



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA, PSICOLOGÍA Y NEUROPSICOLOGÍA
CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE" ISSSTE

**SÍNDROME DE DESGASTE OCUPACIONAL (BURNOUT) EN
ESPECIALIDADES Y SUBESPECIALIDADES DE LOS MÉDICOS
RESIDENTES EN EL CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE",
ISSSTE**

No. DE REGISTRO: 25-2014

TESIS DE POSGRADO

PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA

PRESENTA:

DR. JOSÉ MANUEL SÁNCHEZ ESCÁRZAGA

**DRA. LUCÍA AMELIA LEDESMA TORRES
DRA. MARTA GEORGINA OCHOA MADRIGAL
ASESORAS DE TESIS**

MÉXICO, D.F. JULIO, 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.

DRA. AURA ERAZO VALLE SOLÍS
SUBDIRECTORA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN

DR. FRANCISCO JAVIER VALENCIA GRANADOS
PROFESOR TITULAR

DRA. LUCÍA AMELIA LEDESMA TORRES
ASESORA DE TESIS

DRA. MARTA GEORGINA OCHOA MADRIGAL
ASESORA DE TESIS

DR. JOSÉ MANUEL SÁNCHEZ ESCÁRZAGA
MÉDICO RESIDENTE DE PSIQUIATRÍA

DEDICATORIAS

Al **C.P. José Manuel Sánchez Martínez**, mi padre, quien ha sido el apoyo más grande de mi vida, mi ejemplo a seguir y a quien le atribuyo todo lo que soy.

A **María Trinidad Martínez Andrade**, mi abuela, quien con su energía y dedicación, a pesar de haber partido prematuramente, me formó y fomentó los principios por los cuales he alcanzado mis metas.

A la **Dra. Jacqueline Barriguete Hernández**, mi mejor amiga, quien me ayudó a encaminarme en esta profesión, y quien me ha dado toda su confianza y amistad incondicionales desde el inicio de mi formación en la especialidad.

A la **Dra. Daniela Uribe Pérez**, mi gran amiga, con quien he compartido muchos de los más grandes momentos de mi vida, y quien me ha brindado su apoyo y amistad desde mi formación de pregrado.

A **Luis Alfonso Sánchez**, mi compañero, amigo, confidente, y más grande soporte en los periodos más difíciles, y a la familia Sánchez Montes, por su cariño incondicional.

A la **Dra. Lucía Ledesma Torres**, quien me acompañó, supervisó y apoyó para la realización y terminación de esta Tesis.

A mis maestros, la **Dra. Marta Georgina Ochoa Madrigal** y el **Dr. Francisco Javier Valencia Granados**, por haberme brindado todas las herramientas que hicieron posible mi formación como especialista.

A la **Dra. Marcela Blum Ortiz**, quien me impulsó a continuar y permanecer con éxito en esta profesión y logró los cambios más importantes en mi vida

AGRADECIMIENTOS

A todos mis compañeros y médicos adscritos de quienes me llevo las más grandes enseñanzas de esta especialidad:

Dr. Diego Juárez

Dra. Martha Loya

Dr. Gilberto Sánchez León

Dr. Albano De Mendonca

Dra. Elia Espinoza

Dr. Odón A. Pavón

Dr. Carlos Téllez

Dr. Marco A. Solís

Dr. Octavio García

Dr. Ricardo Ortega Pineda

Dr. Hugo Martínez Lemus

Dr. Servando Juárez Ortiz

Dr. Jaime Ruiz Ornelas

Dr. Wilfrido Aguirre Rivera

Dr. Óscar Meneses Luna

Mtra. Lilia Joya Laureano

Dr. José Luis Aceves Chimal

Por haberme acompañado e integrarme como parte del equipo de Psiquiatría del H. CMN 20 de
Noviembre

ÍNDICE

ANTECEDENTES.....	6
JUSTIFICACIÓN.....	17
HIPÓTESIS.....	17
OBJETIVOS.....	18
MATERIAL Y MÉTODO.....	19
ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	20
RESULTADOS.....	21
DISCUSIÓN.....	26
CONCLUSIONES	27
BIBLIOGRAFÍA.....	28

ANTECEDENTES

Breve historia del burnout

López Rodrigo (en Imbert, 2002) menciona que la definición de estrés fue enunciada por primera vez en el siglo XIX, conceptualizando los significados de tensión, adversidad y aflicción. En 1936, Hans Selye, padre de los trabajos sobre el estrés, le había otorgado al concepto un significado más técnico, considerándolo como una 'reacción del organismo frente a las demandas de su entorno', denominándolo Síndrome General de Adaptación.

En la investigación de Imbert (2002) se habla de que en 1966 Lazarus y Folkman profundizaron el estudio del estrés desde un análisis psicológico considerándolo como una relación entre la persona y el entorno, destacando que si bien son importantes los hechos que provocan estrés, lo es mucho más la capacidad de la persona para afrontarlo y adaptarse a éste con el menor efecto perjudicial.

En 1967, Holmes y Rahe (en Imbert, 2002) a partir de la denominada 'Escala de Acontecimientos Vitales' procuraron identificar cuáles son los que alteran la homeostasis, describiendo hechos que producen cambios a lo largo de la vida y que poseen un valor estresante. Se observó que de los diez acontecimientos vitales más estresantes, cuatro estaban relacionados con la pareja (divorcio/separación conyugal, matrimonio, reconciliación), tres guardaban relación con la salud (muerte del cónyuge, muerte de un familiar y enfermedad personal grave), dos referían al ámbito laboral (despido y jubilación) y uno, a la pérdida de la libertad (encarcelamiento). Posteriormente, los propios autores y otros fueron modificando esta escala aportando otros acontecimientos tales como la temporada navideña y las vacaciones, esperados por la mayoría de las personas pero que pueden producir determinadas situaciones de estrés de acuerdo al momento y circunstancias de vida.

Atance (en Imbert, 2002) refiere a la opinión de Maslach, que ya desde 1976, manifestaba que la Medicina del Trabajo consideraba a los recursos humanos (RRHH) y a la epidemiología ocupacional tradicional como una problemática básica a explorar, tomando los factores de riesgo presentes en los distintos procesos como capaces de provocar daños específicos en la salud del personal.

El psiquiatra y psicoanalista norteamericano Freudenberger en 1974 introdujo el concepto de estrés asistencial o *Síndrome de Burnout*, expresando que 'el estrés asistencial es el resultado de la relación que se establece entre el individuo y su trabajo', atribuyendo como causa de este síndrome a la desproporción entre los esfuerzos realizados y los resultados obtenidos, los cuales no compensan las expectativas del trabajador. Lo define en cierta forma diciendo que no es un estado momentáneo y transitorio que aparece y desaparece rápidamente, sino que se trata de un proceso que requiere de un tiempo considerable para instaurarse. En una primera fase, las exigencias laborales sobrepasan los recursos disponibles y producen estrés. En una segunda fase el individuo hace un esfuerzo grande que da una respuesta emocional a ese desgaste (ansiedad, fatiga, etcétera). En una tercera fase, dicho individuo sufre cambios en las actitudes y conducta con la finalidad de adaptarse y defenderse de las tensiones. La fase final corresponde al Burnout propiamente dicho, en respuesta a una situación laboral intolerable, con la consiguiente pérdida de ilusiones y desmoralización. En este sentido el proceso de pérdida de ilusiones pasaría por las etapas de entusiasmo, estancamiento, frustraciones, apatía e intervención, según lo descrito por Edelwich y Brodsky (en Imbert, 2002).

Madrigal (2006) resalta que principalmente con los estudios, de Maslach y Jackson en 1981, es cuando realmente adquiere verdadera importancia el estudio de este síndrome, ellas lo consideraron como un proceso de estrés crónico por contacto, en el cual dimensionan tres grandes aspectos: el cansancio emocional, despersonalización y falta de realización profesional.

Generalidades del síndrome de burnout

Schaufelli, Leiter, Maslach y Jackson (1996, en Uribe-Prado et cols, 2008) señalan que el *burnout* se define principalmente en las siguientes tres dimensiones:

1. Cansancio emocional (agotamiento): pérdida progresiva de energía, desgaste y fatiga. Situación en la que los trabajadores perciben que ya no pueden dar más de sí mismos a nivel afectivo. Es una situación de agotamiento de la energía o los recursos emocionales propios; una experiencia de estar emocionalmente agotado debido al contacto cotidiano y mantenido con personas a las que hay que atender como objeto de trabajo.

2. Despersonalización: se manifiesta por irritabilidad, actitudes negativas y respuestas frías e impersonales hacia las personas (clientes, pacientes, alumnos, presos, etc.). Puede considerarse como el desarrollo de sentimientos negativos, y de actitudes y sentimientos de cinismo hacia las personas destinatarias del trabajo; estas personas son vistas por los profesionales de forma deshumanizada debido a un endurecimiento afectivo, lo que conlleva a que les culpen de sus problemas.

3. Falta de realización personal (insatisfacción de logro): son respuestas negativas hacia sí mismo y el trabajo. Es la tendencia de los trabajadores a evaluarse negativamente y, de manera especial, esa evaluación negativa afecta la habilidad en la realización del trabajo y la relación con las personas a las que atienden.

Factores epidemiológicos

Según Atance, (en Albaladejo, 2004) en cuanto a los aspectos epidemiológicos del síndrome de Burnout descritos en la literatura no parece existir un acuerdo unánime entre los distintos autores, si bien existe un determinado nivel de coincidencia para algunas variables. La edad no parece influir y según la variable sexo, serían las mujeres sanitarias las más afectadas, quizás por el mantenimiento de la doble carga de trabajo familiar y profesional.

En cuanto a la personalidad del trabajador se ha identificado que trabajadores con conducta tipo A, locus de control externo y bajo control emocional son las personas que tienen mayor riesgo de padecerlo o desarrollarlo. De la misma forma aquellos médicos que tienen malas relaciones (administrativas, de contrato, sindicales, turno, etc.) con la institución laboral aumenta el riesgo considerablemente (Hernández, Dickinson, Fernández, 2008).

Otros factores, sobre los que existe más controversia, serían los cambios de turnos y los horarios laborales, el salario, la categoría profesional y la sobrecarga laboral asistencial. Además, siguiendo la bibliografía existente, se detectan una serie de áreas de trabajo con mayor incidencia del síndrome, como es el caso de los servicios de urgencia y Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) (Lee, en Albaladejo, 2004). Las características del trabajo que se desarrolla en estas unidades requieren notable experiencia clínica y madurez profesional que permita hacer frente a la frecuente toma de decisiones difíciles con implicaciones éticas y morales.

Otro grupo de riesgo especial es el de los trabajadores del área de oncología, donde el personal de salud se enfrenta diariamente al sufrimiento humano y en muchos casos a los pacientes terminales y a la muerte (Felton, en Albaladejo, 2004).

Se han identificado numerosos factores estresantes crónicos del entorno laboral implicados en su producción, como los pacientes difíciles, bien por padecer patologías graves, bien por su propio inconformismo; el poco tiempo por paciente y la mala calidad de las relaciones de equipo (Pérez en Albaladejo, 2004).

Instrumentos de evaluación del burnout

En sus inicios, el burnout fue descrito mediante técnicas proyectivas, entrevistas, observaciones clínicas, autoinformes y cuestionarios; en fecha reciente, estos métodos de evaluación se han sustituido por instrumentos más confiables en términos de escalas para medir principalmente los tres factores de Leiter.

El instrumento más utilizado y confiable en México para medir el estrés es el de *Salud Mental Estrés y Trabajo –SWS Survey–*, sin embargo este instrumento abarca estrés laboral y otros factores de salud, pero no incluye el síndrome de *burnout* bajo un modelo progresivo en términos de proceso. Otro instrumento muy utilizado en México y en muchos países de habla hispana es el MBI de Maslach y Jackson (1981, 1986), que consta de 22 reactivos y se basa en los tres factores de Leiter.

Actualmente, se han realizado muchos estudios sobre burnout en países como Estados Unidos, Canadá, Gran Bretaña, Israel y España, con avances clínicos, teóricos, metodológicos y culturales sorprendentes. Diversas investigaciones se han realizado con problemas en el trabajo y los riesgos a partir de adicciones al tabaco, alcohol y otro tipo de drogas en personal del sector salud como médicos y enfermeras. Existen variables demográficas, organizacionales, profesionales y de salud dignas de ser estudiadas para la comprensión del síndrome de burnout en México (Uribe-Prado, 2008).

La Escala Maslach Burnout Inventory (MBI)

El inventario de burnout de Maslach (**MBI**), (1981-1986), es el instrumento más utilizado en todo el mundo. Se trata de un cuestionario autoadministrado, que consta de 22 ítems en forma de afirmaciones sobre los sentimientos y actitudes del profesional hacia su trabajo y hacia los clientes. Altas puntuaciones en las dos primeras escalas y bajas en la tercera permiten diagnosticar el trastorno (Del Río, en Ledesma et al). Está compuesta por 22 ítems tipo Likert, en forma de afirmaciones referidas a actitudes, emociones y sentimientos personales del profesional en su trabajo y hacia las personas a las que tiene que atender. Evalúa en qué medida el contenido de cada ítem es aplicable al trabajo que desempeña. Pueden ser valorados de acuerdo con la frecuencia con la que el profesor experimenta una serie de sentimientos cuantificados de 0 a 4. Los 22 ítems están agrupados en tres dimensiones o escalas, derivadas de la factorización de las mismas, y cada una evalúa los tres rasgos o síntomas característicos que definen el síndrome de burnout (Maslach y Jackson, en Guerrero, 1999).

La Escala Maslach Burnout Inventory Human Services Survey (MBI-HSS), versión en castellano (Gil-Monte et cols, 1997)

Originalmente, este instrumento estaba formado por 25 ítems. Actualmente, consta de 22 reactivos, distribuidos en tres dimensiones:

- 1) Agotamiento o cansancio emocional (AE) formada por 9 ítems que describen sentimientos de estar agotados y abrumados (puntajes: alto 27, medio 17 a 26 y bajo 0 a 16). Altas puntuaciones en esta dimensión se consideran el mayor predictor de desarrollo de burnout en el futuro.
- 2) Despersonalización (DP), constituida por 5 reactivos, que describe una respuesta impersonal y falta de sentimientos (puntajes: alto 14, medio 9 a 13 y bajo 0 a 8); y,

3) Falta de realización personal y en el trabajo (FRP), con 8 ítems que describen sentimientos de falta de motivación (puntajes: bajo <30, medio 36 a 31 y alto 48 a 37), correspondiendo a las tres subescalas del MBI. Para las dimensiones AE y D, altas puntuaciones corresponden a altos sentimientos de “quemarse” y para la de FRP, bajas puntuaciones se relacionan a altos sentimientos de “quemarse”.

Este instrumento es confiable, tanto en su validez factorial, concurrente y discriminante.

El instrumento Maslach Burnout Inventory de 22 ítems, tiene puntuaciones para CE, DP Y RP pueden variar entre 0-54 (9 ítems) 0-30 (5 ítems) 0-48 (5 ítems) respectivamente.

Las categorías de la escala original son: CE bajo (puntuación igual o menor a 16), CE medio (17-26), CE alto (mayor o igual a 27); DP baja (puntuación menor o igual a 6), DP media (7-12), DP alta (mayor o igual a 13), RP alta (puntuación mayor o igual a 39), RP moderada (38-52) y RP baja (menor o igual a 31) (Maslach y Jackson, 1986).

Consistencia y fiabilidad

La escala tiene una consistencia interna y una fiabilidad del orden de 0,75 a 0,90. No existen puntos de corte válidos a nivel clínico para medir la existencia de burnout y poder separar los casos de los no casos. Aunque este inventario es el más utilizado no está exento de críticas (al ítem nº 15); también han aparecido unos nuevos instrumentos en un intento alternativo de medir dicho trastorno (La escala de los efectos Psíquicos del burnout, el cuestionario breve de burnout), que aunque aparecen efectivos en la medida del síndrome, todavía es pronto para considerarlos como un instrumento válido y efectivo.

(Del Río, s/f).

En cuanto a las propiedades psicométricas del inventario de Maslach (Maslach y Jackson, citados en Guerrero, 1999), la consistencia interna estimada por las autoras, es de 0,90 para el Agotamiento emocional, de 0,79 para la Despersonalización y de 0,71 para Logro Personal. El inventario de Maslach (Maslach y Jackson, en Guerrero, 1999) ha sido empleado con diferentes profesionales asistenciales, traducido y adaptado para su aplicación en la población española en varias.

A pesar de las posibles deficiencias no hay en este momento un instrumento más preciso para el diagnóstico del síndrome, así como la severidad del mismo, por ello es el más utilizado en la mayor parte de los estudios.

Burnout en personal de salud

El síndrome de *burnout* en personal de la salud ha sido objeto de atención en las últimas décadas. Dadas las intensas demandas emocionales del ambiente laboral, los clínicos se encuentran en una particular susceptibilidad para desarrollar el síndrome, más allá del estrés habitual de las jornadas.

En la actualidad, aunque no existe un diagnóstico específico en la revisión del DSM-IV, el *Burnout* es un claro síndrome que se asocia a una variedad de consecuencias negativas incluidas depresión, riesgo de errores médicos, y efectos negativos en la seguridad del paciente. Asimismo, las tasas de depresión, ideación, planeación e intentos suicidas se hallan altas en estados de *burnout*, y tienden a

declinar al recuperarse de los mismos. Se han descrito otros riesgos como enfermedad cardiovascular y aumento en los biomarcadores inflamatorios. Los síntomas físicos pueden presentarse de diversas formas: insomnio, alteraciones en el apetito, fatiga, cefalea y malestar gastrointestinal. Los síntomas psicológicos como ánimo irritable o bajo, cinismo y disminución en la concentración pueden afectar negativamente la productividad y el rapport. El impacto negativo en el paciente incluye el aumento en el riesgo de errores médicos, mayores riesgos en la seguridad del paciente y un sesgo importante en la calidad de la atención

Impacto en el usuario

El síndrome de burnout afecta la calidad de atención que el profesional otorga, limitando, además, su capacidad de trabajo asistencial. Es necesario tener en consideración la presencia de este síndrome que se ha relacionado con la probabilidad de afectar el rendimiento y la calidad de la labor profesional impartida a los usuarios tanto como a la salud física y mental del funcionario de salud (Norambuena, 2006 en Ledesma et al).

Este síndrome de desgaste profesional se convierte en un problema de salud pública cuando el profesional de la salud ya se siente humanamente afectado para asistir eficazmente a sus pacientes.

Complicaciones

El desarrollo del síndrome de burnout puede adquirir distintas formas de evolución (Catsicaris, 2007):

1. Psiquiátricas: Deterioro progresivo y encubierto de la persona, como depresión crónica, caracterologías, suicidio, disfunciones familiares graves (violencia), adicciones (incluso adicción al trabajo).
2. Somáticas: Cuadro de estrés con expresiones variadas de tipo muscular, endocrino, nervioso, cardiovascular y otros cuadros psicosomáticos.
3. Organizacionales: Deterioro en las relaciones laborales que provoca distintos tipos de efectos, como el empobrecimiento del desarrollo profesional, rivalidad, individualismo, fallas operativas reiteradas, desmotivación e inconformismo

Burnout en médicos residentes

Para el profesional de la salud, las semillas del burnout pudieron haberse plantado tempranamente, incluso durante su educación médica. Hay una variedad de factores documentados que apoyan la noción de que el burnout se instala durante la escuela de medicina, y así, el síndrome se desarrolla de forma acumulativa en un largo periodo de tiempo. Desde épocas tempranas, los profesionales de la salud comienzan el proceso en el cual aparece una negligencia hacia sus necesidades emocionales. Las prevalencias de burnout en estudiantes de medicina van del 28-45%, según Ishak et al (2009), y la evidencia muestra que los factores que contribuyen a éste incluyen aspectos ambientales como el estrés generado por la misma carrera, así como rasgos de personalidad inherentes tales como introversión y neuroticismo. De esta forma, el burnout es un fenómeno que puede estar presente desde los años de la carrera de medicina, y puede desarrollarse o continuar en

residentes y médicos en su práctica clínica cotidiana, que es cuando se encuentran con el estrés inherente a la misma.

La residencia médica es un proceso de entrenamiento en el que los participantes deben hallar un balance entre la voluntad de cuidar y curar, manejar los sentimientos de desesperanza que generan los complejos sistemas de salud en los que se encuentran insertados, y establecer los límites entre su identidad personal y profesional.

La práctica médica tiene características intrínsecas que definen un ambiente profesional en el que existe un estímulo emocional que acompaña al proceso de estar enfermo. Este estímulo incluye un contacto frecuente con el dolor y el sufrimiento, el manejo de la intimidación física y emocional, el cuidado y manejo de pacientes terminales, difíciles, rebeldes, poco cooperadores, demandantes, autodestructivos y/o crónicamente deprimidos; asimismo incluye el manejo de incertidumbres y limitaciones en el conocimiento médico y el sistema de salud, que establece demandas y expectativas por parte de pacientes y miembros de su familia, quienes solicitan, en su mayoría, certeza y seguridad (García-Lourenção, 2010).

Estudios de burnout en médicos residentes

Se han realizado múltiples estudios en muchos países al respecto del burnout en médicos residentes, y éstos muestran resultados diversos; Shanafelt y col. (en Catsicaris, 2007) en un estudio sobre residentes de medicina interna de EE.UU., informan elevados índices de despersonalización y agotamiento emocional y un 76% de los residentes reunían criterios de síndrome de burnout. Esto se asoció a la percepción de que los pacientes a su cargo no recibían un cuidado óptimo.

Martín y col. (en Catsicaris, 2007) indagaron este síndrome entre diferentes especialidades médicas de EE.UU. y concluyeron que el 50% de los residentes reunían criterios de síndrome de burnout (rango: medicina familiar 27% y tocoginecología 75%) y se asoció al hecho de ser soltero, estar en primer año de la residencia y a presentar estrés e insatisfacción con la institución en la cual trabajaban.

En un hospital de Valencia, España, Belloch y col. (en Catsicaris, 2007) describieron que en residentes de medicina interna la despersonalización y el agotamiento emocional se asociaron a ser soltero, estar insatisfecho con el trabajo y pobre reconocimiento por parte de los pacientes y sus jefes. No estuvo asociado a factores económicos.

Thomas (2004) realizó una revisión de 15 artículos de síndrome de burnout y llegó a algunas conclusiones: es frecuente entre los residentes y puede estar vinculado a depresión y problemas en el cuidado de los pacientes, pero todavía no se ha identificado asociación causal demográfica o con características de la personalidad de los médicos que permita identificar a los residentes con elevado riesgo de desarrollar síndrome de burnout.

En otro estudio realizado en la residencia del Hospital Italiano de Buenos Aires en 2004, se estimó una prevalencia de síndrome de burnout de 19,59% (64% de alto cansancio emocional, 64% de alta despersonalización y 28,35% de baja realización personal). No se encontró asociación significativa con el género, edad, año de residencia y residencias clínicas versus quirúrgicas (Catsicaris, 2007).

En el 2004, Martini et al realizaron un estudio único que comparaba la prevalencia de burnout entre las diferentes especialidades utilizando el Maslach Burnout Inventory. El burnout total fue de 50% y variaba desde 27% hasta 75% entre diferentes especialidades. Esta variación, sin embargo, no fue estadísticamente significativa. Los hallazgos fueron los siguientes: la prevalencia de burnout en obstetricia-ginecología fue del 75%, seguido por medicina interna con un 63%, neurología con 63%, oftalmología con 60%, dermatología 40%, cirugía general 40%, psiquiatría 40% y medicina familiar 27%. Los factores que aumentaban la probabilidad de que se hallen criterios de burnout fueron: ser residente de primer año, fluctuaciones en el estado de ánimo, estresores familiares recientes y estatus marital soltero. En psiquiatría se hallaron más estresores como miedo y exposición a violencia y suicidio por parte de los pacientes. En este estudio se halló que el 65.2% de los residentes solteros, divorciados o no casados, presentaban criterios para burnout comparados con el 40% de individuos casados. Menciona también que el hecho de ser padres puede resultar un factor protector en contra del burnout, ya que posiblemente tiene un efecto *humanizador* en los residentes, resultando en un menor desapego y despersonalización.

Burnout en médicos residentes y características del lugar de trabajo

De acuerdo a Thomas (2004), las percepciones de, y las reacciones hacia el estrés producido por las características del lugar de trabajo en los residentes pueden variar, predisponiéndolos diferencialmente al burnout. En tres estudios (Purdy et al, Nyssen et al y Biaggi et al, en Thomas, 2004) los residentes mencionaron los factores que hallaban como los más estresantes, citando en primer lugar las demandas de tiempo, una falta de control en la administración del mismo, en la planeación y organización del trabajo, situaciones laborales inherentemente difíciles y conflictos interpersonales. Biaggi et al (2003), adicionalmente, encontraron en su estudio que 69% de los residentes calificaban la intensidad de su trabajo como alta (muy alta el 3%). Otras características halladas que se correlacionaron con baja satisfacción en los residentes incluyeron: poco tiempo de descanso, horarios de trabajo inflexibles, baja autonomía para administrar su tiempo, pocas oportunidades para el aprendizaje, poca retroalimentación de su desempeño laboral, pobres oportunidades para tener voz y voto sobre asuntos importantes, una pobre cultura de tolerancia y apertura, y salarios subóptimos.

Otros estudios han intentado explorar la relación entre las características del trabajo y el burnout. Shanafelt (en Thomas, 2004) halló que los médicos residentes con burnout alto eran más propensos a evaluar como estresores principales la incertidumbre percibida acerca de su futuro, y la sensación de que sus necesidades emocionales eran inconsecuentes.

Dos estudios encontraron una asociación entre horas extras de trabajo y la carga del mismo con la presencia de *burnout*. Geurts et al (en Thomas, 2004), desarrolló un modelo de ecuación estructural para caracterizar los papeles contribuyentes y mediadores de las características del lugar de trabajo y el hogar; se reveló que los horarios de trabajo, la carga cuantitativa de trabajo y la dependencia problemática hacia sus superiores contribuían a una interferencia hogar-trabajo. Asimismo halló que estos factores contribuían a la presencia tanto de agotamiento emocional como de despersonalización.

Se ha estudiado el impacto en la restricción de horarios de trabajo en residentes. De tal forma, Whang (en Garcia-Lourenção, 2010) halló que la mayoría de los residentes habían manifestado una mejoría en su calidad de vida después de que se restringieron sus horarios. Otros investigadores como Shanafelt y Ratanawongsa encontraron que la capacidad de empatía era más óptima entre los

residentes con mayor bienestar mental, y que éste interfiere directamente con la relación médico-paciente, la interacción con pares, la toma de decisiones, el desempeño en general y la motivación. Estos postulados reafirman la necesidad de realizar mejoras a este sistema de entrenamiento profesional.

Cohen y Patten (en Garcia-Lourenção, 2010) hallaron en un estudio acerca del bienestar del residente en Alberta, Canadá, que el 34% consideran su vida como estresante, siendo más afectadas las mujeres que los hombres. La presión prolongada fue identificada como el estresor primario entre los residentes, quienes afirman que no volverían a elegir la carrera de medicina si pudieran iniciar de nuevo sus vidas profesionales. Buddeberg-Fischer et al encuestaron las experiencias de trabajo de médicos residentes de primer año, y el impacto en su integridad física y psicológica. Encontraron que las mujeres reciben menos orientación que los hombres; la ausencia de supervisores, jerarquías indefinidas, estrés y un exceso de responsabilidades fueron mencionados como factores de riesgo para la aparición de síntomas de ansiedad y depresión.

Bélgica restringió en 1999 la semana laboral de los residentes a 48 horas, medida que aún se debate en el resto de Europa. Los Estados Unidos de América restringió recientemente la semana laboral a 80 horas. Se han realizado varios estudios en dicho país para conocer el impacto de las restricciones de horario en el entrenamiento profesional y cuidado del paciente. Dola et al (en Garcia-Lourenção, 2010) examinaron las opiniones de residentes y facultativos acerca de la restricción de horarios para los residentes. Encontraron que 45.3% de los residentes creían que esta restricción mejora la calidad de la atención al paciente, mientras que sólo 8.8% de los profesores compartían dicha opinión. Sin embargo, ambos grupos estuvieron de acuerdo en que la reforma mejoró la calidad de vida de los residentes.

Tratamiento y prevención del síndrome de burnout

Las medidas para combatir la aparición y/o desarrollo del síndrome del quemado que se lleva a cabo a través de tres niveles de actuación o programas de intervención: a *nivel individual* tratando de mejorar los recursos de protección o de resistencia para afrontar situaciones estresantes, dirigido a modificar ciertos aspectos de la organización del trabajo y a fomentar la capacidad de adaptación del individuo; a *nivel de grupos de apoyo* fortaleciendo los vínculos sociales entre los trabajadores y a través del cambio democrático participativo, por la identificación y resolución de problemas, consolidación de la dinámica grupal para aumentar el control del trabajador sobre las demandas psicológicas del trabajo; y a nivel institucional han de realizarse procedimientos de soporte asistencial para el propio personal, formados por grupos de expertos capacitados para ofrecer la ayuda adecuada de forma confidencial, eficaz y no disciplinaria. (Ledesma et al).

La mejor manera de prevenir el desarrollo de este síndrome a largo plazo es manejar el estrés día a día, fortaleciendo esto con un número adecuado de horas de sueño y descanso. Es necesario un programa de alimentación sana, ejercicios y la conservación del tiempo libre el cual debe dedicarse a actividades recreativas y culturales, y se debe tener vacaciones en forma regular (Rocha, 2002).

Factores individuales

Según Cesio (s/f) existen factores individuales para tener en cuenta respecto de este síndrome y la repercusión sobre la calidad de vida. Ellos son: la vulnerabilidad, la resiliencia y los sistemas de apoyo.

- Vulnerabilidad: abarca a los recursos psíquicos y sociales del sujeto en cuestión, pero se relaciona directamente con la problemática padecida y el contexto en el que ocurre, en tanto productores de vulnerabilidad.
- Resiliencia: es lo opuesto a vulnerabilidad. Se destaca la resistencia individual frente a factores dañinos, y la capacidad para mantener la integridad frente a circunstancias difíciles y tolerancia a los cambios que afectan la cotidianeidad. Las herramientas psíquicas a las que hay que recurrir son: revalorar la capacidad de pensar, darle otro valor a la vida que se corresponda con la vida actual, revisar la autoestima y resignificar la angustia como señal de alarma, en pos de reencontrar el equilibrio perdido.
- Sistemas de apoyo: son aquellos que refuerzan los sistemas de competencia y le permiten a un sujeto afrontar situaciones de riesgo. Ellos son la familia, los amigos, las organizaciones de ayuda que actúen en forma espontánea y que proporcionen confianza y sostén. También cuentan los recursos materiales y económicos con los que se puede contar.

Las sugerencias son: instituir una nueva rutina, intercambiar con profesionales de la misma especialidad, reorganizar el ambiente laboral y si no se producen las modificaciones esperadas, solicitar apoyo psicológico.

Factores empresariales/ institucionales

A fin de contribuir al mejoramiento de los procesos de gestión, condiciones de trabajo y calidad de vida laboral mediante la prevención de las diferentes manifestaciones del Síndrome de Burnout en los efectores bajo estudio, Imbert (2002) propone tres ejes principales:

Mejoramiento de las condiciones laborales en las que se trabaja:

- Mantener las condiciones del trabajo en condiciones dignas.
- Realizar las rotaciones de sector y/o efector según motivación del personal.
- Evitar que se genere o practique la distorsión de las funciones.
- Lograr, en la medida de lo posible, mayor estabilidad en los horarios asignados.
- Lograr mayor equidad en la distribución de los horarios, horas extraordinarias, trato, en las relaciones inter e intrapersonales favorecer la igualdad.
- Brindar cobertura de los recursos humanos en salud en los diferentes turnos de trabajo, acorde a la demanda. Así como asegurar la existencia de recursos materiales, acordes a la demanda.
- Brindar mayor seguridad física y emocional, frente a la agresión de los pacientes.
- Mejorar la remuneración económica, adecuándola al incremento de la demanda.
- Promover la construcción de un verdadero equipo de salud donde la transdisciplinariedad sea la meta.

Reformulación de los actuales ya existentes modelos de gestión:

- Promover y asegurar espacios de planificación, evaluación y reflexión conjunta, tanto de forma disciplinar como de manera interdisciplinar.
- Promover y asegurar espacios que permitan la horizontalización en la toma de decisiones.
- Promover y asegurar espacios que permitan la unificación de criterios y la elaboración de guías de trabajo de manera conjunta.
- Promover y mantener en forma permanente sistemas de evaluación de personal, como mecanismo de reconocimiento y crecimiento compartido.
- Lograr que autoridades y jefes brinden y exijan por igual.

- Eliminar la crítica como método educativo, valorando y enfatizando las virtudes.
- Brindar mayor capacitación continua a nivel institucional, tanto disciplinar como interdisciplinar.

Intervención a nivel grupal:

- Crear grupos de autoayuda en el trabajo o fuera de él.
- Crear grupos terapéuticos de contención emocional, en horario laboral.
- Promover un clima de mayor solidaridad entre pares.
- Generar acciones tendientes a un mayor reconocimiento por parte del equipo de salud.
- Promover el diálogo y respeto por las opiniones de los otros, mejorando los canales de comunicación.
- Promover y favorecer el trabajo en equipo en forma constante, tanto disciplinar como interdisciplinar.
- Capacitación continua al personal que se ajuste a las necesidades y requerimientos tanto del personal como del servicio.

Consideradas como bases propositivas, estas recomendaciones podrían constituirse en motivadoras de un cambio en los diferentes niveles de conducción, para una gestión innovadora del recurso humano con nuevos parámetros que incentiven tanto el crecimiento compartido de los profesionales del área de la salud, como el bienestar y el desempeño del personal (Imbert, 2002).

Posibles intervenciones en médicos residentes

La mayoría de la literatura al respecto del bienestar del residente está enfocada en los aspectos negativos o las limitaciones que existen hacia el mismo. Ratanawongsa et al (2007) enfocaron su investigación en la identificación de factores asociados con los aspectos positivos; de tal forma, emergieron seis temas en este estudio cualitativo: (1) balance entre múltiples dominios, (2) desarrollo profesional y desbalance temporal, (3) satisfacción y logro personal, (4) mantenimiento del sentido de sí mismo, (5) estrategias de afrontamiento y (6) el rol de los programas de residencia. Estas interrelaciones forman las bases del modelo conceptual de bienestar, y en este, los promotores que más aumentan los niveles de bienestar son: las estrategias de afrontamiento, la satisfacción profesional, la sensación de logro, y mantener el sentido de sí mismo. Con estas bases, se consideró que una responsabilidad compartida entre el individuo residente y el programa de residencia es esencial para la optimización del bienestar. La priorización de cada uno de los factores es altamente individualizada.

Cambio cultural

El concepto tradicional en la educación del residente que implica la obtención de un logro individual satisfactorio, poseer un juicio independiente y realizar autosacrificios contribuye a la noción de que los médicos son indestructibles, tienen pocas necesidades, no cometen errores y nunca se enferman. El profesionalismo es una prioridad en la educación médica. En los programas de residencia se ha observado que hay un “currículum oculto” en el que, por ejemplo, los residentes se niegan a afectar negativamente la agenda de un colega por miedo a mostrarse débiles. Este currículum es una serie de mensajes involuntarios difundidos desde los facultativos, el staff y los residentes de más alta jerarquía en hospitales escuela, y resulta en una cultura poco profesional que es transmitida a los aprendices. Durante la escuela de medicina, la mayoría de los estudiantes reportan haber observado comportamientos poco profesionales y poco éticos, y describen haber sido partícipes de dichas acciones. Durante su entrenamiento y debido al estrés crónico, los residentes podrían “desprofesionalizarse”, sustituyendo valores de competencia como altruismo, integridad y empatía, por eficiencia, cinismo y desapego (Billings et al, 2011).

Es necesario cambiar este tipo de estigmas, y enfocarse primariamente al bienestar, y a la apreciación del mismo no sólo como la ausencia de burnout. Las investigaciones realizadas sugieren que el bienestar del residente puede empezar a mejorar a través de la restauración del significado de los compromisos en los tiempos, la facilitación de una comunicación transparente y de apoyo, el aumento en el control de su trabajo y la protección de la separación trabajo-hogar. Algunos ejemplos de estrategias para lograrlo incluyen priorizar metas a corto y largo plazo a través de grupos de apoyo; foros de retroalimentación; flexibilidad en los horarios; la discusión de temas acerca del bienestar; establecer políticas de protección al tiempo libre del residente; mejorar las oportunidades para el crecimiento, aprendizaje y responsabilidad; y proveer un respaldo por parte de los profesores y los residentes de mayor jerarquía a los logros personales y profesionales.

JUSTIFICACIÓN

El síndrome de burnout en médicos es una entidad clínica reconocida, que impacta sobre el individuo que lo padece y sobre la calidad de la atención que se brinda al paciente. Al ser los médicos residentes un grupo altamente vulnerable para desarrollar este síndrome, su detección permitiría brindar a los médicos residentes del CMN 20 de Noviembre recomendaciones específicas, tanto para prevenirlo como para tratarlo. Asimismo, debido a que los médicos residentes tienen contacto directo con los pacientes, tanto para su diagnóstico como su tratamiento, la detección oportuna y prevención del burnout en dichos individuos, podría influir positivamente en la calidad de la atención médica que se brinda en el CMN 20 de Noviembre.

HIPÓTESIS

El estudio propuesto es estrictamente descriptivo por lo que no requiere hipótesis, sin embargo, considerando que la prevalencia se ha estudiado en otras poblaciones es posible comparar la prevalencia del estudio con lo reportado en la literatura médica por lo que planteamos la siguiente hipótesis:

“La prevalencia del síndrome de Burnout en la población de médicos residentes del CMN 20 de Noviembre es similar a lo informado en la literatura médica”

OBJETIVOS

Objetivo General:

- Determinar la prevalencia del síndrome de desgaste ocupacional (Burnout) en médicos residentes del CMN 20 de Noviembre, ISSSTE.

Objetivos Específicos:

- Conocer la prevalencia de cada uno de los componentes del síndrome de Burnout: agotamiento emocional/físico, falta de realización de logro y despersonalización, en médicos residentes del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, mediante el Maslach Burnout Inventory Human Services Survey (MBI-HSS, Maslach y Jackson, 1986), siendo éstos diagnósticos de burnout: ALTA despersonalización, ALTO agotamiento emocional y BAJA realización de logro (o falta de realización personal).
- Conocer la prevalencia de población en riesgo de desarrollar burnout (ALTO agotamiento emocional)
- Comparar la prevalencia del síndrome de burnout en residentes del CMN 20 de Noviembre con la informada en la literatura médica.
- Objetivo Secundario: Determinar las asociaciones de las variables sociodemográficas de los residentes del CMN 20 de Noviembre con el riesgo o la presencia del síndrome de burnout.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño

Se realizó un estudio de tipo transversal, observacional, descriptivo, no experimental y retrolectivo. Se aplicó como instrumento para obtención de información durante el periodo de Junio-Julio del 2014 la escala Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey, así como un cuestionario para la obtención de variables sociodemográficas, y de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión se recabó la información utilizando las siguientes variables:

Variables cualitativas, dicotómicas (sociodemográficas)

- Jerarquía / año de residencia (R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8)
- Especialidad (Quirúrgica o No Quirúrgica)
- Sexo (Masculino o Femenino)
- Estado civil (Soltero: divorciado, viudo, separado /con pareja: en una relación/ unión libre/ casado)
- Hijos (Sí, No, Número)
- Horario establecido por día (Sí, No)

Variables cuantitativas (puntuaciones en la escala MBI-HSS)

El instrumento MBI-HSS consta de 22 reactivos, distribuidos en tres dimensiones:

- 1) Agotamiento o cansancio emocional (AE) formada por 9 ítems que describen sentimientos de estar agotados y abrumados.
 - a. Alto: 27 o más,
 - b. Medio: 17 a 26 y
 - c. Bajo: 0 a 16
- 2) Despersonalización (DE), constituida por 5 reactivos, que describe una respuesta impersonal y falta de sentimientos .
 - a. Alto: 14 o más
 - b. Medio: 9 a 13
 - c. Bajo: 0 a 8
- 3) Falta de realización personal y en el trabajo (FRP), con 8 ítems que describen sentimientos de falta de motivación.
 - a. Bajo: menos de 30
 - b. Medio: 36 a 31
 - c. Alto: 48 a 37

Por lo tanto se consideró como **diagnóstico de Burnout** altos puntajes en Agotamiento Emocional, Despersonalización y bajas puntuaciones en Falta de Realización Personal en el trabajo. Se consideró a la **población de Riesgo** a los residentes que puntuaron **ALTO** en la subescala Agotamiento Emocional (>27), ya que ésta es el predictor más importante para el desarrollo posterior del síndrome de burnout.

Población de estudio

La muestra incluyó a los médicos residentes del CMN 20 de Noviembre que se encontraban realizando una especialidad o subespecialidad en dicha Institución en el momento de la aplicación del instrumento. El CMN 20 de Noviembre ofrece un total aproximado de 250 plazas de Especialidad y Alta Especialidad.

Tamaño de la muestra

En vista de que la aplicación del instrumento dependía de la disponibilidad del residente para la aplicación del instrumento, así como su deseo de participar en el estudio, y de acuerdo a los criterios de inclusión, exclusión y eliminación la muestra constó de 89 sujetos de estudio, los cuales representan aproximadamente el 35% de la población de estudio.

Criterios de Inclusión:

- Ser médico residente adscrito al CMN 20 de Noviembre de cualquier especialidad o subespecialidad.
- Ser médico residente adscrito al CMN 20 de Noviembre de cualquier grado/ jerarquía.
- Ser médico residente adscrito al CMN 20 de Noviembre que voluntariamente acepte su participación en el estudio.

Criterios de Exclusión

- Ser médico residente que se encuentre en rotación fuera del CMN 20 de Noviembre en el momento de la aplicación del instrumento.
- Ser médico residente del CMN 20 de Noviembre que se negara a participar en el estudio

Criterios de Eliminación

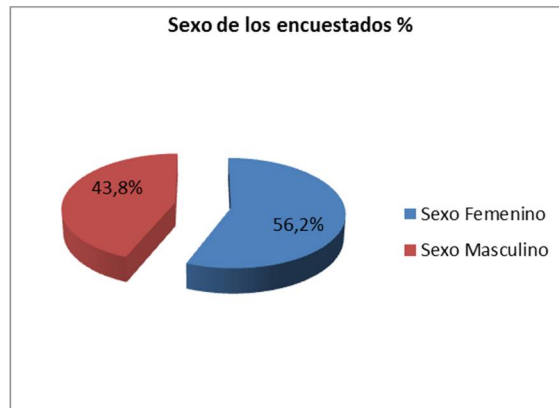
- Ser médico residente del CMN 20 de Noviembre que no responda el cuestionario en forma completa. (Déficit mayor del 10% de los reactivos)

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se utilizaron elementos de estadística descriptiva como moda, media, mediana y desviación estándar y se utilizó el sistema SPSS versión 16.0 EV para integrar la información como medio electrónico. Se utilizó la prueba U de Mann-Whitney de diferencias en las puntuaciones de la prueba de Maslach como método paramétrico para comparar las diferentes variables sociodemográficas. Se consideró una significancia estadística con una $p < 0.05$

RESULTADOS

Se realizó el análisis estadístico de un total de 89 residentes del CMN 20 de Noviembre realizando un curso de especialidad o subespecialidad, siendo éstos la mayoría del sexo Femenino con una n=50 (56.2%) y del sexo Masculino con una n=39 (43.8%).



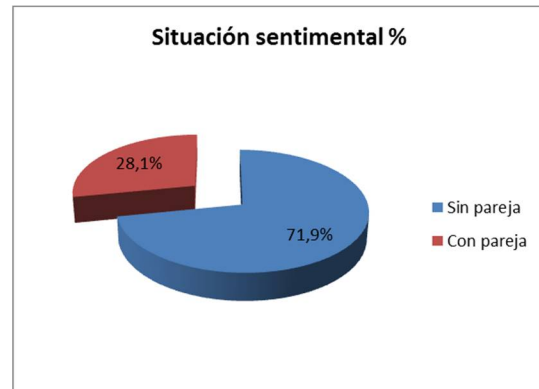
El rango de edad fue de 24 a 36 años, con una media de 29 y una DE=2.13.

La mayoría de los participantes se encontraban realizando una especialidad de tipo No Quirúrgica n=63 (70.8%).

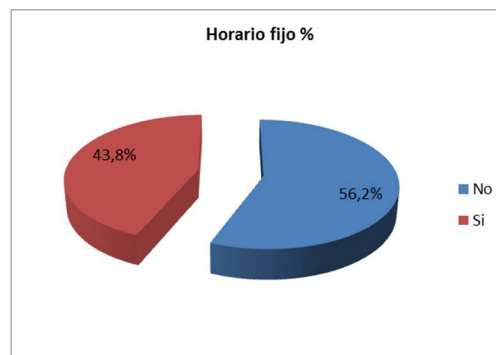


Con respecto al grado de residencia, se arrojaron resultados discretamente homogéneos, de los residentes de 2do año al 7mo con un total de n=80 (89.9%) a excepción de R1 y R8 con una n=6 y 3 respectivamente (10.1%)

En cuanto al estado civil predominaron los residentes solteros n=64 (71.9%) que los que tenían pareja. Los residentes que reportaron tener hijos corresponde a una n=12 (13.5%).



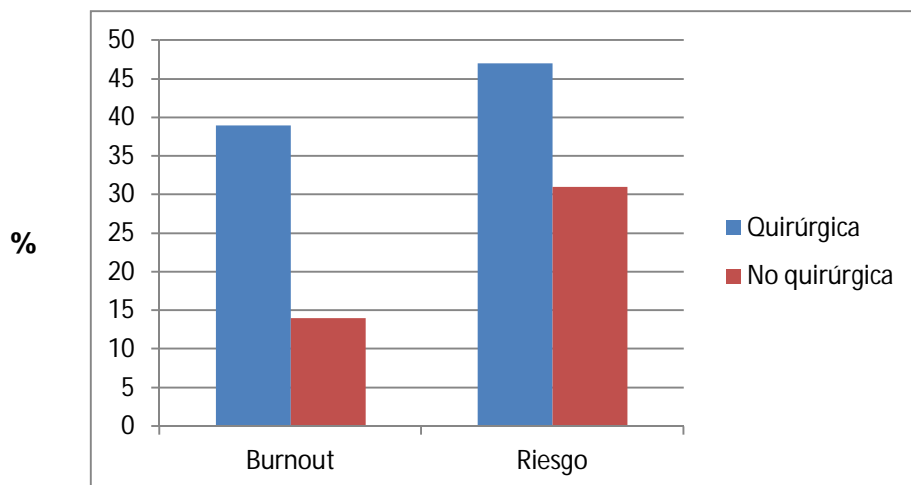
En lo concerniente al horario laboral se encontró que el 56.2% de los residentes no cuenta con un horario fijo de trabajo.



Los resultados obtenidos del instrumento aplicado con respecto a la presencia de burnout mostraron lo siguiente:

La **prevalencia de burnout** que se halló fue del **12.4%** (n=11) y la **prevalencia de población en riesgo** fue de **34.8%** (n=31) del total de la población en estudio.

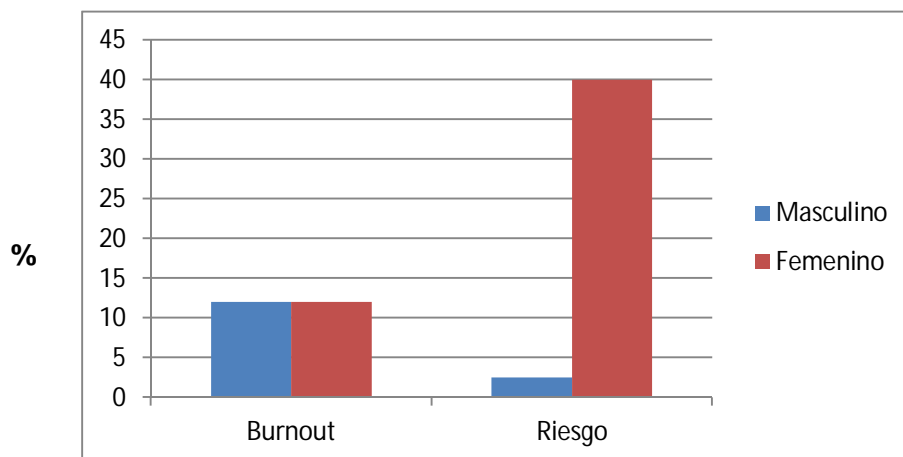
Se halló como dato estadísticamente significativo de acuerdo a la prueba de U Mann-Whitney, que hay más prevalencia de riesgo y de burnout en residentes realizando especialidades quirúrgicas, presentando riesgo el **47%** (n=11) $p=0.032$ y en burnout el **39%** (n=9) $p=0.013$, comparado con las no quirúrgicas que representaron en riesgo el 31% (n=20) y en burnout el 14% (n=9).



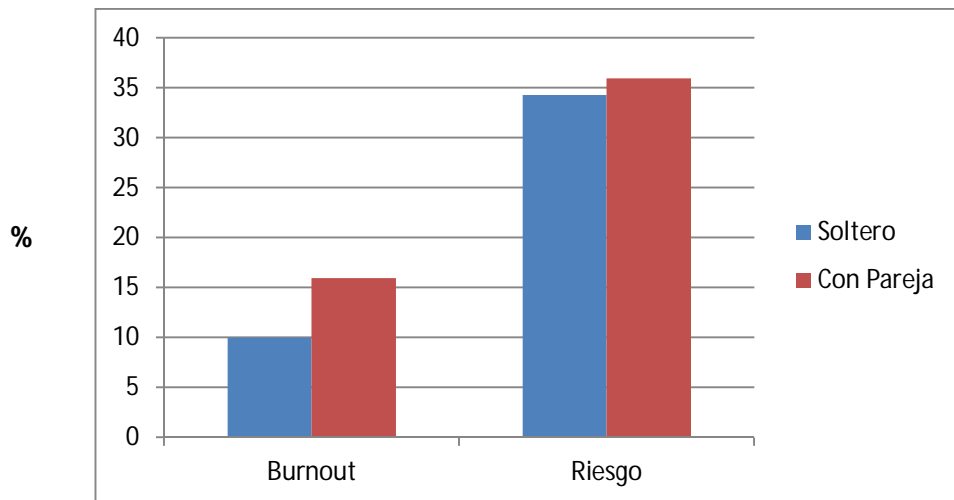
Asimismo, de acuerdo con los resultados de la prueba U de Mann-Whitney existen diferencias estadísticamente significativas entre los médicos con horario fijo y los médicos sin horario fijo en la dimensión de Agotamiento emocional tanto en sus puntuaciones como en los parámetros, sin embargo no fue así para el diagnóstico de burnout.

En los resultados a continuación se hallaron tendencias en cuanto a las asociaciones de prevalencia de riesgo y de burnout con las variables sociodemográficas, aunque no resultaron estadísticamente significativas mediante la prueba de U de Mann-Whitney:

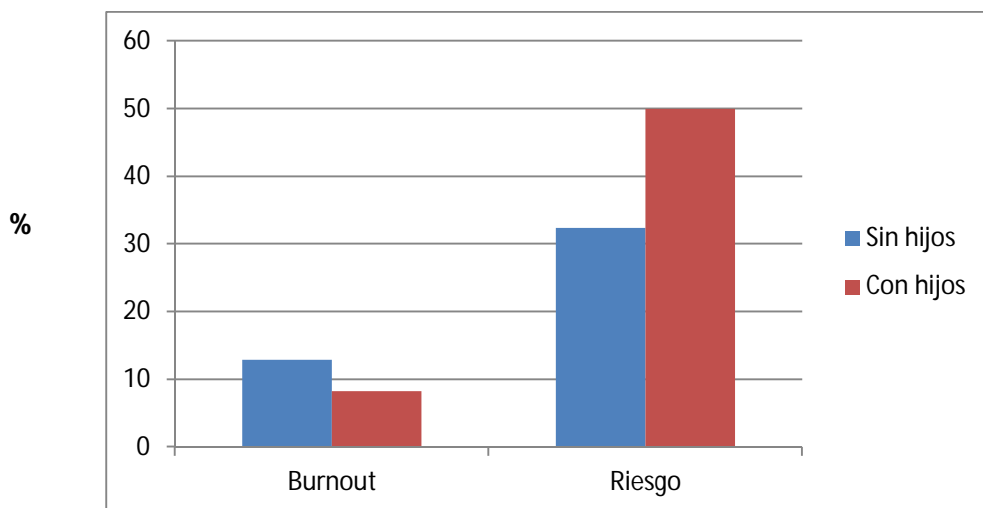
El porcentaje de residentes del sexo femenino en riesgo de burnout fue del 40% n=20, comparado con los del sexo masculino que fue del 28% n=11; sin embargo, la prevalencia del síndrome fue igual en ambos grupos (12% cada uno, femenino n=6, masculino n=5).



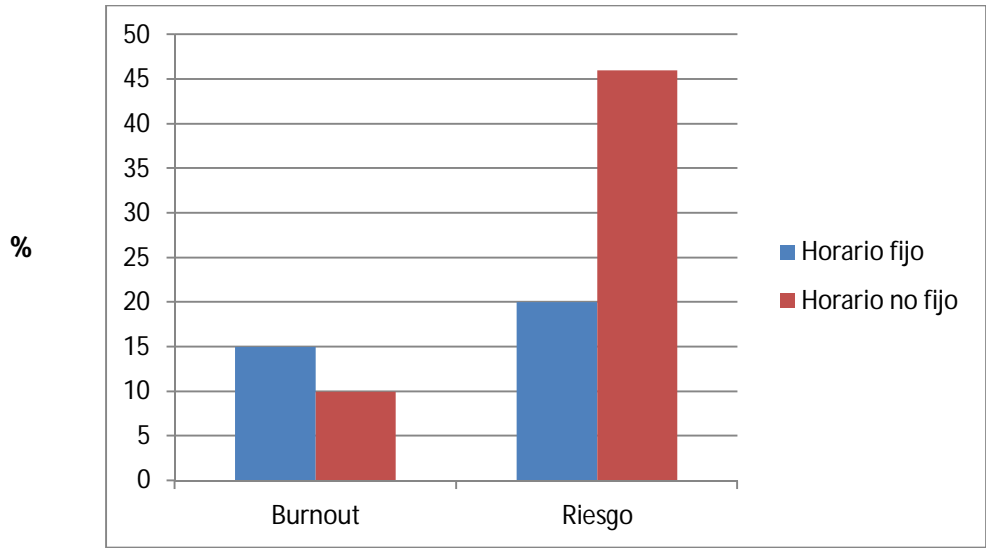
La cantidad de residentes solteros que presentan riesgo es del 34.3% (n=22) versus los residentes con pareja, el cual se calculó en un 36% (n=9); la presencia de burnout se halló en 10% (n=7) de los solteros y 16% n=4 en los que tienen pareja.



Los residentes sin hijos presentaron una prevalencia de burnout de 12.9% (n=10) y con hijos fue de 8.3% (n=1). Con riesgo fueron el 32.4% (n=25) sin hijos y el 50% (n=6) con hijos.



Por último, los residentes con horario fijo detectados en riesgo fue en un porcentaje de 20% (n=39), mientras que los que no reportaron un horario establecido fue del 46% (n=23). La prevalencia de burnout con horario fijo fue de 15% (n=5) y con horario no fijo del 10% (n=6).



DISCUSIÓN

A partir de lo que se ha reportado en la literatura, mediante el presente estudio se halló con significancia estadística que la proporción de residentes cursando una especialidad o subespecialidad de tipo quirúrgico presentan mayor prevalencia de burnout y riesgo de burnout que los no quirúrgicos, a pesar de que el número de sujetos de estudio cursando una especialidad o subespecialidad quirúrgica fue mucho menor que las no quirúrgicas. Esto se explica debido a que la carga de trabajo de los residentes en especialidades quirúrgicas suele ser mayor que las clínicas.

Asimismo, se hallaron diferencias estadísticamente significativas para la dimensión de Agotamiento Emocional entre los médicos que tienen o no horario fijo de trabajo, lo que significa que aumenta considerablemente el riesgo de desarrollar burnout el trabajar un tiempo de jornada inespecífico que tener un horario de trabajo establecido, como lo reporta Garcia-Lourenção, 2010.

La prevalencia total de burnout fue del 12.4%, y el porcentaje de la población en riesgo fue de 34.8%, lo cual suma un índice alto de población (47.2%) en la cual se pueden tomar medidas de prevención y tratamiento del burnout. Comparado con la literatura (Martini et al, 2004), la prevalencia en esta muestra de residentes es menor, sin embargo se debe tomar en cuenta que la población estudiada representa aproximadamente el 35% del total de los residentes en formación en el CMN 20 de Noviembre.

Por otro lado, a pesar de no ser estadísticamente significativos, se encontraron datos que muestran una tendencia para considerarse como factores asociados como el ser de sexo femenino y el no tener un horario fijo de trabajo, como lo han reportado diversos estudios (Garcia-Lourenção, 2010, Catsicaris, 2007).

De acuerdo a Martini et al (2004), el hecho de tener hijos puede resultar un factor de protección contra el desarrollo de burnout, y en el presente estudio se halló una tendencia de mayores índices de burnout en residentes sin hijos comparado con los residentes con hijos, aunque no fue así para la población en riesgo. El mismo autor halló en su estudio que la mayoría de los residentes solteros presentaban criterios para burnout, y los resultados que arrojó la presente investigación fueron similares en cuanto a los que se hallaron en cuanto al riesgo.

CONCLUSIONES

La población de residentes estudiada presenta una proporción alta de riesgo y de burnout.

El presente estudio arrojó una correlación estadísticamente significativa de mayor riesgo y burnout en residentes que se encuentran realizando especialidades de tipo quirúrgico, con diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$)

Se pueden tomar medidas preventivas, y en su caso, de tratamiento, para mejorar la calidad tanto laboral como académica y personal de los residentes que se encuentran en formación, de manera que, de manera indirecta mejore la calidad de atención y de resultados a nivel institucional

Asimismo, es de suma importancia la detección oportuna de este síndrome, ya que de no prevenirse o tratarse, las consecuencias a corto y mediano plazo pueden llegar a ser poco favorables para la formación médica, como una pobre calidad en la atención a los pacientes, ausentismo e inclusive hasta la renuncia del médico en formación.

Por todo lo anterior es importante continuar y difundir este tipo de estudios que abordan el síndrome, para sensibilizar a los médicos residentes en cuanto a la posibilidad de que lo desarrollen y se tomen las medidas preventivas necesarias, a los trabajadores en el área de la salud, y a la población general, ya que no sólo se presenta en personal sanitario, sino también en ambientes laborales de tipo asistencial y con condiciones poco favorables para desempeñar dicho trabajo.

La mayor limitación del presente estudio fue el tamaño de la muestra, ya que la mayoría de los residentes no aceptaron participar en el proyecto o no se encontraban disponibles en el momento en el que se aplicó el instrumento. Esta limitación impidió brindar un dato específico sobre qué especialidad del Hospital CMN 20 de Noviembre presenta mayores índices de Riesgo o Prevalencia de Burnout. Otra de las limitaciones fue la baja significancia estadística en la mayoría de las variables, por lo que se sugiere realizar este tipo de estudios en poblaciones mayores.

BIBLIOGRAFÍA

1. Imbert M. Patricia M. **Síndrome de Burnout en el personal de Enfermería de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario según perfil socio-laboral. Visiones sobre los procesos de gestión y estrategias de afrontamiento.** Revista Investigación en salud. 2002.
2. Ledesma-Torres LA. **Detección oportuna del síndrome de burnout en personal sanitario.**
3. Maslach, C., Jackson, S.E. y Leiter, M. (1996). **Maslach Burnout Inventory: *Manual* (3rd ed.).** Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
4. Gil-Monte PR, Peiró JM. **Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse.** Madrid: Síntesis; 1997
5. Uribe-Prado JF. **Escala de Desgaste ocupacional (Burnout).** Editorial El Manual Moderno. 1a edición, 2010. ISBN 978-607-448-050-4
6. Catsicaris C, Eymann A, Cacchiarelli N. et al. **La persona del médico residente y el síndrome de desgaste profesional (burnout). Un modelo de prevención en la formación médica.** Arch. Argent. Pediatr. 2007.
7. Freudenberger HJ. **Staff burnout.** J Soc Issues. 1974;30(1):159–165
8. Madrigal, S. **"Burnout" en médicos: aproximaciones teóricas y algunos diagnósticos diferenciales.** *Med. leg. Costa Rica.* sep. 2006
9. Thomas NK. **Resident Burnout.** JAMA, December 15 ,2004—Vol 292, No.23
10. Martini S, Arfken CL, Churchill A, et al. **Burnout comparison among residents in different medical specialties.** 2004; 28(3):240–242
11. Garcia-Lourenção L, Camacho-Moscardini A, Geraldés-Soler ZAS. **Health and quality of life of medical residents.** Rev Assoc Med Bras 2010; 56(1): 81-90
12. Albaladejo, R., Villanueva, R., Ortega, P. et al. **Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid.** *Revista Española de Salud Pública.* 2004
13. Billings M, Lazarus ME, Wenrich M, Randall-Curtis J, Engelberg RA. **The Effect of the Hidden Curriculum on Resident Burnout and Cynicism.** Journal of Graduate Medical Education, 2011. DOI: <http://dx.doi.org/10.4300/JGME-D-11-00044.1>
14. Del Río, M., Sánchez D., Perezagua G., et al (S/F). **¡No te quemes!.** Enfermeros del Hospital Virgen de la Salud de Toledo. Toledo, España
15. Ratanawongsa N, Wright SM, Carrese JA: **Well-being in residency: A time for temporary imbalance?** Med Educ 2007; 41:273-280
16. Klein J, Grosse-Frie K, Blum K, Von Dem Knesebeck O. **Burnout and perceived quality of care among German clinicians in surgery.** International Journal for Quality in Health Care 2010; Volume 22, Number 6: pp. 525–530
17. Rocha M. **Síndrome de Burnout: ¿El médico de urgencias incansable?** *Revista Mexicana de Medicina de Urgencias.* 2002