



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ
ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA

RELACIÓN ENTRE EL TIEMPO DE INMERSIÓN EN LA RESIDENCIA DE PSIQUIATRÍA
Y EL SÍNDROME DE BURNOUT. UN ESTUDIO TRANSVERSAL.

TESIS
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA

PRESENTA:
MARÍA ISABEL BALDERAS XICOHTÉNCATL

ASESORES:
DR. MIGUEL ÁNGEL HERRERA ESTRELLA
DRA. SOCORRO GONZÁLEZ VALADEZ

CD. MÉXICO OCTUBRE 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.

AGRADECIMIENTOS

A mis padres Efraín y Rosa del Carmen, por haber generado en mi sensibilidad y curiosidad, por ser mi guía para ser lo más importante que se requiere para ser buen médico y buena psiquiatra, una buena persona, porque solo puedes ser lo que aprendes de quien ilumina tu camino con su ejemplo.

A mi hermano, Rafael, por ser la inspiración más grande que he tenido en la vida, por alentarme siempre y darme toda la motivación cuando más flaqueaba, porque me ha acompañado en las buenas y en las malas.

A Valery, mi *soulmate*, porque los cuatro años de psiquiatría no hubiera podido conseguirlos sin su apoyo incondicional y su presencia, sin su consuelo a mi espíritu y sobre todo sin sus reflexiones, ella es una psiquiatra nata sin título.

A mis abuelas, porque dentro de sus imperfecciones fueron las mejores mujeres del mundo, dándoles los mejores cimientos a mis padres con todo el amor que tenían dentro de sí y porque compartieron conmigo no solo su conocimiento y afecto, un pedacito de sus vidas que me enseñó las cosas más grandes.

A mis primos paternos y maternos por enseñarme que el mejor equipo siempre es tu familia.

A mis tías y tíos porque a cada uno de ellos debo una enseñanza.

A mis hermanos de aventura, Liliana, Toño, Isis, Rosario, Denis por compartir conmigo los triunfos y las derrotas, por darme aliento cuando más lo requería, por aguantar mis berrinches y mi desánimo a veces, por ser esa mano que durante los cuatro años necesité en este camino. Todos ellos pasaron por situaciones similares y me entendieron como nadie hubiera podido hacerlo.

A mis amigos de siempre Marco Andrés y Karina, por representar el pilar del ser humano que soy en estos momentos.

A toda la gente que moldeó en mí el deseo de convertir mi curiosidad en algo estructurado, a aquellos que confiaron en mí cuando mi autoconfianza se devanecía, a aquellos que me alentaron cuando me perdía para seguir éste sueño de ser psiquiatra: Alexander, Claudia, Carlos Vásquez, Arturo, Zhelly, Janet, todos los residentes que hicieron su servicio social y que con sus ánimos me ayudaron a confiar en mí. A la gente del internado que me motivó: El doctor Juan José, Patty, Esme, Carly, y mi incondicional amiga Gina Centeno, mis amigas de la facultad Edith, Norma y Catalina (unas mujeres que todo el tiempo me recuerdan que no importa la distancia, los lazos siempre perduran).

Al Hospital Psiquiátrico ‘Fray Bernardino Álvarez’, por ser un lugar mágico, lleno de aprendizaje y experiencias, a todas las personas que hicieron posible mi formación de una u otra manera, a los pacientes de manera principal por permitirme acercarme a sus historias y con ello crecer como médico y ser humano. A mis maestros, de todos ellos me llevo un aprendizaje enorme y solo puedo agradecer. Fue difícil, pero las cosas que valen la pena siempre lo son.

A mis asesores, por su tiempo y dedicación a la realización de éste documento. Dra. Socorro González y Dr. Miguel Herrera, gracias.

A la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, por ser mi casa y el alfarero de mi mente.

Y ¿por qué no?, a todas esas personas que significaron obstáculos en mi vida, por permitirme superarme y saber que es más fuerte no quien está encima de los demás, sino el que cae y aprende a levantarse y seguir en el camino.

1. **INDICE**
 - i. Resumen
 - ii. Lista de cuadros, gráficas y abreviaturas
2. **INTRODUCCIÓN**
 - a. Definiciones
 - b. Factores de riesgo
 - i. Factores ambientales
 1. Sobrecarga en el trabajo
 2. Carencia de control
 3. Recompensa insuficiente
 - ii. Factores individuales
 1. Personalidad
 2. Características demográficas (género, edad, educación, estatus marital)
 - iii. Factores neurobiológicos
 1. Factores genéticos
 2. Bio-marcadores
 - iv. Desordenes psiquiátricos como factor de riesgo (Depresión y estrés postraumático)
3. **SÍNTOMAS DEL BURNOUT**
 - a. Manifestaciones del burnout (Síntomas)
 - i. Síntomas físicos
 - ii. Síntomas afectivos
 - iii. Síntomas Cognitivos
 - iv. Síntomas de conducta
 - v. Síntomas de motivación
 - b. Burnout y desordenes psiquiátricos
 - i. Burnout y fatiga crónica
 - ii. Burnout y depresión
 - iii. Burnout y neurastenia
4. **MECANISMOS DE AFRONTAMIENTO**
5. **PROFESIONES CON MAYOR RIESGO PARA SUFRIR BURNOUT**
 - a. Sector educativo
 - b. Sector compañías
 - c. Sector salud
 - i. Enfermeras
 - ii. Estudiantes
 - iii. Residentes
 - iv. Profesionales

6. **BURNOUT Y PSIQUIATRÍA**
 - a. **Residentes**
7. **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**
8. **JUSTIFICACIÓN**
9. **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**
10. **HIPÓTESIS**
11. **OBJETIVOS**
 - a. **General**
 - b. **Específicos**
12. **MÉTODOS**
 - a. **Participantes y procedimientos**
 - i. **Variables**
 - ii. **Muestra**
 - iii. **Instrumentos de Medición**
 - b. **Estadística**
 - c. **Consideraciones éticas**
13. **RESULTADOS**
14. **DISCUSIÓN**
15. **CONCLUSIONES**
16. **REFERENCIAS**
17. **ANEXOS**

RESUMEN

La residencia médica se reconoce como un período de riesgo para el desarrollo del burnout, que tienen impacto sobre el médico y los pacientes por igual. Existe la necesidad de estudios que aborden las condiciones de riesgo y de protección en el desarrollo de este tipo de problemas. Este estudio tuvo como objetivo verificar la proporción de síndrome de Burnout presentado en los residentes de psiquiatría del Hospital Psiquiátrico ‘Fray Bernardino Álvarez’ del periodo comprendido entre 2014 -2015; así como la asociación de estos problemas con los mecanismos de afrontamiento que muestran. La hipótesis señala que existe una relación directamente proporcional entre el Síndrome de Burnout y el tiempo de inmersión en la especialidad en psiquiatría. Un total de 64 médicos residentes, de ambos sexos, de los cuatro niveles de la residencia en psiquiatría del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez se evaluaron utilizando los siguientes instrumentos: i.a) Variables socio-demográficas. b) Inventario de Maslach de Burnout (MBI), c) Cuestionario de mecanismo de afrontamiento versión revisada. Las altas tasas de burnout se identificaron como agotamiento emocional, falta de realización personal y despersonalización, en asociación con los mecanismos de afrontamiento. Por otra parte, los residentes que presentan los niveles de burnout más bajos son los de primer nivel, en tanto que los del nivel más alto sufrieron principalmente agotamiento y falta de realización personal. Son necesarios más estudios, que incluyan otros tipos de instrumentos, además de los señalados anteriormente y no sólo evalúen los mecanismos de afrontamiento, sino la práctica con los pacientes. Con el fin de diseñar estrategias de intervención que permitan impulsar los mecanismos de afrontamiento más adecuados en cada nivel de la residencia en psiquiatría.

PALABRAS CLAVE

Burnout, residentes de psiquiatría, mecanismos de afrontamiento.

LISTA DE CUADROS, GRÁFICAS Y ABREVIATURAS

Cuadro 1. Factores de riesgo para el Síndrome de Burnout

Cuadro 2. Variables dependientes e independientes

Cuadro 3. Variables sociodemográficas y socioeconómicas.

Cuadro 4. Puntos de corte y categorías de bajo, moderado y alto nivel de Síndrome de Burnout por dimensiones elaborado por Zis en el 2014

Cuadro 5. Puntos de corte y categorías de bajo, moderado y alto nivel de Síndrome burnout por dimensiones para residentes de psiquiatría de HFBA

Cuadro 6. Dimensiones de Síndrome de Burnout en los residentes del primero al cuarto nivel.

Cuadro 7. Residentes que presentan una, dos o tres dimensiones del Síndrome de Burnout

Cuadro 8. Género y Síndrome de Burnout

Cuadro 9. Comparación de los estilos de afrontamiento en los niveles de la residencia en psiquiatría del HPFBA

ABREVIATURAS

APA Asociación Americana de Psiquiatría

CIE-10 Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión

DSM-V Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales

HFBA Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”

HPA Eje hipotálamo-pituitaria-adrenal

INEGI. Instituto Nacional de Estadística y Geografía

MBI Maslach Burnout Inventory Inventario Maslach de Burnout

OMS Organización Mundial de la Salud

SB Síndrome de Burnout

UNAM. Universidad Nacional Autónoma de México

WCQ Ways os Coping Questionnaire. Cuestionario de mecanismos de afrontamiento.

2) INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Burnout (SB) se desarrolla después de una respuesta prolongada a estresores laborales emocionales e interpersonales crónicos, y se define por 3 dimensiones: Agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal (Shailesh Kumar, Bhagat, Lau, & Ng, 2006; Maslach, 2001).

a. definiciones

El burnout puede ser descrito como una condición basada en el agotamiento prolongado de las energías de un individuo, caracterizado por cansancio emocional, baja realización personal, y por sentimientos de despersonalización e insuficiencia. (Houkes, Winants, Twellaar, & Verdonk, 2011). Burnout presenta ciertas facetas y otras características que se relacionan con el individuo, siempre relacionadas con el contexto y / o con la organización y la influencia de las condiciones de vida. Puede ser la respuesta personal, con elementos emocionales básicas, de un individuo al estrés persistente, mostrando síntomas psíquicos y somáticos a pesar de que las causas inmediatas pueden no ser claras (Bährer-Kohler, 2013).

El síndrome de Burnout ha sido descrito como una respuesta prolongada a los factores estresantes emocionales e interpersonales crónicos en el trabajo, determinado por las dimensiones de agotamiento, cinismo e ineficacia. El **agotamiento** es descrito como la sensación de no ser capaz de ofrecer más de sí mismo a nivel emocional; **cinismo** como una actitud distante hacia el trabajo, la gente está servida por él y sus colegas; e **ineficacia** como la sensación de no llevar a cabo tareas de forma adecuada y de ser incompetente en el trabajo. En términos generales, el burnout es la

respuesta del organismo a la insuficiencia de las estrategias de afrontamiento que los individuos típicamente utilizan para manejar los factores de estrés en el trabajo (Montero-Marin & Garcia-Campayo, 2010).

A pesar de las diversas definiciones del síndrome presentado en la literatura, el agotamiento tradicionalmente ha sido descrito como una entidad relativamente uniforme en todos los individuos, con más o menos etiología y síntomas consistentes. Sin embargo, la experiencia clínica y terapéutica refuta esta hipótesis, resultando en la necesidad de caracterizar los diferentes tipos de agotamiento a fin de ajustar líneas de acción terapéutica para más eficacia. Farber ha propuesto una tipología preliminar con tres perfiles del síndrome (frenéticos, sub-desafiados y gastados); esta tipología puede permitir el desarrollo de tratamientos más específicos. Basado en el trabajo clínico y fenomenológico de Farber, se ha sistematizado teóricamente esta tipología, que especifica las propiedades en que se basan los perfiles y se establece un criterio de clasificación que expresa coherentemente la propuesta en su totalidad (Montero-Marin, Garcia-Campayo, Mosquera Mera, & Lopez del Hoyo, 2009)

El tipo frenético comprende una categoría de individuos muy aplicados y comprometidos que se caracterizan por la inversión de una cantidad considerable de tiempo y esfuerzo en su dedicación al trabajo. Las características de las personas con este perfil clínico son un alto grado de participación, en la forma de cada vez un mayor esfuerzo en medio de las dificultades; grandiosidad, en el sentido de gran ambición y necesidad de logros; y la sobrecarga, como la sensación de agobio causado por la negligencia de sus propias necesidades (salud y vida personal) en un intento de satisfacer los requisitos de trabajo. El tipo sub-desafiado comprende los individuos que no tienen interés en su trabajo y realizan tareas de forma superficial porque carecen de desafíos, motivación o deseo de compromiso. Las características de este perfil son la indiferencia, como un medio para trabajar superficialmente y sin interés; la falta de desarrollo, debido a la insatisfacción

de los propios talentos restantes no reconocida hasta que se contemplan otras opciones de empleo; y el aburrimiento, en el sentido de trabajo experimentado como un evento monótono y rutinario. El tipo desgastado comprende las personas cuyo nivel de implicación en su trabajo se reduce hasta el punto que no tienen en cuenta las responsabilidades de su posición. Las características de este perfil son: abandono, falta de participación en las tareas de trabajo, hasta el punto de darse por vencido ante las dificultades; falta de reconocimiento, con la sensación de no tener reconocimiento a su esfuerzo y dedicación; y la falta de control, como la desesperación causada por su falta de control sobre los resultados de sus acciones en el trabajo(Montero-Marin et al., 2009)

El criterio de clasificación (dimensión en la que se basa la diferenciación) es el grado de dedicación, que se refleja específicamente en los valores de la participación, la indiferencia y la negligencia, que son los métodos de lidiar con el estrés y la frustración en el trabajo. Sin embargo, los individuos afectados pueden desafiar esta clasificación por la fluctuación entre los tres perfiles o por la evolución gradual de un perfil a otro en el tiempo como su dedicación disminuye. En un estudio exploratorio previo realizado por Montero y colaboradores sobre las asociaciones entre las características de subtipo burnout y variables tales como la insatisfacción con el trabajo y la organización, la gravedad del burnout (medido con un instrumento basado en la definición de Maslach y Jackson), y las consecuencias físicas, psicológicas y sociales de burnout (según el modelo de Moreno et al. fueron encontrados(Montero-Marin et al., 2013).

Esta fase empírica extiende en varias direcciones nuevas. En primer lugar, el concepto de burnout se extendió a las ocupaciones más allá de los servicios humanos y la educación (por ejemplo, los clérigos, científicos informáticos, las fuerzas armadas, y los gerentes (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001). En segundo lugar, la investigación de burnout fue realizada por metodologías más sofisticadas y herramientas estadísticas Las relaciones complejas entre los factores organizacionales (falta de control, falta de apoyo (Maslach et al., 2001) y los tres componentes del burnout llevaron a la utilización de modelos estructurales en muchas

investigaciones sobre burnout (estudios longitudinales enfocados en los vínculos entre el medio ambiente de trabajo de una sola vez, los factores individuales y los sentimientos en un momento posterior (Maslach et al., 2001)

Hoy en día, el agotamiento no es un trastorno reconocido por el Manual de Diagnóstico y Estadísticas de los Trastornos Mentales (DSM-V), publicado por la Asociación Americana de Psicología (APA) (2013). Los valores de la Organización Mundial de la Salud (OMS) son similares, pero en contraste con la APA reconoce burnout en la CIE-10 en el grupo de "Los problemas relacionados con la dificultad de gestión de la vida" como "agotamiento vital (Z73.0)" (Organización Mundial de la Salud 1992)(*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 4th edition of ICD-10.*, 2011). El debate sobre qué síntomas pertenecen al síndrome, cómo hacer un diagnóstico adecuado (por ejemplo, si el agotamiento pertenece al grupo de los trastornos afectivos o es una entidad propia; véase, por ejemplo, (Ahola et al., 2006) el uso de medidas apropiadas, y el desarrollo de enfoques interdisciplinarios continuará (Muheim, 2013).

b. Factores de riesgo

Los factores de riesgo son las causas internas o externas que aumentan la probabilidad de una persona de desarrollar una enfermedad. Los factores que contribuyen a los problemas del lugar de trabajo y burnout han sido ampliamente discutido en los últimos años (Maslach et al., 2001). Debido a que el burnout fue descrito originalmente en cuidadores profesionales o voluntarios de salud, los efectos de la prestación de atención a los pacientes y sus familias se han estudiado ampliamente (Aydemir & Icelli, 2013)

Cuadro 1. Factores de riesgo para el Síndrome de Burnout

Características negativas del empleo
Carga de trabajo: sobrecarga de trabajo y la carga de trabajo, el aburrimiento
Conflictos en el trabajo
Disminución de los recursos
Falta de estímulos o retroalimentación
Inseguridad laboral
Desequilibrio esfuerzo-recompensa
Duración de la formación y el retraso en la gratificación
Factores ocupacionales
Jerarquías
Falta de personal
Altas exigencias para los empleados
Número de años en la profesión actual y el número total de años
Factores organizacionales
Cambios organizativos rápidos y continuos
Variables demográficas
Adultos más jóvenes
Gente soltera /mujeres que cuidan a los niños
Rasgos de personalidad
Baja resistencia
Falta de autoestima
Actitudes en el empleo
Expectativas poco realistas
Cuestiones financieras (salario)

(Carod-Artal & Vázquez-Cabrera, 2013)

i. Factores ambientales

Las condiciones de trabajo están cambiando y cada son más complejas como consecuencia de la globalización y la creciente competencia (D'Souza, Strazdins, Lim, Broom, & Rodgers, 2003). La combinación de altas demandas laborales y de bajo control sobre el estrés en el trabajo, se ha relacionado con una amplia gama de resultados sobre la salud mental y física. Maslach y Leiter señalaron factores de riesgo para el agotamiento, que comprenden principalmente los problemas de configuración del trabajo (Maslach et al., 2001). En esta sección, la naturaleza de la organización, tales como la sobrecarga de trabajo, la recompensa insuficiente, y el papel / la posición del empleado, tales como falta de equidad, la inseguridad laboral en esta organización son evaluados.

1. Sobrecarga en el trabajo

Desde la perspectiva de la organización, la carga de trabajo significa productividad. Sin embargo, desde la perspectiva de carga de trabajo del individuo significa tiempo y energía. Actualmente, la carga de trabajo se maneja en tres formas: el trabajo es más intenso, que exige más tiempo y es más complejo. Para aumentar la productividad en las organizaciones, los funcionarios deben trabajar con mayor esfuerzo a costa de no tener descanso. Los miembros del personal tienen un horario de trabajo más largo y tratar de mantenerse al día con las demandas abrumadoras. Al mismo tiempo, los miembros del personal asumen más roles a la vez, es decir, los trabajos requieren multitareas (Aydemir & Icelli, 2013)

En términos de factores de riesgo asociados a los diferentes tipos de burnout, las variables "número de horas trabajadas a la semana" y "tipo de contrato" mostraron significancia en el modelo ajustado para el subtipo burnout "frenético" (Tipo burnout "Frenético" se refiere a una categoría de sujetos que están muy involucrados y son ambicioso y los cuales se sobrecargar a sí mismos para cumplir con las demandas de sus trabajos)(Montero-Marin, Prado-Abril, Piva Demarzo, Gascon, & Garcia-Campayo, 2014). En los trabajadores de cuidados directos a los pacientes la sobrecarga de

trabajo también se asocia con el burnout. Vigor (significa entusiasmo en este estudio en particular) y el cansancio no están conectados, mientras que el cinismo y la dedicación están negativamente correlacionados. Por otra parte, el riesgo de infarto agudo de miocardio se incrementa por horarios inusualmente largos de jornadas de trabajo, incluso dentro del año anterior al infarto (Aydemir & Icelli, 2013)

2. Carencia de control

En la vida profesional, las personas tienen control sobre aspectos importantes de su trabajo mediante el establecimiento de prioridades para el trabajo del día a día, la selección de métodos para hacer el trabajo, tomar decisiones sobre el uso de los recursos con el fin de mantener la autonomía y la participación en el trabajo. Las dimensiones del control de tareas, como autoridad de decisión (es decir, libertad de decisión en torno al ritmo de una obra y fases, y la independencia de los demás trabajadores en el desempeño de tareas) y discreción habilidad (es decir, el nivel de desafíos cognitivos y variedad de tareas en el trabajo), podría contribuir de manera diferente a los resultados de salud. Por otra parte, la previsibilidad en el trabajo (es decir, la claridad de los objetivos del trabajo y la oportunidad de prever los cambios y problemas en el trabajo de uno) se ha sugerido para representar un componente adicional de control de trabajos. Sin embargo, sin control, los individuos no pueden equilibrar sus intereses con los de la organización. La incapacidad para anticipar y prever los cambios futuros puede haberse convertido en un factor de riesgo para la salud particularmente destacado en el rápido y cambiante ritmo de la vida de trabajo actual. La comprensión orientada al futuro de todo el proceso de trabajo puede hacer que el trabajo de uno más significativo, disminuyendo el riesgo de tensión crónica (Vaananen et al., 2008)

3. Recompensa insuficiente

Las personas esperan que sus trabajos les traigan las recompensas materiales de dinero, prestigio y seguridad, pero debido a la crisis económica, la capacidad de las organizaciones para

recompensar a sus empleados es reducido. Por otra parte, los empleados tienen que trabajar aún más, a pesar de que reciben menos, con el fin de mantener su trabajo.

Esta falta de recompensa hace que la pérdida de satisfacción intrínseca que contribuye al agotamiento, cinismo y falta de eficacia que caracterizan burnout (Maslach & Leiter, 2008)

ii. Factores individuales

Para cualquier proceso de burnout, el conocimiento de las características individuales implicadas en la etiología del burnout es de importancia considerable. Aunque la literatura actual indica la posibilidad de que los aspectos estresantes del entorno laboral sean los predictores más importantes de agotamiento de la personalidad, es importante que los investigadores consideren la variación individual. Las reacciones a estrés pueden variar dependiendo de la capacidad de adaptación de las personas o en las estrategias de afrontamiento empleadas por ellos, y por lo tanto son muy personales en la naturaleza. Las características individuales implicadas en la etiología del burnout se componen de rasgos de personalidad, predisposición a los trastornos psiquiátricos, y la susceptibilidad biológica, tales como factores genéticos o biomarcadores (Aydemir & Icelli, 2013).

1. Personalidad

Aydemir (2013) sugiere que la forma como las personas responden a los desafíos de su entorno puede ser visto como una función de su personalidad, constitución, percepciones, y el contexto en el cual se produce el factor estresante. Si la personalidad es identificada como un recurso, las personas con menos recursos son más vulnerables a la pérdida de recursos y tienen menor capacidad de ganancia de recursos. Entre los rasgos de la personalidad, tanto el neuroticismo y los cinco factores básicos de personalidad, también conocido como los cinco grandes factores (es decir, la extraversión, amabilidad, responsabilidad, estabilidad emocional, y el intelecto / autonomía), de la personalidad son los más frecuentemente estudiados en la literatura burnout; a pesar de que la

mayoría de los rasgos de la personalidad que se discuten causan riesgo en el desarrollo del burnout, los otros rasgos de personalidad están asociados con la capacidad de recuperación (Aydemir & Icelli, 2013).

Una característica de la personalidad que ofrece resistencia al estrés, se ha propuesto como una explicación para la presencia de stress bajo entre diferentes poblaciones. Las personas resistentes tienen tres características comunes: (a) que creen que pueden controlar los eventos en sus vidas (de control); (b) que son capaces de considerarse a sí mismos como que participan plenamente en sus actividades diarias (de compromiso); y (c) que son capaces de interpretar los problemas como retos interesantes para el crecimiento personal (desafío). Como resultado de sus experiencias, tales individuos son capaces de adaptarse con el tiempo, y esto parece estar relacionado con una mejor salud física y mental. Por lo tanto, aunque el estrés puede conducir al burnout, la personalidad resistente enfrenta al estrés, y puede proteger a los estudiantes contra el burnout (da Silva et al., 2014).

2. Características demográficas (genero, edad, educación, estatus marital)

Existe una carencia de estudios epidemiológicos basados en la población en el área de burnout debido a la naturaleza de la enfermedad. Por lo tanto, las características demográficas observadas en los estudios a menudo se derivan de los estudios de casos y controles que se consideran insuficientes para generalizar.

Teóricamente, los hombres y las mujeres son bastante similares en su experiencia de burnout (Maslach 2003). Las mujeres tienden a experimentar el agotamiento emocional, mientras que los hombres son más propensos a tener sentimientos de despersonalización e insensibilidad en el trabajo. Hay que tener en cuenta que hay diferencias en las ocupaciones entre hombres y mujeres. Los resultados de los pocos estudios poblacionales que existen muestran que más mujeres que hombres sufren de burnout (Shailesh Kumar & Mellsop, 2013). Sin embargo, la diferencia de

género se convierte en no significativo cuando se tomaron en cuenta otros factores. Además, que los hombres tienen menor disposición a admitir la fatiga que las mujeres. En un estudio de la vida de trabajo del médico, las mujeres eran 1,6 veces más propensas a reportar el agotamiento que los hombres. Las probabilidades aumentaron en un 12-15% por cada 5 horas trabajadas por semana durante 40 h (Shailesh Kumar & Mellsop, 2013).

El Síndrome de Burnout es más frecuente en los grupos de edad más jóvenes. Una explicación para este hallazgo es que las personas mayores tienen más experiencia laboral que los jóvenes. Otra explicación es que el primer ataque de burnout es probable que suceda en los primeros años de la carrera. Si la gente tiene dificultades para tratar con el burnout en este punto, podrían dejar su profesión por completo o cambiar de empleo. Por lo tanto, las personas que enfrentan bien la tensión del trabajo y que se las arreglan para manejar la amenaza de burnout en los primeros años de su carrera profesional, es probable que lo hagan bien en el resto de su profesión (Peisah, Latif, Wilhelm, & Williams, 2009)

Ser soltero es un factor de riesgo independiente de burnout. La mayoría de los trabajadores que están solteros experimentan burnout, mientras que los que están casados experimentan burnout en menor cantidad. Los empleados que están divorciados generalmente caen entre estos dos grupos; están más cerca de los solteros en términos de mayor agotamiento emocional, pero más cerca del grupo de casados en términos de menor despersonalización y una mayor sensación de logro personal (Seidler et al., 2014). La razón por la cual las personas con familia son menos vulnerables al burnout es que tienden a ser mayores, más estables, y psicológicamente más maduras (que tiene una comprensión sólida y precisa de la realidad social, y son más constructivas y con capacidad de adaptación). Además, su participación con su cónyuge e hijos hace que tengan más experiencia en el trato con los problemas interpersonales y los conflictos emocionales. Los individuos con niños tienden a ser más realistas y menos idealistas acerca de la seguridad en el empleo, el salario y los beneficios (Seidler et al., 2014).

Casi todos los estudios sobre burnout se llevan a cabo con trabajadores educados en su campo. Además, se ha encontrado un alto grado de agotamiento emocional entre los trabajadores con formación de postgrado. Sin embargo, las personas con más formación que se orientan hacia las habilidades pragmáticas son menos propensas a experimentar el burnout. Como se indicó anteriormente, la formación tiene el beneficio adicional de mejorar la autoestima de los empleados, y refuerza la confianza de los empleados en la estabilidad del empleo y su valor para la empresa. La baja escolaridad es un factor importante para el nivel de burnout en las mujeres (Norlund et al., 2010).

iii. Factores neurobiológicos

No es fácil decidir si las características neurobiológicas, especialmente los biomarcadores investigados en estudios de burnout, son las causas o consecuencias del burnout. Varios biomarcadores han sido estudiados en trabajos relacionados con estrés. Además, existe la necesidad de realizar estudios genéticos en el campo de burnout. Hasta ahora, los resultados de los estudios neurobiológicos sobre burnout, incluidos los estudios genéticos, han sido conflictivos.

1. Factores genéticos

A pesar de que la investigación sobre los factores de riesgo de burnout se ha centrado principalmente en las circunstancias en el trabajo y sobre las características personales, los factores genéticos también se han estudiado y se han hecho intentos de responder a la pregunta si esto se debe a las influencias genéticas o factores ambientales compartidos por miembros de la familia. En un estudio de doble familia, Middeldorp y Col (2006) encontraron que existe una relación de la agrupación familiar con el burnout debido a factores ambientales compartidos por los miembros de la familia, lo que explica el 22% de la varianza. Los factores genéticos parecen no ser de

importancia. La búsqueda de la predisposición genética para el burnout no es concluyente en los artículos de investigación publicados (Middeldorp, Cath, & Boomsma, 2006).

2. *Bio-marcadores*

A pesar de que el burnout es un estado de estrés, los estudios de burnout se centran principalmente en la liberación de catecolaminas (las catecolaminas causan cambios fisiológicos generales que preparan al cuerpo para la actividad física, como la respuesta en la lucha) en sangre periférica a través del sistema nervioso autónomo y la liberación de cortisol a través del eje hipotálamo-pituitario-adrenal (Danhof-Pont, van Veen, & Zitman, 2011). En términos de estudios sobre cortisol (una hormona esteroide que se libera en respuesta al estrés, preparando al organismo para hacer frente a estrés), no hay ninguna diferencia entre los pacientes con burnout y los controles con respecto a la respuesta del cortisol al inicio (Danhof-Pont et al., 2011). No se encontraron diferencias entre los pacientes y los controles en una muestra de sangre en ayunas tomada de 08:00-10 a.m. y las observaciones sobre los niveles de cortisol en la sangre fueron confusas (Danhof-Pont et al., 2011). El sulfato de dehidroepiandrosterona (DHEAS) es una hormona esteroide con una función inmunomoduladora que es opuesta al cortisol y no hubo diferencias entre los pacientes con burnout y los controles en términos de nivel en sangre de DHEAS en dos estudios, pero en uno de los dos estudios, el nivel de DHEAS en la saliva fue mayor en los pacientes con burnout. Es decir, la evidencia no es concluyente para los estudios de DHEAS (Danhof-Pont et al., 2011).

iv. Trastornos psiquiátricos como factor de riesgo (Depresión y estrés postraumático)

Debido a que son transversales, en lugar de estudios longitudinales los trabajos que evaluaron la relación entre los trastornos psiquiátricos, como la depresión y el trastorno de estrés post-traumático, y el burnout, no es fácil sugerir si los trastornos psiquiátricos se incluyen en la etiología del burnout o no. La mayoría de las veces los factores de riesgo de burnout también son

factores de riesgo para los trastornos psiquiátricos, especialmente para la depresión. Por lo tanto, la comorbilidad siempre está esperando ser descartada.

La depresión se correlacionó estadísticamente con el burnout. El porcentaje de varianza compartida entre el burnout y la depresión se estima que es 20%. Las personas que son propensas a la depresión (como lo indican las puntuaciones más altas de neuroticismo) son más vulnerables al burnout. Por lo tanto, se ha planteado la hipótesis de que la susceptibilidad personal o familiar de depresión puede formar un factor de riesgo para el desarrollo de burnout profesional (Reyes-Torres, Rios-Santos, Lopez-Jimenez, Herrero-Climent, & Bullon, 2012). Dado que el estrés relacionado con el trabajo predice los síntomas depresivos y la depresión subsiguiente, y los rasgos de personalidad se encuentran para potenciar la asociación entre los factores de estrés de trabajo y la depresión, el burnout y la depresión parecen estar relacionados. En casos individuales, el juicio es llevado a cabo por médicos experimentados que se basan en sus hallazgos clínicos (Reyes-Torres et al., 2012).

Dado que el burnout es un estado de estrés, las personas pueden estar predispuestas a desarrollar trastornos psicológicos relacionadas con el trabajo, tales como el trastorno por estrés posttraumático y el síndrome de burnout (Mealer, Burnham, Goode, Rothbaum, & Moss, 2009). En un estudio sobre enfermeras, casi la totalidad de los criterios diagnósticos para el trastorno de estrés post-traumático también fueron positivos para el burnout. Además, Mealer y colegas (2009) sugirieron que las enfermeras que han desarrollado un trastorno de estrés posttraumático pueden representar un subconjunto de aquellas con burnout. Parece que comparten la misma predisposición etiológica (Mealer et al., 2009).

3) **SÍNTOMAS DEL BURNOUT**

Burnout es un término usado para describir el proceso psicológico al que se someten las personas como reacción al estrés crónico en el trabajo (Kim, Ji, & Kao, 2011). Muchos estudiosos están de acuerdo en que los tres componentes del burnout son el agotamiento emocional, el cinismo y la falta de competencia profesional. Empieza poco a poco con los factores intrapersonales en el

contexto del trabajo, con expectativas poco realistas del mismo, rasgos narcisistas, así como un perfeccionismo desadaptativo en el que el individuo tiene altos estándares poco realistas, intensa preocupación ruminativa sobre errores, dudando compulsivamente de su capacidad para realizar las tareas, y con la intención de evitar consecuencias negativas (Freudenberger, 2006).

a. Manifestaciones del Síndrome de burnout (Síntomas)

Burnout es un proceso más que un estado de ánimo. Cada proceso describe los síntomas y señales entre contexto individual, interpersonal, organizacional y social. Para simplificar, los síntomas de burnout se pueden clasificar en cinco grupos que consisten en física, afectiva, cognitiva, conductual y motivacional (Schaufeli, Leiter, & Maslach, 2009).

i. Síntomas físicos

La enfermedad física se encuentra con mayor frecuencia en las personas que sufren burnout que en otros. Se han encontrado que algunas enfermedades están relacionadas con el síndrome de burnout, por ejemplo, la diabetes de tipo II, y la enfermedad cardiovascular. La prevalencia de enfermedades aumenta con la severidad del burnout, tales como los trastornos cardiovasculares y enfermedades musculo esqueléticas (Honkonen et al., 2006). Las personas con reporte de burnout se quejan más sobre la salud física y tienen una mayor tasa de deterioro de la salud física en un periodo de 1 año (Kim et al. 2011). La evidencia muestra que el burnout está vinculada a la mala salud de los posibles mecanismos, como el síndrome metabólico, la desregulación del eje hipotalámico-pituitario-adrenal, la inflamación sistémica, la función de inmunidad alterada, o el comportamiento de la salud pobre (Honkonen et al., 2006).

Las manifestaciones físicas de burnout pueden parecerse a las de estrés, en respuesta a la activación del sistema nervioso simpático. Los síntomas similares a la ansiedad incluyen dolor de cabeza, náusea, mareo, agitación, tics nerviosos, problemas sexuales, aumento del ritmo cardíaco y la presión arterial alta (Melamed, Shirom, Toker, & Shapira, 2006). Burnout también se asocia con

el sueño alterado, alteración de despertar, el tiempo de sueño corto y el insomnio. Se ha encontrado que los síntomas psicósomáticos, están relacionada con el agotamiento emocional y cinismo. Burnout se puede presentar con aumento de la tensión pre-menstrual, perdida de ciclos menstruales, hiperventilación, úlceras, trastornos gastrointestinales, resfriados frecuentes y prolongadas, son planos de trastornos preexistentes (asma o diabetes), y lesiones de las conductas de riesgo. Los síntomas depresivos-como también se producen, incluyendo la fatiga crónica, agotamiento físico, cambios de peso, pérdida de apetito y dificultad para respirar(Jourdain & Chenevert, 2010). Dolor muscular, especialmente el cuello y dolor de espalda baja, y trastornos del sueño pueden discriminar agotamiento de no agotamiento. Aunque hubo una gran cantidad de evidencia para apoyar una asociación entre el burnout y las enfermedades físicas, el burnout no puede causar directamente los síntomas, pero media entre el estrés laboral y la mala salud física (Zhong et al., 2009).

ii. Síntomas afectivos

El agotamiento emocional es probablemente el síntoma más icónico de burnout. Los síntomas depresivos y de ansiedad se presentan comúnmente en términos de estado de ánimo deprimido, cambio de estado de ánimo, disminución del control emocional, temores indefinidos, aumento de la tensión, sensación de ansiedad, agresividad, irritabilidad, siendo hipersensible, disminución de la empatía emocional con los beneficiarios, incremento de la ira, e insatisfacción laboral. La evidencia muestra que burnout puede ser un mediador entre el estrés laboral y la aparición o exacerbación de los síntomas depresivos (Zhong et al., 2009). Otros han apoyado la relación recíproca entre el burnout y los síntomas depresivos y que la tensión laboral predispone al agotamiento a través de la depresión. Sin embargo, la tensión laboral puede conducir al desgaste directamente La depresión y la ansiedad pueden discriminar el agotamiento de las víctimas no burnout en términos de los diferentes patrones de los indicadores de salud y los factores de estilo de vida. Por otra parte, no hay evidencia que apoye la idea de que el agotamiento, la depresión y la ansiedad están asociados con biomarcadores micro inflamación (proteína C reactiva de alta

sensibilidad y fibrinógeno), dependiente de género. En las mujeres, el burnout se asoció positivamente con biomarcadores, mientras que la ansiedad se asoció negativamente con ellos. En los hombres, la depresión se asoció positivamente con biomarcadores, pero no con el agotamiento o ansiedad (Ahola & Hakanen, 2007).

iii. Síntomas Cognitivos

La impotencia es el síntoma cognitivo que es prominente a nivel individual (Ohue, Moriyama, & Nakaya, 2011). A nivel interpersonal, burnout muestra una percepción cínica y deshumanizante de los demás, el negativismo, el pesimismo, la empatía cognitiva disminuida, los estereotipos, el etiquetado de maneras despectivas, culpando, aire de grandiosidad y de la justicia, la hostilidad, la desconfianza, la proyección, la paranoia, la sensación de no estar apreciado, y una desconfianza de la gestión. A nivel intrapersonal, pueden ocurrir las creencias irracionales, incluyendo las necesidades de dependencia, la evitación de problemas y la impotencia (Ohue et al., 2011). El deterioro de la memoria también puede ocurrir y puede discriminar entre burnout y no burnout.

iv. Síntomas de conducta

En la última etapa de estrés laboral crónico, los cambios en el comportamiento, obviamente, aparecen en términos de reacción al aumento de la excitación. Individualmente, la dependencia, la evitación de problemas se cree que están irracionalmente relacionadas con el burnout (Ohue et al., 2011). Las personas que sufren de Síndrome de Burnout son propensos a la hiperactividad, la impulsividad, la procrastinación (postergación), el abandono de las actividades recreativas, y las quejas compulsivas. También aumentan su consumo de alcohol para aliviar la frustración. El agotamiento emocional y la falta de realización personal se relacionan negativamente con la conducta ciudadana. Debido al pobre control de los impulsos, la agresión y la violencia son comunes. Los colegas pueden encontrar la presencia de arrebatos violentos, conflictos

interpersonales, para responder a los demás de una manera mecánica, utilizando mecanismos de distanciamiento, los celos y la compartimentación. En los médicos, hay casos más frecuentes de atención subóptima al paciente. El rendimiento laboral se ve afectado por la reducción de la eficacia, la tendencia a cometer errores, la tardanza, el robo, la resistencia al cambio, depender demasiado de los supervisores, observar el reloj frecuentemente, seguir estrictamente las normas, aumento de los accidentes, incapacidad para organizar y mala administración del tiempo (Van Bogaert et al., 2013) .

4) MECANISMOS DE AFRONTAMIENTO

a. Definición

Las estrategias de afrontamiento se pueden definir como los esfuerzos cognitivos y conductuales que se utilizan para lidiar con eventos estresantes (Lazarus, DeLongis, Folkman, & Gruen, 1985). Las personas utilizan estrategias de afrontamiento para reducir el desequilibrio que sienten en sus vidas como resultado del estrés. Los recursos de afrontamiento y el comportamiento son importantes porque median la relación entre los factores de estrés y los resultados de deformación (Diestel & Schmidt, 2010). Los investigadores han examinado las estrategias de afrontamiento en la literatura utilizando variedad de enfoques. Algunos han centrado en cómo las personas lidian con el conflicto para hacer frente a los factores estresantes que pueden dar lugar a resultados negativos tales como un conflicto trabajo-individuo (Clark, Michel, Early, & Baltes, 2014).

En general se considera que dos patrones de respuesta de afrontamiento son distinguibles en respuesta a estrés social. Uno se considera la respuesta activa (o proactiva) y se caracteriza por la agresión y el control territorial, como se describió originalmente (Koolhaas, de Boer, Coppens, & Buwalda, 2010). La segunda categoría de respuesta de afrontamiento al estrés se define como pasiva (o reactiva) y se caracteriza por la inmovilidad y los bajos niveles de agresión. Estas dos estrategias de afrontamiento tienen características de comportamiento distintas y opuestas (Koolhaas et al., 1999). Se distingue entre afrontamiento proactivo y reactivo, el primero se

refieren a los patrones de respuesta alternativos en reacción a desafíos que son estables a lo largo del tiempo y entre diferentes situaciones. El estilo de afrontamiento proactivo se caracteriza porque el individuo es ofensivo, impulsivo en la toma de decisiones, tiene la puntuación más alta en pruebas de frustración, enfrentar riesgos, peligros potenciales y son asiduos a la novedad. La segunda categoría de respuesta de afrontamiento al estrés se define como pasiva (o reactiva) y se caracteriza por la inmovilidad y los bajos niveles de agresión. Diversos estudios manifiestan la necesidad de considerar la variación individual, la cual se compone de múltiples características de rasgos independientes. Además de las distintas características de comportamiento mostradas en las estrategias de afrontamiento activas y pasivas, estas estrategias también se caracterizan por diferencias en los puntos finales fisiológicos y neuroendocrinos (Wood & Bhatnagar, 2015). La parálisis ante una situación de estrés, un comportamiento característico de afrontamiento pasivo, se acompaña de bajo nivel de norepinefrina y alto nivel de cortico-esteroides en plasma. Además, el afrontamiento pasivo se asocia con alta reactividad del eje hipotálamo-pituitaria-adrenal (HPA). En cambio, el afrontamiento activo se caracteriza por una baja reactividad del eje HPA y alta reactividad simpática a las situaciones estresantes (Koolhaas et al., 2010). Sobre la base de estas diversas respuestas fisiológicas al estrés, la forma activa de afrontamiento, en condiciones de estrés crónico cuando la respuesta de afrontamiento no es suficiente para mitigar el impacto del estrés en el cuerpo, las consecuencias fisiológicas y psicológicas negativas inducidas por el estrés pueden sobrevenir. Es importante señalar que una estrategia de afrontamiento específica puede ser adaptativa (es decir, lo que resulta en la disminución de impacto del estrés en el cuerpo) y es dependiente del medio ambiente y del tipo de estrés. El afrontamiento pasivo (es decir, respuestas inmóviles, sumisas) es de mala adaptación bajo condiciones de exposición repetida a estrés social breve. Sin embargo, en condiciones en un organismo más débil que se enfrenta a una situación peligrosa para la vida que implica un depredador, la inmovilidad pasiva en lugar de lucha y forcejeo probablemente aumenta las posibilidades de supervivencia. Por lo tanto la inmovilidad pasiva puede ser considerada de baja adaptación donde no hay posibilidad de escapar o ganar la lucha. Por lo

tanto el concepto de una estrategia de afrontamiento particular que conduce a la adaptación saludable debe ser un concepto fluido; una estrategia de afrontamiento específico puede considerarse adaptación en un contexto y de mala adaptación en otro.

b. Clasificación de los mecanismos de afrontamiento

Las estrategias de afrontamiento se han señalado como “reducción de la presión, auto-reproche, búsqueda de apoyo social, distanciamiento del problema, focalización sobre lo positivo, autoaislamiento, manifestación de las emociones, solución activa del problema, respuestas de evitación, respuestas depresivas o cogniciones confortables”. Algunos autores hacen referencia a las estrategias de enfrentamiento y otros a los estilos, haciendo una diferenciación al destacar que las estrategias son procesos menos estables y duraderos que los estilos de enfrentamiento, por lo que estos últimos son más permanentes en el individuo. Para Lazarus y Folkman (1988)(Folkman & Lazarus, 1988) los estilos de afrontamiento proporcionan una explicación amplia sobre la manera en que las personas hacen frente a experiencias de vida que causan angustia. Por lo tanto, para poder entender el afrontamiento, es necesario conocer lo que las personas enfrentan. Los estilos son generalmente definidos como los modos repetidos con los cuales el individuo responde a encuentros estresantes (Yoe, Lira, Palos, & Martínez, 2008).

Lazarus y Folkman desarrollaron un cuestionario en 1980 para utilizarlo en adolescentes (Ways of Coping Checklist) y mide seis estilos de enfrentamiento; posteriormente esta versión fue revisada y modificada en 1988 (Folkman & Lazarus, 1988) por los mismos autores (Ways of Coping Questionnaire) trabajando con parejas de adultos. En este cuestionario se miden ocho estilos de afrontamiento:

1. Afrontamiento confrontativo: describe los esfuerzos agresivos y conductas de riesgo y hostilidad para intentar cambiar la situación que se está viviendo.
2. Distanciamiento: describe los esfuerzos cognoscitivos que se hacen para disminuir el significado de la situación que se vive.

3. Autocontrol: describe los esfuerzos que hace la persona para regular o controlar los propios sentimientos y acciones.

4. Búsqueda de apoyo social: describe los esfuerzos que se llevan a cabo en la búsqueda de apoyo con los otros; apoyo informacional o emocional.

5. Responsabilidad: son los conocimientos que se tienen sobre el manejo de uno mismo en situaciones problemáticas para intentar solucionar las cosas de manera adecuada.

6. Escape-evitación: describen los deseos y esfuerzos conductuales para escapar o evitar el problema.

7. Trazo de un plan orientado al problema: describe los esfuerzos orientados al problema para tratar de cambiar la situación, acompañados de una labor mental de análisis para dar la mejor solución.

8. Reevaluación positiva: describen los esfuerzos para crear un significado positivo de la situación a través de un crecimiento personal. También contiene una dimensión religiosa.

Larizza (2008) utilizando el Cuestionario de estilos de afrontamiento (Ways of Coping Questionnaire desarrollado por Lazarus y Folkman en 1988) demostró la agrupación en cinco estilos de enfrentamiento en una muestra de mexicanos, a diferencia de los ocho propuestos por Lazarus y Folkman (1988), para los estadounidenses. Las situaciones que las personas identificaron como la causa de estrés ocurrida durante la última semana fueron, en orden de importancia: tensión laboral (36%), exceso de trabajo (18%) y problemas familiares (7%), que fueron seguidas de otro tipo de conflictos (39%). Claramente pudo identificarse que el área laboral fue la que más estrés provocó, seguida de los problemas familiares y otros eventos. Pareciera que la problemática para esta muestra económicamente activa se centró en las áreas donde las personas tienden a pasar más su tiempo; esto es, en el trabajo y con la familia.

Los estilos encontrados en dicha investigación son: a) evasión, b) distanciamiento, c) negación, d) reevaluación positiva y e) análisis cognitivo-reflexivo y estos estilos son los que se evaluarán en esta tesis.

5) **PROFESIONES CON MAYOR RIESGO PARA SUFRIR BURNOUT**

El síndrome de Burnout se presenta con mayor frecuencia en las profesiones que requieren una participación intensa con personas, incluyendo personal de salud como los médicos, enfermeras, estudiantes y residentes (Pejuskovic, Lecic-Tosevski, Priebe, & Toskovic, 2011); docentes; y funcionarios.

a. Sector educativo

La salud mental de los docentes es un componente básico de la calidad de la educación y afecta el rendimiento de trabajo tanto de los profesores y como la salud mental de los estudiantes. El síndrome de burnout o síndrome de agotamiento profesional, se caracteriza por sentimientos de agotamiento físico y emocional, despersonalización y baja realización personal. Diferentes estudios han demostrado que la educación es un contexto laboral en el que los profesionales (profesores) parecen ser más propensos a sufrir de agotamiento, que puede estar asociada con un bajo nivel de salud mental entre la causas de jubilación prematura entre los profesores alemanes, el más común (52%) fueron los diagnósticos psiquiátricos o psicosomáticos. Una gran parte de estos diagnósticos consistieron en depresión, trastornos de estrés, y síndromes de agotamiento, todos los cuales se superponen con los síntomas establecidos del llamado síndrome burnout Una investigación sobre la salud mental de los estudiantes de una primaria y secundaria en la República Popular de China ha indicado que aproximadamente la mitad de todos los maestros tiene problemas psicológicos, ocurriendo lo mismo entre las profesoras que trabajan con niños con autismo (Zhang et al., 2014; Zhong et al., 2009).

El desgaste profesional se considera como una consecuencia de las condiciones de trabajo estresantes a largo plazo entre los trabajadores de servicios humanos en especial los maestros, la enseñanza se mide una de las profesiones estresantes. Se ha informado de que la mayoría de los

maestros están experimentando un mayor nivel de burnout en comparación con otros profesionales en las diferentes áreas de empleo (Pas, Bradshaw, & Hershfeldt, 2012)

b. Sector compañías

El sector de los funcionarios de los procesos empresariales es un sector relativamente nuevo que se ha establecido en la mayoría de los países industrializados y en algunos sectores de los países en desarrollo, como una fuerza de trabajo grande y relativamente joven. Existe la preocupación de que las exigencias del medio de trabajo pueden contribuir a los niveles de estrés y la vulnerabilidad psicológica entre los empleados, así como a los altos niveles de deserción (Machado, Sathyanarayanan, Bhola, & Kamath, 2013).

c. Sector salud

El agotamiento del trabajo se observa más en los proveedores de servicios en el sector educativo y de salud. Las investigaciones muestran que, en general, en ocupaciones que exigen la interacción con las personas, se presentan los niveles más altos de burnout. Además, los estudios muestran un mayor nivel de burnout en los profesionales de salud, especialmente los que trabajan en hospitales. Por ejemplo, los investigadores de los EE.UU. y Holanda, encontraron que el personal médico y paramédico presenta menos agotamiento emocional y despersonalización, pero más fallas en la eficiencia (Ashtari, Farhady, & Khodaei, 2009).

i. Enfermeras

Se ha encontrado que las enfermeras experimentan mayores niveles de burnout relacionado con el estrés en comparación con otros profesionales de la salud. A pesar de los estudios que muestran que tanto la satisfacción laboral y el burnout son efectos de la exposición a entornos de

trabajo estresantes, lo que lleva a problemas de salud entre las enfermeras, se sabe poco acerca de la naturaleza causal y la dirección de estas relaciones (Khamisa, Peltzer, & Oldenburg, 2013).

Los altos niveles de burnout en enfermeras a menudo se han atribuido a prolongado contacto personal directo de naturaleza emocional con un gran número de pacientes. Esto, entre otros factores, como la exposición prolongada al estrés laboral, así como los bajos niveles de satisfacción en el trabajo, también ha sido reconocido como factores que contribuyen a los altos niveles de burnout entre las enfermeras. El burnout en el personal de enfermería se ha demostrado que lleva al agotamiento emocional, así como una pérdida de la compasión por los demás (despersonalización) y una sensación de baja realización personal. Estas experiencias pueden tener implicaciones muy importantes para la salud y el bienestar de las enfermeras (Khamisa et al., 2013).

ii. Estudiantes

Repetidas evidencias de que los estudiantes de medicina son sometidos a un estrés considerable ha sido publicado en las últimas décadas (Wallin & Runeson, 2003). Hay evidencia de que la angustia mental durante la escuela de medicina predice problemas posteriores en los médicos, que además del sufrimiento personal de cada médico podría afectar negativamente la atención al paciente (Firth-Cozens & Greenhalgh, 1997). Se sabe que los médicos no buscan el tipo de ayuda profesional por sí mismos, el que ofrecerían a sus pacientes. Los estudiantes de medicina parecen adoptar un comportamiento similar. Sin embargo, sabemos muy poco acerca de la prevalencia de los trastornos mentales clínicamente significativos. Hasta donde se conoce, existen pocos estudios que presentan datos basados en entrevistas de diagnóstico en cualquiera de los estudiantes de medicina o médicos. Las tasas de prevalencia para los estudiantes de medicina varían; de prevalencia de un año basado en entrevistas estudios 8.6% de la depresión en una muestra americana se informó hace veinte años y, más recientemente, en una muestra del Reino Unido, la morbilidad psiquiátrica se encontró en el 16% de los estudiantes de medicina. Sobre la base de la auto-evaluación, se han reportado tasas de prevalencia de la depresión en el rango de 14-24%, y otros problemas psiquiátricos en 22-36% en

una muestra longitudinal. En un estudio de los estudiantes universitarios suecos, 14-19% reportó haber estado deprimida durante el año académico anterior. Entre los médicos del Reino Unido, el 29% fueron considerados probables casos de ansiedad y el 11% de los médicos generales considerados probables casos de depresión. En un estudio italiano de los médicos del hospital y los médicos generales, la prevalencia de morbilidad psiquiátrica se encontró que el 22,3% (Dahlin & Runeson, 2007).

iii. Residentes

Las investigaciones realizadas durante los últimos 10 años indican que el burnout está en aumento como una amenaza grave para los profesionales de la salud, especialmente para los residentes. Por otra parte, el desgaste afecta no sólo al empleado que sufre de ella. Como más residentes médicos se vuelven incapaces de trabajar debido al agotamiento, los residentes restantes se sobrecargan de responsabilidades adicionales o una carga más grande de pacientes. Hay una gran cantidad de literatura sobre el desgaste entre los profesionales de la medicina (Prins et al., 2007).

Sin embargo, un estudio más reciente mostró que la investigación sobre el burnout entre los residentes médicos es escasa. Los pocos estudios disponibles mostraron grandes diferencias en los porcentajes de burnout, que van desde un bajo porcentaje de 18% en los residentes de América para Obstetricia y Ginecología, a un alto porcentaje del 82% se encuentra en un estudio entre los médicos residentes en Kenia (Prins et al., 2007).

iv. Profesionales

Parece que el Síndrome de Burnout en los médicos no difiere del síndrome en otras profesiones, pero las reacciones de los médicos puede ser únicas en algunos aspectos, en parte debido a que pueden tener consecuencias devastadoras para los pacientes. Además, las consecuencias de este síndrome pueden ser múltiples y podrían poner en peligro a una persona en un nivel psicológico y somático, así como afectar a la capacidad para el trabajo (Pejuskovic et al., 2011).

6) BURNOUT Y PSIQUIATRÍA

La psiquiatría es una profesión estresante y los psiquiatras han sido identificados como más propensos al estrés, burnout y suicidio que homólogos de otras disciplinas médicas (Fothergill, Edwards, & Burnard, 2004) se ha reportado que los psiquiatras tienen el puntaje más alto en el componente de la despersonalización de la encuesta sobre agotamiento laboral Maslach (Maslach Burnout Inventory) (MBI) que los médicos de atención primaria o los psicólogos (Tironi et al., 2009) En otro estudio, se reportó que los psiquiatras tienen significativamente mayor agotamiento emocional relacionado con el trabajo y la depresión severa que los médicos y cirujanos (Helewa, Kholdebarin, & Hochman, 2012) en las investigación anteriores se ha identificado la falta de apoyo profesional, amenazas de violencia, auto- informe de depresión, bajos salarios, exceso de trámites, las dificultades burocrática, suicidio de pacientes, restructuración de los servicios de salud como factores que contribuyen al agotamiento entre los psiquiatras(Draper, Kõlves, De Leo, & Snowdon, 2014). Las implicaciones son muy variadas, desde dificultades para atraer y retener al personal de salud mental a una disminución del nivel de atención al paciente. Una revisión reciente literatura ha estudiado la forma en que diversas tensiones experimentadas por los psiquiatras pueden predisponer, precipitar, perpetuar o proteger contra el agotamiento laboral (burnout)y afectar la salud de los psiquiatras y su pacientes(S. Kumar, Hatcher, & Huggard, 2005).

El Burnout se ha asociado con el ausentismo, trastornos del estado de ánimo, y errores médicos. A pesar de las consecuencias potencialmente graves de agotamiento, hay pocas intervenciones diseñadas para combatir este problema(McCray LW, Cronholm PF, Bogner HR, Gallo JJ, & RA., 2008).

Los índices más altos del síndrome de Burnout fueron encontrados en cirugía, medicina general, psiquiatría, la psiquiatría infantil, medicina interna, terapia intensiva y oncología. Algunos

autores sugieren que los psiquiatras, como grupo, son vulnerables a experimentar BS, más que otros médicos y cirujanos (S. Kumar, S. Hatcher, G. Dutu, J. Fischer, & E. Ma'u, 2011).

a. Residentes

La residencia médica es reconocida como un período de riesgo para el desarrollo de burnout y problemas de salud mental, como ansiedad y depresión, que tienen impacto en el médico y la clientela por igual. Hay una necesidad de estudios que abordan las condiciones de riesgo y de protección para el desarrollo de este tipo de problemas.

La prevalencia de burnout parece ser más alto, sin embargo, entre las estimaciones de la prevalencia en médicos residentes. La prevalencia estimada oscila entre el 40% -76% entre los de medicina interna y los residentes de pediatría y 47% -70% entre residentes. De cirugía. Otros estudios han reportado puntuaciones altas en agotamiento emocional y despersonalización en el Maslach Burnout Inventory y una alta prevalencia (56% -80%) de burnout entre las familias de los médicos (McCray LW et al., 2008).

West et al, en su documento sobre la relación entre burnout y error médico, llame a "los esfuerzos para prevenir, identificar y tratar el burnout para promover la empatía y el bienestar para el bienestar de los residentes y pacientes." El cuasi-experimental o diseño no aleatorio de la mayoría de los estudios de intervención existentes solicita una llamada para una investigación más rigurosa sobre las intervenciones para combatir el desgaste entre los médicos residentes (McCray LW et al., 2008).

7) PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Hasta donde se conoce existen pocos trabajos sobre el síndrome de Burnout en médicos y todavía es menor el número de documentos que han estudiado el problema en residentes de psiquiatría. Esto es sorprendente, ya que la naturaleza de la situación de trabajo los coloca en alto riesgo de agotamiento. Puede ser descrito como un trabajo exigente con alta responsabilidad, y un

riesgo potencial para tener problemas de conducta. Tomando en cuenta los factores demográficos, los médicos residentes son más vulnerables para el agotamiento, ya que son relativamente jóvenes y están al principio de la práctica profesional.

8) JUSTIFICACIÓN

El interés de este estudio es evaluar la intensidad del Síndrome Burnout en relación con el tiempo de inmersión en la residencia de psiquiatría, comparar la expresividad de las dimensiones del Síndrome Burnout en estos grupos por nivel y las estrategias de afrontamiento. Además de establecer la relación entre las variables sociodemográficas y el papel de género. Con el fin de establecer estrategias de intervención a través de las políticas de salud en los hospitales para aminorar el problema y las consecuencias que como resultado de ello pudiera haber en la atención a los pacientes.

9) PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

1. ¿Qué intensidad tiene el Síndrome Burnout en médicos residentes de Psiquiatría?
2. ¿Cuáles son los factores de riesgo y de resistencia que contribuyen o impiden el síndrome de Burnout en médicos residentes de psiquiatría?
3. ¿Cuál es el efecto de los mecanismos de afrontamiento en la presentación del Síndrome de Burnout en los residentes?.

10) HIPOTESIS

Existe una relación directamente proporcional entre el Síndrome de Burnout y el tiempo de inmersión en la especialidad en psiquiatría en el Hospital Psiquiátrico 'Fray Bernardino Álvarez', lo cual se relaciona con la madurez en las estrategias de afrontamiento.

HIPÓTESIS NULA

Si no existe una relación proporcional entre el Síndrome de Burnout y el tiempo de inmersión en la especialidad en psiquiatría en el Hospital Psiquiátrico ‘Fray Bernardino Álvarez’, entonces no habrá diferencias entre la presentación del síndrome ni los mecanismos de afrontamiento que se utilicen.

11) OBJETIVOS

a. General

Evaluar la relación entre el Síndrome de Burnout y el tiempo de residencia en la especialidad de psiquiatría.

b. Específicos

1. Determinar la relación entre las condiciones sociodemográficas de los residentes de psiquiatría con respecto a su susceptibilidad al síndrome de Burnout.
2. Evaluar la relación entre las condiciones de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal de los residentes de acuerdo al tiempo transcurrido en la especialidad de psiquiatría.
3. Describir las estrategias de enfrentamiento en relación con el nivel de burnout en los residentes de la especialidad en psiquiatría.

12) MÉTODOS

Cuadro 2. Variables dependientes e independientes

Variable	Definición conceptual	Definición de la medición	Tipo de variable	Dependiente o independiente
Residente de psiquiatría	Estudiantes de los cuatro años de la especialidad en psiquiatría			Independiente

Características sociodemográficas	Son el conjunto de características biológicas y socioculturales que están presentes en la población sujeta a estudio	Cuestionario estructurado que permitirá la identificación de las características sociodemográficas (edad, género, estado civil, tipo de educación, ocupación, años de permanencia dentro de la residencia: El nivel de medición fue nominal ¹	Cuantitativa	Dependiente
Síndrome de Burnout	El síndrome de desgaste (Burnout síndrome) se desarrolla después de una respuesta prolongada a estresores laborales emocionales e interpersonales crónicos,	Se evaluará mediante el Maslach Burnout Inventory (MBI)	Cuantitativa	Dependiente
Estrategias de enfrentamiento	Son los esfuerzos mediante conducta manifiesta o interna, para hacer frente a las demandas internas y ambientales	Las estrategias de afrontamiento serán evaluadas por la versión revisada del cuestionario de mecanismos de afrontamiento (WCQ)	Cuantitativa	Dependiente

b. Muestra

Este trabajo corresponde a un estudio transversal que se llevó a cabo con 103 residentes de los cuatro niveles de la especialidad en psiquiatría del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino

¹ En este nivel de medición se establecen categorías distintivas que no implican un orden específico. Si la unidad de análisis es un grupo de personas, para clasificarlas se puede establecer la categoría sexo con dos niveles, masculino (M) y femenino (F), los encuestados solo tienen que señalar su género.

Álvarez”. Se obtuvo el consentimiento informado y los datos adquiridos se mantuvieron confidenciales. Los médicos residentes llenaron los cuestionarios de forma anónima y se pusieron en archivos separados por género. Los participantes requirieron aproximadamente 45 minutos para completar la encuesta. Se administraron igual número de cuestionarios a cada grupo.

c. Instrumentos de Medición

- i.** Variables sociodemográficas. Un cuestionario estructurado que permitió la identificación de las características sociodemográficas (edad, género, estado civil, tipo de educación, ocupación, años de permanencia dentro de la residencia y detalles de la jornada laboral (número de casos, longitud de la experiencia, responsabilidades profesionales, y actividades por semana, número de paciente diarios).
- ii.** Síndrome de Burnout. Para la evaluación del Síndrome de Burnout se evaluó mediante el Inventario de Burnout de Maslach (MBI) (Maslach et al 1996.), Que es una herramienta de autoreporte con 22 ítems para evaluar tres componentes: el agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal. Se pidió a los participantes proporcionar una calificación para cada elemento, con una escala de (0) - nunca, a (6) - todos los días (con posibles suma las puntuaciones de dimensiones de Burnout de 0 a 132). En México la validación se llevó a cabo en ‘Hospital de Especialidades Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez, Centro Médico Nacional Siglo XXI (Torral-Villanueva, Aguilar-Madrid, & Juárez-Perez, 2009)
- iii.** Las estrategias de afrontamiento. Las estrategias de afrontamiento se evaluaron con la versión revisada del cuestionario de Mecanismos de

Afrontamiento con 20 preguntas para 5 estilos de afrontamiento. Cada pregunta se califica en una escala de 3 puntos.

d. Análisis Estadístico

Los datos fueron analizados mediante el paquete estadístico para Ciencias Sociales (SPSS versión 11). El análisis de varianza (ANOVA) se utilizó para probar la significancia estadística de diferencias entre los cuatro grupos de médicos residentes de psiquiatría para el Síndrome de Burnout (SB).

13) Consideraciones éticas

El presente trabajo se realizó de acuerdo a las recomendaciones de la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, enmendada en la 52° Asamblea general Mundial Celebrada en Edimburgo, Escocia, del 2002, que guía a los médicos en las investigaciones médicas (Pejuskovic et al., 2011)

De acuerdo al reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, vigente en México, el trabajo a realizar se clasifica en categoría 1, en base al título segundo, artículo 17, que lo clasifica como investigación de riesgo mínimo, ya que no habrá manipulación de variables. Así mismo se solicitará consentimiento de participación voluntaria, el cual será leído y firmado de enterado por cada participante.

14) RESULTADOS

CARACTERÍSTICAS DE LOS PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO

Un total de 64 de 103 (62.1%) de las encuestas entregadas se respondieron por parte de los médicos que en la actualidad están presentes en los 4 niveles de la residencia en el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” (HFBA).

A. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y SOCIOECONÓMICAS

Un total de 34 encuestas fueron contestadas por residentes del género femenino (53%) y 30 por el género masculino (47%). Los resultados sociodemográficos y socioeconómicos seleccionados de los residentes de primero, segundo, tercer y cuarto año se resumen en el cuadro 1. Estos factores fueron utilizados como variables independientes para la regresión múltiple. La edad promedio para los cuatro grupos fue de 27.68 años. El porcentaje de solteros fue alto (88%), la mayoría de los residentes no tiene hijos (97%) lo que concuerda posiblemente debido a la juventud que prevalece en la muestra.

Las variables que evalúan la situación socioeconómica fueron cuatro: vivienda, ingresos familiares, tipo de educación (privada o pública en el bachillerato) y conocimiento de inglés (elemental o avanzado) y conocimiento de otros idiomas. De acuerdo al tipo de vivienda la mayoría de los residentes vive en su propia casa o departamento (90.6%), esta situación se repite en los residentes de los cuatro niveles, siendo de (94%) para los de primero, de (94%) para los de segundo de (89%) para los de tercero y de (85%) para los de cuarto. En relación a los ingresos familiares el promedio fue de \$25,920.00 para todos los participantes siendo mínimas las variaciones para los cuatro niveles (\$28,000.00 para primero, \$22,200.00 para segundo, \$28,800.00 para tercero y \$24,800.00).

En relación al tipo de educación se encontró que el 56% estudio en instituciones públicas y el 44% en instituciones privadas. Finalmente en relación a los idiomas se evaluó que el 33% tiene un nivel elemental de conocimientos sobre idioma inglés y el 67% un conocimiento avanzado. El 33% de los residentes analizados tiene conocimientos sobre algún otro idioma. Estos parámetros nos permiten ubicar a todos los participantes evaluados en un nivel socioeconómico medio alto de acuerdo a la clasificación del INEGI.

Cuadro 3. Variables sociodemográficas y socioeconómicas.

	%Total	VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS Y SOCIOECONOMICAS							
		1°	%	2°	%	3°	%	4°	%
Genero									
Femenino	53%	5	29.4	10	63	12	67	7	54
Masculino	47%	12	70.6	6	38	6	33	6	46
Edad	27.68	26.47		27.06		28.11		29.1	88
Estado Civil									
Solteros	88	15	88	14	88	16	89	11	85
Casados	7	2	12	1	6	1	5.5	1	7.5
Unión libre	5			1	6	1	5.5	1	7.5
Sin hijos	97	17	100	16	100	17	95	12	92
Con hijos	3	0		0		1	5	1	8
Vivienda									
Casa o Depto. Propio	90.6	16	94	15	94	16	89	11	85
Renta	9.4	1	6	1	6	2	11	2	15
Ingresos familiares	25,920	28000		22200		28800		24800	
Bachillerato									
Publico	56	10	58.82	10	63	10	56	6	46
Privado	44	7	41.1	6	37	8	45	7	54
Religión									
Creyente	56	9	53	11	69	9	50	7	54
Ateo/agnóstico	44	8	47	5	31	9	50	6	46
Participación política									
Activa	48	8	47	6	38	10	56	7	54
Ninguna	52	9	53	10	62	8	44	6	46
Inglés									

Elemental	33	6	35	4	25	6	33	5	38
Avanzado	67	11	65	12	75	12	67	8	62
Otros idiomas	33	5	29	2	12	9	50	5	38

Otros dos parámetros evaluados fueron la presencia de elementos religiosos, encontrándose que el 56% es creyente y el 44% agnóstico o ateos, y la participación política en donde se observa que el 48% tiene interés en la política dado que se autodefine como de derecha, de izquierda o del centro y el 52 % señala que no le interesa ningún tipo de política.

B. BURNOUT

Los cuadros cuatro y cinco resumen los puntos de corte de acuerdo con los percentiles, 25 y 75 que forman los grupos de bajo, moderado y alto nivel de Síndrome de Burnout para cada dimensión del Inventario de Maslach para Burnout, MBI (Maslach Inventory Burnout). En el anexo dos se localiza la metodología utilizada para calcular el cuadril 1 y 3.

Cuadro 4. Puntos de corte y categorías de bajo, moderado y alto nivel de Síndrome de Burnout por dimensiones elaborado por Zis en el 2014			
(63)			
Dimensiones por inventario de Maslach para Burnout	Baja	Moderada	Alto
Agotamiento emocional	≤16	17-33	≥34
Realización personal	≥39	30-38	≤ 29
Despersonalización	≤ 4	5 a 12	≥13

Cuadro 5. Puntos de corte y categorías de bajo, moderado y alto nivel de Síndrome burnout por dimensiones para residentes de psiquiatría de HFBA

Dimensiones por inventario de Maslach para Burnout	Baja	Moderada	Alto
Agotamiento emocional	≤14	15 a 31	≥32
Realización personal	≥43	31-42	≤ 30
Despersonalización	≤ 4	5 a 12	≥13

En el cuadro seis se resumen las características de las dimensiones de burnout evaluadas en los residentes de psiquiatría del HFBA. Se encontró que el grupo de residentes con niveles moderados de burnout represento el 51 % los cuales calificaron en valores entre el primer y tercer cuartil obtenidos.

Cuadro 6. Dimensiones de Síndrome de Burnout en los residentes del primero al cuarto nivel.

	Agotamiento emocional				Despersonalización				Realización personal				Total	%
	1°	2°	3°	4°	1°	2°	3°	4°	1°	2°	3°	4°		
Bajo	6	4	6	0	6	2	5	3	2	5	7	1	47	24
Mediano	9	9	11	4	8	9	11	5	10	4	10	9	99	51
Alto	2	3	1	9	3	5	2	5	5	7	1	3	46	25
	17	16	18	13	17	16	18	13	17	16	18	13	194	

De los 64 resultados, 30 presentaron por lo menos una dimensión de Síndrome de Burnout y esto corresponde al 46.9 % de los residentes evaluados. Curiosamente en el primer año, de los 17 encuestados 6 presentan por lo menos una dimensión del Síndrome de Burnout a nivel alto siendo el 35.3% del total de los residentes que presenta burnout alto, correspondiendo principalmente a la falta de realización personal. En el segundo año 10 de los 16 encuestados presentan un nivel alto de Síndrome de Burnout lo que corresponde al 62.5% de los residentes de segundo nivel que nuevamente es la falta de realización personal en 7 personas, la despersonalización en 5 y la angustia emocional en 1. Sin embargo en el tercer año solo 4 de 18 (22%) presentan Síndrome de Burnout, principalmente en la dimensión de despersonalización. En el cuarto año 11 de 13 (84.61%) presentan burnout en grado alto, siendo la principal dimensión de angustia emocional.

Cuadro 7. Residentes que presentan una, dos o tres dimensiones del Síndrome de Burnout

	1°	2°	3°	4°	
Una	4	5	4	4	17
Dos	1	5	0	5	11
Tres	1	0	0	1	2
no presenta	11	6	14	3	34
TOTAL	17	16	18	13	64

Cuadro 8. Género y Síndrome de Burnout

AGOTAMIENTO EMOCIONAL	1°		2°		3°		4°	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Mujeres	5	1 20%	10	2 20%	12	0 0%	7	5 71%
Hombres	12	1 8%	6	0 0%	6	1 17%	6	5 83%
DESPERSONALIZACION	1°		2°		3°		4°	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Mujeres	5	0 0%	10	2 9%	12	0 0%	7	3 43%
Hombres	12	3 25%	6	3 50%	6	2 33%	6	2 33%
REALIZACIÓN PERSONAL	1°		2°		3°		4°	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Mujeres	5	0 0%	10	4 40%	11	1 9%	7	2 29%
Hombres	12	5 42%	6	3 50%	6	0 0%	6	1 17%

Cuadro 9. Comparación de los estilos de afrontamiento en los niveles de la residencia en psiquiatría del HPFBA

	Evasivo	Distanciamiento	Negación	Reevaluación positiva	Análisis cognitivo reflexivo	
Primero	3.71	7.47	3.88	3.65	3.76	
Segundo	5.62	9.06	4.62	4.69	4.62	
Tercero	4.55	8.72	4.44	3.56	3.89	
Cuarto	7.23	9.3	5.38	4	5.77	

15) DISCUSIÓN

Los resultados señalan que los estudiantes del cuarto año de la residencia en psiquiatría tuvieron la puntuación más alta y los estudiantes del primer año la puntuación más baja del Síndrome de Burnout. El agotamiento emocional fue más destacado en los residentes de cuarto año de psiquiatría, mientras que la despersonalización y la falta de realización personal en los residentes de tercer año. En esta investigación, se encontró que todas las dimensiones del Síndrome de Burnout estaban relacionadas negativamente con el agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal. Estos resultados validan nuestra hipótesis. (Explicar mas).

Existen pocos documentos que evalúen el agotamiento laboral en residentes de psiquiatría uno de ellos llevado a cabo en Hungría señala que hubo alto agotamiento emocional entre 32,8% de los residentes, alto nivel de despersonalización en 29,9%, disminución de la efectividad personal del 52,2%. Significativamente mayor

despersonalización para los hombres ($p < 0,05$). Estar casado o tener pareja representaba significativamente menor probabilidad de despersonalización, no se señala el tiempo de permanencia en la residencia (Fulop, Devecsery, Hausz, Kurimay, & Csabai, 2012).

Otro estudio transversal llevado a cabo en el hospital más grande de Grecia mostró resultados de que el burnout no es raro entre los residentes. Más de la mitad de los residentes que participaron en el estudio presentaron altos niveles de burnout en al menos una dimensión: agotamiento. Cuando una definición más estricta del burnout se aplicó se encontró que casi 1 de cada 7 residentes sufrieron del síndrome de burnout (Zis, Anagnostopoulos, & Sykioti, 2014). Estos hallazgos además demostraron un alto nivel de despersonalización y bajo nivel de logro personal en psiquiatras griegos, lo cual es contrario a los resultados encontrados en el presente trabajo. Fothergill y Col en el 2004 reportaron una serie de factores de estrés en el trabajo de los psiquiatras, incluyendo el estrés asociado con su jornada laboral y los esfuerzos personales. Un estrés personal, que los psiquiatras encuentran muy difícil de sobrellevar es el suicidio del paciente. Todo esto asociado a otros factores externos e internos puede conducir al síndrome de agotamiento laboral (Fothergill et al., 2004). Kumar, S en 2005 llevo a cabo dos revisiones sistemáticas para examinar la etiología, prevalencia y consecuencias de burnout en psiquiatras. Logró que se distinguieran los efectos del agotamiento, la depresión y el estrés relacionado con el trabajo psiquiátrico; y genero un modelo etiológico para el desarrollo de burnout en psiquiatras. Finalmente describió la etiología del burnout en psiquiatras en términos de una interacción entre la predisposición, precipitación, y los factores de perpetuación (S. Kumar et al., 2005). El agotamiento laboral ha sido reportado para psiquiatras en Australia (Rey, Walter, & Giuffrida, 2004), Reino Unido (Prosser et al., 1996), América del Norte y Europa (Thomsen, Soares, Nolan, Dallender, & Arnetz, 1999) a pesar de la evidencia de

agotamiento emocional, despersonalización, y falta de realización personal los psiquiatras siguen comprometidos con su trabajo (Shailesh Kumar et al., 2006). En otro estudio Kumar en 2007 identificó como factor importante para que se desarrolle el burnout en los psiquiatras la falta de apoyo y validación administrativa, la retención de responsabilidad para el psiquiatra sin un control adecuado por parte del mismo, el excesivo papeleo y deberes clínicos extra, el estudio se expandió en la idea de la falta de apoyo administrativo para abordar la noción de "un entorno administrativo agresivo ", en el que hay una sensación de vulnerabilidad a través de persecución, quejas y exceso de consultas. Aunque no es un punto de vista universal, este tema debería abordarse en forma apropiada (Fischer, Kumar, & Hatcher, 2007). Amstutz en 1996 llevo a cabo un estudio para evaluar el burnout en psiquiatras y residentes de psiquiatría en Zúrich Suiza investigado la relación entre los factores demográficos, el trabajo y las actividades de ocio.

Kumar y Hatcher en 2011 llevaron a cabo un estudio que examino sistemáticamente las fuentes de estrés entre los psiquiatras. Cuatro factores parecen ser significativos para la aparición de burnout en psiquiatras: Demasiado trabajo, largas horas de trabajo, un entorno administrativo agresivo y falta de apoyo administrativo. Dos factores se correlacionaron negativamente con el agotamiento emocional: "Alto nivel de satisfacción en el trabajo y / o el disfrute" y "Los bajos salarios en comparación con otros países". En otras palabras, de la lista considerable de factores reportados en la literatura teórica sobre el agotamiento laboral en relación con los psiquiatras, sólo unos pocos parecen importantes y todos estaban directamente relacionadas con el entorno laboral (Shailesh Kumar, Simon Hatcher, Gaelle Dutu, Jesse Fischer, & Etuini Ma'u, 2011). Un estudio longitudinal de cohorte de psiquiatras encontró que la proporción general de psiquiatras de puntuación baja, media y

alta en las tres dimensiones del burnout difirió durante el período de estudio (S. Kumar, Sinha, & Dutu, 2013).

También son consistentes con los resultados anteriores de los estudios de los médicos generales que han demostrado altos niveles de agotamiento emocional.

En contraste Lebensohn, P y Col. obtuvieron resultados que indican claramente que son los residentes de primer año en doce programas de residencia, incluyendo psiquiatría, los que presentan agotamiento laboral. Reporta que el 23% supera el punto de corte en el CES-D² para el riesgo de depresión, casi 14% están altamente agotados emocionalmente, y alrededor del 24% se sentía muy separado de sus pacientes y su trabajo. Esta investigación demuestra que las puntuaciones altas tanto en agotamiento emocional o despersonalización son indicadores significativos de burnout clínico (Lebensohn et al., 2013).

Baumgardt, J y Col en el 2015 encontraron bajas tasas de síndrome de Burnout en residentes y psiquiatras en Suiza, esto podría indicar que los psiquiatras suizos funcionan bien dentro del actual sistema de atención de salud mental (Baumgardt, Moock, Rossler, & Kawohl, 2015). También se encontraron tasas de burnout bajas y medias entre los psiquiatras en Austria, Italia (Tremolada et al., 2015), el Reino Unido y Alemania (Priebe, Fakhoury, Hoffmann, & Powell, 2005), mientras que las tasas más altas se encontraron en Nueva Zelanda (Shailesh Kumar et al., 2006), Canadá (Dewa, Jacobs, Thanh, & Loong, 2014), y los EE.UU. (Scully & Wilk, 2003). Aparentemente los rápidos cambios en el sistema de salud de un país, la mala distribución del personal, los fondos del gobierno, y las dificultades para mejorar la formación psiquiátrica propician el agotamiento (Shailesh

² CES-D scoring: non-depressed (calificación: no deprimidos) < 16, poco deprimidos 16–20, moderadamente deprimidos 21–30, muy deprimidos > 30

Kumar et al., 2006); las bajas tasas encontradas en el estudio de Baumgardt (2015) podrían explicarse por la relativamente baja ocurrencia de estos factores en el sistema médico suizo en la última década. Otra explicación podría ser la alta calidad de vida ya que Suiza es conocida porque tiene muy buenos resultados en muchas medidas de bienestar general en comparación con la mayoría de los demás países incluidos en el *Índice para una Vida Mejor*. Suiza se sitúa por arriba del promedio en satisfacción, empleo y remuneración, ingresos y patrimonio, estado de la salud, sentido de comunidad, calidad medioambiental, educación y competencias y seguridad personal, ya que el estilo de vida pueden ser los aspectos de protección contra el desgaste (Anexo 1).

Estos hallazgos de burnout en residentes de psiquiatría corroboran las investigaciones previas sobre residentes de otras disciplinas de medicina. Aunque no se han investigado adecuadamente cuales son los factores que pueden promover en el residente el bienestar y proteger de la depresión y agotamiento se encontró que el sueño reparador asociado con menor estrés y mayor satisfacción de la vida son elementos que podrían proteger contra el burnout. Curiosamente, sólo una quinta parte de la muestra informó de al menos 5 días de sueño reparador. Además, aquellos con mayores niveles de actividad física tenían menores niveles de depresión, despersonalización y agotamiento emocional y una tendencia al aumento de la satisfacción con la vida. Los dos anteriores comportamientos de bienestar, junto con el tiempo pasado al aire libre y la frecuencia de consumo de alcohol se vinculan con tasas de reducción de burnout.

La depresión y el agotamiento de los residentes no sólo afectan su propia calidad de vida, sino también el cuidado que aportan a los demás. El síndrome de Burnout se relaciona con baja satisfacción en el trabajo y con altas tasas de ausentismo y rotación laboral. Además, los residentes con burnout son más propensos a cometer errores médicos y

proporcionar una atención subóptima. Sin embargo, ha habido poca investigación para orientar los programas de residencia en la prevención o el tratamiento de agotamiento (burnout), el estrés y la depresión entre los residentes. Destacamos algunos comportamientos de salud que muestran una asociación con niveles de angustia del residente y el bienestar y pueden servir como mediador de la función de protección contra el desgaste. La medicina familiar, con sus valores de atención centrada en las relaciones y el apoyo familiar puede generar el desarrollo de modelos curriculares que apoyen conductas de bienestar, la creación de una cultura de formación, donde los residentes "prosperen" en lugar de "sobrevivir" (Lebensohn et al., 2013). En un estudio llevado a cabo por Kang y col en 2013, se encontró que los sujetos que experimentaron altos niveles de agotamiento emocional y despersonalización reportaron más errores médicos (Kang, Lihm, & Kong, 2013). Este resultado fue parcialmente consistente con los estudios realizados por West (2006, 2009). En particular, cuando el control de la somnolencia diurna, cansancio emocional y despersonalización grave se asociaron con mayores tasas de errores médicos. El control de la fatiga, el agotamiento emocional severo, la despersonalización y la sensación menor de realización personal también se asociaron con errores médicos (West et al., 2006; West, Tan, Habermann, Sloan, & Shanafelt, 2009).

En EEUU existen 16.4 psiquiatras por cada 100,000 habitantes, Canadá y Holanda tienen 12; Australia 10.6; Nueva Zelanda 4 (Scully & Wilk, 2003), México tiene 0.82 psiquiatras por cada 100,000 habitantes, esto también juega un papel importante en la carga laboral que reciben los residentes de psiquiatría.

Los profesionales de la salud mental están bien informados sobre el agotamiento laboral. Perciben el burnout como un síndrome multidimensional que afecta a la salud física y mental de los profesionales, la motivación y el desempeño en el trabajo, así como su

relación con sus pacientes, y conocen varias estrategias de intervención. Sin embargo, dos obstáculos principales se describen para implementar sus conocimientos a su propia práctica: a) el agotamiento no se detecta durante mucho tiempo y b) tiene un estigma asociado a él (Schulze & Roessler, 2007).

Implicaciones clínicas: Hay una serie de implicaciones clínicas resultantes de los altos niveles de estrés entre los psiquiatras. Éstas incluyen: 1) Los altos niveles de estrés y el desgaste entre los psiquiatras pueden tener un impacto sobre su eficacia para trabajar con los pacientes. 2) La educación y la formación es necesaria para ayudar a que los psiquiatras puedan identificar los muchos factores de estrés generados a partir de labores difíciles y emocionalmente exigentes a las que se dedican. 3) Los estresores personales asociados con el suicidio de un paciente deben ser abordados para evitar problemas psicológicos reales experimentados por los psiquiatras que tratan de hacer frente a esta difícil situación (Fothergill et al., 2004).

Aspectos sociodemográficos

Los hallazgos sociodemográficos de este estudio son consistentes con las estadísticas oficiales, entre los médicos residentes en la atención de salud mental y una media de edad similar. Se encontró que cerca del 57,4% de los encuestados tienen pareja, en apoyo a los hallazgos previos de que los psiquiatras tienen mayor estabilidad cuando están casados o tienen pareja (Lepnurm, Dobson, Backman, & Keegan, 2006). El rango de edad de los participantes de este estudio es de 25-33 años digno de mención porque confirma los datos de Canadá (Lepnurm et al., 2006), pero se diferencia de los datos de Alemania y Reino Unido (Priebe et al., 2005).

Los resultados de los cuestionarios aplicados indican una mayoría femenina en la composición de la muestra. El Burnout es a menudo descrito como una condición que predominantemente afecta a las mujeres. Los resultados obtenidos por esta investigación, sin embargo, no confirman que el burnout se relaciona principalmente con el sexo femenino. En el análisis de regresión múltiple la diferencia por género no fue significativa cuando se tomaron en cuenta otros factores. En un estudio sueco anterior un alto nivel de burnout fue más común en las mujeres que los hombres, pero cuando se ajusta con la angustia psicológica y los factores psicosociales del trabajo el efecto de género desaparece, lo cual concuerda con los resultados obtenidos en el presente estudio (Norlund et al., 2010). Purvanova (2010) señala que en los resultados del trabajo experimental desarrollado por ella y sus colaboradores se observa que las mujeres tienden a tener más agotamiento emocional que los hombres, pero los hombres tienden a tener mayor despersonalización que las mujeres. Este hallazgo es importante porque llama la atención sobre el hecho de que (a) los profesionales deben aprender a reconocer burnout en ambos sexos, y (b) ambos sexos pueden requerir ayuda y el apoyo de la organización para hacer frente al agotamiento laboral. Además, dicho estudio reveló algunos matices contextuales interesantes de la relación género-burnout, encontrando que este vínculo es más fuerte en los EE.UU. en comparación con la UE. Esperamos que este descubrimiento motive a los responsables administrativos a considerar cómo las políticas laborales pueden mejorar el bienestar de ambos sexos (Purvanova & Muros, 2010). Sin embargo, otro estudio basado en una muestra grande de médicos griegos reportó que no existe ninguna asociación significativa entre la despersonalización y el género entre los profesionales de la salud. Los resultados de ese estudio están en consonancia con los datos anteriores y puede indicar la influencia de la

variación transcultural o de otros factores desconocidos sobre la relación entre las puntuaciones de género y el burnout (Msaouel et al., 2010).

Doolittle (2013) señaló varios aspectos de los mecanismos de afrontamiento emocional y espiritual de los residentes que correlacionan significativamente con el burnout. Es relevante mencionar que estos datos sugieren que los residentes que participan en una vida espiritual activa, pueden tener rasgos de personalidad importantes que les protejan contra el desgaste. En particular, el dominio de realización personal correlacionado con las creencias y la implicación espiritual afecta a todos los dominios de burnout: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal. Aunque en este estudio se evalúa la correlación y no la causalidad, el grupo de investigadores especula que los residentes que buscan la reconciliación y la práctica de la humildad puede tener otras cualidades, tal vez una capacidad de identificarse con los demás o la confianza para buscar el perdón. En el curso de la residencia se premia a menudo, la inteligencia y la competitividad. Sin embargo, la empatía y la humildad son aspectos importantes que hay que fomentar. Hace falta esclarecer lo anterior, sin embargo, una manera de empezar sería modelando el liderazgo en la residencia. (Doolittle, Windish, & Seelig, 2013).

Montero Marín en 2011 en España llevó a cabo el primer estudio que sugiere la existencia de asociaciones entre los diferentes subtipos de burnout (clasificados de acuerdo con el grado de dedicación al trabajo) y las diferentes características sociodemográficas y ocupacionales que son congruentes con la definición de cada uno de los subtipos. Estos resultados son consistentes con las definiciones de perfiles clínicos del Síndrome de Burnout. Además ayudan al diagnóstico diferencial y a un tratamiento mucho más eficaz (Montero-Marin et al., 2011). Bagaajav (2011) llevo a cabo un estudio que examinó la

prevalencia de burnout entre médicos y enfermeras en Mongolia e identificó los factores que influían en el mismo. En sus resultados establece la importancia de las variables socioeconómicas entre ellas el tipo de vivienda; la mayoría de los médicos (79,8%) vivía en su propio apartamento privado, las enfermeras en apartamentos alquilados o "Ger", que es la tradicional vivienda de tienda de campaña de los nómadas en Mongolia; salario mensual promedio fue de 237.000 tugrug mongol (MNT), aproximadamente 185 dólares y fue significativamente mayor para los médicos (260.000 MNT) que para las enfermeras (217.960). Esta diferencia fue aún mayor para los ingresos de los hogares (Bagaajav, Myagmarjav, Nanjid, Otgon, & Chae, 2011). Resultados similares fueron reportados en los estudios conducidos en países asiáticos específicamente Japón y China (Li, Yang, Cheng, Siegrist, & Cho, 2005) aunque no para burnout sino para estrés.

Estilos de afrontamiento.

Pejuskovic en 2011 señala que las dimensiones de la personalidad podrían ser importantes para el desarrollo del agotamiento laboral (Burnout). Se encontró que la dimensión más importante fue la evitación del daño, lo que podría ser una «dimensión negativa» que conduce a un desarrollo del síndrome de burnout, en particular a la baja realización personal, alta despersonalización y alto agotamiento emocional. La colaboración y el auto-control podrían ser las dimensiones de protección posibles. Sin embargo, el desarrollo de Síndrome de Burnout probablemente depende de combinación e interacción de dimensiones de la personalidad, y no en alguna dimensión particular, independiente (Pejuskovic et al., 2011).

Los resultados de este grupo están de acuerdo con los resultados de estudios similares que han demostrado el importante vínculo entre los mecanismos de afrontamiento

y el síndrome de burnout. (Maslach, 2001), (Mitra, Sinha, Gombar, & Basu, 2003), (S. Kumar, Fischer, Robinson, Hatcher, & Bhagat, 2007).

Otros resultados también han demostrado que las estrategias de afrontamiento podrían ser muy importantes para el desarrollo del síndrome de burnout, el alejamiento o distanciamiento podría conducir a la despersonalización y falta de realización personal, mientras que el autocontrol es una buena manera de lidiar con el agotamiento laboral prolongado y conduce a un logro personal superior y baja despersonalización. Esto está de acuerdo con otros estudios que han demostrado el papel importante de las estrategias de afrontamiento de las emociones enfocadas al estrés (Narumoto et al., 2008). Un estudio reciente de cirujanos y enfermeras ha demostrado que las estrategias de afrontamiento, especialmente aquellos en los que los encuestados se aislaron de amigos y familiares, se asocia con una mayor morbilidad psiquiátrica y Síndrome de Burnout (Sharma, Sharp, Walker, & Monson, 2008) y ha demostrado que los sujetos que fueron enseñados a desarrollar estrategias proactivas, tales como la resolución de problemas directos fueron más eficaces para hacer frente a la tensión, ya que poseen un fuerte sentido de logro personal, y estaban menos agotados emocionalmente. La mayoría de los autores sugieren que el apoyo social es la mejor estrategia de afrontamiento contra el desarrollo de Síndrome de Burnout (SB) (Lindblom, Linton, Fedeli, & Bryngelsson, 2006). En un estudio longitudinal llevado a cabo por Lindblom y Col en 2013 se observó que una reducción en las estrategias de afrontamiento centrado en la emoción influyó en la disminución de agotamiento emocional. Aunque estudios previos han encontrado que los médicos bajo estrés reportan un mayor uso de estrategias de afrontamiento activo que sus colegas, este resultado indica que se trataba de una reducción en las estrategias de afrontamiento centrado en la emoción, en lugar de un aumento de afrontamiento activo, que influyó en la

reducción de agotamiento emocional. La reducción de afrontamiento centrado en la emoción, como sentimiento de culpa o de una ilusión, puede haber sido un factor que reduce el riesgo de recaída en el agotamiento emocional en la experiencia de un renovado esfuerzo-exposición. La asociación entre estrategias de afrontamiento activo y centrado en la emoción, y su influencia en el agotamiento emocional requieren mayor investigación (Isaksson Ro et al., 2010).

Las limitaciones de este estudio son el tamaño de la muestra, además, el diseño de la investigación de la sección transversal no proporciona información del proceso de agotamiento y no permite la explicación causal afirmativa. Por lo tanto, se requiere más investigación para abordar el proceso en estudios longitudinales.

El estilo de afrontamiento por evitación/ escape resultó ser el único medidor parcial significativo. El afrontamiento por renuncia y retirada es considerada una estrategia de afrontamiento de evitación más pasiva, que incluye la negación, el aislamiento y la separación. Los resultados, han sugerido que la evitación se asocia con generación de angustia. Aunque las estrategias de afrontamiento de evitación proporcionan un retiro temporal de la situación estresante, desconexión de los objetivos sólo puede sostenerse por un período limitado de tiempo. (Polman, Borkoles, & Nicholls, 2010).

Se ha encontrado que las personas que utilizan estrategias de afrontamiento por evitación también hacen frente con menor eficacia (Suls & Martin, 2005) Las estrategias de afrontamiento por evitación se consideran de mala adaptación, porque sugieren que la persona decide no hacer frente a los problemas a medida que surgen, pero es probable que solo posponga la resolución de problemas. Se ha demostrado que las consecuencias de este mecanismo son perjudiciales para la salud y el bienestar, ya que resolver problemas de

forma activa requiere de compromiso y generar soluciones, que a su vez ayuda a la persona a enfrentar mejor a problemas similares en el futuro.

Las estrategias de evitación suelen ser eficaces en el alivio de la experiencia de estrés a corto plazo, que suele dar lugar al aumento en los niveles de Síndrome de Burnout a largo plazo. La aceptación y la Terapia de Compromiso (ATC por sus siglas en inglés) es un método de terapia conductual con un enfoque explícito en la disminución de la evasión de pensamientos estresantes, sentimientos y sensaciones. Dentro de la Terapia de Compromiso, la evitación de estos eventos privados (referido como la evitación experiencial) se supone que es la base de gran sufrimiento humano, incluyendo el agotamiento. La teoría propone que cuando se enfoca en evitar los factores estresantes internos uno está menos involucrado con las experiencias en curso y se puede perder la oportunidad de usar la información necesaria para la resolución activa del problema. Además, la persona está menos inclinada a actuar en formas que pueden resultar en un aumento de la salud y el bienestar a través del tiempo. El objetivo de la ATC es reducir los mecanismos de afrontamiento de evitación con el fin de incrementar las acciones basadas en valores eficaces y aumentar la calidad de vida del individuo. Esto se hace usando técnicas para aumentar la aceptación de los eventos internos y para aumentar la conciencia del momento presente, es decir, la atención plena (Frogeli, Djordjevic, Rudman, Livheim, & Gustavsson, 2015).

El distanciamiento facilita la autorreflexión adaptativa, no está claro (a) si espontáneamente el distanciamiento conduce a resultados adaptativos similares, (b) el distanciamiento forma espontánea se refiere a la evitación, y (c) cómo esta estrategia impacta el comportamiento interpersonal. Tres estudios examinaron estas cuestiones

demuestran que cuantos más participantes espontáneamente se distanciaron reflexionando sobre los recuerdos negativos, menos emocionales y reactividad se visualiza en el corto plazo. El distanciamiento espontáneo también se asoció con menor reactividad emocional e ideación intrusiva con el tiempo. La asociación negativa entre el distanciamiento espontáneo y la reactividad emocional esta mediada por cómo los participantes interpretarán su experiencia en lugar de la evasión. Además, el distanciamiento espontáneo se ha asociado con un comportamiento para la resolución de problemas y menos movimiento alternativo de la negatividad en los conflictos entre parejas y relaciones en curso. Aunque el distanciamiento espontáneo ha sido empíricamente relacionado con el rasgo de meditación (Ayduk & Kross, 2010).

18. CONCLUSIONES

Los residentes de psiquiatría del hospital Fray Bernardino Álvarez sufren desgaste laboral (burnout) y está relacionado con factores sociodemográficos, de inmersión en la residencia y laborales.

A pesar de que el Síndrome de agotamiento laboral (burnout) está bien documentado en los psiquiatras, este tipo de investigación no se ha llevado a cabo en residentes. Dado el estado actual de los conocimientos, es posible señalar que los residentes de psiquiatría del Hospital Fray Bernardino Álvarez en más del 25% tienen un burnout alto, el 51% un síndrome de burnout moderado, y el 24% un burnout bajo. Es necesario establecer más estudios diseñados que midan el agotamiento laboral o burnout, lo cual ayudaría a abordar este importante tema profesional y personal.

De este estudio se puede concluir que en un corte transversal del año 2015 se evaluó quienes presentaron burnout de los residentes, cursando con un 100% de los residentes con una escala de puntaje de Maslach mayor al punto de corte que es igual o mayor a 34. De estos, en el primer año se percibe que el mayor porcentaje fue para un síndrome de burnout moderado, aumentando progresivamente de acuerdo al año evaluado, hasta llegar finalmente a los de cuarto año, encontrándose que la mayoría de ellos presenta un puntaje compatible para un síndrome de burnout grave.

Desglosando por dominios también se observa un cambio, encontrándose un puntaje mayor en los residentes de primer año solo para el dominio de desgaste emocional, con un pico para los de segundo año en los dominios de desgaste y baja realización personal, volviendo en los de tercer año en su mayoría únicamente al dominio de desgaste emocional, y en los de cuarto año, por lo menos dos dominios, en su mayoría desgaste emocional y

baja realización personal, sin embargo se observa un incremento en el número de individuos para puntuación alta en los tres dominios, incluyendo la despersonalización.

Dentro de los mecanismos de afrontamiento observados podemos correlacionar la presencia de mecanismos más activos para la mayor parte de los de tercer y primer año, y más pasivos y agresivos en los de segundo y cuarto año.

Lo anterior es relevante desde el punto de vista científico y social. El aporte de este estudio es la apertura al conocimiento de la situación actual de los médicos que se encargan de la atención en un hospital psiquiátrico de concentración como lo es el Hospital Psiquiátrico 'Fray Bernardino Álvarez'.

Si partimos que la mejora en las condiciones objetivas y subjetivas de quienes están en formación y llevan una carga importante de la atención a pacientes psiquiátricos, repercutirá directamente en la mejora de ésta se puede observar que es necesario ahondar más profundamente en este tema para permitir el surgimiento de políticas nuevas que permitan un desarrollo personal sin el nivel de desgaste que se observa en el corte transversal y que aparentemente aumenta con relación al tiempo de inmersión en la residencia.

Esta investigación indica que los tres aspectos del burnout presentan desafíos para los psiquiatras. Muchos de los problemas de psiquiatras son similares a los que enfrentan otros profesionales que proporcionan servicios a las personas que necesitan ayuda. Pero además, el trabajo psiquiátrico conlleva el contacto cercano con personas en angustia emocional, y en algunos casos el potencial de amenaza por parte de algunos de estos pacientes. Ambos factores de estrés demandan gran cantidad de energía por parte de los psiquiatras, su capacidad para involucrarse con los demás, y su sentido de eficacia profesional.

La psiquiatría está en una buena posición para contribuir al crecimiento de conocimiento sobre el burnout. La cuestión de la condición de burnout como base para las reclamaciones de incapacidad requiere evaluación precisa y objetiva. Además, los tratamientos basados en la psiquiatría pueden ser relevantes para el burnout, especialmente en relación con la vuelta al trabajo de las personas que experimentan burnout severo. Por último, la investigación efectiva en la prevención y el alivio de los aspectos de burnout entre los psiquiatras requiere dar al tema alta prioridad dentro de la profesión.

Finalmente es importante destacar que se necesita más investigación sobre el burnout tanto en el desarrollo conceptual como en los aspectos de evaluación en los profesionales especialmente en los residentes médicos y principalmente en los residentes de psiquiatría que incluya la participación multidisciplinaria que para un progreso definitivo.

16) REFERENCIAS

Ahola, K., & Hakanen, J. (2007). Job strain, burnout, and depressive symptoms: a prospective study among dentists. *J Affect Disord*, 104(1-3), 103-110. doi:10.1016/j.jad.2007.03.004

Ahola, K., Honkonen, T., Isometsa, E., Kalimo, R., Nykyri, E., Koskinen, S., . . . Lonqvist, J. (2006). Burnout in the general population. Results from the Finnish Health 2000 Study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 41(1), 11-17. doi:10.1007/s00127-005-0011-5

Ashtari, Z., Farhady, Y., & Khodae, M. R. (2009). Relationship between job burnout and work performance in a sample of Iranian mental health staff. *Afr J Psychiatry (Johannesbg)*, 12(1), 71-74.

Aydemir, O., & Icelli, I. (2013). Burnout: Risk Factors. In S. Bährer-Kohler (Ed.), *Burnout for Experts Prevention in the Context of Living and Working* (pp. 119-143). US: Springer

Ayduk, O., & Kross, E. (2010). From a distance: implications of spontaneous self-distancing for adaptive self-reflection. *J Pers Soc Psychol*, 98(5), 809-829. doi:10.1037/a0019205

Bagaajav, A., Myagmarjav, S., Nanjid, K., Otgon, S., & Chae, Y. M. (2011). Burnout and job stress among mongolian doctors and nurses. *Ind Health*, 49(5), 582-588.

Bährer-Kohler, S. (2013). Introduction. In S. Bährer-Kohler (Ed.), *Burnout for Experts Prevention in the Context of Living and Working* (pp. 1-13). US: Springer

Baumgardt, J., Mook, J., Rossler, W., & Kawohl, W. (2015). Aspects of Sustainability: Cooperation, Job Satisfaction, and Burnout among Swiss Psychiatrists. *Front Public Health*, 3, 25. doi:10.3389/fpubh.2015.00025

Carod-Artal, F. J., & Vázquez-Cabrera, C. (2013). Burnout Syndrome in an International Setting. In S. Bährer-Kohler (Ed.), *Burnout for Experts Prevention in the Context of Living and Working* (pp. 15-35). US: Springer

Clark, M., Michel, J., Early, R., & Baltes, B. (2014). Strategies for Coping with Work Stressors and Family Stressors: Scale Development and Validation. *Journal of Business and Psychology*, 29(4), 617-638. doi:10.1007/s10869-014-9356-7

D'Souza, R. M., Strazdins, L., Lim, L. L., Broom, D. H., & Rodgers, B. (2003). Work and health in a contemporary society: demands, control, and insecurity. *J Epidemiol Community Health*, 57(11), 849-854.

da Silva, R. M., Goulart, C. T., Lopes, L. F., Serrano, P. M., Costa, A. L., & de Azevedo Guido, L. (2014). Hardy personality and burnout syndrome among nursing students in three Brazilian universities-an analytic study. *BMC Nurs*, 13(1), 9. doi:10.1186/1472-6955-13-9

Dahlin, M. E., & Runeson, B. (2007). Burnout and psychiatric morbidity among medical students entering clinical training: a three year prospective questionnaire and interview-based study. *BMC Med Educ*, 7, 6. doi:10.1186/1472-6920-7-6

Danhof-Pont, M. B., van Veen, T., & Zitman, F. G. (2011). Biomarkers in burnout: a systematic review. *J Psychosom Res*, 70(6), 505-524. doi:10.1016/j.jpsychores.2010.10.012

Dewa, C. S., Jacobs, P., Thanh, N. X., & Loong, D. (2014). An estimate of the cost of burnout on early retirement and reduction in clinical hours of practicing physicians in Canada. *BMC Health Serv Res*, 14, 254. doi:10.1186/1472-6963-14-254

Diestel, S., & Schmidt, K.-H. (2010). Interactive effects of emotional dissonance and self-control demands on burnout, anxiety, and absenteeism. *Journal of Vocational Behavior*, 77(3), 412-424. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.jvb.2010.05.006

Doolittle, B. R., Windish, D. M., & Seelig, C. B. (2013). Burnout, coping, and spirituality among internal medicine resident physicians. *J Grad Med Educ*, 5(2), 257-261. doi:10.4300/JGME-D-12-00136.1

Draper, B., Kőlves, K., De Leo, D., & Snowden, J. (2014). The impact of patient suicide and sudden death on health care professionals. *Gen Hosp Psychiatry*, 36(6), 721-725. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2014.09.011

Firth-Cozens, J., & Greenhalgh, J. (1997). Doctors' perceptions of the links between stress and lowered clinical care. *Soc Sci Med*, 44(7), 1017-1022.

Fischer, J., Kumar, S., & Hatcher, S. (2007). What Makes Psychiatry such a Stressful Profession? A Qualitative Study. *Australasian Psychiatry*, 15(5), 417-421. doi:10.1080/10398560701439699

Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988). Coping as a mediator of emotion. *J Pers Soc Psychol*, 54(3), 466-475.

Fothergill, A., Edwards, D., & Burnard, P. (2004). Stress, burnout, coping and stress management in psychiatrists: findings from a systematic review. *Int J Soc Psychiatry*, 50(1), 54-65.

Freudenberger, H. J., & North, G. (2006). The burnout cycle . *Scientific American*

31.

Frogeli, E., Djordjevic, A., Rudman, A., Livheim, F., & Gustavsson, P. (2015). A randomized controlled pilot trial of acceptance and commitment training (ACT) for preventing stress-related ill health among future nurses. *Anxiety Stress Coping*, 1-17. doi:10.1080/10615806.2015.1025765

Fulop, E., Devecsery, A., Hausz, K., Kurimay, T., & Csabai, M. (2012). P-1386 - Over-involvement and burnout among psychiatry residents in Hungary. *European Psychiatry*, 27, Supplement 1(0), 1. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338\(12\)75553-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338(12)75553-0)

Helewa, R. M., Kholdebarin, R., & Hochman, D. J. (2012). Attending surgeon burnout and satisfaction with the establishment of a regional acute care surgical service. *Can J Surg*, 55(5), 312-316. doi:10.1503/cjs.000611

Honkonen, T., Ahola, K., Pertovaara, M., Isometsa, E., Kalimo, R., Nykyri, E., . . . Lonqvist, J. (2006). The association between burnout and physical illness in the general population--results from the Finnish Health 2000 Study. *J Psychosom Res*, 61(1), 59-66. doi:10.1016/j.jpsychores.2005.10.002

Houkes, I., Winants, Y., Twellaar, M., & Verdonk, P. (2011). Development of burnout over time and the causal order of the three dimensions of burnout among male and female GPs. A three-wave panel study. *BMC Public Health*, 11(1), 240.

International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 4th edition of ICD-10. (2011). Geneva, Switzerland.

Isaksson Ro, K. E., Tyssen, R., Hoffart, A., Sexton, H., Aasland, O. G., & Gude, T. (2010). A three-year cohort study of the relationships between coping, job stress and burnout after a counselling intervention for help-seeking physicians. *BMC Public Health*, 10, 213. doi:10.1186/1471-2458-10-213

Jourdain, G., & Chenevert, D. (2010). Job demands-resources, burnout and intention to leave the nursing profession: a questionnaire survey. *Int J Nurs Stud*, 47(6), 709-722. doi:10.1016/j.ijnurstu.2009.11.007

Kang, E. K., Lihm, H. S., & Kong, E. H. (2013). Association of intern and resident burnout with self-reported medical errors. *Korean J Fam Med*, 34(1), 36-42. doi:10.4082/kjfm.2013.34.1.36

Khamisa, N., Peltzer, K., & Oldenburg, B. (2013). Burnout in relation to specific contributing factors and health outcomes among nurses: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health*, 10(6), 2214-2240. doi:10.3390/ijerph10062214

Kim, H., Ji, J., & Kao, D. (2011). Burnout and physical health among social workers: A three-year longitudinal study. *Soc Work*, 56(3), 258-268.

Koolhaas, J. M., de Boer, S. F., Coppens, C. M., & Buwalda, B. (2010). Neuroendocrinology of coping styles: towards understanding the biology of individual variation. *Front Neuroendocrinol*, 31(3), 307-321. doi:10.1016/j.yfrne.2010.04.001

Koolhaas, J. M., Korte, S. M., De Boer, S. F., Van Der Vegt, B. J., Van Reenen, C. G., Hopster, H., . . . Blokhuis, H. J. (1999). Coping styles in animals: current status in behavior and stress-physiology. *Neurosci Biobehav Rev*, 23(7), 925-935.

Kumar, S., Bhagat, R. N., Lau, T., & Ng, B. (2006). Psychiatrists in New Zealand: are they burning out, satisfied at work and, in any case, who cares? *Australasian Psychiatry*, 14(1), 20-23. doi:10.1111/j.1440-1665.2006.02244.x

Kumar, S., Fischer, J., Robinson, E., Hatcher, S., & Bhagat, R. N. (2007). Burnout and job satisfaction in New Zealand psychiatrists: a national study. *Int J Soc Psychiatry*, 53(4), 306-316.

Kumar, S., Hatcher, S., Dutu, G., Fischer, J., & Ma'u, E. (2011). Stresses Experienced By Psychiatrists and Their Role in Burnout: a National Follow-Up Study. *International Journal of Social Psychiatry*, 57(2), 166-179. doi:10.1177/0020764009341211

Kumar, S., Hatcher, S., Dutu, G., Fischer, J., & Ma'u, E. (2011). Stresses experienced by psychiatrists and their role in burnout: a national follow-up study. *Int J Soc Psychiatry*, 57(2), 166-179. doi:10.1177/0020764009341211

Kumar, S., Hatcher, S., & Huggard, P. (2005). Burnout in psychiatrists: an etiological model. *Int J Psychiatry Med*, 35(4), 405-416.

Kumar, S., & Mellsop, G. (2013). Burnout: Gender Aspects. In S. Bährer-Kohler (Ed.), *Burnout for Experts Prevention in the Context of Living and Working* (pp. 99-117). US: Springer

Kumar, S., Sinha, P., & Dutu, G. (2013). Being satisfied at work does affect burnout among psychiatrists: a national follow-up study from New Zealand. *Int J Soc Psychiatry*, 59(5), 460-467. doi:10.1177/0020764012440675

Lazarus, R. S., DeLongis, A., Folkman, S., & Gruen, R. (1985). Stress and adaptational outcomes. The problem of confounded measures. *Am Psychol*, 40(7), 770-785.

Lebensohn, P., Dodds, S., Benn, R., Brooks, A. J., Birch, M., Cook, P., . . . Maizes, V. (2013). Resident wellness behaviors: relationship to stress, depression, and burnout. *Fam Med*, 45(8), 541-549.

Lepnurm, R., Dobson, R., Backman, A., & Keegan, D. (2006). Factors explaining career satisfaction among psychiatrists and surgeons in Canada. *Can J Psychiatry*, 51(4), 243-255.

Li, J., Yang, W., Cheng, Y., Siegrist, J., & Cho, S. I. (2005). Effort-reward imbalance at work and job dissatisfaction in Chinese healthcare workers: a validation study. *Int Arch Occup Environ Health*, 78(3), 198-204. doi:10.1007/s00420-004-0581-7

Lindblom, K. M., Linton, S. J., Fedeli, C., & Bryngelsson, I. L. (2006). Burnout in the working population: relations to psychosocial work factors. *Int J Behav Med*, 13(1), 51-59. doi:10.1207/s15327558ijbm1301_7

Machado, T., Sathyanarayanan, V., Bhola, P., & Kamath, K. (2013). Psychological vulnerability, burnout, and coping among employees of a business process outsourcing organization. *Ind Psychiatry J*, 22(1), 26-31. doi:10.4103/0972-6748.123609

Maslach, C. (2001). What have we learned about burnout and health? *Psychol Health*, 16(5), 607-611. doi:10.1080/08870440108405530

Maslach, C., & Leiter, M. P. (2008). Early predictors of job burnout and engagement. *J Appl Psychol*, 93(3), 498-512. doi:10.1037/0021-9010.93.3.498

Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annu Rev Psychol*, 52, 397-422. doi:10.1146/annurev.psych.52.1.397

McCray LW, Cronholm PF, Bogner HR, Gallo JJ, & RA., N. (2008). Resident Physician Burnout: Is There Hope? *Fam Med*, 40(9), 626-632.

Mealer, M., Burnham, E. L., Goode, C. J., Rothbaum, B., & Moss, M. (2009). The prevalence and impact of post traumatic stress disorder and burnout syndrome in nurses. *Depress Anxiety*, 26(12), 1118-1126. doi:10.1002/da.20631

Melamed, S., Shirom, A., Toker, S., & Shapira, I. (2006). Burnout and risk of type 2 diabetes: a prospective study of apparently healthy employed persons. *Psychosom Med*, 68(6), 863-869. doi:10.1097/01.psy.0000242860.24009.f0

Middeldorp, C. M., Cath, D. C., & Boomsma, D. I. (2006). A twin-family study of the association between employment, burnout and anxious depression. *J Affect Disord*, 90(2-3), 163-169. doi:10.1016/j.jad.2005.11.004

Mitra, S., Sinha, P. K., Gombar, K. K., & Basu, D. (2003). Comparison of temperament and character profiles of anesthesiologists and surgeons: a preliminary study. *Indian J Med Sci*, 57(10), 431-436.

Montero-Marin, J., & Garcia-Campayo, J. (2010). A newer and broader definition of burnout: validation of the "Burnout Clinical Subtype Questionnaire (BCSQ-36)". *BMC Public Health*, 10, 302. doi:10.1186/1471-2458-10-302

Montero-Marin, J., Garcia-Campayo, J., Fajo-Pascual, M., Carrasco, J. M., Gascon, S., Gili, M., & Mayoral-Cleries, F. (2011). Sociodemographic and occupational risk factors associated with the development of different burnout types: the cross-sectional University of Zaragoza study. *BMC Psychiatry*, 11, 49. doi:10.1186/1471-244X-11-49

Montero-Marin, J., Garcia-Campayo, J., Mosquera Mera, D., & Lopez del Hoyo, Y. (2009). A new definition of burnout syndrome based on Farber's proposal. *J Occup Med Toxicol*, 4, 31. doi:10.1186/1745-6673-4-31

Montero-Marin, J., Prado-Abril, J., Carrasco, J. M., Asensio-Martinez, A., Gascon, S., & Garcia-Campayo, J. (2013). Causes of discomfort in the academic workplace and their associations with the different burnout types: a mixed-methodology study. *BMC Public Health*, 13, 1240. doi:10.1186/1471-2458-13-1240

Montero-Marin, J., Prado-Abril, J., Piva Demarzo, M. M., Gascon, S., & Garcia-Campayo, J. (2014). Coping with stress and types of burnout: explanatory power of different coping strategies. *PLoS One*, 9(2), e89090. doi:10.1371/journal.pone.0089090

Msaouel, P., Keramaris, N. C., Tasoulis, A., Kolokythas, D., Syrmos, N., Pararas, N., . . . Lionis, C. (2010). Burnout and training satisfaction of medical residents in Greece: will the European Work Time Directive make a difference? *Hum Resour Health*, 8(1), 16. doi:10.1186/1478-4491-8-16

Muheim, F. (2013). Burnout: History of a Phenomenon. In S. Bährer-Kohler (Ed.), *Burnout for Experts Prevention in the Context of Living and Working* (pp. 37-46). US: Springer.

Narumoto, J., Nakamura, K., Kitabayashi, Y., Shibata, K., Nakamae, T., & Fukui, K. (2008). Relationships among burnout, coping style and personality: study of Japanese professional caregivers for elderly. *Psychiatry Clin Neurosci*, 62(2), 174-176. doi:10.1111/j.1440-1819.2008.01751.x

Norlund, S., Reuterwall, C., Hoog, J., Lindahl, B., Janlert, U., & Birgander, L. S. (2010). Burnout, working conditions and gender--results from the northern Sweden MONICA Study. *BMC Public Health*, 10, 326. doi:10.1186/1471-2458-10-326

Ohue, T., Moriyama, M., & Nakaya, T. (2011). Examination of a cognitive model of stress, burnout, and intention to resign for Japanese nurses. *Jpn J Nurs Sci*, 8(1), 76-86. doi:10.1111/j.1742-7924.2010.00161.x

Pas, E. T., Bradshaw, C. P., & Hershfeldt, P. A. (2012). Teacher- and school-level predictors of teacher efficacy and burnout: identifying potential areas for support. *J Sch Psychol*, 50(1), 129-145. doi:10.1016/j.jsp.2011.07.003

Peisah, C., Latif, E., Wilhelm, K., & Williams, B. (2009). Secrets to psychological success: why older doctors might have lower psychological distress and burnout than younger doctors. *Aging Ment Health*, 13(2), 300-307. doi:10.1080/13607860802459831

Pejuskovic, B., Lecic-Tosevski, D., Priebe, S., & Toskovic, O. (2011). Burnout syndrome among physicians - the role of personality dimensions and coping strategies. *Psychiatr Danub*, 23(4), 389-395.

Polman, R., Borkoles, E., & Nicholls, A. R. (2010). Type D personality, stress, and symptoms of burnout: the influence of avoidance coping and social support. *Br J Health Psychol*, 15(Pt 3), 681-696. doi:10.1348/135910709X479069

Priebe, S., Fakhoury, W. K., Hoffmann, K., & Powell, R. A. (2005). Morale and job perception of community mental health professionals in Berlin and London. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 40(3), 223-232. doi:10.1007/s00127-005-0880-7

Prins, J. T., Hoekstra-Weebers, J. E., van de Wiel, H. B., Gazendam-Donofrio, S. M., Sprangers, F., Jaspers, F. C., & van der Heijden, F. M. (2007). Burnout among Dutch medical residents. *Int J Behav Med*, 14(3), 119-125.

Prosser, D., Johnson, S., Kuipers, E., Szmukler, G., Bebbington, P., & Thornicroft, G. (1996). Mental health, 'burnout' and job satisfaction among hospital and community-based mental health staff. *Br J Psychiatry*, 169(3), 334-337.

Purvanova, R. K., & Muros, J. P. (2010). Gender differences in burnout: A meta-analysis. *Journal of Vocational Behavior*, 77(2), 168-185. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.jvb.2010.04.006

Rey, J. M., Walter, G., & Giuffrida, M. (2004). Australian psychiatrists today: proud of their profession but stressed and apprehensive about the future. *Aust N Z J Psychiatry*, 38(3), 105-110.

Reyes-Torres, M., Rios-Santos, J. V., Lopez-Jimenez, A., Herrero-Climent, M., & Bullon, P. (2012). Job satisfaction and depression in the Spanish Society of Periodontology and Research (SEPA) members, and their relation to the burnout syndrome. Creation of a structural model. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, 17(5), e821-824.

Scully, J. H., & Wilk, J. E. (2003). Selected characteristics and data of psychiatrists in the United States, 2001-2002. *Acad Psychiatry*, 27(4), 247-251. doi:10.1176/appi.ap.27.4.247

Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., & Maslach, C. (2009). Burnout: 35 years of research and practice. *Career Development International*, 14(3), 204-220. doi:doi:10.1108/13620430910966406

Schulze, B., & Roessler, W. (2007). Early recognition and help-seeking in burnout: Are psychiatrists any wiser? *European Psychiatry*, 22, Supplement 1(0), S3. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2007.01.013>

Seidler, A., Thinschmidt, M., Deckert, S., Then, F., Hegewald, J., Nieuwenhuijsen, K., & Riedel-Heller, S. G. (2014). The role of psychosocial working conditions on burnout and its core component emotional exhaustion - a systematic review. *J Occup Med Toxicol*, 9(1), 10. doi:10.1186/1745-6673-9-10

Sharma, A., Sharp, D. M., Walker, L. G., & Monson, J. R. (2008). Stress and burnout among colorectal surgeons and colorectal nurse specialists working in the National Health Service. *Colorectal Dis*, 10(4), 397-406. doi:10.1111/j.1463-1318.2007.01338.x

Suls, J., & Martin, R. (2005). The daily life of the garden-variety neurotic: reactivity, stressor exposure, mood spillover, and maladaptive coping. *J Pers*, 73(6), 1485-1509. doi:10.1111/j.1467-6494.2005.00356.x

Thomsen, S., Soares, J., Nolan, P., Dallender, J., & Arnetz, B. (1999). Feelings of professional fulfilment and exhaustion in mental health personnel: the importance of organisational and individual factors. *Psychother Psychosom*, 68(3), 157-164. doi:12325

Tironi, M. O. S., Nascimento Sobrinho, C. L., Barros, D. d. S., Reis, E. J. F. B., Marques Filho, E. S., Almeida, A., . . . Souza, Y. G. d. (2009). Professional Burnout Syndrome among Intensive Care Physicians in Salvador , Brazil. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 55, 656-662.

Toral-Villanueva, R., Aguilar-Madrid, G., & Juarez-Perez, C. A. (2009). Burnout and patient care in junior doctors in Mexico City. *Occup Med (Lond)*, 59(1), 8-13. doi:10.1093/occmed/kqn122

Tremolada, M., Schiavo, S., Tison, T., Sormano, E., De Silvestro, G., Marson, P., & Pierelli, L. (2015). Stress, burnout, and job satisfaction in 470 health professionals in 98 apheresis units in Italy: A SIdEM collaborative study. *J Clin Apher*. doi:10.1002/jca.21379

Vaananen, A., Koskinen, A., Joensuu, M., Kivimaki, M., Vahtera, J., Kouvonen, A., & Jappinen, P. (2008). Lack of predictability at work and risk of acute myocardial infarction: an 18-year prospective study of industrial employees. *Am J Public Health*, 98(12), 2264-2271. doi:10.2105/AJPH.2007.122382

Van Bogaert, P., Clarke, S., Wouters, K., Franck, E., Willems, R., & Mondelaers, M. (2013). Impacts of unit-level nurse practice environment, workload and burnout on nurse-reported outcomes in psychiatric hospitals: a multilevel modelling approach. *Int J Nurs Stud*, 50(3), 357-365. doi:10.1016/j.ijnurstu.2012.05.006

Wallin, U., & Runeson, B. (2003). Attitudes towards suicide and suicidal patients among medical students. *Eur Psychiatry*, 18(7), 329-333.

West, C. P., Huschka, M. M., Novotny, P. J., Sloan, J. A., Kolars, J. C., Habermann, T. M., & Shanafelt, T. D. (2006). Association of perceived medical errors with resident distress and empathy: a prospective longitudinal study. *JAMA*, 296(9), 1071-1078. doi:10.1001/jama.296.9.1071

West, C. P., Tan, A. D., Habermann, T. M., Sloan, J. A., & Shanafelt, T. D. (2009). Association of resident fatigue and distress with perceived medical errors. *JAMA*, 302(12), 1294-1300. doi:10.1001/jama.2009.1389

Wood, S. K., & Bhatnagar, S. (2015). Resilience to the effects of social stress: evidence from clinical and preclinical studies on the role of coping strategies. *Neurobiol Stress*, 1, 164-173. doi:10.1016/j.ynstr.2014.11.002

Yoe, L. Z., Lira, R. A. R., Palos, P. A., & Martínez, L. M. R. (2008). Validación del instrumento de estilos de enfrentamiento de Lazarus y Folkman en adultos de la Ciudad de México. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 10(2), 159-182.

Zhang, L., Zhao, J., Xiao, H., Zheng, H., Xiao, Y., Chen, M., & Chen, D. (2014). Mental health and burnout in primary and secondary school teachers in the remote mountain areas of Guangdong Province in the People's Republic of China. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 10, 123-130. doi:10.2147/NDT.S56020

Zhong, J., You, J., Gan, Y., Zhang, Y., Lu, C., & Wang, H. (2009). Job stress, burnout, depression symptoms, and physical health among Chinese university teachers. *Psychol Rep*, 105(3 Pt 2), 1248-1254. doi:10.2466/PR0.105.F.1248-1254

Zis, P., Anagnostopoulos, F., & Sykioti, P. (2014). Burnout in medical residents: a study based on the job demands-resources model. *ScientificWorldJournal*, 2014, 673279. doi:10.1155/2014/673279

17) ANEXOS

I. Inventario de Maslach para el Síndrome de Burnout

Se mide por medio de cuestionario Maslach de 1986 que es el instrumento más utilizado en todo el mundo, Esta escala tiene una alta consistencia interna y una fiabilidad cercana al 90%, está constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes y su función es medir el desgaste profesional.

El cuestionario Maslach se realiza en 10 a 15 minutos y mide los 3 aspectos del síndrome: Cansancio emocional, despersonalización, realización personal. Con respecto a las puntuaciones se consideran bajas las por debajo de 34, altas puntuaciones en las dos primeras subescalas y bajas en la tercera permiten diagnosticar el trastorno.

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

La clasificación de las afirmaciones es la siguiente:

Cansancio emocional: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20.

Despersonalización: 5, 10, 11, 15, 22.

Realización personal: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21.

La escala se mide según los siguientes rangos:

0 = Nunca

1 = Pocas veces al año o menos

2 = Una vez al mes o menos

3 = Unas pocas veces al mes o menos

4 = Una vez a la semana

5 = Pocas veces a la semana

6 = Todos los días

Se consideran que las puntuaciones del MBI son bajas entre 1 y 33. Puntuaciones altas en los dos primeros y baja en el tercero definen el síndrome.

Este test pretende medir la frecuencia y la intensidad con la que se sufre el Burnout. Las respuestas a las 22 preguntas miden tres dimensiones diferentes: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal.

Se suman las respuestas dadas a los ítems que se señalan:

Aspecto evaluado	Preguntas a evaluar	Valor total
Cansancio emocional	1-2-3-6-8-13-14-16-20	
Despersonalización	5-10-11-15-22	
Realización personal	4-7-9-12-17-18-19-21	

Los resultados de cada subescala:

Subescala de agotamiento emocional: valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Puntuación máxima 54.

Subescala de despersonalización: valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Puntuación máxima 30.

Subescala de realización personal: evalúa los sentimientos de autoeficiencia y realización personal en el trabajo. Puntuación máxima 48.

Inventario de Maslach para Síndrome de Burnout

Señale la respuesta que crea oportuna sobre la frecuencia con que siente los enunciados: 0= NUNCA, 1= POCAS VECES AL AÑO O MENOS, 2= UNA VEZ AL MES O MENOS, 3= UNAS POCAS VECES AL MES, 4= UNA VEZ A LA SEMANA, 5= POCAS VECES A LA SEMANA, 6= TODOS LOS DÍAS.

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 está endureciendo emocionalmente
12	Me siento con mucha energía en mi trabajo
13	Me siento frustrado en mi trabajo
14	Siento que estoy perdiendo tiempo en mi trabajo
15	Siento que realmente no me importa lo que les ocurre 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 estirado 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

II. Cuestionario de Mecanismos de Afrontamiento versión revisada

Para responder a los enunciados en éste cuestionario usted debe tener en mente una situación estresante específica. Tome unos pocos momentos y piense acerca de las situaciones más estresantes que ha experimentado en la semana pasada. Antes de responder a las preguntas, piense acerca de los detalles de la situación estresante, tales como donde sucedió, quien estuvo involucrado, como actuó y porque es importante para usted. Tal vez podría estar involucrado todavía en la situación o tal vez ya sucedió.

Para responder a cada una de las oraciones, por favor conserve la situación estresante en mente.

PREGUNTA	No de ninguna manera	En alguna medida	General mente	Siempre en gran medida
1.- Intente sentirme mejor comiendo, bebiendo, fumando, tomando drogas o medicamentos más de lo acostumbrado				
2.- Soñé o imagine que las cosas eran mejores				
3.-Tuve el deseo que el problema se acabara o terminara				
4.- Tuve fantasías o imaginé el modo en que podían cambiar las cosas				
5.- Busque un poco de esperanza, intente mirar las cosas por el lado bueno.				
6.- Me dije cosas que me ayudaron a sentirme mejor				
7.- Me inspire para hacer algo creativo				
8.- Cambie y madure como persona				
9.- Tuve fe en algo nuevo				
10.- Seguí adelante con mi destino (simplemente algunas veces tengo mala suerte)				
11.- Seguí adelante como si no hubiera pasado nada				
12.- Me consolé pensando que las cosas podían ser peores				
13.- Esperé que ocurriera un milagro				
14.- Traté de olvidarme por completo del problema				
15.- Esperé a ver qué pasaba antes de hacer algo				
16.- Evite que los demás se enteraran de lo mal que estaban las cosas				
17.- Me negué a creer lo que estaba pasando				
18.- Me critique o cuestione a mí mismo				
19.- Me disculpe o hice algo para compensar el problema				
20.- Me di cuenta que yo mismo(a) cause el problema				

III. VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS

Este cuestionario es anónimo y confidencial

1. Sexo
(a) Femenino (b) Masculino

2. Edad _____

3. Estado civil. Seleccione la respuesta correspondiente a su estado civil.
 - 3.1 Soltero/a
 - 3.2 Casado/a
 - 3.3 Viudo/a
 - 3.4 Divorciado/a/Separado/a
 - 3.5 Unión libre

4. Tiene hijos
(a) Si (b) No Cuantos _____

5. Lugar de Nacimiento (Estado) _____

6. Lugar donde creció (Estado) _____

7. Tipo de vivienda donde creció
 - 7.1 Departamento
 - 7.2 Casa
 - 7.3 Rancho
 - 7.4 Vivienda improvisada

8. Situación de la vivienda donde vivió
 - 8.1 Rentada
 - 8.2 Propia

9. Jefe de familia en la casa donde creció
 - 9.1 Padre
 - 9.2 Madre
 - 9.3 Abuelo/a
 - 9.4 Hermano/a
 - 9.5 Padrastro/madrastra
 - 9.6 Otro _____ ¿Cuál?

10. Cuantas personas vivían en la casa donde creció
 - 10.1 De 2 a 4
 - 10.2 De 5 a 7
 - 10.3 De 8 a -10

10.4 Más de 10

11. Nivel de estudios

Seleccione si las instituciones en las que llevo a cabo sus estudios son:

(a) públicos (b) privados

- 11.1 Primaria _____
- 11.2 Secundaria _____
- 11.3 Bachillerato _____
- 11.4 Licenciatura _____
- 11.5 Especialidad _____
- 11.6 Maestría _____
- 11.7 Doctorado _____
- 11.8 Diplomado _____

12. Nivel de conocimientos de ingles

- 12.1 Elemental
- 12.2 Puede leer
- 12.3 Puede leer y hablar
- 12.4 Puede leer, hablar y escribir

13. Tiene conocimientos de algún otro idioma.

(a) Si (b) No Cual _____

14. Actitudes religiosas. Seleccione la respuesta correspondiente

- 14.1 Creyente practicante
- 14.2 Creyente no practicante
- 14.3 - Agnóstico/a
- 14.4 Ateo/a

15. Ideología política.

- 15.1 Derecha
- 15.2 Izquierda
- 15.3 Centro
- 15.4 Ninguna

16. Ingresos mensuales netos familiares.

- 16.1 Hasta 10,000
- 16.2 De 11,000 a 15,000
- 16.3 De 16,000 a 20,000
- 16.4 De 21,000 a 25,000
- 16.5 De 25,000 a 30,000
- 16.6 De 30,000 a 50,000
- 16.7 Más de 50,000

IV. Tablas parciales a partir de las cuales se construyeron los cuadros y graficas de los resultados.

A) VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

1) Genero

	Genero	
	Femenino	Masculino
1°	5	12
2°	10	6
3°	12	6
4°	7	6
	34	30

2) Edad

	25	26	27	28	29	30	Mas de 30	TOTAL
Primero	6	4	3	2	1	1	0	17
Segundo	4	1	4	6	0	0	1	16
Tercero	0	2	7	4	2	0	3	18
Cuarto	0	0	2	2	6	0	3	13
	10	7	16	14	9	1	7	64

3) Estado civil

	Soltero/a	Con pareja	
Primero	15	2	17
Segundo	14	2	16
Tercero	16	2	18
Cuarto	11	2	13
	56	8	64

4) Hijos

	Sin hijos	Con hijos	
Primero	17	0	17
Segundo	16	0	16
Tercero	17	1	18
Cuarto	12	1	13

	62	2	64
--	----	---	----

5) Estado de Origen

	DF	Edo de México	Resto del país	Extranjeros	
Primero	9	3	5	0	17
Segundo	5	0	10	1	16
Tercero	9	2	7	0	18
Cuarto	3	2	8	0	13
	26	7	30	1	64

6) Posición socioeconómica

	Posición socioeconómica										
	Vivienda		Escuela		ingreso familiar						
	Propio	Rentada	Privada	publica	1	2	3	4	5	6	7
Primero	16	1	7	10	1	1	3	4	4	2	2
Segundo	15	2	6	10	3	0	4	5	3	0	1
Tercero	16	2	8	10	1	5	2	1	1	5	3
Cuarto	11	1	7	6	0	5	0	3	1	2	1
	58	6	28	36	5	11	9	13	9	9	7

7) Ingles

	Ingles					Otros idiomas			
	1	2	3	4		Alemán	Francés	Italiano	Otros
Primero	0	1	5	11	17	2	2		1
Segundo	0	3	1	12	16		1	1	
Tercero	0	3	3	12	18	2	3	2	2
Cuarto	0	4	1	8	13	1	3	1	
	0	11	10	43	64				

8) Religión

	Religión				
	1	2	3	4	
Primero	4	5	5	3	17
Segundo	0	11	3	2	16
Tercero	3	6	5	4	18
Cuarto	0	7	3	3	13
	7	29	16	12	64

9) Política

Posición política					
	1	2	3	4	
Primero	0	4	4	9	17
Segundo	3	3	2	8	16
Tercero	2	8	3	5	18
Cuarto	0	7	1	5	13
	5	22	10	27	64

B) BURNOUT

1) AGOTAMIENTO EMOCIONAL

	Agotamiento emocional			
	primero	segundo	tercero	cuarto
1	39	23	19	32
2	16	19	38	41
3	9	21	10	42
4	11	15	22	43
5	20	36	11	15
6	15	27	20	21
7	20	12	26	41
8	29	6	19	38
9	4	28	31	42
10	12	22	6	16
11	18	26	11	37
12	39	33	25	31
13	12	21	6	49
14	26	5	25	
15	25	32	18	
16	19	13	31	
17	14		16	
18			13	
Promedio	19.2941	21.1875	19.278	34.46

2) DESPERSONALIZACIÓN

	Despersonalización			
	Primero	Segundo	Tercero	Cuarto
1	23	19	12	3
2	6	6	12	15
3	6	6	8	25
4	4	13	9	10
5	4	12	14	10
6	8	14	11	3
7	4	1	11	23
8	11	5	2	19
9	1	15	7	16
10	5	11	14	10
11	6	13	2	10
12	11	11	11	12
13	1	6	0	3
14	15	7	0	
15	14	12	6	
16	4	3	7	
17	6		3	
18			6	
Promedio	7.58824	9.625	7.5	12.231

3) REALIZACION PERSONAL

	Realización personal			
	Primero	Segundo	Tercero	Cuarto
1	24	43	42	38
2	40	28	36	32
3	41	45	43	38
4	24	27	36	37
5	42	30	48	43
6	23	26	43	42
7	43	45	33	38
8	41	48	41	21
9	36	21	7	42
10	45	30	42	39
11	39	40	41	35
12	42	30	40	27
13	39	39	45	30

14	17	45	41	
15	27	42	48	
16	36	40	47	
17	38		47	
18			31	
Promedio	35.118	36.1875	39.5	35.538

4) COMPARACIÓN DE LAS DIMENSIONES DEL BURNOUT POR NIVEL DE RESIDENCIA

Cuadro de dimensiones del burnout y nivel de residencia				
	Agotamiento emocional		Despersonalización	Realización personal
Primero	19.29		7.59	35.12
Segundo	21.18		9.62	36.19
Tercero	19.278		7.5	39.5
Cuarto	34.46		12.23	35.54

5) GÉNERO Y BURNOUT

a) Agotamiento emocional

	AGOTAMIENTO EMOCIONAL							
	Primero		Segundo		Tercero		Cuarto	
1	F	12	F	6	F	6	F	15
2	F	14	F	12	F	11	F	21
3	F	19	F	13	F	13	F	38
4	F	20	F	15	F	16	F	41
5	F	39	F	19	F	18	F	42
6	M	4	F	21	F	19	F	43
7	M	9	F	23	F	19	F	49
8	M	11	F	32	F	22	M	16
9	M	12	F	33	F	25	M	31
10	M	15	F	36	F	25	M	32
11	M	16	M	5	F	31	M	37
12	M	18	M	21	F	31	M	41
13	M	20	M	22	M	6	M	42
14	M	25	M	26	M	10		
15	M	26	M	27	M	11		
16	M	29	M	28	M	20		
17	M	39			M	26		
18					M	38		

b) Despersonalización

		Despersonalización							
		Primero		Segundo		Tercero		Cuarto	
1	F	1	F	1	F	0	F	3	
2	F	4	F	3	F	0	F	3	
3	F	4	F	5	F	2	F	10	
4	F	6	F	6	F	2	F	10	
5	F	11	F	6	F	3	F	19	
6	M	1	F	11	F	6	F	23	
7	M	4	F	12	F	6	F	25	
8	M	4	F	12	F	7	M	3	
9	M	5	F	13	F	7	M	10	
10	M	6	F	19	F	9	M	10	
11	M	6	M	6	F	11	M	12	
12	M	6	M	7	F	12	M	15	
13	M	8	M	11	M	8	M	16	
14	M	11	M	13	M	11			
15	M	14	M	14	M	11			
16	M	15	M	15	M	12			
17	M	23			M	14			
18					M	14			

c) Realización personal

		Realización personal							
		Primero		Segundo		Tercero		Cuarto	
1	F	36	F	27	F	7	F	21	
2	F	38	F	28	F	31	F	30	
3	F	39	F	30	F	36	F	37	
4	F	42	F	30	F	40	F	38	
5	F	43	F	39	F	41	F	38	
6	M	17	F	40	F	41	F	42	
7	M	23	F	42	F	41	F	43	
8	M	24	F	43	F	42	M	27	
9	M	24	F	45	F	45	M	32	
10	M	27	F	48	F	47	M	35	
11	M	36	M	21	F	47	M	38	
12	M	39	M	26	F	48	M	39	
13	M	40	M	30	M	33	M	42	
14	M	41	M	40	M	36			
15	M	41	M	45	M	42			

16	M	42	M	45	M	43		
17	M	45			M	43		
18					M	48		

d) Cuadro resumen de género y burnout

AGOTAMIENTO EMOCIONAL	1°		2°		3°		4°					
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%				
Mujeres	5	1	20%	10	2	20%	12	0	0%	7	5	71%
Hombres	12	1	8%	6	0	0%	6	1	17%	6	5	83%
DESPERSONALIZACION	1°		2°		3°		4°					
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%				
Mujeres	5	0	0%	10	2	9%	12	0	0%	7	3	43%
Hombres	12	3	25%	6	3	50%	6	2	33%	6	2	33%
REALIZACIÓN PERSONAL	1°		2°		3°		4°					
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%				
Mujeres	5	0	0%	10	4	40%	11	1	9%	7	2	29%
Hombres	12	5	42%	6	3	50%	6	0	0%	6	1	17%

6) COMPARATIVO DE LAS DIMENSIONES DEL BURNOUT POR NIVEL DE RESIDENCIA Y POR PROMEDIO

	AGOTAMIENTO EMOCIONAL							
	Primero		Segundo		Tercero		Cuarto	
	N°	Promedio	N°	Promedio	N°	Promedio	N°	Promedio
Mujeres	5	21	10	21	12	20	7	36
Hombres	12	19	6	22	6	19	6	33
	DESPERSONALIZACION							
	Primero		Segundo		Tercero		Cuarto	
	N°	Promedio	N°	Promedio	N°	Promedio	N°	Promedio
Mujeres	5	5.2	10	8.8	12	5.42	7	13.3
Hombres	12	8.58	6	11	6	11.7	6	11

	REALIZACIÓN PERSONAL							
	Primero		Segundo		Tercero		Cuarto	
	N°	Promedio	N°	Promedio	N°	Promedio	N°	Promedio
Mujeres	5	39.6	10	37.2	11	38.8	7	35.6
Hombres	12	33.25	6	34.5	6	40.8	6	35.5

7) DIMENSIONES DE BURNOUT EN LOS RESIDENTES DEL PRIMER AL CUARTO NIVEL.

a) Cuadro resumen

Agotamiento emocional Despersonalización Realización personal

	1°	2°	3°	4°	1°	2°	3°	4°	1°	2°	3°	4°	Total	%
Bajo	6	4	6	0	6	2	5	3	2	5	7	1	47	24
Mediano	9	9	11	4	8	9	11	5	10	4	10	9	99	51
Alto	2	3	1	9	3	5	2	5	5	7	1	3	46	25
	17	16	18	13	17	16	18	13	17	16	18	13	194	

b) Presencia de una, dos o tres dimensiones del burnout

	Dimensiones del burnout presentes en residentes de los cuatro niveles			
	1°	2°	3°	4°
1	123	2	no	1
2	No	3	1	12
3	No	no	no	12
4	3	23	no	1
5	No	13	2	n
6	3	23	no	n
7	No	no	no	12
8	No	no	no	123
9	No	23	3	12
10	No	3	2	n
11	No	2	no	1
12	3	13	no	3
13	No	no	no	3
14	3	no	no	13
15	23	1	no	
16	No	no	no	
17	No		no	

18			no	
1.- angustia emocional				
2.- Despersonalización				
3.- Falta de realización personal				

AGOTAMIENTO EMOCIONAL	1°		2°		3°		4°					
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%				
Mujeres	5	1	20%	10	2	20%	12	0	0%	7	5	71%
Hombres	12	1	8%	6	0	0%	6	1	17%	6	5	83%
DESPERSONALIZACION	1°		2°		3°		4°					
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%				
Mujeres	5	0	0%	10	2	9%	12	0	0%	7	3	43%
Hombres	12	3	25%	6	3	50%	6	2	33%	6	2	33%
REALIZACIÓN PERSONAL	1°		2°		3°		4°					
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%				
Mujeres	5	0	0%	10	4	40%	11	1	9%	7	2	29%
Hombres	12	5	42%	6	3	50%	6	0	0%	6	1	17%

B) ESTILOS DE AFRONTAMIENTO

1) Afrontamiento evasivo

	Afrontamiento evasivo			
	Primero	Segundo	Tercero	cuarto
1	9	6	5	7
2	5	6	8	8
3	3	6	5	10
4	2	6	8	9
5	4	12	7	4
6	3	6	2	7
7	2	8	1	9
8	5	4	6	9

9	1	5	3	5
10	3	3	5	4
11	3	3	3	6
12	4	4	4	6
13	3	5	0	10
14	3	2	2	
15	6	7	8	
16	3	7	8	
17	4		3	
18			4	
Promedio	3.70588	5.625	4.5556	7.231

2) Afrontamiento por distanciamiento

	Afrontamiento de Distanciamiento			
	Primero	Segundo	Tercero	cuarto
1	10	7	8	8
2	6	11	7	8
3	6	7	13	6
4	7	8	6	12
5	7	5	9	11
6	7	10	1	8
7	6	15	4	5
8	8	12	15	10
9	8	5	6	10
10	9	10	13	13
11	6	12	12	8
12	5	7	8	10
13	11	4	2	12
14	11	10	10	
15	7	14	15	
16	1	8	8	
17	12		15	
18			5	
Promedio	7.47059	9.0625	8.72222	9.308

3) Afrontamiento por negación

	Negación			
	Primero	Segundo	Tercero	cuarto
1	9	5	0	3

2	5	7	0	4
3	3	5	6	7
4	6	1	5	6
5	2	6	6	7
6	5	3	6	6
7	4	7	2	4
8	6	6	7	7
9	0	7	7	8
10	0	5	4	7
11	4	5	6	4
12	4	4	6	4
13	4	2	0	3
14	5	4	5	
15	5	4	4	
16	3	3	6	
17	1		6	
18			4	
Promedio	3.88235	4.625	4.444	5.3846

4) Afrontamiento por reevaluación positiva

	Afrontamiento por Reevaluación positiva			
	Primero	Segundo	Tercero	cuarto
1	6	3	3	2
2	4	3	4	4
3	6	4	3	6
4	4	3	1	7
5	5	6	5	3
6	6	6	0	2
7	1	6	0	3
8	2	5	6	3
9	3	4	7	4
10	3	4	5	6
11	3	6	3	6
12	2	4	2	4
13	1	7	0	2
14	6	6	5	
15	3	3	8	
16	2	5	5	
17	5		4	
18			3	

Promedio	62	75	64	52
----------	----	----	----	----

5) Afrontamiento por análisis cognitivo-reflexivo

	Análisis cognitivo reflexivo			
	Primero	Segundo	Tercero	cuarto
1	8	1	3	5
2	5	4	1	6
3	3	6	3	10
4	6	2	2	13
5	6	9	2	3
6	2	7	1	2
7	1	4	3	6
8	3	2	8	2
9	0	5	3	4
10	1	4	2	5
11	4	8	6	8
12	2	7	3	4
13	0	4	0	7
14	11	3	7	
15	9	3	2	
16	1	5	0	
17	2		3	
18			3	
Promedio	3.7647	4.625	2.8889	5.769

COMPARACION DE LOS ESTILOS DE AFRONTAMIENTO EN LOS NIVELES DE RESIDENCIA

	Evasivo	Distanciamiento	Negación	Reevaluación positiva	Análisis cognitivo reflexivo
Primero	3.71	7.47	3.88	3.65	3.76
Segundo	5.62	9.06	4.62	4.69	4.62
Tercero	4.55	8.72	4.44	3.56	3.89
Cuarto	7.23	9.3	5.38	4	5.77

ANEXO 5

Para calcular los cuartiles se utilizan las siguientes formulas

$$Q1 = N+1/4 = 64+1/4=16.2$$

$$Q2 \text{ o mediana} = N/2 = 64/2=32$$

$$Q3 = 3(N+1)/4 = 3(64+1)/4=195/4=48.7$$

Calculo de cuartiles para agotamiento emocional

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
4	5	6	6	6	9	10	11	11	11	12	12	12	13	13	14
															Q1
17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32
15	15	15	16	16	16	18	18	19	19	19	19	20	20	20	21
															Q2
33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48
21	21	22	22	23	25	25	25	26	26	26	27	28	29	31	31
															Q3
49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64
31	32	32	33	36	37	38	38	39	39	41	41	42	42	43	49

Despersonalización															
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
0	0	1	1	1	2	2	3	3	3	3	3	4	4	4	4
															Q1
17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32
5	5	6	6	6	6	6	6	6	6	6	7	7	7	8	8
															Q2
33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48
9	10	10	10	10	11	11	11	11	11	11	11	12	12	12	12
															Q3
49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64
12	13	13	14	14	14	14	15	15	15	16	19	19	23	23	25

	Falta de realización personal														
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
7	17	21	21	23	24	24	26	27	27	27	28	30	30	30	30
															Q1
17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32
31	32	33	35	36	36	36	36	37	38	38	38	38	39	39	39
															Q2
33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48
39	40	40	40	40	41	41	41	41	41	42	42	42	42	42	42
															Q3
49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64
42	43	43	43	43	43	45	45	45	45	45	47	47	48	48	48

CUADRO 2 PUNTOS DE CORTE Y CATEGORIAS DE BAJO, MODERADO Y ALTO NIVEL DE BURNOUT POR DIMENSIONES DE BURNOUT			
Dimensiones por inventario de Maslach para Burnout	Baja	Moderada	Alto
Agotamiento emocional	≤14	15 a 31	≥32
Realización personal	≥43	31-42	≤ 30
Despersonalización	≤ 4	5 a 12	≥13