



FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO “DR. EDUARDO LICEAGA” O.D.

**TESIS**

Factores de riesgo asociados para desarrollar Síndrome de Burnout en los residentes de la especialidad de Pediatría del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” O.D.

PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALIDAD EN PEDIATRÍA

PRESENTA:

**DRA. MARTHA ALICIA PÉREZ GOPAR**

TUTORA DE TESIS:

**MAESTRA EN EDUCACIÓN MARÍA TERESA CHAVARRÍA JIMÉNEZ**  
COORDINADORA DE EDUCACIÓN DEL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL  
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO “DR. EDUARDO LICEAGA” O.D.

CIUDAD DE MÉXICO, AGOSTO 2017.



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.

---

**MAESTRO LUIS PAULINO ISLAS DOMÍNGUEZ**  
**TITULAR DEL CURSO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL GENERAL DE**  
**MÉXICO “DR. EDUARDO LICEAGA” O.D.**

---

**MAESTRA EN EDUCACIÓN MARÍA TERESA CHAVARRÍA JIMÉNEZ**  
**COORDINADORA DE EDUCACIÓN DEL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL**  
**HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO “DR. EDUARDO LICEAGA”O.D.**

---

**MAESTRA EN EDUCACIÓN MARÍA TERESA CHAVARRÍA JIMÉNEZ**  
**TUTORA DE TESIS, COORDINADORA DE EDUCACIÓN DEL SERVICIO DE**  
**PEDIATRÍA DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO “DR. EDUARDO**  
**LICEAGA”O.D.**

## **TÍTULO**

Factores de riesgo asociados para desarrollar Síndrome de Burnout en los residentes de la especialidad de Pediatría del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” O.D.

## **ASESOR:**

Maestra en Educación María Teresa Chavarría Jiménez

Coordinadora de educación del servicio de pediatría del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga O.D.”

Teléfono: 2789-2000, extensión 1541.

Email: mterechavarria@gmail.com

## **INVESTIGADOR:**

Dra. Martha Alicia Pérez Gopar

Residente de tercer año de la especialidad de pediatría del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga O.D.”

Teléfono: 551800-8276.

Email: martha.pego@gmail.com

## Índice:

1. Introducción.....	5
1.1 Origen de las residencias médicas.....	5
1.2 Origen de las residencias médicas en México.....	6
1.3 Posgrado de medicina en México.....	8
2. Marco teórico.....	11
2.1 Historia del síndrome de burnout.....	11
2.2 Antecedentes de síndrome de burnout en medicina.....	13
2.3 Definición de síndrome de burnout .....	15
2.4 Marco legal .....	16
2.5 Manifestaciones clínicas asociadas al síndrome de burnout.....	17
2.6 Epidemiología del síndrome de burnout en medicina.....	22
2.7 Factores de riesgo asociados para desarrollar síndrome de burnout.....	22
2.8 Mobbing y acoso laboral como factor de riesgo.....	29
2.9 Consecuencias de presentar síndrome de burnout.....	31
3. Pregunta de Investigación .....	34
4. Planteamiento del problema .....	34
5. Justificación .....	35
6. Objetivos .....	36
7. Variables .....	36
8. Metodología .....	38
9. Resultados .....	41
10. Análisis de resultados .....	68
11. Conclusiones .....	75
12. Discusión .....	79
13. Estrategias de prevención .....	84
14. Bibliografía .....	87
15. Anexos .....	89

**Factores de riesgo asociados para desarrollar Síndrome de Burnout en los residentes de la especialidad de Pediatría del Hospital General de México**  
**“Dr. Eduardo Liceaga” O.D.**

**1. Introducción:**

**1.1 Origen de las residencias médicas:**

El concepto de residencia hospitalaria fue ideado e iniciado por el gran cirujano austríaco Teodoro Billroth, quien era profesor y jefe de cirugía en el “Allgemeine Krakrenhouse de Viena” durante la segunda mitad del siglo XIX. Comprendía de un entrenamiento de posgrado a médicos recién recibidos, un trabajo de tiempo completo y exclusivo, con residencia dentro del hospital, de ahí su denominación “residencia médica”, que al final de dicho entrenamiento obtenían un reconocimiento y aval universitario. El mismo Billroth seleccionaba a los alumnos, exigía preparación en anatomía patológica, bioquímica, rotación en medicina interna, consulta externa con seguimiento minucioso de los casos y con excelente realización de historias clínicas. Los discípulos de Billroth poblaron las cátedras austríacas, alemanas, húngaras, holandesas, belgas, suizas, polacas, escandinavas, inclusive islámicas como Alejandría y Constantinopla. Por consiguiente, Viena fue reconocida como la ciudad europea con mayor calidad para realizar cirugías debido al programa de entrenamiento de posgrado Hospital-Universidad.<sup>11</sup>

William Halstead, cirujano norteamericano, entrenado en Viena, a su regreso a los Estados Unidos, trató de implantar el sistema de Billroth en el Hospital de Bellevue de Nueva York, sin éxito por desdén e incuria de sus compañeros. Fue hasta que obtuvo el nombramiento de profesor y jefe de cirugía de la nueva Escuela-Hospital John Hopkins en Baltimore donde instauró el sistema de Billroth, con algunas modificaciones. Halstead exigía obligatoriamente la práctica de cirugía experimental, continuando con las exigencias de anatomía patológica,

bioquímica, microbiología; a su vez, exigió también una rotación por los servicios de medicina interna. Con el paso de tiempo los discípulos de Halstead empezaron a ocupar cátedras universitarias unificando al resto de los hospitales con éste programa de posgrado. El último residente de Halstead fue Emil Holman, profesor de cirugía en Stanford.<sup>11</sup>

## **1.2 Origen de las residencias médicas en México:**

En México, el trigésimo sexto Virrey de Nueva España, Don Baltasar Zúñiga y Guzmán, marqués de Valero, expidió una ordenanza en la que mandaba que para poder presentar el examen profesional de médico o cirujano, ante el Protomedicato, era requisito indispensable haber trabajado previamente dos años como interno en el Hospital de Jesús fundado por Hernán Cortés en 1523.

En ese tiempo, para poder ejercer la medicina se requerían de dos exámenes, el primero, ante el Claustro Universitario y una vez aprobado éste, el aspirante podía presentar el segundo examen ante el Protomedicato. Ésta práctica aún perdura en Estados Unidos de América, se realiza el examen universitario y después un examen ante el “State Board”.<sup>11</sup>

El Hospital General de México, actualmente Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” O.D., se inauguró el domingo 5 de febrero de 1905, en aquella época la enseñanza de la medicina se lograba mediante la asistencia de los médicos recién graduados a los distintos servicios para acompañar a los maestros y ver qué podía captar durante su actuación en el pase de visita. En 1924, siendo director del Hospital General de México, el Dr. Genaro Escalona, se crearon las unidades Médico-Quirúrgicas Especializadas que dieron nacimiento a numerosas especialidades, éstos servicios se convirtieron en centros de enseñanza e instrucción para los médicos graduados.<sup>12</sup> En abril de 1942, se inauguró por el doctor Gustavo Baz Prada, quien había sido residente del profesor Albert Ochsner en el Augustana Hospital de Chicago, y en ese momento Secretario de Salubridad y Asistencia de la República Mexicana; y por el Doctor

Aquilino Villanueva, director de Hospital General de México, la residencia de posgrado en medicina, la primera en su género en México. El programa inició con veintitrés residentes, el plan era por un año, donde se vivía en el hospital, y se debía de permanecer en servicio durante las 24 horas del día. El plan constaba de un sistema rotatorio por los servicios de cirugía general, medicina interna, gineco-obstetricia y alguna otra especialidad. La atención de los pacientes recaía, esencialmente, sobre los médicos residentes debido a que los médicos de base solamente laboraban entre dos a ocho horas al día.<sup>11,12</sup> A finales de 1942 se fundaron otros dos planes de residencias médicas en el Hospital Infantil y en el Hospital Militar, ambos con influencia y consejo del doctor Gustavo Baz Prada, quién de manera simultánea fue director de la facultad de medicina y de la escuela médico militar, hecho insólito sin precedente y seguramente irrepetible. Hay reporte que las residencias médicas existían desde 1906, pero se sustentaban de forma errónea, irregular y sin cronología, pero a partir de la residencia médica de posgrado fue instaurada en el Hospital General de México, se regularizaron y sistematizaron. Al inaugurarse nuevos hospitales e institutos como el Instituto Nacional de Cardiología, Instituto Nacional de Nutrición, Hospital General “Gea González”, iniciaban con un programa de residencias médicas similar al del Hospital General México.<sup>11</sup>

Todo ocurrió durante el sexenio de 1940-1946, cuando el doctor Gustavo Baz Prada, desde la Secretaría de Salubridad y Asistencia transformó total y radicalmente la medicina mexicana en todos sus aspectos, ya que fundó el servicio social para los pasantes de medicina, cubrió de hospitales a todo el país, se iniciaron los institutos, fundó las bases para la investigación biomédica, planeó e inició la construcción del centro médico nacional, actualmente conocido como Centro Médico Nacional “Siglo XXI” e inició las residencias hospitalarias de posgrado. Hoy en día, el programa de residencias médicas se ha ampliado en extensión, duración y profundidad; la enseñanza de especialidades se ha facilitado y existen programas para cada una de ellas avalada por universidades con profundos conocimientos teóricos y amplia práctica de destrezas.<sup>11</sup>

### **1.3. Posgrado de medicina en México:**

Los médicos especialistas son parte importante del sistema nacional de salud en México, debido a que son los profesionales que proporcionan servicios especializados a pacientes con problemas de salud complejos. La mayoría de ellos labora en hospitales otorgando atención directa a pacientes, mientras que cerca del 10% se dedica a desempeñar actividades de educación médica, investigación, salud pública y administración de establecimientos de salud, sin proporcionar atención médica directa. No obstante, la relevancia de la información sobre los médicos especialistas, en México los datos disponibles no son suficientes para conocer en forma completa la cantidad, tipo, distribución y perfil demográfico, ya que sólo se cuenta con datos sobre su número y distribución en el sector público.<sup>13</sup>

Los esfuerzos del Sistema Nacional de Salud de México se orientaron durante décadas en conseguir la cobertura universal en salud, pero uno de los retos para lograrla es que la fuerza laboral, médicos residentes, se caracterice por:

- a) Ser suficiente en cantidad y calidad, de acuerdo con el patrón epidemiológico y demográfico.
- b) Tener formación y capacitación adecuadas.
- c) Estar distribuida equitativamente a lo largo del país.
- d) Desempeñarse con base en la mejor evidencia científica.
- e) Responder a necesidades de salud de la población.

En el ámbito académico, la Universidad Nacional Autónoma de México desempeña un papel destacado en el reconocimiento de las especialidades a través de su Escuela de Graduados y la creación de la División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Medicina en 1964. Durante los primeros nueve años posterior a su creación, los aspirantes que ingresaban al programa de residencias médicas, habían realizado un internado rotatorio de posgrado; y el

ingreso al programa de especialización dependía de su desempeño durante éste internado y la aprobación del examen universitario. Fue hasta 1983, donde el Comité de Evaluación de Aspirantes a Residencias Médicas administró el ingreso al programa de residencias médicas mediante un examen, creando la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos en Salud (CIFRHS), esto fue un acuerdo presidencial, desde entonces, a través de ella se pública anualmente el número de plazas para los aspirantes a las residencias médicas y coordina un examen único para el ingreso a dichas residencias.<sup>13</sup>

El proceso para ingresar a una residencia médica comprende de tres etapas: la primera constituida por el Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas (ENARM), la segunda es el trámite de ingreso a instituciones de salud que imparten los cursos de especialización y la tercera etapa es la inscripción en las instituciones de educación superior que avalan los planes y programas de estudio y que expiden diplomas oficiales de la especialidad.<sup>13</sup>

El sistema de ingreso a las residencias médicas antes descrito constituye la herramienta más importante de planificación de médicos especialistas en México; sin embargo, en realidad no se lleva a cabo un análisis conjunto de las necesidades nacionales, ya que cada institución de salud define el número de plazas de residencia con base en sus requerimientos particulares y a su presupuesto.<sup>13</sup>

En 2012, se realizó un estudio para conocer la oferta y necesidad de médicos especialistas, mostrando los siguientes resultados: en 2011 en México existían 147,898 especialistas de los cuales 90,033 correspondían al sector público y 57,865 al sector privado, cabe aclarar que la cifra del sector público corresponde al número de plazas ocupadas por médicos especialistas más médicos generales. La tasa de médicos especialistas fue de 1.3 por 1,000 habitantes, cifra

similar a la publicada por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) en 2011 con datos de 2010, en la que colocan a México a la par de España y por arriba de Canadá, Turquía e Irlanda, pero menor que Reino Unido y Estados Unidos. Si el cálculo se realiza sólo con datos de médicos especialistas del sector público, la tasa de médicos se reduce a 0.8 por mil habitantes, lo que coloca a México como uno de los países de la OCDE con menor oferta de médicos especialistas.<sup>13</sup> En cuanto a la distribución los médicos especialistas por entidad federativa, casi el 46% se encuentra en 4 estados de la república, 15.5% en Ciudad de México, 11.6% en Nuevo León, 10.4% en Estado de México y 8.2% en Jalisco.<sup>13</sup>

La brecha entre la solicitud de aspirantes a las residencias médicas y la oferta de plazas es muy amplia. En los últimos años, alrededor del 20% de los aspirantes son aceptados con un porcentaje desconocido de rechazados. Se podría mencionar que sólo la quinta parte de quienes presentan el examen de ingreso a las residencias médicas son seleccionados, lo que significa que existe una reserva de médicos generales que potencialmente puede aprovecharse para formar un mayor número de especialistas, y sobre todo, fortalecer la atención primaria de salud.<sup>13</sup>

También se debe de considerar la baja tasa de retención de los médicos especialistas egresados de instituciones públicas de salud donde desarrollaron su programa académico, se estima que es sólo el 50%; entre otras razones se debe a la falta de presupuesto para la creación de nuevas plazas, así como la carencia de planes integrales de empleo médico.<sup>13</sup>

## 2. Marco teórico:

### 2.1 Historia del Síndrome de Burnout:

La primera referencia del concepto de *burnout* se puede encontrar en *Buddensbrooks*, una novela de Thomas Mann de 1901; donde relata la decadencia personal y familiar de un senador cuyo apellido da nombre a la obra. Más adelante, Graham Greene utiliza el término *A Burnt-out case*, en una publicación de 1961.<sup>7</sup> Freudenberger introdujo, en 1974, el término *Burnout profesional* al observar a voluntarios que trabajaban con toxicómanos en la “*Free Clinic*” de Nueva York, quienes tras cierto tiempo trabajando, sufrían una pérdida de energía, para luego llegar al agotamiento, con síntomas de ansiedad y depresión y desmotivación por su trabajo.<sup>3,16</sup> Describió a éstas personas como menos sensibles, poco comprensivas y agresivas en su relación con los pacientes e incluso les daba un trato distante y cínico. Tras éstos hallazgos, explicó que el *burnout*, es fallar, desgastarse o sentirse exhausto debido a las demandas excesivas de energía, fuerza o recursos, y se introdujo el término *burnout* por primera vez en la literatura médica.<sup>3,16</sup>

En la década de los ochentas, la psicóloga Cristina Maslach de la Universidad de Berkeley, California en Estados Unidos de Norteamérica, retoma el término para definir el síndrome de *agotamiento profesional* o *síndrome de burnout* y alcanza una mayor difusión a partir de que lo da a conocer dentro del congreso anual de la Asociación Estadounidense de Psicología; se refería a una situación cada vez más frecuente entre trabajadores de servicios humanos: concretamente, al hecho de que, después de meses o años de dedicación, éstos terminaban “quemándose”.<sup>7,16</sup>

En 1986 Cristina Maslach, en conjunto con el psicólogo Michael P. Leiter de la Universidad Acadia de Nova Escotia, Canadá, desarrollaron un instrumento para medir el síndrome, al cual llamarían “cuestionario Maslach”, siendo el más utilizado en todo el mundo y traducido al español por el doctor José Carlos Minote Adan de la Universidad Complutense de Madrid, España.<sup>16</sup>

## **INSTRUMENTO DE DESGASTE PROFESIONAL DE MASLACH**

### **CANSANCIO EMOCIONAL**

1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo
2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo
3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar
4. Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo, es tensionante
5. Me siento quemado (desgastado), cansado por mi trabajo
6. Me siento frustrado o aburrido de mi trabajo
7. Creo que estoy trabajando demasiado
8. Trabajar directamente con personas me produce estrés
9. Me siento acabado, como si no pudiese dar más

### **DESPERSONALIZACIÓN**

1. Creo que trato a los pacientes de una manera impersonal, apática
2. Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión
3. Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente
4. Siento que me preocupa poco lo que le ocurre a mis pacientes
5. Yo siento que las otras personas que trabajan conmigo me acusan por algunos de sus problemas

### **REALIZACIÓN PERSONAL**

1. Comprendo fácilmente como se sienten los demás
2. Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes
3. Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de las personas
4. Me siento muy activo
5. Puedo crear fácilmente una atmosfera relajada con mis pacientes
6. Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes
7. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión
8. En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma

- 0 = nunca
- 1 = pocas veces al año
- 2 = Una vez al mes
- 3 = pocas veces al mes o menos
- 4 = Una vez a la semana
- 5 = Pocas veces a la semana
- 6 = todos los días

## **2.2 Antecedentes de Síndrome de Burnout en medicina:**

Hay ciertos estudios relevantes respecto a la relación que existe entre el síndrome de burnout y las residencias médicas, un ejemplo de esto es, Harms, quien valoró las consecuencias en la salud de cirujanos residentes veteranos de un mismo hospital, los resultados fueron que el 50% presentaba problemas de salud a partir de los 50 años de edad, 21.4% estaban divorciados y un 7.3% eran alcohólicos.<sup>3</sup>

Hutter, demostró que la reducción de la jornada laboral de los residentes de cirugía a 80 horas semanales disminuía significativamente el cansancio emocional y disminuía el grado de burnout y también mejoraba la calidad de vida percibida dentro y fuera del hospital, las relaciones interpersonales y la motivación por el trabajo. Margison, identificó que las tasas de suicidio en los médicos son tres veces más altas que en la población general, las tasas más elevadas se encontraron entre psiquiatras y anestesiólogos, la característica principal fue el sentimiento de aislamiento del resto de los profesionales médicos.<sup>3</sup>

Virginia Spehrs menciona que en un estudio realizado por el Colegio Americano de Médicos en Urgencias, los médicos presentaron mayores índices de estrés y depresión en comparación con los hombres con diferente área de trabajo, también reconoció que en las personas casadas los índices eran menores.<sup>3</sup>

Amalia Rivera Delgado, clasifica en tres niveles el índice de burnout y concluye que las especialidades con nivel alto de agotamiento son anestesiología, nefrología, geriatría, psiquiatría, cirugía plástica, endocrinología y ortopedia. También concluye, que los médicos varones mostraron puntajes más altos de ansiedad y menores índices de satisfacción laboral; y en las mujeres se identificó estrés sobreañadido por la doble jornada, pero mayor satisfacción.<sup>3</sup>

Schernhammer publicó una perspectiva sobre el problema del suicidio médico.<sup>3</sup> Diversos estudios mostraron un incremento del suicidio en médicos en un 40% y en médicas de 130% con respecto a los profesionales de la misma edad y sexo de la población general. Esta diferencia se debió fundamentalmente a dos cosas: 1. El acoso sexual de las médicas en el trabajo y 2. Insatisfacción laboral por no poder acceder a puestos de dirección.<sup>3</sup>

Rossen, realizó un estudio en el que demostró que al inicio del año de residencia 4.3% de los residentes de medicina interna reunían criterios para presentar síndrome burnout por la escala de Maslach; para el final del primer año se había incrementado hasta 55.3%, con aumento significativo de la despersonalización y el cansancio emocional.<sup>3</sup>

En 2003, se implementó en Estados Unidos el *Accreditation Council for Graduate Medical Education's 80-Hour Workweek Restriction*, el cual contempla que un residente no debe sobrepasar las 80 horas de actividad laboral por semana, por lo menos tener un descanso de 10 horas entre jornadas laborales, no trabajar más de 24 horas seguidas, con un día a la semana libre de trabajo y de atención al paciente. Ésta restricción fue adoptada para conservar la salud mental y física del residente, y la reducción de errores que se puedan dar por la privación de horas de sueño. Sin embargo, existen argumentos en contra de ésta implementación, como es la reducción en horas laborales, la cual impedirá al residente observar el curso clínico de las patologías en los pacientes. Existieron críticas sobre la restricción argumentando que podrían generar más errores médicos debido a que el paciente sería tratado por más médicos y, por último, el

que menos horas laborales no generaría un sentido de responsabilidad y profesionalismo en el residente de medicina.<sup>4</sup> Gerlfan, observó que el síndrome de burnout en residentes una semana antes y seis meses después de la implementación de esta restricción máxima de horas laborales, no causó reducción de los puntajes en la escala de Maslach, teniendo inclusive un aumento de la despersonalización de 56 a 70%.<sup>4</sup>

Ya han llegado al campo de la medicina las señales de alarma por éste síndrome de burnout o desgaste laboral que afecta, mayoritariamente, a quienes realizan actividades centradas en la prestación de servicios, como los profesionales de la salud y la educación. Sus efectos, si no se detectan a tiempo, conducen al agotamiento cognitivo, emocional y físico de la persona.<sup>7</sup>

### **2.3 Definición de Síndrome de Burnout:**

La definición más difundida y reconocida es la de Maslach y Jackson (1981), quienes consideran que el síndrome es una forma inadecuada de afrontar un estrés emocional crónico y desarrollaron el concepto definiendo sus dimensiones características:<sup>10,16</sup>

1. Cansancio emocional: pérdida progresiva de energía y recursos personales de adaptación, desgaste y agotamiento.
2. Despersonalización: actitudes negativas que lleva a adoptar defensivamente distanciamiento frente a los problemas.
3. Falta de realización profesional: respuesta negativas hacia sí mismos y hacia el trabajo en un marco de fuerte insatisfacción y baja autoestima.<sup>3</sup>

El síndrome de burnout ha sido descrito como un proceso que se inicia con el estrés emocional, generando tensión en el individuo y progresando al

agotamiento del sujeto. Se trata de un concepto multidimensional, acompañado de síntomas físicos y emocionales, cuyo componentes identificados son: agotamiento emocional, despersonalización y pobre realización profesional en el médico. Durante el desarrollo de éste síndrome, se pueden producir cambios en el comportamiento, sentimientos y pensamiento, así como síntomas físicos que en ocasiones son imperceptibles para los compañeros de trabajo; estos cambios se pueden clasificar en grados: leve, moderado y severo.<sup>4</sup>

#### **2.4 Marco legal:**

El concepto de estrés laboral se refiere a todos aquellos aspectos del trabajo que pueden influir sobre las personas generando estrés. Para el National Institute of Occupational Safety and Health (NIOSH) define el estrés en el trabajo puede definirse como las respuestas nocivas físicas y emocionales que se producen cuando las exigencias del trabajo no corresponden a las capacidades, recursos o necesidades del trabajador. El estrés en el trabajo puede conducir a una mala salud o una lesión. Es un estado que se caracteriza por altos niveles de excitación y angustia, con la sensación de no poder hacer frente a la situación.<sup>1</sup>

Para la Organización Internacional del Trabajo (OIT), el estrés laboral se rige actualmente como una enfermedad de alta peligrosidad para las economías de los países, debido a la clara repercusión que tiene sobre la productividad al atacar la psiquis y la salud física de los profesionales en funciones. En los últimos tiempos las investigaciones sobre el estrés laboral, sus consecuencias y características, han permitido determinar la existencia del síndrome de burnout, el cual se caracteriza por el agotamiento emocional y actitudes de orden negativo hacia sí mismo y los demás, con un sentimiento inadecuado sobre su labor como profesional. También se puede describir como un estado psicológico que aparece luego de un periodo prolongado de exposición a factores de riesgo psicosocial. Éste síndrome cuenta de tres dimensiones: cansancio emocional o

pérdida de recursos emocionales para enfrentarse al trabajo, despersonalización o desarrollo de actitudes negativas y cinismo hacia los pacientes y bajos logros personales o tendencia a evaluar negativamente el propio trabajo con apreciaciones de baja autoestima profesionales.<sup>1</sup>

En México, la Ley Federal del Trabajo en su artículo 123 establece jornadas laborales de ocho horas, con la finalidad de garantizar la integridad física y mental del trabajador y mejorar su desempeño. En encuestas realizadas a médicos residentes en Estados Unidos, se observó que trabajar más de 24 horas de forma continua, se relacionaba con un mayor riesgo de sufrir accidentes de tránsito, así como que el estrés generado por extenuantes jornadas de trabajo aumentaba la tendencia de cometer errores médicos. Las jornadas extenuantes provocan privación de sueño, que, a su vez, éstas deterioran el rendimiento laboral en tareas repetitivas, rutinarias que requieren atención sostenida, incrementando las posibilidades de cometer un error.<sup>1</sup> Al mismo tiempo, el estado de ánimo y el humor empeoran con la fatiga, ocasionando trastornos del carácter. La falta de sueño produce efectos similares a la intoxicación alcohólica, 24 horas continuas de vigilia equivale a una concentración sanguínea de alcohol de 0.1%, que provoca descenso en la capacidad de atención visual, disminución en la velocidad de reacción, memoria visual y pensamiento creativo.<sup>1</sup>

## **2.5 Manifestaciones clínicas del síndrome de burnout:**

El estímulo de estrés continuo es parte fundamental para desarrollar el síndrome, generando respuestas emocionales, fisiológicas y de comportamiento hacia demandas internas y externas. Se alteran los sistemas inmunológico, digestivo, neuromuscular y cardiovascular, mediados por una respuesta del sistema neuroendocrino. Sin embargo, estas adaptaciones tienden a disminuir en lugar de aumentar a lo largo del tiempo. El eje hipotálamo-hipófisis-adrenal se activará y generará una secreción de cortisol mientras el estímulo de estrés persista, con

éste aumento de cortisol sérico, se inhibe la respuesta inflamatoria y la respuesta inmune, haciendo una reducción en los niveles de citosinas y otros mediadores de la inflamación. Normalmente el incremento en el cortisol en plasma termina la respuesta al estrés por retroalimentación negativa mediada por receptores de corticoesteroides; pero en presencia de un estrés crónico, estos receptores no causan la retroalimentación negativa porque su sensibilidad está disminuida, por lo que el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal seguirá incrementado en actividad. Algunos autores piensan que el cambio en la activación de éste eje es una vía en común para la depresión, fibromialgia y el síndrome de fatiga crónica, ya que algunos de los síntomas físicos y psicológicos se deben al incremento de la actividad del eje neuroendócrino.<sup>4</sup>

La mayoría de los autores señalan que el cuadro de síndrome de burnout no aparece en forma abrupta o súbita, sino paulatinamente se atraviesan diferentes etapas que terminan en la configuración del síndrome:<sup>6</sup>

Etapa 1: desequilibrio entre demandas laborales y recursos materiales y humanos de forma que los primeros exceden a los segundos, lo que provoca un estrés agudo.<sup>6,9</sup>

Etapa 2: el individuo realiza un sobreesfuerzo para adaptarse a las demandas. Funciona de manera transitoria, empieza por perder el control de la situación y va apareciendo síntomas como menor compromiso con el trabajo, alineación y reducción de la metas laborales. Hasta ésta etapa, el cuadro aún es reversible.<sup>6,9</sup>

Etapa 3: Aparece el síndrome de burnout, con los síntomas se va desarrollando en fases evolutivas de forma insidiosa, los síntomas clínicos asociados son de cuatro tipos:<sup>3,6,9</sup>

1. *Síntomas físicos de estrés:* cansancio fatiga, trastornos del sueño, malestar general, cefaleas, dolores osteomusculares, alteraciones gastrointestinales, taquicardia, alteraciones de la tensión arterial, alteraciones menstruales.<sup>3,6</sup>

2. *Manifestaciones emocionales:* sentimientos de vacío, agotamiento, fracaso, impotencia, escasa autoestima y pobre realización personal, deseos de abandonar el trabajo, dificultad para la concentración, disminución de la memoria inmediata, descenso en el rendimiento laboral, poca tolerancia a la frustración, impaciencia, irritabilidades, sentimiento oscilante de impotencia a omnipotencia, desorientación y comportamientos agresivos, baja autoestima.<sup>3,6</sup>
  
3. *Manifestaciones conductuales:* mala comunicación, predominio de conductas adictivas y de evitación, consumo aumentado de café, alcohol, fármacos y drogas, trastornos del apetito, ausentismo laboral, bajo rendimiento personal, distanciamiento afectivo y frecuentes conflictos interpersonales.<sup>3,6</sup>
  
4. *Manifestaciones defensivas:* el individuo “quemado” niega emociones y conductas mencionadas y culpa a clientes, pacientes, compañeros, jefes, de su situación y no hace o no puede hacer nada para salir de ella.<sup>3,6</sup>

Etapa 4: existe un deterioro físico y psicológico real, presenta ausentismo laboral y falta de eficacia en su desempeño, lo que lo convierte en un peligro más que en una ayuda.<sup>6</sup>

El síndrome de burnout aparece cuando existe un desequilibrio entre las demandas del medio o de la propia persona y de su capacidad de respuesta ante el estrés laboral. Existe una secuencia de desarrollo del síndrome de burnout. Podemos observar en la primera fase *aparición del conflicto* con ataques insidiosos, síntomas que aparecen con intensidad variable y desaparecen al día siguiente. Continúa la fase de *instauración del síndrome* en la cual se intensifican

las conductas violentas o agresivas, tiende a negarlo, ya que lo viven como un fracaso profesional o personal. Posteriormente, la fase de *intervención de la superioridad o el grupo*, donde después de cierto tiempo, los responsables toman consciencia del problema e intervienen. Y por último, la fase de *marginación o exclusión de la vida laboral*, entre un 5 a 10% es irreversible, las personas suelen abandonar la vida laboral. Se puede llegar a diagnosticar una conducta psicopatológica, la cual debe de ser tratada.<sup>3</sup>

Las personas que padecen síndrome de burnout pueden presentar depresión, desesperanza, irritación, apatía, desilusión, pesimismo, hostilidad, falta de tolerancia y supresión de los sentimientos. A nivel cognitivo son más susceptibles a que sus expectativas desaparezcan, modifican autoconceptos, desorientación cognitiva, cinismo, distracción, pérdida de la autoestima. Cambia su conducta evitando responsabilidades, ausentismo e intención de abandonar las responsabilidades, desvalorización, autosabotaje, desorganización, aumento en el consumo de cafeína, alcohol, drogas y tabaco. A nivel social suelen aislarse, evitan contacto profesional y malhumor. Se pueden observa síntomas psicósomáticos como cefalea, dolores osteomusculares, pérdida de apetito, cambio de peso, disfunciones sexuales, problemas de sueño, fatiga crónica y alteraciones gastrointestinales, entre otros.<sup>2</sup>

Puede considerarse que el estrés es una respuesta fisiológica natural del ser humano, ya que actúa como un mecanismo de defensa que prepara al organismo para hacer frente a situaciones nuevas. Se considera “problema” se da cuando la respuesta se activa en excesos. Las principales afecciones que puede llegar a producir el síndrome de Burnout se encuentra fatiga crónica, cansancio, insomnio, palpitaciones, hipertensión, crisis asmática, resfriados frecuentes, aparición de alergias, dolores musculares y articulares, contracturas musculares, problemas gastrointestinales, cardiovasculares, afecciones de la piel, cefaleas, mareos, alteraciones del apetito sexual y pérdida o aumento de peso con mayor riesgo de obesidad entre otros.<sup>1</sup>

En las residencias médicas se han encontrado niveles de estrés superiores, en comparación a los de la población en general, por la sobrecarga de trabajo que se maneja, la privación del sueño, quejas por parte de los pacientes y sus familiares hacia los residentes, conocimientos médicos insuficientes, ambientes académicos poco estimulantes, alto grado de competitividad entre los residentes e incertidumbre por el futuro profesional, así como aspectos socioculturales y financieros. Entre las principales consecuencias que se encuentran en las residencias médicas está el absentismo laboral, el consumo de medicamentos, sustancias o drogas, adopción de conductas de riesgo o violencia, además de conflictos en el ámbito laboral por una disminución significativa del rendimiento y la motivación.<sup>1</sup>

En la actividad profesional, específicamente hablando de las actividades médicas, podemos encontrar las siguientes conductas sugerentes de síndrome burnout:

1. Evitación del compromiso emocional: la pérdida de contacto relacional puede manifestarse en un trato distante, mal manejo de la información y falta de respuesta a las emociones del otro.<sup>7</sup>
2. Disociación instrumental extrema: se expresa en conductas automáticas y rígidas tales como comunicación unidirección, exceso de pedido de estudios, repetición de discursos automatizados, uso exclusivo de lenguaje técnico e intervenciones innecesarias.<sup>7</sup>
3. Embotamiento y negación: la falta de conciencia del propio estado de agotamiento e irritación constantes se manifiesta en conductas interpersonales oposicionistas, actitudes descalificativas, intervenciones hipercríticas y carencia de registro de autocrítica.<sup>7</sup>
4. Impulsividad: la persona pasa a la acción a través de conductas reactivas de enojo, confrontaciones reiteradas con colegas, paciente y maltrato al personal con el cual labora.<sup>7</sup>

5. Desmotivación: se asocia a la pérdida de autorrealización y a la falta de baja autoestima, que puede traducirse en la falta de sostén de los tratamientos, falta de iniciativa y constancia en las tareas de equipo, ausencias, impuntualidad y poca participación o no inclusión en proyectos.<sup>7</sup>

Los profesionales de la salud no están exentos de padecer trastornos físicos y psicológicos. Las tasas de alcoholismo, adicción a drogas, trastornos psiquiátricos, depresión y suicidio son superiores a las de la población en general. Entre 10-12% de los médicos en ejercicio pueden sufrir en el transcurso de su vida profesional uno o más episodios de problemas psíquicos y/o conductas adictivas al alcohol, drogas o psicofármacos; cierto porcentaje probablemente este asociado al estrés laboral y, específicamente, al síndrome de Burnout.<sup>3</sup>

## **2.6 Epidemiología de Síndrome de Burnout en medicina:**

La prevalencia a nivel mundial se encuentra entre 43 y 45% en médicos generales y de 22 hasta 60% en especialistas. Sin embargo, existen ciertos grupos, como los médicos residentes, entre quienes la prevalencia va de 47 a 76%, siendo severo en el 52% de los casos. La prevalencia en México es de 41.8% hasta 56.9%.<sup>4,10,16</sup>

El perfil epidemiológico clásico muestra que la probabilidad más alta de desarrollar éste síndrome es en mujeres entre los 40 a 55 años de edad, con 7 a 10 años de ejercicio profesional, sin pareja, con trabajo de tiempo completo y con responsabilidades importantes.<sup>3</sup>

## **2.7 Factores de riesgo asociados para desarrollar síndrome de burnout:**

Los programas de residencias médicas son un modelo de formación basado en el aprendizaje en servicio. Después de 3 o 4 años, un médico residente egresa

con una significativa cantidad de conocimientos, destrezas y actitudes que lo han preparado para desarrollar la tarea médica para la cual se formó con idoneidad y competencia.<sup>7</sup>

A nivel hospitalario, el pobre ambiente laboral caracterizado por escasa comunicación entre el personal del hospital, la falta de recursos humanos y materiales, la poca autopercepción de la proeficiencia técnica, son factores asociados a la presencia de síndrome de desgaste profesional. Existen varios factores de riesgo asociados a presentar síndrome de Burnout entre los cuales se pueden destacar una corta edad, sexo femenino, soltería o falta de pareja estable, jornadas laborales prolongadas, rasgos exagerados de la personalidad, expectativas altruistas elevadas, deseo de prestigio, reconocimiento o de mayores ingresos económicos.<sup>1</sup>

Podemos encontrar diversas variables que suelen favorecer la presencia de burnout.

#### **a) Personales:**

Donde se encuentran género, edad, estado civil, antigüedad en el trabajo, características de la personalidad, relaciones interpersonales tensas, psicopatologías y las estrategias de afrontamiento.<sup>3,10</sup>

Otros factores estresantes a considerar podría ser el cambio de domicilio para poder realizar la residencia médica, por consiguiente un cambio en el estilo de vida, tanto a nivel social como económico.<sup>8</sup> Se ha relacionado en algunos estudios, como Tyssen et al., que el vivir solo se asocia rasgos de neuroticismo, conductas de autorreproche y a un menos apoyo social y familiar.<sup>8</sup>

## **b) Organizacionales:**

Podemos observar el clima laboral, desafío mínimo en el trabajo, autonomía reducida, poca comunicación, bienestar laboral, apoyo social, ambigüedad de rol y falta de reciprocidad, entre otras.<sup>3,10</sup>

Otros desencadenantes son los derivados del ambiente físico como lo el nivel de ruido, vibraciones, tipo de iluminación, temperatura, condiciones de higiene, toxicidad, disponibilidad de espacio físico, trabajo nocturno, guardias y sobrecargas laborales.<sup>3,10</sup>

Las variables en el ambiente laboral, por el elevado nivel de responsabilidad, la ausencia de motivación o incentivos, puestos laborales aburridos o repetitivos, pueden causar frustración y estrés. Todas estas variables, aunado a una carga excesiva de trabajo, elevado nivel de responsabilidad y relaciones sociales insatisfactorias en el trabajo, la combinación de éstas puede desencadenar el síndrome burnout.<sup>1,3</sup>

Los profesionales de salud se enfrentan constantemente a una tarea compleja en la que influyen diversas circunstancias, entre las cuales se encuentran:<sup>3</sup>

- Exceso de estimulación aversiva, ya que se encuentran en contacto constante al sufrimiento y a la muerte de paciente, así como dolor por la pérdida de un ser querido.
- Un vínculo inadecuado con personas enfermas que en ocasiones implica establecer una relación de ayuda, pudiendo llegar a desarrollar conductas de evitación, generando problemas importantes afectando la relación médico paciente.
- No poder cumplir con el objetivo para el cual fueron entrenados, generando frustración al no poder curar.
- Exceso de pacientes a su cargo.
- Escasez de formación en habilidades de control de las propias emociones.
- Horarios de trabajo irregular, por la realización de guardias.

- Falta de cohesión en el equipo multidisciplinario.

Se considera como factor de riesgo la falta de recursos materiales adecuados en las instituciones en las cuales se laboran para desempeñar su trabajo.<sup>9</sup> De acuerdo al número de pacientes y el tiempo de consulta que se les dedica, es más frecuente y se presenta con mayor gravedad en aquellos profesionistas de la salud que atienden a más de 20 pacientes por turno y que dedican más de dieciséis minutos a cada paciente por consulta. Se ha documentado en la literatura que no importa la cantidad de tiempo, sino la calidad en el servicio, en este caso sería importante estudiar qué factores afectan al médico cuando está en la consulta con el paciente para que se desarrolle este síndrome, considerando que esta actividad la va a realizar hasta que se jubile de la institución de salud o deje de ejercer la medicina.<sup>9</sup>

Se pueden identificar tres grupos de estresores susceptibles de desencadenar síndrome de burnout dentro del entorno de trabajo:<sup>6</sup>

1. Factores de riesgo a nivel de la organización:

- Estructural organizacional muy jerarquizada y rígida.
- Falta de apoyo instrumental por parte de la organización.
- Exceso de burocracia, “burocracia profesionalizada”.
- Falta de participación de los trabajadores.
- Falta de coordinación entre unidades.
- Falta de formación a los trabajadores en nuevas tecnologías.
- Falta de recompensa.
- Falta de desarrollo profesional.
- Relaciones conflictivas en la organización.
- Estilo de dirección inadecuado.
- Desigualdad percibida en la gestión de recursos humanos.

## 2. Factores de riesgo relativos al diseño del puesto de trabajo:

- Sobrecarga de trabajo, exigencias emocionales en la interacción con el paciente.
- Descompensación entre responsabilidad y autonomía.
- Falta de tiempo para la atención del usuario (paciente, subordinado).
- Disfunciones del rol: conflicto-ambigüedad-sobrecarga del rol.
- Carga emocional excesiva.
- Falta de control de los resultados de la tarea.
- Poca autonomía decisional.
- Estresores económicos.
- Insatisfacción en el trabajo.

## 3. Factores de riesgo relativos a las relaciones interpersonales:

- Trato con usuarios difíciles o problemáticos.
- Relaciones conflictivas con pacientes.
- Negativa dinámica en el trabajo.
- Relaciones tensas, competitivas, con conflictos entre compañeros y usuarios.
- Falta de apoyo social.
- Falta de colaboración entre compañeros en tareas complementarias.
- Proceso de contagio social del síndrome.
- Ausencia de reciprocidad en los intercambios sociales.

Moreno y Peñacoba mencionan que el síndrome de burnout no se identifica con la sobrecarga de trabajo, ni es un proceso asociado a la fatiga, sino a la desmotivación emocional y cognitiva que sigue al abandono de intereses que en un determinado momento fueron importantes para el sujeto.<sup>3</sup>

### **c) Psicológicos:**

Los aspectos individuales como los genéticos, sociodemográficos, rasgos de personalidad y mecanismos de adaptación, pueden contribuir al desarrollo de trastornos psíquicos ante situaciones de estrés. Sobresale la presencia de antecedentes psíquicos personales o familiares, ser mujer, tener pocas habilidades sociales o una red de apoyo familiar y laboral inadecuada, rasgo de la personalidad obsesivo compulsivo, sentimientos de inferioridad, tener empatía con el enfermo, culparse de los fracasos y sensibilidad emocional.<sup>8</sup>

Se ha descrito una mayor incidencia de alteraciones psicológicas entre los residentes, atribuidas a un amplio número de factores riesgo asociados. En cuanto a la propia formación, los médicos residentes tienen que aprender a enfrentarse con la sobrecarga de trabajo, el volumen de conocimientos médicos a adquirir, la propia incertidumbre de la medicina, las responsabilidades y las dificultades de interacción con el paciente y/o familiares.<sup>8</sup>

La personalidad es un conjunto de características o patrones que definen a una persona, es decir, los pensamientos, sentimientos, actitudes y hábitos y la conducta de cada individuo, que de manera muy particular hace que las personas sean diferentes a las demás. La manera en que cada ser pensante, actúa sobre situaciones diversas, nos dice algo sobre la personalidad de cada persona, en otras palabras es el modo habitual por el cual cada ser piensa, habla, siente y lleva a cabo alguna acción para satisfacer sus necesidades en el medio físico y social. La personalidad, será fundamental para el desarrollo de las demás habilidades del individuo y de la integración con grupos sociales.<sup>6</sup>

Los trastornos de la personalidad son afecciones significativas en el comportamiento humano que perturban su actuar en las cuatro esferas convencionales del funcionamiento de una persona. Como se define en el capítulo 16 del DSM-IV-TR *"un trastorno de la personalidad es un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo*

*y comporta malestar o prejuicios para el sujeto.”* Mientras que un rasgo de la personalidad lo define como *“patrones persistentes de formas de percibir, relacionarse y pensar sobre el entorno y sobre uno mismo que se ponen de manifiesto en una amplia gama de contextos sociales y personales”*.<sup>6</sup> Entonces, un rasgo de la personalidad son conductas propias de un sujeto que lo determina como una característica particular de él, permanente o estable en su comportamiento, no ocasional, o eventual desencadenada por un fenómeno particular como daño psicológico o factor estresante significativo.<sup>6</sup>

El DSM-IV-RT distingue 10 tipos de personalidad, divididos en tres grupos:

- Tipo A: raros o excéntricos.
- Tipo B: dramáticos, emotivos o inestables.
- Tipo C: ansiosos o temerosos.

Por otro lado, al hablar de variables o patrones de personalidad nos podemos referir a la resistencia, según Bandura en 1977, se refiere a la creencia individual de la capacidad para realizar la tarea, entre más alta sea la autoeficacia de los trabajadores, más seguridad tendrán en su habilidad de alcanzar resultados exitosos en sus tareas.<sup>10</sup> El modelo de desequilibrio esfuerzo-recompensa propone que existen personas que exageran su compromiso a niveles más allá de lo considerado apropiado, frecuentemente se exponen a altos requerimientos en el trabajo y, en consecuencia, tienden a disminuir su potencial, volviéndose presa fácil de la frustración cuando la espera por recompensas no está próxima, lo cual repercute en condiciones de salud no favorables.<sup>10</sup>

La presencia de un rasgo de la personalidad, en nivel desadaptativo se relaciona como factor de riesgo predisponente para la aparición del síndrome de burnout.

No hay un rasgo en particular que se vea relacionado directamente con la aparición de síndrome de burnout, dentro de los rasgos de la personalidad más relacionados se encuentran: evitativo, límite, histriónico, paranoide, esquizotípico y pasivo agresivo.<sup>6</sup>

Thomas realizó una revisión de 15 artículos de síndrome de burnout y llegó a algunas conclusiones, dentro de ellas que es frecuente dentro de los médicos residentes y pueden estar vinculados a depresión y problemas en el cuidado de los pacientes, pero todavía no se ha identificado una asociación casual demográfica o con características de la personalidad de los médicos que permita identificar a los residentes con elevado riesgo de desarrollar síndrome de burnout.<sup>7</sup> Se ha demostrado que las condiciones organizacionales adversas son más significativas en la etiología del burnout que los factores de personalidad. El burnout puede exacerbar ciertos rasgos de la personalidad.<sup>6</sup> No hay evidencia suficiente para entablar una relación directa entre los rasgos de la personalidad y el síndrome de burnout, ambas parecen estar relacionadas.<sup>6</sup>

## **2.8 Mobbing y acoso laboral como factor de riesgo:**

El acoso laboral es una conducta intimidatoria que se practica contra el trabajador e impacta negativamente en el estado de salud, el desempeño laboral y el aprendizaje. El acoso en ambientes educativos (bullying) o laborales (mobbing) es una conducta que ha ido en aumento y México no es la excepción.<sup>15</sup> Sus consecuencias pueden ser catastróficas, inclusive, puede incidir en que las víctimas de estos tipos de acoso lleguen incluso a suicidarse o que incurran en homicidio. El acoso laboral incide directamente en la disminución de satisfacción laboral y daña el autoconcepto de la persona afectada. Los adultos afectados tienen mayor riesgo de sufrir depresión y problemas cardiovasculares y tienen una mayor incidencia de absentismo laboral, si han sufrido de violencia física, pueden tener desorden por estrés postraumático. Se entiende por abuso todo acto de lastimar intencionalmente a cualquier persona, ya sea de manera física o emocional; esto se caracteriza por la intención de agredir, además de que el comportamiento en el agresor es repetitivo, hay desbalance del poder, así como indefensión y ausencia de provocación por parte de la víctima. La presentación de acoso laboral es más común en organizaciones relativamente cerradas, cuya cultura considera el poder y el control como valores

prioritarios sobre la productividad y la eficacia. Existen cinco tipos de abuso: verbal, físico, académico, sexual y discriminación de género.<sup>15</sup> En la carrera de medicina parece ser predominante el acoso laboral, diversos estudios comprueban que el maltrato es una práctica común entre estudiantes de pregrado como de posgrado.<sup>14,15</sup> Entre los principales factores relacionados con el acoso se encuentran sexo, edad, menor jerarquía, tipo de especialidad, ser soltero, origen étnico y ser extranjeros.<sup>14,15</sup>

La asociación Médica Británica comunicó que la formas más comunes de intimidación o acoso consisten en denigrar y vulnerar el trabajo, retener información necesaria, ignorar o excluir, desvalorizando su esfuerzo y desmoralizándolos.<sup>14</sup> Ogunsemi, en 2010, menciona que las formas más reportadas de intimidación son comentarios inapropiados, el retiro de privilegios, imposición de castigos con más trabajo y la recriminación por informar acerca de estos incidentes.<sup>14</sup>

En México, se encontró que lo predominante es el desprestigio laboral donde se encontró que las principales manifestaciones fueron criticar su trabajo, exagerar sus fallas y errores y cuando solicitan un permiso o actividad a la que tiene derecho se lo niegan; y la intimidación manifiesta, como por ejemplo, le gritan o regañan en voz alta, le interrumpen cuando habla y sus superiores no le dejan expresarse. Se observa mayor acoso en género femenino, edad promedio 29 años, ser solteros, nivel socioeconómico medio. Se puede asociar el acoso a problemas internos de las organización hospitalaria.<sup>14,15</sup> Se puede explicar que la causa de mobbing sean las jerarquías, propias de los “usos y costumbres en medicina”, falta de supervisión, falta de programas de prevención y políticas al respecto y falta de personal en los servicios.<sup>15</sup>

El origen del síndrome de burnout reside en el entorno laboral y en las condiciones de trabajo. No se pueden descartar la influencia de algunas

variables de personalidad, estado civil, tipo de trabajo, género, sociodemográficas individuales o entorno personal, clima laboral competitivo, prolongadas jornadas hospitalarias, pocas horas de sueño, crisis institucionales, mobbing, entre otros.<sup>6,7</sup> La exposición a estrés excesivo, carga excesiva de trabajo, falta de apoyo social, falta de formación para desempeñar las tareas, pérdida de la autonomía, puede darle lugar a la aparición de un proceso de estrés crónico, que desencadene síndrome de burnout, provocando un daño para el trabajador.<sup>6,10</sup> Cuando las exigencias del entorno laboral son excesivas y conllevan una tensión en el aspecto emocional y cognitivo, generan condiciones propicias para presentar síntomas de burnout.<sup>6</sup>

## **2.9. Consecuencias del Síndrome de Burnout:**

Las consecuencias se pueden dar a nivel personal, físico y profesional. A nivel personal y profesional, se puede ver afectado la autorrealización personal, cuando se da una relación de ayuda, como en el caso del médico-paciente, se enfoca a un problema, situación o crisis que el paciente ésta viviendo, en busca a la solución a su problema; por lo tanto, ésta relación está cargada de un sinfín de sentimientos entremezclados por tratar de conseguir la solución a su “problema”. Ante ésta situación, el médico que presta una atención y no acierta a dar una respuesta satisfactoria o suficiente, a la expectativas generadas por el paciente, se genera una situación de frustración, tanto para el paciente como para el médico. La mayoría de las veces esta frustración no es percibida por el paciente; sin embargo, el médico va acumulando frustraciones y con el paso del tiempo se transforma en una sensación de pesimismo y escepticismo en el ejercicio de su profesión. Si esto pasa de manera repetitiva se va generando una pérdida paulatina de la motivación, progresando hasta sentimientos de inadecuación y fracaso profesional donde se cuestiona su competencia profesional.<sup>9</sup> Podemos observar agotamiento emocional, el cual es un síndrome de extenuación emocional, despersonalización y menos realización personal, que puede sobrevenir a las personas que tienen un trabajo en el cual deben de tratar con

gente; se puede denominar también fatiga de compasión. Éste tipo de agotamiento es una respuesta al estrés crónica más que al agudo.<sup>9</sup>

Ante la situación anterior, se van incrementando los sentimientos de agotamiento emocional, cansancio, hasta llegar al grado de sentir que ya no puede y/o quiere ver más pacientes, y desarrolla sentimientos de que ya no es capaz de ofrecer nada de sí mismo a los pacientes, ni compañeros o familiares. A esto, se le conoce como cansancio emocional, el hecho de sentirse insatisfechos e infelices con sus logros profesionales y manifiestan una marcada tendencia hacia los sentimientos de inadecuación, fracaso profesional y pérdida de autoestima.<sup>9</sup> Podemos observar que sufren de agotamiento, presentado síntomas como cefalea, insomnio, resfriados, problemas digestivos, hastía laboral, se aleja de su familia y amigos, en ocasiones depresión. Por ello es probable que desarrolle actitudes negativas y que se insensibilice ante los problemas. Se aconseja para mejorar el agotamiento la reestructuración de los procesos de trabajo con escalas de evaluación del desempeño con retroalimentación donde se especifique si la persona trabaja duro, se queda demasiado tiempo extra, trabaja en un ambiente desagradable, entre otros.<sup>1</sup> Si estas conductas persisten, ocurre la despersonalización, en la cual se desarrollan actitudes pesimistas y sentimientos negativos ante los propios usuarios, apareciendo un déficit gradual de todo sentimiento o emoción por el paciente o su padecimiento, pudiendo llegar a tratarlos de forma deshumanizada, fría, sin relación interpersonal con el paciente presentando una actitud de cinismo.<sup>9</sup>

El impacto del estrés laboral sobre el estado de salud produce un desgaste paulatino y permanente provocando enfermedades. En Latinoamérica predomina la incidencia de efectos a nivel digestivo en 45%, úlcera gastro-duodenal en 11%, hipertensión arterial sistémica en 23% y arritmias en 13%, angina de pecho en 5% e infarto agudo al miocardio en 3%.<sup>3</sup> La incidencia en Latinoamérica para un deterioro psíquico-emocional fue para trastornos de ansiedad en 19%, angustia 43% y depresión en 31%.<sup>3</sup> La depresión en residentes en Latinoamérica resultó ser superior al de la población en general, registrándose entre 11,31 y hasta

40%.<sup>3</sup> Los trastornos de conducta en Latinoamérica, el alcoholismo tiene una incidencia de 44%, consumo de psicofármacos 16% y farmacodependencia 1.7%. Se pueden observar, también, trastornos intelectuales como dificultad para concentrarse, disminución del estado de alerta, trabajos de baja calidad y alteración en el desempeño profesional.<sup>1,3</sup>

Existe evidencia de que éste síndrome conlleva a un riesgo aterosclerótico y, por lo tanto, incrementa el riesgo cardiovascular. Kazuyo y colaboradores, realizaron el primer seguimiento de cuatro a cinco años en personas que cursaban con ésta afección y fue comparado contra un grupo sano. Observaron que las personas que padecían síndrome de burnout tuvieron un incremento en los niveles de colesterol LDL y disminución en los niveles de colesterol HDL. En el grupo de médicos residentes existe susceptibilidad a conductas sedentarias, con un alto riesgo de sedentarismo, lo que junto con el estrés que se presenta en una residencia médica aumenta el riesgo cardiovascular.<sup>4</sup>

La falta de realización personal y profesional, refiriéndose a ver el trabajo personal de forma negativa, insuficiencia profesional y baja autoestima profesional. Se puede lograr con responsabilidad, autonomía e integridad, con actitud comprometida, con un propósito significativo que va más allá de la satisfacción inmediata de los deseos egoístas y se propone a servir a los demás, ésta actitud maximiza las oportunidades de lograr el éxito. Se trata de la capacidad que cada ser humano tiene de identificar sus errores, dificultades o miedos. En el contexto de síndrome de burnout se refiere a la indiferencia de actitudes distantes respecto a objetivos y la utilidad del trabajo que desempeña, no hay implicación personal positiva en el proceso de la tarea, promoviendo una actitud negativa respecto al trabajo.<sup>1</sup>

### **3. Pregunta de Investigación:**

Factores de riesgo asociados para desarrollar síndrome de Burnout en los residentes de la especialidad de Pediatría del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” O.D.

### **4. Planteamiento del problema:**

El síndrome de burnout actualmente es un problema ampliamente conocido y estudiado, el plan de estudios de las residencias médicas es un modelo de formación basado en competencias, que se realiza en 3 años, el médico residente egresa con una gran cantidad de conocimientos y destrezas para lo cual fue capacitado, sin embargo los horarios de trabajo son poco convencionales, con carga de trabajo excesiva y alto grado de responsabilidad exponiéndolo a estrés constante. La demanda de salud de la sociedad, ha crecido a pasos agigantados, dejando en desventaja la infraestructura, los recursos materiales y humanos que ofrece nuestra institución. El objetivo de ofrecer atención de calidad a las personas que lo solicitan, origina mayor desgaste físico, emocional y laboral para el personal de las instituciones. El tiempo que se necesita para realizar una residencia médica complica que los médicos residentes puedan realizar algún otro tipo de actividades como deportivas o recreativas. La suma de todos estos factores, favorece que los médicos residentes se encuentren vulnerables para desarrollar síndrome de burnout.

## **5. Justificación:**

El Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” O.D., es un hospital-escuela por excelencia, donde la enseñanza está basada en competencias. En los últimos años se ha observado que los médicos residentes durante su formación son más susceptibles de padecer el síndrome de burnout, principalmente por la exposición estrés crónico que se maneja, la exigencia del cumplimiento de metas en salud, la realización de procesos administrativos laboriosos, además de las condiciones laborales en las que se lleva a cabo el cumplimiento de la residencia médica, aunado a la saturación de los servicios salud que la población solicita. La institución cuenta con un programa de cero rechazo, esto favorece que toda la población que necesite atención médica acuda con la certeza que recibirá atención de calidad.

En los últimos años se han realizado estudios en pro de fomentar la salud física y mental de los trabajadores, para evitar ausentismo laboral, despersonalización, agotamiento emocional, síntomas relacionados a un síndrome de burnout, entre otros; sin embargo, el cumplimiento del trabajo asistencial no permite elaborar un programa de actividad física o de relajación mental bien estructurado.

En México, así como en nuestro servicio, existe preocupación creciente por la presencia del síndrome de burnout en médicos, ya que está generando la amenaza más seria que acecha la salud de los profesionales. La sociedad imagina a los médicos como invulnerables en su profesión y protegidos del estrés amenazador en comparación con otros profesionistas; en muchas ocasiones es difícil reconocer que las características de su profesión son altamente exigentes, intelectual, actitudinal y emocionalmente. La situación es más preocupante cuando se empieza observar éste síndrome en los estudiantes de últimos grados de la carrera de medicina, médicos recién egresados y médicos cursando su especialización.<sup>10</sup>

Todos estos motivos nos llevan a determinar los factores que pudieran estar influyendo en los médicos residentes, como efecto negativo para la atención de calidad de los pacientes sobre todo que los médicos pediatras atienden a un grupo vulnerable como son los niños.

## **6. Objetivos:**

- Conocer los factores de riesgo asociados para desarrollar síndrome burnout en los médicos residentes de la especialidad de pediatría del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” O.D..
- Analizar el grado de afectación del síndrome de burnout en los médicos residentes de la especialidad de pediatría del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” O.D..
- Relacionar las características socio-demográficas de los médicos residentes de la especialidad de pediatría del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” O.D..
- Identificar el año que cursan los médicos residentes afectados.
- Determinar si existe diferencia en la aparición y grado del síndrome de burnout por grado académico.

## **7. Variables:**

- **Independientes:**
  - Edad
  - Género
  - Grado académico
  - Estado civil
  - Número de hijos

- Nacionalidad
- Horas de trabajo a la semana?
- Días de descanso a la semana?
- Horas de sueño por día?
- Tiempo de traslado hospital/casa?
- Vive con su familia?
- Recibe apoyo económico de terceros para su manutención?
- Cuanta con tiempo libre para realizar otras actividades?
- Realiza actividades extracurriculares?
- Cuántas horas a la semana le dedica a actividades extracurriculares?
- Cuenta o contó con diagnóstico de algún trastorno del estado de ánimo?
- Recibió tratamiento?
- Considera que realizar una residencia médica afecta su vida personal?
- En su vida diaria cuenta con alguno de los siguientes problemas?
- Cree que se encuentra trabajando en una institución que cuenta con todos los recursos necesarios para poder ofrecer una buena atención al paciente?
- En el lugar donde labora cuenta con todos los recursos necesarios para lograr un buen desempeño profesional?
- Se siente seguro en las instalaciones donde labora?
- **Dependientes:**
  - Síndrome de burnout presente o ausente.

## **8. Metodología:**

**Tipo de estudio:** Diseño descriptivo, transversal y observacional.

**Población de estudio:** residentes cursando el programa de especialidad de pediatría del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” O.D., en el ciclo escolar 2017-2018, a quienes se les aplicó el cuestionario Maslach Burnout Inventory, con un total de 47 residentes.

### **Criterios de inclusión:**

- Médicos residentes de primer, segundo y tercer año de la especialidad de pediatría del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”O.D..

### **Criterios de exclusión:**

- Médicos residentes de primer, segundo y tercer año de la especialidad de pediatría del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”O.D. que hayan decidido libre y voluntariamente no participar en el estudio.

### **Criterios de eliminación:**

- Médicos residentes de primer, segundo y tercer año de la especialidad de pediatría del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”O.D., que no completen el llenado de la encuesta.

## **Recursos:**

- Los recursos humanos disponibles fueron el investigador principal, asesor de tesis y médicos residentes de la especialidad de pediatría del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” O.D.. Recursos materiales, hojas de Encuesta Maslach Burnout Inventory, computadora, impresora, tóner, lápices, hojas, carpetas. Recursos tecnológicos programas o software Word, Excel. Los recursos financieros sustentados por el investigador responsable y el tesista.

## **Procedimiento:**

1. Se invitó a participar a todos los residentes de la especialidad de pediatría cursando el programa universitario de residencias médicas de la UNAM del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” O.D..
2. Se entregó la encuesta Maslach Burnout Inventory (MBI), la versión clásica, ya que va dirigida a personal de salud, compuesta por 22 ítems donde se evaluó agotamiento emocional, despersonalización y realización personal, así como preguntas sociodemográficas para conocer mejor a la población. La encuesta se realizó en las diferentes áreas del pabellón de pediatría del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” O.D. en presencia del investigador asociado para brindar asesoría en caso de que surgiera alguna duda.
3. Una vez contestada la encuesta se realizó una revisión rápida, con la finalidad de detectar algún error de llenado, de serlo así, se le pidió al médico residente que lo corrigiera.
4. La información fue recabada e introducida en una hoja de cálculo del programa Office Excel, previamente elaborada, para el presente protocolo de investigación, para realizar el análisis estadístico de la información.

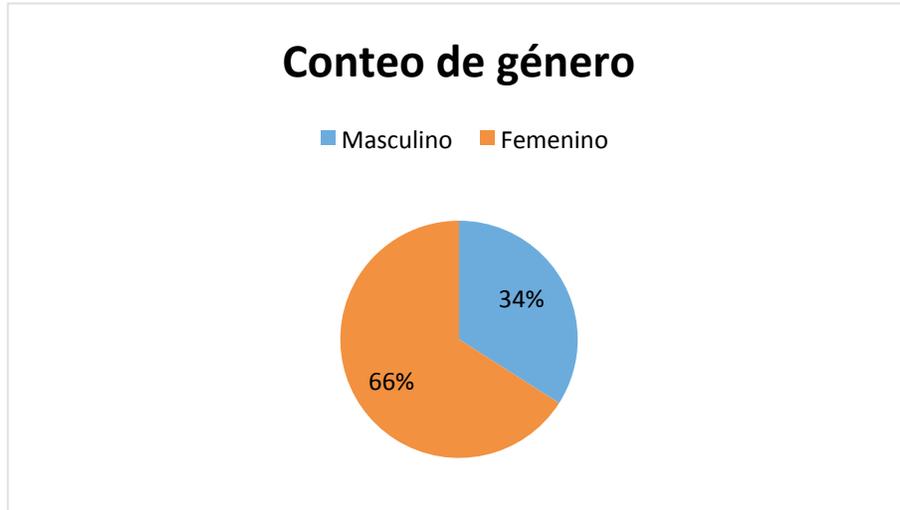
### **Escala de Maslach:**

Mide lo tres aspectos del síndrome de burnout: cansancio emocional, despersonalización y realización personal.

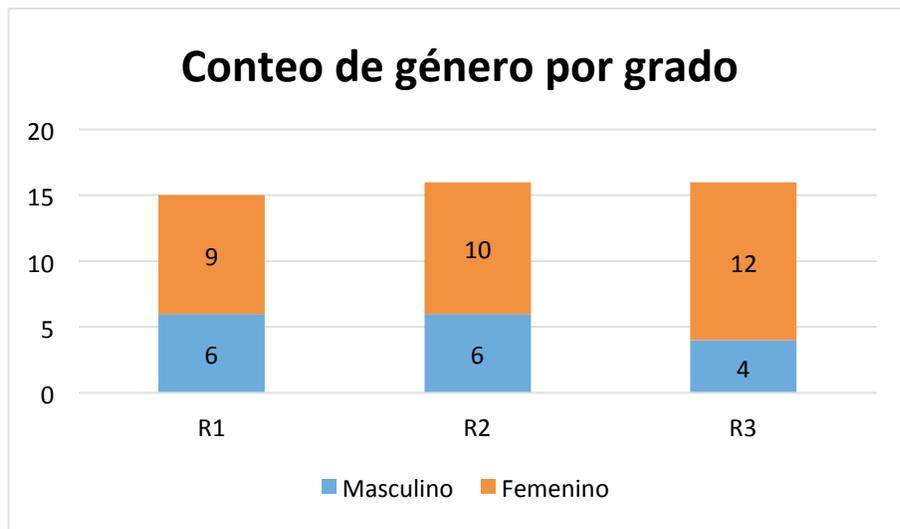
1. *Cansancio emocional*, está comprendida por 9 preguntas (1,2,3,6,8,13,14,16 y 20). Mide el agotamiento emocional por exigencias de trabajo, la puntuación máxima que se puede obtener es 54.
2. *Despersonalización*: formada por 5 ítems (5,10,11,15 y 22). Mide el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento, la puntuación máxima que se puede obtener es 30.
3. *Realización personal*: se compone de 8 preguntas (4,7,9,12,17,18,19 y 21). Evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo, el puntaje máximo es 48.

Se considera una puntuación baja entre 1 y 33. Si presentan puntuaciones altas en las dos primeras subescalas y baja en la tercera subescala, es indicativo de presencia del síndrome.<sup>3</sup>

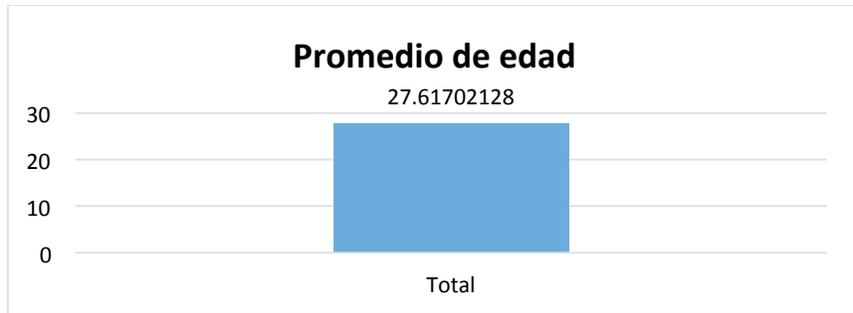
## 9. Resultados:



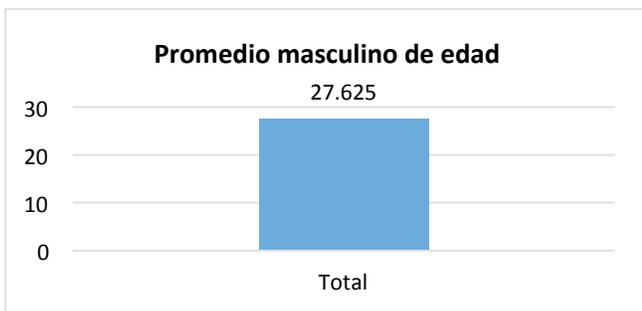
**Gráfica 1.** Porcentaje de género de todos los residentes.



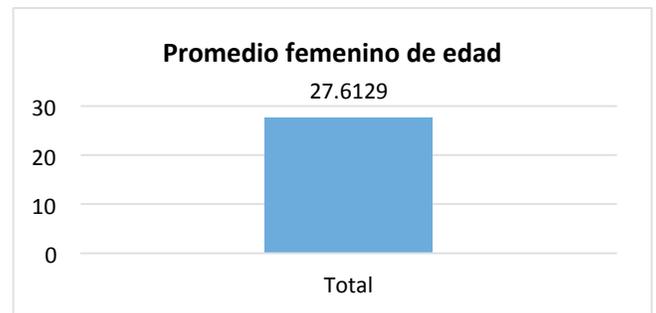
**Gráfica 2.** Género por grado académico.



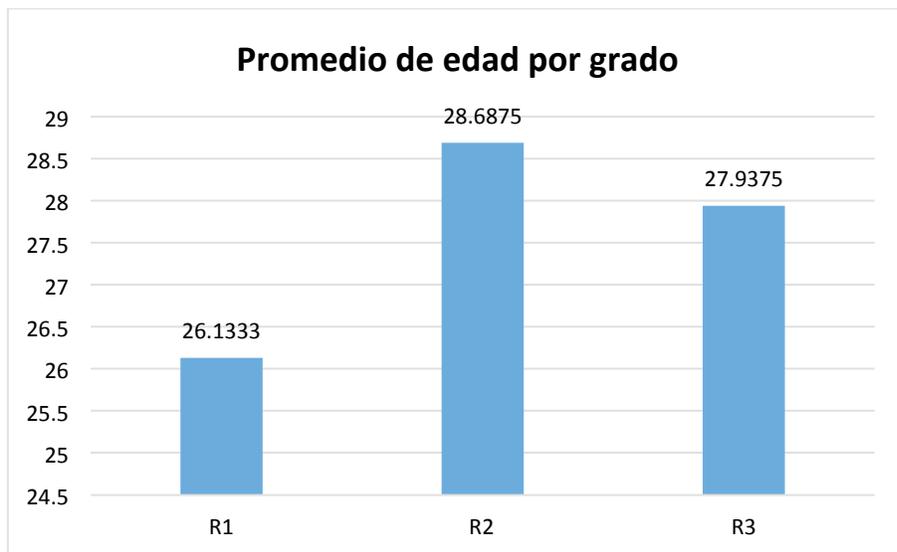
**Gráfica 3.** Promedio de edad en todos los residentes.



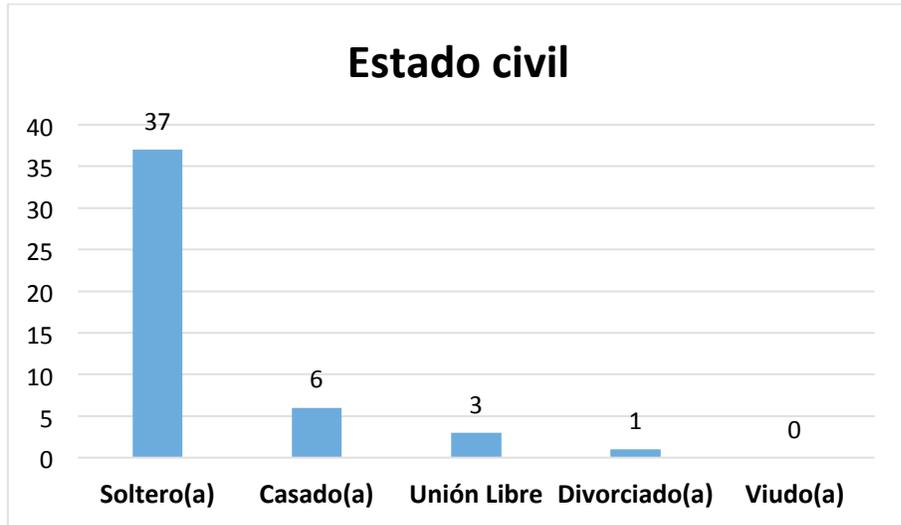
**Gráfica 4.** Promedio de edad en los residentes de género masculino.



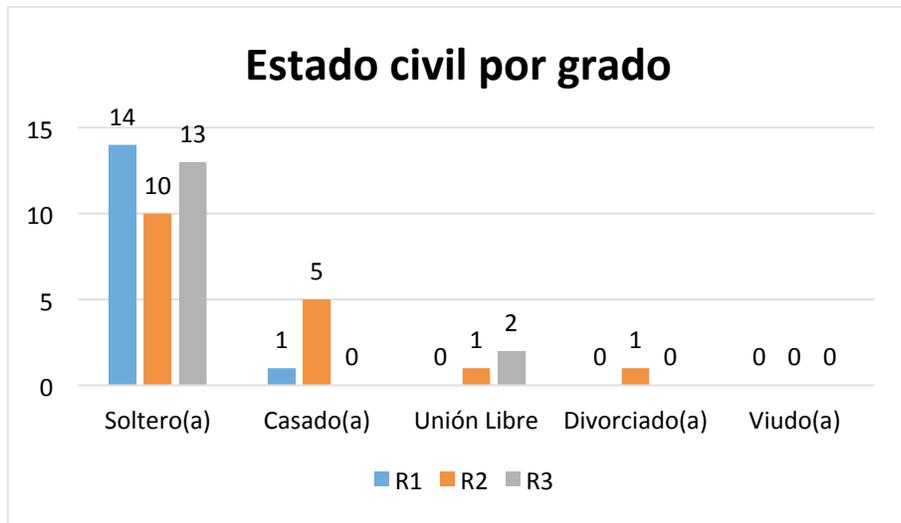
**Gráfica 5.** Promedio de edad en los residentes de género femenino.



**Gráfica 6.** Promedio de edad por grado académico.



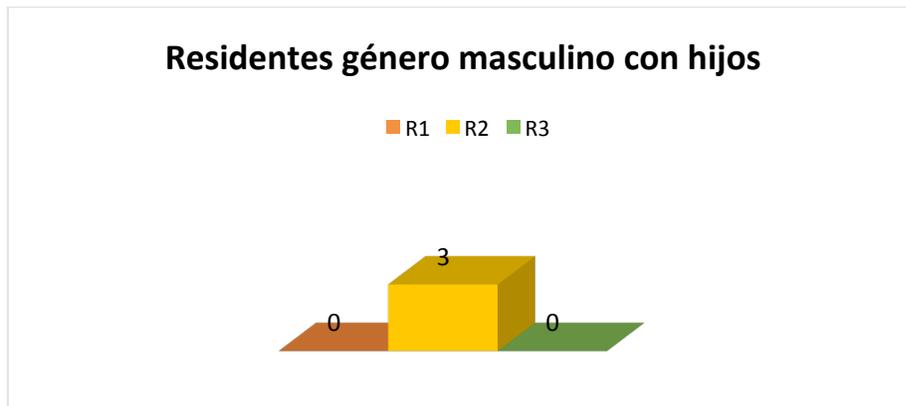
**Gráfica 7.** Estado civil en todos los grados.



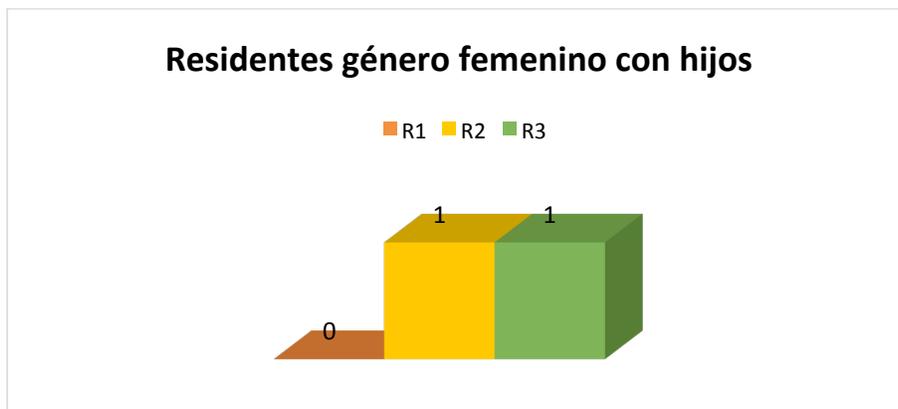
**Gráfica 8.** Estado civil por grados.



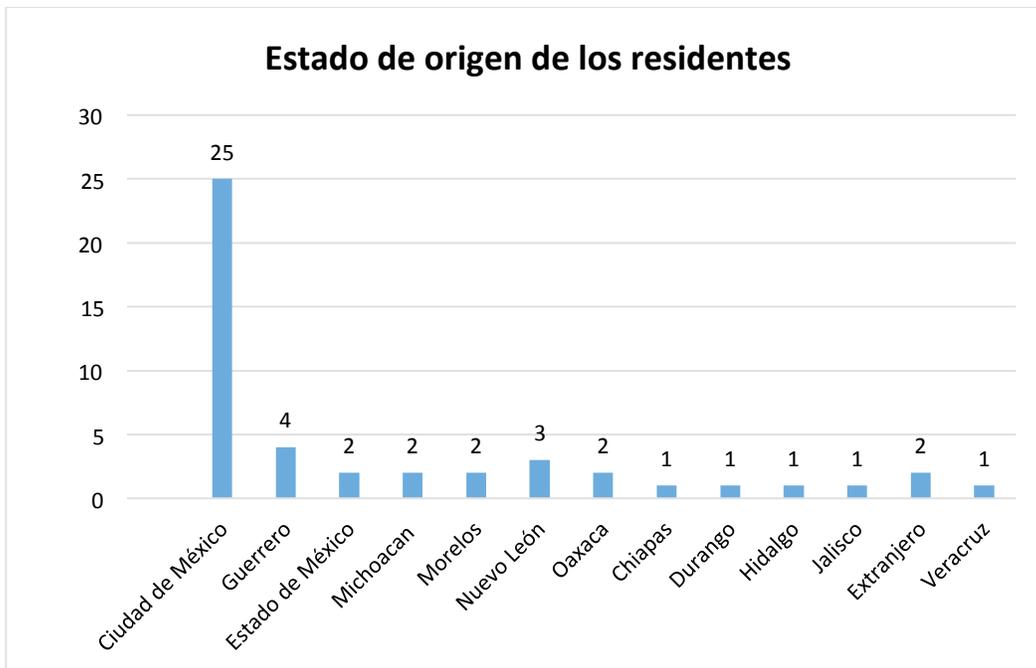
**Grafica 9.** Residentes con hijos por grado.



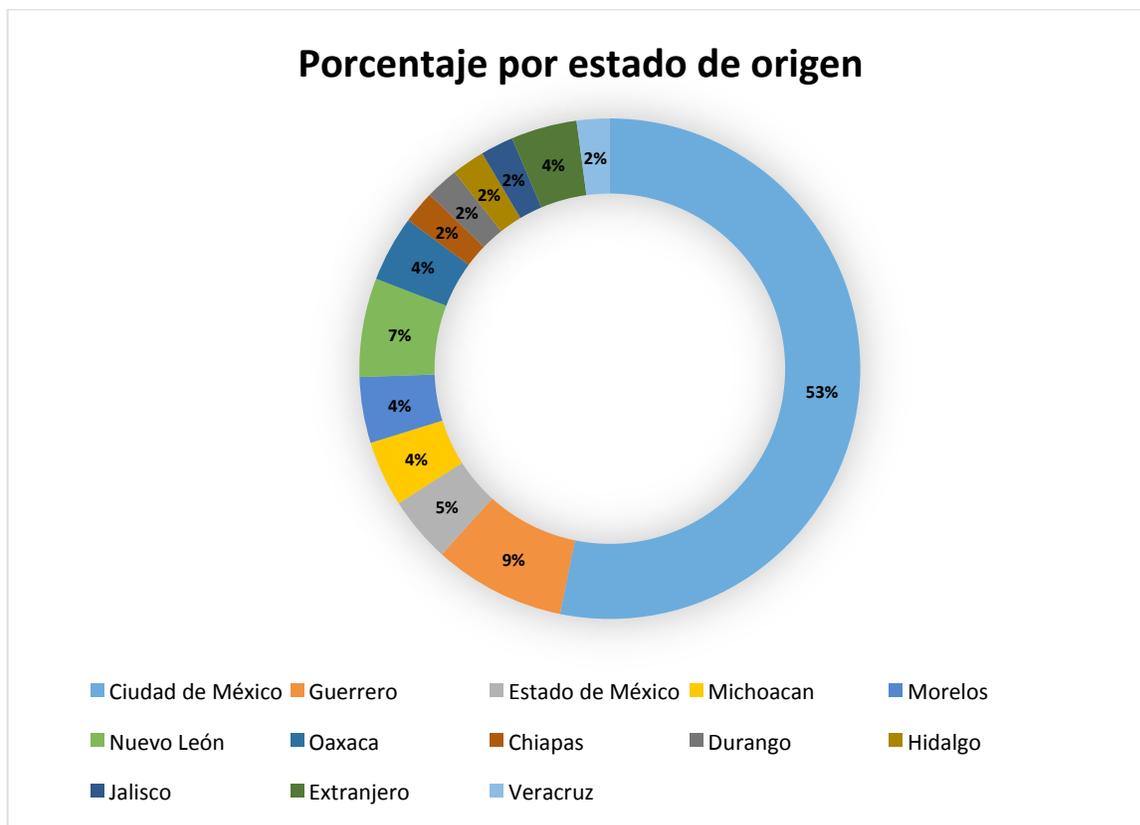
**Grafica 10.** Residentes género masculino con hijos.



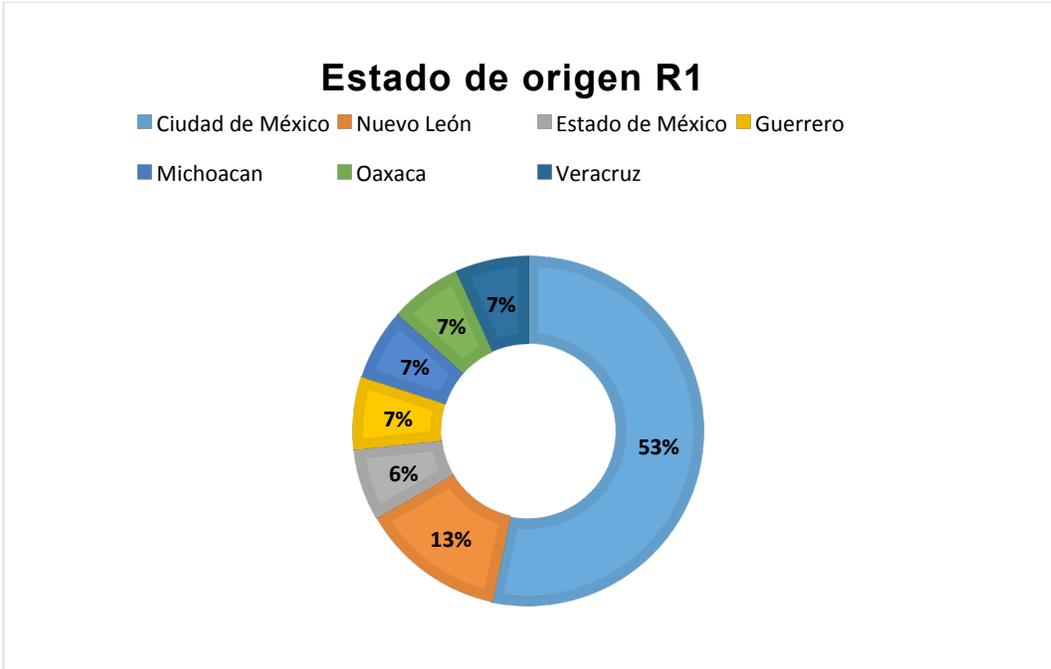
**Gráfica 11.** Residentes género femenino con hijos.



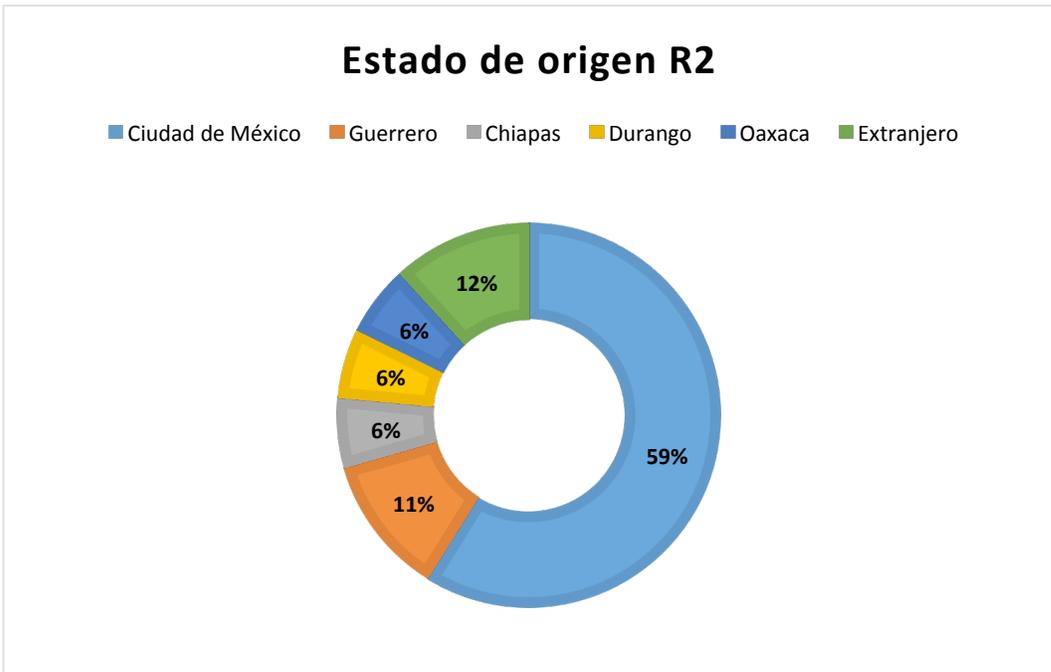
**Gráfica 12.** Estado de origen los residentes.



**Gráfica 13.** Porcentaje por estado de origen.

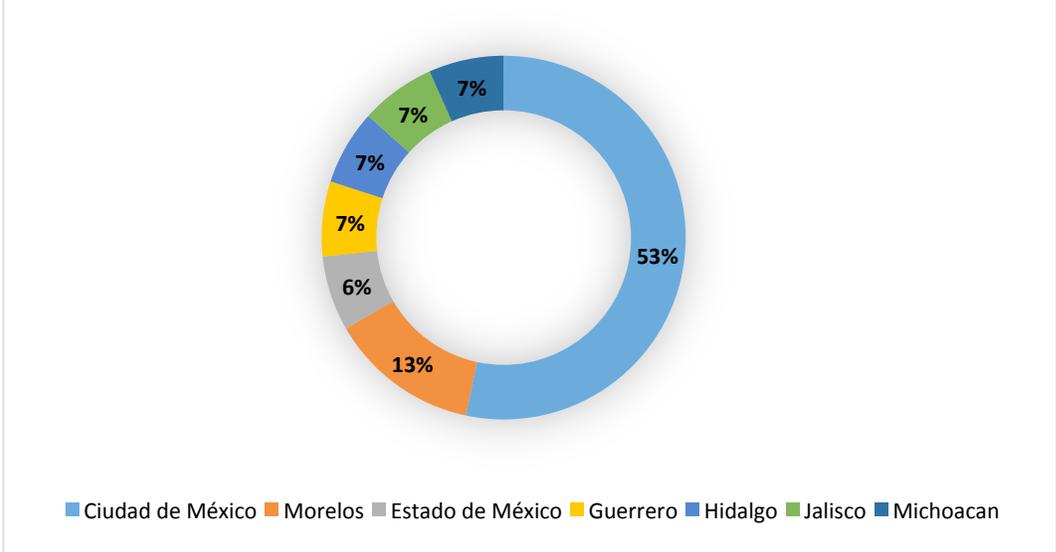


**Gráfica 14.** Estado de origen de los residentes de primer grado.



**Gráfica 15.** Estado de origen de los residentes de segundo grado.

### Estado de origen R3

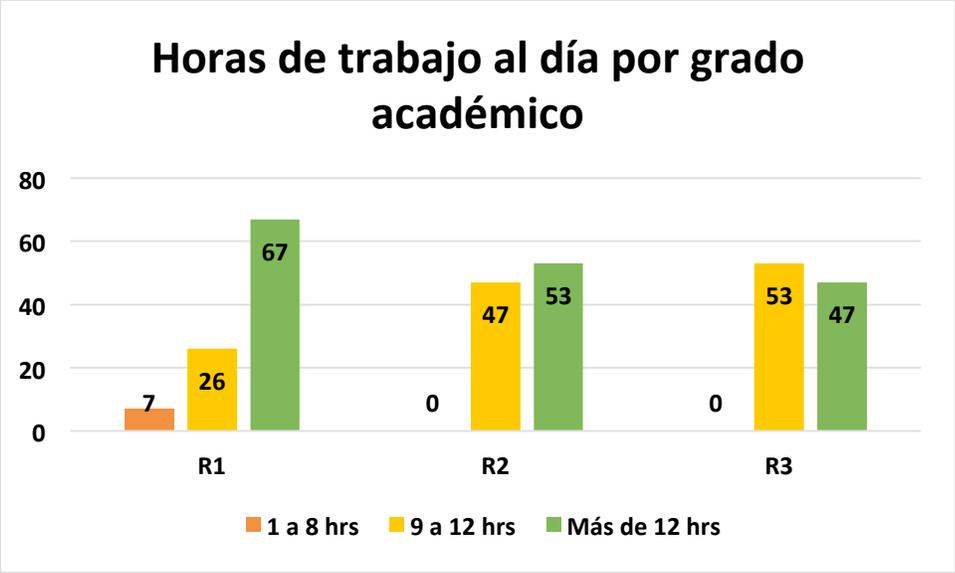


**Gráfica 16.** Estado de origen de los residentes de tercer año.

### Horas de trabajo al día



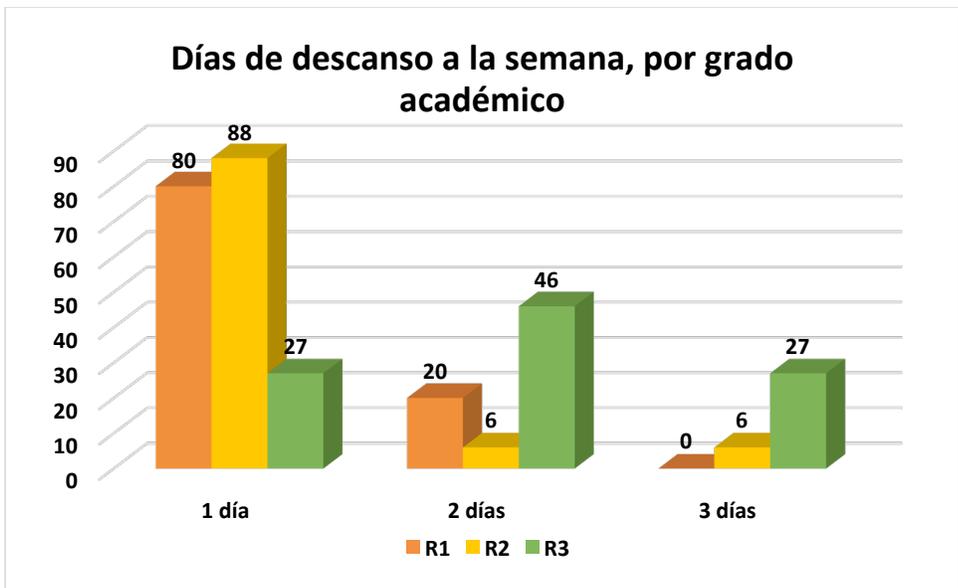
**Gráfica 17.** Horas de trabajo al día.



**Gráfica 18.** Horas de trabajo por grado.



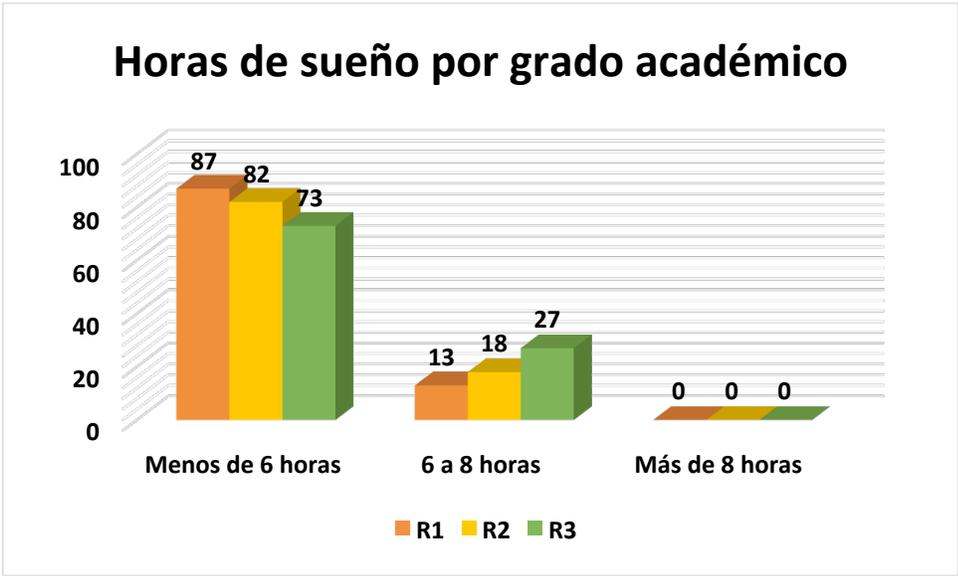
**Gráfica 19.** Días de descanso a la semana.



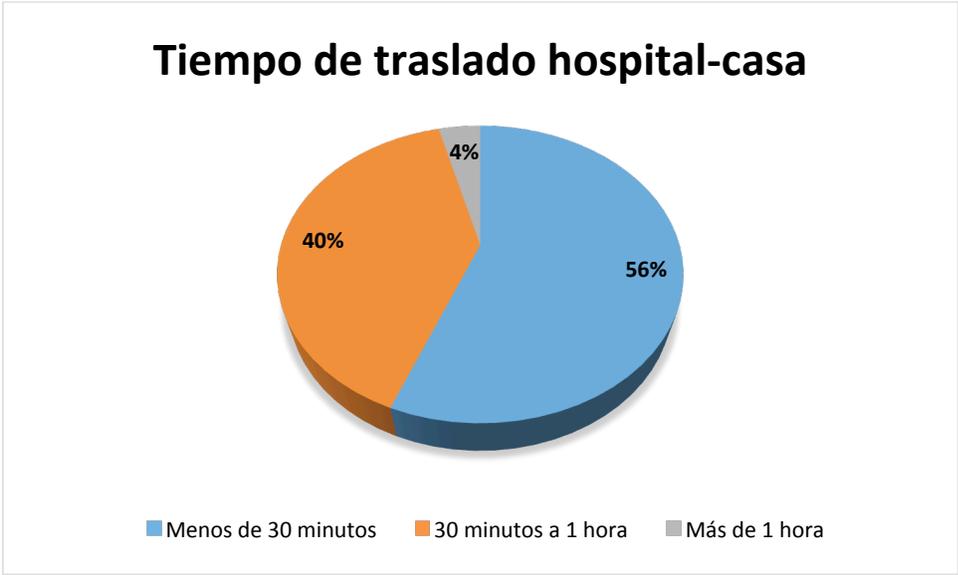
**Gráfica 20.** Días de descanso a la semana por grado académico.



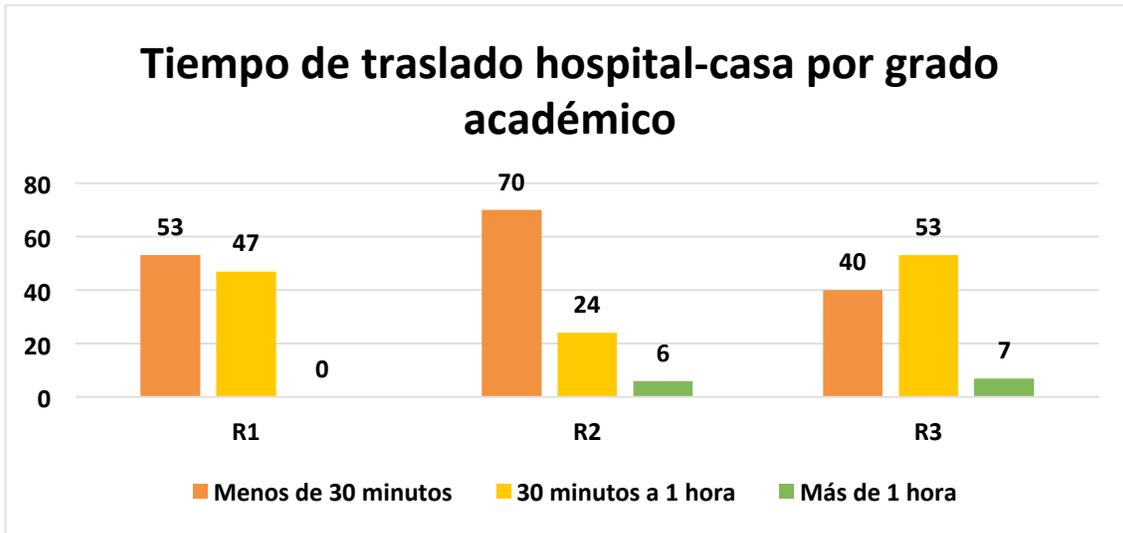
**Gráfica 21.** Horas de sueño al día.



**Gráfica 22.** Horas de sueño por grado académico.



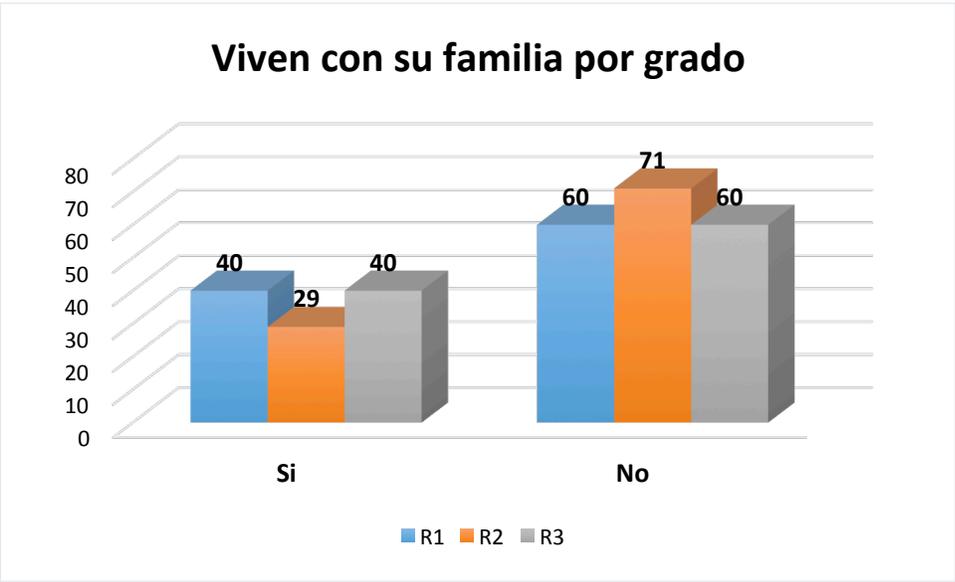
**Gráfica 23.** Tiempo de traslado hospital-casa.



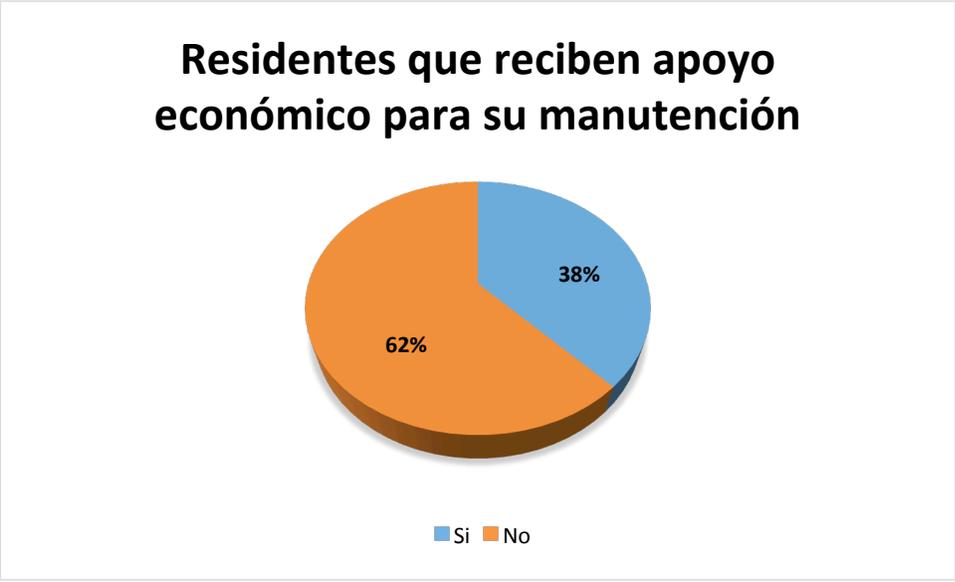
**Gráfica 24.** Tiempo de traslado hospital-casa por grado académico.



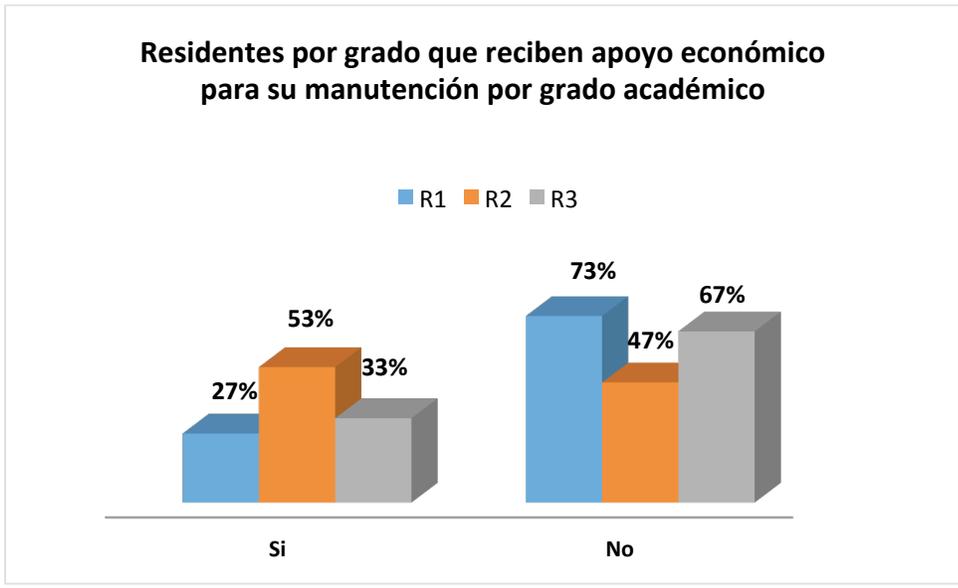
**Gráfica 25.** Porcentaje de residentes que viven con su familia.



**Gráfica 26.** Porcentaje de residentes por grado académico que viven con su familia.



**Gráfica 27.** Residentes que reciben apoyo económico para su manutención.

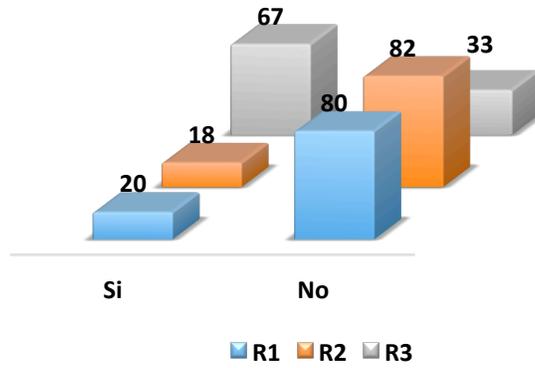


**Gráfica 28.** Residentes por grado académico que reciben apoyo económico para su manutención.



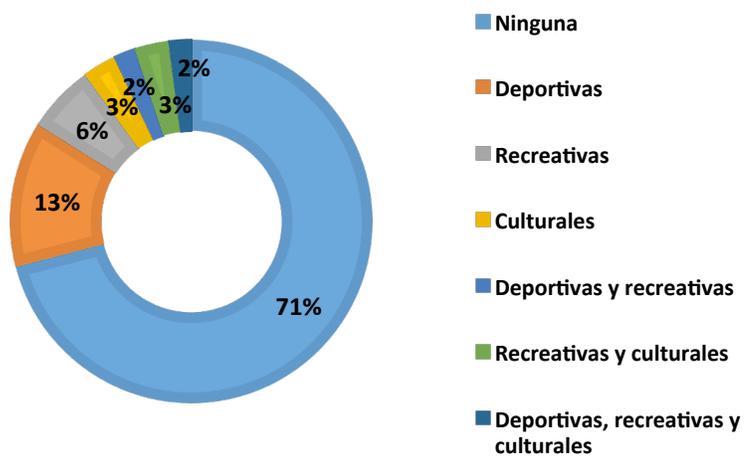
**Gráfica 29.** Residentes que cuentan con tiempo libre para realizar actividades extracurriculares.

**Residentes por grado académico que cuentan con tiempo libre para realizar actividades extracurriculares**

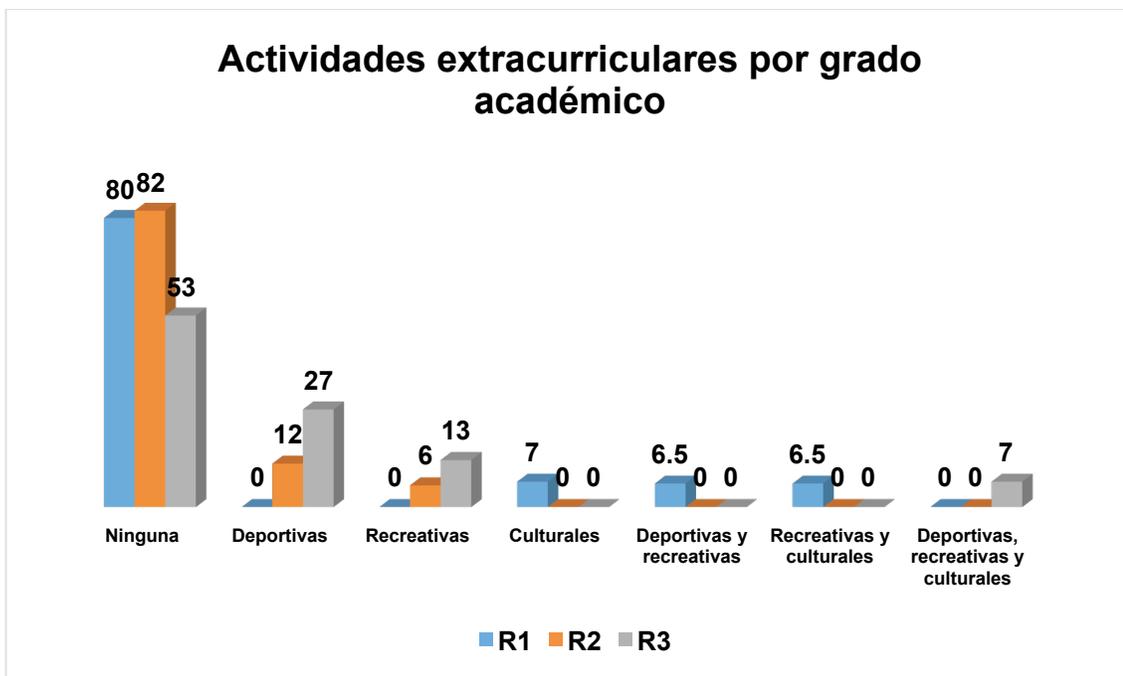


**Gráfica 30.** Residentes por grado académico que cuentan con tiempo libre para realizar actividades extracurriculares.

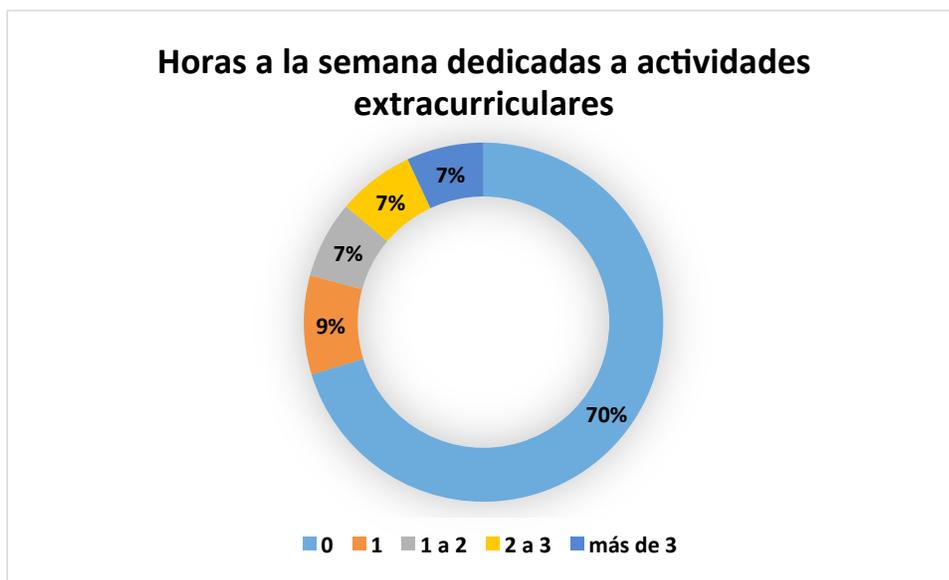
**Actividades Extracurriculares**



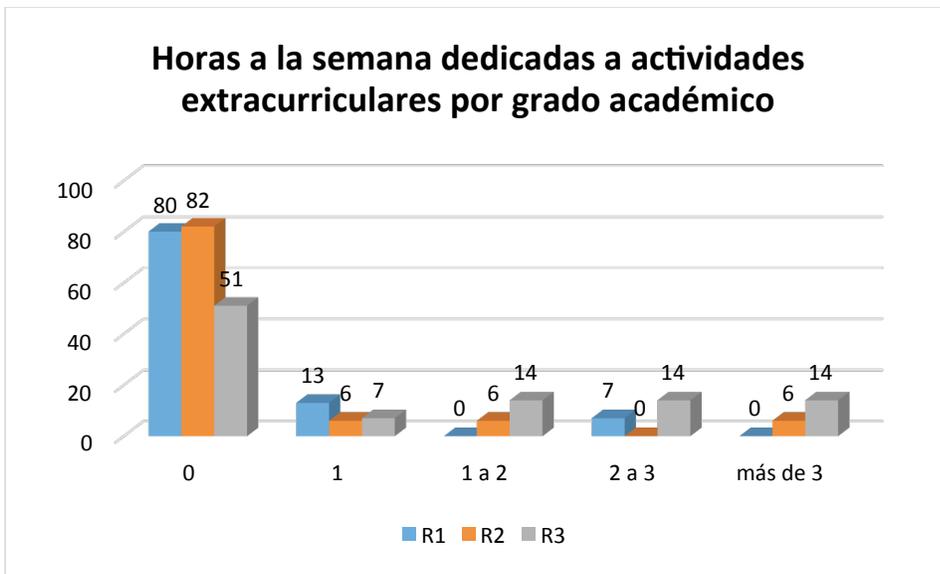
**Gráfica 31.** Actividades extracurriculares.



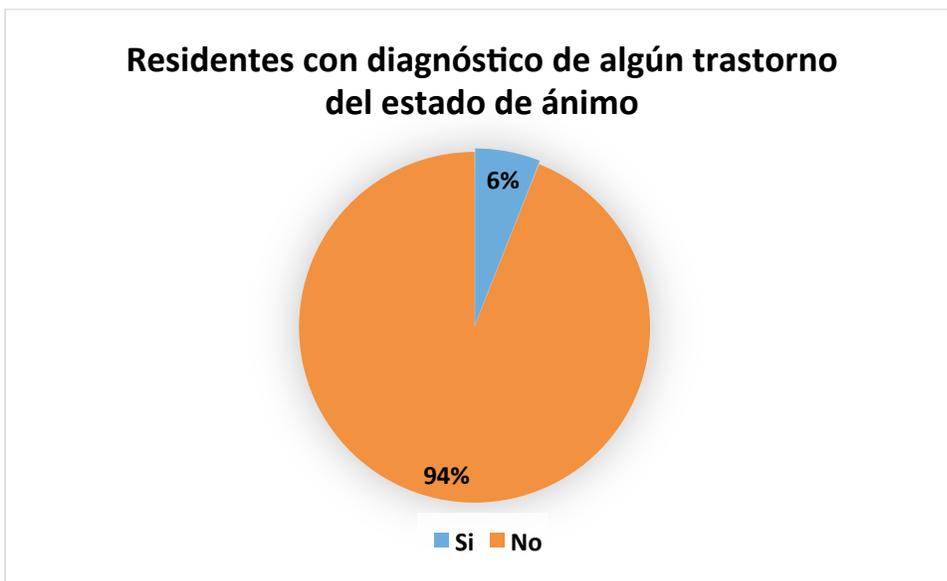
**Gráfica 32.** Actividades extracurriculares por grado académico.



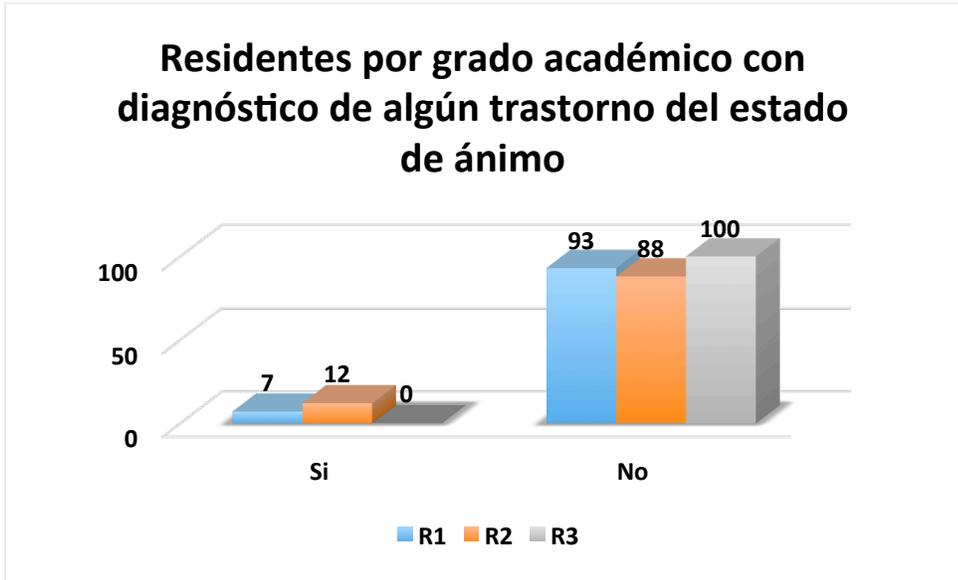
**Gráfica 33.** Horas a la semana que dedican a actividades extracurriculares.



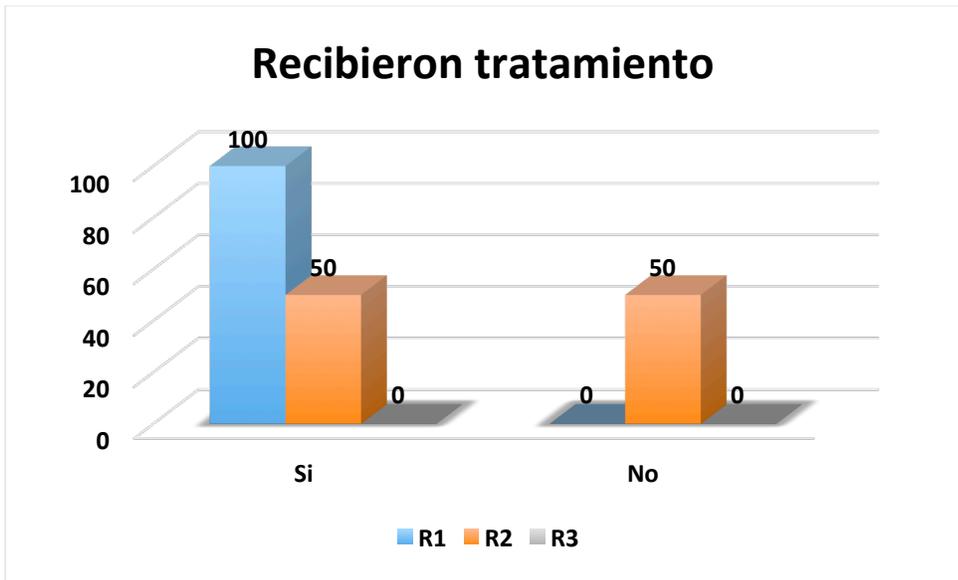
**Gráfica 34.** Horas a la semana que dedican a actividades extracurriculares por grado académico.



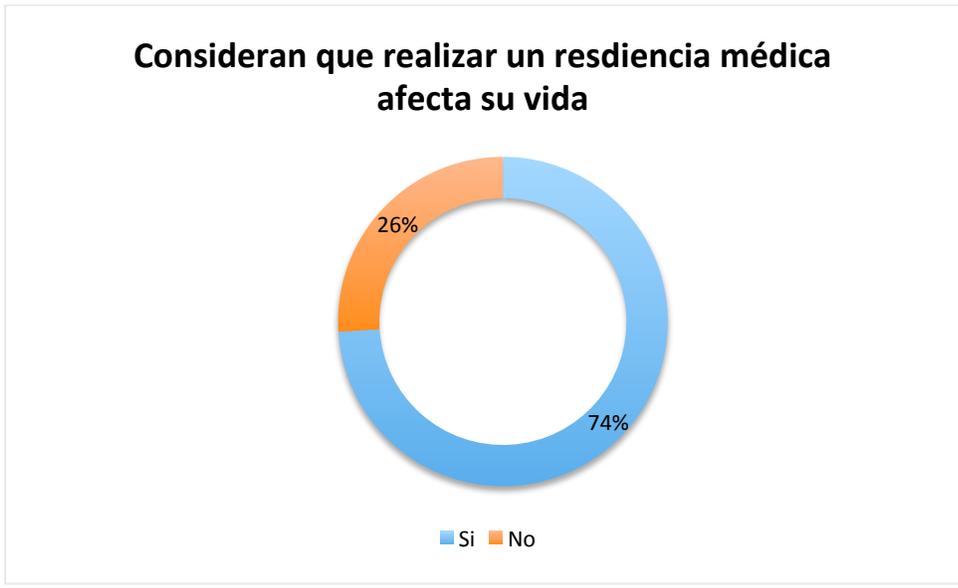
**Gráfica 35.** Residentes con diagnóstico de algún trastorno del estado de ánimo.



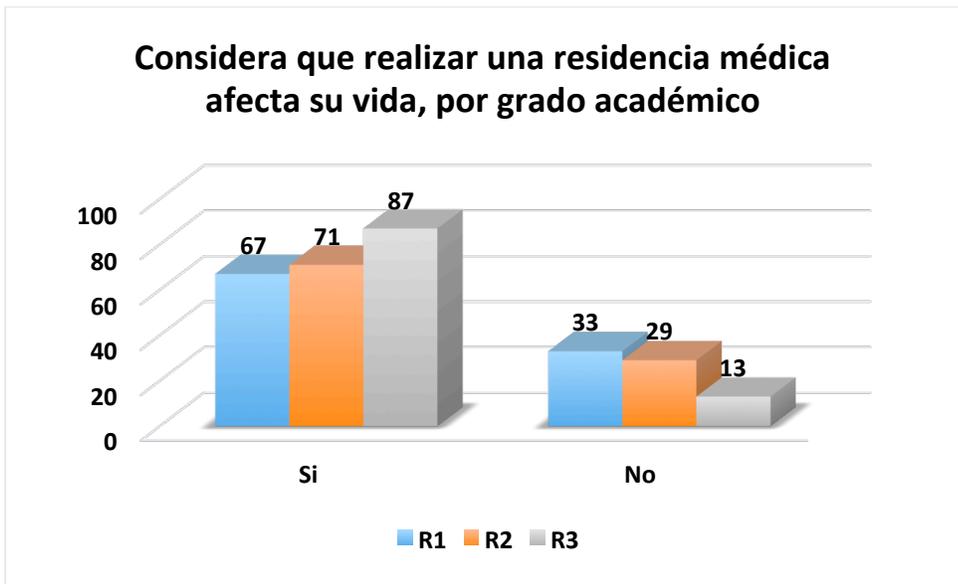
**Gráfica 36.** Residentes por grado con diagnóstico de trastorno del estado de ánimo.



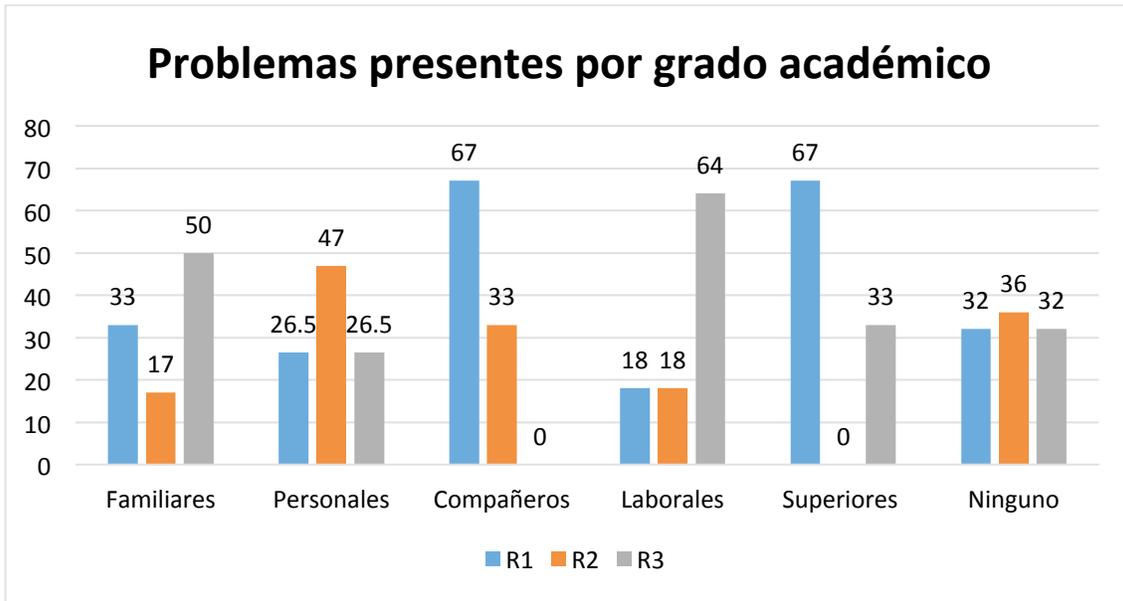
**Gráfica 37.** Residentes por grado académico con diagnóstico de trastorno del estado de ánimo que recibieron tratamiento.



**Gráfica 38.** Residentes que consideran que realizar un residencia médica afecta su vida.



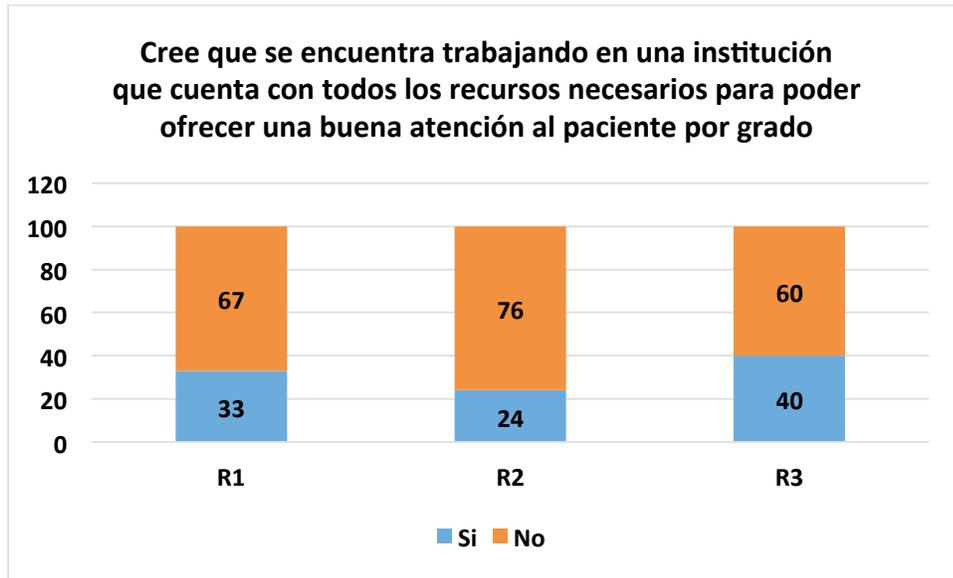
**Gráfica 39.** Residentes por grado que consideran que realizar un residencia médica afecta su vida.



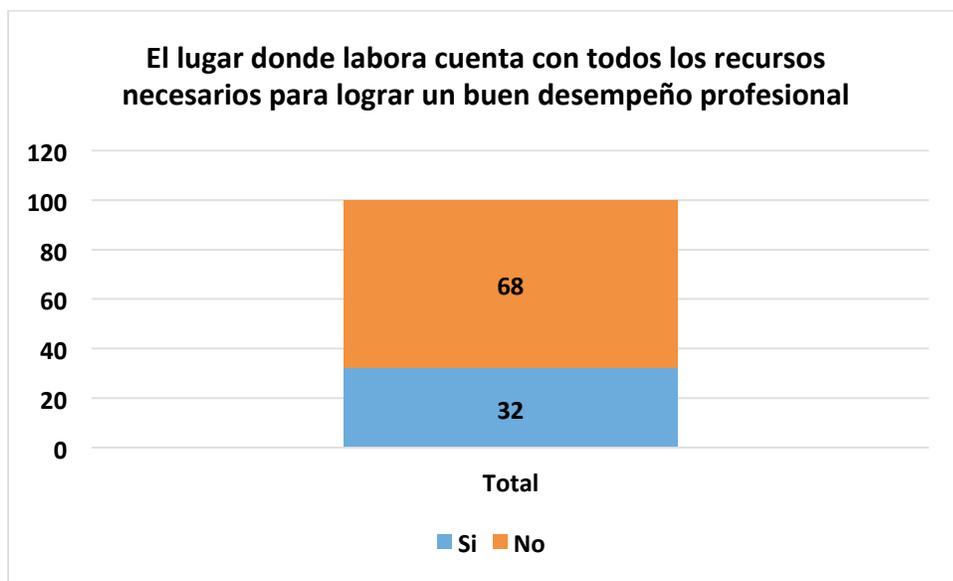
**Gráfica 40.** Problemas presentes por grado académico.



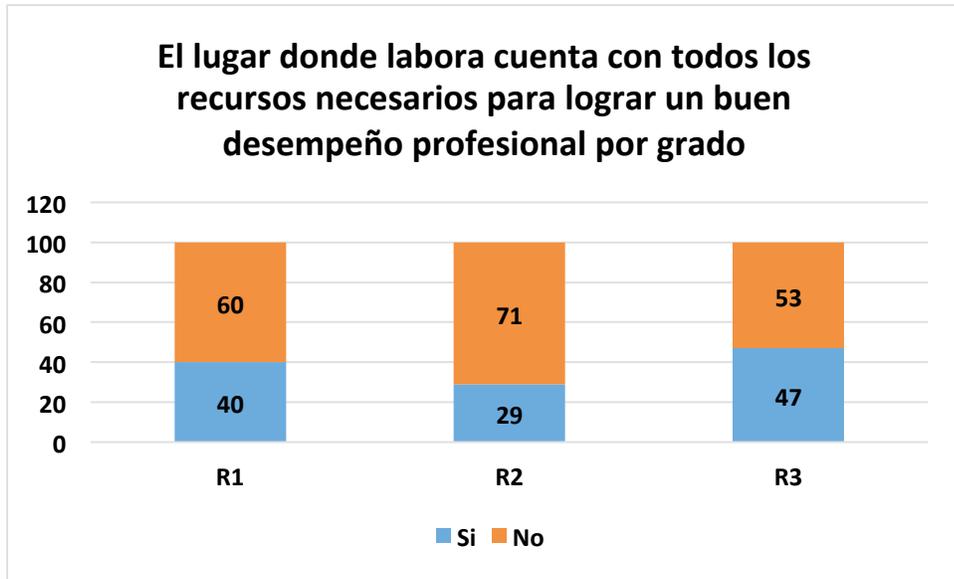
**Gráfica 41.** Porcentaje de residentes que se consideran trabajando en una institución que cuenta con todos los recursos necesarios para poder ofrecer una buena atención al paciente.



**Gráfica 42.** Porcentaje de residentes por grado académico que se consideran trabajando en una institución que cuenta con todos los recursos necesarios para poder ofrecer una buena atención al paciente.



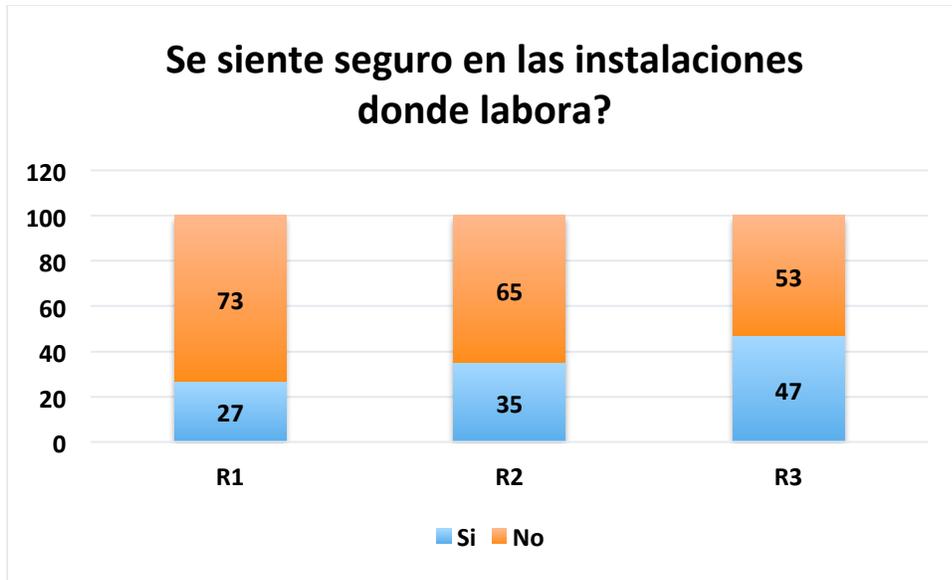
**Gráfica 43.** El lugar donde labora cuenta con todos los recursos necesarios para lograr un buen desempeño profesional.



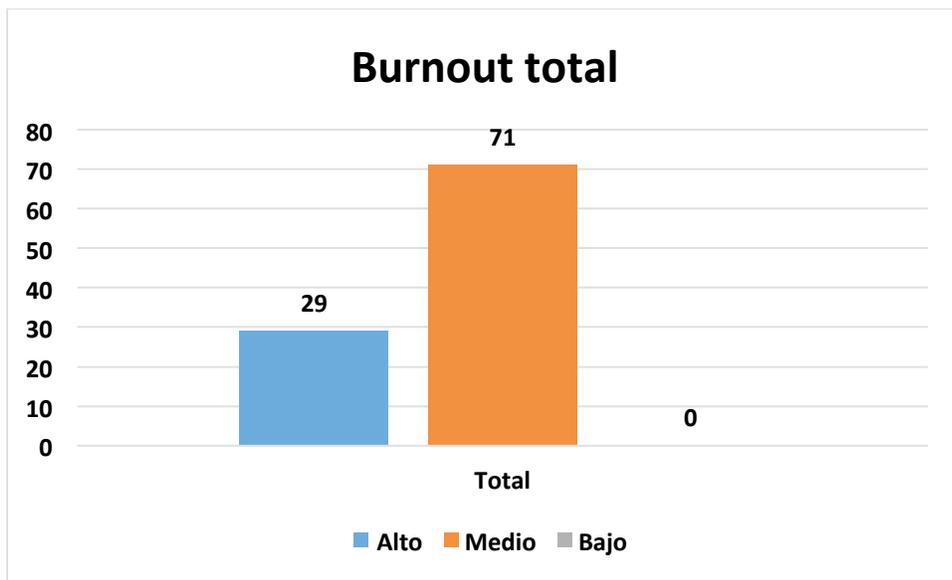
**Gráfica 44.** El lugar donde labora cuenta con todos los recursos necesarios para lograr un buen desempeño profesional, análisis por grado académico.



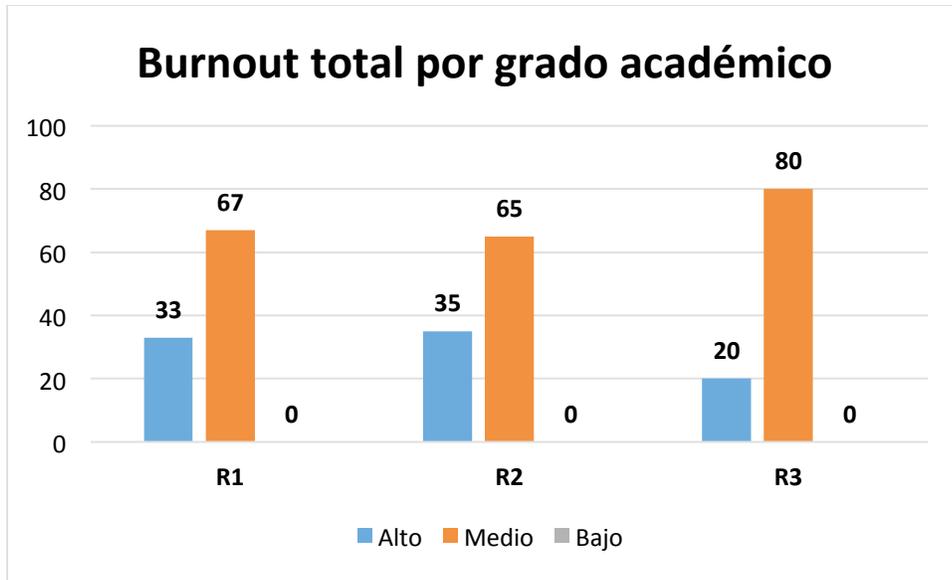
**Gráfica 45.** Se siente seguro en las instalaciones donde labora.



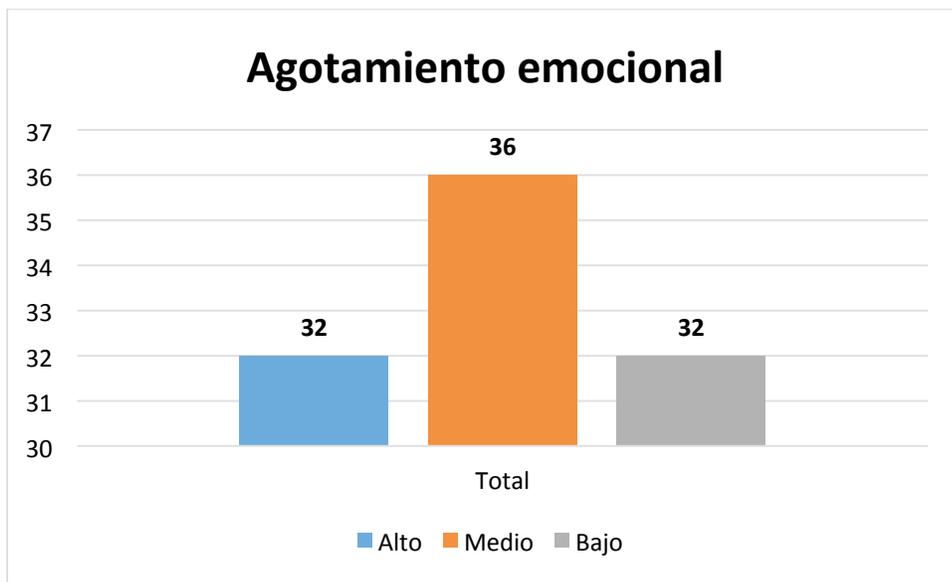
**Gráfica 46.** Se siente seguro en las instalaciones donde labora, análisis por grado académico.



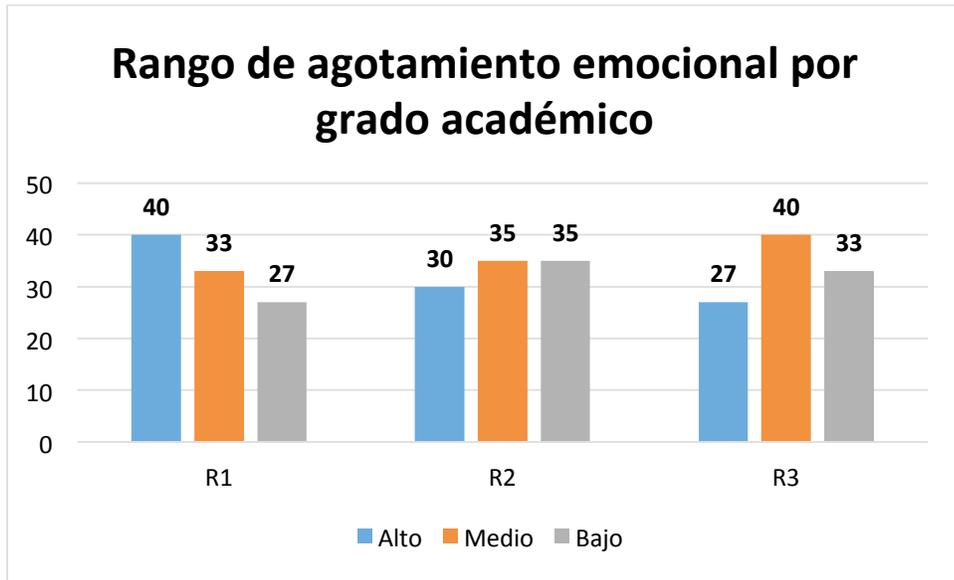
**Gráfica 47.** Porcentaje de síndrome de burnout en los residentes.



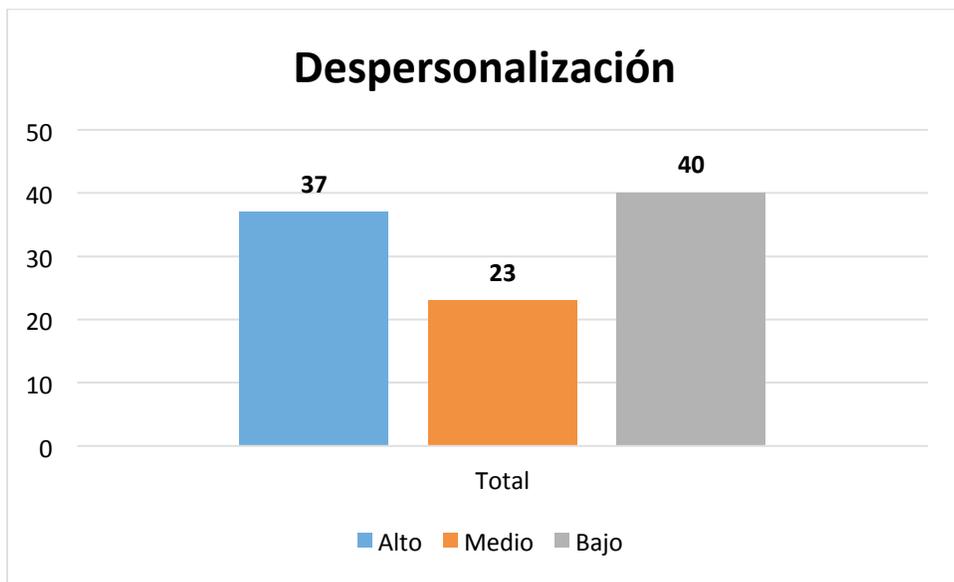
**Gráfica 48.** Porcentaje de síndrome de burnout por grado académico.



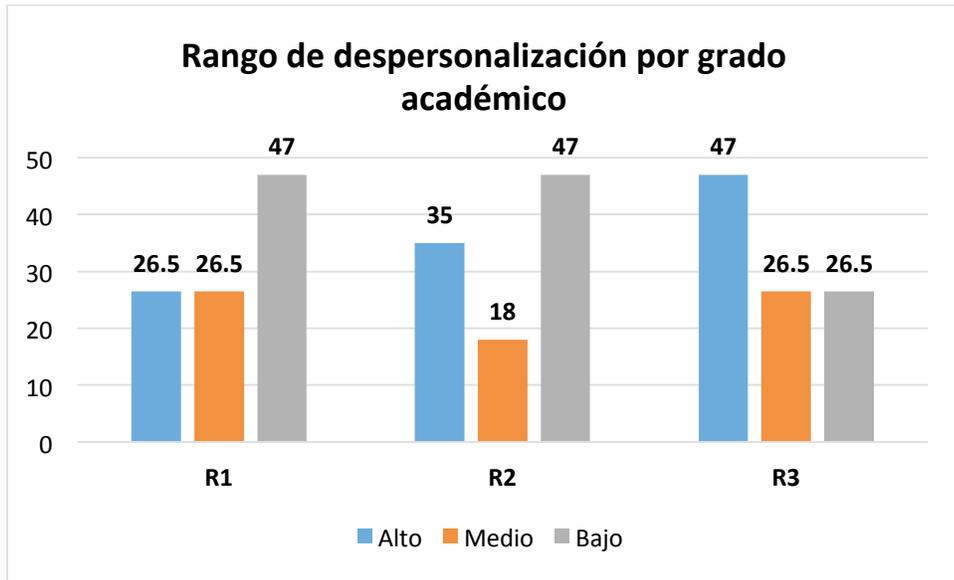
**Gráfica 49.** Porcentaje de agotamiento emocional.



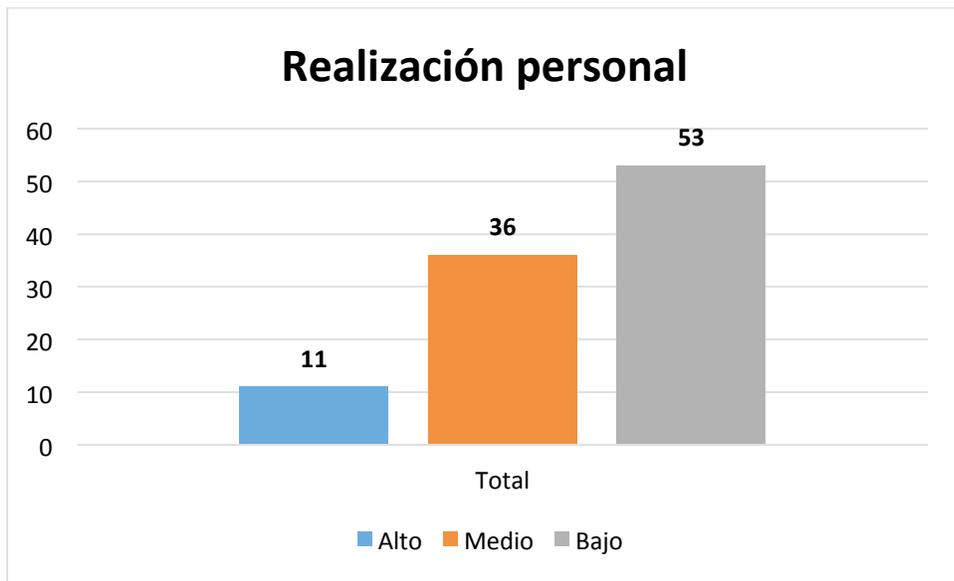
**Gráfica 50.** Rango de agotamiento emocional por grado académico.



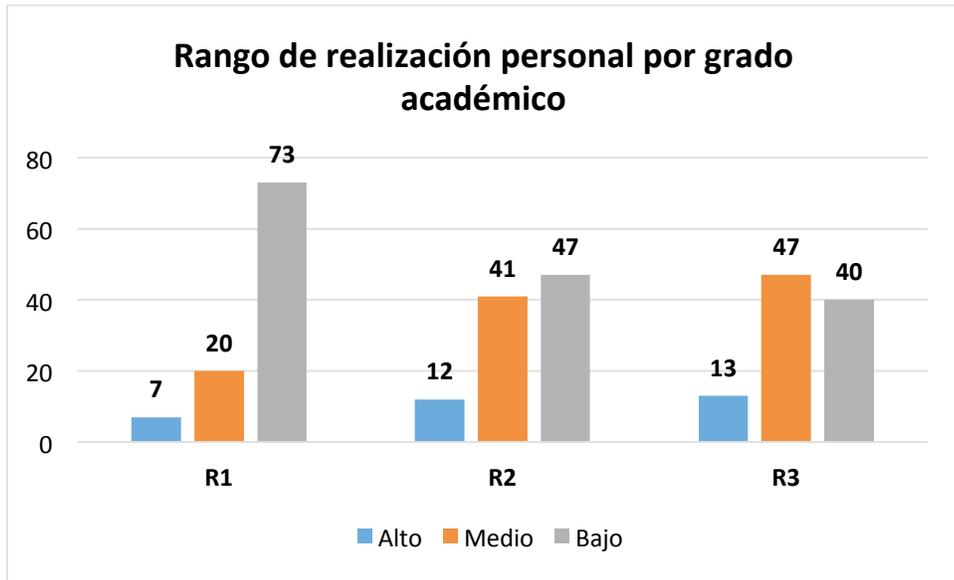
**Gráfica 51.** Porcentaje de despersonalización.



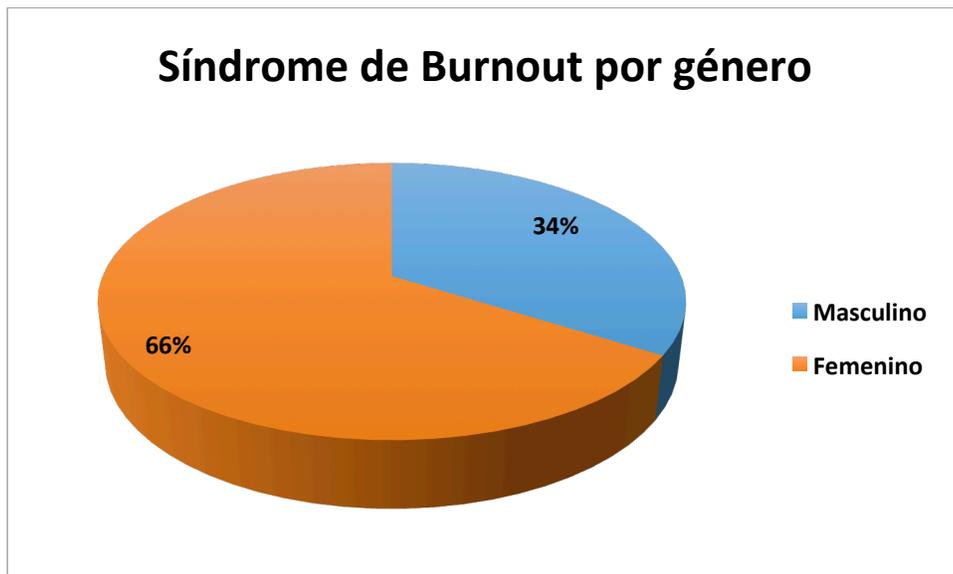
**Gráfica 52.** Rango de despersonalización por grado académico.



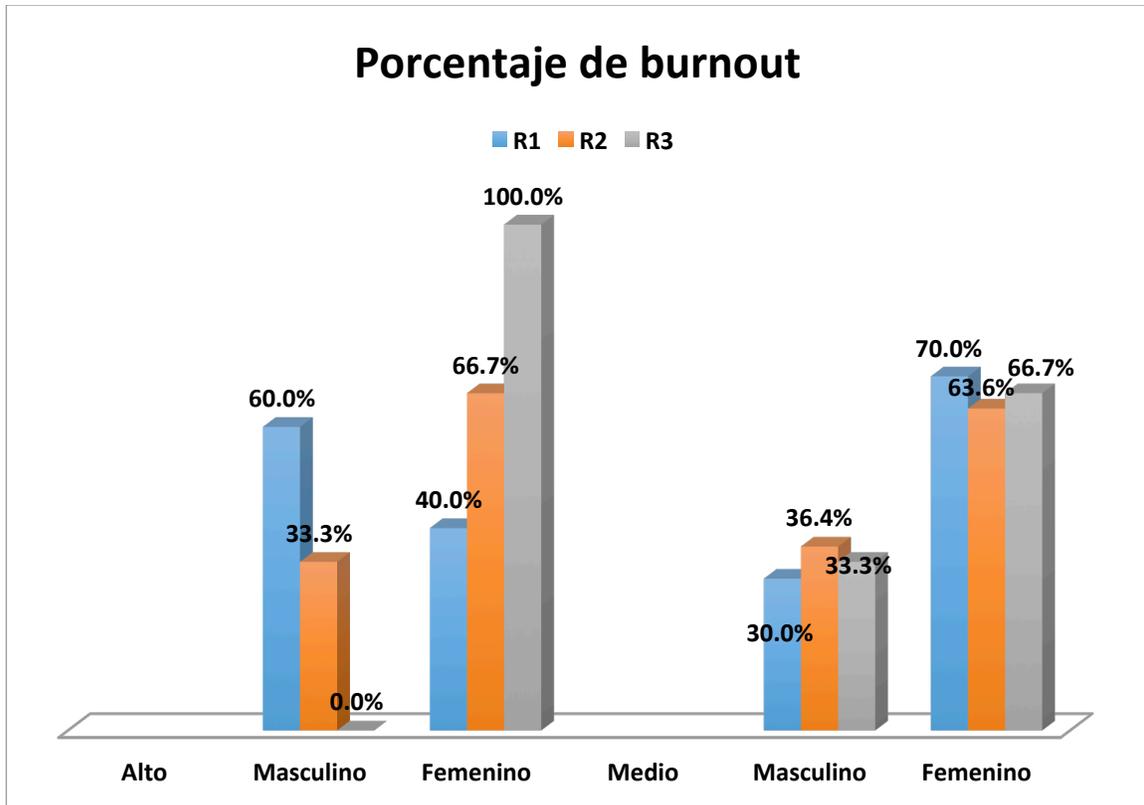
**Gráfica 53.** Porcentaje de realización personal.



**Gráfica 54.** Rango de realización personal por grado académico.



**Gráfica 55.** Presencia de síndrome de burnout por género.



**Gráfica 56.** Presencia de síndrome de burnout por género y grado académico.



**Gráfica 57.** Grado de síndrome de Burnout en los residentes de pediatría del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” O.D. en 2013.

## 10. Análisis de resultados:

Se cuenta con una población total de 47 residentes del servicio de pediatría, de los cuales, de género femenino 66% (n=31) y de género masculino 34% (n=16). Por grado académico, contamos con 15 residentes cursando el primer año de la residencia de pediatría, compuesto por 9 mujeres y 6 hombres, en el segundo año son 17 residentes, formado por 11 mujeres y 6 hombres; por último, en el tercer año de residencia tenemos 15 residentes, de los cuales 11 mujeres y 4 hombres (Gráfica 1 y 2). Se encontró que tenemos una población con un promedio de edad de 27.6 años (Gráfica 3), donde el promedio de edad en los residentes de primer año de 23.1 años, en los residentes de segundo año de 28.6 años y los residentes de tercer año de 27.9 años (Gráfica 4). Por género, se encontró que tanto femenino como masculino tienen la misma edad promedio de 27.6 años (Gráfica 5 y 6).

Respecto al estado civil, 37 residentes son solteros, 6 residentes están casados, 3 residentes viven en unión libre, 1 residente está divorciado y ningún residente viudo (Gráfica 7). Por grado académico, podemos observar que en los residentes de primer grado, sólo uno está casado y el resto son solteros; en los de segundo año encontramos a 5 casados, un divorciado, uno que vive en unión libre y los 10 restantes son solteros, por último los de tercer año, observamos dos que viven en unión libre y los 13 restantes son solteros (Gráfica 8). En los residentes de primer año ninguno tiene hijos, mientras que los residentes de segundo año, cuatro, tienen hijos y en los tercer año, únicamente una residente tiene un hijo, se puede observar que por género masculino tres residentes de segundo año son padres y género femenino una residente de segundo año y una residente de tercer año son madres. (Gráfica 9,10 y 11).

El origen de procedencia de los residentes encontramos que 25 de los 47, son de la Ciudad de México, 4 del estado de Guerrero, 2 del estado de México, 2 del estado de

Michoacán, 2 del estado de Morelos, 3 del estado de Nuevo León, 2 del estado de Oaxaca, 1 del estado de Chiapas, 1 del estado Durango, 1 del estado de Hidalgo, 1 del estado Jalisco, 1 del estado de Veracruz y 2 residentes con nacionalidad extranjera (sudamericana). Observamos que los tres principales estados de la república mexicana de donde viene, la mayoría de nuestra población de residentes son: la Ciudad de México en un 53%, en segundo lugar el estado de Guerrero con 9% y por último, el estado de Nuevo León con 7%. La población de residentes extranjeros solo representa el 2% de la población total (Gráfica 12 y 13). Lo subdividimos por grado académico, encontrando que en los residentes de primer año los principales estados de origen son la Ciudad de México con 53% y el estado de Nuevo León con 13%, no encontramos residentes extranjeros en éste grado (Gráfica 14). En los residentes de segundo grado, los principales estados de origen de los son la Ciudad de México con 59%, nacionalidad extranjera en el 12% y del estado de Guerrero con 11% (Gráfica 15). En los residentes de tercer año, no se encuentran extranjeros, el origen de los residentes es: 53% de la Ciudad de México, 13% el estado de Morelos y 7% el estado de Guerrero (Gráfica 16).

En cuestiones de trabajo, el 55% de los residentes refieren trabajar más de 12 horas al día, 43% de los residentes refieren laborar de 9 a 12 horas al día, mientras que un 2% refiere trabajar de 1 a 8 horas al día. Se analizó por grado académico para valorar qué grado refiere más horas de trabajo y se encontró que el 67% de los residentes de primer año refiere trabajar más de 12 horas al día, 26% 9 a 12 horas, mientras que un residente que representa el 7% refiere trabajar 1 a 8 horas. 53% de los residentes de segundo años refiere trabajar más de doce horas al día, 47% de 9 a 12 horas y 47% de los residentes de tercer grado refiere trabajar más de doce horas al día y 53% refiere trabajar 9 a 12 horas, entre los residentes de segundo y tercer año no refirieron trabajar menos de ocho horas (Gráfica 17 y 18).

En cuestión de descanso, el 66% de los residentes refieren sólo tener un día de descanso a la semana, el 23% refieren descansar 2 días a la semana y el 11% refiere tener tres días de descanso. Analizado por año de residencia, sobresale que

el 80% de los residentes de primer grado refieren únicamente descansar un día a la semana y el 20% restante dos días a la semana; mientras que el 88% de los residentes de segundo grado refiere descansar un día a la semana, 6% refiere descansar 2 días a la semana y 6% refiere descansar tres días a la semana; por último, en los residentes de tercer grado se refiere descansar un día a la semana y tres días con 27% cada uno; la mayoría, el 46%, refirió descansar dos días a la semana (Gráfica 19 y 20). El 81% de los residentes refiere dormir menos de 6 horas al día y el 19% refiere dormir entre 6 y 8 horas, ningún residente refiere dormir más de 8 horas al día. Analizándolo por grado académico, en los residentes de primer año, el 87% duerme menos de 6 horas y el 13% entre 6 y 8 horas, en los residentes de segundo grado el 82% duerme menos de 6 horas y 18% entre 6 y 8 horas y los residentes de tercer grado el 73% duerme menos de seis horas y el 27% duerme entre 6 y 8 horas (Gráfica 21 y 22).

El tiempo que ocupan los residentes en trasladarse al hospital-casa y viceversa es en un 56% menos de 30 minutos, de 30 minutos a una hora en el 40% de los casos y más de una hora en 4%. Se observa que el 53% de los residentes de primer grado tardan menos de 30 minutos en llegar al hospital-casa, 47% tarda entre 30 y 60 minutos. En los residentes de segundo año, el 70% hace menos de 30 minutos de trayecto al hospital-casa, 24% tardan entre 30 minutos y una hora y el 6% más de una hora. En los residentes de tercer año, el 40% tarda menos de treinta minutos en desplazarse hospital-casa, 57% entre media y una hora y un 7% más de una hora (Gráfica 23 y 24). El 64% de los residentes no vive con su familia, mientras que el 36% lo hace. Desglosado por grado académico, encontramos los mismos resultados en los residentes de primer y tercer año, 40% vive con su familia y el 60% no vive con su familia, en los residentes de segundo grado un 29% vive con su familia y el 71% no vive con su familia siendo el porcentaje más alto entre todos los grados (Gráfica 25 y 26). El 62% de los residentes se mantienen solos y un 38% recibe apoyo para su manutención, siendo los residentes de segundo año los más apoyados para su manutención con un 53%, mientras que los residentes de primer

año son los que presentaron menos ayuda económica en 73% (Gráfica 27 y 28). El 66% de los residentes refiere no tener tiempo para realizar actividades extracurriculares, mientras que un 34% refiere contar con tiempo para actividades extracurriculares. Analizado por grado académico, el 82% de los residentes de segundo grado, seguido por el 80% de los residentes de primer grado, refieren no contar con tiempo para actividades extracurriculares, mientras que los residentes de tercer año, refieren en un 67% disponer de tiempo para realizar éste tipo de actividades. A pesar de que el 34% de los residentes refirió disponer de tiempo para realizar actividades extracurriculares, el 71% de estos residentes no realiza ningún tipo de actividad extracurricular, mientras que el 13% realiza actividades deportivas, 6% recreativas, 3% realizan actividades culturales, y los restantes una mezcla de actividades deportivas, culturales y recreativas. Siendo los residentes de tercer año los que más actividades deportivas realizan seguido de los de segundo año. El 9% de los que realizan actividades extracurriculares le dedican únicamente una hora, un 7% de una a dos horas y un 7% de 2 a 3 horas. En los quince residentes de primer año de residencia el 80% no le dedica tiempo a éste tipo de actividades, 13% solamente una hora y 7% restante de 2 a 3 horas a la semana. En la generación de los de segundo grado con un total de 17 residentes, el 82% no le dedica tiempo a realizar actividades extracurriculares de ningún tipo, un 6% le dedica una hora a la semana, 6% de 1 a 2 horas a la semana y el restante 6% más de tres horas a la semana. Los 15 residentes de tercer grado, el 51% no realiza actividades extracurriculares, 7% le dedica una hora, 14% de una a dos horas a la semana, 14% de 2 a 3 horas a la semana y 14% más de tres horas por semana (Gráfica 29,30,31,32,33 y 34).

De los 47 residentes que se encuentran realizando el curso de especialización en pediatría en 6% cuenta con un diagnóstico de trastorno del ánimo y 94% refiere no haber presentado algún tipo trastorno del estado de ánimo. En la generación de los residentes de primer año, refiere sólo un residente de género femenino haber presentado algún tipo de trastorno representando al 7% de su generación y

recibiendo tratamiento. En los residentes de segundo año, dos, uno masculino y una femenina, presentaron trastornos del estado de ánimo, representando al 12% de su generación, sólo uno de ellos recibió tratamiento el masculino. En los de último año, no se encontraron trastornos del estado de ánimo (Gráfica 35, 36 y 37).

El 74% de los residentes refiere que realizar una residencia médica afecta su vida, por grados académicos 67% de primer año, 71% de segundo año y 87% de tercer año, el 26% de total de los residentes refiere que su vida no se ve afectada por la residencia médica. Dentro de los principales problemas reportados por grado, encontramos que los problemas de tipo familiar y laborales son los más referidos por los residentes de tercer año, de tipo personal por los residentes de segundo año, seguido de problemas con sus compañeros y superiores referidos por los residentes de primer año. (Gráfica 38, 39 y 40).

El 68% de los residentes cree que no se encuentra en una institución que cuenta con todos los recursos necesarios para poder ofrecer una buena atención al paciente, mientras que el 32% cree que si cuentan con todos los recursos necesarios para poder ofrecer una buena atención al paciente. Si lo analizamos por grado académico, en los residentes de primer año el 67% considera que no cuenta con los recursos mientras que el 33% difiere. En los residentes de segundo año, el 76% refiere no contar con los recursos necesarios para poder ofrecer una buena atención al paciente; mientras que un 24% refiere si contar con todos recursos necesarios para una buena atención. Por último, en los residentes de tercer año, el 60% refirió no contar con los recursos necesarios para brindar una buena atención al paciente, mientras que el 40% refiere si contar con los recursos necesarios (Gráfica 41 y 42).

Respecto al desempeño laboral, el 68% de los residentes refiere que la sede no cuenta con todos los recursos necesarios para lograr un buen desempeño profesional. Analizado por grados, el 72% de los residentes de segundo año refirió no

contar con todos los recursos necesarios para lograr un buen desempeño laboral, seguido por los residentes del primer año con un 60% y por último, los residentes de tercer año con un 53% (Gráfica 43 y 44).

En cuestión de seguridad el 64% no se siente seguro en las instalaciones donde labora, mientras que un 36% se siente seguro. Analizado por grado académico, en primer lugar los que refieren más inseguridad son los residentes de primer año con un 73%, seguido por los residentes de segundo año con un 65% y para terminar, los residentes de tercer grado con un 53% (Gráfica 45 y 46).

Se encontró que todos los residentes del servicio de pediatría cursan con síndrome de burnout, 29% en grado alto y 71% en grado medio, ninguno presentó grado bajo y ningún residente quedó exento. El grado alto de síndrome de burnout predominó en los residentes de segundo año con el 35%, seguido de los residentes de primer año con un 33%, por último los residentes de tercer año con el 20%; mientras que el grado medio de síndrome de burnout se observó más en residentes de tercer grado con el 80% de ellos, seguido de los residentes de primer grado con el 67%, por último los de segundo año con un 65%. Se analizaron las tres dimensiones que integran al síndrome de burnout, encontrando en *agotamiento emocional* del total de la población estudiada, el 36% padecía un grado medio de agotamiento, con empate del 32% en grado alto y bajo. La generación más afectada fueron los residentes de primer año, donde se observa el 40% de ésta generación con agotamiento alto, seguido por los residentes de tercer año donde el 40%, presentaron agotamiento medio. Los residentes de segundo año obtuvieron un 30% grado alto y se mantuvieron a la par con un 35% de agotamiento medio y bajo. En el aspecto de *despersonalización* se encontró que el 40% de todos los residentes presenta un grado bajo, el 37% en rango alto y el 23% en rango medio, desglosándolo encontramos que los residentes de tercer año son los que más sufren de despersonalización a un grado alto con el 47%, seguidos por los de segundo año a un grado alto con un 35%; y los que menos sufren de despersonalización son los

residentes de primer año de residencia con un 47% de despersonalización en un grado bajo. Respecto al aspecto de *realización personal* se encontró que el 53% de la población tiene una realización personal baja, 36% realización personal media y 11% alta. Por año de residencia se encontró que los niveles de realización más alta se encontraban en los residentes de tercer año en el 13% de esa generación, seguida con el 12% de los de segundo año y por último 7% en los de primer año de residencia. Los niveles más bajos de realización personal se encontraron con el 73% de los residentes de primer año, seguido con el 47% de los residentes de segundo año y 40% de los residentes de tercer año. Con una realización personal media, en primer lugar los residentes de tercer año con el 47%, seguidos por los de segundo año con el 41% y por último los de primer año con el 20%. (Gráfica 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53 y 54).

Comparando 2013 con 2017, se observó un incremento en el grado de burnout. Se observó que en cuatro años, el síndrome de burnout se incrementó en la población de residentes, en el 2013 podíamos observar síndrome de burnout en niveles bajos y predominaba el rango medio, actualmente no encontramos a ningún residente que no estuviera quemado y tampoco en rangos bajos. Por género, observamos que la distribución fue 66% femenino y 34% masculino. Por grado académico, resalta que el 100% de los residentes de tercer año que presentó síndrome de burnout en niveles altos y el 67% en niveles medios son del género femenino. En los residentes de primer año, los que presentaron un grado alto de síndrome burnout fueron de género masculino y a con un grado medio el género femenino. Mientras que en los residentes de segundo año, el género femenino predominó en ambos grados de síndrome de burnout (Gráfica 55 y 56). Encontramos que hace 4 años en los residentes de segundo año el 71% presentaba síndrome de burnout grado medio, actualmente ésta generación fue la que predominó con un grado alto en un 35% seguida por el 31% de los residentes de primer año, a diferencia del 2013 donde los grados más altos de burnout estaban en los residentes de primer año. Persistió a través de estos cuatro años que los residentes de tercer año persistieran con un grado medio de síndrome de burnout (Gráfica 57).

## 11. Conclusiones:

Durante la capacitación en las residencias médicas se deben de cumplir con dos actividades esenciales, la primera que es formativa y la segunda, asistencial. Es un error pensar que el aprendizaje será mejor al trabajar más allá de un límite fisiológico, es necesario un equilibrio entre las actividades hospitalarias y el tiempo dedicado al descanso o esparcimiento. Hay que destacar que el estrés en el trabajo está asociado con una reducción de la productividad.<sup>1</sup>

- Se encontró que todos los residentes del servicio de pediatría cursan con síndrome de burnout, 29% en grado alto y 71% en grado medio, ninguno presentó grado bajo y ningún residente quedó exento.
- El grado alto de síndrome de burnout predominó en los residentes de segundo año con el 35%, seguido de los residentes de primer año con un 33%.
- El grado medio de síndrome de burnout se observó más en residentes de tercer grado donde el 80% lo presentó.
- En el *agotamiento emocional* el 36% padecía un grado medio de agotamiento. Los más afectados son los residentes de primer año, donde se observa el 40% de ésta generación con agotamiento alto.
- Respecto a la *despersonalización* se encontró que el 37% de los residentes se encuentra en rango alto y el 23% en rango medio, encontrando que los residentes de tercer año son los que más sufren de despersonalización a un grado alto con el 47%.
- Hablando de *realización personal* el 53% de la población estudiada tiene una realización personal baja, 36% realización personal media y 11% alta. Los niveles más bajos de realización personal se encontraron con el 73% de los residentes de primer año, seguido con el 47% de los residentes de segundo año y 40% de los residentes de tercer año.

- En cuatro años, el síndrome de burnout se incrementó en la población de residentes, en el 2013 podíamos observar síndrome de burnout en niveles bajos y predominaba el rango medio, actualmente no encontramos a ningún residente que no presentará síndrome de burnout y tampoco se observaron rangos bajos del mismo.
- Actualmente, se encontró en los residentes de segundo año el porcentaje más alto de afectación en un 35%, a diferencia del 2013 donde los grados más altos de burnout estaban en los residentes de primer año.
- Se ha demostrado en la literatura que el síndrome de burnout, se presenta en ambos sexos, con un predominio en el sexo femenino, lo que coincide con los resultados en el trabajo realizado, donde el género femenino representa al 66% (n=31) y el masculino 34% (n=16), se encontró que los grados altos de síndrome de burnout también predominaba el género femenino, asociándose a la doble jornada que realiza la mujer al trabajar en una institución y el trabajo en casa.<sup>9</sup> En los residentes de primer año, el género masculino presentó grado alto de síndrome de burnout y en grado medio el género femenino. Mientras que en los residentes de segundo año y tercer año, el género femenino predominó en ambas generaciones.
- La mayoría de los médicos que cursan la residencia son jóvenes, con una edad promedio de 27.6 años, se menciona que el rango de edad más afectado es entre los 35 - 54 años.<sup>9</sup>
- Los tiempos tan largos que dedican a la práctica de la medicina, donde el 55% refirió trabajar más de doce horas, con un día de descanso a la semana referido por el 66%, los agota física y mentalmente, volviéndolos susceptibles a una mayor incidencia a la depresión y aumento en la irritabilidad, sobretodo en el período de entrenamiento y aprendizaje, es decir, la residencia e incluso pueden aparecer signos de conductas obsesivo-compulsivas, problemas de aprendizaje, emocionales, depresión y trastorno bipolar.<sup>6</sup>
- También se ha relacionado en este período con el desgaste profesional, abuso de alcohol y depresión, y su influencia en el cuidado y actitudes hacia los pacientes. El entrenamiento de la residencia médica, puede causar un

grado significativo de burnout, conduciendo a una interferencia en la habilidad individual de establecer los dilemas diagnósticos.<sup>3</sup> En la población estudiada únicamente se encontró con un 6% (n=3) de residentes afectados con algún trastorno del estado de ánimo.

- Es cierto que hay variables que pueden fomentar la aparición del síndrome de burnout, como lo son el género, edad, estado civil, número de hijos, apoyo económico, rasgos de la personalidad, trastornos del estado de ánimo; sin embargo, se observó en los resultados que todos están “quemados” por igual, aunque hubiera por generación diferentes factores protectores o predisponentes de síndrome de burnout. Un ejemplo de esto, son los residentes de segundo años, quienes son los más casados (n=5) y con hijos (n=4), sin embargo; fue la generación con más síndrome de burnout en grado alto presentó.
- En cuestión de infraestructura y seguridad, el 64% de los residentes refirió no sentirse seguro en el lugar donde labora y el 68% refirieron no contar con todos los recursos para un buen desempeño profesional y buena atención a los pacientes.

Ya dicho por Cristina Maslach, la relación del síndrome de burnout es mayor con las características de las organizaciones que con las personales, al no contar con bienestar laboral, valdría la pena implementar nuevas mejoras al pabellón de pediatría, designando áreas de trabajo para el personal médico, áreas de trabajo limpias, con una iluminación adecuada, con temperatura correcta, sin exceso de ruido, con infraestructura sólida y también unificando criterios y responsabilidades con el personal administrativo y de enfermería, ya que no contar con los recursos adecuados para desempeñar el trabajo, es considerado como factor de riesgo para desarrollar el síndrome.<sup>9</sup>

A pesar del conocimiento en la existente relación del síndrome de burnout en las residencias médicas, hay pocas estrategias que apunten a disminuirlo o mejorar el bienestar de los residentes. Valdría la pena analizar los niveles de estrés y carga mental de las tareas, la distribución de responsabilidad entre puestos de trabajo, así

como horas extras laboradas para poder medir la equidad laboral, para fortalecer el trabajo en equipo y cooperación.<sup>1</sup>

Se cree por usos y costumbres de la medicina que la estructura debe de ser por jerarquías; sin embargo, el hecho de que se trabaje por jerarquías no es indicativo que los residentes de menor jerarquía pierdan su autonomía, pero ésta estructura puede fomentar los problemas laborales. Un factor importante que debemos mencionar es el desgaste por jornadas laborales extensas, incluye no solamente horarios matutinos, sino además nocturnos, lo que incrementa más el cansancio físico y mental de las personas, disminuyendo la atención y concentración en sus actividades, lo que puede generar, mayor número de errores o equivocaciones durante su trabajo, en nuestro estudio se observó que el 66% de los médicos solo descansa un día a la semana. Es bien sabido que en todas las residencias, que los residentes de primer grado son los que mayor carga laboral presentan, mientras que los de tercer año son los que menos carga presentan. De ser así, no habría síndrome de burnout en los residentes de mayor grado; sin embargo, los resultados arrojaron que existe síndrome de burnout en los residentes de mayor jerarquía, valdría la pena reorganizar y definir las obligaciones para balancearlas por igual y no sobrecargar a algunos. Así como crear estrategias para que los residentes tengan al menos dos días de descanso a la semana, para evitar el agotamiento físico y emocional. Así como la realización de actividades recreativas para disminuir los niveles de estrés, y en un futuro, complicaciones cardiovasculares.

Podemos observar que los residentes de primer año presentan síndrome de burnout por la carga de trabajo y horarios en los cuales se desenvuelven; en el caso de los residentes de tercer año se observan niveles altos de burnout que podría estar relacionado por la incertidumbre del futuro inmediato tras finalizar su residencia y la tasa baja de retención de los médicos especialistas recién egresados.<sup>1,8</sup>

Se espera un mayor conocimiento y entendimiento del síndrome de burnout, para una detección oportuna y un diagnóstico temprano; así como estrategias para disminuir la incidencia del mismo.

## 12. Discusión:

El realizar ésta tesis nos permitió observar la presencia de síndrome de burnout en los residentes cursando el programa de posgrado en especialización en pediatría y determinar el grado de síndrome de burnout que presentaban. El entrenamiento de la residencia médica, per se, puede causar un grado significativo de síndrome de burnout, conduciendo a una interferencia en la habilidad individual de establecer los dilemas diagnósticos.<sup>3</sup> Los resultados mostrados por la encuesta Maslach fueron alarmantes al tener una población de residentes en la cual el 100% presenta síndrome de burnout, el 29% en grado alto y el 71% en un grado medio y ninguno en grado bajo. La generación que más síndrome de burnout presentó fueron los médicos residentes de tercer año, pero en un grado medio. Por grado de síndrome de burnout, los de segundo año, fueron los que sobresalieron con un grado alto de burnout. Los que presentaron *agotamiento emocional* más marcado son los de primer año, los de segundo año con más *despersonalización*, y nuevamente los de primer año con menor *realización personal*. Al analizar los resultados y comparándolos con una encuesta previa realizada en 2013, encontramos que se elevó el grado de síndrome de burnout y persistió en el 100% de la población.

En el 2013, el 100% de los residentes presentaba síndrome de burnout, estaba dividido en 31% en grado alto, 64% medio y 5% bajo; actualmente, no observamos síndrome de burnout en grado bajo. El grado académico más afectado era el primer año de residencia y de género femenino, actualmente 35% de los residentes de segundo año presentaron síndrome de burnout en grado alto, seguido de los residentes de primer año con el 33%. Lo que persistió fue que en los residentes de tercer año el grado medio de síndrome de burnout. No se observó diferencia en la aparición y grado del síndrome de burnout por grado académico. Sería esperado que los residentes de primer año por la carga de trabajo que en ocasiones llegan a tener ocuparan el primer lugar; sin embargo, fueron los de segundo año los que presentaron mayor grado de síndrome de burnout. Al igual, que se esperaba que los residentes de tercer año presentaran un grado bajo de burnout y no un grado medio

o alto, el grado alto fueron en su totalidad por residentes de género femenino, pero cabe destacar que es el género predominante en la generación.

Otra variable que puede influenciar la presencia de burnout es el estado civil, género, edad, hijos, entre otros.<sup>3</sup> En cuestión a las características socio-demográficas de los médicos residentes de la especialidad de pediatría del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga O.D.” se encontró que sobresale el género femenino. Se ha demostrado de manera general que el síndrome de burnout se presenta en ambos sexos, con un predominio en el sexo femenino lo que coincide con doble jornada por las tareas domésticas y el trabajo en alguna institución.<sup>9</sup> En nuestra población estudiada, se observó que el género más afectado fue el femenino en un 66% y el masculino en 34%, pero nuestra población de estudio tiene un predominio por género femenino con el 66%, entonces ésta información puede estar sesgada. La edad promedio de nuestra población fue de 27.6 años, en ambos géneros, se considera factor de riesgo una edad entre 40 – 55 años.<sup>3</sup> Se observó que los médicos residentes de segundo año fueron los que presentaron una edad mayor de 28.6 años, respecto a los otros años. Se considera como factor de riesgo el ser soltero o tener una relación amorosa “inestable” así como la ausencia de hijos, el hecho de estar casado se considera como factor “protector” contra el síndrome de burnout.<sup>3</sup> Encontramos que 37 residentes son solteros y sólo 6 están casados, 3 viven en unión libre y uno divorciado. Los residentes de segundo año son la población con más casados y en los de primer y tercer año predominan los solteros. También se observó, que en los residentes de segundo año son los que más hijos tiene, con un total de cuatro residentes, donde predomina el género masculino, seguido por los de tercer año, con una residente. Se esperaría que los residentes de segundo año que al ser la generación donde más residentes casados y con hijos hay, hubiera menos presencia de síndrome de burnout o en un grado menor, pero los resultados dicen lo contrario.

Se observó que la mayoría de los residentes provenía de la Ciudad de México en un 53%, seguida del estado de Guerrero en un 9%, encontrando únicamente un 2% de población extranjera en los residentes de segundo año. Se pensó en un inicio, que al

provenir la mayoría de la Ciudad de México, vivirían con su familia, esto es de suma importancia porque es un factor “protector” contra la presencia de síndrome de burnout, sin embargo; a pesar de su procedencia, el 64% no vive con su familia, nuevamente volvió a resaltar la generación del segundo año donde se observó que el 71% de ellos no vivía con su familia, y en los años restantes con los mismo resultados, donde el 40% vive con su familia. Esto puede estar asociado a la presencia de síndrome de burnout, ya que los residentes de segundo años fueron los que más síndrome de burnout en grado alto presentaron. También se observó que el 56% de la población total de residentes ocupa menos de treinta minutos en el traslado hospital-casa, una vez más, los residentes de segundo año sobresalieron al ser el 70% de esa generación en ocupar menos de 30 minutos para el traslado hospital-casa y ser los residentes de tercer año quienes difieren de ese tiempo, mostrando que la mayoría, un 53%, ocupan un tiempo de traslado entre 30 a 60 minutos. Se asocia como factor de riesgo para presentar síndrome de burnout estrés por solvencia económica, encontrando que sólo un 38% de nuestra población recibe apoyo para su manutención, siendo nuevamente los residentes de segundo grado quienes sobresalen por ser la generación con mayor apoyo para la manutención en un 53%; sin embargo, son la generación que más burnout de grado alto presentó. Y los residentes de primer año al ser la generación con menor apoyo económico.

Éste síndrome se desarrolla tanto en el personal médico que labora en instituciones públicas y privadas por igual, resulta interesante ya que se ha considerado que los médicos que laboran en instituciones públicas presentan una mayor carga de trabajo respecto a los que laboran en instituciones privadas.<sup>9</sup> Es bien conocido que existe una sobrecarga de trabajo en las residencias médicas, se encontró que el 55% de los residentes trabaja más de 12 horas al día, siendo los residentes de primer año los que más refieren esos horarios laborales. También se documentó que el 66% de los residentes únicamente cuenta con un día de descanso a la semana, donde sobresale la generación de segundo año; y el 81% de los residentes refiere dormir menos de 6 horas al día, predominando los residentes de primer año. Esto se vuelve de suma

importancia porque es no es “sano” trabajar tantas horas al día y descansar tan poco, ya que esto puede predisponer a la presencia de síndrome de burnout, ya que las generaciones más afectadas fueron las de primer y segundo año, y puede de ir de la mano con un agotamiento físico y emocional. La OMS señala que los recursos de salud son importantes para el buen funcionamiento del sistema; para poder ofrecer un servicio de calidad los recursos humanos son vitales y no existe duda de la influencia significativa de las condiciones de trabajo sobre la calidad de vida laboral y calidad en el servicio ofrecido en las organizaciones del sector salud.<sup>10</sup>

La percepción en general es que sólo el 34% de los residentes cuenta con tiempo libre para poder realizar actividades extracurriculares; sin embargo, el contar con tiempo libre no necesariamente quiere decir que se realizan actividades extracurriculares, ya que el 71% de los que refirió contar con tiempo para la realización de las mismas no realiza ninguna actividad, se observó que los residentes de segundo año sobresalieron, siendo los que más síndrome de burnout presentaron en grado alto, se podría asociar a un cansancio físico. Se encontró que de las actividades extracurriculares, sobresalieron las actividades deportivas y recreativas, en donde la mayoría, un 9%, sólo le dedica una hora a la semana.

Se analizaron las condiciones laborales como factor de riesgo asociado y se determinó que en cuestión de seguridad el 64% de los médicos residentes de la especialidad de pediatría no se sienten seguros en las instalaciones donde laboran, no sólo por los robos de artículos personales, si no también por la estructura deficiente que cuenta el pabellón de pediatría, siendo los residentes de primer año quienes más inseguros se sienten con 73%. Hablando de recursos disponibles para una buena atención a los pacientes, el 68% de los residentes refirió no encontrarse en una institución que cuenta con todos los recursos necesarios para poder ofrecer una buena atención al paciente, refieren que en ocasiones se ponen obstáculos para realizar estudios de imagen o valoraciones de los pacientes por servicios interconsultantes, con burocracia excesiva; el 68% de los residentes refirió no contar

con los recursos, materiales y humanos, necesarios para un buen desempeño laboral, se referían a realizar tareas administrativas o de enfermería que no le corresponden al área médica, así como trámites administrativos para el tratamiento de los pacientes innecesarios o tediosos, falta de personal administrativo para el apoyo de éstas, así como el deslinde de responsabilidades los mismos. También refieren que las instalaciones son poco limpias, no se asean de manera rutinaria, con recursos tecnológicos insuficientes para la cantidad de residentes laborando y la cantidad de pacientes atendidos, exceso de pacientes a su cargo, estructural jerarquizada, falta de desarrollo profesional como negación de permisos para congresos o cursos, ausencia de recompensa ante trabajo realizado, disminución de la autonomía. En cuestión de las relaciones de trabajo existen problemas interpersonales, predominando en los residentes de primer año problemas con sus compañeros y superiores y en los residentes de tercer año laborales, en los residentes de segundo año predominaron los problemas personales.

En el ámbito psicológico, únicamente el 6% de nuestra población estudiada presentó algún trastorno del estado de ánimo, una en el primer año y dos en el segundo año de residencia, uno de género femenino y uno de género masculino, sin observarse en los residentes de tercer año. En el segundo año, sólo uno recibió tratamiento. El 74% de la población refiere que realizar una residencia médica afecta su vida, siendo los residentes de tercer año los que más refirieron esto, se puede deberse a que son los que más tiempo llevan en la residencia.

En los médicos residentes hay mayor incidencia a la depresión y aumento en la irritabilidad, sobretodo en el período de entrenamiento y aprendizaje, e incluso pueden aparecer signos de conductas obsesivo-compulsivas, problemas de aprendizaje, emocionales, depresión y trastorno bipolar. También se ha relacionado el período de residencia con el desgaste profesional, abuso de alcohol y depresión, y su influencia en el cuidado y actitudes hacia los pacientes.<sup>3</sup>

En la mayoría de los estudios se reportan niveles moderados de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, aunque en algunos estudios se han reportado niveles severos, principalmente en agotamiento emocional y despersonalización. Los resultados obtenidos coinciden justamente con la literatura teórica que menciona que los principales componentes del desgaste son precisamente el agotamiento emocional y despersonalización. Además de que el componente más afectado es el cinismo en el caso de los hombres y el agotamiento emocional en las mujeres.<sup>9</sup>

### **13. Estrategias de prevención:**

El principal objetivo del médico es preservar la salud, incluso la propia. El estrés laboral es la variable principal en la ansiedad del médico. Hacer hincapié, en las instituciones laborales, en la necesidad de preocuparse más sobre la calidad de vida laboral que ofrecen a sus residentes. Hoy en día se considera imprescindible incluir aspectos de bienestar y salud laboral.<sup>1</sup>

A pesar de que es bastante conocido la relación entre las residencias médicas y el Síndrome de Burnout, hay pocas estrategias que apunten a disminuirlo o mejorar el bienestar de los residentes.<sup>1</sup> Implementar nuevas técnicas de recursos humanos con mayor humanización en las relaciones laborales, incrementar la cantidad de personal tanto médico como administrativo, gratificando al individuo en un amplio espectro que aporte sentido a su cometido, mejorando su calidad de vida. Se puede fomentar el apoyo social con compañeros y familiares para reducir los niveles de estrés.<sup>1</sup>

Crear estrategias o habilidades para mejorar el ambiente de trabajo, con áreas de trabajo limpias, seguras, con iluminación adecuada, espacios de trabajo para cada área y suficientes para el personal que labora, espacios donde el personal se sienta

seguro. Crear modelos de intervención de forma complementaria con técnicas orientadas al individuo junto con técnicas orientadas al ámbito organizacional.<sup>3</sup>

Las actividades físicas benefician el estado de salud debido a las diversas adaptaciones cardiovasculares, los descensos de marcadores como triglicéridos, colesterol, disminución de la tensión arterial sistólica, decremento de los niveles de glucosa, entre otros. La actividad física se puede dosificar con base en diversos métodos; uno de ellos es la prueba de esfuerzo, la cual es un procedimiento bien establecido y ampliamente utilizado, además de ser relativamente seguro, con mortalidad menor a 0.01% y morbilidad menor al 0.05%. Hasta ahora no existe un programa de actividad física planeada y dosificada como una intervención para prevención del síndrome de burnout en las residencia médicas.<sup>4</sup> Se sugiere implementar un programa de actividad física planeada y dosificada, que ofrezca una protección laboral frente a las demandas de trabajo de los médicos residentes, ya que de lo contrario la profesión médica se convierte en un probable factor de riesgo cardiovascular importante de forma indirecta que demerita la atención del paciente, disminuye la calidad de vida del residente, inclusive lo pueden llevar a sufrir graves consecuencias por el síndrome de burnout.<sup>4</sup> El servicio de pediatría del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” O.D., cuenta con un equipo de fútbol femenino y varonil, el cual participa en el torneo organizado por el comité de residentes, una estrategia sería continuar con ésta práctica, fomentarla y apoyarla, tal vez ayude a disminuir los niveles de estrés y fomente el trabajo en equipo unificando más a las generaciones, ya que en la cancha no hay jerarquías.

De manera individual se puede utilizar psicoterapia como técnicas de relajación, biofeedback, resolución de problemas, entrenamiento de la asertividad, fomentar habilidades de afrontamiento y técnicas de autocontrol dirigidas a las consecuencias conductuales; inclusive tratamiento farmacológico de acuerdo a los síntomas.<sup>3</sup>

Modificar horarios para trabajar por turnos más espaciados y cómodos, proveyendo al residente de mayores herramientas para un correcto desempeño, para hacerlo sentir satisfecho de su desempeño laboral.<sup>1</sup>



“Maslach: si todo el conocimiento acerca de cómo superar el agotamiento pudiera resumirse en una palabra, esa palabra sería *balance*; balance entre dar y recibir, entre estrés y calma, balance entre trabajo y el hogar.”

### 13. Bibliografía:

1. Síndrome de Burnout y estrés laboral en residentes de medicina interna de un hospital tipo IV, Inés Estela Pérez Rodríguez, Revista Iberoamericana de Investigación Aplicada, 2015, Vol. 3, No. 1:37-56.
2. Afrontando la residencia médica: depresión y burnout. Leora Velázquez Pérez, Ricardo Colin-Piana, Margarita González-González, Gaceta médica de México, 2013; 149:183-95.
3. *Burnout*, su impacto en la residencia médica y en la atención de los pacientes, Dra. Wendy Astrid Tobie-Gutiérrez, Dr. Jorge Arturo Nava-López, Taller de Residentes, Vol. 35, Sipl. 1, Abril-Junio 2012, pp S233-S237.
4. Síndrome de burnout en médicos residentes. Ejercicio como estrategia para su disminución. Álvarez Méndez-Cerezo, An Med (Mex) 2011; 56(2): 79-84.
5. Factores de riesgo y niveles de burnout en enfermeras de atención primaria: una revisión sistemática, Jose L. Gómez-Urquiza, Carolina S. Monsalve-Reyes, Concepción San Luis-Costas, Rafael Fernández-Castillo, Raimundo Aguay-Estremera y Guillermo A. Cañadas-de la Fuente, Aten Primaria. 2017;49(2):77-85.
6. Rangos de personalidad y síndrome de burnout en personal de salud de la unidad de quemados y cirugía plástica del "Hospital de Clínicas" de la ciudad de La Paz, Pablo A. Llanque Nieto, Revista de Psicología, n. 12, La Paz dic. 2014. Versión on-line ISSN 2223-3032.
7. La persona del médico residente y el síndrome de desgaste profesional (burnout). Un modelo de prevención en la formación médica. Cristina Catsicaris, Alfredo Eymann, Nicolás Cacchiarelli e Ignacio Usandivaras, Arch Argent Pediatr 2007; 105(3): 236-240.
8. Psicopatología y factores de riesgo durante la residencia, O. Granada Jiménez, et al., Actas españolas de Psiquiatría 2010; 38 (2): 65-71.
9. El síndrome de desgaste profesional en médicos mexicanos, Clara Ivette Hernández-Vargas, María Eloisa Dickinson, Miguel Ángel Fernández Ortega, Departamento de Medicina familiar, Facultad de medicina, UNAM.

10. Síndrome de burnout y factores asociados en médicos estudiantes, Camacho-Ávila Anabel, Juárez-García Arturo, Arias Galicia Fernando, Ciencia y Trabajo, Año 12, Núm 35, enero/marzo 2010, 251-256.
11. Origen y desarrollo de las residencias hospitalarias, Fernando Quijano-Pitman, Gaceta Médica de México, Vol. 135, No. 1, 1999.
12. Historia de la Residencia Médica en el Hospital General de México de 1941 a 1988, Héctor H. Rivera Reyes, Revista Médica del Hospital General de México SS, Vol. 70, Núm. 1, Ene-Mar 2007, pp 43-46.
13. La formación de médicos especialistas en México, Academia Nacional de Medicina, Germán Fajardo Dolci, Javier Santacruz Varela, Carlos Lavalle Montalvo, Intersistemas, 2015.
14. Maltrato y hostigamiento en médicos residentes, Ortiz-León S y colaboradores, Cirugía y Cirujanos, Vol. 82, Núm. 3, Mayo-Junio 2014.
15. Acoso laboral durante la formación como especialista en un hospital de pediatría en México: un fenómeno poco percibido, Ana Carolina Sepúlveda-Vildósola y colaboradores, Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, Vol. 55 (2017).
16. Síndrome de Burnout, Guillermo Gutiérrez Acevez, Miguel Ángel Celis López, Sergio Moreno Jiménez, Felipe Farias Serratos, José de Jesús Suárez Campos, Arch Neurocién (Mex), Vol. 11, No. 4: 305-309, 2006.

## 14. Anexos

**Edad:** \_\_\_\_\_ **Género:** Masculino  Femenino

**Estado civil:** Soltero(a)  Casado(a)  Unión libre  Divorciado(a)  Viudo (a)

**Número de Hijos:** \_\_\_\_\_ **Nacionalidad:** \_\_\_\_\_

**Estado de origen:** \_\_\_\_\_

**Grado:** R1  R2  R3

**Horas de trabajo por día:** 1 a 8 horas  9 a 12 horas  Más 12 horas

**Días de descanso a la semana:** 1  2  3

**Horas de sueño por día:** Menos de 6 horas  6 a 8 horas  Más 8 horas

**Tiempo de traslado hospital/casa:** Menos de 30 minutos  30 min a 1 hora   
Más 1 hora

**Vive con su familia:** Si  No

**Recibe Apoyo económico de terceros para su manutención:** Si  No

**Cuenta con tiempo libre para realizar otras actividades:** Si  No

**Realiza actividades extracurriculares:** Si  No

Deportivas  Recreativas  Culturales  especifique : \_\_\_\_\_

**Cuántas Horas a la semana les dedica:** 1  1 a 2  2 a 3  más de 3

**Cuenta o contó con diagnóstico de algún trastorno del estado de ánimo?**

Si  No  especifique: \_\_\_\_\_

**Recibió tratamiento?** Si  No  Cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

Continúa con el tratamiento? \_\_\_\_\_

**Considera que realizar una residencia médica afecta su vida personal?**

Si  No

**En su vida diaria cuenta con alguno de los siguientes problemas:**

Familiares  Personales  Compañeros  Laborales  Superiores  
Ninguno  (puede marcar más de una opción)

**Cree que se encuentra trabajando en una institución que cuenta con todos los recursos necesarios para poder ofrecer una buena atención al paciente?**

Si  No  Especifique: \_\_\_\_\_

**En el lugar donde labora cuenta con todos los recursos necesarios para lograr un buen desempeño profesional?** Si  No

Especifique: \_\_\_\_\_

**Se siente seguro en las instalaciones donde labora?** Si  No

Señale la respuesta que crea oportuna sobre la frecuencia con que siente los enunciados:

**0= NUNCA/NINGUNA VEZ**

**1= POCAS VECES AL AÑO O MENOS/  
CASI NUNCA**

**2= UNA VEZ AL MES O MENOS/ALGUNAS  
VECES**

**3= UNAS POCAS VECES AL  
MES/REGULARMENTE**

**4= UNA VEZ A LA SEMANA/BASTANTES  
VECES**

**5= POCAS VECES A LA SEMANA/CASI  
SIEMPRE**

**6= TODOS LOS DÍAS/SIEMPR**

1. \_\_\_\_\_ Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.
2. \_\_\_\_\_ Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío.
3. \_\_\_\_\_ Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado.
4. \_\_\_\_\_ Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes.
5. \_\_\_\_\_ Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales.
6. \_\_\_\_\_ Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa.
7. \_\_\_\_\_ Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes.
8. \_\_\_\_\_ Siento que mi trabajo me está desgastando.
9. \_\_\_\_\_ Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo.
10. \_\_\_\_\_ Siento que me he hecho más duro con la gente.
11. \_\_\_\_\_ Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.
12. \_\_\_\_\_ Me siento con mucha energía en mi trabajo.
13. \_\_\_\_\_ Me siento frustrado en mi trabajo.
14. \_\_\_\_\_ Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo.
15. \_\_\_\_\_ Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes.
16. \_\_\_\_\_ Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa.
17. \_\_\_\_\_ Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes.
18. \_\_\_\_\_ Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes.
19. \_\_\_\_\_ Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo .
20. \_\_\_\_\_ Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades .
21. \_\_\_\_\_ Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada.
22. \_\_\_\_\_ Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas.