



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA DE URGENCIAS PARA MÉDICOS DE BASE CONVENIO IMSS-UNAM  
DELEGACIÓN ESTATAL JALISCO  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 89

GRADO DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS RESIDENTES DE LA ESPECIALIDAD DE  
MEDICINA DE URGENCIAS DEL TERCER AÑO DEL HGZ NO. 89

TESIS  
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:  
ESPECIALIDAD EN MEDICINA DE URGENCIAS

PRESENTA:  
ALEJANDRA PÉREZ PACHECO

DIRECTORA DE TESIS:  
LEO. LETICIA HAYDEE FUENTES LAGUNA  
SUBJEFATURA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

GUADALAJARA, JALISCO. JUNIO 2014



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**

**Tesis Digitales**

**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**

**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
**COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**  
**HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 89**

**Num. De Registro R-2014-1304-18**

En virtud de haber terminado de manera satisfactoria y contar con el aval de su Director de Tesis para obtener el grado de **Especialidad en Medicina de Urgencias**: se autoriza la impresión de tesis del alumno:

**ALEJANDRA PÉREZ PACHECO**

Con el título

GRADO DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS RESIDENTES DE LA  
ESPECIALIDAD DE MEDICINA DE URGENCIAS DEL TERCER AÑO DEL HGZ

No. 89

**LEO. LETICIA HAYDEE FUENTES LAGUNA**

Director de Tesis

## ÍNDICE

I. TITULO	2
II. IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES	3
III. RESUMEN	4
IV. MARCO TEÓRICO	8
V. JUSTIFICACIÓN	21
VI. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	22
VII. OBJETIVOS	23
VIII. MATERIAL Y MÉTODOS	24
IX. ASPECTOS ÉTICOS	26
X. RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD	27
XI. RESULTADOS	28
XII. DISCUSIÓN	32
XIII. CONCLUSIONES	33
XIV. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	34



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

Coordinación de Investigación en Salud

**CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA DE URGENCIAS PARA  
MÉDICOS DE BASE CONVENIO IMSS-UNAM**

**PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN**

**TITULO**

Grado del Síndrome de Burnout en médicos residentes de la especialidad de  
medicina de urgencias del tercer año del HGZ No. 89

## **II.- IDENTIFICACIÓN DE INVESTIGADORES**

Investigador responsable:

Sub. Jefa de enseñanza: LEO. Fuentes Laguna Leticia Haydee

Matricula: 8158452

Adscripción: Hospital General de Zona N°89

Domicilio: Av. Washington 1998 C.P. 44190 Col. Moderna

Tel: 3310059727

Correo Electrónico: haydee6110@hotmail.com

Alumna:

Dra. Alejandra Pérez Pacheco

Médico Residente de 3er año de la especialidad de Medicina de Urgencias

Correo electrónico: **lanseq.6p@hotmail.com**

Matrícula: 11410361 Teléfono: 3333774974

Unidades participantes:

Hospital General de Zona # 89

Instituto Mexicano del Seguro Social

### III.- RESUMEN

**Antecedentes** El estrés asistencial o Síndrome de Burnout es una situación cada vez más frecuente entre los profesionales de la Salud que se manifiesta como "respuesta a un estrés emocional crónico". Durante la residencia médica se adquieren nuevas experiencias y responsabilidades tanto en el ámbito profesional como personal y laboral, lo que favorece esta patología relacionada con el estrés.

**Objetivo** Determinar el grado de síndrome de Burnout en médicos residentes de la especialidad de medicina de urgencias del tercer año del HGZ No. 89.

**Material y métodos** Estudio transversal descriptivo, muestreo por conveniencia a todos los médicos residentes del Curso de Especialización en Medicina de urgencias del tercer año del HGZ No. 89 durante el periodo de marzo 2013 a febrero 2014. Previo consentimiento se aplicó el instrumento Maslach Burnout Inventory (MBI) para evaluar el grado de desgaste profesional, constituido por 22 ítems con escala de puntuación tipo Likert (0-6) y tres dimensiones [despersonalización (DP), cansancio emocional (CE) y realización personal (RP)], además se incluyeron datos sociodemográficos y laborales por cada médico residente. **Estadística:** Se utilizó estadística descriptiva (media y desviación estándar o mediana y rango de acuerdo a la distribución) y las variables cualitativas en tablas de frecuencias y porcentaje.

**Resultados** La edad promedio de los residentes de especialidad de urgencias fue de  $38 \pm 4$  años con mediana de 36 y rango entre 35 y 48 años de edad. Así mismo, el 37% tienen 35 años de edad, seguido del 18% de 36 años y el mismo porcentaje 37 años, el resto, tienen 38, 42 48 años. En relación al género, un 82% son mujeres. El 100% refirió relaciones personales y realización personal adecuada. Prevalcieron dentro de las manifestaciones clínicas, la fatiga en 82% de los casos, un 72% refiere dolor de espalda, y en menor frecuencia gastritis, agotamiento y constipación entre otros. Respecto a las toxicomanías, prevalece el consumo de café y solo un residente refirió el consumo habitual de café y

alcohol y otro consume alcohol, café y fuma, sin embargo, del total de residentes encuestados un 27% negó toxicomanías. En cuanto a las subescalas del cuestionario MBI, un 73% presentan agotamiento emocional bajo, el 18% moderado y solo 9% alto; la despersonalización moderada se observa en el 91% de los casos y en el 64% refirieron realización personal alta, seguida del 27% intermedia y 9% realización baja. Por otro lado, en el 64% de los residentes de urgencias presentan afectación de al menos una de las subescalas del cuestionario MBI.

**Conclusiones** Se requieren nuevas líneas de investigación, puesto que a medida que el médico goce de buena salud tanto mental como física, será posible brindar una atención de calidad, además se necesita el conocimiento de las organizaciones de salud, en relación con este síndrome, ya que de no tenerlo, contribuye a que cuando se presente no se diagnostique oportunamente.



## ABSTRACT

**Background** The care stress or burnout syndrome is an increasingly common among health professionals that manifests as "response to chronic emotional stress" situation. During residency new experiences and responsibilities both professionally and personally and labor , which favors this disease related to stress are acquired.

**Objective** To determine the degree of burnout syndrome in medical residents in the specialty of emergency medicine in the third year of HGZ No. 89.

**Methods** Cross sectional study , convenience sampling to all medical residents Specialization Course in Emergency Medicine third year HGZ No. 89 during the period March 2013 to February 2014. Prior consent of the Maslach Burnout Inventory ( MBI) was used to assess the degree of burnout , consisting of 22 items with Likert scale (0-6 ) score and three dimensions [ depersonalization (DP), emotional exhaustion (EC) and personal accomplishment (RP)] , besides demographic and employment data were included for each resident physician. **Statistics** Descriptive statistics (mean and standard deviation or median and range according to the distribution) and qualitative variables in frequency tables and percentage was used.

**Results** The average age of residents in emergency medicine was  $38\pm 4$  years with a median of 36 and range between 35 and 48 years old. Likewise, 37% are 35 years old, followed by 18 % of 36 years and the same percentage 37, the rest have 38, 42 y 48 years. Regarding gender, 82% are women. 100% reported adequate personal relationships and personal fulfillment. Prevailed in the clinical manifestations, fatigue in 82% of cases, 72% were referred back pain, and less frequently gastritis, constipation and exhaustion among others. Regarding addiction prevails coffee consumption and only one resident referred regular consumption of coffee and alcohol and other drinks alcohol, coffee and smoking, however, residents of all respondents 27% refused addiction. As for the MBI subscales, 73% have low emotional exhaustion, 18% moderate and only 9% high, moderate depersonalization is

observed in 91% of cases and 64% reported high personal accomplishment, followed 27% intermediate and 9% lower realization. On the other hand, 64% of residents have emergency involvement of at least one of the subscales of the MBI.

**Conclusions** new lines of research are needed because as the doctor enjoy good mental and physical health will be possible to provide quality care, plus the knowledge of healthcare organizations is needed in relation to this condition because you do not have it, helps when this is not diagnosed promptly.

## IV.- MARCO TEÓRICO

En los últimos años, el estrés y las enfermedades psicosomáticas van en aumento, ya que, representan una de las principales causas de incapacidad laboral al afectar la salud de los individuos y su rendimiento profesional. Es decir, es una situación cada vez más común entre los profesionales que brindan servicios en relación directa y sostenida, que se manifiesta como síntomas de ansiedad y depresión. El personal médico y paramédico que labora en las instituciones de salud no escapa a esta condición, la que repercute en la calidad de los servicios que ofrece.<sup>1,2</sup> El concepto de estrés asistencial, Síndrome de Burnout o de desgaste profesional, fue introducido por el psiquiatra psicoanalista norteamericano Freudenberger en 1974; el cual, lo define como el desgaste extremo de un empleado y problemas físicos derivados del mismo como resultado de la relación que se establece entre el individuo y su trabajo, así mismo, considera que la causa del síndrome es la desproporción entre los esfuerzos realizados y los resultados obtenidos, que no compensan las expectativas del profesional.<sup>3</sup> El sujeto pone así en marcha sus recursos personales y sociales para modificar la situación y resolverla; pero cuando estos acontecimientos se repiten y el individuo no logra reaccionar positivamente, se produce un agotamiento físico y emocional que ocasiona actitudes negativas hacia el trabajo; ellas son la pérdida de la capacidad de relación y de la motivación, progresando hasta sentimientos de inadecuación y fracaso.<sup>4</sup>

Se han hecho estudios tanto en Europa como en los Estados Unidos sobre la prevalencia del síndrome en los diferentes médicos especialistas: médicos generales<sup>5,6</sup> odontólogos,<sup>7</sup> médicos internistas-intensivistas con prevalencia de 40%,<sup>8</sup> médicos familiares con prevalencia de 59.7%,<sup>9</sup> En México, un estudio reveló el 10.9% de cansancio emocional, 19.6% de despersonalización y 74.9% de baja realización personal en un grupo de 450 médicos, enfermeras y paramédicos de 12 instituciones hospitalarias.<sup>10</sup> Palmer et al., determinaron una prevalencia general de 44% del síndrome en médicos anestesiólogos; la sobrecarga de trabajo y el conflicto de valores eran variables que influían en la presencia de este síndrome.<sup>11</sup> En el Instituto Mexicano del Seguro Social, Aranda et al.<sup>12</sup> realizaron un

estudio entre los médicos familiares, donde la prevalencia de síndrome de burnout fue del 42,3%. De igual forma Cabrera et al<sup>13</sup> encontraron que de 236 enfermeras estudiadas, 92 (39%) tuvieron datos compatibles con él, con diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la edad y la antigüedad en el puesto al compararlas con enfermeras sin el síndrome. La trascendencia del síndrome radica en el impacto que tiene en la relación laboral entre el personal médico y las instituciones de salud.<sup>14</sup> Las condiciones laborales actuales, propias de las sociedades “modernas”, en donde son comunes condiciones como la alta mecanización, deshumanización en relaciones sociales, etc., han generado el surgimiento de nuevas formas de patología laboral.

Su origen estaba centrado en los trabajadores del sector servicios, en decir, de “gente que trabaja con gente” En sectores como la enseñanza se calcula que un 30 por ciento de las bajas se deben a este síndrome, situación muy similar a la que se reporta entre los profesionales de la salud, dentro de los más vulnerables se encuentran los profesionales que atienden los servicios de admisión continua hospitalaria, ya que, además de los factores comunes al resto de las especialidades se considera una condición catalizadora del estrés es la presión del tiempo y que a diferencia de otras especialidades se ha reportado que los médicos que laboran en estos servicios tienen un 60% de fatiga emocional, un 78% de deshumanización y hasta un 84% de insatisfacción hacia el trabajo.<sup>9-14</sup>

López Rodrigo, M.<sup>15</sup> menciona que la definición de despersonalización surge por primera vez en el siglo XIX, para conceptualizar los significados de tensión, adversidad, aflicción. Como antecedentes en este siglo, Hans Selye<sup>16</sup>, padre de los trabajos sobre despersonalización, le otorgó al concepto un significado más técnico, considerándolo como una reacción del organismo frente a las demandas de su entorno, denominándolo Síndrome General de Adaptación. Más adelante Lazarus y Folkman<sup>17</sup> profundizan el estudio de la despersonalización desde un análisis psicológico considerándolo como una relación entre la persona y el entorno; si bien son importantes los hechos que provocan tal alteración, lo es mucho más la capacidad de la persona para afrontarlo y adaptarse a éste con el menor efecto perjudicial.

López Rodrigo, M.<sup>13</sup> afirma: "El estrés no es un estado momentáneo y transitorio que aparece rápidamente y desaparece con igual rapidez, sino que es un proceso que requiere varios años para instaurarse. La duración de este período está determinada por los recursos humanos y materiales, reales o potenciales que posee el individuo para afrontarlo satisfactoriamente o con el menor perjuicio posible".

Maslach<sup>18</sup> y Sackson<sup>19</sup> definen al Síndrome de Burnout como una respuesta a un estrés emocional crónico, el que se caracteriza por rasgos como: agotamiento físico y/o psíquico, actitud fría y "Despersonalización "en relación con los demás, y sentimiento de insatisfacción personal con las tareas que ha de realizar. Kamis<sup>20</sup> menciona las siguientes variables que determinan el proceso de Burnout: predisponentes, precipitantes, perpetuantes y resultados en Burnout que determinan su manifestación, desde "inexistente a extrema". Álvarez Gallego y Fernández Ríos <sup>21</sup> clasifican las dimensiones de "vulnerabilidad al síndrome" en:

- Componentes personales "premórbidos": edad (a mayor cantidad de años en la profesión mayor seguridad en las tareas y menor tensión laboral); sexo (las mujeres se ven más afectadas debido a la sobreabundancia de tareas laborales y domésticas); variables familiares (la estabilidad afectiva contribuye a conservar el equilibrio, para enfrentar situaciones conflictivas); personalidad (para las personas emotivas, que son las que predominan en los servicios humanos, las excesivas demandas representan una causa importante de Agotamiento Emocional).
- Inadecuada formación profesional: la desproporción entre los conocimientos teóricos y las habilidades prácticas son otra fuente de estrés.
- Precariedad de las condiciones del entorno laboral: dada por variables
  - Intrínsecas: relacionadas con el contenido del trabajo, indican el grado en que la institución estimula las capacidades del profesional (toma de decisiones, variedad en las ocupaciones, volumen del trabajo, promoción y desarrollo profesional).
  - Extrínsecas: que se dividen en Físicas (espacio, iluminación, higiene, temperatura); sociales (clientes, compañeros, jefes, supervisores, etc., que junto a las intrínsecas son las

más relacionadas con el desgaste profesional); organizacionales (normas, reglas, estructuras jerárquicas, trámites burocráticos). El colectivo de la sanidad está integrado por los profesionales más vulnerables al síndrome, entre ellos el personal médico y de enfermería que presentan los siguientes factores precipitantes específicos:

- La inclinación en la elección de la profesión.
- Trato directo con los usuarios y familia.
- Contacto permanente con la enfermedad y la muerte.
- Gran volumen de trabajo.
- Falta de apoyo de los pares.
- Los profesionales que se consideran más responsables de la recuperación de los pacientes son más vulnerables.

El curso de la enfermedad, según los mismos autores, se instaura en forma paulatina. En una primera fase, las exigencias laborales sobrepasan los recursos disponibles y producen estrés. En una segunda fase de sobreesfuerzo el individuo da una respuesta emocional y física a ese desgaste (ansiedad, fatiga, etc.) En una tercera fase el 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. Edelwich y Brodsky<sup>22</sup> describen el proceso de pérdida de ilusiones a través de las siguientes etapas: entusiasmo, estancamiento, frustraciones, apatía e intervención.

La sintomatología según Álvarez Gallego y Fernández Ríos (1991)<sup>21</sup>, comprende:

- Agotamiento Emocional: sentimientos de ausencia, irritabilidad, abatimiento.
- Despersonalización: imagen negativa sobre sí mismo, pérdida de la autoestima, sentimiento de incapacidad para actuar con eficacia. Se adopta una actitud distante, de aislamiento y cinismo como mecanismo defensivo para adaptarse a la situación. Como consecuencia se obtiene un trato impersonal hacia el usuario y los compañeros de trabajo.

- Disminución en el logro personal: excesiva demanda para la capacidad del trabajador, sentimientos de incompetencia frente a los cuales duplica sus esfuerzos aparentando ser inagotables.

Afectación en la tarea: alteración de los atributos relacionados con el rol a desempeñar; falta de identificación con la tarea, desconocimiento del alcance y resultados de las acciones que realiza, ambiente y clima laboral alterados.

- Tedio: pérdida de interés en la tarea, acciones repetitivas tendientes a la monotonía y aburrimiento.

Afectación en la Organización: se concibe como un predictor de Burnout que depende del

apoyo social que brindan los compañeros y los jefes y la gratificación en las relaciones interpersonales que se establecen en el trabajo.

- Consecuencias de Burnout: repercusión del trabajo sobre la salud, el bienestar personal, las relaciones familiares y personales y el rendimiento laboral.

Otros indicadores del síndrome de Burnout son:

- Dificultades en las relaciones interpersonales: los conflictos en el trabajo afectan las relaciones personales dentro y fuera del ámbito laboral.
- Trastornos físicos: insomnio, fatiga, dolores (de cabeza, espalda, etc.), mareos, sofocos, escalofríos, náuseas, vómitos, gastritis y diarrea, constipación, asma, sensación de ahogo, taquipnea, taquicardia, hipertensión, amenorrea, acné, alopecia, cambios en el peso, etc.
- Trastornos conductuales: consumo de alcohol, café, tabaco, drogas y psicofármacos; conducta violenta (dentro y fuera del lugar de trabajo); robos (en el lugar de trabajo); conducción temeraria; juegos de azar peligrosos; tentativa de suicidios.

Los trabajadores afectados por este síndrome, suelen ocultar estas manifestaciones por miedo a ser descalificados ya sea en forma personal o profesional, impidiendo su diagnóstico y tratamiento. En cuanto al personal médico, es reconocido que debe afrontar elevadas demandas y expectativas, en cuanto a la competencia técnico-científica necesaria

para que el resultado sea satisfactorio, tanto para el profesional como para el paciente. Existiendo algunas razones compartidas y otras que hacen a la especificidad de las necesidades y características profesionales, lo cierto es que ambas disciplinas están sumamente expuestas a padecer el síndrome de Burnout. En ese marco y considerando tanto a médicos como profesionales de la enfermería como los principales susceptibles de padecer trastornos asociados a la despersonalización ocupacional crónica, se circunscribe a ambos perfiles de agentes de la salud la propuesta de describir en profundidad la presencia o no de factores predisponentes al Síndrome de Burnout.

Más tarde, Maslach y Jackson<sup>4</sup> propusieron tres dimensiones interrelacionadas: el cansancio emocional (CE), que estima la vivencia de fatiga emocional por las demandas de trabajo; la despersonalización (DP), que mide las respuestas de tipo impersonal y las actitudes negativas hacia los pacientes; y la realización personal (RP), que refleja la satisfacción personal y la competencia en la práctica del trabajo cotidiano. Estas dimensiones se integran en el cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) que se utiliza para medir dicho síndrome.<sup>3,4</sup> Este es un instrumento en el que se plantea al sujeto una serie de enunciados sobre los sentimientos y pensamientos con relación a su interacción con el trabajo. Es el instrumento que ha generado un mayor volumen de estudios e investigaciones, formado por 22 ítems que se valoran con una escala tipo Likert. El sujeto valora, mediante un rango de 6 adjetivos que van de “nunca” a “diariamente”, con qué frecuencia experimenta cada una de las situaciones descritas en los ítems.

La factorización de los 22 ítems arroja en la mayoría de los trabajos 3 factores que son denominados agotamiento emocional, despersonalización y realización personal en el trabajo.

Los tres factores han sido obtenidos con muestras de diferentes colectivos profesionales. Estos factores constituyen las tres sub escalas del MBI.

La sub escala de Agotamiento Emocional (Emotional Exhaustion) (AE) está formada por 9 ítems que refieren la disminución o pérdida de recursos emocionales o describen sentimientos de estar saturado y cansado emocionalmente por el trabajo; la subescala de



Despersonalización (Despersonalization) (DP) está formada por 5 ítems que describen una respuesta fría e impersonal y falta de sentimientos e insensibilidad hacia los sujetos objeto de atención; y la sub escala de Realización Personal en el trabajo (Personal Accomplishment) (RP) está compuesta por 8 ítems que describen sentimientos de competencia y eficacia en el trabajo. Tendencia a evaluar el propio trabajo de forma negativa y vivencia de insuficiencia profesional.

Mientras que en las sub escalas de Agotamiento Emocional y Despersonalización puntuaciones altas corresponden a altos sentimientos de estar quemado, en la sub escala de realización personal en el trabajo bajas puntuaciones corresponden a altos sentimientos de quemarse. Se deben mantener separadas las puntuaciones de cada sub escala y no combinarlas en una puntuación única porque no está claro si las tres pesan igual en esa puntuación única o en qué medida lo hacen.

En cuanto al resultado, tanto el constructo de quemarse como cada una de sus dimensiones son consideradas como variables continuas, y las puntuaciones de los sujetos son clasificadas mediante un sistema de percentiles para cada escala. Los sujetos por encima del percentil 75 se incluyen en la categoría “alto”, entre el percentil 75 y el 25 en la categoría “medio” y por debajo del percentil 25 en la categoría “bajo”.

## CORRECCIÓN DE LA PRUEBA

**Sub escala de Agotamiento Emocional.** Consta de 9 preguntas. Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Puntuación máxima 54.

La conforman los ítems 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20. Su puntuación es directamente proporcional a la intensidad del síndrome. La puntuación máxima es de 54 puntos, y cuanto mayor es la puntuación en esta sub escala mayor es el agotamiento emocional y el nivel de burnout experimentado por el sujeto.

**Sub escala de Despersonalización.** Está formada por 5 ítems, que son los ítems 5, 10, 11, 15 y 22. Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. La puntuación máxima es de 30 puntos, y cuanto mayor es la puntuación en esta sub escala mayor es la despersonalización y el nivel de burnout experimentado por el sujeto.

**Sub escala de Realización Personal.** Se compone de 8 ítems. Evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo. La Realización Personal está conformada por los ítems 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21. La puntuación máxima es de 48 puntos, y cuanto mayor es la puntuación en esta sub escala mayor es la realización personal, porque en este caso la puntuación es inversamente proporcional al grado de burnout. Es decir, a menor puntuación de realización o logro personal más afectado está el sujeto.

Estas tres escalas tienen una gran consistencia interna, considerándose el grado de agotamiento como una variable continua con diferentes grados de intensidad. Se consideran que las puntuaciones del MBI son bajas entre 1 y 33, media entre 34 y 66 y alta entre 67 y 99.

Aunque no hay puntuaciones de corte a nivel clínico para medir la existencia o no de burnout, puntuaciones altas en Agotamiento emocional y Despersonalización y baja en Realización Personal definen el síndrome.

Aunque también el punto de corte puede establecerse según los siguientes criterios: En la sub escala de Agotamiento Emocional (AE) puntuaciones de 27 o superiores serían indicativas de un alto nivel de burnout, el intervalo entre 19 y 26 corresponderían a puntuaciones intermedias siendo las puntuaciones por debajo de 19 indicativas de niveles de burnout bajos o muy bajo.

En la sub escala de Despersonalización (DP) puntuaciones superiores a 10 serían nivel alto, de 6 a 9 medio y menor de 6 bajo grado de despersonalización. Y en la sub escala de Realización Personal (RP) funciona en sentido contrario a las anteriores; y así de 0 a 30 puntos indicaría baja realización personal, de 34 a 39 intermedia y superior a 40 sensaciones de logro.

El término Burnout hace referencia a un tipo de estrés laboral e institucional generado en profesionales que mantienen una relación constante y directa con otras personas, máxime cuando esta es catalogada de ayuda (médicos, enfermeros, profesores)<sup>24</sup>, y su origen se basa en cómo estos individuos interpretan y mantienen sus propios estadios profesionales ante situaciones de crisis. Los elementos del término Burnout que se revelan como más característicos serán el cansancio emocional, (CE) caracterizado por la pérdida progresiva de energía, el desgaste, el agotamiento, la fatiga etc.; la despersonalización (DP) manifestada por un cambio negativo de actitudes y respuestas hacia los demás con irritabilidad y pérdida de motivación hacia el trabajo; y la incompetencia personal (falta de realización personal) (FRP) con respuestas negativas hacia sí mismo y el trabajo.<sup>3,4</sup>

### **Variables desencadenantes o antecedentes del Burnout<sup>25</sup>**

Por variables desencadenantes o antecedentes entendemos aquellas variables que predicen la aparición del burnout y pueden ayudarnos a comprender mejor su origen. Las formas de identificarlas pueden ser muy variadas y permiten entender que las variables a analizar se han enfocado desde varias perspectivas: variables más relacionadas con aspectos personales del individuo, con características propias del contexto laboral o con aspectos relacionados con circunstancias externas al trabajo o, incluso, desde perspectivas interrelacionadas:

- Desarrollo del síndrome: interacciones sujeto-entorno de trabajo.
- Desencadenantes: estresores laborales.
- Facilitadores o inhibidores: variables personales.

Dividimos las variables en tres categorías:

- Organizacionales.
- Sociales.
- Personales.

1) Organizacionales: Son variables intrínsecas a la organización que pueden por sí mismas generar situaciones negativas, o bien juegan un papel importante en la interacción continua trabajador-puesto de trabajo.

Entre estas variables podemos distinguir:

- Dinámica del trabajo: fruto de interacciones mal conducidas con compañeros o supervisores, de planteamientos directivos descendentes poco claros, de un mal establecimiento de los roles a desempeñar.
- Inadecuación profesional: no adaptarse el perfil profesional y personal del individuo al perfil del puesto de trabajo que desempeña, no tanto por sí mismo como por el hecho de tener que seguir trabajando en un puesto al que objetivamente no está adecuado profesionalmente.
- Sobrecarga de trabajo: referida a las exigencias del trabajo que sobrepasan las racionalmente aceptables, y que suelen ir acompañadas de exceso de tareas que no son agradables. A más exigencias, y por tanto mayor responsabilidad en sus actuaciones habituales, mayor probabilidad de aparición del síndrome.
- Los contenidos: relacionados con la variedad de tareas, el grado de feedback, la identidad de las mismas, la realización.
- Ambiente físico de trabajo: estresores como el nivel de ruido que debe soportar el sujeto en el lugar de trabajo, y en concreto sus características de intensidad, control, predictibilidad y frecuencia, suponen una fuente importante de estrés laboral.
- Los turnos de trabajo: el trabajo nocturno, como variable que incide en el síndrome; especialmente cuando a su vez implica una sobrecarga de trabajo, junto con las dificultades propias de la sociabilidad por la falta continuada de descanso.
- Conflicto y ambigüedad de rol: un rol puede ser definido como el conjunto de expectativas y demandas sobre conductas que se esperan de la persona que ocupa una determinada posición.
- Estresores relacionados con las nuevas tecnologías: las nuevas tecnologías afectan a los profesionales, facilitando o entorpeciendo el desempeño de las tareas, y conllevan un cambio en las habilidades que el sujeto debe poner en práctica para desempeñar el trabajo.
- Estructura organizacional: el burnout se da en aquellas organizaciones excesivamente centralizadas o rígidas en las que prácticamente todo está previamente definido, y las posibilidades de improvisar o de tomar decisiones están muy restringidas. También en estructuras descentralizadas donde la improvisación y el “verlas venir” se impone.

— Estresores económicos: cuando existe inseguridad económica (contrato inestable, ausencia del mismo, insuficiencia económica, previsiones negativas sobre el futuro del puesto de trabajo, etc.) aumenta la vulnerabilidad al burnout.

— Desafío en el trabajo: se refiere a la circunstancia que a veces se da en los trabajadores, dentro del contexto laboral, de tener que estar continuamente demostrando su capacidad para desarrollar adecuadamente el desempeño laboral. A más desafío más burnout, en concreto, mayor despersonalización y menor realización personal.

— El clima organizativo: integrado por variables como:

1. Participación en la toma de decisiones.
2. Autonomía en el trabajo.
3. Compromiso con el trabajo.
4. Relaciones con los compañeros.

2) Sociales: Son variables no relacionadas con el contexto laboral y sí con otros ámbitos que pueden originar fricciones importantes: familia, amigos, estilos de vida, etc.

— El apoyo social está centrado fundamentalmente en el apoyo que la persona recibe de familiares y amigos. Podemos distinguir la incidencia del apoyo en varios aspectos:

1. Comunicación: cuando los flujos comunicativos se deterioran en el ambiente social del individuo, la aparición de burnout aumenta.

2. Actitudes de familiares y amigos: está muy condicionada por las relaciones interpersonales pero, en este caso, se refiere al sentido positivo o negativo de las actitudes que familiares y amigos tienen hacia la persona.

3. Problemas familiares: El hecho de que ocurran problemas familiares que distorsionen el funcionamiento normal de la dinámica del hogar predispone a la persona a sufrir burnout.

4. Recursos de afrontamiento familiares: cuando la familia facilita la puesta en marcha de diversos recursos para afrontar las situaciones que pueden dar lugar a burnout, la persona presenta menor vulnerabilidad a su padecimiento.

5. Cultura: el burnout no afecta de la misma manera a individuos pertenecientes a una cultura u otra, debido fundamentalmente a que ésta marca no sólo la forma de entender el

desempeño laboral, sino también la manera de entender las relaciones sociales y los diferentes apoyos que la persona puede recibir.

3) Personales: Son variables propias del individuo y hacen referencia a aspectos de su personalidad, sus sentimientos y pensamientos, sus emociones, sus actitudes, etc.:

— Locus de control: es la creencia de que los sucesos de la vida y sus efectos son controlables por las propias decisiones (locus interno) o no (locus externo). Cuanto menos control de la situación cree tener el individuo mayores posibilidades habría que apareciera el síndrome.

— Personalidad resistente (hardiness): se caracteriza por un sentimiento de compromiso hacia sí mismo y el trabajo, por una percepción de control del ambiente, así como una tendencia a acercarse a los cambios de la vida con una actitud de desafío antes que de amenaza.

— Sexo: la variable sexo no tiene una influencia clara. El rol familiar-laboral relevante que juega la mujer la hace más vulnerable al burnout; así, las mujeres presentan más conflicto de rol, conflictos familia-trabajo, entre otros, por lo que serán más propensas a presentar el síndrome. En general la mujer presenta puntuaciones más elevadas en la dimensión agotamiento emocional, pero más bajas en reducida realización personal; mientras que los varones puntúan más alto en despersonalización. Sin embargo esta variable no es del todo concluyente.

— Edad: la edad aparece como una variable que puede matizar el síndrome en el contexto laboral, de tal manera que a mayor o menor edad también se debe encontrar una correspondencia en experiencia y madurez y en la forma de afrontar las diferentes presiones que afectan al individuo.

— Estado civil: existen estudios que correlacionan que los individuos casados o que conviven con su pareja tienen menores índices de estar quemado.

— Estrategias de afrontamiento: lo que supone que el individuo está empleando unas estrategias de afrontamiento que son acertadas para hacer frente a la situación, centradas en el carácter y en el problema, que hacen que disminuya la posibilidad de padecer burnout.

— Autoeficacia: es entendida como la percepción que tiene el individuo de sentirse eficaz con las tareas que realiza, fundamentalmente con aquellos aspectos donde se requiere “comprobar” la valía personal del individuo.

— Patrón de personalidad tipo A: caracteriza a los individuos con altos componentes de competitividad, esfuerzo por conseguir el éxito, agresividad, prisa, impaciencia, inquietud, que predisponen claramente al burnout.

— Expectativas personales: se refiere a aquellas expectativas que el individuo tiene hacia cualquier evento vital; conforme las expectativas de la persona no se cumplan aumentará el riesgo de padecer burnout.

Podríamos concluir que las variables más analizadas son las que se encuadran en el contexto laboral, dentro de las organizacionales. Se consensua la importancia de estas variables por encima de las otras, puesto que el burnout se ha conceptualizado fundamentalmente en el contexto laboral. La mayoría de trabajos parten de la presunción de que las diversas variables laborales condicionan, por sí mismas, determinadas reacciones en los individuos que podrían conducir al padecimiento del burnout.

El Síndrome de Burnout ha sido investigado en ámbitos y grupos ocupacionales diversos. Las exploraciones iniciales se realizaron en médicos y enfermeras (os), posteriormente, se incluyeron profesionales ligados a la salud mental tales como psiquiatras, enfermeras psiquiátricas y auxiliares de Enfermería<sup>26</sup>. Aunque en la actualidad se acepta que el Síndrome de Burnout afecta a cualquier grupo ocupacional, existen profesionales más predispuestos a este síndrome, como es el caso específico de los profesionales de la salud.

La presencia del Síndrome de Burnout se ha considerado una consecuencia de trabajar intensamente hasta el límite de no tomar en cuenta las necesidades personales. Esta situación se acompaña de sentimientos de falta de ayuda, de impotencia, de actitudes negativas y de una posible pérdida de autoestima que sufre el trabajador, descrita como Síndrome de Burnout<sup>27</sup>. La prevalencia del Síndrome de Burnout a nivel internacional es variable respecto al grupo ocupacional y fluctúa de 17.83% reportada en enfermeras de España<sup>28</sup> hasta un 71.4% en médicos asistenciales del mismo espacio geográfico<sup>29</sup>.

La prevalencia de este síndrome en países desarrollados ha sido ampliamente estudiada, no así en países latinoamericanos. En un estudio reciente donde participaron trabajadores de 11 países europeos y Turquía, el 43% de los encuestados fueron clasificados con niveles altos del SQT, concluyéndose que este fenómeno es un problema común en toda Europa<sup>30</sup>. Estas cifras son similares a las señaladas por otros estudios en diversos colectivos ocupacionales de Latinoamérica (Argentina, Brasil, Colombia, México y Venezuela), donde la prevalencia del estrés laboral y del SQT se ha estimado entre el 10% y 43,2%, siendo estos fenómenos relacionados con diferentes factores psicosociales presentes en el trabajo, de altos costes personales<sup>31-36</sup>.

## **V.- JUSTIFICACIÓN**

En las residencias médicas o posgrado se asumen nuevas y grandes responsabilidades en el ámbito profesional y personal, con alta incidencia de patología relacionada con el síndrome, elevadas tasas de depresión, conductas adictivas, somatizaciones, conflictos familiares asociados a excesivas cargas de trabajos nocturnos, excesiva autoexigencia, inseguridad laboral futura, situaciones como la muerte de pacientes, errores en la actuación clínica, indefinición profesional, períodos de transición, además de factores individuales, sociales y grupales, coloca al residente en situaciones de despersonalización constante de varios tipos: laborales, educativos, psicológicos, familiares, sexuales y organizacionales, que constituyen un factor de riesgo para el desarrollo del síndrome de Burnout o desgaste profesional.

La mayoría de los estudios manifiestan que los profesionales de la salud constituyen la población más vulnerable a desarrollarlo,<sup>3,4,26,37,38</sup> pero hay que tomar en cuenta que ha sido



la población más estudiada y de la que más reportes existen, sin embargo hay muy pocos estudios en los que se evalúa al personal residente de urgencias, por lo que el objetivo principal del estudio fue determinar el grado del síndrome de burnout en los residentes de tercer grado de la especialidad de urgencias.

El propósito del estudio fue aportar información que pueda contribuir a la implementación de medidas tendientes a prevenir las diferentes manifestaciones del Síndrome de Burnout en el personal estudiado, introduciendo nuevas pautas en las condiciones de trabajo y en la organización de la práctica asistencial, como también sentar las bases para continuar o profundizar en esta línea de investigación a nivel local.

## **VI.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El síndrome de burnout fue considerado por la Organización Mundial de la Salud como riesgo de trabajo. Su trascendencia radica en el impacto que tiene en la relación laboral entre el personal médico y/o paramédico y las instituciones de salud.

Los trabajadores de la salud desempeñan una profesión especialmente vocacional de ayuda y cuidados, posee altos niveles de responsabilidad, relaciones interpersonales y exigencias sociales, lo que hacen ser a este colectivo más vulnerable a la despersonalización propias del trabajo desarrollando muchas horas unidas al sufrimiento del paciente, ser el intermediario entre el paciente, médico y la familia, soportar críticas y exigencias de ambos lados, la devaluada imagen de la profesión, el poco reconocimiento social de ésta profesión y las dificultades organizativas, son el marco adecuado para que pueda instaurarse la despersonalización con todas sus manifestaciones psicofísicas y/o síndrome de “Burnout”.

Actualmente, predomina un enfoque transaccional del desgaste tanto en el ámbito general como en el Laboral. En este contexto y en el que se encuentran laborando los médicos residentes en formación se hace necesario identificar las causas del Estrés, su afrontamiento y las consecuencias que están determinados tanto por rasgos personales como la estructura cognitiva individual, o la capacidad de resistencia por circunstancias ambientales.

Por ello, resulta interesante indagar la presencia de este síndrome y sus características en el personal médico residente de tercer año de medicina de urgencias y dar respuesta a la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el grado del “Síndrome de Quemarse por el Trabajo” (Burnout) en el médico residente de la especialidad de medicina de urgencias del tercer año del HGZ No. 89?

## **VII.- OBJETIVOS.**

### **OBJETIVO GENERAL**

Determinar el grado del síndrome de Burnout en médicos residentes de la especialidad de Medicina de Urgencias del tercer año del HGZ No. 89.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Identificar las características sociodemográficas de la muestra (edad, sexo, grado y año que cursa)

2. Identificar los factores de riesgo del “Síndrome de Quemarse por el Trabajo” (Burnout) caracterizado por el agotamiento emocional.
3. Identificar los factores del “Síndrome de Quemarse por el Trabajo” (Burnout) caracterizado por despersonalización.
4. Identificar los factores relacionados al grado de “Síndrome de Quemarse por el Trabajo” (Burnout) caracterizado por la disminución del sentido de realización personal.

## **VIII.- MATERIAL Y MÉTODOS**

A) Tipo de estudio (Diseño): Estudio transversal descriptivo.

B) Universo de trabajo (Población): Médicos residentes que cursan el tercer año de la especialidad de medicina de urgencias en el HGZ No. 89 del IMSS durante el periodo marzo 2013 a febrero 2014.

C) Tamaño de muestra: muestra no probabilística por conveniencia.

D) Criterios de selección

**- Criterios de inclusión:** Médicos residentes de tercer año de la especialidad de medicina de urgencias, de cualquier edad y/o género y llenen de manera correcta la encuesta estructurada que se les proporcione y/o que el cuestionario presente tachaduras o ítems sin contestar.

**- Criterios de no inclusión:** Médicos del tercer año de la especialidad de medicina de urgencias que no acepten participar en el estudio de manera voluntaria.

**Instrumento de evaluación:** Se construyó una encuesta con preguntas sobre aspectos generales y laborales: edad, sexo, turno, categoría, antigüedad, dificultades en las relaciones interpersonales (conflictos en el trabajo), trastornos físicos como insomnio, fatiga, cefalea, dolor de espalda, mareos, sofocos, escalofríos, náuseas, vómitos, gastritis y diarrea, constipación, asma, sensación de ahogo, taquipnea, taquicardia, hipertensión, amenorrea, acné, alopecia, cambios en el peso, etc. Para evaluar el síndrome de burnout se utilizará el cuestionario MBI en su versión en español previamente validado.<sup>25</sup> Este instrumento es una manera objetiva de medir y determinar el nivel de burnout que experimenta una persona, en cuanto a sus tres subescalas: CE, DP y RP. El cuestionario consta de 22 ítems con respuestas en escala de puntuación tipo Likert (0-6), de los cuales 9 valoran CE, 5 la DP y 8 la RP. Con respecto al CE, que valora la sensación de estar emocionalmente agotado por el contacto diario con personas a las que se debe atender como objeto de trabajo, las puntuaciones de 27 o más indican un nivel alto; entre 19 y 26, moderado; e inferiores a 19, bajo. En la subescala DP, que mide el grado en el que la respuesta hacia los pacientes es fría, distante e impersonal, las puntuaciones superiores a 10 indican un nivel alto; de 6 a 9, moderado; inferiores a 6, bajo. En la subescala RP, que valora los sentimientos de competencia y eficacia en la realización del trabajo y la relación con las personas a las que se atiende, valores superiores a 40 indican realización personal alta; de 34 a 39, intermedia; y menor de 33, baja. En caso de obtenerse un agotamiento emocional bajo, una despersonalización baja y una alta realización personal, se considera que no existe burnout. En el resto de los casos se establece la presencia del síndrome. Para la captación de la información se utilizó un cuestionario estructurado, desagregado en 2 secciones:

- Datos generales y laborales.
- Inventario de Burnout propiamente dicho.

F) Variables

- Variables independientes: Factores de riesgo para el síndrome, signos y/o síntomas asociados, edad, sexo
- Variable dependiente: Síndrome de Burnout

#### G) Análisis estadísticos

La recolección de datos fue por parte de la residente en formación a cargo del estudio. Los resultados de la edad y puntaje de ítems del instrumento se dieron como media y desviación estándar o mediana y rango según la distribución; las variables categóricas en tablas de frecuencias y porcentaje.

## **IX.- ASPECTOS ÉTICOS**

El desarrollo del presente trabajo de investigación, atiende a los aspectos éticos que garantizan la dignidad y bienestar del sujeto a investigación, ya que no conlleva riesgo alguno para el sujeto de investigación (residentes) de acuerdo al reglamento de la ley general en salud en materia de investigación para la salud, y de acuerdo al artículo 17 de éste mismo título, es considerado UNA INVESTIGACION SIN RIESGO (Categoría I), es decir investigación que no conlleva riesgo de posible alteración emocional de los encuestados secundaria a la aplicación de un cuestionario auto-contestado. Por otra parte los procedimientos propuestos en la presente investigación, están de acuerdo con las normas éticas, el reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud y con la declaración de Helsinki de 1875 enmendadas en 1989 y 2013 y con los códigos y normas internacionales vigentes de las buenas prácticas de la investigación. Por

lo que, se resguarda la confidencialidad de los registros en todo momento durante la investigación.

## **X.- RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD**

### **RECURSOS HUMANOS**

Investigador responsable, un investigador o asesor, la alumna en formación y los datos.

### **RECURSOS MATERIALES**

Encuesta y expedientes, computadora, impresora, hojas de papel bond tamaño carta, lapiceros y hoja de recolección de datos.

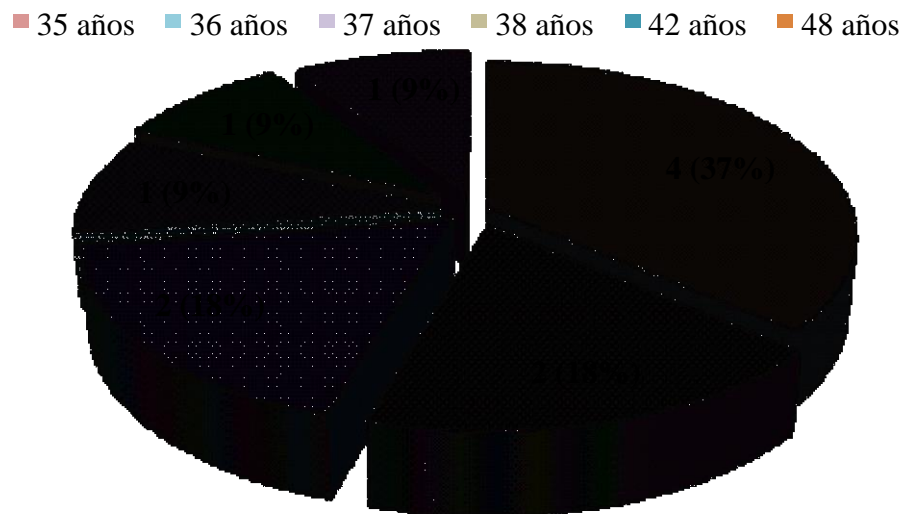
### **FINANCIAMIENTO**

Será cubierto por la alumna en formación encargada de la elaboración del proyecto y recolección de datos.

## **XI.- RESULTADOS**

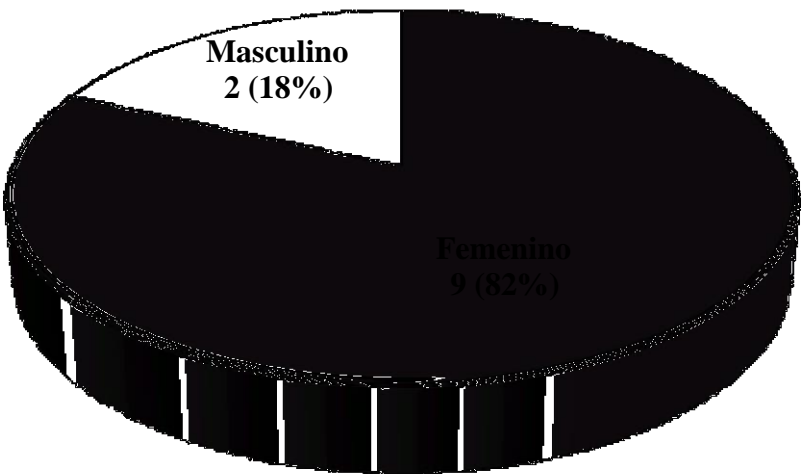
En lo referente a la edad de los residentes de especialidad de urgencias se encontró que, el 37% tienen 35 años de edad, el 2% 37 años, con igual porcentaje los de 36 años, el resto de 38, 42 y 48 años con el 1% cada uno, como muestra el gráfico 1.

**Gráfico 1. Edades de los residentes de 3er grado de la especialidad de Urgencias del HGZ No. 89**



En relación al género, un 82% son mujeres y el 18% restante son hombres (gráfico 2). El 100% refirió relaciones personales y realización personal adecuada.

**Gráfico 2. Frecuencia por género del total de residentes de 3er grado de la especialidad de Urgencias del HGZ No.89**



Dentro de las manifestaciones clínicas reportadas por los residentes, observamos que un 82% refirió fatiga, el 72% dolor de espalda, seguido en menor frecuencia de gastritis, agotamiento y constipación como muestra el gráfico 3.

**Grafico 3. Características clínicas de los residentes del 3er grado de la especialidad de Urgencias del HGZ No. 89.**

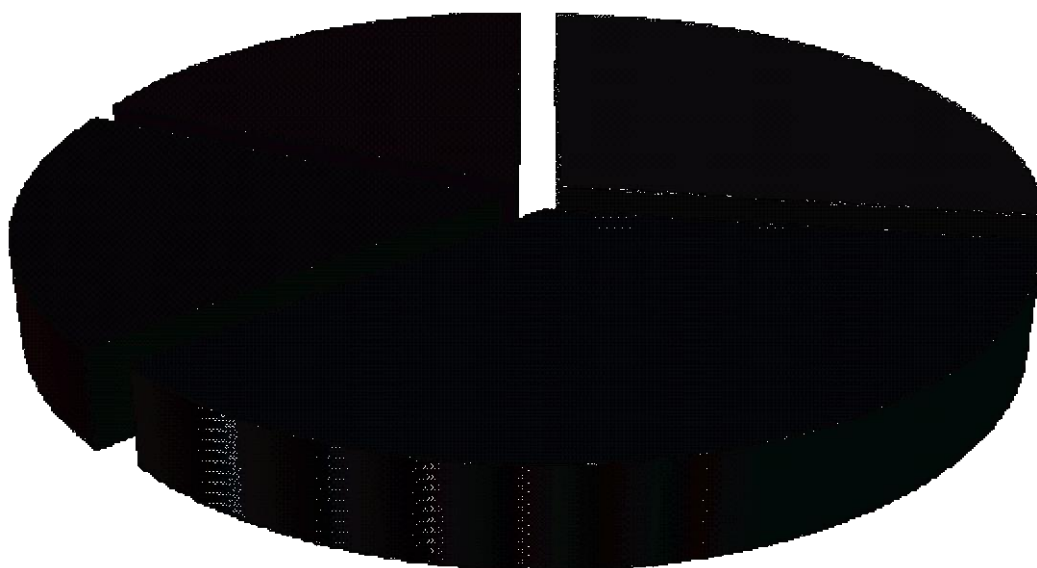
	Fatiga	Dolor de espalda	Gastritis	Ago- tamiento	Cons- tipa- ción	Cefa- lea	Insomnio	Ma- reos	Sofo- cos	Náu- seas	Vómi- to
SI	9	8	5	5	4	2	2	1	1	1	1
NO	2	3	6	6	7	9	9	10	10	10	10

SI	9	8	5	5	4	2	2	1	1	1	1
NO	2	3	6	6	7	9	9	10	10	10	10



En relación a la presencia de toxicomanías, como muestra el gráfico 4, prevalece el consumo de café y solo un residente refirió el consumo habitual de café y alcohol y otro consume alcohol, café y fuma.

**Gráfico 4. Frecuencia de toxicomanías en residentes de 3er grado de la especialidad de Urgencias del HGZ No. 89**



En cuanto a las sub escalas del cuestionario MBI, un 73% presentan agotamiento emocional bajo; la despersonalización moderada se observa en el 91% de los casos y en el 64% refirieron realización personal alta (Ver Cuadro 1).

Cuadro 1. Frecuencia de afectación de las sub escalas del cuestionario MBI de residentes de 3er grado de Urgencias del HGZ No. 89					
Subescala	Puntaje		Nivel	No.	%
CE: Agotamiento emocional	?27	Alto		1	9.1
	19 - 26	Moderado		2	18.2
	<19	Bajo		8	72.7
D: Despersonalización	?10	Alto		1	9.1
	6 - 9	Moderado		10	90.9
	<6	Bajo		0	0.0
RP: Realización personal	?40	Realización alta		7	63.6
	34 - 39	Realización intermedia		3	27.3
	?33	Realización baja		1	9.1

Finalmente, en el 64% de los residentes de urgencias presentan afectación de al menos una de las sub escalas del cuestionario MBI como se muestra en el cuadro 2.

<b>Cuadro 2. Frecuencia del síndrome de Burnout de acuerdo a edad y sexo de residentes de 3er grado de Urgencias.</b>					
<b>Edad</b>	<b>Sexo</b>	<b>Agotamiento emocional</b>	<b>Despersonalización</b>	<b>Realización personal</b>	<b>Burnout</b>
<b>36</b>	<b>F</b>	<b>12</b>	<b>0</b>	<b>41</b>	<b>No</b>
<b>35</b>	<b>M</b>	<b>14</b>	<b>4</b>	<b>34</b>	<b>Si</b>
<b>38</b>	<b>F</b>	<b>14</b>	<b>0</b>	<b>44</b>	<b>No</b>
<b>35</b>	<b>F</b>	<b>15</b>	<b>1</b>	<b>31</b>	<b>Si</b>
<b>42</b>	<b>F</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>48</b>	<b>No</b>
<b>48</b>	<b>F</b>	<b>7</b>	<b>1</b>	<b>43</b>	<b>No</b>
<b>37</b>	<b>F</b>	<b>15</b>	<b>7</b>	<b>44</b>	<b>Si</b>
<b>37</b>	<b>F</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>38</b>	<b>Si</b>
<b>36</b>	<b>M</b>	<b>21</b>	<b>2</b>	<b>38</b>	<b>Si</b>
<b>35</b>	<b>F</b>	<b>21</b>	<b>3</b>	<b>41</b>	<b>Si</b>
<b>35</b>	<b>F</b>	<b>27</b>	<b>11</b>	<b>41</b>	<b>Si</b>
<b>38±4 (36, 35 - 48)</b>		<b>14±9 (14, 0 - 27)</b>	<b>3±3 (1, 0 - 11)</b>	<b>40±5 (41, 31 - 48)</b>	<b>64%</b>

## **XII.- DISCUSIÓN**

En el sistema sanitario de urgencia estudiado, la distribución en zonas medias y altas de “Burnout” y las sub escalas de cansancio emocional y despersonalización es mayor que en los trabajos de referencia americanos y canadienses.<sup>39,40</sup> En un estudio con el cuestionario original, realizado entre 223 urgenciólogos canadienses,<sup>40</sup> se encuentra puntuación considerablemente mayor ( $21.53 \pm 9.85$  vs  $14.0 \pm 9.0$ ) a la nuestra en las sub escala de cansancio emocional y en la escala de “Burnout”, menor a moderada despersonalización pero menor en la falta de realización personal.

- 45% de los encuestados dieron un medio y alto grado de agotamiento emocional (frente a nuestro 27%).
- 93% puntuaron medio y alto grado en despersonalización (frente a nuestro 100%).
- 56% dieron entre medio y alto grado en realización personal (frente a nuestro 100%).<sup>39,40</sup>

En otro estudio realizado entre urgenciólogos en los Ángeles se registró un 60% en grados moderado y alto en “Burnout” (frente a nuestro 64%)<sup>41</sup>. Esta diferencia puede deberse a la mayor edad de los residentes de los profesionales entrevistados en comparación con los anteriormente expuestos, tendencia que se apunta en nuestro estudio (más “Burnout” y cansancio emocional a mayor edad, aunque la diferencia no tenga significación estadística).

Los resultados obtenidos en relación con la sobrecarga de trabajo, coinciden con lo documentado en la bibliografía, donde refiere ser el factor organizacional viciado que más afecta a la población que presenta el síndrome, en relación con los conflictos con los valores, que resultó ser significativa, coincide con lo reportado por Maslach; este fenómeno ocurre cuando no hay correlación entre la demanda del trabajo y los principios morales.

### **XIII.- CONCLUSIONES**

Se requieren nuevas líneas de investigación, puesto que a medida que el médico goce de buena salud tanto mental como física, será posible brindar una atención de calidad, además se necesita el conocimiento de las organizaciones de salud, en relación con este síndrome, ya que de no tenerlo, contribuye a que cuando se presente no se diagnostique oportunamente. Los signos y síntomas del síndrome de burnout pueden ser confusos en los médicos con falta de motivación para el trabajo, y por ende se les puede calificar como perezosos, irresponsables y conflictivos, cuando en realidad están enfermos, y necesitan apoyo. El desconocimiento del síndrome por parte de los médicos y de los directivos de las organizaciones de salud, dificulta el poder contar con apoyo para continuar con estas investigaciones.

#### **XIV.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Peiró JM. Desencadenantes del estrés laboral. Madrid: Eudema; 1992, pp. 77-83.
2. Vouri K. Quality assurance of health services. Copenhagen: WHO; 1982, pp. 209–215.
3. Freudenberger, H. J. "Staff burn-out", Journal of Social Issues, 1974, 30,pp. 159-165.
4. Maslach, C. y Jackson, S. E. "Burnout in health professions: A social Psychological Analysis, 1982. Citado en Moreno Jiménez, B.; Peñacoba Puente, C. "Estrés asistencial en los servicios de salud", Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid, 1995 pp. 326-30.
5. Díaz-González HR. Estudio de la influencia de los factores laborales y sociodemográficos en el desarrollo del síndrome de agotamiento profesional en el área de medicina especializada del INSALUD de Avila. Med-Clin Barc 1994; 103(11):408-412.
6. Díaz-González HR. El síndrome de Burnout en los médicos del sistema sanitario o público de un área de salud. Rev Clin Esp 1994; 194(9):670-676.
7. Osborne D, Croucher R. Levels of Burnout in general dental practitioners in the south-east of England. British Dental J 1994; 177(10):372-377.
8. Guntupalli KK, Fromm RE Jr. Burnout in the internist-intensivist. Intensive Care Med 1996; 22:625-630.
9. González P, Suberviola G. Prevalencia del Síndrome de Burnout o desgaste profesional en los médicos de atención primaria. Atención Primaria 1998; 22(9):580-584.
10. Franco BX. Nivel de síndrome de agotamiento en médicos, enfermeras y paramédicos. Rev Méx Puericult Pediatr 1999; 34(6):252-260.
11. Palmer Y, Gómez-Vera A, Cabrera-Pivaral C, Prince-Vélez R, Searcy R. Factores de riesgo organizacionales asociados al Síndrome de burnout en médicos anestesiólogos. Salud Mental 2005; 8(1):82-91.
12. Aranda-Beltrán C, Pando-Moreno M, Salazar-Estrada JG, Torres-López TM, Aldrete-Rodríguez MA et al. Síndrome de Bornout en médicos familiares del Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara, México. Rev Cubana Salud Pública 2005; 31(2):101-110.
13. Cabrera-Gutiérrez LS, López-Rojas P, Salinas-Tovar S, Ochoa-Tirado JG, Marín-Cotoñieto IA et al. Burnout syndrome among Mexican hospital nursery staff. Rev Med Inst Mex Segur Soc 2005; 43(1):11-15.

14. OMS 2000. The World Health Report. <http://www.Who.int/whr>.
15. López Rodrigo, M. "Estrés de los profesionales de Enfermería". Revista Rol de Enfermería. N° 201. España. Mayo, 1995 pp. 233-242.
16. Selye H. , 1936, sin datos de edición.
17. Lazarus y Folkman. "Stress appraisal and coping process", 1966, citado en Moreno Jiménez, B. y Peñacoba Puente, C., «Estrés asistencial en los servicios de salud». Dpto. de Psicología Biológica y de la salud. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid, 1995 pp. 544-549.
18. Maslach, C. "Burned out", 1976, en Atance Martínez, "Aspectos epidemiológicos del síndrome de Burnout en personal sanitario", Rev Esp Salud Pública 1997; 71(3):1-4.
19. Maslach, C. y Jackson, S. "Maslach Burnout Inventory", Palo Alto: Consulting Psychologists Press, Inc. Palo Alto, 1981 1° Ed.
20. Kamis, "An epidemiological approach to staff burnout", 1982, citado en Filgueira Bouza, "Desgaste profesional acelerado en trabajadores de la salud: Un estudio psíco-social". SISO/Saude, N° 23, 1994 pp. 221-226.
21. Alvarez Gallego y Fernández Ríos. "El síndrome de Burnout o el desgaste profesional: Revisión de estudios, 1991, citado en Filgueira Bouza, "Desgaste profesional acelerado en trabajadores de la salud: Un estudio psíco-social". SISO/Saude, N° 23, 1994 pp. 46-55.
22. Edelwich y Brodsky, "Burn-out stages of disillusionment in the helping professions", 1980, citado en Filgueira Bouza, "Desgaste profesional acelerado en trabajadores de la salud: Un estudio psíco-social". SISO/Saude, N° 23, 1994, pp. 1205-214.
23. Fornés Vives, J. "Respuesta emocional al estrés laboral". Rol de Enfermería. N° 186. España. Febrero, 1994, pp. 167-177.
24. Oliver C, Pastor JC, Aragoneses A, Moreno B. Una teoría y LHXI medida de estrés laboral asistencial. Actas II Congreso Social de Psicología.; Valencia; 1990, pp. 117-125.
25. Cristina María Marrau. El síndrome de Burnout y sus posibles consecuencias en el trabajador docente. Fundamentos en humanidades, 2ª semestre, año/vol. 5. Num. 010, San Luis Argentina, pp. 53-68.
26. Gil-Monte P. y Peiró J. Desgaste psíquico en el trabajo. Edit. Síntesis Psicología. España 1997 pp. 282-286.

27. Caballero, L. & Millán, J. (1999). La aparición del síndrome del burnout o de estar quemado. Butlletí bimestral de comunicació interna. Secretaria General de Administració y Funció Pública, 2, Abril pp. 679-689.
28. Del Río O. y Perezagua M. El síndrome de burnout en los enfermeros/as del Hospital Virgen de la Salud de Toledo. España 2003, pp. 257-262.
29. Martínez A. y Del Castillo C. "Estudio sobre la prevalencia del burnout en los médicos del Área Sanitaria de Talavera de la Reina". Revista Atención Primaria 2003; 32(6) España pp. 251-256.
30. Soler JK, Yaman H, Esteva M, Dobbs F, Asenova RS, Katic M, et al. Burnout in european family doctors: the EGPRN study. Fam pract 2008; 25(4):245-265.
31. Benevides A. 2008. El síndrome de burnout en Brasil y su expresión en el ámbito médico. En: Gil-Monte PR, Moreno-Jiménez B, coord. El síndrome de quemarse por el trabajo: grupos profesionales de riesgo. 2008. pp. 361-383. Madrid: Pirámide.
32. Caballero C, Palacio J. Relación del y el rendimiento académico con la satisfacción frente a los estudios en estudiantes universitarios. Avances en Psicología Latinoamericana 2007; 25:98-111.
33. Fernández M. Burnout, autoeficacia y estrés en maestros peruanos: tres estudios fácticos. Cien Trab 2008; 10:113-119.
34. Juárez-García A, Schnall PL. 2007. Psychosocial factors and work stress research in Mexico: a new Latin-American Network, The Global Occupational Health Network, GOHNET Special [línea]. WHO. p. 14-17. Disponible :[http://www.who.int/occupational\\_health/publications/newsletter/gohnetspecial072007.pdf](http://www.who.int/occupational_health/publications/newsletter/gohnetspecial072007.pdf). [Consultado en mayo de 2010].
35. Paredes O, Sanabria P. Prevalencia del síndrome de burnout en residentes de especialidades médico-quirúrgicas, su relación con el bienestar psicológico y con variables sociodemográficas y laborales. Revista Med 2008; 16:25-32.
36. Vilorio H, Paredes M, Paredes L. Burnout en profesores de educación física. Revista de Psicología del Deporte 2003; 12:133-146.
37. Pando MM, Bermúdez D, Aranda BC. El síndrome del quemado en los trabajadores de la Salud. Revista Salud y Trabajo 2000; 1:12-5.

38. Capilla PR. El Síndrome de Burnout o de desgaste profesional. Rev Fund Fac Med 2000; 58:1334.
39. Lloyd S, Streiner D, Shanon S. Burnout, depression, life and job satisfaction among Canadian emergency physicians. J Emerg Med 1994;12:559-565.
40. Chapman DM. Burnout in emergency medicine: what are we doing to ourselves? Acad Emerg Med 1997;4:245-247.
41. Goldberg R, Boss W, Chan L, Goldberg J, Mallon WK, Moradzadeh D et al. Burnout and its correlates in emergency physicians: four years' experience with a wellness booth. Acad Emerg Med 1996;3:1156-1164.