



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

79.2006

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
HOSPITAL REGIONAL 1º DE OCTUBRE
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO**

**PREVALENCIA DEL SINDROME DE BURNOUT EN LOS
MÉDICOS RESIDENTES DE PRIMER Y SEGUNDO AÑO
DEL HOSPITAL REGIONAL “1º DE OCTUBRE” ISSSTE
EN EL 2006**

**TESIS DE POSTGRADO
PARA OBTENER EL TITULO DE MEDICO
ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA.
P R E S E N T A :
DR. ULICES QUINTANA RODRÍGUEZ**



MEXICO, D.F.

JUNIO 2006



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.

**DR OCTAVIO CUIEL HERNANDEZ.
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN
MEDICINA INTERNA. HOSPITAL REGIONAL 1º DE OTUBRE**

**DR GERARDO DE JESUS OJEDA VALDES
COORDINADOR DE ENSEÑANZA E
INVESTIGACIÓN
HOSPITAL REGIONAL 1º DE OCTUBRE**

**JOSÉ VICENTE ROSAS BARRIENTOS
M. EN C.
JEFE DE INVESTIGACIÓN
HOSPITAL REGIONAL 1º DE OCTUBRE**

ASESOR DE TESIS

**M EN C. JOSÉ VICENTE ROSAS BARRIENTOS
ASESOR DE TESIS
JEFE DE INVESTIGACIÓN
HOSPITAL REGIONAL 1º DE OCTUBRE**

AGRADECIMIENTOS.

A Blanca, mi esposa por su apoyo incondicional, por el gran amor que compartimos por la medicina.

A mis padres, Lidia y Felipe, por el ejemplo de rectitud y dedicación a su trabajo, el cual ha sido motivo de inspiración, para luchar por mis ideales.

A mis hermanos Lizbeth y Josué, por su cariño incondicional, por motivarme a seguir adelante.

A mis maestros, por sus enseñanzas, por darme un ejemplo a seguir, y ayudarme a entender que ser médico es más que una profesión o una vocación, sino una forma de entender y caminar a través de la vida.

A mi amigo Ramón Barrera por la ayuda que me brindo para realizar este trabajo.

INDICE.

ÍNDICE

Introducción	1
Resumen	3
Resumen en ingles	4
Planteamiento del problema	5
Antecedentes y marco teórico	5
Objetivos	14
Hipótesis	14
Justificación	15
Diseño metodológico (Material y métodos)	16
Resultados	20
Discusión	26
Conclusiones	27
Anexos	28
Bibliografía	29

INTRODUCCIÓN.

El estilo de vida de este siglo ha gestado nuevas enfermedades relacionadas con el estrés laboral y la desocupación, una de ellas adquirió la denominación de síndrome de Burnout (“quemado”).

El hombre, como entidad compleja, que puede habituarse a circunstancias adversas, pero al verse superados los procesos de adaptación, se origina un desborde que ocasiona trastornos orgánicos y psicológicos; el individuo superado por sus circunstancias laborales, agotamiento físico y emocional comienza a generar situaciones autodestructivas.

En estos casos el estrés crónico puede producir algunos síntomas como:

Resistencia a concurrir al trabajo, culpa y pérdida de la autoestima, miradas frecuentes al reloj, pérdida del interés e indiferencia, insomnio, dolores de cabeza, problemas conyugales y familiares, entre otros.

En el medio médico se ha identificado tanto en nuestro país como en el extranjero la existencia de esta alteración en donde se ha mostrado que puede ser la causante de ausentismo laboral y atención subóptima a los pacientes.

La residencia médica es la etapa de formación de los médicos especialistas, en donde existe una alta carga de trabajo físico así como emocional, en donde los médicos cumplen arduas jornadas de trabajo, principalmente en los primeros años de esta, en donde existe incluso deserción, y suele presentarse en ellos problemas personales por el distanciamiento familiar o conyugal que origina. Sobre todo esto, se ha demostrado que en el medio médico existe una alta prevalencia de depresión, la cual, en conjunto con el desgaste físico, son dos importantes factores de riesgo para dar lugar al síndrome de Burnout.

Las fuertes presiones a las que los médicos residentes nos vemos expuestos, (empeoramiento de las condiciones laborales, el bajo estímulo becario, el aumento de exigencias por parte de las instituciones y la falta de expectativas de solución, se manifiestan a través de vivencias de vacío existencial y estrés prolongado que van minando las defensas psicológicas y debilitando las técnicas de respuesta. Esto genera un verdadero estado de agobio y desprotección, donde el oponerse a la estructura del sistema crea la impresión de luchar contra imposibles, en el que cada intento frustrante va debilitando al individuo hasta que este resigna su capacidad de perseverar.

En la búsqueda de literatura, no se encuentran reportes de prevalencia en médicos residentes en nuestro país, por lo que se realizó un estudio transversal mediante la aplicación del test de “Maslach Burnout Inventory” el cual es considerado el estándar de oro para el diagnóstico del síndrome de Burnout, desde su creación en 1986, este consiste en la aplicación de 22 preguntas, divididas en 3 secciones, las cuales están destinadas a medir 3

aspectos: Cansancio emocional, despersonalización y realización personal. El test se aplicará a todos los residentes de todas las especialidades del Hospital Regional 1° de Octubre del ISSSTE que se encuentran cursando el primer y segundo año, de manera anónima, y se identificará la prevalencia del síndrome de Burnout, intentándose identificar los principales factores relacionados para su aparición en este medio.

RESUMEN.

TITULO. Prevalencia del síndrome de Burnout en los médicos residentes de primer y segundo año del Hospital Regional "1° de Octubre", del ISSSTE, México, DF. en el 2006.

El síndrome de Burnout es un estado de agotamiento físico, emocional y mental, causado por exposición prolongada a situaciones emocionalmente demandantes. Los médicos, nos encontramos en íntima relación con el sufrimiento humano y somos vulnerables al desgaste por empatía y al Burnout, dado que la empatía es un recurso importante en el trabajo con poblaciones traumatizadas o sufrientes. El Burnout es considerado una enfermedad de la sociedad moderna, donde el trabajo deja de ser una fuente generadora de bienestar, para transformarse en un causal de desilusión, y por lo tanto en el medio médico, la aparición de este trastorno afecta de manera directa la calidad calidez con la que los médicos brindamos atención a los pacientes. Estudios realizados en diversas partes del mundo, principalmente en países del primer mundo han demostrado una alta prevalencia en el personal sanitario (70-80%), así mismo han demostrado que el Burnout esta relacionado con otros factores como son el estatus económico, depresión, uso de alcohol, además de una atención médica subóptima a su población. El objetivo de este estudio fue conocer su prevalencia en nuestro medio, específicamente en los médicos residentes y sus factores relacionados. Resultados según los resultados encontrados existe una prevalencia de Burnout entre el 7.1 y el 11.5% en nuestro hospital, se encontró que de estos el 70% era de segundo año, un 99% eran del sexo masculino, y 88.8% eran solteros, se apreció que hubo un riesgo estimado mayor de padecer Burnout en los residentes del servicio de urgencias. Conclusiones: Este estudio muestra que el riesgo de Burnout es mayor en los residentes de urgencias, y hay una tendencia mayor en solteros y residentes de primer grado, aunque no es estadísticamente significativa.

Palabras clave: Burnout, médico residente, síndrome de Tomas, síndrome de desgaste profesional.

SUMMARY

TITLE. Burnout's syndrome prevalence in the medical resident of the first and second year of the Regional Hospital " 1° de Octubre ", of the ISSSTE, Mexico, D. F. in 2006.

The syndrome of Burnout is a condition of physical, depletion emotional and mental, caused by exhibition prolonged to situations emotionally plaintiffs. The doctors, we meet in intimate relation the human suffering and are vulnerable to the wear for empathy and to the Burnout, provided that the empathy is an important resource in the work with traumatized populations or sufrientes. The Burnout is considered to be a disease of the modern society, where the work stops being a generating source(fountain) of well-being, to transform in a causal of disappointment, and therefore in the medical way, the appearance of this disorder the quality affects in a direct way warmth with which the doctors we offer attention to the patients. Studies realized in diverse parts of the world, principally in countries of the first world have demonstrated a marshmallow prevalencia in the sanitary personnel (70-80 %), likewise they have demonstrated that the Burnout this one related to other factors since(as) it are the economic status, depression, use of alcohol, besides a medical subideal attention to his population. The aim of this study was to know his prevalencia in our way, specifically in the resident doctors and his related factors. Results according to the opposing results a prevalencia exists of Burnout between 7.1 and 11.5 % in our hospital, one thought that of this 70 % it was of the second year, 99 % was of the masculine sex, and 88.8 % was single, I estimate that there was a risk estimated major of suffering Burnout in the residents of the service of urgencies. Conclusions: This study shows that the risk of Burnout is major in the residents of urgencies, and there is a major trend in bachelors and residents of the first degree, though it is not statistically significant.

Words fix: Burnout, resident doctor, syndrome of Tomas, syndrome of professional wear.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

¿Cuál es la prevalencia del síndrome de Burnout en los médicos residentes de primer y segundo año del hospital regional 1ero De Octubre del ISSSTE?

¿Qué factores se encuentran asociados a la presencia del síndrome de Burnout en los médicos residentes del hospital regional 1ero de Octubre del ISSSTE, en el 2006?

ANTECEDENTES Y MARCO TEÓRICO.

Definición y Concepto.

El síndrome de Burnout es un estado de agotamiento físico, emocional y mental, causado por el involucrarse en situaciones emocionalmente demandantes, durante un tiempo prolongado¹.

El síndrome de Burnout o síndrome del “quemado” (por el trabajo) como dice su traducción literal², es llamado también síndrome de Tomas, y lleva su nombre por el personaje de la novela “La insoportable levedad del ser”, del escritor checo Kundera, donde el protagonista “Tomas”, era un individuo que había perdido su autoestima, su actitud evidencia desánimo, tedio en la labor diaria y ausencia de expectativas de mejoría³.

Es un síndrome caracterizado por la aparición de baja realización personal en el trabajo (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 atiende⁴, alto agotamiento emocional (no poder dar más de sí mismo en el ámbito emocional y afectivo) y alta despersonalización (desarrollo de sentimientos y actitudes de cinismo y, en general, de carácter negativo hacia las personas destinatarias del trabajo)⁵.

Se trata de un conjunto de conductas (como el deterioro del rendimiento, la pérdida de responsabilidad, actitudes pasivo-agresivas con los pacientes y pérdida de la motivación, entre otros)⁶, en las que se implicarían tanto factores internos (valores individuales y sociales, rasgos de personalidad) como externos) organizacionales, laborales, grupales)⁷.

Este síndrome es un cuadro polifacético y evolutivo, con un desarrollo histórico de enfermedad, conocido desde la década del '70, puede comenzar con cambios psicológicos que van incrementando su intensidad desde el descontento y la irritabilidad hasta estallidos emocionales, afectando los sistemas físicos y psíquicos fundamentales para la supervivencia del individuo⁸.

Generalidades.

El hombre, puede habituarse a circunstancias adversas, pero al superarse, los procesos de adaptación, se origina un desborde que ocasiona trastornos orgánicos y psicológicos; el individuo superado por sus circunstancias laborales, agotamiento físico y emocional comienza a generar situaciones autodestructivas⁸.

Se le relaciona directamente con el estrés ocupacional hasta tal punto que para unos el Burnout constituye una fase avanzada de estrés laboral y puede llegar a causar una incapacidad total para volver a trabajar⁹.

El Burnout es considerado una enfermedad de la sociedad moderna, donde el trabajo deja de ser una fuente generadora de bienestar, para transformarse en

un causal de desilusión y que es la sociedad quien debe deshacer el camino mal transitado⁹.

El Burnout afecta negativamente la resistencia del trabajador, haciéndolo más susceptible al desgaste por empatía. Favorece la respuesta silenciadora, que es la incapacidad para atender a las expectativas de los consultantes, que resultan abrumadoras¹⁰.

Diversas fuentes nos hablan de la prevalencia del mismo entre el personal sanitario y, más en concreto, entre los médicos afectando hasta a un 70% de los facultativos. Un estudio realizado en Madrid entre mil médicos ha estimado la prevalencia de este síndrome en un 30 por ciento en el 2003¹⁰.

Nuestra vocación por el trabajo puede ser un arma de doble filo: brinda satisfacción si se crece profesionalmente, pero también puede ocasionar desilusión y apatía si es percibida como intrascendente. En estos casos el estrés crónico puede producir algunos síntomas como: resistencia a concurrir al trabajo, culpa y pérdida de la autoestima, miradas frecuentes al reloj, pérdida del interés e indiferencia, insomnio, cefalea, problemas conyugales y familiares, entre otros. Cuando varias de estas señales se combinan, hay que replantearse la forma de trabajar, incluida la extensión de la jornada y la relación con compañeros y superiores¹¹.

Muchos médicos, desempeñan tareas en condiciones impropias, con horarios excesivos, inseguridad en el cargo, remuneración insuficiente y carencia de recursos materiales o humanos indispensables para una correcta labor, e integran el universo de personas en riesgo de contraer el síndrome de agotamiento laboral¹¹.

Se cree que otro factor condicionante para desarrollo de Burnout, es la personalidad misma del individuo que incluso puede ser observada desde el ingreso a la carrera de medicina, y se ha medido durante la misma ya a su término, mostrando en la mayoría de los casos cierta insatisfacción por la misma¹².

Ciertas variables de personalidad se relacionan con puntuaciones altas en las dos primeras escalas de MBI (cansancio emocional y despersonalización). Así, las personas con mayor cansancio emocional son menos estables, más aprensivas y más tensas que aquellas con poco cansancio emocional. Los sujetos con mayor despersonalización son menos estables, más tensos y más vigilantes que los poco despersonalizados. Así mismo, los menos realizados son menos afables y muestran con menor atrevimiento¹³.

La sensación de presión y estrés es subjetiva a cada persona y parece depender de la capacidad de afrontamiento que tenga, del grado de vulnerabilidad al estrés (la llamada "hardness" de la bibliografía anglosajona) y de los valores que asume. Sin embargo, parece clara la asociación entre estrés crónico y desarrollo de un mayor o menor grado de Burnout. El estrés crónico en un contexto de atención primaria dependería básicamente de las cargas de trabajo, la presión de tiempo y la gestión de las emociones¹⁴.

Los médicos, nos encontramos en íntima relación con el sufrimiento humano y somos vulnerables al desgaste por empatía y al Burnout, dado que la empatía es un recurso importante en el trabajo con poblaciones traumatizadas o sufrimientos¹⁵.

El Burnout tiene importantes consecuencias tanto en la salud de los profesionales que la sufren como en la calidad de la atención que pueden prestar a sus pacientes¹⁵.

Entre las posibles repercusiones en la calidad de la atención prestada, la más inmediata nos aparece entre las propias dimensiones el síndrome en cuestión: la despersonalización, interpretada por algunos como mecanismo de defensa ante el desarrollo del mismo, influiría muy negativamente en el trato con el destinatario del servicio sanitario, contribuyendo, por tanto, a la prestación de una atención deshumanizada¹⁶.

Factores de riesgo, y evolución natural.

Las causas de Burnout no están bien establecidas. Algunos factores personales como la edad, el sexo, o la personalidad del individuo, factores sociales como el estado civil o el número de hijos, y factores laborales, como la sobrecarga de trabajo, las relaciones con el equipo laboral, la antigüedad, el turno horario o el tipo de actividad desarrollada pueden influir en la incidencia del Burnout.

Diversos estudios muestran que las mujeres residentes sufren más de Burnout, así como de depresión durante la residencia médica en relación a los varones. Esto en parte se debe a que existen asuntos familiares que funcionan como una importante fuente de tensión y preocupación, pues las mujeres son amas de casa y llevan la carga de la responsabilidad en la organización y el cuidado de esta. Así mismo son madres y la crianza de los hijos origina fuertes conflictos en la casa y el trabajo¹⁷.

Se han valorado factores del ambiente laboral clasificados en seis grandes áreas, y que aparecen identificados por los propios profesionales, en algunos de los estudios realizados en nuestro país:

- Carga de trabajo (aunque con resultados dispares en nuestro ámbito)
- Capacidad de control por parte del trabajador sobre su actividad.
- Nivel de reconocimiento de la misma.
- Relaciones sociales dentro del entorno laboral.
- Percepción de un trato justo.
- Valores de la empresa/ institución.

Gradualmente el cuadro se agrava en relación directa a la magnitud del problema, inicialmente los procesos de adaptación protegen al individuo, pero su repetición los agobia y a menudo los agota, generando sentimientos de frustración y conciencia de fracaso, existiendo una relación directa entre la sintomatología, la gravedad y la responsabilidad de las tareas que se realizan¹⁸.

Se ha descrito que el desarrollo del “Burnout” es como se describe a continuación sin embargo es importante destacar que tanto un individuo como un equipo no necesariamente pasan de una fase a otra de manera ordenada:

a-Agotamiento mental y físico.

En este nivel, los individuos se sienten vacíos emocionalmente, con poca o ninguna energía y/o deseo de comunicarse con los niños, sus familias o con otros miembros del equipo de salud. Las siguientes manifestaciones también pueden aparecer en este nivel: ya no sentirse recompensado por hacer el bien a otros en este campo o por ver resultados en el tratamiento, ver como deprimente el trabajo que una vez fue satisfactorio, sentirse agotado emocionalmente por la confrontación continua con la muerte, la pérdida, el estrés, y el dolor y ser incapaz de ver sufrir a otra familia más, sentirse sobrepasado por la necesidad de recursos adicionales y la inutilidad de las acciones para conseguirlos. Estos sentimientos están asociados con síntomas físicos como agotamiento, poco sueño, cambios en el apetito, poca concentración y sentimientos de depresión. A través del tiempo este nivel puede evolucionar¹⁹.

b- Indiferencia.

Los individuos parecen cínicos, descuidados, desmotivados y sin interés, pudiendo mostrar una creciente amargura. Un individuo con Burnout aparece con mal carácter, irritable, con poca participación y sin poder comunicarse en forma efectiva. Los efectos en otros comienzan a aparecer: los pacientes y sus familias son deshumanizados, y tratados como objetos por el profesional o por el equipo²⁰.

Con el tiempo, puede aparecer un tercer nivel.

c- Sensación de fracaso profesional.

El individuo desarrolla un creciente sentido de fracaso profesional, la convicción de que ya no es capaz, cuidadoso y competente como solía ser. A menudo se acompaña de miedo a cometer errores graves o a perder el equilibrio en la vida. Esto acrecienta el sentimiento de no ser capaz de alcanzar nuevamente el nivel de competencia profesional de antes. Muy a menudo la creciente retracción del profesional genera una sensación de desolación y angustia en el paciente y la familia.

Más internamente puede sugerir un cuarto nivel de desarrollo del Burnout²¹.

d- Sensación de fracaso como persona.

Con la progresión a este estadio, el Burnout se traslada al interior, llevando a desolación, aislamiento, y una sensación de desesperanza que genera la convicción de que uno ya no es más una persona buena o valiosa. Este resentimiento creciente atraviesa todos los aspectos de la vida personal,

con serios efectos en detrimento de la familia. A esta altura el ausentismo en el trabajo deviene común²².

Si no se resuelve, puede llegar a un nivel más destructivo.

e- La “muerte dentro”.

En este nivel el individuo se siente anestesiado y muerto por dentro. Le falta afecto, reflejando su vacío y muerte; el individuo realiza sus obligaciones sin involucrarse personalmente, sin empeño ni entusiasmo. Es frecuente a esta altura abandonar la profesión así como tener ideas serias de suicidio²³.

Una persona que padece “Burnout” tiene poder sobre los demás puede terminar ejerciendo ‘mobbing’ y convertirse en un perseguidor. El ‘mobbing’ es conocido como una situación en la que se victimiza y se trata de manera hostil y dañina a los empleados, compañeros de trabajo, subordinados e incluso superiores provocando daños psicológicos graves. Aunque son relaciones diferentes se pueden establecer puentes de unión. Evidentemente, una situación de ‘mobbing’ genera “Burnout” en la persona que lo está padeciendo²⁴.

Cuadro clínico.

Tradicionalmente, sus manifestaciones se han encuadrado en tres categorías:

- Cansancio emocional (desgaste y desvitalización, pérdida energía tanto psíquica como física; para muchos es la dimensión más característica del síndrome).
- Despersonalización (con el desarrollo de actitudes negativas (irritabilidad, agresividad, impaciencia, cinismo, suspicacia e intolerancia) hacia los receptores del servicio).
- Pérdida del sentimiento de competencia e idoneidad profesional, disminución de la realización personal y profesional, con sentimientos de ineficacia y desmotivación, con pérdida de la autoestima laboral, deserción y abandono de tareas.

Entre las primeras, se le han atribuido el desarrollo cambios conductuales, la aparición de hábitos de vida no saludables y de actitudes defensivas y el aumento del ausentismo laboral^{2, 4, 22}.

El concepto más importante es que el Burnout es un proceso (más que un estado) y es progresivo (acumulación de contacto intenso con consultantes).

Los síntomas observados pueden evidenciarse como:

1. Físicos: fatiga, problemas del sueño, dolores de cabeza, impotencia, gastrointestinales, etc.
2. Emocionales: irritabilidad, ansiedad, depresión, desesperanza, etc.
3. Conductuales: agresión, actitud defensiva, cinismo, abuso de sustancias, etc.

4. Relaciones con el trabajo: ausentismo, falta de rendimiento, robos, etc.
5. Interpersonales: pobre comunicación, falta de concentración, aislamiento, etc.

Los síntomas más comunes son:

- Irritabilidad
- Cinismo
- Aburrimiento.
- Pérdida del idealismo.
- Frustración.
- Incompetencia.
- Autovaloración negativa.

La lista de síntomas psicológicos que puede originar este síndrome es extensa, pudiendo ser leves, moderados, graves o extremos^{23, 24, 25}.

Los síntomas de carácter leve pero que sirven de primer escalón de alarma son la dificultad para levantarse por la mañana y el cansancio patológico.

Los síntomas de carácter moderado son el distanciamiento, irritabilidad, cinismo, fatiga, aburrimiento, progresiva pérdida del idealismo que convierten al individuo en emocionalmente exhausto con sentimientos de frustración, incompetencia, culpa y autovaloración negativa^{3, 6, 25}.

Los graves se expresan en el abuso de psicofármacos, ausentismo, abuso de alcohol y drogas, entre otros síntomas.

Diagnóstico.

En 1986, la Dra. Christina Maslach diseñó un instrumento de medición mediante el cual es posible medir el grado de desgaste o Burnout profesional mediante escalas de auto evaluación.

Esta es considerada actualmente como el estándar de oro para el diagnóstico de burnout. La escala de Maslach (Maslach Burnout Inventory -MBI-), es probablemente la más usada se completa en unos 10-15 minutos y mide los 3 aspectos centrales del síndrome: Cansancio emocional, despersonalización y realización personal. Esta escala tiene una alta consistencia interna y una fiabilidad cercana al 0.9. Se trata de un cuestionario autoaplicado, constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes^{24, 25, 26}.

Los grados de intensidad van desde: 0 = nunca; 1= pocas veces al año; 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; hasta 6 = todos los días.

El cuestionario evalúa las 3 dimensiones del síndrome:

- Cansancio emocional consta de 9 ítems^{1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16,20}. Puntuaciones de 27 o superiores son indicativas de un alto nivel de Burnout. El intervalo 19-26 correspondería a puntuaciones intermedias, siendo debajo de 19 indicativas de niveles de burnout bajos o muy bajos.
- Despersonalización esta formada por 5 ítems^{5, 10, 11, 15, 22}. Puntuaciones superiores a 10 serían nivel alto, 6-9 medio y menos de 6, bajo grado de despersonalización.
- Realización personal se compone de 8 ítems^{4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21}. Esta subescala funciona en sentido opuesto a las anteriores, 0-33 puntos indicarán baja realización, 34-39 intermedia y más de 40 alta sensación de logro.

Puntuaciones altas en las dos primeras subescalas y baja en la tercera definen la presencia de Burnout.

A continuación se muestra el test con la traducción aceptada al español, en donde se muestran en tres grupos de colores cada una de las subescalas para facilitar a nosotros su comprensión. La aplicación de este cuestionario se entregará en blanco y negro y sin mencionar en ningún momento la palabra Burnout^{24, 25, 26}.

AFIRMACIÓN	PUNTAJE
1. Me siento emocionalmente agotado en mi trabajo	
2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo	
3.Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar	
4.Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes	
5.Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales	
6. Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo.	
7. Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes	
8. Me siento "quemado" por mi trabajo	
9. Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de las personas	
10.Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión	
11. Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente	
12. Me siento muy activo	
13.Me siento frustrado en mi trabajo	
14. Creo que estoy trabajando demasiado	
15. Realmente no me preocupa lo que le ocurre a mis pacientes	
16. Trabajar directamente con personas me produce estrés	
17.Pueda crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes	
18. Me siendo estimulado después de trabajar con mis pacientes	
19.He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión	
20. Me siento acabado	
21. En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma	
22. Siento que los pacientes me culpan por alguno de su problemas	

Tratamiento.

El diagnóstico precoz, la terapia médica y psicológica, cambios en la calidad de alimentación y la distribución del tiempo de sueño- trabajo- esparcimiento, permiten revertir muchos cuadros^{3, 4, 6}.

Un primer paso, fundamental para afrontar la situación descrita, es el reconocimiento de la existencia del problema y de su importancia en el ámbito de la atención sanitaria, y en nuestro caso particular, en el Sistema Nacional de Salud (SNS)^{3, 4, 6, 22}.

Un segundo paso será no hacer responsable del mismo exclusivamente a los propios profesionales: el paso de los factores institucionales es mayor en el desarrollo del síndrome que el de los factores personales^{3, 4, 5, 23}.

Dado que no parece existir evidencia científica de la incidencia de medidas aisladas, el planteamiento debería ser multidimensional: en el ámbito de lo personal, preparando a los facultativos (ya incluso en su fase de formación académica) ante la posible aparición del síndrome^{3, 6, 9}, e instruyéndoles en la forma de afrontar el estrés y los conflictos que puedan surgir en el desarrollo de su actividad profesional; y en el ámbito institucional, iniciando medidas encaminadas a mejorar las distintas áreas mencionadas más arriba para facilitar los procesos de adaptación y motivación de los profesionales:

- Carga de trabajo. En todas las profesiones sanitarias, continuamente enfrentadas al sufrimiento, el dolor y riesgo^{5, 8, 9}, respetando de los tiempos necesarios para afrontar adecuadamente dichas situaciones, estableciendo unos tiempos mínimos por paciente y periodos de “descanso” para aquellos profesionales expuestos de manera especial (personal de urgencias, psiquiatría, etc.).
- Capacidad de control por parte del profesional: En muchos ámbitos de la sanidad pública, la rigidez es la característica, dejando muy poco margen para el control de la actividad por parte del profesional afectado. Tampoco todos los nuevos modelos de gestión parecen facilitar el control de la actividad por el propio profesional. La sobrecarga excesiva de trabajo^{13, 14, 15}, por otra parte, limita profundamente la capacidad de control.
- Nivel de reconocimiento: El establecimiento de una carrera profesional con un adecuado reconocimiento de los méritos (entre otras medidas de reconocimiento de la actividad profesional, como la adecuación de las remuneraciones a las responsabilidades exigidas, por ejemplo), puede en este sentido cambiar la tónica existente en el SNS^{2, 24}.
- Relaciones dentro del entorno laboral: Facilitar el encuentro entre los profesionales, incluso con actividades orientadas al “grupo”, clarificar los distintos roles profesionales (para evitar la existencia de un profesional al que le llueve todo lo que no quieren los demás); prestar apoyo claro a los profesionales por parte de sus superiores⁹.

- Valores de la institución: Evitar los dobles lenguajes, diferentes para los usuarios y para los profesionales, que hacen a estos sentirse engañados en su actividad^{3, 4, 5, 7}. La atención sanitaria es mucho más antigua que su asunción por el Estado, y esta última no debe hacerse al margen de los valores profesionales^{24, 25, 26}.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

¿Cuál es la prevalencia del síndrome de Burnout en los médicos residentes de primer y segundo año del hospital regional 1ero De Octubre del ISSSTE?

¿Qué factores se encuentran asociados a la presencia del síndrome de Burnout en los médicos residentes del hospital regional 1ero de Octubre del ISSSTE, en el 2006?

OBJETIVO GENERAL.

Conocer la prevalencia y los factores asociados al síndrome de Burnout en los médicos residentes del hospital regional 1ero de Octubre del ISSSTE y los factores asociados a burnout son similares a los reportados en la literatura nacional e internacional.

HIPÓTESIS.

Existe una prevalencia del 30% del síndrome de Burnout en los médicos residentes de primer y segundo año del Hospital Regional 1° de Octubre del ISSSTE.

JUSTIFICACIÓN.

El síndrome de Burnout es una alteración que tiene una alta prevalencia en el personal sanitario (hasta de un 30%), y en el personal médico se ha reportado de hasta un 70%, y es una de las principales causas por las cuales existe deficiencia en la calidad de la atención prestada a los pacientes en diferentes lugares del mundo. El síndrome de Burnout en médicos residentes se ha medido en países del primer mundo en donde se reporta que quienes reúnen criterios para dicho trastorno, tiene mayor deficiencia en la calidad de la atención a los pacientes. Una de las áreas más afectadas de la medicina por la de urgencias médico-quirúrgicas, en donde se han hecho más estudios. Contamos con escasos estudios publicados sobre la prevalencia de burnout en médicos de nuestro país abarcando todas las áreas de especialización, y menos aún sobre médicos residentes, en donde se identifiquen los factores de riesgo más relacionados, así como las especialidades más afectadas. Es necesario identificar las áreas de especialización más afectadas por el Burnout, así como los factores relacionados a este, así en un futuro se pondrían crear estrategias enfocadas a la prevención del Burnout.

MATERIAL Y MÉTODOS.

DISEÑO EPIDEMIOLÓGICO.

Se trata de un estudio transversal, analítico y observacional.

UBICACIÓN ESPACIOTEMPORAL.

El estudio se realizará en todos los médicos residentes del primer y segundo año que laboren en el hospital regional 1ero de Octubre del ISSSTE, y que se encuentren en el mismo durante el mes de Junio del 2005.

POBLACIÓN DE ESTUDIO.

a) CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

Médicos residentes de primer y segundo año, de ambos sexos, de todas las especialidades básicas existentes en el Hospital Regional 1ero de Octubre en el mes de Abril del 2006,

b) CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

Médicos residentes que no sean de primer o segundo año, que se encuentren en el hospital Regional 1ero de Octubre del ISSSTE en el mes de Abril del 2006

c) CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.

Médicos residentes que contesten menos del 85% del instrumento de recolección de la información.

VARIABLES DEL ESTUDIOS.

a) VARIABLES UNIVERSALES.

Nombre de la variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Item	Respuesta
Sexo	condición orgánica que distingue al hombre de la mujer	genero biológico del individuo	cualitativa nominal simple	sexo	m: masculino f: femenino
Edad	tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona	años cumplidos hasta el momento actual	cuantitativa continua	edad	ejemplos: 18, 19, 20, etc.

b) VARIABLES INDEPENDIENTES.

Nombre de la variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Ítem	Respuesta
Especialidad	Rama de medicina general que estudia	Servicio de especialización de adscripción	Cualitativa Nominal Múltiple	Especialidad	Ejemplo: medicina interna
Estado civil	Condición sentimental y/o legal de una persona	Forma de relación de pareja si es que existe	Cualitativa Nominal Múltiple	Estado civil	Casado soltero divorciado unión libre viudo
Número de hijos	Cantidad de descendencia	Cuántos hijos tiene	Cualitativa Nominal Múltiple	¿Cuántos hijos tienes?	Ejemplo: 1, 2.
Espera de inicio para la residencia	Tiempo transcurrido desde término de carrera al inicio de residencia	Años transcurridos desde el término del servicio social hasta el primer día de la residencia	Cuantitativa Discreta	Años que esperaste para iniciar la residencia desde que terminaste la carrera	Ejemplo: 2 años
Intentos para ingresar a la residencia	Número de intentos realizados para ingresar a la residencia	Ocasiones en la que aplico examen para ingreso a especialidad	Cuantitativa Discreta	¿Cuántas veces aplicaste el examen para ingresar a la residencia?	Ejemplo: 1, 2
Antecedentes laborales institucionales	Años que trabajo en institución pública de salud	Años que ha trabajado en institución pública de salud, antes de haber iniciado la residencia	Cuantitativa Discreta	¿Cuántos años trabajaste institución pública de salud antes de ingresar a la residencia?	Ejemplo: 1, 3, 4
Tiempo de sueño	Horas que transcurren de sueño por día en promedio	Número de horas de sueño por semana divididas entre 7	Cuantitativa Múltiple	¿Cuántas horas de sueño tienes en promedio por día?	Ejemplo: 5, 6.5

c) VARIABLES DEPENDIENTES.

Nombre de la variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Ítem	Respuesta
Burnout	Estado de agotamiento físico, emocional y mental causado por el involucrarse en situaciones emocionalmente demandantes, durante un tiempo prolongado	Resultado del test MBI con puntuaciones de más de 27 en la escala de cansancio emocional, 10 o más en la escala de despersonalización, y 33 o menos en la escala de realización personal	Cualitativa Nominal Simple	Resultado del test MBI	Si No

RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.

Se entregara de manera personal el instrumento de captación de la información (Anexo) a cada uno de los sujetos entrevistados para su llenado, el cual es de auto aplicación. Una vez ocurrido esto, se recabarán los formatos para su captura y análisis posterior.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.

El cuestionario (Anexo) fue diseñado para la identificación de Burnout en el personal sanitario, y se han agregado diversos ítems, con la intención de evaluarse los factores asociados, así este instrumento, brindará información sobre existencia o no de burnout, y la presencia de factores que se asocien a este. El cuestionario será anónimo, para evitar sesgos al momento del llenado por cada participante-

PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN.

La información extraída del instrumento de captación de la información (Anexo) será codificada y capturada en una base de datos. Posteriormente a revisión y limpieza de los datos se procederá a un análisis exploratorio de las variables. Si es necesario las variables serán recodificadas para su análisis definitivo.

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.

Se realizará primero la descripción de las variables de estudio. Posterior a esto se realizarán análisis divariados y multivariado para encontrar si existe o no relación significativa entre las variables independientes y la dependiente.

ASPECTOS ÉTICOS.

De acuerdo al reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación, el presente estudio se clasifica como "sin riesgo". La información obtenida para este estudio será estrictamente confidencial y será utilizada únicamente con fines de investigación. Los resultados de este estudio serán comunicados a las autoridades de la Institución, como son la Jefatura de Enseñanza e Investigación, así mismo se informará a la coordinación de cada especialidad. Este protocolo fue autorizado por el comité de ética del H.R. "1° Octubre".

RESULTADOS.

En la primer encuesta se entrevistaron un total de 87 residentes de primer y segundo grado, de todas las residencias del hospital; del total de residentes 44 (50.6%) fueron de primer grado y 43 (49.4%) fueron de segundo grado; la edad media de todo los residentes entrevistados fue de 27.4, siendo la edad mas frecuente al momento de la encuesta de 27 años (49.4%), y la menos frecuente de 31 años (1.1%); en cuanto al sexo predomino el masculino con 58 individuos (66.7%), del femenino fueron 29 (33.3%), ver cuadro 1.

En relación al número de hijos 76 (87.4%) no tenían hijos, 8 (9.2%) tuvieron un hijo, 3 (3.4%) tuvieron 2 hijos, ver cuadro 5; en relación al estado civil 75 (86.2%) fueron solteros, y 12 (13.8%) fueron casados, ver cuadro 1.

En relación a los años de espera para ingresar a la residencia 72 (82.8%) no tuvieron ningún año de espera, ver cuadro 7; 73 residentes (83.9%) presentaron solo una vez, ver tabla 8; 79 (90.8%) nunca trabajo antes de ingresar a la residencia, ver cuadro 1.

En relación a las horas sueño tuvieron un promedio de 7.57hrs como grupo, siendo el patrón de horas/sueño mas frecuente 8 horas el cual refirieron 29 de los residentes (33.3%), ver cuadro 1.

Del total de residentes entrevistados 10 (11.5%), presentaron síndrome de Burnout, 77 (85.5%), ver cuadro 2;

Analizando los diferentes resultados y la relación de la presencia de bournout con estado civil y número de hijos no encontramos una relación significativa, encontrándose Burnout en 8 residentes solteros y 2 en casados, de estos últimos solo uno tenía hijos. En cuanto solo a la relación con el estado civil no se encontró relación, con un riesgo estimado para los solteros de 0.919 (%₉₅ 0.66- 1.26), y de casados de 1.54 (%₉₅ 0.39- 6.04), cuadro 4.

En cuanto a relación con el sexo se encontró Burnout en 9 masculinos (total 58) y 1 femenino (total de 29), igualmente los datos no muestran una asociación significativa, encontrándose un riesgo calculado para el sexo masculino de 1.41 (%₉₅ 1.08- 1.84) y en el sexo femenino de 0.275 (%₉₅ 0.42- 1.80), cuadro 1.

En relación con el grado se encontró Burnout en 7 residentes de primer grado y en 3 de segundo grado, con un riesgo calculado para los residentes de primer grado de 1.45 (%₉₅ 0.91- 2.32) y para los de segundo grado de 0.578 (%₉₅ 0.21- 1.52), no encontrándose tampoco una relación significativa, cuadro 1.

En cuanto a la relación con horas sueño se encontró la presencia de Burnout en 3 pacientes de los que referían dormir 7 horas y en 3 de los que referían dormir 9 horas en promedio, no encontrándose una relación significativa, cuadro 1.

La segunda encuesta se aplicó a 85 residentes por baja de la institución de 2 de los residentes a los que se le aplico la primera encuesta, encontrándose los siguientes datos:

Se encuestaron residentes de todas las especialidades, de primer y segundo grado, 85 en total; 39 (45.9%) fueron de primer año y 46 (54.1%) fueron de segundo año, cuadro 3.

La media de edad fue de 27.55, siendo la más frecuente de 27 años con 39 residentes (49.5%); En cuanto al sexo de los entrevistados 53 fueron del sexo masculino (62.4%) y 32 del femenino (37.6%), cuadro 3.

En cuanto al número de hijos 70 residentes (82.4%), mencionaron no tener y solo 15 (17.7%) tenían uno o dos hijos (tabla 5b); del total de residentes 70 fueron solteros (82.4%) y 15 (17.6%) casados, cuadro 3.

En cuanto al tiempo de espera previo al inicio de la residencia 72 (84.7%) residentes no tuvieron que esperar; 72 (84.7%) residentes solo presentaron una vez el examen de residencias; 77 (90.6%) residentes nunca trabajaron en una institución antes de ingresar a la residencia, cuadro 3.

El promedio de horas sueño fue de 6.78, encontrándose que 37 residentes dormían en promedio 7 horas de sueño (43.5%), cuadro 3.

Del total de residentes entrevistados únicamente presentaron síndrome de Burnout 6 (7.1%), los 79 restantes no lo presentaron (92.9%), cuadro 4.

Se analizó la relación entre la presencia de Burnout y el estado civil encontrándose 5 residentes solteros positivos a Burnout y solo un residente casado, no encontrándose una relación entre el estado civil y la presencia de Burnout, con un riesgo para los solteros de 1.013 ($_{95} 0.69 - 1.47$), y para los casados de 0.94 ($_{95} 0.148 - 5.98$), cuadro 3.

En cuanto a la relación con el sexo tampoco se encontró significancia estadística alguna, con un riesgo calculado para los hombres de 1.075 ($_{95} 0.595 - 1.94$), y para las mujeres de 0.87 ($_{95} 0.27 - 2.81$), cuadro 3.

En cuanto a la relación con el grado de residencia en curso, no se encontró significancia estadística, con un riesgo estimado para los de primer grado de 1.09 ($_{95} 0.47 - 2.53$) y para los de segundo grado de 0.919 ($_{95} 0.40 - 2.09$), cuadro 3.

Tampoco se halló significancia estadística en relación con el promedio de horas de sueño, cuadro 3.

En ambas encuestas se apreció que el riesgo de padecer Burnout es significativamente mayor en los residentes de urgencias, encontrando en ambas encuestas significancia estadística con $p=0.002$, cuadro 1 y cuadro 3.

RESULTADOS

Cuadro 1. Características basales. Frecuencia. Primera Encuesta.

Número de encuestados:	87
Grado de residencia: Primer año:	44 (50.6%)
Segundo año:	43 (49.4%)
Edad: Promedio	27.4 años.
Sexo: Femenino	29 (33.3%)
Masculino	58 (66.7%)
Número de hijos: Cero:	76 (87.4%)
Uno:	8 (9.2%)
Dos:	3 (3.4%)
Estado civil: Soltero:	75 (86.2%)
Casado:	12 (13.8%)
Años de espera para entrar a la especialidad:	
Cero:	72 (82.8%)
Uno:	12 (13.8%)
Dos:	3 (3.4%)
Número de veces que presento el examen de residencias:	
Uno :	73 (83.9%)
Dos :	11 (12.6%)
Tres :	3 (3.4%)
Años de trabajo previos a la residencia.	
Cero :	79 (90.85)
Uno :	5 (5.7%)
Dos :	2 (2.3%)
Tres :	1 (1.1%)
Horas de sueño:	
Distribución por horas de sueño:	
Cinco:	2 (2.3%).
Seis:	13 (14.9%)
Siete:	26 (29.9%)
Ocho:	29 (33.3%)
Nueve:	13 (14.9%)
Diez :	4 (4.6%)
Burnout: Positivo:	10 (11.5%)
Negativo:	77 (88.5%)
Especialidades: Cardiología:	11 (12.6%)
Medicina Interna:	6 (6.9%)
Urgencias:	11 (12.6%)
Cirugía general:	8 (9.2%)
Rehabilitación:	7 (8.0%)
Anestesiología:	6 (6.9%)
Ortopedia:	6 (6.9%)
Ginecología:	7 (8.0%)
Alergología:	3 (3.4%)
Pediatría:	6 (6.9%)
Radiología:	6 (6.9%)
Unidad de cuidados Intensivos:	6 (6.9%)
Maxilofacial:	4 (4.6%)

Al efectuar un análisis de regresión logística incluimos en el modelo Burnout, estado civil, género, edad, grado, horas de sueño, solamente el género masculino tiene una tendencia para ser factor de riesgo, OR 1.41 (1.08-1.84).

Cuadro 2. Frecuencia de Burnout general y del servicio de urgencias.

		Frecuencia de Burnout	Total
Urgencias:	6	5	11
Resto del hospital	71	5	76
Total	77	10	87

p: 0.002

Cuadro 3.- Características basales.**Frecuencia. Segunda encuesta.**

Número de encuestados:	85
Grado de Residencia: Primer año:	39 (45.9%)
Segundo año:	46 (54.1%)
Edad: Promedio	27.55 años.
Sexo: Femenino:	53 (62.4%)
Masculino:	32 (37.6%)
Número de hijos: Cero:	70 (82.4%)
Uno:	10 (11.8%)
Dos:	5 (5.9%)
Estado civil: Soltero:	70 (82.4%)
Casado:	15 (17.6%)
Años de espera para entrar a la especialidad:	
Cero:	72 (84.7%)
Uno:	11 (12.9%)
Dos:	2 (2.4%)
Número de veces que presento examen de residencia.	
Uno:	72 (84.7%)
Dos:	11 (12.9%)
Tres:	2 (2.4%)
Años de trabajo previos a la residencia.	
Cero:	77 (90.6%)
Uno:	5 (5.9%)
Dos:	2 (2.4%)
Tres:	1 (1.2%)
Horas de sueño.	
Distribución por horas de sueño:	
Cinco:	6 (7.1%)
Seis:	27 (31.8%)
Siete:	37 (43.5%)
Ocho:	11 (12.9%)
Nueve:	3 (3.5%)
Diez:	1 (1.2%)
Burnout : Positivo:	6 (7.1%)
Negativo:	79 (92.9%)
Especialidad: Cardiología:	11 (12.9%)
Medicina Interna:	6 (7.1%)
Urgencias:	11 (12.9%)
Cirugía general:	5 (5.9%)
Rehabilitación:	7 (8.2%)
Anestesiología:	6 (7.1%)
Ortopedia:	6 (7.1%)
Ginecología:	7 (8.2%)
Alergología:	3 (3.5%)
Pediatría:	6 (7.1%)
Radiología:	6 (7.1%)
Unidad de cuidados Intensivos:	7 (8.2%)
Maxilofacial:	4 (4.7%)

Al efectuar un análisis de regresión logística, en la segunda encuesta, incluimos en el modelo Burnout, estado civil, género, edad, grado, horas de sueño, en esta regresión ya no hay tendencia en alguna variable para ser factor de riesgo.

Cuadro 4. Frecuencia de Burnout general y del servicio de urgencias.

		Frecuencia de Burnout	Total
Urgencias:	7	4	11
Resto del hospital	72	2	74
Total	79	6	85

p: 0.002

DISCUSION.

De acuerdo a los resultados obtenidos, se destaca que la prevalencia de Burnout en nuestro hospital se encuentra entre 7.1% y 11.5%, siendo baja, según los estudios publicados los cuales reportan prevalencias entre 83.3% a 20%.

En relación al sexo encontramos que hay una tendencia en los residentes de sexo masculino a presentar mayor prevalencia de síndrome de Burnout, en el estudio realizado, sin embargo no existe unanimidad en los artículos publicados, mientras que algunos estudios reportan que la prevalencia de Burnout en mujeres llega a ser de hasta 25%, otros estudios en cambio, mencionan que predomina en varones.

Nosotros no encontramos diferencias significativas, en relación al estado civil, sin embargo algunos, estudios reportan que hay mayor prevalencia en solteros.

El número de hijos tampoco fue un factor asociado a Burnout entre nuestros residentes, sin embargo los estudios publicados, mencionan que hay relación directamente proporcional entre el número de hijos y el síndrome de Burnout.

En este estudio no hubo asociación entre horas de sueño y Burnout, esto concuerda con lo reportado en la literatura.

Encontramos que los médicos residentes de urgencias presentan mayor prevalencia de síndrome de Burnout, lo cual concuerda con lo reportado en otros estudios, sin embargo, no existe una comparación directa con otros médicos residentes, en los estudios publicados.

CONCLUSIONES.

- 1.- Se encontró una prevalencia de Burnout baja en el H.R. "1° de Octubre" del ISSSTE, entre los médicos residentes de primer y segundo año.
- 2.- No existe relación entre el estado civil, la edad, el género, grado, horas de sueño, número de hijos, o número de veces que se presentó el examen nacional de residencias, con la presencia de síndrome de Burnout.
- 3.- Se aprecia tendencia en el género masculino para ser factor de riesgo en la primera encuesta, misma que no se encontró en la segunda encuesta.
- 4.- Aunque la prevalencia de Burnout es baja, al analizar los subgrupos se observó que los médicos residentes de urgencias tienen mayor prevalencia de Burnout, que los médicos residentes de otras especialidades.
- 5.- Consideramos necesario, que se continúe el seguimiento de los médicos residentes del presente estudio, para observar el comportamiento, en relación al síndrome de Burnout.
- 6.- Sugerimos además se haga un seguimiento especial en los médicos residentes de urgencias, para tratar de identificar otros factores de riesgo, que predispongan a este grupo a padecer síndrome de Burnout.

ANEXO

Maslach Burnout Inventory -MBI

AFIRMACION	PUNTAJE
1. Me siento emocionalmente agotado en mi trabajo	
2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo	
3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar	
4. comprendo fácilmente como se sienten los pacientes	
5. Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales	
6. Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo.	
7. Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes	
8. Me siento "quemado" por mi trabajo	
9. Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de las personas	
10. Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión	
11. Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente	
12. Me siento muy activo	
13. Me siento frustrado en mi trabajo	
14. Creo que estoy trabajando demasiado	
15. Realmente no me preocupa lo que le ocurre a mis pacientes	
16. Trabajar directamente con personas me produce estrés	
17. Pueda crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes	
18. Me siendo estimulado después de trabajar con mis pacientes	
19. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión	
20. Me siento acabado	
21. En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma	
22. Siento que los pacientes me culpan por alguno de su problemas	

GRADOS DE INTENSIDAD (RESPUESTAS DEL MBI).

0	NUNCA
1	POCAS VECES AL AÑO
2	UNA VEZ AL AÑO O MENOS
3	UNAS POCAS VECES AL MES O MENOS
4	UNA VEZ A LA SEMANA
5	POCAS VECES A LA SEMANA
6	TODOS LO DIAS

PUNTUCION DEL MASLACH BURNOUT INVENTORY (CUESTIONARIO)

DP	PA	AE	DESGASTE
< 6	>39	<19	BAJO
6-9	39-34	19-26	MEDIO
>9	<34	>26	ALTO

DP: Despersonalización.

PA: Ausencia de logros personales

AE: Agotamiento emocional.

BIBLIOGRAFIA,

- 1.-Cabrera Gutiérrez Laura Silvia, Burnout Síndrome among Mexican Hospital nursery staff, Rev Med IMSS 2005;43:11-15
- 2.-Willcock Simon, Daly Micheleg, Burnout and psichiatric morbidity in new medical graduate, MJA; 2004,181:357-360
- 3.-Rafii Forough, Oskovie Fatemeh, Factors involved in nurses responses to Burnout a grounded theory study, BMJ Nurs 2004; 3:6
- 4.-Cabello Lidia, D´Anello Silviana, Síndrome de desgaste profesional y apoyo familiar en médicos residentes de la universidad de los Andes, Rev Facultad Med de los Andes , 10, (1-4).
- 5.-Albaladejo Romana, Villanueva Rosa, Síndrome de Burnout en el paciente de enfermería de un hospital de Madrid, Rev Esp Salud Pública 78 (4).
- 6.-McManus IC, Keelina A, Stres, Burnout and doctors´ attitudes to work are determined by personality and learning style: A twelve year longitudinal study of UK medical graduates, BMC Med, 2004; 2, 29
- 7.-Boer AGEM, van Beek IC, An occupational health intervention programme for workers at risk for early retirement: a randomized controlled trial, Occupational and Environmental Medicine 2004; 61; 924-929
- 8.-Ima It, Nakao H, Burnout and Work environments of public health nurses involved in mental healthcare, Occupational and Environmental Medicine, 2004; 61: 764-768
- 9.-Cabrera J, Sobrequir J, Influencia del desgaste profesional en el gasto farmacéutico de los médicos de atención primaria, Gac Sanit 2003; 17: 483-9
- 10.-De Vente W, Olf M, Physiological differences between Burnout patients and healthy controls: blood pressure, heartrate, and cortisol response, Occupational and Environmental Medicine 2003; 60, i54
- 11.-Blanch Plana Angel, Aluja Fabregot Anton, Burnout syndrome and coping strategies a structural relations model, Psychology in Spain, 2003, 4, 46-55
- 12.-Huiberg MJH, M Beurskens AJH, Fatigue, Burnout and chronic fatigue syndrome among employces en sick leave: do attrbutions make the difference?, Ocuoational and Environmental Medicine 2003, 60; i26
- 13.-Redinbaugh Ellen M, Sullivan Amy M, Doctors´ emotional reactions to recent death of a patient: Cross sectional study of hospital doctors, BMJ, 2003, July, 26, 327: 185

- 14.-De Meis L, Velloso A, The growing competition in Brazilian science: ritsof passage, stress and Burnout, *Braz J MedBiol Res*, Sept, 2003, 36: 1135-1141
- 15.-Hernández Jorge Roman, Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención, *Rev Cubana Salud Pública* 2003, 29: 103-10
- 16.-Metchteld RM, Smets Ellen MA, Stress, satisfaction and Burnout among dutch medical specialists, *CMAJ*, 2003, February 4; 168: 271-275
- 17.-Pera G, Serra Prat M, Prevalencia del síndrome del quemado y estudio de los factores asociados en los trabajadores de un hospital comarcal, *Gac Sanit*, 16 Barcelona,
- 18.-Sos Tena P, Sobresques Soriano J, Desgaste profesional en los médicos de atención primaria de Barcelona, *Medifam*, 2002, 12: 613-619
- 19.-Freenom Donal K, Satisfaction, commitment, and psychological well-being among HMO physicians, *West J Med* 2001, 174: 13-18
- 20.-Guerrero Barona Eloisa, Vicente Castro Florencia, Resumen de una tesis, Un trabajo de investigación sobre éstres y Burnout en el profesorado universitario, 2001.
- 21.-Aranda Beltran Carolina, Pandu Moreno Manuel, Síndrome de Burnout en médicos familiares del Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara México, Instituto Regional de Investigadores en Salud Pública, Universidad de Guadalajara, 2001.
- 22.-Hendrix Amy E, Acevedo Edmundo O, An Examination of stress and Burnout in certified athletic trainers at division I-A Universities, *Journal of Athletic Training* 2000; 35: 139-144
- 23.-Grunfeld Eva, Whelen Timothy J, Cancer care workers in Ontario: Prevalence of Burnout, job stress and job satisfaction, *CMAJ* 2000, 25; 163; 160-169
- 24.-Kasparasi Gustavo Guillermo, Las repercusiones del SIDA en el equipo de salud, síndrome de Burnout, *Rev, Argentina de Clínica de Neuropsiquiatría* 2000, 9.
- 25.-Gil-Monte Pedro R, Peiro José M, Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemado por el trabajo, *Anales de Psicología*, 1999, 15: 261-268
- 26.-Chacon Roger Margarita, Lic, Grav Abalo Jorge, Dr, Burnout en enefrmeros que brindan atención a pacientes oncológicos, *Rev Cubana Oncol* 1997; 13: 118-125