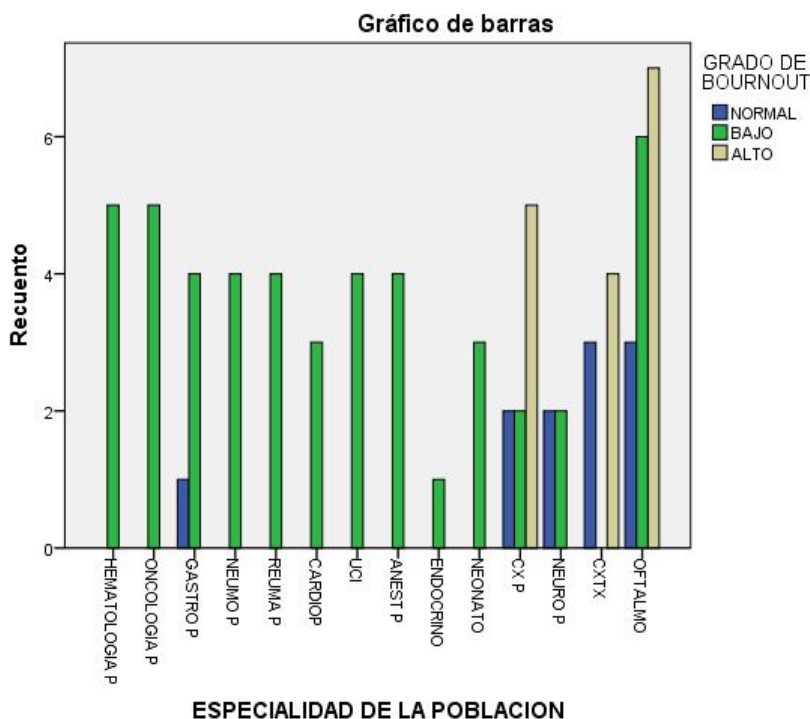
primer año (n 6) el grado de SB fue alto en 66.6% de ellos, en tanto que en los de segundo año (n =9) fue en 66.6%, en los de tercero (n =9) en 44.4% en cuarto año (n=5) fue en 40%, en quinto año (n=26) fue de 11.6% y en sexto año (n=19) fue de 10.2%. Estas diferencias fueron significativas ($P < 0.005$). En cuanto al grado medio, los residentes de especialidades fueron los de mayor prevalencia (46.8%), y finalmente en el grado bajo, los residentes de quinto y sexto año año tuvieron la prevalencia más elevada (69%) (Datos no mostrados).

Finalmente, al examinar las diferentes dimensiones del SB se observó que el desgaste emocional alto fue más frecuente (78.5%) entre los residentes de primer año y de cirugía cardioracica, aunque 69.2% de los médicos de tercer año y 64.2% de los de especialidades médicas también estuvieron en esta categoría. En cuanto a la despersonalización, ésta fue alta en 69.2% de los residentes de cuarto año y de cirugía pediátrica. Las diferencias entre los grupos de residentes para cada uno de los citados componentes, fueron estadísticamente significativas ($\chi^2 = 53.1$; $P = 0.001$).

Con lo que respecta a la tabla de respuesta del error médico asociado a síndrome de Burnout se encontró que 37 (86%) residentes por lo menos una vez no han tenido tiempo para atención de sus pacientes en por lo menos una vez, 36 (86.7%) residentes en por lo menos una vez se han quedado corto en la calidad de atención a los pacientes con un Burnout de bajo grado, y con un gado de Burnout alto 9 (50%) residentes en por lo menos un par de veces han administrado dosis incorrecta de los medicamentos en el último año.

Tabla 9. Distribución de la respuesta del error médico asociado a Síndrome de Burnout.

		Distribución de las respuestas de error médico asociadas al grado de síndrome Burnout				
Pregunta	Grupo Burnout	A menudo	Varias veces	Un par de veces	Una vez	Nunca
Cometo errores sin consecuencias negativas para los pacientes	Alto	0	2 (100%)	7 (70%)	7 (41.2%)	0 (0%)
	Bajo	0	0 (0%)	1 (10%)	6 (35.3%)	40(88.9%)
	Normal	0	0 (0%)	2 (20%)	4 (23.5%)	5 (11.1%)
Yo cometo errores que tienen consecuencias negativas para mis pacientes	Alto	0	2 (66.7%)	7 (100%)	7 (36.8%)	0 (0%)
	Bajo	0	0 (0%)	0 (0%)	7 (36.8%)	40(88.9%)
	Normal	0	1 (33.3%)	0 (0%)	5 (26.3%)	5 (11.1%)
Me quedo corto en la calidad de la atención a los pacientes	Alto	0	3 (100%)	9 (60%)	4(8.9%)	0(0%)
	Bajo	0	0 (0%)	3 (20%)	39(86.7%)	5 (45.5%)
	Normal	0	0(0%)	3(20%)	2 (4.4%)	6(54.5%)
He administrado dosis incorrecta de los medicamentos en el último año	Alto	0	0(0%)	5(100%)	4(50%)	7 (11.7%)
	Bajo	0	0(0%)	0(0%)	3(37.5%)	44(73.3%)
	Normal	0	1(100%)	0(0%)	1(12.5%)	9(15%)
Yo no controlo al paciente en la sala de operaciones como debo hacerlo	Alto	0(0%)	0(0%)	2(100%)	3(60%)	11(16.7%)
	Bajo	1(100%)	0(0%)	0(0%)	1(20%)	45(68.2%)
	Normal	0(0%)	0(0%)	0(0%)	1(20%)	10(15.2%)
Realizo procedimientos sin una formación adecuada	Alto	0	2(66.7%)	10(83.3%)	4(26.7%)	0(0%)
	Bajo	0	1(33.3%)	0(0%)	7(46.7%)	39(88.6%)
	Normal	0	0(0%)	2(16.7%)	4(26.7%)	5(11.4%)
No tengo suficiente tiempo o atención para mis pacientes	Alto	0 (0%)	7 (87%)	8 (44%)	1 (2.3%)	0 (0%)
	Bajo	1(100%)	0 (0%)	7 (38.9%)	37 (86%)	2 (50%)
	Normal	0 (0%)	1 (12.5%)	3 (16.7%)	5(11.6%)	2 (50%)



Con respecto a la asociación de síndrome de Burnout con error médico por subespecialidad se encontró que oftalmología es la especialidad que cuenta con el mayor número de residentes con esta asociación 12 residentes, cirugía pediátrica 7 residentes y cirugía cardiotorácica 4, que en total son 23 (31.08%) residentes, le siguen neurología y neumología con 1 residente por cada especialidad. (P=0.037)

Tabla 9. Asociación del Síndrome de burnout con error médico por subespecialidad.

ERROR MEDICO EN LA POBLACION		Tabla de contingencia BOURNOUT EN LA POBLACION * ESPECIALIDAD DE LA POBLACION * ERROR MEDICO EN LA POBLACION														Total	
		ESPECIALIDAD DE LA POBLACION															
		HEMATOLOGIA PEDIATRICA	ONCOLOGIA PEDIATRICA	GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA	NEUMOLOGIA PEDIATRICA	REUMATOLOGIA PEDIATRICA	CARDIOLOGIA PEDIATRICA	UCI	ANESTESIOLOGIA PEDIATRICA	ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA	NEONATOLOGIA	CXP	NEUROLOGIA PEDIATRICA	CXTX	OFTALMOLOGIA		
SI	BOURNOUT EN LA POBLACION	Residentes				1							7	1	4	12	25
		% dentro de BOURNOUT				4%							28%	4%	16%	48%	100%
	Residentes				0								2	2	1	1	6
	% dentro de BOURNOUT				0%							33%	33%	17%	17%	100%	
	Total	Residentes				1							9	3	5	13	31
	% dentro de BOURNOUT				3%							29%	10%	16%	42%	100%	
NO	BOURNOUT EN LA POBLACION	Residentes	5	5	4	3	4	3	4	4	1	3		1	0	1	38
		% dentro de BOURNOUT	13%	13%	11%	8%	11%	8%	11%	11%	3%	8%		3%	0%	3%	100%
	Residentes	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0		0	2	2	5
	% dentro de BOURNOUT	0%	0%	20%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%		0%	40%	40%	100%
	Total	Residentes	5	5	5	3	4	3	4	4	1	3		1	2	3	43
	% dentro de BOURNOUT	12%	12%	12%	7%	9%	7%	9%	9%	2%	7%		2%	5%	7%	100%	
Total	BOURNOUT EN LA POBLACION	Residentes	5	5	4	4	4	3	4	4	1	3	7	2	4	13	63
		% dentro de BOURNOUT	8%	8%	6%	6%	6%	5%	6%	6%	2%	5%	11%	3%	6%	21%	100%
	Residentes	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	3	3	11
	% dentro de BOURNOUT	0%	0%	9%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	18%	18%	27%	27%	100%
	Total	Residentes	5	5	5	4	4	3	4	4	1	3	9	4	7	16	74
	% dentro de BOURNOUT	7%	7%	7%	5%	5%	4%	5%	5%	1%	4%	12%	5%	10%	22%	100%	

En el análisis estadístico de la variable de estudio de calidad de vida, relacionado con la Subespecialidad médica, se analizaron por medio de tabla de frecuencias y por medio del estadístico Chi 2 de Pearson, obteniendo un valor de $p=0.037$, en el cuestionario aplicado para la medición de la calidad, por análisis descriptivo, las respuestas de los subespecialistas en escala de Maslach, “nunca”, y en relación a la subespecialidad y la satisfacción con un valor de $p=0.001$.

DISCUSIÓN.

El presente estudio permitió examinar la prevalencia del síndrome de Burnout en médicos residentes subespecialistas de distinto grado de formación profesional y de distintas áreas clínicas en un hospital del CMN la RAZA México. Los hallazgos iniciales sugieren que el síndrome es altamente prevalente entre la población estudiada y puede constituir un problema de salud individual y colectiva, que amerita atención por los responsables de la formación profesional de los médicos. Aun cuando la prevalencia del síndrome varía ampliamente de un país a otro, de un hospital a otro y de una especialidad a otra, el hecho de que la totalidad de la población que examinamos mostrara algún grado de afectación confirma que el cuestionario MBI es un instrumento sensible para detectar la ocurrencia del síndrome, aunque probablemente posea una especificidad limitada para identificar trabajadores en riesgo de fatiga profesional,^(11,12) debido básicamente a que no discrimina el peso relativo de cada ítem y su conjunto no permite evaluar diferencias en los componentes que examina; tampoco tiene puntos de corte clínicamente validados, por lo que no logra distinguir entre “síndrome de Burnout debido a stress” e “incapacidad mental debida a Burnout”.^(13,14) No obstante estas limitaciones, el MBI permite la detección oportuna del síndrome y posibilita que nuevos instrumentos de evaluación médica y psicológica corroboren o descarten su presencia.

También es posible que el efecto del estrés laboral, por ejemplo, el rol de conflictos laborales, la ambigüedad de funciones y la sobrecarga de trabajo, ejerzan un efecto distinto en las dimensiones del Burnout,⁽¹⁵⁾ un asunto que conviene analizar en estudios semejantes que se realicen en otros hospitales pediátricos del país. Aunque no pretendimos examinar tal efecto, los hallazgos permiten hipotetizar que la sobrecarga laboral, en este estudio medida por el número de horas que labora un médico residente subespecialista, puede desempeñar un papel en el desarrollo del síndrome entre la población médica becaria de hospitales pediátricos públicos en México^(16,17).

En este estudio, particular atención merecen los individuos que fueron categorizados con un grado alto de Burnout, de los cuales la mayor prevalencia se

encontró en los residentes de primero a cuarto año. Diversos reportes han mostrado que cuanto más se aproximan los residentes al final de su formación médica, se incrementa la probabilidad de presentar el síndrome, ⁽¹⁸⁾ sin embargo dentro de los médicos residentes de subespecialidad al llegar al final de su formación médica el síndrome de Burnout disminuye a un grado bajo como se muestra en nuestro estudio. Una explicación a este hecho es que los residentes de primero a cuarto año en el Hospital General del CMN la Raza pueden tener un efecto acumulado del estrés propio de sus actividades diarias, por las condiciones estructurales del escenario en donde se desempeñan y por la falta de una red de soporte social que mejore o alivie factores desencadenantes del síndrome.

La prevalencia más elevada del SB se observó en los médicos residentes de los grupos que incluyeron a servicios médicos de mayor complejidad y que atienden a pacientes en estado crítico, lo que puede condicionar mayor estrés laboral. Este hallazgo plantea la conveniencia de implementar estrategias que contrarresten las posibles fuentes de estrés crónico que se encuentran en unidades de cuidados intensivos y otros servicios con similar actividad.

Por otra parte, hemos observado que la severidad y frecuencia del síndrome se ve atenuada por el hecho de vivir con una pareja, lo que es consistente con otros reportes. ⁽¹⁵⁾ En nuestra población se encontró que los solteros presentaron el SB con mayor frecuencia, aunque este hallazgo no fue significativo.

Esto pudiera ser parcialmente explicado porque la mayoría de los sujetos de estudio proviene de diferentes estados del país y pocos cuentan con familia en el escenario del estudio, lo que limita sus redes de soporte social y la posibilidad de contar con factores protectores para el desarrollo del síndrome. ⁽¹⁹⁾

Adicionalmente, se sabe que una persona que trabaja más de 40 horas a la semana tiene mayor riesgo de presentar Burnout. ⁽²¹⁾ En este estudio, apreciamos que los residentes trabajan en promedio 84.68 horas \pm 24.48 hrs a la semana, con aproximadamente 10 guardias al mes. Esta carga laboral es excesiva, si se considera que un mexicano promedio dedica 51 horas a la semana a su trabajo. No obstante que tal carga está normada para médicos en formación en los hospitales del país, ya que se establece en el Plan Único de Especialidades

Médicas y en la Norma Oficial Mexicana NOM-090-SSA1, “Para la organización y funcionamiento de residencias médicas”.⁽⁴⁵⁾

El error médico asociado a síndrome de Burnout se encontró que 37 (86%) residentes por lo menos una vez no han tenido tiempo para atención de sus pacientes en por lo menos una vez, 36 (86.7%) residentes en por lo menos una vez se han quedado corto en la calidad de atención a los pacientes con un Burnout de bajo grado, y con un grado de Burnout alto 9 (50%) residentes en por lo menos un par de veces han administrado dosis incorrecta de los medicamentos en el último año.

En el análisis estadístico de la variable de estudio de error médico, relacionado con la Subespecialidad médica, se analizaron por medio de tabla de frecuencias y por medio del estadístico Chi 2 de Pearson, obteniendo un valor de $p=0.037$, en el cuestionario aplicado para la medición de la calidad, por análisis descriptivo, las respuestas de los subespecialistas en escala de Maslach, “nunca”, y en relación a la subespecialidad y la satisfacción con un valor de $p=0.001$.

Dentro de la literatura mundial se encuentra muy poco material para comparar el error médico de los residentes subespecialistas por lo que solo se refiere en este estudio para ser tomado como referencia en próximos estudios.

Algunas limitaciones técnicas del presente estudio deben considerarse cuidadosamente al hacer las interpretaciones de los hallazgos. En primer lugar, no se examinó el papel de factores confusores como la estructura hospitalaria, los conflictos familiares,⁽⁴⁶⁾ y el efecto del espaciamiento y duración de los periodos vacacionales,⁽⁴⁷⁾ factores que han mostrado estar asociados con el síndrome. Para superar tal limitación, se requieren estudios prospectivos en los que se relacionen tipos de personalidad, eventos hospitalarios adversos, desempeño académico, supervisión de médicos adscritos, efectos del síndrome sobre familiares y compañeros, entre otras variables. Otra de las limitantes que podría

tener esta investigación corresponde a un potencial sesgo de información por el grado de honestidad en las respuestas de los residentes encuestados, pues está previsto que con los instrumentos utilizados pueda presentarse esta posibilidad, sobre todo considerando que el estudio fue llevado a cabo por personal de la institución. En futuros estudios es conveniente que los cuestionarios sean aplicados por personal ajeno a la institución.

Los hallazgos del presente estudio sugieren la conveniencia de diseñar medidas para la prevención del síndrome en este hospital. Algunas de esas pueden incluir el fomento al desarrollo individual, crear redes de soporte intrahospitalarias para fortalecer las relaciones interpersonales entre los residentes, así como con los médicos adscritos y directivos, y establecer un programa de estímulos a favor del bienestar del residente, que contribuya a incrementar la calidad de atención brindada a la población infantil. ⁽⁴⁾

CONCLUSIÓN.

El Síndrome de Burnout es de alto grado en los médicos residentes de subespecialidades y está asociado con el error médico.

BIBLIOGRAFIA.

1. **Felton JS.** Burnout as a clinical entity. Its importance in health care workers. *Occup Med (lond)*.1988; 237-50.
2. **Calabrese G.** Impacto del estrés laboral en el anesthesiólogo. *Rev Col Anest.* 2006; 34 (4): 233-240.
3. **Garduño-Juárez MÁ.** Prevalencia del síndrome de Burnout en residentes y médicos de base de anestesiología del Hospital General de México. *Rev Mex anest.* 2008; 31(1):259-262.
4. **Richardson V.** Y a nuestros residentes ¿quién los cuida? *Bol Med Hosp Infant Mex* 2006;63:155-157..
5. **Plata-Guarneros M, Flores-Cabrera L, Curriel-Hernández O.** Depresión y ansiedad en la residencia médica. *Rev Esp Med Quir.*2011; 16(3):157-162.
6. **Susana E. Salomón, Maria B. Alos, José A.** Estrés profesional: diferencia entre médicos en formación y médicos de planta. *Rev Arg Edu Med.* 2007; 1(1):31-32.
7. **Zaldúa G, Lodiue M.** El síndrome de Burnout: El desgaste profesional de los trabajadores de la salud y la 3. salud en crisis. Un análisis desde la perspectiva de las ciencias sociales. Editorial Dunken Bs. As.2000; 115-117.
8. **Carlotto MS, Gobbi MD.** Burnout Syndrome: an individual problem or a job-related problem? *Aletheia.*1999; 10:103-114.
9. **Tobie-Gutiérrez W, Nava-López J.** Burnout, su impacto en la residencia médica y en la atención de los pacientes. *Rev Anest Mex.*2012; 35(1):233-237.
10. **Ishak WW, Lederer S, Mandili C, et al.** Burnout during residency training: a literature review. *J Grad Med Educ.* 2009; 1(2):236-42.
11. **Schaufeli WB, Bakker A, Schaap C, Kladler A, Hoogduin CAL.** On the clinical validity of the maslach burnout inventory and the burnout measure. *Psych and Health* 2001;16:565-582.
12. **Delgado Maidana W, Vega Carduz E, Sanabria L, et. el.** Prevalence of Burnout syndrome in anesthesiologists of Paraguay during 2010. *Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud.* Junio.2011; 7(1):13-20.
13. **Calabrese G.** Impacto de los Calendarios Laborales del Anesthesiólogo en la Salud, el Rendimiento y la Seguridad. *Rev Arg Anest.* 2004; 62 (5):356-363.
14. **Thomas NK.** Resident burnout. Division of General Internal Medicine, University of Pennsylvania School of Medicine, Philadelphia.*JAMA.*2004; 292: 2880–9

15. **Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, Back AL.** Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Ann Intern Med.*2002; 136:358–67.
16. **Argentero P, Dell’Olivo B, Ferretti MS.** Staff burnout and patient satisfaction with the quality of dialysis care. *Am J Kidney Dis.*2008; 51: 80–92.
17. **Gotlib IH, Joormann J.** Cognition and depression: current status and future directions. *Annu Rev Clin Psychol.*2010; 6:285–312.
18. **Ohman L, Nordin S, Bergdahl J, Slunga Birgander L, Stigsdotter Neely A.** Cognitive function in outpatients with perceived chronic stress. *Scand J Work Environ Health* 2007; 33:223–32.
19. **Morgan CA, Russell B, McNeil J, Maxwell J, Snyder PJ, Southwick SM, Pietrzak RH.** Baseline Burnout Symptoms Predict Visuospatial Executive Function During Survival School Training in Special Operations Military Personnel. *J Int Neuropsychol Soc.*2011; 5:1–8.
20. **Chopra V, Bovill JG, Spierdijk J.** Accidents, near accidents and complications during anaesthesia. A retrospective analysis of a 10-year period in a teaching hospital. *Anaesthesia.*1990; 45:3–6.
21. **Savoldelli GL, Thieblemont J, Clergue F, Waeber JL, Forster A, Garnerin P.** Incidence and impact of distracting events during induction of general anaesthesia for urgent surgical cases. *Eur J Anaesthesiol* 2010; 27:683–9.
22. **Fahrenkopf AM, Sectish TC, Barger LK, Sharek PJ, Lewin D, Chiang VW, Edwards S, Wiedermann BL, Landrigan CP.** Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: prospective cohort study. *BMJ.*2008; 336:488–91.
23. **West CP, Tan AD, Habermann TM, Sloan JA, Shanafelt TD.** Association of resident fatigue and distress with perceived medical errors. *JAMA* 2009; 302:1294–300.
24. **Marulandan C et al.** Caracterización de las Cargas de Trabajo, Fatiga y Trastornos del Sueño como Factores Contribuyentes en el Desempeño Laboral en Profesionales de la Salud. *Rev Méd Leg.*2007; 4:12-19.
25. **Gaba DM et al.** Fatigue among clinicians and the safety of patients. *N Engl J Med* 2002; 347:1249- 1255.
26. **Maslach C, Jackson SE, Leiter M.** Maslach Burnout Inventory. Manual 3er ed. Palo Alto (ca) Consulting Psychology Press; 1996.
27. **Van Dierendonck D, Schaufeli WB, Buunk BP.** Burnout and inequity among human service professionals: a longitudinal study. *J Occup Health Psychol* Jan 2001; 6(1):43-52.

28. **Taris TW, Peeters MCW, Le Blanc PM, Schreurs PJG, Schaufeli, WB.** From inequity to burnout: the role of job stress. *J Occup Health Psychol* oct 2001; 6(4):03-23.
29. **Siegrist J.** Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *J Occup Health Psychol*.1996; 1(1):27-41.
30. **Román Hernández J.** Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención. *Rev Cub Salud Pub* v.29n.
31. **Palmer Y, Gómez-Vera A, Cabrera-Pivaral C, Prince-Vélez R.** Factores de riesgo organizacionales asociados al síndrome de Burnout en médicos Anestesiólogos; *medigra anest* 2005; 1(1):27-41
32. **Vázquez-Frías J.A, Villalba-Ortiz P, Villalba-Caloca J.** El error en la práctica médica. ¿Qué sabemos al respecto? *medigra antes*. 2011;56(1)49–57
33. **Swift EK, Koepke CP, Ferrer JA.** Preventing medical errors: Communicating a role for medicare beneficiaries. *Health Care Financ Rev* 2001; 23: 77-83.
34. **McDonald CJ, Weiner M, Siu SL.** Deaths due to medical errors are exaggerated in Institute of Medicine report. *JAMA* 2000; 284: 93-94.
35. **Leape LL.** Institute of Medicine medical error figures are not exaggerated. *JAMA* 2000; 284: 95-97.
36. **Zhan C, Miller M.** Excess length of stay, charges and mortality attributable to medical injuries during hospitalization. *JAMA* 2003; 290: 1868-1874.
37. **Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS.** To err is human: Building a safer health system. Committee on Quality of Health Care in America. Washington, DC: National Academy Press; 1999.
38. **Lester H, Tritter JQ.** Medical error: a discussion of the medical construction of error and suggestions for reforms of medical education to decrease error *Medical Education* 2001;35: 855-861
39. **DeWitt CB, et als.** A National Survey of Residents' Self-Reported Work Hours: Thinking Beyond Specialty. *Acad Med*. 2003;78:1154 –1163
40. **Linzer M, Beckman H.** Honor Our Role Models. *J Gen Intern Med*. 1997 January; 12(1): 76–77.
41. **Markakis, K; Beckman, HB. Suchman, AI; Frankel, RM.** The Path of Professionalism: Cultivating Humanistic Values and Attitudes in Residency Training. *Medical Teacher* 2000 75(2):141–149

- 42. López E.C.** Síndrome de Burnout. Revista mexicana de anestesiología 2004; 27(1):131-133.
- 43. Álvarez – Hernández G, Medecigo-Vite S, Ibarra-García C.** Prevalencia del síndrome de Burnout en médicos residentes en un hospital pediátrico en Sonora, México. Bol Med Hosp Infant Mex 2012;67:40-46
- 44. Academia Nacional de Medicina, Buenos Aires,** La seguridad del paciente, error médico y educación médica”. Marzo 2009
WWW:<http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar>
- 45. Secretaría de Salud.** NOM-090-SSA1-1994 Norma Oficial Mexicana para la Organización y Funcionamiento de las Residencias Médicas. México, 1994. Disponible en línea en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/090ssa14.html>. Consultado el 13 de julio de 2009.
- 46. Clever LH.** Who is sicker: patients or residents? Residents' distress and the care of patients. Ann Int Med 2002;136:391-393.
- 47. Westman M, Etzion D.** The impact of vacation and job stress on burnout and absenteeism. Psychol Health 2001;16:595-606.