

11227



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACION FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

HOSPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS"

SINDROME DE BURNOUT (DESGASTE PROFESIONAL)
EN MEDICOS RESIDENTES DEL HOSPITAL REGIONAL
"LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS". PREVALENCIA

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PRESENTA EL

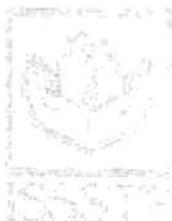
DR. JORGE ALBERTO GARCÍA CÁRDENAS

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA ESPECIALIDAD

MEDICINA INTERNA

ASESOR DE TESIS

DR. HERMENEGILDO VICENTEÑO AYALA



AÑO 2005

m348388



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.

SUBDIRECCION DE ESPECIALIZACION
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

Dr. Sergio B. Barragán Padilla
Coordinador de Capacitación,
Desarrollo e Investigación

I. S. S. S. T. E.
HOSPITAL REGIONAL
LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS

31 AGO 2005

COORDINACIÓN DE CAPACITACION
DESARROLLO E INVESTIGACION

Dr. Sergio Pérez Arauz
Jefe de Enseñanza

ISSSTE
CCPADESI
JEFATURA DE
INVESTIGACION

31 AGO 2005

Jefe de Investigación

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el
contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Luis Alberto García Córdoba

FECHA: 27 septiembre 05

FIRMA: [Firma]

I.S.S.S.T.E.
SUBDIRECCION GENERAL MEDICA

AGO 31 2005

SUBDIRECCION DE REGULACION
E RELACION HOSPITALARIA

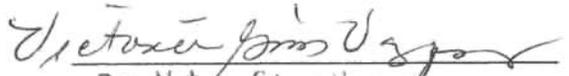
ENTRADA



Dra. Flor María Ávila Fematt
Prof. Titular



Dr. Hermenegildo Vicenteño
Asesor de Tesis



Dra. Victoria Gómez Vazquez
Vocal de Investigación

DEDICATORIA

A MIS QUERIDOS PADRES

Ing. Santiago Jorge García Perales

Y

Sra. María Eugenia Cárdenas de García

Gracias por su amor, por su paciencia y dedicación.
Sé que con sus sacrificios y desvelos
me han dado la oportunidad de llegar hasta aquí.
Esta tesis es para ustedes que nunca han dudado de mí.
TODO lo que soy, es gracias a ustedes!!!

A MI ADORADA ALICIA

Gracias Bebe por el amor y el apoyo,
Desde que llegaste has sido el motor de mi vida

A MI QUERIDO HERMANO MAURICIO

Por ser mi mejor amigo y compañero,
Gracias por tolerar mi necedad y mis gritos
Estos casi 14 años

A MI ABUELO VICTOR

Por su ejemplo: ser el mejor
Y sus valiosos consejos

A TODOS MIS TIOS Y PRIMOS

Por la confianza recibida y el apoyo incondicional

A MI NUEVA FAMILIA (ESCOBAR)

Por darme este lugar dentro de la familia,
Gracias por la confianza, el apoyo
Y tolerar esas tardes de estupor en el sofá

A MIS MAESTROS

Por sus valiosas enseñanzas y atinados consejos

A MIS COMPAS Y AMIGOS DE LA RESIDENCIA

Por haber sido mi familia estos 4 años
Y hacer menos desgastante el trabajo diario.
Gracias por todos los excelentes momentos juntos.

A LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNAM

Por sus aulas, por sus profesores
Por el orgullo de ser "PUMA"

ABSTRACT

SINDROME DE BURNOUT (DESGASTE PROFESIONAL) EN MEDICOS RESIDENTES DEL HOSPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS". PREVALENCIA.

The stress has turned into a pathology that he accompanies on a great part of the hard-working population. East has been as response to the pressure of the work and the environment that wraps the worker.

The study of Burnout's Syndrome, it is a clinical entity of recent description, which approaches the problem of the lenders of "humanitarian" services (workers of the health, teachers, etc) that fall down in labour conflicts, familiars as well as recurrences of symptoms caused by the labour way; performing supreme importance to identify the reasons for which an individual develops this syndrome, since the oportune intervention so much in prevention like the treatment they can favor to a better quality of the attention.

The organization of the work inside the programs of formation of resident doctors, has as characteristics: long days of work of 24 to 36h you continue, load of work, stress, which it involves to chronic fatigue that is reverberating in the mental health of these resident doctors who have the obligation and responsibility of taking decisions on the life of his patients in conditions where his capacities of alert and reaction are diminished by the same characteristics of the work. There was applied the Moreno's and Oliver questionnaire between July and August, 2005; in resident doctors of the Regional Hospital "Lic. Adolfo Lopez Mateos" ISSSTE, to check the prevalencia of Burnout's Syndrome

RESUMEN

El estrés se ha convertido en una patología que acompaña a una gran parte de la población trabajadora. Se ha encontrado presente como una respuesta a la presión del trabajo y el ambiente que envuelve al trabajador.

El estudio del Síndrome de Burnout (ó síndrome de desgaste profesional SDP), es una entidad clínica de descripción reciente, que se acerca al problema de los prestadores de servicios "humanitarios" (trabajadores de la salud, profesores, etc.) que se caen en conflictos de trabajo, conflictos familiares, así como las síntomas ocasionados por el ambiente laboral; se debe dar prioridad para identificar las causas que desarrollan este síndrome, la intervención oportuna tanto en la prevención como en el tratamiento puede favorecer a una mejor calidad de vida laboral, familiar y personal, y de esta forma mejorar la calidad en la atención.

La organización de los programas de formación de médicos residentes, tiene como características: las jornadas de trabajo de 24 a 36 horas, la carga de trabajo, el estrés, que lleva a la fatiga crónica que se ve reflejada en la salud mental de estos médicos residentes que tienen la obligación y la responsabilidad de tomar decisiones sobre la vida de sus pacientes en condiciones donde sus capacidades de alerta y reacción están alteradas a consecuencia del mismo trabajo. Fue aplicado el cuestionario de Moreno y Oliver entre julio y agosto de 2005; en los médicos residentes del Hospital Regional " Lic. Adolfo López Mateos " ISSSTE, para determinar el prevalencia del Síndrome de Burnout.

Dr. Jorge Alberto García Cárdenas
Residente de 4º año de Medicina Interna
HRLALM ISSSTE

INDICE

INTRODUCCION	5
ANTECEDENTES.....	7
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	15
HIPOTESIS.....	16
VARIABLES	16
TIPO DE ESTUDIO.....	18
RESULTADOS.....	21
DISCUSIÓN	36
CONCLUSIONES.....	40
ANEXOS.....	41
BIBLIOGRAFÍA	43

INTRODUCCION

El estrés se ha convertido en una patología que acompaña a una gran parte de la población trabajadora. Este se ha encontrado como respuesta a la presión del trabajo y el ambiente que envuelve al profesionista.

Las personas que interactúan: tratando o solucionando problemas de otras, con técnicas y ciertas cualidades, dentro de empresas u organizaciones, las cuales evalúan y exigen logros, son potencialmente poseedores del síndrome del Burnout (Síndrome de desgaste profesional. SDP)

Las múltiples exigencias y responsabilidades que se imponen en el trabajo, así como el autoritarismo, son elementos que favorecen y crean una situación constante de ansiedad, mal humor y cambios importantes en la conducta, unido a la insatisfacción con el puesto, el sueldo o las tareas a realizar, junto con la falta de comunicación entre compañeros y otros inconvenientes físicos del entorno laboral desencadenan el Síndrome del Burnout. Después de innumerables intentos desafortunados por alcanzar los objetivos propuestos, la persona entra en un estado de indefensión. Esta situación se acompaña de sentimientos de falta de ayuda, de impotencia, de actitudes negativas y de una posible pérdida de autoestima con una sensación de vacío que padece el trabajador. Empieza así el distanciamiento afectivo de las personas sobre las que recaen directamente sobre las tareas profesionales.

Los médicos somos de los profesionistas expuestos a presentar esta patología; el trato diario, la sobrecarga de trabajo, etc... nos hemos puesto a pensar si el bajo rendimiento que hemos tenido o la falta de interés son el resultado del Síndrome de Burnout?, tal vez ya lo tenemos ó lo tuvimos; para acercarnos a esa respuesta habría que preguntarnos: ¿alguna vez he dado de alta a algún paciente para hacer el servicio más manejable, pensando en disminuir la elevada demanda del servicio?, ¿le comenté las opciones de tratamiento o no he contestado completamente a sus preguntas en relación a su patología?, ¿he cometido errores de tratamiento o diagnóstico que no fueron debidos a inexperiencia o falta de conocimientos?, ¿he ordenado restricciones o medicamentos en un paciente agitado sin evaluarlo?, ¿he puesto poca atención en el impacto social de la enfermedad en un paciente crónico o terminal?, ¿no realice alguna prueba diagnóstica por el deseo de dar de alta a un paciente?, ¿tuve una pobre respuesta emocional hacia un paciente que muere?, ¿nos hemos sentido culpables por el trato que le hemos dado a un paciente por el pobre sentido humanitario?

Seguramente ya recordamos algún hecho relacionado con las preguntas anteriores, pero nos hemos preguntado ¿cuál ha sido la causa por lo cual he despersonalizado el trato a un paciente?

Al caer con el Síndrome de Burnout: las tareas se realizan sin motivación y no reportan satisfacción, por lo que no tardan en aparecer los primeros errores profesionales. Las quejas de los compañeros laborales, la acumulación de tareas inconclusas o los accidentes laborales son cada vez más frecuentes y acaban por dañar la autovaloración personal y reduciendo la realización personal.

Inicialmente se obtiene un efecto negativo en el desempeño individual, y posteriormente colectivo con el resultado en la limitación de la productividad. Se ha encasillado el "desgaste profesional – estar quemado" como un problema característico de profesiones que mantienen una relación continua de ayuda hacia el "cliente" (personal de salud, profesores, enfermeras, asistentes sociales): ofreciendo su profesión como un "servicio humano".

¿Se puede identificar el tiempo para su desarrollo?, ¿se puede evitar el Burnout?; ¿estamos todos los profesionistas de la salud expuestos en misma medida al Burnout?

ANTECEDENTES

En 1971, Hebert Freudenberg (psiquiatra neoyorquino) observó que la mayoría de los voluntarios que trabajaban en instituciones para el tratamiento de personas con toxicomanías, tras un año de haber iniciado labores sufrían pérdida progresiva de energía, mostraban agotamiento, ansiedad, depresión, desmotivación y agresividad contra los pacientes ⁽¹⁾.

De lo anterior se deduce que hace poco más de veinte años que se comenzó a investigar sobre el constructo Burnout, habiéndose registrado un desarrollo considerable de la investigación al respecto. Gillespie (1980) reflejaba la necesidad urgente de incrementar el conocimiento del síndrome por los altos costos que supone a nivel individual y organizacional, de ahí que Burke (1992) señalara que el interés por la experiencia de Burnout psicológico en los contextos organizacionales siga creciendo. Así, mientras Roberts (1986) cifraba en más de 300 las referencias sobre Burnout en el periodo 1980-85, Garcés de Los Fayos, Teruel y García Montalvo (1993) la incrementan en más de 1000, siendo el ámbito organizacional sobre el que versan la mayoría de trabajos (más del 97% de los mismos); incluso, Kleiber y Enzman (1990) ya habían citado por encima de las 2500 referencias, sólo en el periodo comprendido entre 1974 y 1989.

No es extraño, por tanto, que García Izquierdo (1991) señale que el Burnout es un problema característico de los trabajos de "servicios humanos", es decir de aquellas profesiones que deben mantener una relación continua de ayuda hacia el "cliente": médicos, profesores, enfermeras, asistentes sociales, psiquiatras, psicólogos, policías, etc.

En este sentido, Walker (1986) valorando cual ha sido el recorrido teórico del constructo observa que el síndrome descrito por Maslach (1976) continuó con la concepción del mismo como una enfermedad importante (McGuire, 1979) y acabó como enfermedad ocupacional (Spence, 1981). Sin embargo Walker (1986), que acepta el inicio del estudio del Burnout en ciencias sociales a cargo de Freudenberg (1974, 1975), matiza que anteriormente Graham Greene (1960) ya había utilizado el término Burnout para describir el estado de "vaciamiento existencial" que una persona sentía como consecuencia del padecimiento de una enfermedad incurable.

En los años sesenta el término Burnout se había utilizado para describir los efectos crónicos del abuso de drogas, hasta que Freudenberg (1974) le da la nueva connotación al constructo. Una

connotación que está ligada a la condición psicoanalítica de Freudenberg y su pretensión de caracterizar al Burnout como un nuevo síndrome clínico (Smith y Nelson, 1983b; Grebert, 1992). Sin embargo, esto no nos debe hacer caer en el uso indiscriminado del término Burnout para describir diferentes problemas relacionados con el trabajo o con cualquier otro contexto (Maslach, 1982). Lógicamente, aceptar la apertura en la concepción del concepto conlleva el riesgo de destruir su utilidad, pero también es cierto que el interés en su investigación proviene del hecho de tratarse de un problema social antes que de una cuestión teórica (Maslach y Jackson, 1984). Estas autoras precisan muy bien los objetivos de su estudio: el Burnout es un problema que afecta a muchas personas y se necesita saber más acerca de él. Con el anterior planteamiento conseguimos reducir tanto la prevalencia como la incidencia (Burke y Richardsen, 1991) de un problema que afecta cada vez a más profesiones (hasta 25 campos profesionales cita Silverstein, 1986), y consecuentemente a más personas.

Hay estudios con altos porcentajes de la incidencia, y Freudenberg (1977) según el cual el Burnout sería "contagioso", ya que los trabajadores que padecen el síndrome pueden afectar a los demás de su letargo, cinismo y desesperación, con lo que en un corto periodo de tiempo, la persona o el grupo puede caer en el desánimo generalizado. Savicki (1979) también admitía esta posibilidad de contagio indicando que "el Burnout es similar al sarampión" en cuanto a sus efectos epidémicos.

Moreno, Oliver y Aragonese (1991) plantearon que la validez del constructo era muy criticada. Así podemos encontrar que mientras Pines, Aronson y Kafry (1981) defendían la concepción del Burnout como fenómeno social, Freudenberg (1974) había partido del planteamiento más individualista y clínico de la depresión, ya que este autor consideraba que la depresión era uno de los síntomas más característicos del Burnout como fenómeno social.

En la misma época la psicóloga, Cristina Maslach y S. Jackson, realizaron estudios sobre "las respuestas emocionales negativas de los profesionales de ayuda" (médicos, enfermeras y maestros),; el cual dan como fruto el Maslach Burnout Inventory en su versión para los profesionales de "servicios humanos" (MBI-HSS), el fenómeno fue entonces definido como una sobrecarga emocional, síndrome de Burnout (tendencia a evaluarse negativamente, de manera especial con relación a la habilidad para realizar el trabajo y para relacionarse profesionalmente con las personas a las que atiende), o síndrome de desgaste profesional (SDP), esta primera aproximación describe una entidad clínica caracterizada por desgaste emocional,

despersonalización y baja realización personal que ocurría entre individuos que trabajaban en contacto estrecho con otros sujetos.

Freudenberg (1974) describe el Burnout como una "sensación de fracaso y una existencia agotada o gastada que resultaba de una sobrecarga por exigencias de energías, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador", que situaba las emociones y sentimientos negativos en el contexto laboral. Machlowitz (1980) lo describe como "un estado de total devoción a su ocupación, por lo que su tiempo es dedicado a servir a este propósito", que provocaba un desequilibrio productivo y, como consecuencia, las reacciones emocionales propias de la estimulación laboral aversiva.

Chesmiss en los 80s es uno de los primeros autores en enfatizar la importancia del trabajo, como antecedente, en la aparición del Burnout y lo define como "cambios personales negativos, que ocurren a lo largo del tiempo en trabajadores con trabajos frustrantes o con excesivas demandas". El mismo autor precisa que es un momento transicional de estrés y tensión en el trabajo, tensión en el trabajo y acomodamiento psicológico, destacando tres momentos:

- Desequilibrio entre demandas en el trabajo y recursos individuales (estrés)
- Respuesta emocional a corto plazo, ante el anterior desequilibrio (ansiedad, tensión, fatiga y agotamiento)
- Cambios en actitudes y conductas (enfrentamiento defensivo)

Edelwich y Brodsky en los 80s proponen cuatro fases por las cuales pasa todo individuo con Burnout:

- Entusiasmo, caracterizado por elevadas aspiraciones, energía desbordante y carencia de noción de peligro
- Estancamiento que surge tras no cumplirse las expectativas originales empezando a aparecer la frustración
- Frustración, en la que comienza a surgir problemas emocionales, físicos y conductuales, esta es la fase central del síndrome
- Apatía que sufre el individuo y que constituye el mecanismo de defensa ante la frustración.

Gillespie (1980) intentando resolver la ambigüedad definicional, que según el autor existe, clasifica al Burnout según dos tipos claramente diferenciados: Burnout activo, que se caracterizaría por el mantenimiento de una conducta asertiva, y Burnout pasivo en el que predominarían los sentimientos de retirada y apatía. El activo tendría

que ver, fundamentalmente, con factores organizacionales o elementos externos a la profesión, mientras que el pasivo se relacionaría con factores internos psicosociales.

Pines, Aronson y Kafry (1981) definen el Burnout como "un estado de agotamiento físico, emocional y mental causado por estar implicada la persona durante largos periodos de tiempo en situaciones que le afectan emocionalmente". Esta definición, que también tiene un soporte empírico dará lugar, al igual que en el caso de Maslach y Jackson (1981), a un inventario para la evaluación del síndrome, aunque presenta la ventaja de no circunscribir exclusivamente el Burnout en el contexto organizacional, introducen el término "tedium" para diferenciar dos estados psicológicos de presión diferentes. Para ellos Burnout sería resultado de la repetición de la presión emocional, mientras que tedium sería consecuencia de una presión crónica a nivel físico, emocional y mental. El constructo tedium, por tanto, sería más amplio que el de Burnout. En concreto, Pines y Kafry (1978) habían planteado que el tedium "se caracteriza por sentimientos de depresión, vaciamiento emocional y físico y una actitud negativa hacia la vida, el ambiente y hacia sí mismo, y ocurriría como resultado de un evento vital traumático súbito y abrupto, o como resultado de un proceso lento y gradual diario de "machaque"". Como puede comprobarse el tedium no sólo es un constructo más amplio, sino que además trasciende al ámbito organizacional y permite la posibilidad de aparición del síndrome ante cualquier evento o proceso suficientemente aversivo que cumpla la anterior caracterización.

El síndrome de desgaste profesional (que más tarde recibiría la sinonimia de *bouyancy sx.*) descrito por esta autora incluye agotamiento anímico con disminución y pérdida de los recursos emocionales. Ocurre despersonalización, pérdida de interés en las actividades laborales, insensibilidad en el trato con los pacientes y conductas prepotentes de los prestadores de servicios. Se presenta además falta de realización profesional, evaluación negativa del trabajo realizado, vivencias de insuficiencia y baja autoestima, agregándose síntomas físicos de estrés como cansancio y malestar general ⁽²⁾.

Se han realizado diversos estudios epidemiológicos a nivel internacional y se reportan cifras de 47 +/- 7.93% en investigaciones anglosajonas, en estudios españoles refieren que el 36.7% de los facultativos examinados cursan con el trastorno y en un estudio realizado en la ciudad de Guadalajara, Jalisco en personal de área de la salud (incluyendo médicos adscritos y residentes), se reporta una prevalencia del 32.5% ⁽³⁾.

En los intentos por explicar la etiología del síndrome se ha identificado como causa primaria el estrés que significa la atención a un

paciente. El sufrimiento interpersonal del profesional se origina por la identificación con la angustia del enfermo y sus familiares, la reactivación de los conflictos y la frustración de sus perspectivas diagnóstico/terapéuticas con respecto al padecimiento del enfermo.

Otros hallazgos en relación con esta situación, refieren que la edad en el profesional joven, aunque parece no influir en la aparición del síndrome puede ser un factor de mayor riesgo, dado que es el periodo en que se produce la transición de las expectativas idealistas hacia la práctica cotidiana; el nuevo profesional aprende en este tiempo que las recompensas personales profesionales y económicas, no son ni las prometidas ni las esperadas. Contrario a esta afirmación otros estudios reportan que los médicos con mayor edad asociada a la antigüedad laboral tienen mayor probabilidad de padecer SDP.

Por lo que se refiere al factor estado civil se ha observado que aquellos que no están casados o no tienen parejas estables son más vulnerables y que el tener pareja o cónyuge parece ser un factor protector, especialmente si se tienen hijos; se considera que estos sujetos tienen mayor capacidad para enfrentar los problemas personales y emocionales. Sin embargo, respecto a este elemento no existe acuerdo unánime ⁽⁵⁾.

Con relación a las cuestiones laborales algunos autores identifican una relación positiva con el síndrome en los dos primeros años de ejercicio profesional y también en aquellos individuos con más de 10 años de experiencia ⁽⁵⁾.

El salario también ha sido invocado como otro factor que afecta el desarrollo de SDP aunque esto no queda claro en la literatura consultada.

Por lo que se refiere al factor del género las mujeres se ven más afectadas, lo que se atribuye a la doble carga que conlleva el ejercicio laboral y la tarea del cuidado de la familia ^(6, 7, 8).

Según Rafael de Pablo se puede distinguir 3 grupos etiológicos:
1. El factor personal, 2. Factor profesional, 3. Factor empresarial.

1. El Factor Personal, se refiere el grado de desajuste que existe entre las expectativas y la realidad cotidiana y el nivel de adaptación que logra el sujeto entre estas. Se describen 3 tipos de expectativas: expectativas altruistas, poder ayudar a los que sufren; expectativas profesionales, ser un profesional competente y considerado como tal; y las expectativas sociales, tener prestigio y buenos ingresos económicos.

El Factor Profesional, es de suma importancia ya que el trato continuo con los pacientes y sus familias, la mayor proximidad del sufrimiento cotidiano del enfermo y sus allegados implica que se involucra con mayor intensidad emocional. Se ha descrito que la calidad de supervisión de los médicos en formación es directamente proporcional a protección en el desarrollo del Burnout; esto ha sido reportado, pero en la práctica cotidiana, se ha reportado mayor hostilidad y ansiedad secundaria a la misma supervisión.

2. El factor empresarial; se refiere a aspectos organizacionales-laborables como la demanda asistencial excesiva y el escaso y deficiente trabajo interdisciplinario ^(9,10)

Atane J. describe en una investigación epidemiológico realizada en 2001, el perfil de un enfermó de SDP: mujer, de 44 años, sin pareja, especialista que atiende a más de 21 pacientes al día, a los que dedica más del 70% de la jornada y tiene más de 36 hrs., de carga laboral a la semana ⁽³⁾.

Con estos factores asociados la enfermedad se desarrolla de manera insidiosa presentándose según Chernish una etapa de desbalance entre las demandas y los recursos, seguida de un periodo de tensión psicofísica que puede cronificarse y provocar una tercera etapa de cambios conductuales.

Las consecuencias negativas de este proceso pueden agruparse en cuatro categorías:

SINTOMAS FISICOS: con frecuencia las primeras manifestaciones en aparecer son las alteraciones cardiovasculares (hipertensión, enfermedad coronaria), fatiga crónica, cefalea y migraña, alteraciones gastrointestinales (dolor abdominal, colón irritable, úlcera duodenal), mialgias, afecciones respiratorias, alteraciones del ciclo sueño vigilia, enfermedades dermatológicas, disfunciones menstruales y sexuales ^(11,12)

ALTERACIONES CONDUCTUALES: destacan las alteraciones de la alimentación, incapacidad de vivir de forma relajada, superficialidad en el contacto con los demas, abuso de drogas, (café, tabaco, fármacos y alcohol) absentismo laboral, conductas de riesgo (conducción temeraria del automóvil, y ludopatía). En ocasiones surgen conductas paradójicas defensivas, como "la hipertrofia de hobbies que llenan la mente del trabajador aun en el área laboral, dedicación creciente al estudio para liberarse de la rutina y conductas evitativas en el trabajo lo que limita su tiempo real productivo.

MANIFESTACIONES EMOCIONALES: ansiedad, depresión, aburrimiento y actitud cínica, impaciencia e irritabilidad, sentimientos de omnipotencia, desorientación, sentimientos depresivos, disforia, baja autoestima, falta de motivación, dificultad para la concentración, distanciamiento afectivo como forma de protección del yo, sentimientos de frustración profesional y el deseo de abandonar el trabajo ⁽¹³⁾

MANIFESTACIONES LABORALES: detrimento de la capacidad de trabajo, detrimento de la calidad de los servicios que se presta, aumento de interacciones hostiles, comunicaciones deficientes.

Los factores personales, familiares y organizacionales se hallan implicados en el surgimiento de este síndrome, su prevención es compleja, pero cualquier tipo de técnica adecuada en el tratamiento del estrés es una técnica adecuada de intervención. Este síndrome se da más en profesionales de la enseñanza, profesionales de la salud

Spaniol y Caputo (1985), proponen un modelo en relación a la intensidad de los síntomas:

Primer grado. El descanso, la relajación y el ejercicio logran la recuperación; los síntomas son de poca duración.

Segundo grado. Los síntomas son constantes, de más duración y difícil sobreponerse a estos; agotamiento constante y crónico, negativismo; el cansancio, la tensión y preocupación laboral altera el sueño.

Tercer grado. Síntomas físicos y psicológicos; hay dudas sobre la competitividad académica y personal; el individuo entra en una etapa de: aislamiento y problemas familiares, algunas ocasiones termina renunciando.

Si este cuadro descrito arriba evoluciona a la cronicidad aproximadamente el 10% de los médicos afectados sufren de un síndrome irreversible que les condiciona severos problemas de salud: alcoholismo, drogadicción, depresión, trastornos de ansiedad, suicidio, enfermedades cardiovasculares, cirrosis hepáticas y accidentes de tránsito ⁽¹⁴⁾.

Conviene destacar que la principal dificultad para poder intervenir terapéuticamente de manera oportuna, y evitar estas complicaciones, a médicos e instituciones es la resistencia de los primeros para admitir ellos mismos los problemas emocionales que están viviendo y su negativa a adoptar el rol de paciente. En el caso de las instituciones la resistencia obedece a obvias consecuencias administrativas económicas y políticas.

Se afirma que la psicoterapia cognitivo-conductual es el mejor instrumento para el abordaje del problema. Estas intervenciones deben

estar orientadas a ajustar las expectativas personales con las posibilidades reales, el fortalecimiento emocional, el equilibrio de las áreas vitales (trabajo, familia, sociedad), y promover un soporte social adecuado tanto a nivel personal como en el área laboral. Puede llegar; incluso a ser necesario el tratamiento psicofarmacológico si la severidad del cuadro así lo requiere o existe comorbilidad con otros trastornos (18,19).

Actualmente el SDP se considera una enfermedad y es responsabilidad compartida de las autoridades, los trabajadores y de los propios involucrados, la tarea de mejorar las condiciones de trabajo del personal sanitario, promover la higiene de las áreas vitales del entorno del paciente y canalizar de manera oportuna a los afectados, para realizar una tarea preventiva, terapéutica y de rehabilitación óptimas.

Para el diagnóstico del síndrome de desgaste profesional se han utilizado diversos métodos de medición: cuestionario de estrés en el trabajo, escala analógica-visual de stress, escala de estrés para profesionales de la salud de Wolfgang y la escala de Maslach; sin embargo el instrumento validado para población de habla hispana es el cuestionario breve de desgaste profesional de Moreno y Oliver (15,16,17).

A la luz de cambios sociales y la transformación laboral el interés en el síndrome de desgaste profesional en médicos ha crecido en la última década; numerosos estudios revelan que entre los profesionistas de esta área existen tasas más elevadas de enfermedades como alcoholismo adicción a drogas, depresión y suicidio, la frecuencia en estos grupos es varias veces mayor que en la propalación general: las tasas de morbi-mortalidad por enfermedad cardiovascular, cirrosis hepática y accidentes de tráfico es tres veces más elevada en los médicos que entre el resto de la población.

Dado el panorama que hemos descrito párrafos atrás consideramos que realizar estudios para determinar la prevalencia el SDP en nuestra población de médicos redientes, permitirá en primer lugar, detectar individuos que tienen una elevada probabilidad de padecer trastornos mentales y enfermedades físicas severas. En segundo lugar tomar las medidas sanitarias y de otro orden que mejoren estas condiciones desalad. En tercer lugar, por consecuencia, mejorar la calidad de servicios que prestan las instituciones de salud pública.

Al ser este padecimiento un problema social y de salud pública debida a su compleja etiología y al gran impacto que tiene sobre la calidad de vida de los médicos residentes y sobre en la calidad de atención que ellos prestan a los enfermos a su cargo es fundamental hacer diagnósticos oportunos para realizar intervenciones tempranas y

adecuadas en aquellos que son afectados por una serie de factores de riesgo, (etiología) ya que representan las próximas generaciones de profesionales de la salud. En este sentido una detección e intervención tempranas y adecuadas pueden contribuir a que la atención médica sea más humana y de mayor calidad.

PREGUNTA

¿Cuál es la prevalencia del síndrome de desgaste profesional en médicos residentes del Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos"?

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Durante muchos años se mantuvo una imagen idealizada de los médicos se les veía como personas ecuanímes con gran estabilidad emocional y ajenos a los problemas de salud que diariamente enfrentan.

De un tiempo a la fecha se ha hecho evidente la elevada frecuencia y severidad de trastornos físicos y mentales entre los profesionales de la salud; esta problemática es reportada en diferentes estudios epidemiológicos con elevada prevalencia de alcoholismo, drogadicción, problemas familiares y de pareja, enfermedades cardiovasculares, accidentes automovilísticos, depresión y suicidio en médicos que repercuten en sus labores asistenciales. EL Síndrome de Burnout es una entidad clínica descrita recientemente y han sido pocos los estudios realizados en médicos residentes. Algunas investigaciones reportan que hasta el 76% de sujetos estudiados reúnen criterios para el síndrome (que generalmente se subdiagnóstica) y que en comparación con otras patologías como la depresión genera con mayor frecuencia disminución en la calidad de la atención prestada por los becarios.

Dadas estas consideraciones este trabajo sostiene que es de vital importancia estudiar este grupo de profesionales en formación para atender oportunamente a los individuos afectados e impactar así en la atención futura de los usuarios de servicios de salud, tanto a nivel particular como en instituciones públicas.

OBJETIVO GENERAL

Identificar la prevalencia del síndrome de desgaste profesional en médicos residentes del Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" ISSSTE

HIPOTESIS

Hipótesis general:

Existe elevada prevalencia del síndrome de desgaste profesional entre los médicos residentes de un Hospital Regional.

Hipótesis nula:

No es elevada la prevalencia del síndrome de desgaste profesional entre los médicos residentes de un Hospital Regional.

VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE

Definición Conceptual:

SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL: Es un estado de agotamiento físico, emocional y mental causado por el involucramiento en situaciones emocionalmente demandantes, durante un tiempo prolongado.

Definición Operacional:

Cuestionario Breve de Desgaste Profesional (Burnout). Esta escala cuenta con 7 dimensiones, las cuales miden lo que a continuación se enlista:

A) Burnout como respuesta:

Cansancio emocional	reactivo: 1, 7, 15
Despersonalización	reactivo: 3, 11, 18
Realización personal	reactivo: 5, 12, 19

B) Aspectos de trabajo:

Tedio	reactivo: 10
Características de la tarea	reactivo: 6, 14, 20
Clima organizacional	reactivo: 4, 8, 9

C) Repercusiones del Burnout:
Calidad de vida-relación interpersonal reactivos 13, 17, 21

De los cuales los reactivos 2, 4, 8, 9 y 16 puntúan de forma inversa.

Indicadores: Presente
Ausente

La sumatoria que se obtenga del total de respuestas de los 21 reactivos, será la cifra que considere para el criterio de calificación.

1.- Puntuación media inferior a tres: No esta presente Burnout
2.- Puntuación media superior a tres: Afectado por Burnout
3.- Puntuación media superior a cuatro: Altamente afectado por Burnout

VARIABLES UNIVERSALES

DE CA TEGORIA

Definición conceptual:

EDAD.- Tiempo que una persona ha vivido y se encuentra desde su nacimiento hasta la fecha actual.

SEXO.- Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer.

ESTADO CIVIL.- Condición de cada individuo en relación con los derechos y obligaciones civiles.

TIEMPO DE TRASLADO DOMICILIO-HOSPITAL.- Cuantificación del tiempo del recorrido desde el domicilio de vivienda hasta el lugar donde labora el médico residente.

Definición operacional:

MEDICIÓN:

EDAD: Años.

SEXO: Femenino y masculino.

ESTADO CIVIL: Soltero, casado, divorciado,

TIEMPO DE TRASLADO DOMICILIO-HOSPITAL: Menos de 30min, de 31min a 1hr, de 1:01 a 2hr, de 2:01 a 3hr, de 3:01 a 4hr, más de 4hr

TIPO DE ESTUDIO

Observacional
Prospectivo
Descriptivo
Abierto
Transversal

UNIVERSO DE TRABAJO

Médicos residentes inscritos en el Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos del ISSSTE; que cuenten con más de tres meses en esta sede, de cualquier especialidad, de cualquier sexo, de cualquier grado; que acepten participar en este estudio.

MUESTREO

Grupos de residentes de diferentes especialidades, grados, sexo, estado civil.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1. Médicos Residentes que tengan como sede de inscripción el Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" ISSSTE, que tengan más de tres meses en la sede; de cualquier especialidad médica, de cualquier grado, de cualquier sexo, de cualquier estado civil.
2. Que acepte participar en el estudio
3. Que firmen consentimiento informado.

CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN

1. Que tengan antecedente personal de trastorno mental o tratamiento psiquiátrico.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1. Aquellos que no completen los instrumentos de medición.
2. Que retiren consentimiento informado.
3. Residentes que presenten una enfermedad crónica.

METODOLOGÍA

Se realizará una selección de los Médicos Residentes que reúnan los criterios de inclusión.

Procederemos a hacer una petición formal para la autorización de la aplicación de cuestionarios con el comité local correspondiente y posteriormente se llevará a cabo una junta informativa para explicar a la población estudiada en que consistirá el proceso, las pruebas a aplicar y la manera adecuada de responder a las mismas.

La aplicación se hará después de que el Residente acepte y firme el consentimiento informado.

Se aplicará el Cuestionario Breve de Desgaste Profesional de Moreno y Oliver y un cuestionario que incluirá algunas variables como la edad, sexo, año de residencia, estado civil, especialidad que se practica y tiempo de traslado domicilio-hospital. Esta actividad se realizará en una sesión donde se reunirá a los sujetos incluidos en el trabajo.

La confidencialidad es principio ético que regirá todo el proceso de investigación.

Los resultados de harán del conocimiento de las autoridades del Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" ISSSTE para los usos que estimen convenientes.

ANALISIS ESTADISTICO Y DESCRIPTIVO

De acuerdo a los resultados recabados; se interpretara la prevalencia del Síndrome de Burnout (SDP) en médicos residentes del Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" ISSSTE; así como incluirá su relación con el año de residencia, estado civil, sexo y tiempo de traslado domicilio-hospital.

RECURSOS

Humanos: un médico residente de medicina interna

Físicos: el auditorio del hospital

Materiales de consumo: encuestas, lápices, gomas, hojas blancas, computadora

Financieros: será costeado por el investigador

FACTIBILIDAD

Si es factible ya que se cuenta con los recursos necesarios tanto humanos, físicos, materiales y financieros para realizar la investigación.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El estudio no representa ningún riesgo para la salud de los sujetos estudiados, ya que su participación consiste en la solución de una escala. La investigación se realizará de acuerdo a las consideraciones éticas exigidas por el acuerdo de la carta de Helsinki que prevalecen a nivel nacional e internacional. Y según la Ley General de Salud solo se requiere de la firma del consentimiento informado. **La absoluta confidencialidad será norma invariable en esta investigación.**

RESULTADOS

El síndrome de desgaste profesional en médicos residentes tiene una prevalencia de hasta 66% (Bordy y cols 1987, McCue y Sachs 1991, Shanafelt y cols 2002). La organización del trabajo dentro de los programas de formación de médicos residentes, tiene como características: largas jornadas de trabajo de 24 a 36h continuas, cargas de trabajo, estrés, que evoluciona a fatiga crónica que va repercutiendo en la salud mental de estos médicos residentes que tienen la obligación y responsabilidad de tomar decisiones sobre la vida de sus pacientes en condiciones donde sus capacidades de alerta y reacción se encuentran disminuidas por las mismas características del trabajo. Esta situación lleva a una disminución en la calidad de atención.

Es de vital importancia realizar estudios para identificar las causas, prevenir consecuencias y gracias a esto mejorar la calidad de la atención.

El Síndrome de Burnout o desgaste profesional (SDP), se ha definido como: un estado de agotamiento físico, emocional y mental causado por el involucramiento en situaciones emocionalmente demandantes, durante un tiempo prolongado. Ahora es posible medirlo con la escala de Maslach, pero también se ha validado el cuestionario breve de Moreno y Oliver, el cual nos mide:

1. Burnout como respuesta
2. Aspectos de trabajo
3. Repercusiones del Burnout (en relación a Calidad de vida-relación interpersonal)

La sumatoria que se obtenga del total de respuestas de los 21 reactivos, será la cifra que considere para el criterio de calificación.

- | | |
|---|--------------------------------|
| 1.- Puntuación media inferior a tres: | No esta presente Burnout |
| 2.- Puntuación media superior a tres: | Afectado por Burnout |
| 3.- Puntuación media superior a cuatro: | Altamente afectado por Burnout |

Al realizar el cuestionario de Moreno y Oliver, las preguntas número: los reactivos 2, 4, 8, 9 y 16 puntúan de forma inversa. Por lo que restaremos estos valores a la sumatoria de los reactivos restantes.

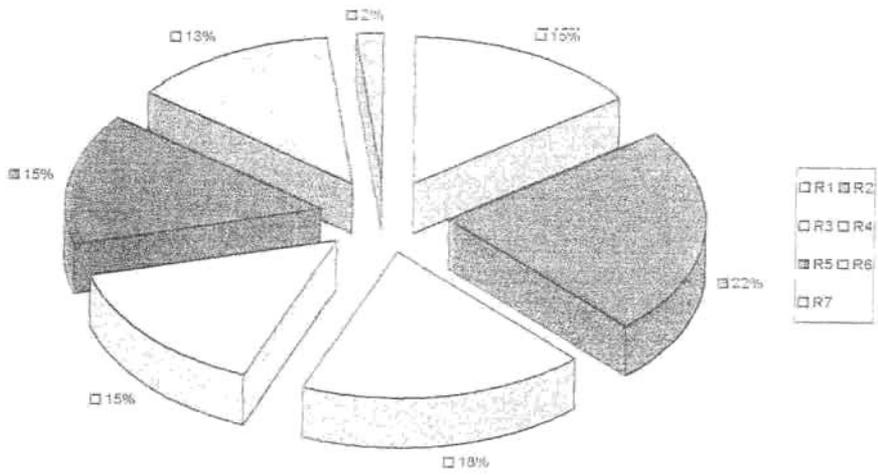
La encuesta fue realizada entre el mes de julio y agosto de 2005, se aplicó de forma directa solicitando la autorización de los médicos residentes; explicando el porqué del cuestionario, los motivos, dudas, riesgos y confidencialidad de cada uno de ellos.

Se interrogaron a 100 médicos residentes inscritos al Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" ISSSTE, posteriormente los agrupamos por grados (tabla 1), por sexo en relación a su estado civil (tabla 2, 3)

Tabla 1. ENTREVISTADOS POR GRADO DE ESPECIALIDAD Y GÉNERO

AÑO DE RESIDENCIA	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
MASCULINO	9	14	11	9	9	8	1
FEMENINO	13	8	8	1	3	6	

RESIDENTES MASCULINOS



RESIDENTES FEMENINAS

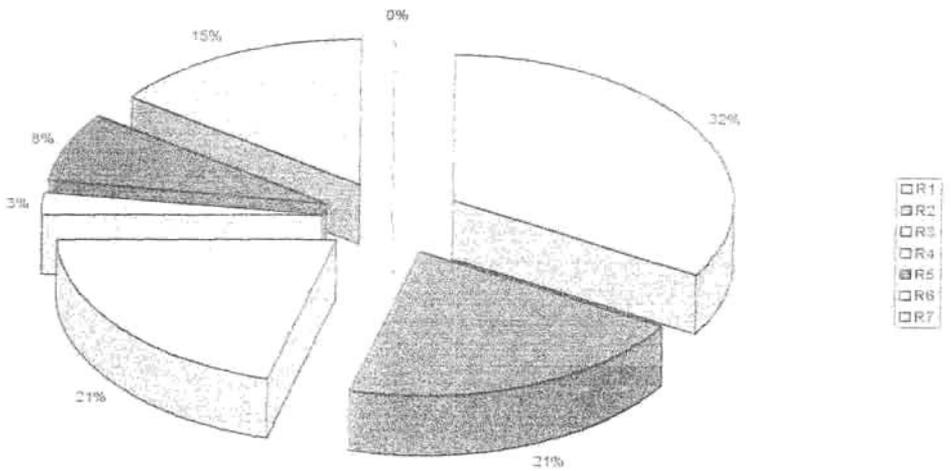


Tabla 2. ESTADO CIVIL Y GRADO DE ESPECIALIDAD. HOMBRES.

MASCULINO	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
CASADOS	4	6	5	5	3	5	
SOLTEROS	5	7	6	4	6	3	1
DIVORCIADOS		1					

ESTADO CIVIL EN VARONES

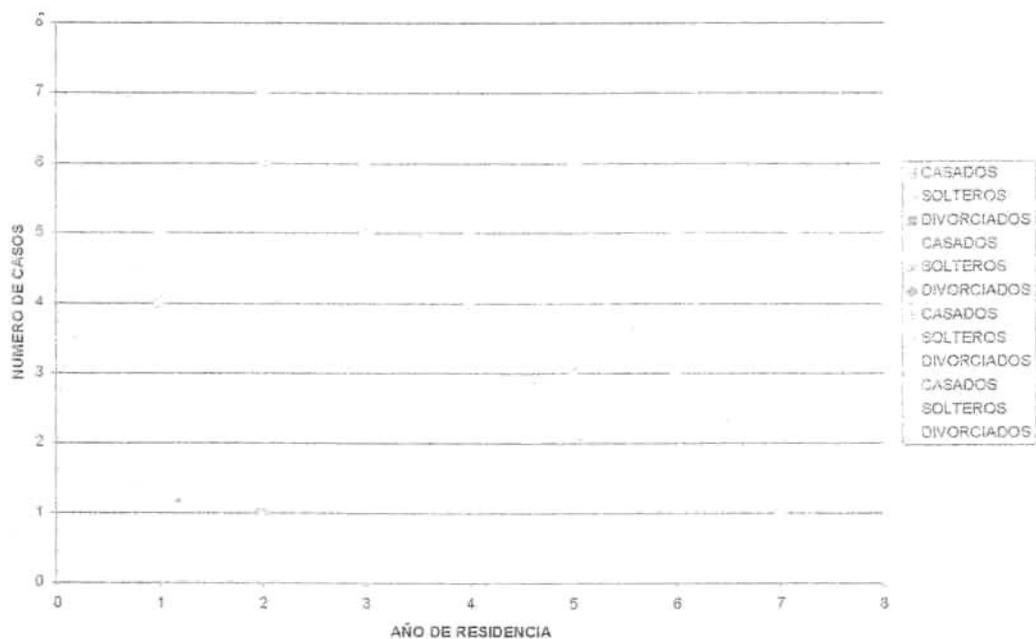
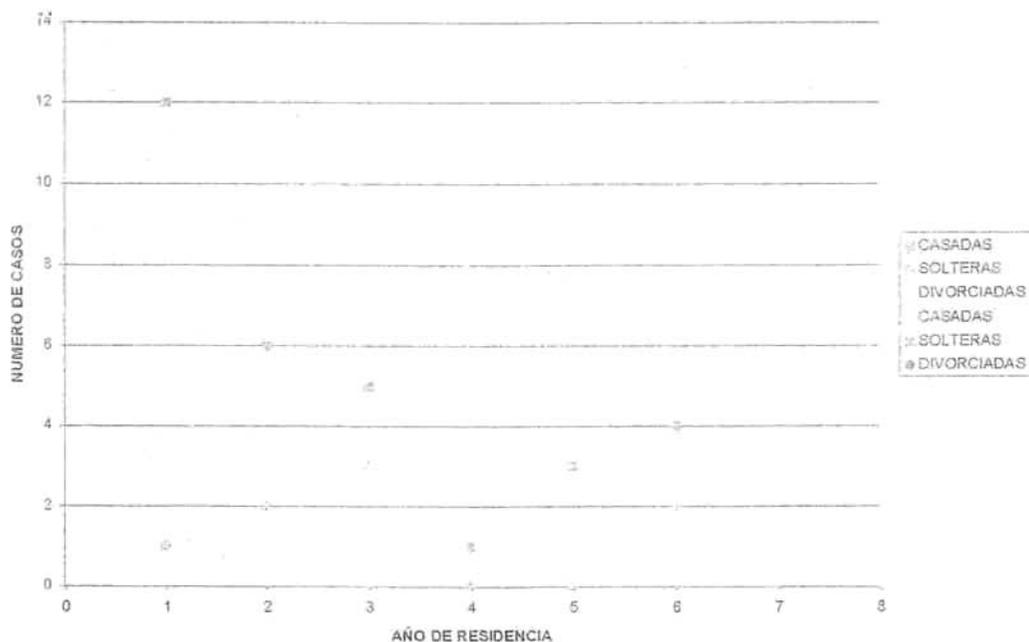


Tabla 3. ESTADO CIVIL Y GRADO DE ESPECIALIDAD. MUJERES.

FEMENINO	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
CASADAS	1	2	3	0	0	2	
SOLTERAS	12	6	5	1	3	4	
DIVORCIADAS							

ESTADO CIVIL EN MUJERES



De las variables que se manejan en la encuesta esta el tiempo de traslado domicilio-hospital, en donde los clasificamos de acuerdo al grado de especialidad (tabla 4 y 5).

Tabla 4. TIEMPO DE TRASLADO DOMICILIO-HOSPITAL DE MÉDICOS RESIDENTES. HOMBRES

TIEMPO DE TRASLADO	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
MENOS 30MIN	3	7	6	4	3	3	
31 A 1 HR.	3	3	3	1	3	3	1
1:01 A 2 HRS.	1	2	1	2	1		
2:01 A 3 HRS.	1	1		2	2	2	
3:01 A 4 HRS.	1		1				
MAS DE 4 HRS		1					

TIEMPO DE TRASLADO EN HOMBRES SINTOMATICOS

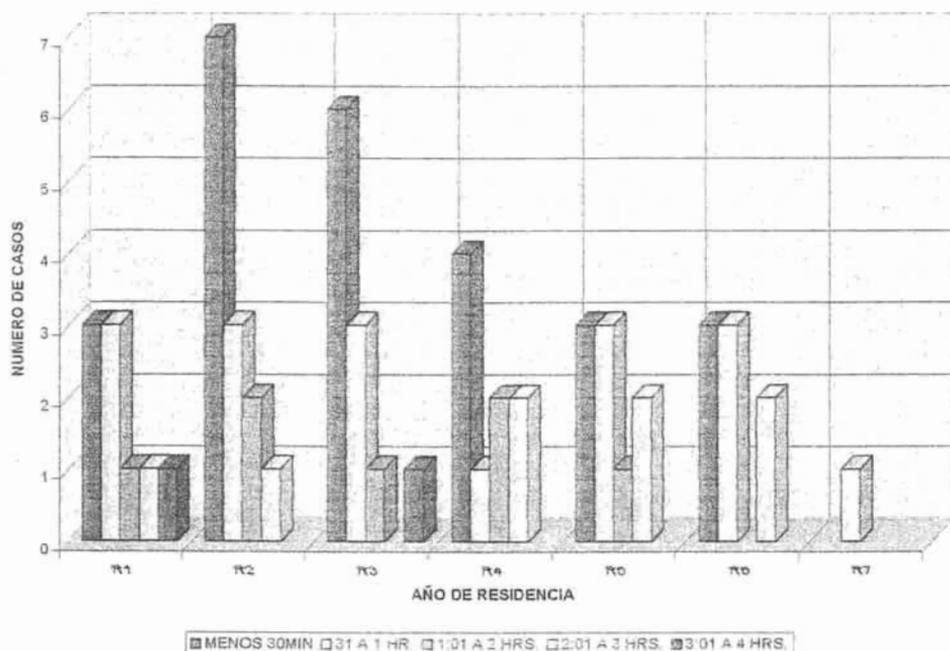
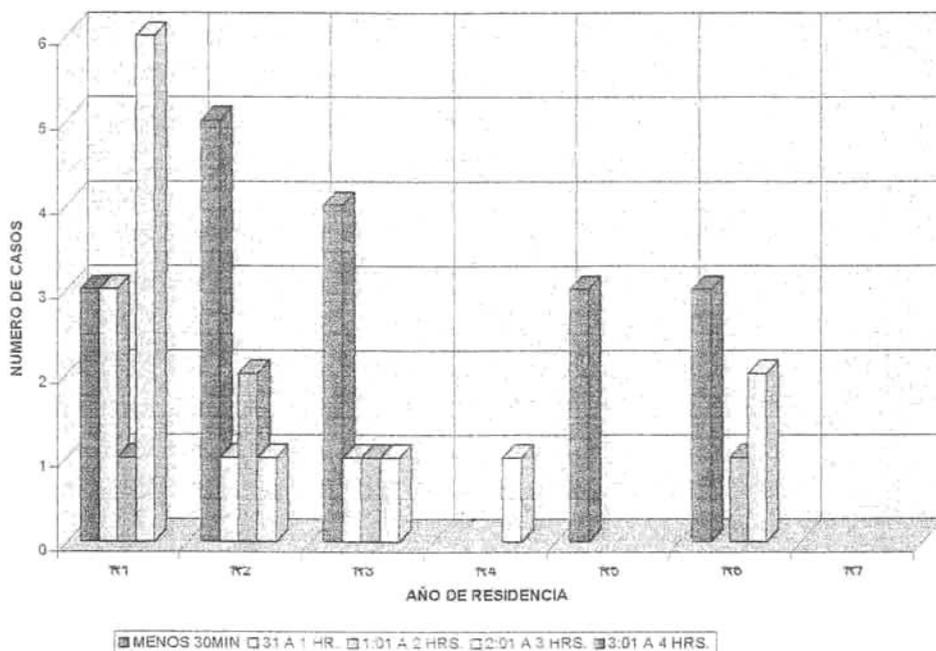


Tabla 5. TIEMPO DE TRASLADO DOMICILIO-HOSPITAL DE MÉDICOS RESIDENTES. MUJERES

TIEMPO DE TRASLADO	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
MENOS 30MIN	3	5	4		3	3	
31 A 1 HR.	3	1	1				
1:01 A 2 HRS.	1	2	1			1	
2:01 A 3 HRS.	6	1	1	1		2	
3:01 A 4 HRS.							
MAS DE 4 HRS							

TIEMPO DE TRASLADO EN MUJERES SINTOMATICAS



Los resultados numéricos obtenidos del cuestionario de Moreno y Oliver (tabla 6 y 7), nos dan como resultado: un 99% de positividad (prevalencia), en la población de médicos residentes del Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos", pero a este resultado no lo podemos diagnosticar como Síndrome de Burnout; ya que un Síndrome es un conjunto de signos y síntomas, y necesariamente la población en estudio, necesita tener *síntomas*; en los que se pueden incluir: fatiga crónica, cefalea, migraña, colón irritable, enfermedad ácido péptica, insomnio, neurodermatitis, disfunciones menstruales, etc.

Tabla 6. RESULTADOS DE LA ENCUESTA. HOMBRES

R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
				6		
	14		14,15	14,15	14	14
20	18,20,20	19	17,20	16,19,20		
	21,24,24,25	21,22	23	25	25	
26,27,28,30,30	27,27,30	26,26	26		26,27	
32,33,41	36,41,42	32,35,36,36,37,37,44	31,35	47,48	29,40,40,43	

Se ha señalado en cursiva, el único caso, mediante el cuestionario de Moreno y Oliver se puede clasificar como "Libre de Burnout"

Tabla 7. RESULTADOS DE LA ENCUESTA. MUJERES

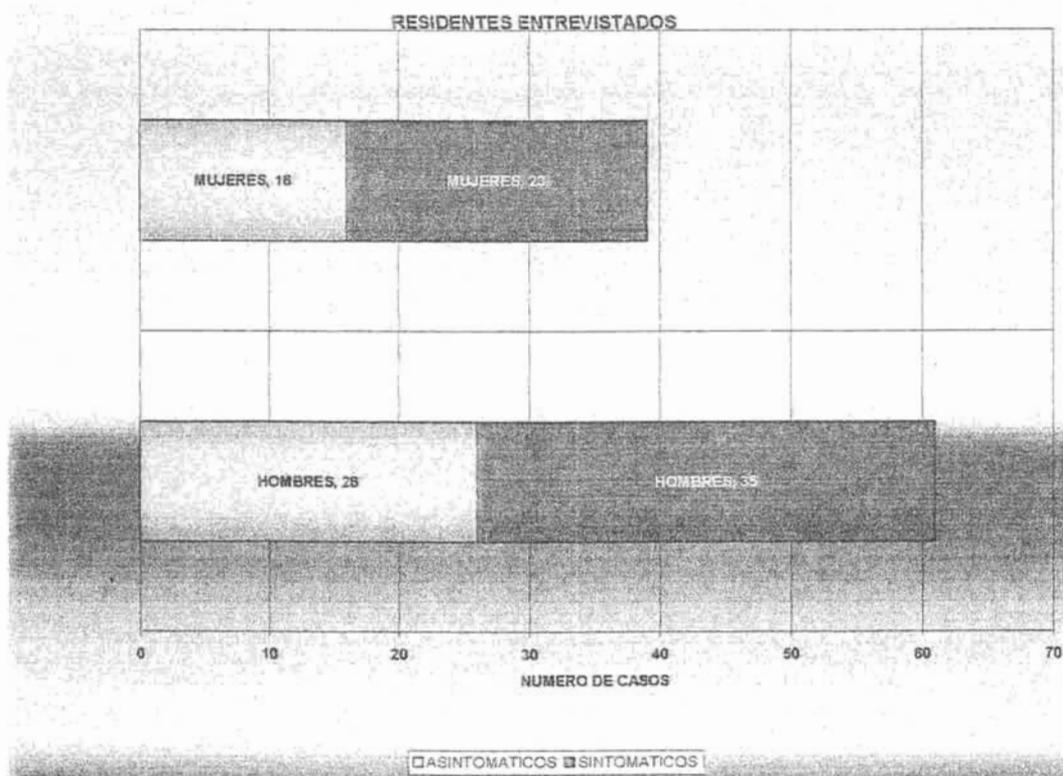
R1	R2	R3	R4	R5	R6
				1	
				10	
11,14,15		15			
16	18,19	20			15
21,24	24	25	21,24		
27,28,30	29,30	28			26,28
32,34,40	32,35,42,43,46	34,38,49			37,37,43

Para buscar intencionadamente síntomas del Burnout, el cuestionario en su pregunta número 13 (considero que el trabajo que realizo repercute en mi salud personal – dolor de cabeza, insomnio, etc.); pregunta a cerca de los síntomas en relación al desgaste profesional; en esta, se valoramos la frecuencia de síntomas en relación al cuestionario de acuerdo a la respuesta de los médicos residentes: 3. algunas veces o algo; 4. frecuentemente o bastante; 5. siempre o mucho, dando por hecho la presencia de síntomas únicamente valorar la frecuencia de estos (tabla 8). Posteriormente de acuerdo a los casos

obtenidos como sintomáticos, los hemos clasificado según: estado civil y frecuencia de aparición de los síntomas (tabla 9 y 10). Grado de especialidad médica en relación a la frecuencia de síntomas (tabla 11 y 12); y frecuencia de síntomas en relación al tiempo de traslado domicilio-hospital (tabla 13 y 14).

Tabla 8. PREVALENCIA DEL SINDROME DE BURNOUT

	ASINTOMATICOS	SINTOMATICOS
HOMBRES	26 (42%)	35 (58%)
MUJERES	16 (41%)	23 (59%)



PREVALENCIA DEL SINDROME DE BURNOUT EN VARONES



PREVALENCIA DEL SINDROME DE BURNOUT EN MUJERES



Tabla 9. FRECUENCIA DE SINTOMAS EN RELACION AL ESTADO CIVIL. HOMBRES.

SINTOMAS	ALGUNAS VECES	FRECUENTE O BASTANTE	SIEMPRE O MUCHO
SOLTERO	4 (11%)	8 (23%)	3 (9%)
CASADO	10 (29%)	5 (14%)	5 (14%)
DIVORCIADO			

SINTOMATOLOGIA Y ESTADO CIVIL EN HOMBRES

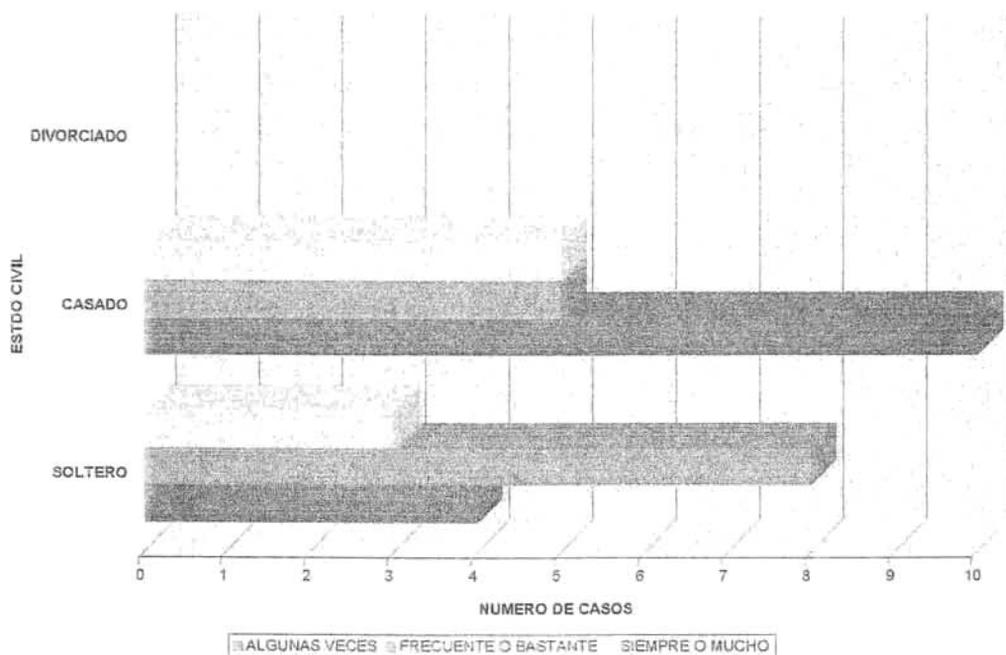


Tabla 10. FRECUENCIA DE SINTOMAS EN RELACION AL ESTADO CIVIL. MUJERES.

SINTOMAS	ALGUNAS VECES	FRECUENTE O BASTANTE	SIEMPRE O MUCHO
SOLTERA	7 (30%)	4 (17%)	5 (22%)
CASADA	3 (13%)	1 (5%)	3 (13%)
DIVORCIADA			

SINTOMATOLOGIA Y ESTADO CIVIL EN MUJERES

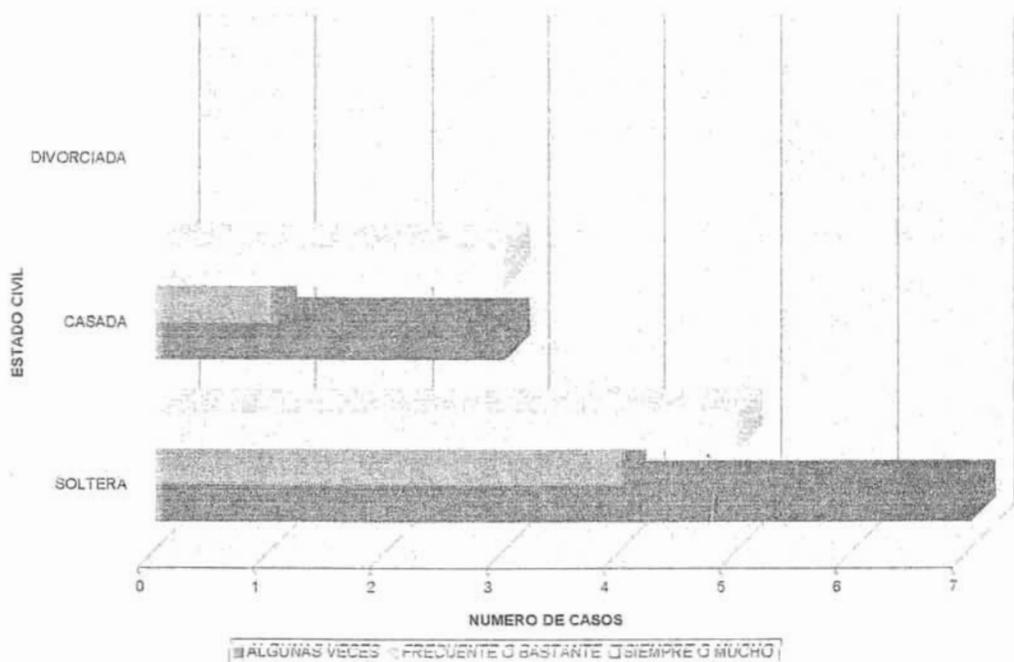


Tabla 11. FRECUENCIA DE SINTOMAS EN RELACION AL AÑO DE RESIDENCIA. HOMBRES.

SINTOMAS	ALGUNAS VECES	FRECUENTE O BASTANTE	SIEMPRE O MUCHO
R1	3 (8.5%)	3 (8.5%)	1 (2.8%)
R2	2 (5.7%)	3 (8.5%)	3 (8.5%)
R3	4 (11.4%)	3 (8.5%)	
R4	1 (2.8%)	2 (5.7%)	1 (2.8%)
R5	2 (5.7%)	1 (2.8%)	2 (5.7%)
R6	1 (2.8%)	2 (5.7%)	1 (2.8%)
R7			

SINTOMATOLOGIA Y AÑO DE RESIDENCIA EN HOMBRES

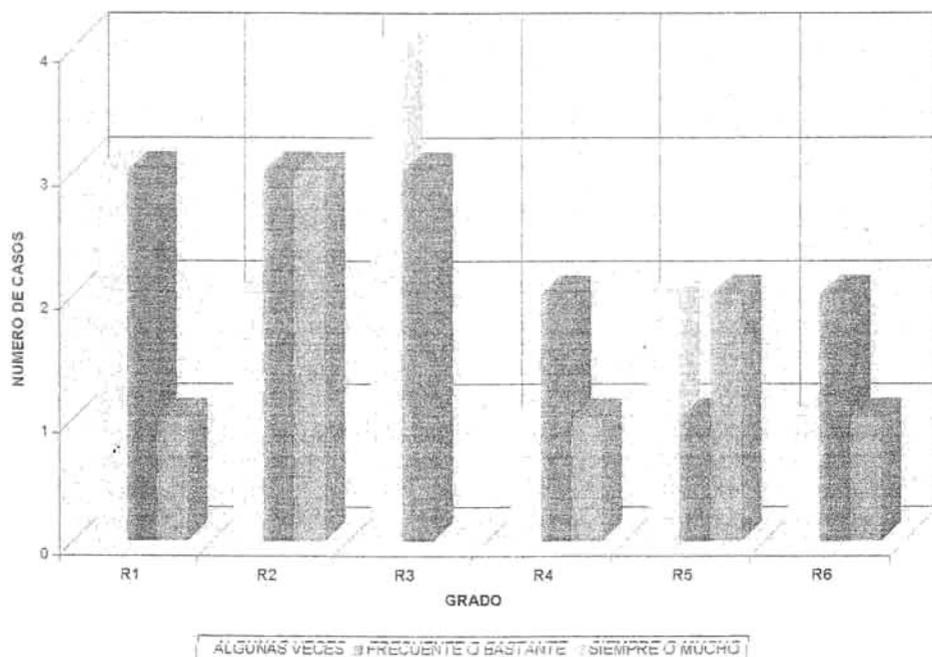


Tabla 12. FRECUENCIA DE SINTOMAS EN RELACION AL AÑO DE RESIDENCIA. MUJERES.

SINTOMAS	ALGUNAS VECES	FRECUENTE O BASTANTE	SIEMPRE O MUCHO
R1	2 (8.6%)	1 (4.3%)	3 (13%)
R2	4 (17.3%)	2 (8.6%)	3 (13%)
R3	3 (13%)	1 (4.3%)	2 (8.6%)
R4			
R5			
R6	1 (4.3%)	1 (4.3%)	
R7			

SINTOMATOLOGIA Y AÑO DE RESIDENCIA EN MUJERES

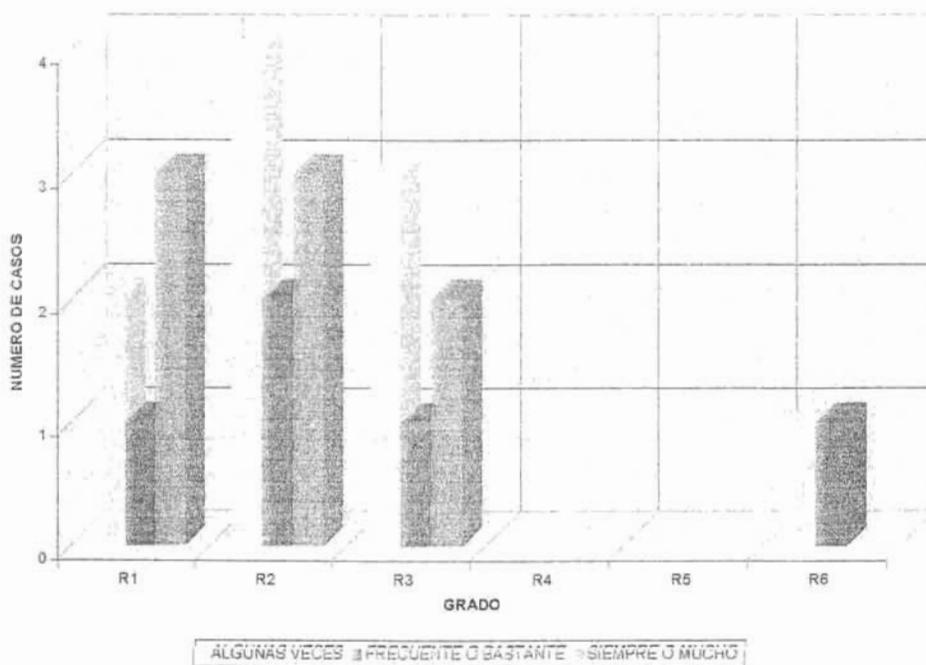


Tabla 13. FRECUENCIA DE SINTOMAS EN RELACION A TIEMPO DE TRASLADO DOMICILIO-HOSPITAL. HOMBRES.

SINTOMAS	ALGUNAS VECES	FRECUENTE O BASTANTE	SIEMPRE O MUCHO
MENOS 30MIN	8 (22.8%)	4 (11.4%)	3 (8.5%)
31 A 1 HR.	3 (8.5%)	3 (8.5%)	
1:01 A 2 HRS.	1 (2.8%)	4 (11.4%)	2 (5.7%)
2:01 A 3 HRS.		3 (8.5%)	2 (5.7%)
3:01 A 4 HRS.	1 (2.8%)		
MAS DE 4 HRS			1 (2.8%)

Tabla 14. FRECUENCIA DE SINTOMAS EN RELACION A TIEMPO DE TRASLADO DOMICILIO-HOSPITAL. MUJERES.

SINTOMAS	ALGUNAS VECES	FRECUENTE O BASTANTE	SIEMPRE O MUCHO
MENOS 30MIN	2 (8.6%)	4 (17.3%)	4 (17.3%)
31 A 1 HR.	4 (17.3%)		
1:01 A 2 HRS.	1 (4.3%)		1 (4.3%)
2:01 A 3 HRS.	3 (13%)	1 (4.3%)	3 (13%)
3:01 A 4 HRS.			
MAS DE 4 HRS			

DISCUSION

Hemos de diferenciar entre el Síndrome de Burnout y de otras entidades:

El tedio: es una respuesta a presiones físicas, psicológicas de carácter crónica, y el Burnout es respuesta a una presión emocional de carácter crónico asociada a una intensa y prolongada implicación de las personas (pacientes); pero el Burnout engloba al tedio.

El Estrés: es una respuesta psicofisiológica del ser humano con la finalidad de una adaptación y emergencia necesarias para la supervivencia. Hay dos formas de estrés: El positivo (eustres) y el negativo el (distres); el Burnout sucede por el trabajo con personas y no como proceso adaptativo, únicamente con respuestas de efectos negativos en el individuo.

La insatisfacción laboral (Firth y Britton 1989) cursa con una falta de confort en el ambiente laboral; pero el Burnout implica un agotamiento emocional y despersonalización.

La fatiga física (Pines 1993) el esfuerzo físico causa fatiga que se acompaña de sentimiento de realización personal con éxito esta se recupera después de un periodo de descanso, el Síndrome de Burnout cursa con una experiencia negativa que culmina con actitud y sensación de fracaso (Peiró 1997)

Hay factores que influyen en el Burnout: (Meisler y Leiter 1997)

- * Sobrecarga de trabajo: el recorte de personal hace que el mismo trabajo sea realizado por un número menor de individuos.
- * Recompensa insuficiente.
- * Disminución en la satisfacción de la comunidad.
- * Disminución del respeto y seguridad por parte de las autoridades.

Lo reportado con la literatura mundial señala:

Existe una mayor incidencia del Síndrome de Burnout en solteros que en los casados entre ambos grupos se encuentran los divorciados; los casados, tienen algunos factores de protección: de mayor edad, mayor estabilidad emocional, el involucramiento de esposa(o) o hijos lo que lleva a un mejor manejo de los problemas emocionales. La relación del Burnout es directamente proporcional a la soledad; e inversamente proporcional a la edad.

El género masculino tiende más a la insensibilidad; el femenino tiende al involucramiento emocional lo que provoca mayor incidencia del Burnout.

Los factores que favorecen el Burnout: El estar a cargo de pacientes con enfermedades desgastantes, los conflictos de roles,

escasez de personal, excesivo papeleo, el temor al contagio de VIH; que da como resultado: el bajo rendimiento, consumo de tranquilizantes, ausentismo laboral, agotamiento emocional, falta de interés por el trabajo, deterioro en la calidad del trato del paciente (Flores 1994)

Se ha propuesto características que favorecen la aparición y el desarrollo del Síndrome de Burnout:

Factores personales:

La personalidad con mayor riesgo del Burnout: son aquellas con un elevado idealismo, metas poco claras (muchas veces inalcanzables), sentimientos de omnipotencia, mayor sensibilidad, excesivamente dedicadas, empáticos, obsesivos, impacientes, intolerantes, idealistas, excesivamente responsables: **lo que lleva a cuidar más de otros que de ellos.**

Factores institucionales:

Aumento en el número de horas laborables, discriminación sexual, insuficiencia en recursos, falta de autonomía, conflictos de roles, exceso de pacientes, demandas excesivas de productividad, ambigüedad de instrumental y accesorios, falta de supervisión y retroalimentación de los superiores y compañeros

Los pacientes:

Hay algunas características de ellos como el paciente dependiente, el cual proyecta una indefensión y por consecuencia una sensación de omnipotencia al médico, depositando todos sus problemas, lo que causa demandas ilimitadas al personal médico. El paciente difícil: estos suelen ser agresivos, prepotentes, cínicos. Los pacientes que no favorecen la retroalimentación, esto por únicamente manejar críticas y quejas (por angustia por no tener el mejor servicio). Los pacientes con problemas desgastantes (enfermos terminales), o patologías recurrentes.

Se menciona como factor protector: los pacientes agudos ya que el manejo es rápido y no favorece un acercamiento continuo.

Únicamente hubo 1 caso en una médico residente de 5º año con una calificación catalogada como ausente de Burnout; el resto de la población estudiada hubo una clara elevación de estos resultados. No podemos decir que en todos aquellos con resultados muy elevados tengan el Síndrome de Burnout, ya que no todos tienen síntomas (sin síntomas no hay síndrome), todos estos médicos residentes con un elevado riesgo de presentar síntomas y aumentar la prevalencia en nuestro medio hospitalario.

Los residentes que fueron sintomáticos y por lo tanto catalogados con Síndrome de Burnout fueron: hombres 35 (58%) y mujeres 23 (59%).

En relación a los hombres con síntomas, la mayor prevalencia se encuentra en casados con una frecuencia del 58% en 20 casos; los síntomas ocasionales ó algunas veces en 10 casos (29%), frecuente o bastante: 5 casos (14%), y siempre: 5 casos (14%); a diferencia de los solteros, que presentaron una prevalencia del 42% con 15 casos: 4 casos (11%) , 8 casos (23%); 3 casos (8%) respectivamente. Los síntomas se reportan frecuentes en relación del 39.7%, en comparación a ocasionalmente 36.9% y siempre con 22.6%. El grado donde se presento más este cuadro es en los residentes del 2º año; siguiéndole los de primer año y el resto dividido entre los de 3er año a sexto año. El tiempo de traslado domicilio-hospital: la mayor prevalencia la presenta el traslado de menos de 30 min. en una proporción de 42.7%, el resto compartido en las demás variables del tiempo.

Las mujeres con síntomas, se encontraron 23 casos (59%), de ellas la mayor prevalencia se encuentra en solteras con 16 casos (69%); en relación al año de especialidad, se mantiene el 38.9% de los casos en residentes del segundo año, el 25% entre las residentes de primer año y las de tercer año; el resto de la proporción de las residentes de cuarto año. Con relación a esta frecuencia de síntomas se muestra una relación de 34.6% con muchos síntomas y algunas veces con un 33.2% y con síntomas frecuentes: 21.5%. El tiempo de traslado domicilio-hospital: la mayor prevalencia la presenta el traslado de menos de 30 min. en una proporción de 43.7%, el resto compartido en las demás variables del tiempo.

En relación a lo que reporta la literatura: en nuestro grupo de residentes del Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos", existe una relación significativa en prevalencia; ya que se ha reportado en numerosos estudios un 66%; en nuestra población un 58% en combinación para ambos sexos; y hombres de un 58% y mujeres de 59%.

Dentro del grupo de hombres, no se reporta en relación a la literatura, ya que nuestro grupo presento mayor prevalencia del Síndrome de Burnout en casados; la sintomatología más reportada en relación al tiempo: frecuente o bastante.

Las mujeres se reporta de acuerdo a lo que maneja la literatura con mayor prevalencia en solteras; con sintomatología: siempre o mucho.

En ambos grupos la mayor prevalencia se observó en residentes de segundo año, y no tuvo relación con el tiempo de traslado domicilio-hospital: ya que ambos grupos demostraron mayor prevalencia en traslados de menos de 30 minutos; se hubiera esperado que entre mayor el tiempo de traslado, habría mayor pérdidas horas/año y por consecuencia menor tiempo de estudiar, descansar y mayor el estrés de traslado (transporte, clima, etc)

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

CONCLUSIONES

El estudio del Síndrome de Burnout, es una entidad clínica de reciente descripción, la cual aborda el problema de los prestadores de servicios "humanitarios" (trabajadores de la salud, profesores, etc) que caen en conflictos laborales, conflictos familiares así como recurrencias de síntomas ocasionados por el medio laboral; siendo de suma importancia el identificar las causas por las cuales un individuo desarrolla este síndrome, ya que la intervención oportuna tanto en prevención como el tratamiento pueden favorecer a una mejor calidad de la atención.

Aun existe resistencia por parte del medio médico en nuestro país para tratar temas emocionales y esta respuesta se puede tomar como indicio para tratar la situación más afondo.

Todos los prestadores de servicios de salud estamos expuestos a esta patología, ya que la mayor parte de los casos que se presentan son en relación a problemas institucionales.

Dentro de los factores protectores del desarrollo del Síndrome de Burnout se encuentra la adecuada administración del tiempo: en la cual debemos mantener un balance entre: trabajo, dormir y tiempo libre (familia, pareja y actividades individuales).

En la sociedad mexicana el trabajador se motiva por el dinero, es decir, si se le da más dinero, hará más; sin quejarse abiertamente esto con el fin de compensar únicamente una necesidad económica, sin importar el estado de salud que esto le condicione.

Por otro lado el mexicano tiene un sentimiento de inferioridad que aparece desde que el niño se da cuenta de lo insignificante de su fuerza, en comparación con la de sus padres; por lo cual nos ha marcado desde pequeños: no levantar la voz en contra de una figura "superior", lo que conlleva a tolerar malos tratos y despreocupaciones de los superiores que daría como resultado un Síndrome de Burnout.

¿Dividimos adecuadamente nuestro tiempo libre?, tal vez todavía estamos a tiempo de no descuidar nuestros aspectos personales, familiares, ni laborales; la meta es que no caigamos en Síndrome de Burnout.

ANEXOS:

CUESTIONARIO BREVE DE DESGASTE PROFESIONAL MORENO Y OLIVER (BURNOUT)

ESPECIALIDAD MÉDICA _____ AÑO DE RESIDENCIA _____ EDAD _____
 SEXO _____ ESTADO CIVIL _____ TIEMPO DE TRASLADO DOMICILIO-
 HOSPITAL (MARCAR CON X): () MENOS DE 30 MIN. () DE 31 MIN A 1 HR. ()
 DE 1:01 HR A 2 HRS. () DE 2:01 HR A 3HR. () DE 3:01 HR A 4 HR. () MÁS DE
 4:01 HRS

INSTRUCCIONES: Por favor, conteste las siguientes preguntas marcando con una X la opción elegida, en la escala de 1 a 5, donde el 1 es nunca o nada, 2 es raramente o poco, 3 es algunas veces o algo, 4 es frecuentemente o bastante y 5 es siempre o mucho.

	1	2	3	4	5
En general, estoy más bien harto de mi trabajo.					
Me siento identificado con mi trabajo					
Los usuarios de mi trabajo tienen frecuentemente exigencias excesivas y comportamiento irritantes.					
Mi jefe me apoya en las decisiones que tome.					
Mi trabajo profesional me ofrece actualmente escasos retos personales.					
Mi trabajo actual carece de interés.					
Cuando estoy en mi trabajo me siento de mal humor.					
Los compañeros nos apoyamos en el trabajo.					
Las relaciones personales que establezco en el trabajo son gratificantes para mí.					
Para la responsabilidad que tengo en mi trabajo, no conozco bien los resultados y el alcance del mismo.					
Las personas a las que tengo que atender reconocen muy poco los esfuerzos que se hacen por ellos.					
El interés por mi desarrollo profesional es actualmente muy escaso.					
Considero que el trabajo que realizo repercute en mi salud personal (dolor de cabeza, insomnio, etc.)					
Mi trabajo es muy repetitivo.					
Estoy cansado emocionalmente a causa de mi trabajo.					
Me gusta el ambiente y el clima de mi trabajo.					
El trabajo está afectando mis relaciones familiares y personales.					
En las relaciones con los usuarios de mi trabajo procuro despersonalizarlas.					
El trabajo que yo hago dista de ser el que yo hubiera querido.					
Mi trabajo me resulta muy aburrido.					
Los problemas en mi trabajo hacen que mi rendimiento sea menor.					

La principal causa de malestar en mi trabajo es:

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS DE INVESTIGACION CLÍNICA.

LUGAR Y FECHA

POR MEDIO DE LA PRESENTE ACEPTO PARTICIPAR EN EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN *TITULADO*: SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL EN MÉDICOS RESIDENTES DEL HOSPITAL REGIONAL LIC ADOLFO LOPEZ MATEOS DEL ISSSTE.

REGISTRADO ANTE EL COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN MÉDICA CON EL NÚMERO

EL OBJETIVO DEL ESTUDIO ES: DETECTAR LA PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS RESIDENTES DEL HOSPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS" ISSSTE. AÑO.

SE ME HA EXPLICADO QUE MI PARTICIPACION CONSISTIRA EN: CONTESTAR UN CUESTIONARIO.

DECLARO QUE SE ME HA INFORMADO AMPLIAMENTE SOBRE LOS POSIBLES RIESGOS, INCONVENIENTES, MOLESTIAS Y BENEFICIOS DERIVADOS DE MI PARTICIPACION EN EL ESTUDIO.

EL INVESTIGADOR PRINCIPAL SE HA COMPROMETIDO A DARMER INFORMACION OPORTUNA SOBRE CUALQUIER PROCEDIMIENTO ALTERNATIVO ADECUADO QUE PUDIERA SER VENTAJOSO PARA MI TRATAMIENTO. ASI COMO A RESPONDER CUALQUIER PREGUNTA Y ACLARAR CUALQUIER DUDA QUE SE LE PLANTEE ACERCA DE LOS PROCEDIMIENTOS QUE SE LLEVARON A CABO, LOS RIESGOS, BENEFICIOS O CUALQUIER OTRO ASUNTO RELACIONADO CON LA INVESTIGACION O CON MI TRATAMIENTO.

ENTIENDO QUE CONSERVO EL DERECHO DE RETIRARME DEL ESTUDIO EN CUALQUIER MOMENTO EN QUE LO CONSIDERE CONVENIENTE, SIN QUE ELLO AFECTE LA ATENCION MEDICA QUE RECIBO DEL INSTITUTO.

EL INVESTIGADOR PRINCIPAL ME HA DADO SEGURIDADES DE QUE NO SE ME IDENTIFICARÁ EN LAS PRESENTACIONES O PUBLICACIONES QUE DERIVEN DE ESTE ESTUDIO Y DE QUE LOS DATOS RELACIONADOS CON MI PRIVACIDAD SERAN MANEJADOS EN FORMA CONFIDENCIAL. TAMBIEN SE HA COMPROMETIDO A PROPORCIONARME LA INFORMACIÓN ACTUALIZADA QUE SE OBTENGA DURANTE EL ESTUDIO. AUNQUE PUDIERA HACERME CAMBIAR DE PARECER RESPECTO A MI PERMANENCIA EN EL MISMO.

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE.

NOMBRE Y FIRMA DE INVESTIGADOR PRINCIPAL.

TESTIGO

TESTIGO

BIBLIOGRAFÍA.

1. Freudenberg H: Staffburnout. *J Soc Issues* 1974; 30: 159-165.
2. Maslach C, Pilles A: Characteristics of staff burnout in mental health setting. *Hosp Community Psychiatry* 1978; 29 (4): 233-237.
3. Atane J: Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. *Revista Española de Salud Pública* 2000; 71 (3): 293-303.
4. Gabbe S, Mandel L, Melville J, Walker E: Burnout in chairs of obstetrics and gynecology: diagnosis, treatment, and prevention. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 2002; 186 (4): 601-612.
5. García E, Orozco P: Factores que influyen en el nivel de cansancio laboral para médicos de atención primaria. *Aten Primaria* 1993; 12: 135-138.
6. Edward C, Luecken L: Stress in employed women impact of marital status and children at borne on neurohormone output and borne strain. *Psychosomatic Med* 1997; 59: 352-359.
7. Power K, Simpson R, Swanson V: Occupational stress and family link: A comparison of male and female doctors. *J Occupation Organization Psychol* 1998; 71: 237-260.
8. Linzer M, McMurray J, Visser M: Sex differences in physician burnout in the United States and The Netherlands. *Journal of the American Medical Women Association* 2002; 57 (4) 191-193.
9. Campbell D, Eckhauser F, Greenfield L, Sonnad S: Burnout among American surgeons. *Surgery* 2001; 130 (4):696-702.
10. Gordon D, McManus L, Winder B: The causallinks between stress and burnout in longitudinal study of UK doctors. *Lancet* 2002; 359 (9323): 2098-2090.
11. Da Silva S, Pérez A, Vega D: Síndrome de desgaste profesional o burnout en médicos y personal sanitario. *Actas Españolas de Psiquiatría* 2002; 27 (5): 310-320.
12. Martínez C, Torrado V: Occupational stress and state of Health among Clinical psychologist and psychiatrists. *Psychology in Spain* 1999; 1 (1) 63-71.
13. Larson G, Starrin B, Styborn S: A review and critique of psychological approaches to the burn out phenomenon. *Scand J* 2002; 4 (2): 83-91
14. Larson T, Linds R, Johanson P: physicians work a comparison between company phsycians and general practitioners in private practice. *Tredessekr Nor Laegeform* 1999; 11 (18): 2283-2286.
15. Maslach C, Jackson S: The measurement of experienced burnout. *J Occup Psychol* 1981; 2:99-113.
16. Jaekel-Reinhard A, Weber A: Bunrout syndrome: a disease of modern societies. *Occupational Medicine* 2000; 50 (7): 512-517.
17. Back A, Bradley K, Shanafelt T, Wipf J: Burnout and self-reported in patient care in an internal medicine residency program. *Annals of Internal Medicine* 2002; 136 (5): 358-367.
18. Gordon D, McManus 1, Winder B: The causallinks between stress and burnout in longitudinal study ofUK doctors (comment). *Lancet* 2002; 359 (9323) 2089-2090.
19. Lyckholm L: Dealing with stress, burnout, and grief in practice of oncology. *Lancet oncology* 2001; 2 (12): 750-755.

20. Akhtar S, Lee J: Confirmatory factor analysis and job burnout correlates of Health Professions Stress Inventory. *Psychological Reports* 2002; 90 (1): 243-250.
21. Díaz-Guerrero R. *Psicología del Mexicano*. Ed. Trillas. Sexta reimpresión. Junio 2003